

**Políticas de inclusión social y persistencia de la desigualdad en salud**

Autora: Lic. Susan López

Pertenencia Institucional: Facultad de Trabajo Social-UNLP

E- mail : [gsusanlopez@hotmail.com](mailto:gsusanlopez@hotmail.com)

**Resumen**

Esta trabajo es parte de la investigación que se desarrolla en la FTS de la UNLP, titulada “La intervención actual del Trabajo Social y las políticas sociales: nuevas dimensiones en relación con el enfoque de derechos en diferentes los campos”.

Existe un consenso generalizado que en el periodo 2003-2015 los cambios producidos en el campo de las políticas sociales pueden resumirse en el papel activo del Estado y en el diseño de políticas inclusivas. Las políticas implementadas se basaron en diferentes programas que tuvieron como objetivos aumentar la inclusión social en las diferentes áreas sociales acompañadas a su vez por legislaciones que promovieron garantías de derechos sociales. Los hechos y los datos muestran un fuerte aumento de la población alcanzada por estos programas.

Sin embargo, en el campo de la salud el resultado fue disímil. Por un lado, registró un mejoramiento en promedio de casi todos los indicadores básicos de salud por el otro, un estancamiento en enfermedades relacionadas con la pobreza y una persistente desigualdad en salud e inequidad entre jurisdicciones.

La investigación tiene como objetivo relacionar el resultado de estos indicadores con el diseño de las políticas sociales implementadas e indagar sobre las determinaciones de la desigualdad en salud.

**Palabras Claves:** DESIGUALDAD SOCIAL EN SALUD/ POLITICA DE SALUD/  
INDICADORES DE SALUD/POLITICA SOCIAL/ARGENTINA

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo es parte de la investigación que se desarrolla en la FTS de la UNLP, titulada “La intervención actual del Trabajo Social y las políticas sociales: nuevas dimensiones en relación con el enfoque de derechos en diferentes los campos”<sup>1</sup>.

En el primer tramo de la investigación se avanzó sobre las características que asumieron las políticas sociales, especialmente en el campo de la salud en el periodo comprendido entre 2003- 2013<sup>2</sup>. En estos trabajos reflejamos que en el periodo antes mencionado, los cambios producidos en el campo de las políticas sociales pueden resumirse en el papel activo del Estado y en el diseño de políticas inclusivas.

Las políticas implementadas se basaron en diferentes programas que tuvieron como objetivos aumentar la inclusión social en las diferentes áreas sociales, como seguridad social, trabajo, educación, vivienda y salud. Los hechos y los datos muestran un fuerte aumento de la población alcanzada por estos programas.

Dos acciones han sido consideradas relevantes: por un lado, la articulación de programas entre diferentes áreas y/o ministerios (Desarrollo Social, ANSES, MTEySS, Salud, Educación). Por ejemplo, y solo por mencionar algunos de ellos, AUH, Conectar Igualdad. Por otro lado, el aumento en la cantidad de legislaciones que promovieron las garantías de los derechos sociales.

El relevamiento realizado nos permite afirmar que la mayoría de los indicadores sociales mejoraron con la aplicación de una política pública con fuerte injerencia en lo social. Sin embargo, en el campo de la salud el resultado fue disímil. Por un lado, registró un mejoramiento en promedio de casi todos los indicadores básicos de salud; y por el otro, un estancamiento en enfermedades relacionadas con la pobreza y una persistente desigualdad en salud e inequidad entre jurisdicciones.

Frente a esta situación nos preguntamos ¿alcanzan las políticas sociales inclusivas para saldar las desigualdades y las inequidades en salud?

A partir de estos interrogantes, intentaremos describir las acciones políticas y legislaciones que permitieron mejorar los indicadores con impacto directo en la salud de la población. Luego mostraremos algunas tasas de morbimortalidad en diferentes regiones del país, a partir de datos cuantitativos, con la finalidad de observar las

---

<sup>1</sup> SECYT- T072.”La intervención actual del Trabajo Social y las políticas sociales: nuevas dimensiones en relación con el enfoque de derechos en los campos jurídico, discapacidad, acción comunitaria y gestión de políticas sociales en la ciudad de La Plata”.(2014-2016) Dirigida por Margarita Rozas Pagaza.

<sup>2</sup> Para ampliar véase López Susan y Campagna Verónica. (2016); López, Susan (2015)

desigualdades e inequidades en salud entre regiones para finalmente esbozar algunas consideraciones sobre la interrelación entre políticas y resultados alcanzados en este periodo

## **MARCO TEORICO y METODOLOGÍA**

Esta investigación aborda la problemática de la desigualdad en salud desde un enfoque relacional y multidimensional entendiendo al proceso salud enfermedad en su determinación histórica, económica, y sociocultural de cada pueblo. La misma sigue el marco teórico de la Medicina Social Latinoamericana.

En la primer parte se describe el contexto socio histórico del periodo analizado 2003-2013, a partir de una recopilación de trabajos realizado por diferentes especialistas, organismos públicos y unidades académicas con diferentes miradas en el campo de la salud.

Luego se analiza el diseño de la política en salud y se discute si el mismo registra o no cambios con respecto a lineamientos anteriores. Para ello se relevaron indicadores básicos de salud, socios demográficos y macroeconómicos a nivel nacional y por regiones con la finalidad de correlacionar el diseño y la implementación de la política pública en salud con los resultados esperados. Para ello se realizó un agrupamiento de las provincias por regiones geografías: NEA (Noreste), NOA (Noroeste), Cuyo, Centro y Patagónica.

Dentro de los indicadores básicos de salud se analizaron Tasas de Mortalidad seleccionadas por regiones con el objetivo de analizar que indicadores mejoraron o se deterioraron.

## **DESARROLLO**

### ***Marco histórico político***

Cuando el gobierno presidido por Néstor Kirchner asumió al poder en 2003, la sociedad argentina presentaba un alto grado conflictividad social que respondía a los resultados de la lógica operada en el período anterior.

Para dimensionar la situación estructural de ese momento señalamos algunas de las características observadas, siendo las más relevantes la fragmentación del tejido social con una fuerte concentración del capital; la desnacionalización generalizada; la grave exclusión social; la creciente desindustrialización, la fuerte participación de capitales extranjeros en los fondos de inversión en la seguridad social y sistemas de seguro y la

enorme deuda externa pública y privada.<sup>3</sup> El impacto en la población de estos hechos puede redimensionarse al observar los indicadores sociales como los de desempleo y pobreza. Hacia fines del año 2002 el desempleo había alcanzado el 21,5%, en mayo de 2003 la pobreza alcanzaba al 54% y la indigencia al 27,7% de la población.

