



Woelflin, María Lidia
Ghilardi, Fernanda
López Asensio, Guillermo
Yoya, María Alejandra
Lapelle, Hernán
Geli, Miriam
Zabala, Pablo
Instituto de Investigaciones Económicas

EL ACCESO A LA SALUD PÚBLICA EN ROSARIO EN UN CONTEXTO DE RECUPERACIÓN ECONÓMICA

INTRODUCCIÓN

Investigar sobre calidad de vida, bienestar de una población, equidad y/o desarrollo de un territorio requiere prestar especial atención al acceso a la atención de la salud de todos y cada uno sus habitantes, reconociendo a ésta como uno de los principales bienes públicos que un Estado debe garantizar.

La crisis desatada a inicios de este siglo en el país puso en situación de vulnerabilidad a buena parte de nuestra población y, ante el desempleo y la marginalidad creciente el brindar atención de salud pública se convirtió en un tema acuciante, fundamentalmente para los gobiernos subnacionales.

El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis sobre el acceso de la población en condiciones de vulnerabilidad de Rosario y el Aglomerado Gran Rosario a la atención en efectores públicos de salud. Para ello se toma como indicadores de población vulnerable la carencia de cobertura médica, habitar en hogares con NBI, o estar desempleado. Reconociendo que la salud no es sólo una cuestión médica, sino que también tiene importantes aspectos sociales y económicos, se parte del contexto económico reciente de la región bajo estudio.

El trabajo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar se exponen algunos conceptos teóricos acerca de la vinculación entre salud y crecimiento económico y los factores que inciden en las condiciones de salud de la población, en segundo lugar se hace un breve análisis de la economía de Rosario y el AGR durante el período 2001-2009 para identificar los factores que repercutieron favorablemente en el contexto económico y luego se analiza cómo dicho crecimiento repercutió en algunos indicadores socioeconómicos. El punto cuatro indaga sobre el acceso de la salud de la población evaluando algunos indicadores de oferta y demanda del sistema de salud pública en Rosario y la importancia del gasto en sanidad en el presupuesto, para luego realizar algunas reflexiones finales sobre la evolución del acceso a la salud en nuestra ciudad.

1. ALGUNOS CONCEPTOS

La salud se define como la capacidad de cada individuo de desarrollar su potencial físico y cognoscitivo, es parte del capital humano, uno de los determinantes clave del crecimiento económico y la pobreza. ... La sinergia entre salud y crecimiento involucra al sistema como un componente mediador, generador de empleo y de servicios complejos, cuya dinámica



medida supera al promedio de la economía y permea a otras ramas directamente y a través de las externalidades positivas y a su arrastre económico” (Henández y Poulier 2007)

Un análisis del sector salud debe involucrar no sólo a la gente y su salud, sino también: al sistema, a los servicios médicos y a las políticas sanitarias. Es importante señalar que la situación de salud y situación del sector salud no son sinónimos, la primera se refiere a la salud de las personas y la segunda a los sistemas y servicios de salud. La situación de salud de una determinada población está condicionada por múltiples variables y el sistema de salud es solo una de ellas.

Tobar (2000) señala los diferentes factores que condicionan la salud de las personas, siendo algunos de ellos:

- i. la *biología o herencia*, ya que algunas personas nacen con mayor predisposición que otras a adquirir ciertas enfermedades.
- ii. el ambiente en que se vive, generalmente las áreas más pobres son las más insalubres y hay factores del deterioro ambiental que afectan la salud tanto de los ricos como de los pobres.
- iii. los *estilos de vida* que incluyen aspectos como la forma en que la gente se alimenta, el hábito del tabaco, la prevalencia de conductas agresivas, el consumo de drogas, las prácticas sedentarias, las deportivas, etc.

El *sistema sanitario*, constituido por los hospitales, seguros médicos, consultorios, etc, es otro factor. Se estima que el mismo es responsable por el 11% de los casos de enfermedad o muerte.

Si bien el sistema sanitario es uno de los factores citados, no se puede negar la importancia del mismo para paliar las consecuencias de los efectos de los otros factores, ya sea en forma preventiva o bien luego que la enfermedad se ha presentado.

Cuando tratamos el tema de acceso a la salud pública pública lo hacemos mediante indicadores indirectos contruídos a partir de información disponible:

- i. Indicadores de demanda a aquella parte de la población que no dispone de otro medio para ser atendido, y/o sus condiciones de hábitat presuponen carencias o bien que se encuentre desocupado, reconociendo la existencia de una franja de población que, si bien no se encuentra incluida en lo definido, por diversas causas son, en determinados momentos, atendidos en el sistema de salud pública.
- ii. Indicadores de oferta se trabaja con estadísticas sobre efectores y camas disponibles, dejando de lado las diferentes especialidades brindadas.
- iii. Indicador de políticas públicas a través del análisis de los presupuestos, reconociendo que una desagregación mayor del mismo y el análisis de otro tipo de información permitiría visualizar la importancia de la salud preventiva entre otras cuestiones que afectan directamente la calidad de vida. Estos indicadores complementan a los anteriores, ya que la disponibilidad de fondos permiten el funcionamiento de los efectores.

