



Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca

**Información Básica
para la Formulación de Políticas
de Salud del Partido
de Bahía Blanca**

NUMERO EXTRAORDINARIO

Marzo 1987

**Información Básica
para la Formulación de Políticas
de Salud del Partido
de Bahía Blanca**

Dr. Juan Manuel Laspiur
Prof. Pedro Manuel Saint Pierre

Comisión Directiva de la Asociación Médica de Bahía Blanca

PRESIDENTE:	Dr. FELIPE GLASMAN
VICE-PRESIDENTE:	Dr. JORGE OCHOA
SECRETARIO GENERAL:	Dr. JOSE MANDOLESI
PRO-SECRETARIO GENERAL:	Dr. GUILLERMO COBIAN
SECRETARIO DE ACTAS:	Dr. OSCAR ARIAS
SECRETARIO CIENTIFICO:	Dr. MARIO SARDIÑA
TESORERO:	Dr. EDUARDO SZPIGIEL
PRO-TESORERO:	Dr. MIGUEL BERTONI
VOCALES TITULARES:	1º) Dr. RICARDO PILOVICH 2º) Dr. CARLOS VALLEJO 3º) Dr. FERNANDEZ CAMPAÑA 4º) Dr. MIGUEL BARTOMIOLI
VOCALES SUPLENTE:	1º) Dra. NILDA GUERRA 2º) Dr. CARLOS DEGUER 3º) Dr. VICENTE SANTONI 4º) Dr. MARIO ZORATTI
TRIBUNAL DE HONOR:	<i>TITULAR:</i> Dr. RAMON PEREZ FONTAN <i>TITULAR:</i> Dr. JUAN B. MONTERO <i>TITULAR:</i> Dr. FELIX GAYUBO <i>SUPLENTE:</i> Dr. CARLOS WEYLAND <i>SUPLENTE:</i> Dr. OSVALDO CIRONE
REVISORES DE CUENTAS:	<i>TITULAR:</i> Dr. GERARDO RODRIGUEZ <i>TITULAR:</i> Dr. JORGE IAQUINANDI <i>SUPLENTE:</i> Dr. EDUARDO CARNERO

Introducción – Presentación

Este no es un trabajo escrito exclusivamente para técnicos, sino que responde a una necesidad política impostergable surgida al calor del renacer participativo del país y del descubrimiento de nuestras limitaciones, de nuestra falta de información. Ningún organismo público ni privado nos lo pidió, y no sabemos a quién le puede interesar ni a quién se lo entregemos pero no tenemos ninguna duda de su importancia.

Somos conscientes que debemos crear los elementos funcionales que hagan más eficiente la utilización de las estructuras actuales; que la asignación anárquica de los recursos conspira contra los reales intereses profesionales y que nuestra obligación ética conduce a la movilización médica tras objetivos gremiales sanitariamente válidos.

Todos hemos repetido que el Estado debe garantizar la Salud de la población. Al igual que la libertad, la Salud es un bien social, su depositario no es el Gobierno ni el Estado; es la sociedad en su conjunto. Son los grupos sociales y los individuos los que toman las múltiples decisiones que hacen a la asistencia médica, la que en este momento no se canaliza a través de los instrumentos adecuados. La lucha sectorial por la apropiación del recurso de la salud entre los participantes (públicos o privados) y por la obtención de una porción de la financiación compulsiva que grava al asalariado en materia de aportes sociales, crea situaciones que lindan en lo absurdo. Hemos de tener en cuenta que, si de financiación se trata, no menos del 90% del dinero que se gasta directa o indirectamente en atención médica en el país, provienen del salario o de impuestos al consumo, vale decir del mismo bolsillo. Estos recursos serán gradualmente menores en la medida que la exacción afecte a una economía popular en disminución.

La consecuencia natural de esta línea de razonamiento es que gastamos mal lo poco que tenemos. Cada vez más médicos sin pacientes y cada vez más pacientes sin médicos.

Quien posea toda la información tendrá todo el poder. Pero parece que en nuestro caso nadie la tiene y por consiguiente, nadie la utiliza. Deseamos generarla pues nos sabemos protagonistas conscientes del fenómeno de la salud, y de esa manera participar y compartir aquel poder. Formamos parte del pueblo, el que nos da sustento: a él dedicamos éste, nuestro pequeño esfuerzo.

Dr. FELIPE GLASMAN
Presidente de la A.M.B.B.

