

# DESARROLLO DESIGUAL EN SALUD

Unequal development in Public Health

25 / SP

\*R. **Tafari**,  
\*\*N. **Gaspio**  
\*\*G. **Acevedo**

\*Abogado - Msc.  
Economics - Ph.D -  
M.A.D.E. (Master Dirección  
de Empresas)  
Profesor Titular  
Departamento de  
Economía. Facultad de  
Ciencias Económicas.  
Universidad Nacional de  
Río Cuarto.

\*\*Doctora en Bioquímica  
Profesor asociado  
Departamento Escuela de  
Enfermería, Facultad de  
Ciencias Humanas,  
Universidad Nacional de  
Río Cuarto

\*\*\*Doctor en Medicina.  
Prof. Esc. de Salud Pública.  
Prof. Cátedra Medicina  
Preventiva y Social. Fac. de  
C. Médicas, UNC.

## Resumen

Este trabajo analiza la evolución de los indicadores de mortalidad infantil y materna en el período 2000-2005 en Argentina. Se observa que no todos mejoran simultáneamente y que una mejora en algunos puede ir acompañada de estancamiento o retroceso en otros. Se ve también que para esos indicadores el hecho de alcanzar un buen nivel no impide posibles retrocesos. La mortalidad materna, aunque registra una leve mejora total para el país, emerge como un problema serio en algunas zonas rezagadas. Si bien la mala salud de la mujer correlaciona con indicadores relacionados con la pobreza, la búsqueda de una tipología regional indica que el problema la desborda. Tierra del Fuego supera la media nacional de muerte materna por causas obstétricas directas. Las provincias de Mendoza, Santa Fe y Río Negro, aunque se ubican por debajo de la media Nacional, la superan en muertes por causas obstétricas indirectas. La mortalidad materna en provincias con elevado producto per cápita lleva a preguntarse sobre el impacto incierto de los servicios de salud. En la parte final se busca conocer la distribución de frecuencias de la producción de la red de servicios públicos de salud de la Provincia de Misiones, (centros de primer nivel y hospitales), y se analiza la utilización de la capacidad instalada para determinar si existe algún grado de correlación entre la producción de los servicios y la tasa de mortalidad infantil y materna. Los resultados sólo confirman

que existe una relación entre la tasa de mortalidad infantil y la tasa de uso de consulta ambulatoria por zona sanitaria. Esto se evidencia en la zona sur, que presenta la mayor tasa de utilización de consulta y la menor tasa de mortalidad infantil. Un fenómeno similar se verifica con la mortalidad de niños de 1 a 4 años y la tasa de uso de consulta ambulatoria por zona sanitaria. Sin embargo estas asociaciones no tuvieron significancia estadística. En lo que hace a la producción de servicios y mortalidad materna no hubo relación estadísticamente significativa, salvo con egresos cuya implicancia resulta de difícil explicación.

Palabras claves: Desarrollo en Salud - Indicadores en Salud.

## Abstract

We analyze the evolution of maternal and infant mortality indicators in Argentina for the period 2000-2005. It can be seen that there is not a simultaneous improvement in all of them and even that improvements in some may be accompanied by stagnation or deterioration in others. Furthermore, the good level reached by some indicators is not enough to prevent their eventual deterioration. Although overall maternal mortality for the country shows a slight improvement, it still constitutes a serious problem in backward areas. Although poor health in women correlates with poverty, the search for a regional typology indicates that the problem goes beyond it. Tierra del Fuego is above the national mean for maternal mortality due to direct obstetrical causes. The provinces of Mendoza, Santa Fe and Río Negro, have a mean value below the national media but the indicator for mortality due to indirect obstetrical causes is above it. The value of the indicators of maternal mortality in provinces with a high per capita product poses questions as to the uncertain results achieved by the health services. In the final section, we have sought to determine the frequency distribution of the output of the public health network in the Province of Misiones (primary level centers and hospitals), and to analyze the utilization of available facilities for some degree of correlation between services output and maternal and infant mortality rates. Results so far have only confirmed that infant mortality and the rate of use of external consultations are related, as can be seen in the Southern region, which exhibits the highest consultation rate and lowest infant mortality. Something similar occurs in the case of infant mortality for children 1-4 years of age and the consultation rates of sanitary regions. However, this has proved to lack no statistical significance. As regards service output and maternal mortality, no statistically significant relationship was found, save for discharges, but the incidence of these is not clear.

Key words: Development in Health - Indicators in Health.

## Introducción

La situación de salud muestra cambios significativos en las últimas décadas, afectada por las modificaciones del perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población. Entre esos cambios se destacan el aumento en la esperanza de vida al nacer, el envejecimiento poblacional, los movimientos migratorios y una mayor concentración en conglomerados urbanos, con grandes sectores en condiciones de marginalidad y exclusión. También impactan, las diferencias en los patrones de morbi-mortalidad, la aparición de nuevas epidemias, la reemergencia de viejos padecimientos, la incorporación de tecnología y la expansión geométrica de los costos de atención.

Todas estas transformaciones plantean renovados desafíos para los sistemas de atención de la salud. En este contexto, la evaluación sistematizada de los servicios de atención médica y en particular su productividad, constituye una práctica de gran importancia para la gestión de los mismos, en tanto contribuye a conocer en que medida los servicios de salud dan respuestas a las nuevas y crecientes necesidades de atención de la población.

Para evaluar hacen falta indicadores y es usual utilizar la mortalidad infantil como un indicador de progreso. Para ser más específicos, la mortalidad infantil es un indicador crítico de la salud de una población y un predictor de salud de las nuevas generaciones. Refleja además el estado global de salud materna y el acceso al cuidado primario de salud disponible a las mujeres embarazadas y niños menores de un año. K. Sloane (2001), PENZINER A, C. HINTON (2002).

Desde esa perspectiva, los datos disponibles en Argentina permiten identificar al menos tres cuestiones que merecen una reflexión: Primero, el desarrollo desigual de los indicadores y su inestabilidad. Segundo la correlación creciente entre Mortalidad materna y el porcentaje de población en hogares con necesidades básicas insatisfechas y tercero el impacto incierto de los servicios.

## Metodología y Fuente De Datos

El presente estudio es en su alcance exploratorio, descriptivo y correlacional. Utiliza técnicas multivariantes para generar tipologías de establecimientos públicos en función de los indicadores de producción de servicios y de Departamentos Políticos en función de indicadores de salud materno infantil y de producción de servicios. Su diseño es retrospectivo y transversal.

Se utilizaron fuentes de datos secundarios tomados de registros oficiales. Los datos surgen de la información publicada por la Dirección de Estadística Ministerio de Salud de Misiones, Estadísticas Vitales. Información básica (2005), INDEC (Ministerio de Economía de la República Argentina, febrero 2007) y Censo de población 2001 de la provincia de Misiones.

### a)Desarrollo desigual de Indicadores y Volatilidad

La crisis del año 2001 elevó los índices de pobreza e indigencia. Durante el año 2002 el país presentó la tasa más alta de mortalidad infantil del periodo 2000-2005. Es solamente a partir del año 2004 cuando los efectos negativos de la crisis empiezan a revertirse. La reacción de las provincias ante la crisis, fue desigual y los resultados lo reflejan. Los datos del año 2005 señalan que los años de crecimiento a medida que el país se aleja de la crisis, han empezado a repercutir favorablemente sobre los indicadores pero no de manera homogénea.

Por un lado se observa la disminución de la mortalidad infantil y de las enfermedades infecciosas (Ver tabla 1 y gráficos 1,2, 3 y 4). Bajan los casos denunciados de Hanta virus, Chagas agudo vectorial, SIDA, VIH, TBC, meningitis TBC en menores de 5 años, tétanos no neonatal y sífilis congénita. También hay indicadores alentadores que muestran que Provincias pobres mejoran la mortalidad infantil, y alcanzan indicadores cercanos a la región Cuyo (i.e.Misiones).

