



EL MODELO NEOLIBERAL IMPUESTO EN LA DÉCADA DE LOS '90 CONTINÚA VIGENTE EN EL ÁREA DE SALUD. AÚN HOY SE MANTIENEN LAS POLÍTICAS CORTOPLACISTAS Y FOCALIZADAS QUE IMPIDEN EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD.

por  
**SUSAN LÓPEZ**

*Lic. en Sociología (UBA), Especialista en ciencias sociales, salud y ciencias políticas (Flacso). Profesora adjunta de Medicina Social-FTS-UNLP.*



# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA ARGENTINA

LAS PRIORIDADES DE LAS  
POLÍTICAS SOCIOECONÓMICAS Y  
DE SALUD ANTERIORES A 2003

**A** bordar el perfil epidemiológico plantea el desafío de poder relacionar y explicar cómo diferentes factores participan, condicionan y/o determinan el mapa de la salud de la Argentina. El diseño e implementación de políticas económicas y sociales delimitan e impulsan formas de distribución de riqueza que muestran lo que se prioriza y lo que se relega, y por consiguiente a los que ganan y a los que pierden.

A grandes rasgos, alrededor de la mitad del siglo XX, entre 1945 y 1975, la prosperidad de la Argentina fue acompañada con un fuerte impulso redistribucionista por parte de gobiernos con políticas de Estado benefactoras, garantes e inclusivas, que tuvieron como corolario el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, una movilidad social ascendente y una tasa de desempleo de un dígito.

A partir de 1976, cuando se instauró la dictadura militar más cruenta y genocida en la historia de nuestro país, con apropiación sistemática de niños recién nacidos y desaparición forzada de personas, se impuso un plan económico de ajuste, con congelamiento de salarios, proscripción de la asociación sindical, liberación de precios, disminución de barreras a las importaciones y el inicio del ciclo de solicitudes de préstamos internacionales. El eslogan fue “achicar el Estado para agrandar la Nación”, y también el comienzo de las políticas neoliberales que luego se consolidaron en los '90.

Entre los años 1980 y 2001, los trabajadores en su

conjunto perdieron alrededor del 50 por ciento de sus ingresos. Las políticas neoliberales, selectivas y excluyentes, deterioraron las condiciones de vida y aumentaron el desempleo a dos dígitos, empujando a sectores medios bajos y a pobres estructurales a caer por debajo de la “línea de pobreza”. Además, acumuló entre muchas otras deudas sociales una deuda externa estimada, al 2004, en 181.200 millones de dólares.

Desde 1998 hasta el 2003 la incidencia de la pobreza aumentó del 26% al 47,8%, siendo aun mayor el aumento de la indigencia que pasó, para el mismo período, del 6,9% al 27,7%. Pero si se tienen en cuenta las diferencias regionales, estas pueden ser superiores, por ejemplo, en la región del noreste, las provincias de Corrientes y Chaco presentan los índices más elevados de todo el país (68,7% y 65,5%, respectivamente).

Las políticas de salud neoliberales que se impulsaron en este período, bajo la égida bancomundialista, se caracterizaron por la reducción del gasto público social, la descentralización, la focalización y la privatización. El impacto de estas políticas, de priorización del mercado y minimización del Estado, se tradujo en retrocesos en las condiciones de vida de la mayoría de los argentinos y en el enriquecimiento de unos pocos. Situación demostrada por el incremento de la desigual distribución de ingresos (en 1990, el 10% más rico ganaba 15 veces más que el 10% más pobre, en el 2001 esa diferencia trepó a 28 veces), por la pérdida de garantías y beneficios laborales y sociales (flexibilización y precarización), por el aumento del desempleo (pasó del 7% de la población económicamente activa –PEA–, a principios de 1990, a un pico de 18,4% en 1994 y a 15,6% para 2003), por el aumento de la exclusión y la marginación social, en definitiva, por la pérdida de los derechos humanos más básicos.

La pérdida de empleos y la disminución del poder de compra de los trabajadores todavía empleados llevaron a reducir aún más la accesibilidad a bienes básicos como la alimentación, la educación, la salud y la vivienda, y esto transformó no sólo la estructura social argentina, sino que deterioró las

condiciones de vida del conjunto de la población. En 1991, el 36,8% de la población no contaba con cobertura de salud por obras sociales (OS) o seguro privado. La destrucción del empleo en blanco y la caída de los salarios hicieron que la población en esas condiciones, en 2001, ascendiera al 48,1%. Estos porcentajes varían según las provincias: de 26,2% en ciudad de Buenos Aires a 65,8% en Formosa.