2. LA ECONOMÍA DE ROSARIO Y SU REGIÓN 2001-2009

Estudios realizados en el IIE permiten caracterizar el comportamiento de la economía de Rosario como procíclico pronunciado, comprobándose, en ocasiones, un adelanto en sus ciclos respecto a la economía nacional.

Durante la vigencia de la Convertibilidad el producto de la Región perdió participación a nivel



provincial y nacional. Uno de los factores decisivos de dicho comportamiento fue que la apertura externa repercutió negativamente sobre varias ramas industriales tradicionales del área, la cual se caracteriza por una importante participación de pymes (Woelflin y otros, 2012). Tomando el período 1993-2001, el crecimiento promedio anual del PBG fue de tan sólo 0,4%.

A su vez con el cambio de contexto macroeconómico de 2002 la región ha sido una de las más favorecidas. Las causas gravitatorias de la gran recuperación fueron entre otras: i) la depreciación del tipo de cambio que permitió la recuperación de sectores industriales en crisis, ii) un escenario internacional inédito en materia de precios de los commodities sumado a la mayor productividad del agro, y iii) un mejor posicionamiento de la ciudad en el ámbito nacional e internacional merced a varias décadas de políticas estratégicas. En particular puede decirse que la recuperación económica encontró a Rosario y su región con algunas "ventajas competitivas" en materia de desarrollo local que contribuyeron a potenciar los efectos del excelente contexto internacional (Woelflin, Ghilardi, Yoya, 2010).

Así, la etapa de recuperación que se inicia dicho año es de mayor intensidad que a nivel nacional y como resultado, la región muestra un crecimiento interanual de su producto real superior al de Argentina y la provincia. El incremento entre puntas en el período 2002-2009 fue de 71% para el AGR, 66,4% para la Nación y 56,7% para la provincia.

En este desempeño tuvieron gran influencia el comportamiento del sector industrial y de la construcción, sobre todo por los efectos que los mismos tienen sobre otros sectores de actividad. Transporte y Comunicaciones, que tiene fuertes vínculos hacia atrás con el sector industrial y en particular con la agroindustria localizada especialmente en las localidades del sur y norte del Aglomerado Gran Rosario, fue el sector que más contribuyó a dicho crecimiento. También se destaca Comercio por mayor y menor y Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler que están asociadas al desempeño del sector Construcción. En la Matriz Insumo producto (MIP97) puede verse cómo la construcción y las ramas industriales más importantes del área tienen un considerable peso del sector transporte en su función de producción. (Woelflin et al, 2012)

Cuadro n° 1. Contribución a la tasa de crecimiento del PBG 2003-2009 por sector de actividad(*)

	%
Industria	13,1
Electricidad Gas y Agua	-0,5
Construcción	3,2
Comercio por mayor y menor	19,6
Hoteles y Restaurantes	3,5
Transporte y Comunicaciones	22,0
Intermediación Financiera	4,9
Actividades inmobiliarias empresariales y de alquiler	15,6
Administración Pública y defensa	3,3
Enseñanza	0,7
Servicios Sociales y de Salud	8,4
Servicios Personales, Comunales	5,9
Hogares privados con servicios domestico	0,4

(*) El PBG del Aglomerado Gran Rosario no incluye las actividades primarias y de extracción.

Nota: la contribución al crecimiento es igual al peso o ponderación de la variable en cuestión (sector) multiplicado por la tasa de crecimiento de esa variable (sector) en el período considerado

FUENTE: elaboración propia en base a estimaciones del IIE.



Una característica de la recuperación económica post crisis 2001-02 es que el empleo respondió satisfactoriamente, en relación a otros períodos, al crecimiento del producto.

Al mismo tiempo la recuperación del sector construcción, por el tipo de empleo que ocupa, tiene gran influencia sobre las condiciones de vida de la población. Datos de la EPH muestran que este sector es, junto con Servicio Doméstico, los que poseen menor participación de trabajadores con secundario completo. Otro aspecto es que el sector Construcción tiene alrededor de la mitad de la ocupación sin cobertura de obra social. (Woelflin et al, 2012)

Lapelle (2013) realiza un análisis de los ciclos que muestra la actividad económica local y señala que en 1998 se inicia un ciclo que culmina en febrero de 2008, registrando más de 9 años y medio de duración, marcado por el fin de un modelo económico a nivel nacional, la Convertibilidad, para dar inicio a un régimen macroeconómico diferente. La fase recesiva duró poco más de 37 meses (3 años), iniciando en agosto de 1998 y culminando en septiembre de 2001, anticipándose al estallido de la profunda crisis socioeconómica de diciembre de 2001 a nivel nacional