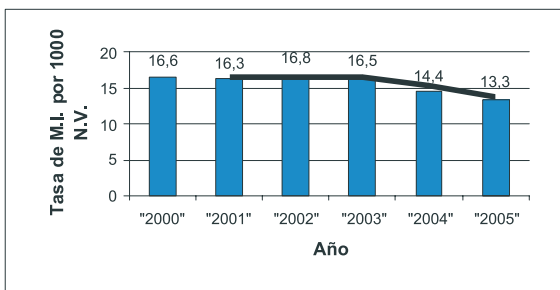
Tabla nº 1. Tasas de mortalidad infantil, materna, de 1 a 4 años y de mortalidad por enfermedades infecciosas Argentina Años 2000 a 2005

Año	Tasa de mortalidad infantil *1000 N.V	Tasa de mortalidad de 1-4 años*1000	Razón de muerte materna * 10000 N.V.	Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas ajustadas para la edad * 100000 h
2000	16,6	0,7	3,5	63,62
2001	16,3	0,6	4,3	69,51
2002	16,8	0,7	4,6	68,08
2003	16,5	0,6	4,4	71,74
2004	14,4	0,6	4,0	69,76
2005	13,3	0,6	3,9	-

Fuente de datos. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina

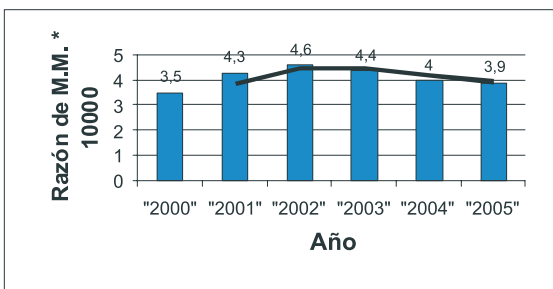
Es también alentador que hay ahora cuatro provincias con valores de mortalidad infantil menores a un dígito: Capital Federal, Tierra del Fuego, Neuquen y Río Negro se hallan en un dígito

Gráfico nº 1. Reducción Tasa de mortalidad infantil. Argentina 2000-2005



Fuente de datos. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina

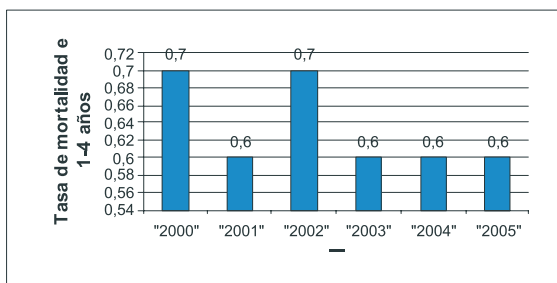
Gráfico nº 2. Reducción Razón de muerte materna Argentina 2000-2005



Fuente de datos. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina

Por otro lado, se observa la dificultad de reducir la mortalidad materna y el agravamiento de la misma en algunos lugares donde ha habido progresos con la mortalidad infantil. Este comportamiento contradictorio de los indicadores va acompañado por su volatilidad e inestabilidad. En Tierra del Fuego<sup>1</sup> que ha tenido los mejores indicadores estos han retrocedido con el aumento de la mortalidad infantil. La tasa pasó de  $4,1 * 1000$  a  $6,7 * 1000$ . Este retroceso va acompañado de un aumento en la tasa de natalidad de  $19,5 * 1000$  h. a  $20,7 * 1000$  h. y una razón de muerte materna de  $4,6 * 10000$  a  $6,7 * 10000$ . . (Msal. / OPS 2006). Si algo ocurre entonces con los indicadores, es que no todos mejoran simultáneamente, que una mejora en algunos puede ir acompañado con estancamiento y un retroceso en otros y que alcanzar un buen nivel de los mismos no impide su retroceso.

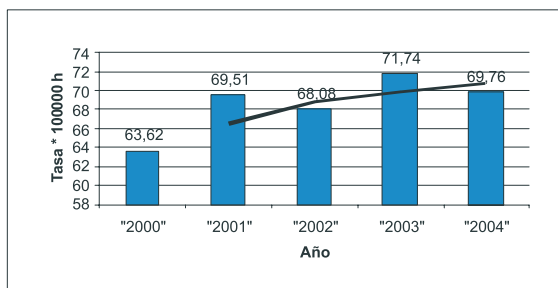
Gráfico nº 3 Estancamiento Tasa de mortalidad de 1-4 años Argentina 2000-2005



<sup>1</sup> Por otro lado también aumentó la tasa de delitos (INDEC. Mecon. 2006)

Fuente de datos. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina

Gráfico nº 4. Volatilidad Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas ajustada para la edad. Argentina 2000-2004



Fuente de datos. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina

En la medida que lo esperable sea la mejora con la recuperación económica, el problema se disloca a explicar porque se agravan los indicadores en regiones que están a la vanguardia de las cifras. En el caso de la provincia austral, es posible que haya impactado fuertemente el cambio en el perfil social de la migración, aumentando así, el número de personas que llegan a esta provincia proveniente de estratos sociales pobres, cuya tasa de natalidad y mortalidad es comparativamente mayor<sup>2</sup>. En todo caso, el ejemplo muestra la dinámica compleja de los sistemas de salud y como los cambios estructurales mencionados al inicio repercuten sobre los indicadores que no son sino un resumen sintético del estado de salud poblacional.

Tierra del Fuego muestra entonces, que aún las zonas mejor equipadas en recursos, si carecen de una buena organización social de los servicios, la estabilidad del estado de su salud poblacional se puede volver volátil. Dicho de otra forma, en un contexto de cambio permanente, las demandas se transforman en forma rápida y si los servicios prestadores no se preparan mediante una red sanitaria de atención primaria, el simple abastecimiento de insumos ante los cambios demográficos no impide el empeoramiento de los índices. Esto señala que los problemas no siempre son de estructuras sino de procesos. La salud de la población no depende solamente del dinero sino de la vertebración institucional de los servicios que los puede volver inoperantes aún en el medio de la abundancia.

<sup>2</sup> Informantes claves en la ciudad de Ushuaia y Río Grande (reunión en Salón de actos de la Obra Social Provincial. Ushuaia 2-3 de Marzo 2007), hacen saber que efectivamente han habido cambios derivados de la migración acelerada de estratos sociales pobres. Se ha generado una emergencia habitacional. Ocupación de algunos terrenos fiscales y las tasas de frecuencia de enfermedades empiezan a reflejar esa situación. En la obra social provincial por ejemplo, al transformar el gobierno los planes trabajar en empleo público han aparecido una mayor cantidad de enfermedades no controladas que alteran las expectativas de atención esperada.

Este argumento sobre la importancia de la gestión por procesos especialmente de las vías administrativas institucionales (no clínicas pues el acceso a la protocolización de los procesos operativos sanitarios no parecen un problema dado el acceso a la información) explica también en Provincias como Córdoba con un importante desarrollo relativo, la aparición de malos indicadores de producción de servicios referidos a lista de espera en cirugías de alta complejidad (bypass gástricos, cardiopatías congénitas) en hospitales de tercer nivel.

Lo que ocurre en esos casos es que ante la falta de contención de las cirugías de media complejidad en los hospitales de segundo nivel capitalino y del interior del país, estos últimos derivan parte de lo que deben atender congestionando así los establecimientos que deberían centrarse en la alta complejidad. Es conocida desde hace años, la historia del Hospital Córdoba, que en vez de hacer lo que debe, se convierte en un recurso sustituto de otros establecimientos que operan a media capacidad para dar cuenta de vesículas, apéndices y otras intervenciones, derivadas, de menor complejidad.