Frente a este contexto el gobierno llevó adelante un diseño ideológico - político que podemos resumir como la **recuperación del papel activo del Estado** y la priorización de la **inclusión e integración social**. En este sentido, el papel del Estado se encontró vinculado a la efectivización y garantía de los derechos de los ciudadanos, de acuerdo a los planos normativos que regulan tanto a nivel nacional como internacional el accionar de los estados en materia de derechos humanos.

De acuerdo a lo señalado, partimos de considerar que la clave del modelo propuesto por ese gobierno se encuentra en el impulso dado a la articulación de las intervenciones del área social. El eje vertebrador de este diseño es la *política social integral*, donde el énfasis ha sido puesto en la seguridad social en general y lo laboral en lo particular, considerando que, en su generalidad, la inserción en el mercado laboral otorga mayor protección social, tanto salarial como de beneficios sociales.

Asimismo, los programas de transferencia de ingresos particularmente el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, creado en 2002 como respuesta a la crisis, continuaron vigentes pero dejaron de ampliarse con la pretensión de cambiar ingreso por trabajo. Para intentar reconstruir la fragmentación generada por el desmembramiento del estado y por la injerencia de intereses privados, el gobierno impulsó la articulación a partir de una política social integral, principalmente desde el Ministerio de Desarrollo Social, la Administración Nacional de Servicios Sociales (ANSES) y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS), buscando así las condiciones para la construcción de un espacio social inclusivo.

En la articulación propuesta desde el gobierno central subyace la idea de que los problemas sociales ya no pueden ser atendidos desde y por una sola área de la estructura burocrática administrativa del aparato estatal.

En este sentido, buscó construir intervenciones complejas para dar respuestas a situaciones también complejas. Reforzó la idea de que las condiciones de vida de las personas no se comprendían en pares dicotómico como buena o mala salud; ocupado-desocupado, empleado, alfabetizado-analfabeto, etc. sino en la forma en que las

---

<sup>3</sup> Para ampliar véase los señalamientos de Federico Sabaté en Hintze (2007. pp.73-77)

personas y/o grupos logran resolver sus condiciones materiales de existencia la cual, a su vez, se encuentra atravesada por las determinaciones histórico-sociales.

Asimismo podemos observar que la política de salud continuo con un diseño basado en programas focalizados, pero a diferencia con los años 90 estos no acotan la inclusión a los mismos por condición de pobreza extrema y/o carencia sino, que por el contrario, amplió permanentemente los límites reforzando la base de la garantía de los derechos sociales y en consecuencia el derecho a la salud.

Veamos como ejemplo el Programa NACER que abarcaba madres y niñas/os hasta los 6 años y que con el SUMAR se extiende a adolescente hasta 19 y mujeres hasta 64 años. Algo similar ocurre con el sistema de previsión social, tanto en las pensiones no contributivas como en la regulación de las empleadas de servicio doméstico. No menos importante es en Educación el *Programa Conectar Igualdad*, que ha permitido el acceso igualitario a la información de los estudiantes en todo el territorio nacional.

En este contexto, en el año 2009 se puso en marcha la Asignación Universal por Hijo (AUH) que consiste en una transferencia monetaria por hijo hasta 18 años, del mismo monto que la mayor percibida por los asalariados formales en concepto de asignación familiar por hijo. A su vez esta transferencia está condicionada por el cumplimiento de la asistencia escolar y el control de salud y vacunación, según corresponda. Con la misma lógica se encuentra la Asignación Universal por Embarazo (AUE), que se abona desde los 3 meses de embarazo y hasta su finalización, sea por nacimiento o pérdida, condicionada a los controles correspondientes del mismo. Ambas asignaciones, se encuentran a partir de 2010 con la exigencia explicita al programa NACER/SUMAR, Seguro Público de Salud Federal, a cargo del Ministerio de Salud Nacional desde 2004. (Danani y Grassi, 2013).

En cuanto a los tres subsectores que conforman el sistema de salud encontramos que:

a) En el **subsector público** se continuó, con el desarrollo de programas dirigidos a problemáticas y con subsidio a la demanda. Esta situación genera discusiones entre diferentes autores en cuanto tienen de continuidad o ruptura con la focalización noventista. En esta línea también se discute, si las medidas en salud en su conjunto tienden o no al aseguramiento universal como viene registrándose en gran parte de América Latina.

b) En el **subsector de las obras sociales**, el Seguro Social de Salud se amplió a partir del ingreso de los monotributistas, que incorporó a independientes de ingreso bajo o medio bajo y los empleados del Servicio Doméstico. Además creó Subsidio

Automático Nominativo (SANO) para contrarrestar la tendencia a la selección adversa de los grupos de menores ingresos relativos.

c) En el **subsector privado** se reguló el sistema de medicina prepaga a partir de la ley 26.682 de 2011, que obligó a estas empresas a garantizar coberturas básicas –dispuestas por el Programa Médico Obligatorio (PMO)-, y eliminar barreras de acceso, como la preexistencia de patologías, selección adversa y el período de carencia.

### ***El diseño de la política de salud: ¿Salud Integral, Programas integrados o Sumatoria de Programas?***

En el campo de la salud pública, más que en otros de las políticas sociales, se evidenció un diseño y una implementación por programas dirigidos, la mayoría de ellos, a problemáticas específicas y selectivas, que en este ámbito son de cobertura en prevención y asistencia a la enfermedad.

Estos programas reeditan las estrategias de la salud pública más tradicional y biomédica, tomando como variables para el desarrollo de programas a la edad, el sexo y las patologías prevalentes. Veamos por ejemplo los programas en base a diferentes lineamientos.

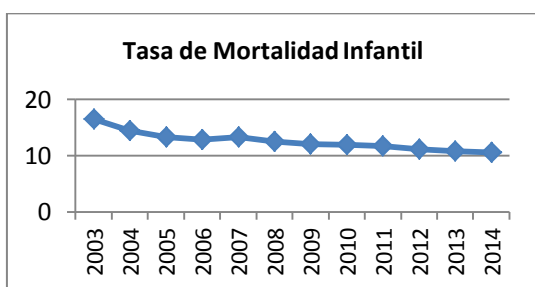
- Con base en ***lineamientos preventivos por patologías*** encontramos, la ampliación del calendario obligatorio de vacunación y los Programas de: Cardiopatías Congénitas, Sanidad Ocular y Prevención de la Ceguera, Prevención del Cáncer cervico-uterino, Argentina Sonríe, *Incluir Salud, Lucha contra la Tuberculosis y Lepra y los existentes con anterioridad sobre VIH-SIDA, control del Tabaco y Chagas. Y el de reciente aprobación el Programa de Enfermedades poco frecuentes y patologías congénitas.*
- También podemos distinguir aquellos programas que, siendo ***preventivos apuntan al seguimiento y atención en procesos relacionados con los ciclos de vida*** como el Plan NACER/SUMAR y Salud Integral en la Adolescencia.
- En cuanto a la cobertura para la ***asistencia a la enfermedad o curativos***, resaltamos el Programa Médico Obligatorio (PMO) y el Remediar +Redes. Además de la creación de nuevos centros de salud de alta complejidad, como por ejemplo el Hospital el Cruce, Presidente Néstor Kirchner en El Calafate, el Pediátrico Dr. Avelino Castelán en Chaco, el Instituto Universitario de Medicina Reproductiva (IUMeR) en Córdoba, el Hospital Balestrini en Matanza.