Los paliativos que suavizaron estas políticas fueron programas sociales, en la mayoría de los casos financiados por organismos multilaterales (Banco Mundial y BID), focalizados en los grupos de población más pauperizados. El mecanismo de financiamiento de estos programas, préstamos y fondos de contrapartida comprometidos por el Estado argentino, fue un claro ejemplo de perversidad de este tipo de política, que aumentó el endeuda-

miento externo al tiempo que generó las condiciones para nuevos ajustes, retroalimentando el círculo vicioso de desigualdad, exclusión, marginalidad y pobreza.

El ajuste económico y reducción del gasto fiscal en las políticas sociales y en particular en salud se reflejaron en la disminución de la participación relativa del gasto público en salud en relación al gasto público social. Entre 1993 y 2002 el gasto público consolidado en salud disminuyó su participación en los presupuestos ejecutados, desde el 15,27% al 13,92%, lo que significó una pérdida de 3.900 millones de pesos constantes. Momento histórico donde la pobreza afectaba a casi el 60% de la población.

Observando las series de datos correspondientes a la Argentina durante el período 1990-2003, se observa que no siempre coincide el crecimiento del PBI per cápita con mejoras distributivas, y menos aún con reducciones de la pobreza o reducción del desempleo. Y esto se traduce en peores condiciones y posibilidades de un sector cada vez mayor de población para satisfacer sus necesidades básicas como la alimentación, el abrigo, la vivienda, el empleo, la educación y la salud.

CUADRO 1. Evolución de algunos indicadores macroeconómicos de Argentina. 1990-2003

	PBI PER CAPITA EN U\$S PPA 2008 VALOR CTE.	INDICE DE POBREZA EN % DE LA POBLACION	INDICE DE INDIGENCIA EN % DE LA POBLACION	DESEMPLEO % DE LA PEA	INFLACION EN %
1990	5170	33,70	6,60	6,30	1.344,0
1991	6030	21,50	3,00	6,00	84,0
1992	6900	17,80	3,20	7,00	17,5
1993	7410	16,80	4,40	9,30	7,4
1994	7900	19,00	3,50	12,10	3,9
1995	7700	24,80	6,30	16,60	1,6
1996	8160	27,90	7,50	17,30	0,1
1997	8850	26,00	6,40	13,70	0,3
1998	9150	25,90	6,90	12,40	0,7
1999	8850	26,70	6,70	13,80	-1,8
2000	8870	28,90	7,70	14,70	-0,7
2001	8560	35,40	12,20	18,30	-1,5
2002	7730	54,30	24,70	17,80	41,0
2003	8180	47,80	20,50	16,30	3,7

\* El PBI per capita, dato del BM, es a valores constantes. PPA (Paridad de Poder Adquisitivo)

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de INDEC, EPH, y BM

*El diseño e implementación de políticas económicas y sociales delinean e impulsan formas de distribución de riqueza que muestran lo que se prioriza y lo que se relega, y por consiguiente a los que ganan y a los que pierden.*

### **Epidemiología de algunos indicadores de salud en los '90 y hasta el 2003**

En cuanto a los indicadores generales de salud biológicos, aunque se observa un mejoramiento tendencial en casi todos ellos, lo que se da en la gran mayoría de los países del mundo, no refleja el mismo comportamiento en comparación con países de la región de similares características. Por ejemplo, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para el período 1990-2000, Chile bajó la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) de 22 a 11 (50%), Costa Rica de 22 a 13 (41%), mientras la Argentina lo hizo de 29 a 21 (27%).