Eso en un contexto, donde hay establecimientos como el Tránsito Cáceres con quirófanos a estrenar que no se usan, y de otros hospitales como el Misericordia que podrían (reorganización estratégica global de procesos de por medio) dar cuenta de una mayor cantidad de cirugías.

Claramente sin organización, el simple nivel de financiamiento no resuelve los problemas. Esto hay que recordarlo en un momento donde la priorización de los problemas de salud aparece en las altas esferas políticas centrada en un discurso alrededor de la estructura y no de los procesos. El problema es de estrategia, organización, gestión global de procesos, constitución de redes de equipos de alta competencia, articulación interinstitucional, y no simplemente de más recursos físicos.

Si se escala aún más el país, dentro de la zona noreste se constata también el comportamiento desigual y volátil de los indicadores.

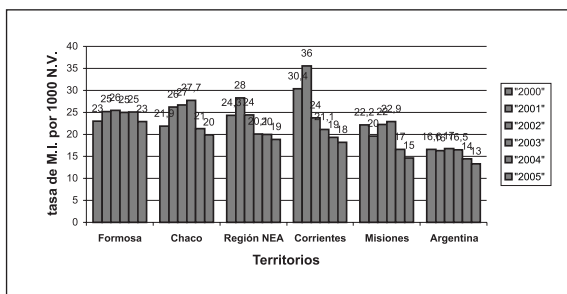
Tabla nº 2. Tasas de mortalidad infantil, materna y de 1 a 4 años. Argentina y provincias del NEA. Años 2000 a 2005

TERRITORIO	TASA DE MORTALIDAD	AÑOS					
		2000	2001	2002	2003	2004	2005
ARGENTINA	Infantil*1000	16,6	16,3	16,8	16,5	14,4	13,3
	de 1-4 años*1000	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6
	Materna*10000	3,5	4,3	4,6	4,4	4,0	3,9
TOTAL NEA	Infantil	24,3	28,3	24,4	20,1	20,0	18,9
	de 1-4 años	1,1	1,0	1,2	1,3	0,9	0,9
	Materna	8,1	9,5	8,2	8,2	8,4	8,5
CORRIENTES	Infantil	30,4	35,6	23,8	21,1	19,3	18,2
	de 1-4 años	0,9	0,9	0,9	0,7	0,7	0,6
	Materna	5,7	5,4	7,2	7,5	10,4	9,6
CHACO	Infantil	21,9	26,2	26,7	27,7	21,3	19,9
	de 1-4 años	1,3	1,3	1,5	1,6	1,2	0,7
	Materna	7,7	15,9	7,8	8,1	7,0	5,2
FORMOSA	Infantil	23,0	25,2	25,5	25,0	25,1	22,9
	de 1-4 años	1,6	1,6	1,8	1,8	1,5	1,3
	Materna	17,7	13,9	16,6	13,5	11,1	16,4
MISIONES	Infantil	22,2	19,6	22,3	22,9	16,6	14,6
	de 1-4 años	1,0	0,6	0,8	1,1	0,7	0,9
	Materna	5,5	5,3	4,6	6,2	6,7	6,8

Fuente de datos. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina

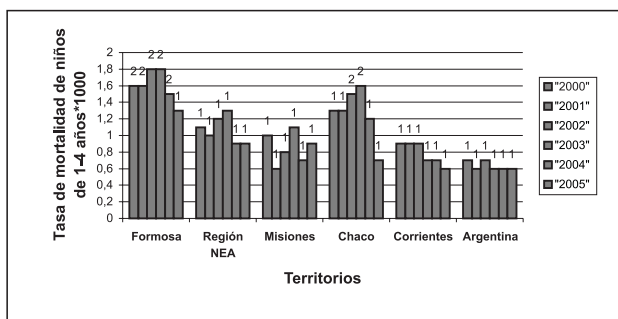
Hay provincias que mejoraran los índices de mortalidad infantil desde el mismo año de la crisis en el 2001. Corrientes y Misiones son un ejemplo. Sin embargo, no ocurre lo mismo con los indicadores de muerte materna en esos lugares. En el caso de otras Provincias (Formosa en mortalidad infantil y de 1 a 4 años) se observa que han continuado varios años posteriores a la crisis con malos indicadores sanitarios. En esos últimos lugares la mortalidad infantil parece reaccionar a la baja con mucha lentitud y como se dijo la materna en algunos casos aumenta como el propio caso de Misiones muestra con toda claridad.

Gráfico nº 5. Tasas de mortalidad infantil. Argentina y provincias del NEA. Años 2000 a 2005



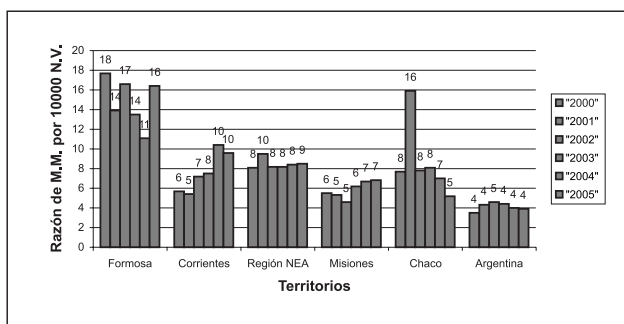
Fuente de datos. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina

Gráfico nº 6. Tasas de mortalidad de 1 a 4 años. Argentina y provincias del NEA. Años 2000 a 2005



Fuente de datos. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina

Gráfico nº 7 Razón de mortalidad materna. Argentina y provincias del NEA. Años 2000 a 2005



Fuente de datos. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina

Los indicadores de salud materno infantil en las provincias del NEA 2000-2005 en suma, dejan ver que la región hizo el pico en el 2001, por el impacto de Corrientes, para luego comenzar un lento descenso. Impacta Formosa por sus valores altos sostenidos en los 3 indicadores estudiados y sigue siendo la única provincia argentina cuya tasa de mortalidad infantil aún sobrepasa el 20%°. Le siguen Chaco y Corrientes en valores altos.

Se destaca en la región como se dijo el valor de Misiones en mortalidad infantil, que si bien aún supera la media país, se halla bien posicionada entre las provincias del norte argentino e incluso está mejor que dos provincias de la zona Cuyo, San Luis y San Juan. Sin embargo en mortalidad de 1 a 4 años Misiones supera a Chaco y a Corrientes. El problema aparece también en la razón de muerte materna donde Misiones no sólo supera a Chaco sino que la misma va en aumento. Formosa de nuevo y La Rioja son las 2 provincias argentinas cuyos valores siguen en este indicador superando los 2 dígitos

#### b) Mortalidad materna y Necesidades Básicas Insatisfechas

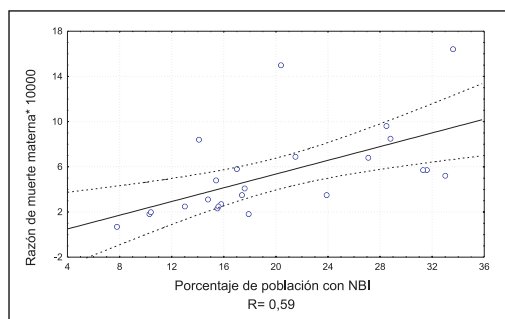
En este escenario de mejora desigual y volatilidad de los indicadores, la mortalidad materna como se dijo se muestra problemática. En el mundo correlaciona fuertemente con la tasa de mortalidad infantil (Tafari y col 2005), sin embargo ello no ocurre de la misma forma en Argentina por razones que no están claras. Más aún, las estimaciones estadísticas con los datos disponibles parecerían sugerir que la muerte materna no correlaciona ni con el producto geográfico bruto (PGB) por cápita ni con el porcentaje de población en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI). La disponibilidad de nuevos datos sin embargo, empieza a cambiar esta cuestión. El



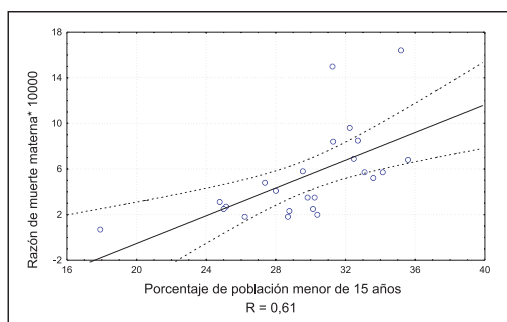
análisis de correlación de los factores de riesgo derivados de la encuesta Nacional con variables socioeconómicas muestra que hay efectivamente una fuerte asociación entre la mala salud de la mujer con la pobreza.