El ciclo siguiente tiene una duración poco mayor a los 4 años, de febrero de 2008 a febrero de 2012, está marcado por la caída del nivel de actividad de poco más de 15 meses, febrero de 2008 - mayo de 2009, provocada por la sequía, el conflicto entre el sector agropecuario y el gobierno nacional y la crisis financiera internacional. Cabe destacar el rol del sector agroexportador del sur santafecino en este último ciclo. La nueva relación cambiaria y la suba extraordinaria de los precios internacionales de los commodities generaron grandes excedentes que fueron volcados a la Región, generando fuertes efectos multiplicados

3. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN

Las condiciones de vida de una población dependen de múltiples factores económicos, sociales y políticos. En este trabajo se analiza brevemente como son las condiciones referidas a desempleo, Necesidades Básicas Insatisfechas, y carencia de cobertura de salud. Ello se debe a que tomamos como población potencialmente demandante del sector salud pública a aquella que presenta alguna de estas condiciones, reconociendo que estos indicadores sólo nos pueden dar una idea sobre uno de los aspectos de vulnerabilidad. Es decir, se pretende esbozar brevemente, por medio de diferentes indicadores para los cuales se cuenta con información secundaria, cómo ha evolucionado la situación socioeconómica, en algunos aspectos, de la población de Rosario.

En primer lugar, a partir de la base de microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) para el cuarto trimestre de los años 2003 y 2012, se estudia las diferentes modalidades de cobertura médica que tienen los habitantes de la ciudad en esos dos períodos

En el año 2003, algo menos del 40% del total de la población estaba sin ningún tipo de cobertura, el 45% realizaban aportes a obras sociales, y el resto de la población tenían mutuales o prepagos o, al menos, algún servicio de emergencia.

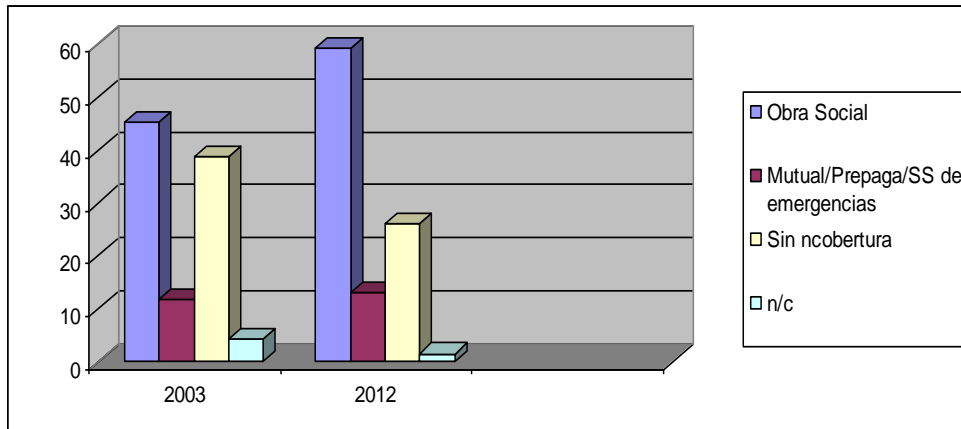
En el año 2012, la situación era diferente, el 60,0% tiene obra social¹ como cobertura médica, mientras que quienes cuentan con una mutual, prepaga o algún servicio de emergencia ascienden al 13,0%; finalmente alrededor del 27,0% se encuentran dentro de la población que revisten una situación en la que no pagan ni le descuentan ningún tipo de aportes para acceder a alguna cobertura. Podría decirse que un cuarto de la población son los que, por sus condiciones en este indicador, recurren al sistema de salud pública. Según este indicador, en el período bajo aná-

¹ En cobertura con obra social incluye la cobertura PAMI



lisis, los potenciales usuarios del sistema de salud pública pasaron de 4 de cada 10 habitantes a algo menos de 3 . Estos datos están mostrados en el gráfico siguiente

Gráfico n°1: Cobertura de salud de la población de Rosario 2003-2012



Fuente: base de microdatos EPH cuarto trimestre de 2003 y 2012.

La recuperación económica y el consecuente aumento en las tasas de empleo, la extensión del amparo del PAMI a todos los mayores de 65 años (tengan o no jubilación) y el mayor porcentaje de empleo en blanco, hace que en la comparación entre punta (año 2003-2012) disminuya significativamente la parte de la población sin cobertura en salud..

La situación del empleo es otro indicador de calidad de vida incluido en este trabajo. Se puede observar que las estadísticas del mercado laboral provenientes de la Encuesta Permanente de Hogares reconocen que durante el período analizado el aumento en el nivel de ocupación permitió absorber personas de la masa de desocupados y dar empleo a parte de la población que se incorporaron a la PEA, La tasa de desempleo disminuyó en 11.8 puntos porcentuales entre inicios y fines del período analizado, registrando una suba en 2009 pero luego retomando su tendencia a la baja. Algo similar ocurrió con la tasa de subocupación demandante, ello es una evidencia más de que el crecimiento económico se dio en presencia de creación genuina de empleo.