- Por último, podemos diferenciar **los programas que tienen como eje la promoción de la salud** como son el Programa de Municipios y Comunidades Saludables y el Programa Cuidarse. Y los programas de capacitación y formación de recursos humanos como es el de Médicos Comunitarios (2004) con el propósito de consolidar la estrategia de Atención Primaria.

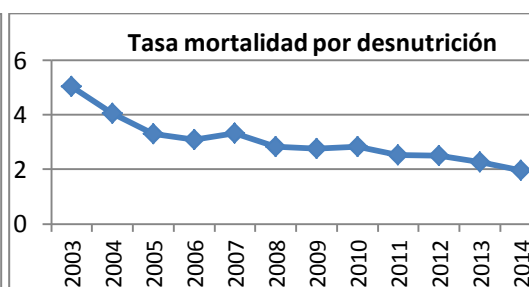
### **Los indicadores de salud**

Cuando observamos el resultado medido en algunos indicadores básicos de salud seleccionados a nivel nacional, encontramos que la mayoría han tenido una significativa mejoría, como lo demuestran los datos relevados. (Véase los gráficos a nivel nacional del N°1 al N° 6). Cabe especial atención el descenso de la Mortalidad por Desnutrición en el periodo 2003-2014 (Véase Grafico N°2)

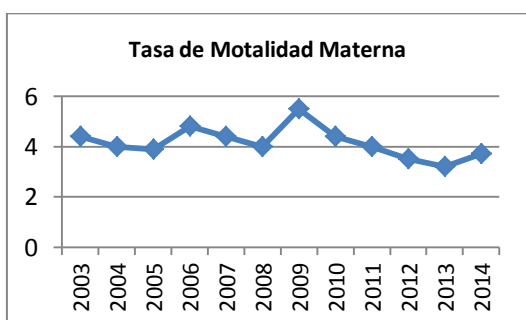
**Gráfico N°1**



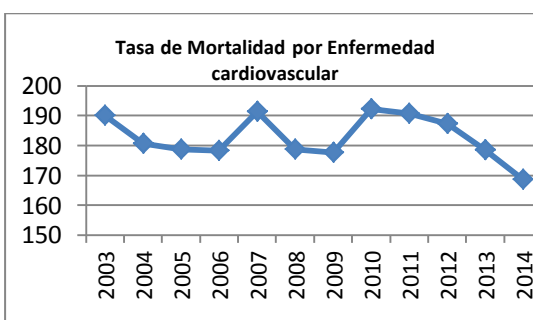
**Gráfico N°2**



**Gráfico N°3**

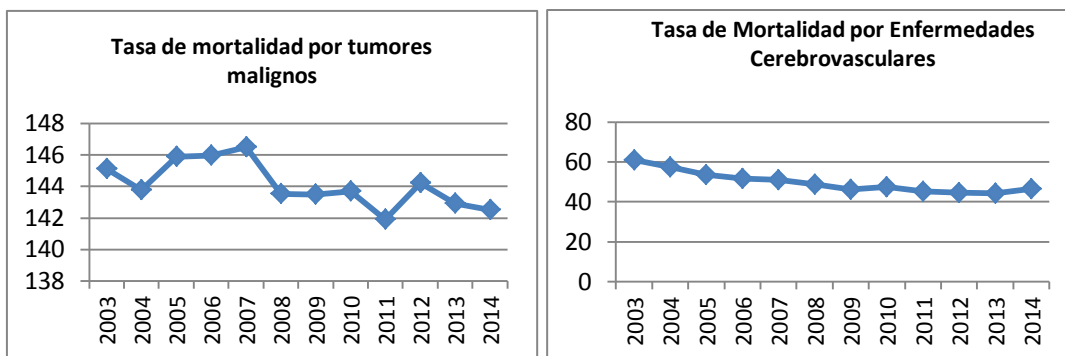


**Gráfico N°4**



**Gráfico N°5**

**Gráfico N°6**



Fuente: Todos los gráficos son de elaboración propia en base a datos de MS-DEIS

Es importante resaltar, que el porcentaje de nacidos vivos de madres con bajo nivel de instrucción descendió sostenidamente desde 2009 y prácticamente en 2014 se redujo casi a la mitad de lo registrado en el año 2005 (5,6% y 9,4% respectivamente)<sup>4</sup>.

La pregunta que nos surge y que planteamos como disparador de este trabajo es, si la estricta aplicación de los programas enumerados anteriormente explica por sí mismo tal mejoramiento. En un trabajo anterior sobre perfil epidemiológico de Argentina se demuestra que la aplicación de programas focalizados por patologías, tienen una mejoría más pronunciada en los inicios de su implementación para luego desacelerar su ritmo hasta casi amesetarse<sup>5</sup>.

Sin embargo, podemos observar que en el periodo de estudio de 10 años y aun con políticas basadas en programas, la tendencia a la mejoría ha continuado y en algunos casos de manera muy significativa, como se demuestra en los gráficos anteriormente mencionados.

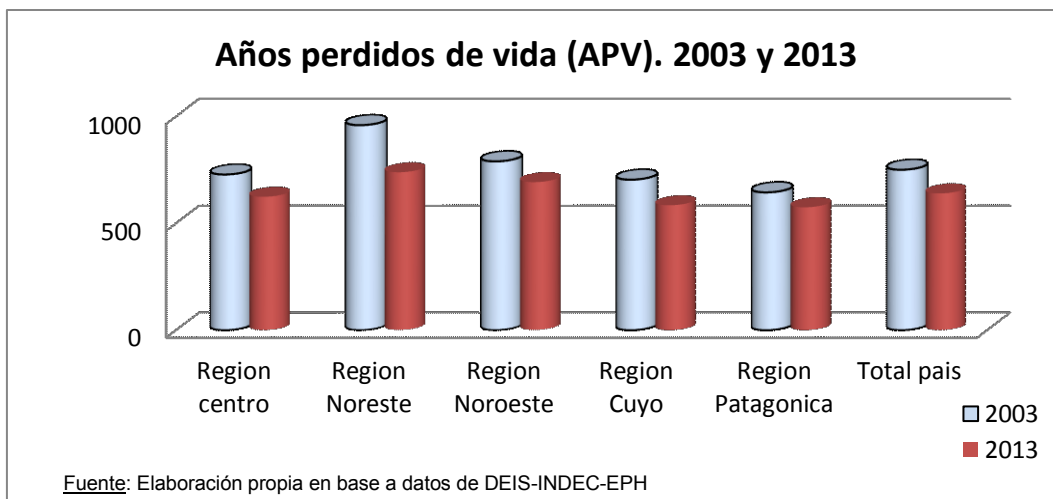
Tal vez ilustrar con un grafico sobre los Años de Vida Perdidos (AVP), refleja con más claridad los 110 años de vida cada 10000 habitantes que se ha logrado recuperar en este período, resaltando que para la región del NEA esta fue de 220 años.