A la memoria de:

JORGE ALVAREZ y EDGAR MARCILESE

*Propulsores de los estudios de la Problemática de Salud de Bahía
Blanca y su región.*

AGRADECIMIENTOS:

Este trabajo ha sido confeccionado por iniciativa de la Asociación Médica de Bahía Blanca contando con la colaboración y el aporte de información de los establecimientos asistenciales de la ciudad, del Departamento de Planeamiento Urbano de la Municipalidad de Bahía Blanca de la Dirección de Obras Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires; del Area Estadística de la Región Sanitaria I; del Distrito X^o del Colegio de Médicos; de la Encuesta Permanente de Hogares - Bahía Blanca - INDEC de la Subdirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, y el apoyo recibido del personal de la Asociación Médica de Bahía Blanca, especialmente de la colaboración del Dr. Saúl Bronfen.

Prólogo

En caso de carecer de políticas o principios definidos, podrán desarrollarse acciones basadas en la observación de los fenómenos que se presenten en el medio, al que podemos denominar modelo observado, y con premisas de tipo operativo, sin alterar dicho modelo, establecer pautas de racionalidad en la utilización del recurso con la finalidad de optimizarlo.

Si bien esto requiere una programación, no podemos calificarla como un Plan de Atención Médica, sino que entraría dentro de otros tipos de aplicación, que hacen a la búsqueda de eficiencia en la utilización del recurso y al mejoramiento de la relación costo-beneficio (Técnicas Operativas).

El establecer un Plan de Atención Médica implica definir las situaciones de riesgos y fijar prioridades en la cobertura de las mismas, a partir de definiciones generales, para lo cual necesitamos un diagnóstico de situación del Sector Salud. La limitación de los recursos siempre está presente en la planificación intersectorial.

Ello no implica que se puedan establecer objetivos parciales de racionalización sobre modelos mínimos globales aceptados. Uno de los que podría partirse es la distribución y racionalización del recurso en tres niveles de atención:

- a) Atención Primaria de la Salud - Emergencias.*
- b) Segundo Nivel de Atención e Internación.*
- c) Rehabilitación.*

Si bien de un diagnóstico acabado surgirán prioridades, esta propuesta pretende actuar como la columna vertebral para su implementación.

Con la finalidad de mantener una metodología uniforme, consideramos que para el análisis sistémico de la Atención Médica del Partido de Bahía Blanca, debemos adoptar un enfoque con criterio epidemiológico.

Información del Sector Salud del Partido de Bahía Blanca

Estudio de la problemática de Salud y pautas metodológicas para el desarrollo de un programa de y para el Sector, con análisis de las principales variables que intervienen en el mismo.

El presente estudio tiene por objeto exponer la situación sanitaria del Partido de Bahía Blanca, haciendo algunas referencias a su área de influencia y poniendo especial énfasis en los recursos actuales que condicionan el estado de salud de la población.

No escapa a nuestro conocimiento que dicha área está íntimamente relacionada con otros sectores (económicos, políticos, sociales, culturales, etc.) que sobrepasan al marco referencial del presente, que deberán ser tenidos en cuenta en las decisiones finales con los siguientes criterios:

- a) Estudio de los recursos existentes, en base a su número, distribución y rendimiento.
- b) Análisis de la accesibilidad y satisfacción de la población usuaria de los recursos.
- c) Estado de salud de la población como marco referencial de futuras decisiones.
- d) Integración de los sectores estatales y privados con criterios de función social.

La planificación de los recursos en el Sector Salud de un área geográfica debe obedecer a políticas o principios generales que establezcan la posibilidad de definir objetivos claros, metas mensurables, a fin de poder evaluar las acciones que se desarrollarán. Solo de ésta forma podemos expresar la existencia de un programa, ya sea de salud o de atención médica.

ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO:

Este análisis debe tener en cuenta una tríada formada por: la población, los recursos aplicados a la misma para su atención; y el ambiente en que esta relación se lleva a la práctica.

POBLACION:

Es la beneficiaria o receptora del Sistema. Resulta el "Huésped" de la atención de la Salud.

RECURSOS:

Son el "Agente" de la atención: pueden ser Humanos (profesionales y personal de salud), físicos, equipamiento, el flujo financiero y la organización y administración de esos recursos; son los Prestadores o Efectores del Sistema.

AMBIENTE:

Constituido por todos los factores que influyen en las relaciones entre la población y los recursos. Entre ellos los económicos, legales, sociales, culturales, políticos, geográficos, urbanísticos, etc., es decir, lo que configura el supra-sistema de la Atención de la Salud. Es necesario destacar que las innumerables relaciones que el Sector Salud mantienen con el resto de los sectores político-sociales de un país, hace que las explicaciones de mucho de

lo que sucede dentro del sistema de atención deba buscarse fuera de él, es decir, en el supra-sistema.

ANÁLISIS SISTEMICO:

En este enfoque la visión es totalizadora y omnicomprendensiva, siendo que el foco de interés y la función de base de una actividad, un proyecto o una institución se constituyen en el logro de los objetivos globales del sistema y no en la suma de los objetivos parciales de cada uno de los componentes.