Las estimaciones para el año 2005 muestran que esta razón de muerte materna posee cierto grado de correlación con el porcentaje de población en hogares con necesidades básicas insatisfechas ( $R= 0,59$ ) y con el porcentaje de población menor de 15 años ( $R= 0,61$ ) Esta última variable se puede probar que se encuentra muy ligada a variables referidas a pobreza.

Gráfico nº 8. Relación entre la razón de muerte materna y el NBI



SP/ 32 Gráfico nº 9 Relación entre la razón de muerte materna y Porcentaje de población menor de 15 años.



A partir entonces, del tratamiento estadístico de los datos de la encuesta de factores de riesgo ahora disponibles (tabla nº 3) se puede mostrar que el porcentaje de población menor de 15 años (que es colinear con la tasa de natalidad) correlaciona con el mal estado de salud de la población, el analfabetismo, la ausencia de cobertura de obra social y la no realización de controles ginecológicos, todos ellos indicadores de pobreza.

Tabla nº 3. Correlaciones entre | 0,6 - 0,99 |

Indicador	Correlación positiva
Estado de salud general regular o mala	No realiza mamografía (0,61) NBI (0,69) Porcentaje de población menor de 15 años (0,61)
Razón de muerte materna	NBI (0,59) Porcentaje de población menor de 15 años (0,61)
Porcentaje de población menor de 15 años	No realiza mamografía (0,68) No realiza Papanicolau (0,61) NBI (0,80) % de analfabetas > de 10 años (0,72) Tasa de natalidad (0,90) Ausencia de cobertura O. Social (0,67)

Fuente de datos Encuesta nacional de factores de riesgo (2005). M.Salud República Argentina



A los fines de comprender mejor la magnitud del problema se intentó hacer tipologías regionales del comportamiento de la propia mortalidad materna para explorar la posible existencia de algún patrón regional que permita sacar conclusiones sobre el comportamiento de esta variable. La tabla 4 y 5 muestran los resultados

Tabla nº 4. Causas de muerte materna. Proporción sobre 291 defunciones acaecidas. Argentina- 2005

Causas	Casos	Porcentaje	Tasa * 10000 <sup>3</sup>
Aborto	79	27,1	1,11
Causas obstétricas directas	147	50,5	2,06
Causas posts obstétricas	14	4,8	0,20
Causas obstétricas Indirectas	51	17,5	0,72
Total	291	100	4,09

Fuente de datos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. M.S. de Nación, (año 2005)

Durante el año 2005 más de una cuarta parte de las muertes maternas se debió a embarazos que terminaron en aborto. Por otro lado las principales causas obstétricas directas que ocasionaron la mitad de las muertes fueron: hipertensión arterial, hemorragias pre y post parto, y las sepsis. Si bien esta tabla pone en evidencia la gran cantidad de muertes por aborto, también señala las complicaciones durante el embarazo y el parto que terminan en muertes que pudieron ser prevenidas y evitadas.

Señala un grave problema de salud pública, ética y equidad de género. Muchas de esas muertes seguramente fueron innecesarias e injustas. La mitad de las mujeres eran jóvenes, muchas de ellas sanas, y fallecieron por causas relacionadas con procesos fisiológicos como el embarazo, el parto y el puerperio. El 72 % de las madres que murieron en el 2005 (212) murieron por quedar embarazadas. Estos datos indican la necesidad de sostener los programas de protección social hoy vigentes más allá de los cambios políticos de turno<sup>4</sup>

<sup>3</sup>La razón de muerte materna informada por el Ministerio de Salud de la República Argentina para 2005 es de 3,9\* 10000, porque no contabiliza las causas posts-obstétricas, contando éstas, el total es de 4,1\*10000 N.V.

<sup>4</sup>Remediar: entrega medicamentos en forma gratuita a Centros de Atención Primaria de la salud de todo el país, y tiene como objetivo a 15 millones de personas sin cobertura de salud. Cuidarnos: es un seguro de salud que cubre a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al niño hasta los seis años de edad. Nacer: beneficia a todas las mujeres sin cobertura social provee 5 controles prenatales, educación e información, análisis de sangre y orina, vacunación, atención del parto por personal especializado y atención del recién nacido.

<sup>5</sup> En esta Provincia se verifica también la tasa de delitos más alta del país en lo que equipara sólo con Capital Federal (INDEC. Mecon op/cit).

Tabla nº 5. Causas de muerte materna provincias argentinas

Posición respecto a la media país	Causas de muerte	Provincias
Superan la media país de muerte materna	Aborto, causas obstétricas directas, causas obstétricas indirectas	Formosa, La Rioja, Jujuy, Misiones
	Aborto, causas obstétricas directas	Chaco, Neuquén, Salta
	Causas obstétricas directas	Entre Ríos, Santiago del Estero, Tierra del Fuego
	Causas obstétricas indirectas	Catamarca, Chubut, Mendoza Tucumán
No superan la media país de muerte materna	Supera ampliamente la media de muerte por aborto	
	Superan la media de muerte por causas obstétricas indirectas	Río Negro, San Juan y Santa Fe

Fuente de datos. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. M.S. de Nación, (año 2005)

La búsqueda de un patrón regional de muerte materna no indica tipologías claras. Sin embargo, pone en evidencia que la muerte materna es un flagelo en todo el país. Superan la media país provincias de todas las regiones geográficas en que se divide Argentina, aún las de alto PGB por cápita como Neuquén y Tierra del Fuego. La muerte por aborto aparece tanto en provincias pobres como La Rioja, Jujuy, Formosa y Misiones como en Provincias ricas como Neuquén.<sup>5</sup> Tucumán aparece

particularmente afectada por este problema. Siendo una Provincia que no supera la media país en muerte materna, lo hace ampliamente sin embargo, cuando la muerte refiere al aborto.

El problema de la muerte materna entonces, desborda aparentemente la cuestión de la pobreza<sup>6</sup>. Es indudable que la mala salud de la mujer y las necesidades básicas insatisfechas se encuentran asociadas. Sin embargo es también cierto que Tierra del Fuego supera por causas obstétricas directas la media nacional de muerte materna. Mendoza lo hace por causas obstétricas indirectas y Santa Fe y Río Negro aún siendo provincias bajo la media Nacional, aparecen superando la media nacional en muertes por causas obstétricas indirectas. Son estas cuestiones que parecen desbordar la mera pobreza lo que lleva a pensar sobre el impacto incierto de los servicios de salud.

### c) Impacto de los servicios

Las dudas arrojadas en las secciones anteriores dejan traducir que no está claro si el comportamiento de los indicadores analizados se deben a las condiciones socioeconómicas o a la intervención de los servicios. Hay zonas pobres donde la mortalidad infantil mejora y eso se debe posiblemente a la influencia de los servicios. Luego la mortalidad de 1 a 4 más sensible a las condiciones socioeconómicas parece no acompañar la mejora. Sin embargo cuando se observa la muerte materna, esta no solo aparece en lugares con pobreza sino en Provincias Ricas lo que denotaría en un caso problemas con las condiciones socioeconómicas y en el otro con fallas en los servicios.