Las condiciones de vida y reproducción cotidiana bajo el modelo productivo de un capitalismo excepcionalmente desregulado y salvaje fueron modificando las tendencias de morbimortalidad. Desde que el homo sapiens dejó de ser nómada las enfermedades infecciosas pasaron a ser el mayor flagelo de los pueblos. Desde la revolución industrial hasta la actualidad –pasando por la concentración de población urbana, la mecanización del trabajo, la revolución tecnológica–, el modo de enfermar y morir quedó más que nunca condicionado por el modo de reproducción cotidiana. Las enfermedades infecciosas no disminuyen sólo como efecto de haber encontrado respuestas medicamentosas,

**CUADRO 2.** Algunos indicadores de salud de Argentina. 1980-2003

	1980	1990	1998	2000	2001	2002	2003
Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 n.v.	33,2	25,6	19,1	16,6	16,3	16,8	16,5
Tasa de Mortalidad Neonatal Reducible	s/d	s/d	s/d	60,4	58,2	58,9	56,4
Tasa de Mortalidad < 5 años por 1.000 n.v.		29		19,3	18,9	19,5	19,1
Tasa de Mortalidad Materna por 10.000 n.v.	7,0	5,2	3,8	3,5	4,3	4,6	4,4
Tasa Mortalidad General	8,6	8	7,7	7,5	7,6	7,7	7,9
Tasa bruta de Natalidad	25,7			19	18,2	18,3	18,4
Esperanza de vida al nacer (en años)	68,9	71,9	72,3	73,1	73,8	74	74,3
Analfabetismo	6,1	3,9			2,8		

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Estadísticas vitales DEIS. MS

sino porque lo que cambió es el tipo de sociedad, el modo de hacer y resolver, en sociedades cada vez más consumistas, competitivas e individualistas donde aumentaron el estrés y las patologías cardio y cerebrovasculares. Del mismo modo, la utilización de químicos en toda la cadena alimenticia, la contaminación y el deterioro ambiental, la manipulación y exposición de agentes tóxicos tanto en la industria como en el agro, la manipulación genética de todo ser vivo, las radiaciones de todo tipo y clase, tanto de uso doméstico como industrial, etc., han aumentado la morbimortalidad por tumores malignos. La Argentina inserta, desde el subdesarrollo, en este modelo capitalista, no ha sido la excepción.

Cabe resaltar que, aunque se haya cambiado la tendencia principal de la morbimortalidad, aún las enfermedades infecciosas y parasitarias cobran importancia por la persistencia de las condiciones y calidad de vida de la población que vive en la pobreza.

El VIH/sida, que comenzó en los inicios de los años '80, creció en forma sustancial. Con una tasa del 2,4 por 100.000 hab. en 1991, trepó al 9,2 en 1997. Desde 1998 y hasta 2003 permaneció alrededor de 6 por 100.000 hab. La distribución de los casos según sexo, en 1989 presentaba una relación de 12 a 1 entre hombres y mujeres, mientras que en el 2002 esa relación fue de 3 a 1.

El cólera, que luego de casi un siglo sin presencia en el continente, llegó en 1991 en un barco proveniente de Asia al puerto de Callao, en Lima, Perú y se extendió por varios países de la región e ingresó a la Argentina por varias vías, siendo la fluvial la más relevante, afectó al norte del país, principalmente a las provincias de Salta, Jujuy y Formosa.

Las enfermedades respiratorias han tenido un retroceso en los años '80 hasta principios de los '90, cuando comenzaron a ascender. Según el Instituto Emilio Coni, la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias para el total del país, en el grupo de 20 a 64 años, tuvo, entre 1980 y 1994, una leve tendencia al descenso con una variación promedio anual de -0,90%. En cambio, a partir de 1994 y hasta 2005, la tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio fue en aumento y, durante este período, la mortalidad por esta causa en la población de 20 a 64 años se incrementó un

**CUADRO 3.** Principales causas de mortalidad de todas las edades. Argentina. Ambos sexos. 2001

	%
<b>Enfermedades del sistema circulatorio</b>	32,8
<b>Tumores</b>	19,5
<b>Enfermedades del sistema respiratorio</b>	12,5
<b>Causas externas</b>	6,9
<b>Enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	4,8
<b>Demás causas</b>	24,5
<b>Total de causas</b>	100,0

Fuente: MS. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2004-2005

84%. Desde 1994 hasta 2005 la variación anual promedio de la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias fue ascendente: +3,23% anual.

En cuanto al Mal de Chagas, desde el año 1991 y en el marco de la iniciativa de los países del Incosur/Chagas (Argentina, Bolivia, Brasil, Uruguay, Chile y Paraguay), cuyo objetivo principal es la Interrupción de la Transmisión Transfusional y Vectorsial de Chagas, disminuyó de 6,3% en 1992, a 1,82% en 2001 en niños menores de 14 años.