Es una corriente de pensamiento que postula que los sistemas complejos deben ser estudiados como tales, intactos, sin fragmentarlos, aceptando la complejidad como una cualidad esencial del sistema, e iniciando una nueva estrategia científica. Los problemas sociales conllevan de por sí tal complejidad.

Para mejorar la comprensión de los distintos capítulos, consideramos necesario definir los criterios que se utilizarán.

EVALUACION:

Evaluar es todo proceso de comparación y emisión de un juicio de valor. Se compara lo observado con normas, estándares previamente definidos como ideales, necesarios, adecuados o posibles, tanto para la estructura como para el proceso.

Para evaluar los objetivos últimos de la Atención Médica, deberán utilizarse diversas metodologías de investigación evaluativa, que contemple distintos recaudos metodológicos de la investigación científica.

EFICIENCIA:

Efectos o resultados obtenidos en relación con el esfuerzo realizado en términos de recursos (financieros, tiempo, etc.). Se vincula con el concepto económico de maximización de la cantidad del producto o de minimización del esfuerzo. Maximización del producto significa lograr la mayor producción posible, manteniendo constante el costo-esfuerzo. Minimización del mismo es conseguir que se obtenga la misma cantidad del producto con menor insumo, igual producción al menor costo o esfuerzo. La eficiencia cuantitativa o "eficientismo" no mide la calidad del resultado, por lo que abre un campo importante de investiga-

ción que permita encontrar por un lado el mejor resultado posible de la atención médica para cada problema de salud, y por otro definir aquella combinación de recursos (estructura) y actividades (proceso) capaz de obtener dicho resultado con el menor esfuerzo y gasto.

EFFECTIVIDAD:

Los resultados y beneficios que la población recibe relacionados con un conjunto de objetivos principales y accesorios, mensurables, y previamente definidos.

EFICACIA:

Beneficio o utilidad para el individuo obtenido del servicio recibido (tratamiento, régimen, drogas, medida preventiva o de control, aplicada).

Ultimamente se desarrollan estudios que relacionan el resultado final alcanzado con el esfuerzo aplicado, medido en consultas, egresos, etc.; es decir, el proceso de atención, o también con el tiempo y cantidad de recursos, o sea con la estructura de la atención.

ESTRUCTURA:

Conjunto de recursos humanos, físicos, equipos, organización, administración y financiación que facilitan o limitan los esfuerzos y los resultados de la atención.

Recursos Humanos: Profesionales del arte de curar. Otros profesionales (sociólogos, estadísticos, etc.). Otros agentes de salud (técnicos, administrativos, de servicio, etc.).

Recursos de Planta Física: Consultorios. Establecimientos, camas. Recursos de equipamiento (principal y accesorio).

Organización, administración y financiación de los recursos: Los programas y sistemas de atención médica dan el marco dentro del cual los recursos se deben homogenizar y coordinar para obtener un resultado acorde con objetivos previamente definidos.

PROCESO:

Procedimientos, métodos y actividades por las que canaliza la atención; son las relaciones entre la utilización del recurso y la población, para obtener un resultado.

RESULTADO:

Modificaciones obtenidas en la historia natural de la Salud-Enfermedad como consecuencia del proceso de atención. Son los cambios logrados en términos de salud, satisfacción y niveles de cobertura.

En la evaluación de resultados debemos establecer el grado de participación que en ese cambio le cupo al sistema de atención.

EVALUACION:

Evaluación de estructura. Mide los distintos recursos teniendo en cuenta su interrelación, grado de complejidad y la población a servir.

Evaluación del proceso. Puede tener distintos niveles, ya sea a partir de lo efectuado sobre un individuo o de lo realizado sobre un grupo de individuos que utilizan los servicios, o la totalidad de la población. Comparándolas con los standares aceptados para el medio.

Evaluación de resultados. Se puede realizar a nivel individual, grupal o población total.

Evaluación por indicadores. Se utilizan indicadores para la evaluación de problemas globales de salud, que en general y en forma conjunta señalan los diferentes niveles de salud alcanzados por la población. Para que esto sea válido, los indicadores deberán cumplir con determinadas condiciones.

Concepto de Calidad:

La calidad de la Atención tiene su real expresión en el resultado obtenido, es decir, en el estado de salud del individuo y en los niveles de salud alcanzados por la población.

Categorización:

Tarea de definir los elementos y condiciones que estructural y funcionalmente deben reunir los recursos (humanos, físicos y equipamiento) para el cumplimiento de determinados fines y objetivos. Es el ordenamiento y reconocimiento de los Prestadores dentro de los recursos ofrecidos. Predomina en el análisis de estructura y el proceso de atención.