Cuadro n° 2: Indicadores del Mercado Laboral. Gran Rosario. (*)

	Tasa de desocupación	Tasa de subocupación demandante
2003	19,5%	9,3%
2004	15,9%	7,7%
2005	12,6%	7,3%
2006	12,0%	6,6%
2007	10,3%	5,3%
2008	8,8%	5,7%
2009	10,6%	6,0%
2010	8,9%	6,8%
2011	7,6%	5,1%

(*)Promedio de los cuatro trimestres del año

FUENTE: Encuesta Permanente de Hogares. INDEC.



Debido al problema de información de los últimos años, los datos sobre pobreza e indigencia del Aglomerado se incluyen sólo con fines ilustrativos. Estos datos oficiales señalan que la población que habita en hogares por debajo de la línea de pobreza disminuyó, en el Gran Rosario, pasando de 47,9% en el segundo semestre del 2003 a 3,8% en el segundo semestre del 2012. En el mismo período la población que habita en hogares por debajo de la línea de indigencia disminuyó del 23,9% al 2,2%. Estimaciones privadas no acuerdan con estos datos aunque sí señalan la disminución de este fenómeno en el período bajo análisis².

Otra forma de medir la pobreza es mediante la proporción de hogares y personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), las cuáles se pueden interpretar como indicador de la relación que tienen las condiciones ambientales y calidad de vida de los hogares sobre la salud de las personas. Este indicador tiene la ventaja de estar desagregado por localidades, lo que nos permite observar situaciones heterogéneas al interior de la Región analizada. Según el CNPyV 2010 los hogares que presentan NBI para el AGR representan un 6,60% de la totalidad, siendo 27.599 hogares sobre un total de 418.282. En el cuadro siguiente se vuelcan los datos de los dos últimos censos, lo que permite observar la evolución de esta variable durante la década intercensal.

Cuadro nº 3. NBI por Localidades del AGR

Región/ Localidad	hogares c/ al menos un indicador de NBI		% sobre el total hogares por localidad	
	CNPYV 2001	CNPYV 2010	CNPYV 2001	CNPYV 2010
TOTAL AGR	40.485	26.866	11,76	6,61
Rosario	29.622	19.296	10,75	6,02
San Lorenzo	1.298	811	10,37	5,52
V. Gdor. Gálvez	4.245	2.936	22,85	13,15
Gro. Baigorria	1.345	908	15,75	8,39
Pto. Gral. San Martín	450	334	16,23	8,93
Fray Luis Beltrán	557	363	14,45	8,01
Cap. Bermúdez	959	651	12,39	7,15
Pérez	1.199	991	18,83	12,65
Soldini	100	39	12,69	4,03
Roldán	384	305	12,10	7,12
Funes	326	232	7,62	3,14

Fuente: Elaboración propia IIE en base a CNPyV 2001 y CNPyV 2010, % .

La información del último censo nos permite observar la mejor situación relativa, de acuerdo a este indicador, de las localidades de Funes y Soldini, si bien ambas concentran muy bajo porcentaje de la población. En el otro sentido se ubican las localidades de Villa Gobernador Gálvez, Pérez, Puerto General San Martín, Granadero Baigorria y Fray Luis Beltrán.

Si se analiza la evolución de este indicador hay que señalar la disminución destacable de la incidencia de las NBI en Villa Gobernador Gálvez y Soldini.

² El observatorio de la Deuda Social Argentina obtiene para el Total de Aglomerados Urbanos un tasa de pobreza del 7% con los valores de Canasta Básica Total que publica el INDEC, en tanto utilizando estimaciones no oficiales de CBT la proporción de personas pobres arroja un mínimo de 24,5% y un máximo de 26,9%. "Estimaciones de Tasas de Indigencia y Pobreza (2010-2012). Totales Urbanos". Comunicado de prensa. Abril 2013. Observatorio de la Deuda social Argentina. UCA.



4. EL ACCESO A LA SALUD PÚBLICA EN EL AGLOMERADO: OFERTA Y DEMANDA.

El sistema de salud está compuesto por:

- a) **Subsector público**, con financiación y provisión públicas.
- b) **Subsector de seguro social obligatorio**, organizado en torno a entidades que agrupan a los trabajadores según ramas de actividad denominadas Obras Sociales (OS).
- c) **Subsector privado**, que incluye tanto la oferta de profesionales de la salud independientes como la de establecimientos de salud (hospitales privados, clínicas, etc.) que atienden demandantes individuales. Asimismo, el sector privado comprende entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepagas.

En este acápite se analizan algunos indicadores de oferta de la salud pública en el área bajo estudio, ellos son: la presencia de instituciones prestadoras de este servicio y la cantidad de camas para internación con que se cuenta.