Por último, se resalta que la decisión política de los sucesivos ministros de Salud, de atender la salud por planes que apuntan a grupos con patologías específicas y con condición social de vulnerabilidad y/o riesgo, fragmenta, impide y condiciona la accesibilidad a la atención integral de la salud.

### Situación actual 2003-2009

A partir del año 2003, los indicadores macroeconómicos no sólo se recuperaron sino que su crecimiento no tiene antecedentes en la historia argentina. El PBI registró un crecimiento del 80% en valores constantes pasando en el período 2003-2010 de 246 a 435 mil millones de pesos.

Si bien la pobreza y la desocupación se redujeron

**CUADRO 4. Evolución de algunos indicadores macroeconómicos de Argentina. 2003-2009**

	PBI PER CAPITA EN U\$S PPA 2008 VALOR CTE.	INDICE DE POBREZA EN % DE LA POBLACION	INDICE DE INDIGENCIA EN % DE LA POBLACION	DESEMPLEO % DE LA PEA	INFLACION EN %
2003	8180	47,80	20,50	16,30	3,7
2004	9120	40,20	15,00	13,20	6,1
2005	10430	33,80	12,20	10,10	12,3
2006	11710	26,90	8,70	8,70	9,8
2007	13090	20,60	5,90	7,50	8,5
2008	14110	15,30	4,40	7,30	7,2
2009	14465	13,20	3,50	8,40	7,7

El PBI per capita, dato del BM, es a valores constantes. PPA (Paridad de Poder Adquisitivo)

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de INDEC, EPH, y BM

significativamente –el índice de pobreza se redujo de 50,9% en 2003 a 19,2% en 2008 y la desocupación a la mitad, pasando de 14,3% de la PEA en 2003 a 7,3% en 2010–, esta situación no se ha visto reflejada con un acompañamiento e impacto similar en las condiciones de salud de la población.

El gasto en salud, que representaba el 9% de la canasta familiar para el año 2000, pasó al 10% para 2007. El gasto de bolsillo, indicador de injusticia social, ya que afecta desproporcionadamente a la población pobre, ascendió de 44,5% a 49,2% del gasto total.

En contrapartida, la participación del gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud, bajó de 55,5% a 50,8% entre 2000 y 2007.

Mientras que el porcentaje del gasto público en salud como parte del gasto público total disminuyó del 14,7% en 2000 al 13,9% en 2007.

Si se compara el gasto público en salud con las tasas de mortalidad infantil y TMM5 con países similares de la región, encontramos que esa reducción tiene relación con la disminución más lenta de estos indicadores en nuestro país.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) bajó 4 puntos en el período 2003-2009, mientras que la tasa de mortalidad materna (TMM) creció en 1 punto. Para el año 2006 las muertes maternas llegaron a 4,8 por 10.000 nacidos vivos, sin embargo la misma muestra marcaba las diferencias regionales. Para ese mismo año, se registraba una TMM del 16,5 en Jujuy, del 12,8 en Chaco y del 12,5 en Misiones, cada 10.000 nacidos vivos. A nivel país, según datos del Ministerio de Salud de 2008, mientras en el quintil más pobre se concentran cerca del 30% de las muertes en menores de un año y el 40% de las muertes maternas, en el quintil menos pobre se acumula sólo el 15% de la mortalidad infantil y el 10% de la mortalidad materna.

**CUADRO 5. Gasto público en salud, gasto per cápita y tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años\***

	GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO % DEL GASTO TOTAL EN SALUD		GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO % DEL GASTO PÚBLICO TOTAL		GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA EN DÓLARES INTERN		GASTO PÚBLICO PER CÁPITA EN U\$S PPP 2008		TASA MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS. POR 1000 NACIDOS VIVOS		TASA MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NACIDOS VIVOS	
	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2008	2000	2008
Argentina	55,5	50,8	14,7	13,9	815	1322	452	671	20	15	17	13
Brasil	40,0	41,6	4,1	5,4	506	837	202	348	34	22	28	18
Chile	52,1	58,7	14,1	17,9	615	863	320	507	22	9	9	7
Costa Rica	76,8	72,9	21,7	25,8	468	899	360	656	22	11	12	10
Cuba	90,9	95,5	11,9	14,5	375	917	342	875	8	6	6	5

\* Comparativo de los años 2000- 2007/8

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos de estadísticas sanitarias mundiales 2010 – OMS