Posiblemente el comportamiento desigual y volátil de los indicadores sea el resultado de ambas cuestiones. Dado que ese desarrollo desigual de los indicadores ha sido analizado más arriba sobre la región Noreste del país se selecciona ahora una Provincia de esa región para intentar profundizar en el problema. Se enfoca el caso de Misiones para describir el funcionamiento institucional de la red sanitaria<sup>7</sup>. De esta forma mediante la caracterización de la red en instituciones hospitalarias y de unidades sanitarias primero y la búsqueda de asociación de tasas de producción de servicios con los cambios en las tasas de mortalidad posteriormente, se busca obtener alguna evidencia del impacto de los servicios.

La hipótesis sería que a mayor producción en los centros de atención las tasas de mortalidad deberían caer. Asimismo se busca saber si estos centros se encuentran en las zonas de mayor pobreza y mortalidad para corroborar regionalmente si se ha logrado evitar en este caso de estudio la ley de cuidados inversos (Harth. J.T. 1971) esto es que a mayor necesidad menor atención. Así, el objetivo es intentar conocer la distribución de frecuencias de la producción de la red de servicios públicos de salud, tanto de los centros de primer nivel de atención como de los hospitales y si existe algún grado de correlación entre la producción de los servicios y la tasa de mortalidad infantil.

Según datos del INDEC<sup>8</sup>, la cantidad de establecimientos asistenciales dependiente del sub-sector público provincial, se ha incrementado desde el año 1990 al año 2007 en un 44%, debido especialmente a los establecimientos ambulatorios de primer nivel de atención. Actualmente, se cuenta con 337 establecimientos de salud, que se distribuyen en cuatro zonas sanitarias, Capital, Sur, Centro y Norte. La distribución por tipo de establecimientos muestra que hay 297 Centros de Atención

<sup>6</sup> Los datos no desagregan por estrato social. Habría que investigar si en las Provincias de alto ingreso por cápita las muertes maternas se dan en poblaciones con NBI o en otros estratos. El dato agregado del ingreso por cápita muestra en todo caso que regionalmente el problema está también en Provincias de ingreso alto.

<sup>7</sup> Misiones se localiza en el extremo nordeste del territorio nacional, pertenece al grupo de provincias de la denominada región del NEA (Noreste Argentino), junto a Corrientes, Chaco y Formosa, que se caracteriza por ser una zona pobre con altas tasas de mortalidad infantil. La superficie provincial es de 29.801 Km<sup>2</sup> (1,07% del país continental). Tiene 17 Departamentos y 75 Municipios siendo su capital Posadas. Sanitariamente esta dividida en cuatro regiones (Capital, Sur, Centro y Norte).

<sup>8</sup> Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población (febrero 2007), Dirección de estadísticas Sectoriales. (Mecon), en base a información suministrada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Primaria (CAPS) y 17 unidades sanitarias que, como los CAPS, desarrollan actividades ambulatorias pero además, poseen servicio de internación. Por otro lado, hay 23 establecimientos hospitalarios que dan atención especializada ambulatoria e internación y entre los hospitales y las unidades sanitarias se contabilizan un promedio de 1332 camas disponibles.<sup>9</sup>

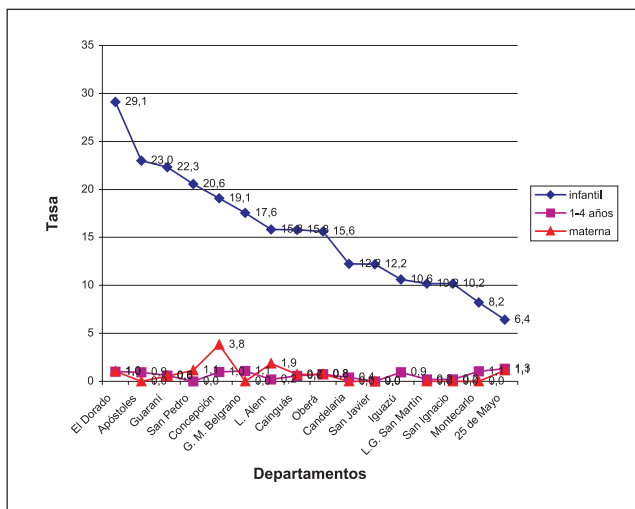
Los indicadores de salud materno infantil de la Provincia se describen en la tabla 6 a continuación

Tabla nº 6 Indicadores de salud materno infantil. Pcia de Misiones año 2004, por Departamento<sup>10</sup>

Zona sanitaria	Departamento	M. infantil	Tasa % <sup>o</sup>	Mte 1-4 años	Tasa % <sup>a</sup>	Muerte materna	Razón * 10000
<b>Capital</b>		<b>131</b>	<b>17,77</b>	<b>14</b>	<b>0,44</b>	<b>6</b>	<b>8,14</b>
<b>Sur</b>	Apóstoles	22	22,99	4	0,94	-	-
	Candelaria	7	12,24	1	0,40	-	-
	Concepción	5	19,08	1	0,98	1	38,17
	L.G.San Martín					-	-
	San Ignacio	8	10,18	1	0,21	-	-
		15	7,85	-	-	1	6,78
<b>Total sur</b>		<b>57</b>	<b>10,16</b>	<b>7</b>	<b>0,63</b>	<b>8</b>	<b>7,26</b>
<b>Centro</b>	Caingúas	22	15,79	3	0,57	1	7,18
	Guaraní	41	22,31	4	0,62	1	5,44
	L. Alem	17	15,84	1	0,21	2	18,64
	Oberá	41	15,63	8	0,75	2	7,62
	San Javier	7	12,22	-	-	-	-
	25 de Mayo	4	6,43	4	1,31	1	11,42
<b>Total centro</b>		<b>132</b>	<b>16,25</b>	<b>20</b>	<b>0,69</b>	<b>7</b>	<b>8,62</b>
<b>Norte</b>	El Dorado	56	29,12	8	1,03	2	10,40
	G. M. Belgrano	21	17,56	4	1,07	-	-
	Iguazú	21	10,62	7	0,94	-	-
	Montecarlo	8	8,21	4	1,05	-	-
	San Pedro	18	20,55	-	-	1	11,42
<b>Total norte</b>		<b>124</b>	<b>17,85</b>	<b>23</b>	<b>1,02</b>	<b>3</b>	<b>4,32</b>
<b>No especificado</b>		<b>1</b>	<b>20,80</b>				
<b>Total</b>		<b>445</b>	<b>16,6</b>	<b>64</b>	<b>0,70</b>	<b>18</b>	<b>6,72</b>

Fuente de datos: Sistema estadístico de Salud. Boletín 111 . Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. B.Aires, República Argentina, marzo de 2006

Gráfico nº 10. Tasa de mortalidad infantil de 1 a 4 años y materna por 1000 . Departamentos Misiones 2004



<sup>9</sup> Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones 2005  
<sup>10</sup> Para sacar la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años, se tomó como denominador datos del censo 2001, provistos por el Señor Ministro de Salud de la Pcia de Misiones, para la tasa de mortalidad infantil se posee el número de nacidos vivos del mencionado boletín 111.