## Gráfico N°7

<sup>4</sup> DEIS. 2016. Síntesis estadísticas N°1, pág. 3

<sup>5</sup> Para ampliar sobre este tema véase Lopez, Susan (2011)



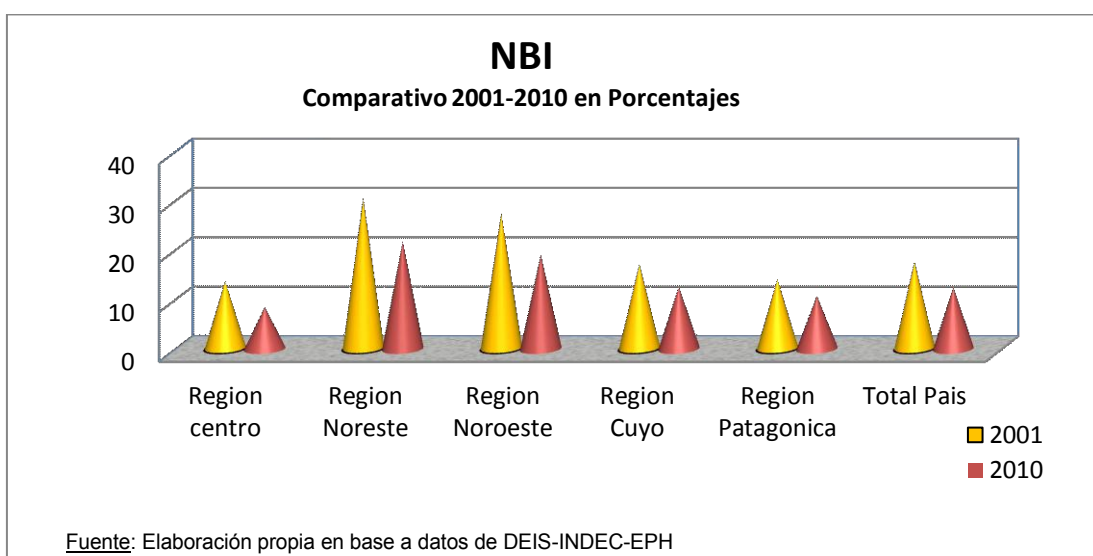


### ***Los indicadores socioeconómicos***

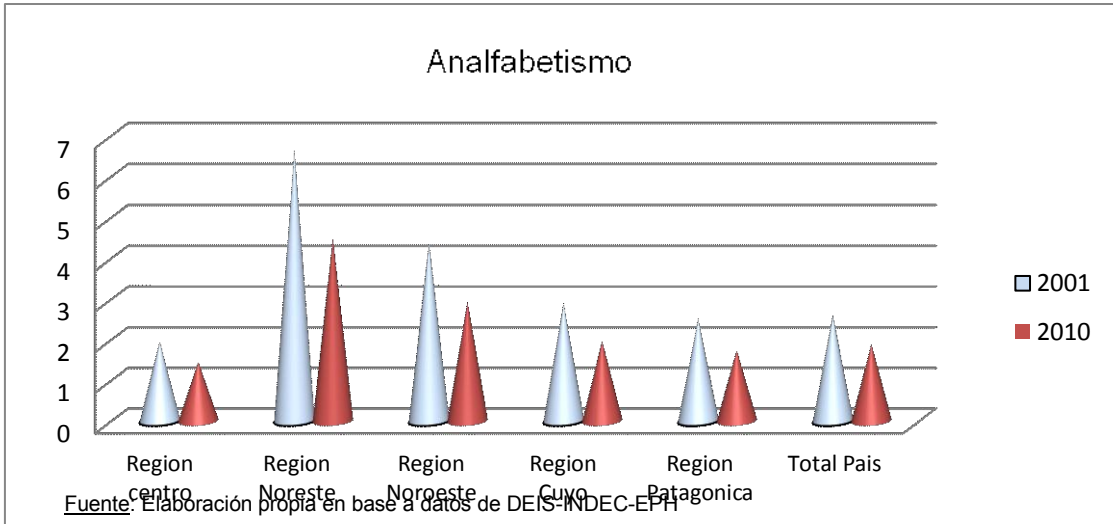
Al contrastar los indicadores de salud con los indicadores socioeconómicos por regiones puede observarse que la mejoría de la calidad de vida, -disminución de población con NBI, baja de Analfabetismo, aumento en la Provisión de Agua de red y Cloacas-, guardan relación proporcional en cada una de las regiones, (véase gráficos n° 7 al N° 10).

Por otra parte, la baja de la Desocupación guarda correlato con la baja de la población Sin Cobertura Formal de salud, lo que se explica por obligatoriedad de la misma en la relación laboral formal y para los cuentapropistas a partir de su introducción en Monotributo.