CUADRO 6. Algunos indicadores de salud de Argentina. 2003-2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tasa de mortalidad Infantil por 1.000 n.v.	16,5	14,4	13,3	12,9	13,3	12,5	12,1
Tasa de mortalidad neonatal reducible	56,4	58,9	57,5	56,5	57,4	57	n/d
Tasa de mortalidad < 5 años por 1.000 n.v.	19,1	19,5	19,1	15,2	15,6	14,5	n/d
Tasa de mortalidad materna por 10.000 n.v.	4,4	4	3,9	4,8	4,4	4	5,5
Nacidos con peso < 1.500 gr %					1,1		1,1
Tasa de mortalidad general	7,9	7,7	7,6	7,5	8	7,6	7,6
Tasa bruta de natalidad	18,4	19,3	18,5	17,9	17,8	18,8	18,6
Esperanza de vida al nacer (en años)	74,2	74,6	74,3	74,3	75,2	75	75,24
Analfabetismo en % (> de 10 años de edad)		2,6					

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos de la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud (Deis). MS

Si bien el subsector público brinda un servicio universal de atención y prevención a la salud gratuito a través de hospitales y centros de salud, la población sin cobertura de obra social o seguro privado de salud registra un descenso significativo pasando del 48,1% para el 2001 al 35% de la población para el año 2005. También aquí puede observarse que las regiones más pobres, el NOA y NEA, son las que más dependen del sistema público de salud, por ejemplo, en Formosa el porcentaje de la población que se atiende en este asciende al 56 por ciento.

La automedicación también merece una especial atención. Según una encuesta de la Universidad Maimónides realizada en 2006, la mitad de los argentinos adultos hace un mal uso de los medicamentos, lo que causa la muerte de más de 700 personas y alrededor de 100.000 internaciones hospitalarias al año en el país. Según estimaciones de Kregar, los analgésicos, antibióticos, antiácidos y sedantes lideran el ranking de la automedicación en la Argentina. Además, este autor sostiene que “se estima que el 11% de todos los casos de insuficiencia renal terminal es atribuida al consumo de analgésicos. El 40% de los casos de hemorragia digestiva alta son atribuibles a la aspirina y al resto de los antiinflamatorios no esteroideos [ibuprofeno, paracetamol]”.

Al analizar las principales causas de muertes encontramos que, en relación al período anterior al 2003, las mismas mantienen la posición y que incluso registran un descenso en sus valores.

*La decisión política de los sucesivos ministros de Salud, de atender la salud por planes que apuntan a grupos con patologías específicas y con condición social de vulnerabilidad y/o riesgo, fragmenta, impide y condiciona la accesibilidad a la atención integral de la salud.*



CUADRO 7. Principales causas de mortalidad. Todas las edades ambos sexos. Tasa por 100.000 habitantes

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total de muertes todas las causas	797,64	769,24	760,59	750,09	802,54	760,17	758,76
Enfermedades cardiovasculares	190,11	180,71	178,83	178,37	191,37	178,67	177,76
Tumores malignos	145,10	143,77	145,87	145,96	146,48	143,54	143,49
Enfermedades cerebrovasculares	60,98	57,33	53,47	51,67	51,08	48,72	46,27
Enfermedades respiratorias agudas	39,16	39,29	40,35	40,92	48,13	42,12	48,21
Septicemias	25,78	25,56	27,31	28,61	28,35	25,81	25,64
Diabetes	24,16	24,19	23,27	21,35	22,41	19,49	19,19
Accidentes de tráfico vehículo motor	8,98	8,92	9,26	10,43	10,17	10,82	11,04
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	8,74	8,21	7,97	8,00	7,61	7,86	7,42
Trastornos mentales y de comportamiento	7,10	6,41	5,60	5,81	6,79	6,53	6,42
Deficiencia de nutrición y anemias nutric.	5,04	4,05	3,30	3,08	3,33	2,83	2,77

Fuente: Elaboración propia en base a datos extraídos de la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud (Deis). MS

*El modelo neoliberal impuesto en la década de los '90 imprimió un modo de hacer políticas sociales cortoplacistas y focalizadas como paliativos de una política de ajuste económico, de achicamiento del Estado y de expansión del mercado que aún no ha sido superado.*