Fuente de datos: Sistema estadístico de Salud. Boletín 111 . Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. B.Aires, República Argentina, marzo de 2006

De la tabla se deduce que las tasas de mortalidad infantil que superan la media provincial corresponden a El Dorado, San Pedro, y Gral Belgrano en la zona norte. Guaraní, en la zona centro. Apóstoles y Concepción en la zona sur. En relación a la tasa de mortalidad de 1 a 4 años superan el dígito El Dorado, Gral Belgrano y Montecarlo en la zona norte y 25 de Mayo en zona centro. Finalmente la razón de muerte materna<sup>11</sup> es muy alta en El Dorado y San Pedro en zona norte, L. Alem y 25 de Mayo en zona centro y Concepción en zona sur

Se observan por tanto coincidencias y diferencias en las muertes por departamento. En la zona norte (y en la Provincia) el peor caso parece ser el Dorado donde son importantes los tres tipos de muerte. Gral Belgrano también en la zona norte aparece mal en mortalidad infantil y de 1 a 4 pero no en mortalidad materna. San Pedro de la zona norte aparece como los otros dos casos mal en mortalidad infantil pero a diferencia de General Belgrano aparece bien en mortalidad de 1 a 4 pero mal en mortalidad materna

En la zona centro, 25 de Mayo aparece mal tanto en mortalidad de 1 a 4 como en mortalidad materna pero no en mortalidad infantil. Finalmente en la zona sur Concepción aparece mal en mortalidad infantil y mortalidad materna pero no en mortalidad de 1 a 4. Hay luego localidades que aparecen mal en uno solo de los tres indicadores: Guaraní de la zona centro y Apóstoles de la zona sur en mortalidad infantil, Montecarlo de la zona centro en mortalidad de 1 a 4 y Alem de la zona sur en mortalidad materna.

En general entonces, la zona norte y capital de la provincia superan la media provincial en mortalidad infantil. La zona norte de nuevo es la única que supera la media de mortalidad de niños de 1-4 años. Finalmente en mortalidad materna tanto la zona sur, centro y capital superan la media, mientras que la zona norte se halla cercana a la media nacional. Si la pobreza afecta más la mortalidad de 1 a 4 y la mortalidad materna, eso no se ve reflejado en la zona norte donde la mortalidad materna es baja y la de 1 a 4 se junta a la mortalidad infantil. No parece existir un patrón en estos indicadores por zonas sanitarias ni por departamentos. Hay simplemente algunos lugares como el Dorado que está mal en todo y otros como San Pedro, General Belgrano, 25 de Mayo y Concepción que están mal en dos de los tres indicadores considerados.

Esta cuestión fue expresamente debatida dentro de un grupo focal conformado por profesionales alumnos de la maestría en Administración y Gerencia de Servicios de Salud en la ciudad de Posadas. Había informantes claves en dirección de hospitales así como integrantes del Ministerio de Salud Provincial.<sup>12</sup>

En esa aproximación cualitativa no hubo acuerdo sobre las posibles razones para la caída de la mortalidad infantil, el aumento de la mortalidad materna y el comportamiento errático de la mortalidad de 1 a 4 años. Una postura sostuvo que se trata en el caso de la mortalidad materna de mejoras en el registro dada la inversión que la Provincia hizo en ese sentido. Esto implicaría que en los próximos años, las cifras debería reflejar el nuevo patrón de registro ya que el cambio en las estadísticas no refleja una variación de la mortalidad sino del comportamiento de las organizaciones que la contabilizan.

En relación a la mortalidad infantil en cambio, el planteo fue que el registro siempre ha sido más preciso en razón de que es difícil ocultarla.<sup>13</sup> Otra versión planteaba la existencia de crecientes delitos contra la integridad sexual de mujeres jóvenes en el seno de las familias que terminan en muerte por complicaciones de abortos autoprovocados. Esta versión sin embargo, fue puesta en duda por otra posición que argumenta que las muertes son de mujeres mayores de 35 años, o en mujeres que tienen embarazos voluntarios y con pareja constituida pero que carecen de educación para controlar el embarazo y preparar

<sup>11</sup> Se calculó por 1000 para insertarla en el mismo gráfico

<sup>12</sup> Reunión en el Salón de Actos.

Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. Viernes 27 y sábado 28 de abril 2007.

<sup>13</sup> Uno de los argumentos esgrimidos es que la mortalidad materna se solía enmascarar por registros distorsionados. En efecto la vinculación de la muerte a prácticas abortivas o derivadas de algún crimen, genera posteriores complicaciones como ir a declarar a la justicia. De esa forma el problema se evita con una causa de muerte registrada que no coincide con la realidad

el parto. En resumen no hay ni padrón uniforme de los indicadores ni acuerdos entre los propios expertos en salud de la región.

Si desde la distribución de los indicadores no se puede concluir en la existencia de un patrón uniforme tampoco parece surgir nada claro desde la producción de los servicios hospitalarios.

Las tasas de uso de consulta ambulatoria se generaron con datos de producción hospitalaria del año 2005, y datos de población del censo 2001. Para llevar a cabo el armado de las mismas, se tomó como denominador el número de habitantes de cada Departamento multiplicado por un factor de corrección igual a 0,578, debido a que esa es la proporción de población sin cobertura de obra social o plan médico y la que en teoría debe utilizar estos servicios.

Tabla n° 7. Efectores públicos de Salud de la Pcia de Misiones clasificados por sector geográfico. Año 2005

Sector	Departamentos	Hospitales de Área	Unidades sanitarias
Capital		H. Dr. R de Madariaga, H. de Pediatría, Monoclínico de Salud Mental, Monoclínico de Geriatría, H. enfermedades transmisibles Dr. P. Balliña H. Posadas Oeste Dr R. Favaloro.	
Sur	Apóstoles Candelaria Concepción L. Gral San Martín San Ignacio	Apóstoles Concepción Puerto Rico Jardín América San Ignacio	San José Candelaria Capióvi Corpus, Gobernador Roca
Centro	Caingúas Guaraní Leandro Alem Oberá San Javier 25 de Mayo	El Soberbio, San Vicente Leandro Alem Oberá San Javier 25 de Mayo, Alba Pose	A. del Valle, Campo Grande, Dos de Mayo. Cerro Azul Campo Viera, Panambi
Norte	Montecarlo El Dorado San Pedro Gral Belgrano Iguazú	Montecarlo El Dorado San Pedro B. Irigoyen Iguazú	Puerto Piray Colonia Delicia, Almirante Brown San Antonio Esperanza, Libertad



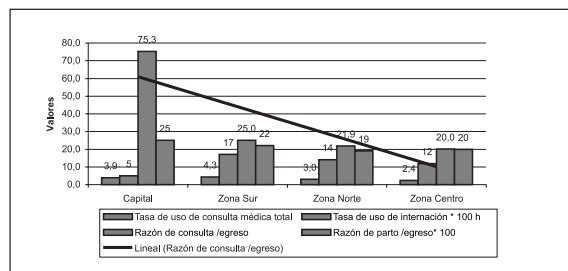
Fuente de datos: Boletín de estadísticas hospitalarias. Provincia de Misiones

Tabla N 8 Indicadores de rendimiento hospitalario. Total sector público. Provincia de Misiones. 2005

Zonas Sanitarias	Habitantes a cubrir	Tasa de uso de consulta médica total	Tasa de uso de internación * 100 h	Razón de consulta /egreso	Razón de parto /egreso* 100
Capital	164295(30%)	3,9	5	75,3	25
Zona Sur	95980(17%)	4,3	17	25,0	22
Zona Centro	165883(30%)	2,4	12	20,0	20
Zona Norte	130537(23%)	3,0	14	21,9	19

Fuente de datos: Boletín de estadísticas hospitalarias. Provincia de Misiones

Gráfico n° 11. Indicadores de rendimiento hospitalario. Sector público. Total Provincia de Misiones. 2005



Fuente de datos: Boletín de estadísticas hospitalarias. Provincia de Misiones

En la tabla nº 8 y gráfico nº 11 se presenta el total de consulta médica ambulatoria por Zona Sanitaria, contabilizadas las de consultorio externo y emergencias de los efectores con internación, más las que ocurren en los efectores públicos sin internación. Se observa que la tasa de uso de consulta médica en la zona sur duplica a la zona centro y la tasa de uso de internación \* 100<sup>14</sup> de la zona sur es la más alta de todas y triplica el valor de la capital. Cuando se vuelve sobre la tabla de mortalidad se observa que la zona sur tiene la menor de todas las regiones con 10,16 por mil, está en mortalidad de 1 a 4 bajo el promedio de la Provincia aunque excede ese promedio en mortalidad materna.