El sistema de salud del AGR, al igual que a nivel nacional, es el resultado de una compleja evolución. En sus comienzos, la provisión de servicios de salud se desarrolló alrededor de un grupo de prestadores que comprendían establecimientos de asistencia pública, hospitales, mutuales y establecimientos privados, sin intervención activa del Estado. Recién a mediados de los 40 el sector público comenzó a ocupar un rol central como prestador y responsable en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector.

Con la creación del Ministerio de Salud, a nivel nacional en 1949, se dio gran impulso a la salud pública, a través de la ampliación de capacidad instalada, del desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas, como así también se fortaleció la intervención del Estado en la organización del sector.

En la década del 70, el sistema cambió significativamente con la extensión de la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia. A través de la ley 18.610 se obligaba la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad.

La reforma del sistema de salud que se llevó a cabo en Argentina en la década del noventa implicó la transferencia a provincias y municipios de los servicios de salud. Se puede afirmar que esta última reforma tuvo como objetivo prioritario contener el gasto sectorial. De esta manera la problemática queda restringida al debate sobre el modelo de financiamiento, dejando a un lado la consideración de los modelos de gestión y de atención.

Es por esos tiempos, cuando la ciudad de Rosario inicia un proceso que dio lugar al resurgimiento de la salud pública, apoyado en la Atención Primaria de la Salud (APS). Lo cual permitió que el discurso "Salud para Todos" empezara a cobrar forma en cada barrio de la ciudad, mediante la creación de centros de salud o el fortalecimiento de los existentes. (Cappiello, 2011)

En el cuadro siguiente se vuelca la información sobre la disponibilidad de Centros de salud y camas disponibles, en el año 2009, en las distintas localidades del Aglomerado, incluyéndose exclusivamente las correspondientes al sector público desagregado en la jurisdicción municipal y provincial.

**Cuadro Nº 4. Centros de salud, hospitales y camas disponibles por localidad (2009)**

	Cantidad de centros de salud y SAMCO		Cantidad de Hospitales		Camas Disponibles promedio diarias en Internación
	Municipales	Provinciales	Municipales	Provinciales	
TOTAL AGR	94	57	7	7	2138
Rosario	53	39	7	5	1922
San Lorenzo	16	1			36
V. Gdor. Gálvez	8	6		1	28
Gro. Baigorria		4		1	140
Pto. Gral. San Martín	4	1			
Fray Luis Beltrán		1			
Cap. Bermúdez	5	3			8
Pérez	1	1			
Soldini	1				
Roldán	2	1			4
Funes	4				

Fuente: Elaboración propia en base a listados de efectores públicos reconocidos por el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe

Como puede observarse la ciudad de Rosario es la única que cuenta con hospitales de gestión municipal y sólo esta ciudad, Villa Gobernador Gálvez y Granadero Baigorria cuentan con hospitales públicos. Esta localización de la oferta hospitalaria, y el nivel de atención compleja que presentan, implica un traslado de la demanda de otras localidades a la ciudad de Rosario.

Del análisis de las estadísticas hospitalarias se puede observar una tendencia creciente a la incorporación de camas en el servicio de internación tanto en los hospitales municipales de la ciudad de Rosario, como los de gestión provincial. A modo de ejemplo, de un total de 1500 camas aproximadas en 2005, en el año 2009 este número se elevó a 2800 aproximadamente, siendo la participación de los efectores de gestión provincial distribuidos en el AGR los que observaron el mayor incremento.

El gobierno de de la Ciudad de Rosario brinda el servicio de salud pública a través de:

- i. Atención primaria: La ciudad cuenta con más de cincuenta centros de salud distribuidos en todo el éjido, donde se efectúan las primeras acciones de asistencia. De medicina generalista, clínica, pediatría, odontología, tocoginecología, psicología y enfermería entre otras. Estos centros también realizan actividades de prevención, promoción y educación en salud
- ii. El segundo nivel de atención está abocado a la atención de afecciones que revisten cierto grado de especialización sin necesidad de una internación prologada y hospitalaria. Comprende internación domiciliaria, cirugía ambulatoria, hospital de día, odontología y al CEMAR que es un Centro médico de especialidades de segundo nivel de complejidad. También el Policlínico San Martín brinda asistencia ambulatoria.
- iii. El sector municipal se completa con seis instituciones hospitalarias (H.E.C.A, H. Vilella, H. Carrasco, Maternidad Martin, H. Alberdi y Hospital Roque Saenz Peña) que proveen atención a pacientes con internación prolongada e internación de corta duración, entre las que se encuentra la atención en guardia. También existe un instituto



de atención especializada que realiza pre-internaciones e internaciones de mediano y largo plazo, como es el Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado (I.L.A.R).

Además la ciudad cuenta con el Sistema de Emergencia Sanitaria (SIES), que atiende las emergencias y urgencias médicas brindando asistencia pre-hospitalaria. Este servicio es prestado por la Municipalidad de Rosario y la provincia de Santa Fe.

Relacionando la información detallada más arriba con la correspondiente a la población podemos observar con mayor nitidez situaciones heterogéneas de acceso a la salud pública en las diferentes localidades.