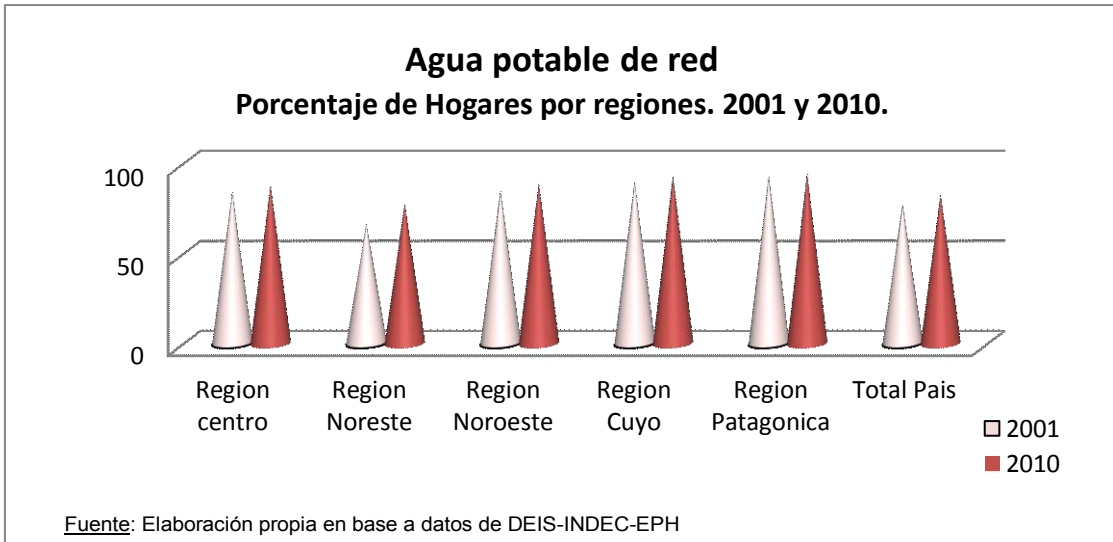
### **Gráfico N°8**



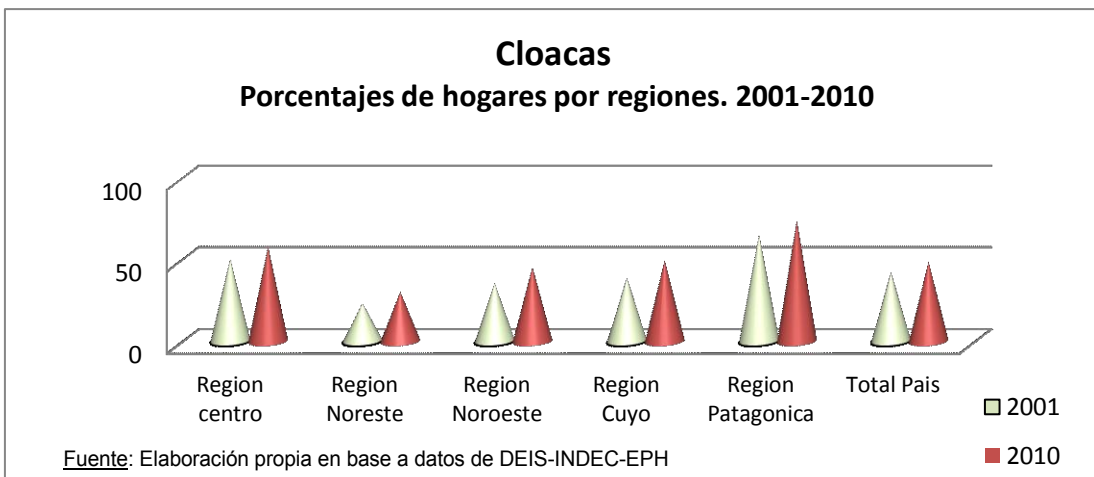
### **Gráfico N°9**



**Gráfico N°10**



**Gráfico N°11**

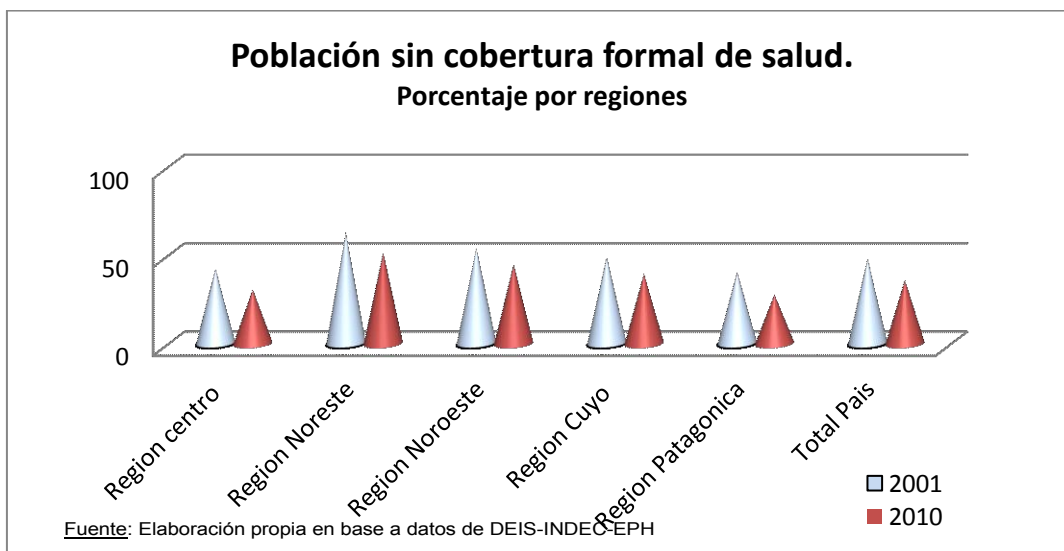


Los gráficos expuestos muestran que las condiciones de existencia y acceso a servicios básicos han mejorado para el periodo analizado, en todas las regiones del país aunque con guarismos diferenciados.

Al mismo tiempo la política en el campo laboral vino acompañada por el crecimiento de la reactivación productiva e industrial, principalmente en los primeros 5 años desde 2003 y un fuerte impulso de planes sociales para la inserción al campo laboral. Estas medidas redundaron en la mejora de los ingresos de los deciles de menores recursos. En un trabajo publicado por el Ministerio de Economía (2012) puede observarse como lo hogares de los primeros cinco deciles logran incrementarse en 6,3 puntos entre los años 2003 a 2012, consecuentemente los de mayores ingresos los hacen en sentido contrario. Por otra parte, destacamos que la inserción al mercado laboral formal guarda una relación directa con la cobertura de salud dado la obligatoriedad de aportes y contribuciones a la Seguridad Social. Esto explica el descenso en más de un 10% de la población sin cobertura formal. (Véase gráfico N°11.).