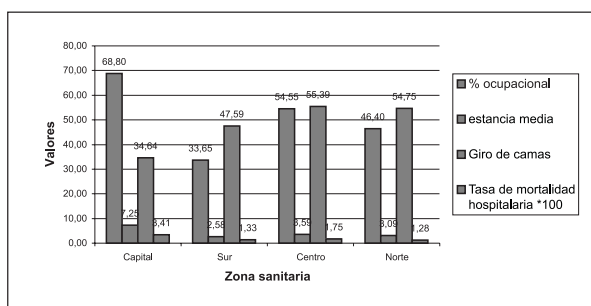
Habría aquí un indicio sobre el impacto de los servicios sobre la mortalidad infantil aunque no se explica el porque del comportamiento distinto de la mortalidad materna y la infantil de 1 a 4 que deberían estar afectadas por el entorno socioeconómico. En el caso de Capital, con tasas de uso de consultas altas y la menor tasa de internación la mortalidad infantil resulta alta 17,7 por mil, la mortalidad de 1 a 4 es baja y vuelve a estar sobre el promedio la mortalidad materna. La zona central con la menor tasa de consulta médica tiene una alta tasa de muerte materna.

En la tabla nº 9 y gráfico nº 12 se observan los indicadores de internación para las cuatro zonas sanitarias, en la zona Capital la ocupación de camas es mayor, como así también la estancia media y la tasa de mortalidad hospitalaria, por otra parte en ese sector es menor el giro de cama. Esta mayor duración promedio de la internación acompañada de una mortalidad intrahospitalaria más elevada que muestran en los establecimientos de esta zona, podría estar relacionada a la derivación de los pacientes hacia la Capital, cuando su situación es grave, donde quedan internados y en muchos casos mueren<sup>15</sup>.

Tabla nº 9. Indicadores de rendimiento hospitalario<sup>16</sup>. Total. Sector público Provincia de Misiones. 2005

Zona	% ocupacional	estancia media	Giro de camas	Tasa de mortalidad hospitalaria *100
Capital	68,80	7,25	34,64	3,41
Sur	33,65	2,58	47,59	1,33
Centro	54,55	3,59	55,39	1,75
Norte	46,40	3,09	54,75	1,28

Gráfico nº 12. Indicadores de rendimiento hospitalario. Total Sector público Provincia de Misiones. 2005



<sup>14</sup> Se buscó un amplificador para poder graficar.

<sup>15</sup> Mayores promedios de días de estada suelen corresponder a pacientes con enfermedades crónicas y a establecimientos con mayor complejidad asistencial.(Cuervo J. L. Y col 1994)

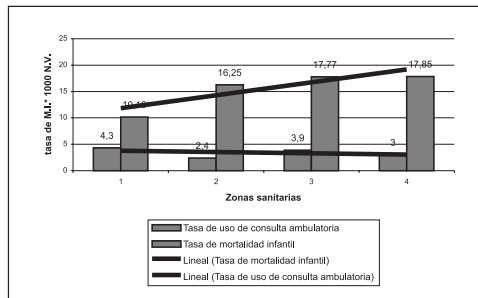
<sup>16</sup> Los indicadores fueron contruidos con las normas de Aranguren y Rezzónico (1998).

Fuente de datos: Boletín de estadísticas hospitalarias. Provincia de Misiones

En el gráfico N 12 se puede observar que existe una relación entre la tasa de mortalidad infantil y la tasa de uso de consulta ambulatoria por zona sanitaria. La zona sur que posee

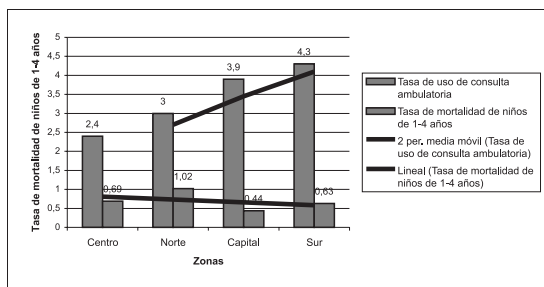
mayor tasa de utilización de consulta es la que presenta menor tasa de mortalidad infantil. En el gráfico N 13 se observa un fenómeno similar con la mortalidad de niños de 1 a 4 años y la tasa de uso de consulta ambulatoria por zona sanitaria.

Gráfico nº.13. Tasa de uso de consulta ambulatoria y tasa de mortalidad infantil



Fuente de datos: Boletín de estadísticas hospitalarias. Provincia de Misiones

Gráfico nº.14 Tasa de uso de consulta ambulatoria y tasa de mortalidad de niños de 1-4 años

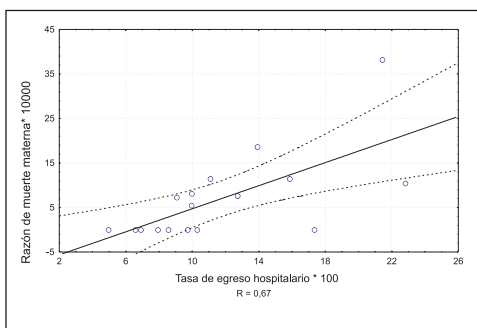


La correlación de los indicadores de producción con indicadores de salud general, infantil y materna en los 17 departamentos de la provincia de Misiones sin embargo, muestra apenas los siguientes resultados

Tabla nº 10 Correlaciones estadísticamente significativas<sup>17</sup>

Indicador	Correlación positiva
Tasa de egreso hospitalario	Razón de muerte materna (0,67) Tasa de mortalidad infantil (0,54)

Gráfico nº 15 Grado de relación entre la tasa de egreso hospitalario y razón de muerte materna



<sup>17</sup> Una correlación es estadísticamente significativa cuando la correlación verdadera no es cero Dawson-Saunders y Trapp (1997). En este caso el software Statística, señaló la tasa de M.I. como tal si bien el valor era inferior a 0,6.

## Conclusiones

1 Durante los años 2004-2005 hay una marcada disminución de la Tasa de Mortalidad infantil en la República Argentina. Algunos distritos políticos ya poseen valores inferiores a un dígito: son Tierra del Fuego, Capital Federal, Neuquen y Río Negro.

2 El comportamiento de los indicadores presenta una marcada volatilidad.

3 En Tierra del Fuego aumenta la mortalidad infantil y materna.

4 Las provincias del NEA son las más rezagadas con los valores más altos de mortalidad infantil. Formosa sobrepasa el 20%, seguido de Corrientes y Chaco. Misiones aparece en mejores condiciones.

5 La disminución de la razón de muerte materna es muy leve. Formosa y La Rioja presentan los valores más altos, en Misiones no cede y va en aumento.

6 La razón de muerte materna empieza a correlacionar con variables de pobreza como NBI y porcentaje de población menor de 15 años.

7 La mitad de las madres muere por causas obstétricas directas (hipertensión, hemorragia ante y pos parto)

8 Las muertes por aborto se observan principalmente en provincias pobres y Neuquen.

9 La tasa de mortalidad por infecciosas, también disminuye lentamente así como los casos informados de patologías infecciosas.

10 En el caso de Misiones no se encuentra un patrón visible de mortalidad infantil, mortalidad de 1 a 4 años y materna. El Departamento El Dorado aparece como la peor zona con alta tasa de mortalidad infantil, de niños de 1 a 4 años y razón de muerte materna.