Cuadro nº 5. Indicadores de localización poblacional y camas de internación en el AGR.

Ciudad	% sobre población total del AGR	% de camas de internación sobre las totales del AGR.	Camas cada 1000 habitantes.
Rosario	76,52	89,90	2,027
Villa Gobernador Gálvez	6,52	1,31	0,347
San Lorenzo	3,73	1,68	0,779
Granadero Baigorria	3,01	6,55	3,750

Fuente: Elaboración propia IIE en base a estadísticas hospitalarias Ministerio de salud de la provincia de Santa Fe y Anuario estadístico salud Municipalidad de Rosario.

Puede decirse que la relación presencia de camas disponibles respecto a la población es alta en el caso de Granadero Baigorria y Rosario por lo que estas ciudades estarían cubriendo de cierta manera la demanda de salud del cordón de ciudades que pertenecen al AGR.

Si consideramos la población del AGR que, según arrojan los datos mencionados más arriba, no poseen cobertura por obra social ni privada, disponemos de un indicador que nos muestra la disponibilidad promedio de camas diarias cada 1000 habitantes del AGR exclusivamente cubiertos por el sector público, lo que arroja un promedio de 6,39 camas disponibles por cada 1000 habitantes sin cobertura social.

En relación a los indicadores de *demanda* de atención de salud se analizan brevemente las estadísticas disponibles sobre la cantidad de consultas hospitalarias. Las mismas se conforman de un grupo heterógeno que combinan atención médica clínica, obstetricia, odontológica, guardias sin internación, entre otras. En la siguiente tabla se muestra la evolución de las consultas totales para los hospitales públicos de gestión municipal (ciudad de Rosario) y aquellos provinciales distribuidos en el AGR.

Cuadro nº 6. Evolución de las Consultas Totales efectores públicos municipales ciudad de rosario y provinciales AGR. 2003=100.

Año	Hospitales provinciales (I)	Hospitales municipalidad de Rosario (II)	Total consultas (I) + (II)
2003	100,00	100,00	100,00
2004	93,41	100,23	96,69
2005	93,85	98,30	95,99
2006	95,29	91,59	93,51
2007	86,75	78,45	82,76
2008	68,97	75,91	72,31
2009	64,81	87,02	75,50

Nota: Según los datos analizados por el IIE correspondientes al Censo Nacional de Po-



blación y Viviendas 2010, el Aglomerado Gran Rosario cuenta con 1.239.346 habitantes. Las ciudades con continuidad urbana pertenecientes al departamento Rosario y que conforman el AGR representan el 94% en la población departamental, y el 76% en el caso de las ciudades del departamento San Lorenzo. La Ciudad de Rosario representa en términos de la población del departamento Rosario un 81,10%.

Para el análisis se consideraron Consultas Totales (médicas, de guardia y no médicas). Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas hospitalarias Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y Anuario Municipalidad de Rosario.

De la tabla puede observarse una clara tendencia descendente a partir del año 2007 de las consultas atendidas en hospitales provinciales pertenecientes a todo el Aglomerado, mientras que los hospitales municipales de la ciudad de Rosario presentan una baja de las consultas entre 2006 y 2008, y se elevan en 2009; en particular para los años 2008 y 2009 se pueden mencionar en términos de las enfermedades que afectaron a un gran número de ciudadanos, quienes recurrieron varias veces a consultas externas y de guardia, como lo fueron el Dengue y la Gripe A H1N1.

En cuanto al porcentaje ocupacional de las camas disponibles en el servicio de internación, se observa para los hospitales municipales de la Ciudad de Rosario una tendencia estable cercana al 75% para todo el periodo, mientras que el mismo para aquellos de administración provincial, presentan mayor variabilidad para los años analizados

Finalmente dada la disponibilidad de información y el peso de los efectores municipales en la Ciudad de Rosario, se analizan indicadores presupuestarios tanto a nivel provincial como municipal a los efectos de dar una idea de la importancia de la política pública en salud.

Del análisis de los presupuestos de Rosario para el período 2003-2013 surge que el gasto público presupuestado, en valores corrientes, ha crecido de manera exponencial en términos nominales. En el año 2003 las erogaciones totales fueron de \$295.841.347, mientras que una década más tarde alcanzan el valor de \$3.715.620.222.

Al calcular la tasa de crecimiento nominal entre ambos extremos, se verifica un aumento del 1.156%. Vale destacar que al estar trabajando con valores nominales las tasas estimadas incluyen la inflación.

En lo que refiere al gasto presupuestado para sanidad, es decir las erogaciones con destino al sistema de salud pública de Rosario, en el año 2003 se presupuestaron \$85.434.572, mientras que para el año 2013 se proyecta un gasto de \$999.779.307. En este caso, el crecimiento entre puntas fue del 1.070%.