Otra tasa de mortalidad que presenta un comportamiento diferencial marcado entre regiones es la diabetes. En el NOA y el NEA la tasa es mayor que la media del país. La morbilidad es de alrededor del 7% de la población, aunque la prevalencia se eleva a un 20% en aquellas personas mayores de 60 años –sin distinción de sexo–. Es decir que si tenemos una población de 40 millones de personas, hay 2.800.000 enfermos de los cuales el 90% padece diabetes tipo II y el otro 10% son insulino dependientes. Pero sólo el 50% de los afectados sabe que padece de diabetes y esto lo convierte en un serio problema de salud pública. La obesidad, el sedentarismo, las comidas rápidas y publicidad mediática son considerados los factores que contribuyen a aumentar el riesgo, no sólo de adultos sino también en niños. La pobreza y la obesidad se relacionan de manera compleja. En esta relación se reconoce que influyen las muy pocas posibilidades de elegir alimentos saludables, una baja estimulación en el hogar, la ausencia de un ámbito seguro para el desarrollo de actividad física y también la presencia de obesidad materna.

El VIH/sida presenta una leve tendencia a la baja, con un pequeño aumento entre 2003-2004. En los conglomerados urbanos se concentra la mayor cantidad de casos. Agrupando el país por regiones,

*La estrecha y directa relación entre el acceso a nutrición, educación, vivienda, trabajo, agua potable, saneamiento ambiental y las condiciones de salud, explica que las desigualdades sociales y las diferenciales tasas de morbimortalidad de las distintas regiones y provincias de la Argentina están asociadas a condiciones de pobreza y exclusión social.*

se encuentra que tanto en la ciudad de Buenos Aires como en la provincia de Buenos Aires las tasas por VIH se han reducido, mientras que en el resto del país se han incrementado entre el período 2001-2008.

El dengue, desde la reintroducción del virus en 1997-98, avanza sobre la geografía argentina, presentándose en forma de brotes esporádicos relacionados con la situación epidemiológica de otros países y restringido a los meses de mayor temperatura. Hasta el año 2008, cinco provincias habían presentado casos de dengue autóctonos con la circulación de tres de los cuatro serotipos existentes. Hasta junio de 2009, la cantidad de provincias con circulación viral autóctona ascendió a 14. Durante el 2011 se han notificado al Sistema Nacional de Vigilancia un total de 229 enfermos de dengue correspondientes a las provincias de Buenos Aires (17), CABA (8), Chaco (8), Formosa (3), La Rioja (1), Neuquén (1), Mendoza (1), Santa Fe (170) y Salta (20).

## **A modo de conclusión**

El perfil epidemiológico argentino está condicionado, por un lado, por la conformación de su sector de salud, que se ha caracterizado por una constitución en tres subsectores, el público, el de seguridad social y el privado y, por el otro, por la relación de fuerzas que los actores propios y externos al sistema de salud han jugado en cada situación histórica, económica, política y social.

El modelo neoliberal impuesto en la década de los '90 imprimió un modo de hacer políticas sociales cortoplacistas y focalizadas como paliativos de una política de ajuste económico, de achicamiento del Estado y de expansión del mercado que aún no ha sido superado, más allá de haberse retirado del cumplimiento de las directivas del FMI y de haber fortalecido las políti-

cas de protección, como por ejemplo la Asignación Universal por Hijo, asistencia a comedores comunitarios, cajas alimentarias y tickets.

La estrecha y directa relación entre el acceso a nutrición, educación, vivienda, trabajo, agua potable, saneamiento ambiental y las condiciones de salud, explica que las desigualdades sociales y las diferenciales tasas de morbimortalidad de las distintas regiones y provincias de la Argentina están asociadas a condiciones de pobreza y exclusión social.

La continua creación de programas específicos, por patologías, por problemáticas o para grupos determinados, Plan Nacer, Plan Materno Infantil, Remediar, Jefas y Jefes de Hogar, PROFE, Médicos Comunitarios (Fortalecimiento de Estrategias de APS), Seguros Públicos Provinciales –del que se acaba de tomar un préstamo del BM a 27 años por 400 millones de dólares para ampliarlo a población hasta 20 años de edad, y mujeres sin cobertura hasta 64 años de edad–, etc., demuestra el interés por reducir fragmentariamente algunos indicadores y desdibuja la intención de avanzar hacia un sistema integral de salud, universal con acceso por derecho de ciudadanía, solución global y deseable.