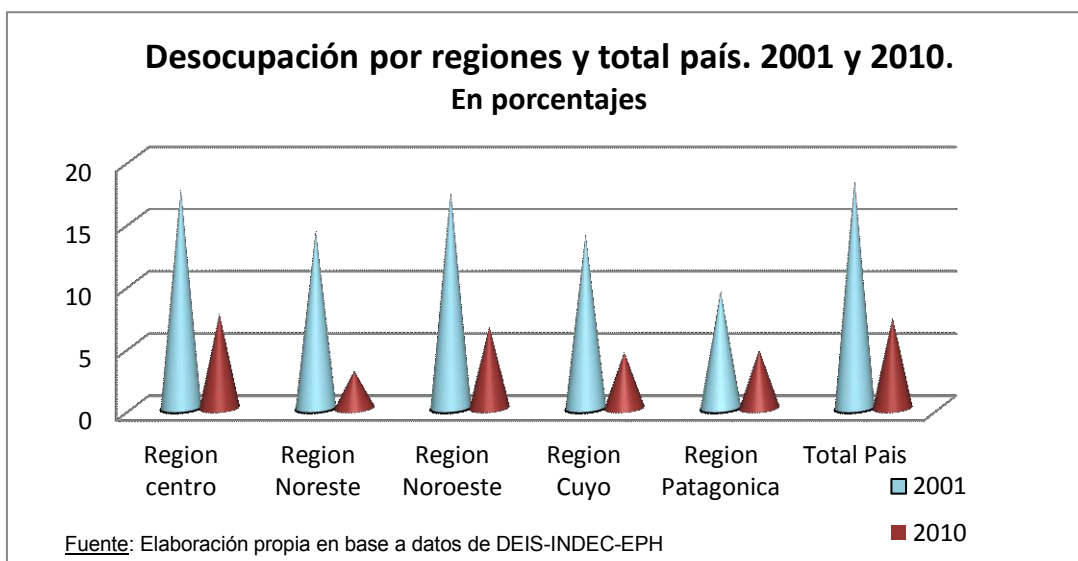
En este sentido, podemos reafirmar, como ya han demostrado varios autores y organismos internacionales<sup>6</sup> que las condiciones materiales de existencia están en relación directa con una buena o mala salud. Con estos modestos y generales datos podemos sostener que el mejoramiento de los indicadores básicos de salud ha estado en relación directa con las políticas económico-sociales del periodo de estudio.

**Gráfico N°12**



<sup>6</sup> Benach y Muntaner (2005); Bravo (2014), Therborn, G. (2015), Almeida Filho, (1992), Kessler (2015) Black Report, UK (1980), entre otros.

**Gráfico N°13<sup>7</sup>**



***Gasto en salud***

La orientación de la política social encuentra también su correlato en el gasto dirigido a la cartera de salud. Como puede observarse en el cuadro N°1 y en el gráfico N°14 el descenso del gasto privado, es decir lo que las personas gastan para la atención de la enfermedad, marca una clara voluntad política y un compromiso del Estado a favor al cuidado de la atención de la enfermedad y el derecho a la salud.

**Cuadro N°1**

**Gasto en salud. Gasto público y privado. Gasto per cápita  
Comparativo de los años 2000-2004-2007-2011**

	2000	2004	2007	2011
Gasto público en salud como % del Gasto Total en salud	53,9	45,3	50,8	66,5
Gasto privado en salud como % del Gasto Total en salud	52,1	54,7	49,2	33,5
Gasto público en salud como % del gasto público total	14,7	15,1	13,9	21,7
Gasto directo como % del gasto privado en salud	46,1	40,3	42,9	33,5

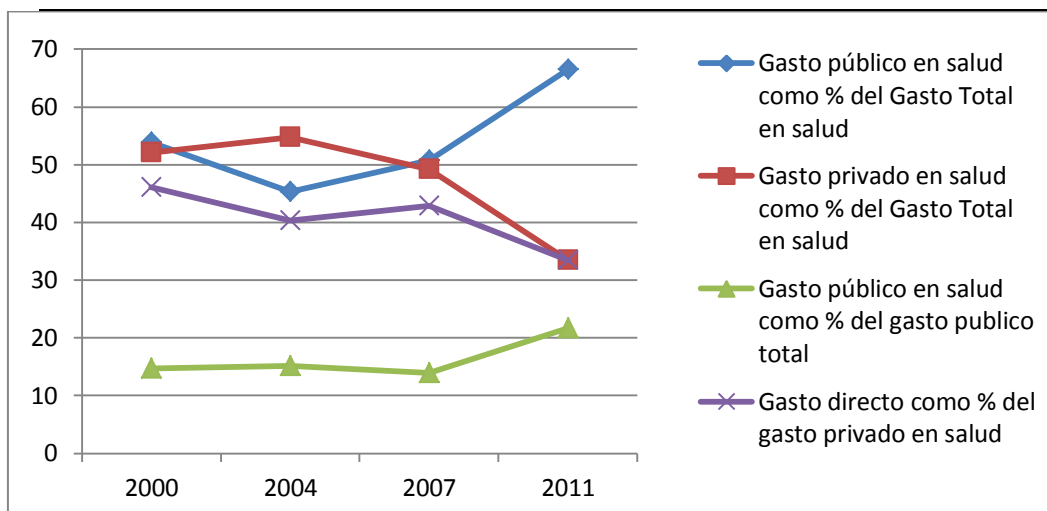
<sup>7</sup> Si bien existen datos actualizados sobre la desocupación. Se decide omitir los años 2012-13-14 porque no existe consenso acerca de la forma de medición y a los fines de este trabajo no modifica la tendencia del periodo.

Gasto total en salud per cápita en dólares Internacionales	841	1274	1322	1393
Gasto público per cápita en U\$S	452	578	671	927

Fuente: Elaboracion propia en base a datos de OMS Estadísticas sanitarias mundiales. Años 2007, 2010 y 2014

#### Grafico N° 14

#### Gasto en salud. Gasto público y privado. Gasto per cápita Comparativo de los años 2000-2004-2007-2011



En resumen, el mejoramiento de los indicadores de salud no está dado solamente por la mera existencia y sumatoria de programas implementados por el Ministerio de Salud sino que debe considerarse también la estrategia de una política pública social integral, aunque dista mucho de constituirse en un sistema público integral de salud posible y deseable.

Los gráficos anteriores muestran una clara política económica y social a favor de la inclusión, pero ¿alcanza con tener programas selectivos y focalizados y una distribución más equitativa de los ingresos?

Queda entonces analizar, qué otros aspectos e instrumentos introduce la política de salud que permite ampliar la base de los derechos sociales en un momento histórico donde los derechos humanos recobran protagonismo.

#### ***Legislaciones y normativas de ampliación de derechos***

En esta línea de pensamiento, Stolkiner sostiene

*“Esta revitalización de los derechos humanos es contemporánea a la deslegitimación discursiva del neoliberalismo. También acompaña la existencia de gobiernos con propuestas críticas al modelo hegemónico de los años 90s, la aparición de nuevos reordenamientos geopolíticos y el impacto en los países centrales de la crisis del capitalismo mundializado. En este proceso coexisten, por un lado, las tendencias a la configuración de sociedades más justas, y por el otro la búsqueda de un nuevo discurso de legitimación de poder ante la pérdida de legitimación de poder”. (Stolkiner (2010): 89)*

Por ello, destacamos que gran parte de las decisiones tendientes a la ampliación de derechos sociales que impulsa el protagonismo de lo público por sobre lo privado en el área de salud, los vemos reflejados en marcos normativos que alojan, nuevas problemáticas en algunos casos, y herramientas legales a las/os usuarios en otros, para hacer efectivo el ejercicio de derechos en temáticas, que si bien no son recientes, adquieren mayor visibilidad en la actualidad.