Sin embargo, deflactando los valores nominales por el índice de precios implícitos del sector salud que surge de las cuentas nacionales, el crecimiento real del gasto destinado a salud fue del 59% entre 2003 y 2012. En este sentido debe destacarse que la inflación impone enormes sacrificios a los gobiernos subnacionales para poder garantizar la cobertura y calidad de los servicios a la población y por otra parte los problemas asociados a la credibilidad de los índices de precios genera dificultades para medir la producción real del sector público³.

Para poder observar la importancia que el gobierno de la Ciudad de Rosario le confiere a la

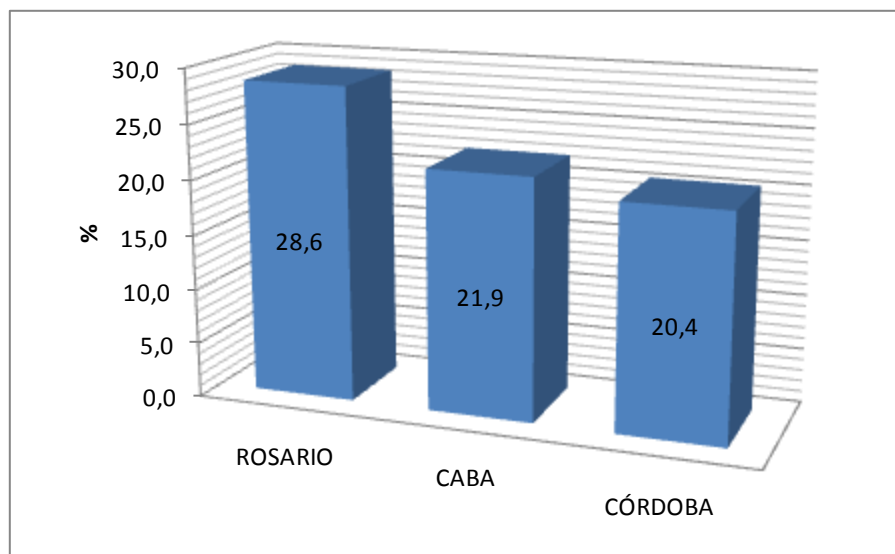
³ Sólo a modo de ilustración vale señalar que el componente de costos laborales *del Índice de Precio de Insumos para la atención médica* que publica ADECRA (Asoc. De Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina) aumentó un 167% entre diciembre de 2008 y diciembre de 2012 en tanto el componente Insumos Médicos aumentó un 74% en el mismo período. <http://www.adebra.org.ar/comercio64/html/460082Adecra%20-%20Indice%20de%20Precios%20-%20Dic%202012.pdf>



Salud se analiza la participación que tiene el gasto de la misma en el gasto total, y se observa que el ejercicio presupuestario del año 1989 el 8% del presupuesto municipal era destinado a la salud pública, éste porcentaje se incrementa hasta llegar a alrededor del 30% a lo largo de toda la década bajo análisis. La gran participación del gasto destinado al Sistema de Salud Pública es una muestra fehaciente del interés de los gobiernos en garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos.

El siguiente Gráfico muestra la participación del Gasto destinado a salud en el Gasto Total de los dos municipios más importantes del país (Rosario y Córdoba) junto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que tiene características particulares por ser casi la única oferente de servicios de salud en su territorio, en tanto Córdoba y Rosario poseen también efectores provinciales. Más allá de las diferencias institucionales entre los sistemas de salud de estas ciudades⁴, puede apreciarse claramente la importancia del gasto en salud en la ciudad de Rosario en comparación con otras grandes urbes del país.

Gráfico nº 2. Participación del gasto en salud en el gasto total (%) (*)



(*) Promedio 2007-2010

Fuente: información presupuestaria publicada en los sitios web de las Municipalidades de Rosario y Córdoba y Gobierno de la CABA.

Este análisis permite inferir que el mantenimiento y buen funcionamiento del Sistema de Salud Pública; el respeto por el derecho a la salud y el acceso equitativo a los servicios sanitarios, ha ocupado un lugar prioritario para los gobiernos locales, desde 2003. De hecho, el gasto anual per cápita destinado a sanidad de Rosario no se ha modificado a lo largo de toda la década si bien, a partir de la recuperación económica, las condiciones de vida de la población mejoraron.

Por otra parte es importante aclarar que la elevada participación del gobierno de la ciudad de Rosario en la prestación de salud pública no puede explicarse por la insuficiencia de gasto por parte del sector público provincial, por cuanto la participación de la finalidad salud en el presupuesto de Santa Fe (8%) resulta comparable a la de otras provincias de tamaño

⁴ El Gobierno de la CABA es el que presta el servicio de salud pública en Capital Federal con más de 30 hospitales públicos y Centros de Salud de atención Primaria, en tanto la Municipalidad de Córdoba asegura la atención de la Salud a través de 3 hospitales municipales, 60 Centros de Salud y 36 Unidades Primarias de Atención de la Salud en barrios alejados.



similar.

Consideraciones finales

Las condiciones de vida de una población dependen de múltiples factores económicos, sociales y políticos.