11 Si bien la muerte infantil y de niños de 1 a 4 parecen bajar al aumentar la tasa de uso de consulta ambulatoria, no ocurre lo mismo con la muerte materna. La única correlación estadísticamente significativa que se sostiene sin embargo es la tasa de muerte materna e infantil con la tasa de egreso hospitalario.

## Bibliografía

1. Aranguren E. y Rezzonico R. (1998) "Auditoría Médica -Garantía de Calidad en la atención de la salud", 2º Edición, Centro Editor de la Fundación Favalaro, Buenos Aires Argentina

2. Cuervo J. L. y col. (1994) "Gestión de Hospitales –Nuevos instrumentos y Tendencias" Ediciones Vicens Vives, 1994, España.

3. Dawson- Saunders, B y Trapp, R. (1997) "Bioestadística Médica". Manual Moderno. Segunda edición. México.

4. Hair J, R Anderson, R Tatham, W BLACK. (1999). "Análisis Multivariante". Prentice Hall Iberia Madrid.

5. Hart JT.(1971) "The inverse care law". Lancet;1:405-412.

6. Penziner, A y C. Hinton (2002) Maternal, Infant, and Child Health, chapter 11 page 1 to 14 Iowa Department of Public Health.U.S.A.

7. Sloane, K(2003) Maternal child and adolescent health, Alameda County Public page 21 to 39. Health Department.

8. Tafani R., N. Gaspio y R. Maldonado (2005) "Economía, educación y salud materno-infantil" Revista de Salud Pública número I, Vol. IX.pp 24-52

9. Vieytes R. (2004). "Metodología de la Investigación en Organizaciones , Mercado y Sociedad". Editorial de las Ciencias. Argentina.

10. Argentina 2006. Indicadores básicos. Ministerio de Salud de la Nación / OPS.

11. Argentina 2005. Indicadores básicos. Ministerio de Salud de la Nación / OPS.

12. Argentina 2004. Indicadores básicos. Ministerio de Salud de la Nación / OPS.

13. Argentina 2003. Indicadores básicos. Ministerio de Salud de la Nación / OPS.

14. Argentina 2002. Indicadores básicos. Ministerio de Salud de la Nación / OPS.



15. Estadísticas Vitales. Información Básica 2005. Ministerio de Salud de la Nación

16. Ministerio de Salud de la República Argentina (2006) nacidos vivos, defunciones totales según grupos de edad y maternas, por división político administrativa de residencia, Argentina — año 2004:

17. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2005) Ministerio de Salud de la Nación. Argentina

## ANEXO

Tabla nº 1. indicadores de producción de servicios por institución Misiones 2005.

Establecimientos	Tasa de uso de consulta médica	Tasa de uso de internación %	Razón de consulta/egreso %	Razón de parto/egreso %	Porcentaje ocupacional de cama	Estancia media	Giro de camas	Tasa de mortalidad hospitalaria *100
Hosp. Pcial. Dr. R. Madariaga	1,9	15	12,7	36,87	77,77	5,58	47,64	3,86
Hosp. Pcial de Pediatría	1,4	3	19,7	-	58,96	5,33	40,38	1,98
Monoclínico de Salud mental	0,2	-	67,9	-	82,14	55,23	5,43	-
Hosp. Enf. Trans. Dr. P. Baliña	0,5	-	25,1	-	55,45	62,62	3,23	2,8
Monoclínico de geriatría	0,7	1	56,8	-	74,74	73,61	3,71	11,52
Hosp. Pdas. Oeste R. Favaloro	1,9	-	622,9	-	33,07	5,72	21,11	11,24
Hosp. Área Concepción	7,2	21,43	33,61	14,59	28,48	2,33	44,54	1,88
Hosp. Área Apostoles	2,88	10,76	26,79	22,66	63,88	3,25	71,66	1,74
Unidad Sanit. San José	3,85	8,14	47,25	5,28	19,05	2,1	33,17	2,64
Unidad Sanit. Candelaria	5,58	4,97	112,29	10,8	21,15	1,21	64,08	1,72
Hosp. Área Jardín América	4,44	10,89	40,8	28,31	28,72	2,67	39,26	1,09
Hosp. Área San Ignacio	4,14	5,32	77,86	44,14	30,55	1,99	56,06	0,48
Unid. Sanit. Corpus	6,49	15,06	43,09	10,58	24,3	2,31	38,39	1,71
Unidad Sanit. G. Roca	4,14	6,43	64,39	27,97	15,21	2,16	25,69	0,00001
Hosp. Área Pto. Rico	3,7	13,74	26,9	23,14	38,07	3,06	45,38	0,87
Unidad Sanit. Capióvi	4,82	8,81	54,74	3,69	19,69	1,69	42,57	0,34
U. Sanitaria A. Del Valle	1,85	11,74	15,76	18,29	46,04	2,11	79,67	0,58
U. Sanitaria Campo Grande	0,98	4,83	20,34	28,13	26,91	1,61	61,18	1,53
U. Sanitaria Dos de Mayo	2,12	5,1	41,64	26,57	31,72	1,79	64,6	0,00001
Hosp. Área. El Soberbio	0,98	6,29	15,5	10,51	45,49	1,24	134,03	0,35
Hosp. Área San Vicente	6,03	15,32	39,36	43,49	65,68	1,82	131,38	2,27
Hosp. Área Leandro Alem	2,87	13,05	21,96	22,52	57,99	4,66	45,39	1,57
U. Sanitaria Cerro Azul	5,04	19,92	25,29	5,54	43,94	1,91	84,1	0,22
Hosp. Base Oberá	2,53	14,44	17,54	22,63	62,08	5,89	38,44	3,38
U. Sanitaria Campo Viera	0,98	4,83	20,34	28,13	9,73	1,11	31,91	0,00001
U. Sanitaria Panambí	1	0,76	132,8	112,5	4,79	0,92	19,08	0,00001
Hosp. Área San Javier	2,06	17,36	11,88	4,13	50,85	1,96	94,88	0,16
Hosp. Área 25 de Mayo	1,85	11,74	15,76	18,29	38,66	2,07	68,04	0,16
Hosp. Área Alba Posse	2,99	20,66	14,45	9,99	45,8	2,41	69,42	0,24
Hosp. Base Zona El Dorado	2,7	21,26	12,9	19,1	62,47	3,92	58,14	2,01
U. Sanitaria Colonia Delicia	6	10,14	59,3	13,1	34,11	1,92	64,85	0,00001

Establecimientos	Tasa de uso de consulta médica	Tasa de uso de internación %	Razón de consulta/egreso %	Razón de parto/egreso %	Porcentaje ocupacional de cama	Estancia media	Giro de camas	Tasa de mortalidad hospitalaria *100
U. Sanitaria Almirante Brown <sup>18</sup>	-	-	21,7	21,2	21,9	1,88	42,57	0,52
Hosp. Área Bernardo de Irigoyen	1,7	6,71	25,8	28,7	21,12	2,45	31,43	0,21
U. Sanitaria San Antonio	2,4	6,2	39,1	33,6	26,42	2,43	39,7	-
Hosp. Área Montecarlo	3,8	9,25	40,8	15,7	44,95	2,13	76,89	0,74
U. Sanitaria Puerto Piray	2,8	3,99	70,4	16,2	9,23	1,71	19,7	-
Hosp. Área Iguazú	3,3	12,83	26	28,8	47,29	3,31	52,07	1,94
U. Sanitaria Esperanza	3,9	11,54	34,1	32,3	42,06	1,75	87,54	0,39
U. Sanitaria Libertad	4,8	9,14	52,7	16,9	24,5	1,73	51,84	0,63
Hosp. Área San Pedro	2,2	15,86	14,1	1,4	44,25	2,52	64,06	0,09

<sup>18</sup> No se poseen datos de habitantes a cubrir, para calcular tasa de uso.