Tales son los casos de la Ley 25.673/2003 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley de Salud Mental (26657/10), Ley de Matrimonio Igualitario (26618/10), Ley de Identidad de Género (26743/12), Ley Nacional de Violencia contra la Mujer (26.485/09), Ley de Migraciones (25871/03), Ley de Producción Pública de Medicamentos (26688/11), Asignación Universal por Hijo y por Embarazo para la Protección Social (Decreto 1602/09 y 446/11), Ley de Muerte Digna (26742/12), Ley de Parto Humanizado (25929/04), Ley de Femicidio (26791/12), Ley de Fertilización Asistida (26862/13)

Los datos en salud que desde 2003 a 2013 muestran una mejoría en algunos indicadores de salud y una profundización en el marco jurídico dan cuenta no solamente, de la intencionalidad, sino la garantía para el cumplimiento de los derechos. No obstante, no desconocemos que la mera existencia de la norma no opera como garantía del pleno ejercicio del derecho. Es más, estas nuevas normativas conviven con la dificultad de una implementación efectiva, en algunos casos por una organización sanitaria resistente a los cambios, pero además por la importancia de una articulación mayor que requieren de otras políticas sociales que supere la mirada sesgada por programa o un sector particular donde la cuestión social se expresa.

### ***Indicadores de salud por regiones***

A nivel Nacional se observa para el periodo una baja de la tasa de mortalidad de los indicadores seleccionados, observándose un significativo aumento en dos de ellos: Mortalidad por Enfermedades Respiratorias agudas, y por accidente automotor. Véase Cuadro N° 2

**Cuadro N°2.**

**Tasas de Mortalidad por 10000 hab. por causas seleccionadas**

**Comparativo 2003-2013.Total país**

TOTAL PAIS	2003	2013	DIF
	Tasa‰‰	Tasa‰	
Total de muertes todas las causas	79,76	77,29	-2,47
Enfermedades cardiovasculares(*)	18,52	17,73	-0,79
Tumores malignos	14,51	14,29	-0,22
Enfermedades cerebrovasculares	6,10	4,44	-1,66
Enfermedades respiratorias agudas	3,92	5,79	1,88
Septicemia	2,58	2,54	-0,03
Diabetes	2,42	1,91	-0,51
Enfermedad por virus de inmunodeficiencia	0,42	0,34	-0,07
Accidentes de trafico vehiculo motor	0,90	1,25	0,36
Lesiones autoinflijidas intencionalmente	0,87	0,74	-0,14
Trastornos mentales y de comportamiento	0,71	0,65	-0,06
Deficiencia de nutricion y anemias nutricionales	0,50	0,23	-0,28
Tuberculosis inclusive secuelas	0,20	0,15	-0,05
Tripanosomiasis	0,14	0,11	-0,03
Habitantes	37869723	42202935	4333212

Fuente. Elaboración propia en base a datos de la DEIS

Cuando se profundiza por regiones puede observarse que algunas regiones como Región Centro encontramos que todos los indicadores mejoraron excepción de la mortalidad por enfermedades respiratorias, aumentando la tasa en casi 2 puntos.

**Cuadro N°3****Tasas de Mortalidad por 10000 hab. por causas seleccionadas****Comparativo 2003-2013.Total región Centro**

<b>Region centro</b>	2003	2013	<b>Dif</b>
	tasas	tasas	
Total de muertes todas las causas	89,16	85,13	-4,03
Enfermedades cardiovasculares(*)	23,08	21,05	-2,03
Tumores malignos	16,73	15,78	-0,95
Enfermedades cerebrovasculares	6,74	4,68	-2,06
Enfermedades respiratorias agudas	4,41	6,17	1,77
Septicemia	2,73	3,08	0,35
Diabetes	2,42	1,65	-0,78
Enfermedad por virus de inmunodeficiencia	0,53	0,37	-0,16
Accidentes de trafico vehiculo motor	0,78	1,07	0,29
Lesiones autoinflijidas intencionalmente	0,90	0,62	-0,27
Trastornos mentales y de comportamiento	0,76	0,52	-0,24
Deficiencia de nutricion y anemias nutricionales	0,31	0,12	-0,18
Tuberculosis inclusive secuelas	0,14	0,10	-0,03
Tripanosomiasis	0,12	0,08	-0,04
Resto de causas			
Habitantes	24947461	27459693	2512232

Fuente. Elaboración propia en base a datos de la DEIS

Mientras que en las regiones NOA y NEA se observa como en la mayoría de las regiones un aumento de la Tasa de Mortalidad por enfermedades respiratorias. Sin embargo el dato más significativo es el pronunciado aumento de la mortalidad por tumores malignos convirtiéndose en la primera causa de muerte.

**Cuadro N°4****Tasas de Mortalidad por 10000 hab. por causas seleccionadas****Comparativo 2003-2013.Total región NOA**

<b>REGION NOROESTE</b>	2003	2013	<b>Dif</b>
	tasas	tasas	
Total de muertes todas las causas	58,23	60,65	2,42



Enfermedades cardiovasculares(*)	8,89	9,31	0,42
Tumores malignos	8,49	9,90	1,41
Enfermedades cerebrovasculares	4,41	3,77	-0,65
Enfermedades respiratorias agudas	2,11	4,96	2,85
Septicemia	3,24	2,29	-0,96
Diabetes	1,82	1,84	0,02
Enfermedad por virus de inmunodeficiencia	0,22	0,41	0,19
Accidentes de trafico vehiculo motor	0,72	1,36	0,64
Lesiones autoinflijidas intencionalmente	0,78	1,15	0,37
Trastornos mentales y de comportamiento	0,30	0,45	0,16
Deficiencia de nutricion y anemias nutricionales	1,09	0,53	-0,56
Tuberculosis inclusive secuelas	0,39	0,24	-0,15
Tripanosomiasis	0,25	0,26	0,02
HABITANTES	4318459	4855049	536590

Fuente. Elaboración propia en base a datos de la DEIS

### **Cuadro N°5**

#### **Tasas de Mortalidad por 10000 hab. por causas seleccionadas**

#### **Comparativo 2003-2013.Total región NEA**

<b>REGION NORESTE</b>	2003	2013	<b>Dif</b>
	tasas	tasas	
Total de muertes todas las causas	60,09	62,31	2,22
Enfermedades cardiovasculares(*)	10,44	10,73	0,30
Tumores malignos	9,57	10,97	1,40
Enfermedades cerebrovasculares	5,36	4,97	-0,39
Enfermedades respiratorias agudas	2,30	4,92	2,62
Septicemia	2,00	1,67	-0,33
Diabetes	1,96	2,69	0,74
Enfermedad por virus de inmunodeficiencia	0,14	0,22	0,07
Accidentes de trafico vehiculo motor	0,90	1,77	0,87
Lesiones autoinflijidas intencionalmente	0,63	0,79	0,16
Trastornos mentales y de comportamiento	0,47	0,32	-0,16