Durante la vigencia de la convertibilidad la Ciudad de Rosario y el AGR perdieron participación en el producto bruto a nivel provincial y nacional, debido en gran parte a la apertura externa que repercutió negativamente sobre varias ramas industriales tradicionales del área. En particular el crecimiento promedio anual del PBG para el período 1993-2001 fue de sólo 0,4%. Con el abandono de la convertibilidad el contexto macroeconómico cambió favoreciendo a la región que mostró tasas de crecimiento del producto superiores a la Nación y a la Provincia de Santa Fe.

Como consecuencia de ello algunos indicadores sociales mostraron también una evolución positiva: la tasa de desempleo disminuyó en 11,8 puntos porcentuales entre 2003 y 2011; la proporción de hogares con NBI pasó de 11,6% a 6,6% entre 2001 y 2010 y la proporción de personas sin cobertura en salud pasó del 40% en 2003 al 27% en 2012. Podría decirse entonces que prácticamente un cuarto de la población son los que, por sus condiciones en este indicador, recurrirían al sistema de salud pública.

Atendiendo a la oferta de salud la ciudad de Rosario es la única que cuenta con hospitales de gestión municipal y sólo esta ciudad, Villa Gobernador Gálvez y Granadero Baigorria cuentan con hospitales públicos. Esto se evidencia en la amplia heterogeneidad de que muestra el indicador de camas disponibles respecto a la población pues si bien todas las localidades cuentan con centros de salud y/o Samco para atención básica, las prestaciones de mayor complejidad involucran el desplazamiento de la población hacia las localidades que cuentan con dicha oferta.

Concomitantemente con la mejora del empleo y la cobertura de salud de la población se observó una clara tendencia descendente, desde 2007, de las consultas atendidas en hospitales provinciales localizados en el área bajo estudio, mientras que los hospitales municipales de la ciudad de Rosario presentan una baja de las consultas entre 2006 y 2008, y estas se elevan en 2009 debido al efecto de la Gripe A, H1N1.

A pesar de la disminución de la demanda potencial por salud pública la ciudad de Rosario mantuvo la elevada participación del gasto en salud en el presupuesto que ostenta desde mediados de la década del noventa. Ello significaría que si el aumento de precios implícito en el gasto total y en el gasto en salud es el mismo, la oferta de servicios de salud no se resintió, pudiendo probablemente reforzarse otras áreas distintas de la atención directa, como las de prevención y promoción de la salud que son las que tienen mayor impacto sobre el crecimiento y el desarrollo de largo plazo.



BIBLIOGRAFÍA

Capiello, M. (2011). "La construcción de un sistema de salud para la Argentina. La experiencia de Rosario y los cambios en la provincia de Santa Fe". Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Mayo.

Hernández P, Poulier JP.(2007). "Gasto en Salud y crecimiento económico". Presupuesto y Gasto Público 49/2007. Instituto de Estudios Fiscales.

Lapelle (2013) "*Construyendo un indicador sintético de actividad para la Región Rosario (ISARR)*" Actas del VI Congreso Nacional de Estudiantes de Postgrado en Economía CNEPE, Gabriela Cristiano... [et.al.]. - 1a ed. - Bahía Blanca: Universidad Nacional del Sur; Departamento de Economía. IIESS, 2013. E-Book.

Ministerio de Salud (2010). "Estadísticas Hospitalarias Provincia de Santa Fe 2010". Sistema provincial de estadísticas de salud. Dirección General de Estadística. Acceso: ms_estad@santafe.gov.ar

Municipalidad de Rosario. "Estadísticas hospitalarias 2003-2011". Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

Tobar, F (2000). "Herramientas para el análisis del sector salud". Documento Fundación ISalud. http://www.isalud.com/html/site/documentos/13_Archivo_largo.PDF

Woelflin, M.L.; Ghilardi, M.F.; Yoya, M.A (2010). "Caracterización de la evolución económica reciente del Aglomerado Gran Rosario: avances y desafíos de la próxima década". En XI Seminario Internacional de la Red Iberoamericana de Investigadores en Globalización y Territorio –RII y Universidad Nacional de Cuyo- Facultad de Filosofía y Letras- CIFOT, Mendoza- Argentina, 26-29 de octubre de 2010.

Woelflin, ML; Ghilardi, MF; Lapelle, H; López Asensio, G; Yoya. (2012). "Reestructuración económica en la región Rosario. Sus implicancias para el desarrollo regional", XII Seminario Internacional de la Red Iberoamericana de Investigadores sobre Globalización y Territorio (RII). 1 al 5 de octubre de 2012. Belo Horizonte, Brasil.

Otras fuentes consultadas:

Sitio web del Gobierno de CABA. <http://www.buenosaires.gob.ar/>

Sitio web de la Municipalidad de Córdoba. <http://www2.cordoba.gov.ar/portal/>

Sitio web de la Municipalidad de Rosario. www.rosario.gov.ar