Deficiencia de nutrición y anemias nutricionales	0,95	0,26	-0,70
Tuberculosis inclusive secuelas	0,44	0,37	-0,06
Tripanosomiasis	0,10	0,09	0,00
HABITANTES	3469725	3895054	425329

Fuente. Elaboración propia en base a datos de la DEIS

Otro dato relevante que surge del análisis de los datos cuantitativos es la disminución en casi un 50% de la mortalidad por desnutrición, mientras que las provocadas por patologías asociadas a condiciones de trabajo y vivienda se han mantenido con oscilaciones no significativas para toda la década. (véanse Cuadro N° 4 y 5)

## CONCLUSIONES

En términos generales, el sistema de salud en su conjunto no ha logrado superar, con respecto a periodos anteriores, la fragmentación dada al interior del mismo. Por un lado, las dificultades de coordinación entre jurisdicciones y, por el otro, la propia estructura heterogénea y de diferenciación entre los tres subsectores: público, privado y de obras sociales. En este sentido, podemos sostener que la mejoría no responde a un cambio estructural del sistema de salud sino al diseño de la política pública social inclusiva que en su accionar conjunto con todas las áreas, incluido los programas específicos en salud, impactan en la calidad de vida de la población. Hechos que reflejan la tendencia a la disminución de la desigualdad social en el conjunto del país. Los datos cuantitativos analizados nos muestran un mayor impacto en las regiones más postergadas achicando de ese modo la brecha de desigualdad social.

En cuanto a la desigualdad en salud, los datos analizados para el periodo de estudio también muestran una mejoría en varios indicadores. La más relevante es la baja de la tasa de desnutrición. Casi todas las tasas de morbimortalidad están a la baja con excepción de la tasa de mortalidad por enfermedades respiratoria - que se encuentra en permanente ascenso principalmente en la región centro. Las tasa de TBC y VIH se encuentran sin modificaciones significativas en casi todo el periodo.

La enorme cantidad de leyes y normas sancionadas entre los años 2004 y 2013 dan cuenta no solamente de la intencionalidad de una política social inclusiva sino de la

garantía para el cumplimiento de los derechos sociales avizorando un deseable cumplimiento del derecho a la salud.

Sin embargo, el papel activo del Estado no se reflejó en los cambios estructurales del sistema. Aún fragmentación y heterogeneidad coexisten tanto en su conformación política organizativa, la administración y los recursos como entre jurisdicciones y subsectores, que atenta contra un sistema único, universal y gratuito para todos los argentinos, como condición sine qua non del pleno ejercicio para el derecho a la salud. Situación que en su conjunto la evaluamos como retroceso.

Por último, vale la pena resaltar que aún con todas las condiciones jurídicas, económicas y políticas garantizadas no se puede soslayar el papel que juega, en la defensa y cumplimiento de estos derechos, tanto la cultura institucional como el ejercicio profesional de quienes están en la trinchera de la atención a la enfermedad. Estas cuestiones y las relaciones de poder que están en juego serán investigadas y analizadas en la última instancia de la investigación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Arcaya, Mariana C. y col (2015). “Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías”. Washington. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 38(4):261-271.
2. Benach y Muntaner (2005). *Aprender a mirar la salud. ¿ Como la desigualdad social daña nuestra salud?*. IAESP Dr. Arnoldo Gabaldon. Maracay. Venezuela
3. Bourdieu, Pierre. ( 19.. )
4. Bravo, Rosa. (2014) *Condiciones de vida y desigualdad social. Una propuesta para la selección de indicadores*. CEPAL
5. Danani, Claudia y Grassi, Estela. (2013). “El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013: características y nuevos problemas”. Taller de Políticas Sociales presentado en el marco de las *Xº Jornadas de Salud y Población del IIGG*. Noviembre. Buenos Aires.
6. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). *Estadísticas Vitales*. Serie N°5 años 2001 al 2015. Ministerio de Salud. Buenos Aires.  
[www.deis.gov.ar/publicaciones/](http://www.deis.gov.ar/publicaciones/)
7. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). *Indicadores básicos*. Años 2001 a 2015. Ministerio de Salud. Buenos Aires.  
[www.deis.gov.ar/indicadores.htm](http://www.deis.gov.ar/indicadores.htm)

8. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).(2016) *Natalidad y Mortalidad 2014. Síntesis estadística N° 1*. Ministerio de Salud. Buenos Aires.  
[www.deis.gov.ar/publicaciones/](http://www.deis.gov.ar/publicaciones/)
9. Hintze, Susana (2007) *Políticas sociales argentinas en el cambio de siglo*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
10. INDEC. INDEC. [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar) (Acceso. setiembre de 2016)
11. Kessler, Gabriel (2014) *Controversias sobre la desigualdad. Argentina 2003-2013*. Buenos Aires.FCE.
12. Lentini, Emilio y Brenner, Federica (2012) “Agua y Saneamiento un objetivo de desarrollo del milenio. Los avances en Argentina: . En: *Voces en el Fenix* Año 3 N° 20: 42-51 Facultad de Ciencias Económicas- UBA. [www.vocesenelfenix.com](http://www.vocesenelfenix.com)
13. López, Susan (2011) “Perfil epidemiológico de argentina” En: *Voces en el Fenix. Año 2, N° 7: 34-43. En Estado Crítico*, Agosto de 2011. Facultad de Ciencias Económicas- UBA. [www.vocesenelfenix.com](http://www.vocesenelfenix.com)
14. Lopez, Susan (2015) “El sistema de salud argentino en los 90 y en los 2000.¿qué cambió y qué continuó? Ficha de cátedra. Medicina Social FTS UNLP
15. López, Susan y Campagna, Verónica (2016) “Aportes para pensar la intervención profesional de trabajadores/as sociales en el campo de la salud: entre transformaciones y condiciones laborales”. Capítulo 6 del Libro *El Trabajo Social en diferentes campos de intervención profesional*. Rozas Pagaza, Margarita y Gabrinetti Mariana. Compiladoras. EDULP. UNLP. Serie Libros de Cátedra. Disponible en:  
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/56855>
16. Ministerio de Economía. (2012) *La macroeconomía argentina 2003-2012*. Disponible en: <http://www.mecon.gov.ar/basehome/pdf/indicadores.pdf>
17. Stolkner, Alicia (2010) Derechos Humanos y derecho a la salud en America Latina: La doble faz de una idea potente En: *Medicina Social* v.5(1):89-95. Disponible en [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info).
18. Therborn, Göran (2015) *Los campos de exterminio de la desigualdad* Buenos Aires. FCE