INFORMACION BASICA:

Es la herramienta indispensable para el desarrollo de cualquier programa de Salud. A través de los capítulos, se tomarán los factores que componen y definen a la atención directa del paciente, y aquellos factores que se relacionan con el saneamiento ambiental (agua potable, cloacas, viviendas, etc.) que determinan los niveles de salud de una población, estableciéndose indicadores de nivel local, y donde las circunstancias lo han permitido, también de nivel provincial, tanto sean estos de cobertura como de rendimiento.

Por lo tanto, el informe se ha dividido en los siguientes capítulos:

- Demografía.
- Saneamiento ambiental.
- Indicadores.
- Recursos de Atención Médica.
- Indicadores de Rendimiento.
- Análisis de situación.
- Propuestas.

Las tablas y gráficos, elaborados son de fuentes estadísticas primarias y secundarias, recomendándose su permanente consulta.

Demografía

El partido de Bahía Blanca registró 234.047 habitantes en el Censo Nacional de Población y Viviendas efectuado en el año 1980, estimándose que en el año 1985 habitan 254.184, en base a un crecimiento medio intercensal de 2.01% anual. Se proyecta una población de 326.854 habitantes para el año 2000.

Tomando las cifras del Censo de Población del año 1980, observamos que la densidad del partido era de 101,6/Km², frente a 35,3 hab./Km² calculado para la provincia de Buenos Aires a la que tomamos como referencia y comparación más cercana. La población nacida en el país, representa el 90% de los habitantes, de los que el 74% son nativos de la provincia de Buenos Aires, y el 16% nacidos en otras Provincias Argentinas. El porcentaje de extranjeros en Bahía Blanca fue el 10% de los habitantes y el 9% en la Provincia de Buenos Aires. La mitad de la población extranjera provenía de países limítrofes, es decir el 5% de la población total, y el otro 5% de otros países.

La población del partido es la que presenta el menor índice de masculinidad en la Pro-

vincia de Buenos Aires, contando con 93,4 varones por cada 100 mujeres, siendo este índice en la Provincia de Buenos Aires de 98,2 y en el Gran Buenos Aires de 96,9. Curiosamente los grupos cuyos índices de masculinidad son mayores en Bahía Blanca que en la Provincia, se limitan a la población entre 5 y 14 años y de 80 y más años.

La población es preponderantemente urbana (98%) y presentaba en 1980 una pirámide de grupos etáreos con características levemente más cercanas al tipo de países desarrollados que la correspondiente a la Provincia de Buenos Aires. Puede observarse la mayor frecuencia relativa de los hombres entre 0 y 45 años y mujeres entre 0 a 15 años para la Provincia de Buenos Aires, mientras que los residentes en el Partido, presentan mayor frecuencia relativa los hombres entre 55 y 80 años. Ello motiva que los indicadores concedan a la población bahiense mayor grado de envejecimiento que la relativa a la Provincia.

Por un lado, pueden compararse los grandes grupos de edades, y por otro, los valores de posición. (Ver tablas).

Grupos de edad	Partido de Bahía Blanca	Provincia de Buenos Aires	Posición	Partido de Bahía Blanca	Provincia de Buenos Aires
0 a 14 años	27,2%	29,0%	Cuartilo 1 (25%)	13,56 años	12,65 años
15 a 64 años	63,7%	62,7%	Ma. (50%)	29,72 años	28,37 años
65 y + años	9,1%	8,3%	Cuartilo 3 (75%)	49,51 años	47,57 años

La tasa de Natalidad, descendió de 24,5 a 21,9 nacimientos por cada 1.000 habitantes, de 1981 a 1983, mientras que entre los mismos años, la tasa de Natalidad de la provincia de Buenos Aires lo hizo de 21,9 a 20,8 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes. Asimismo, la tasa de Mortalidad General registrada para los mismos años, se incrementó de 8,7 a 9,2 defunciones, mientras que en la provincia de Buenos Aires el incremento fue de 7,8 a 8,0 defunciones por cada 1.000 habitantes. Puede observarse que ambas tasas son superiores en Bahía Blanca en los dos años observados (últimos datos disponibles). Aunque las diferencias son pequeñas, puede explicarse la mayor tasa de mortalidad general de Bahía Blanca, como directa consecuencia del envejecimiento relativo de su población, lo que es confirmado por el Índice de Swaroop-Uemura, que en el año 1983 registró el 83,3% de defunciones de 50 años y más, mientras que en la provincia de Buenos Aires resultó el 79,9%.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC), en el segundo trimestre del corriente año se observó que la población económicamente activa alcanzó un 39,15% del total de 254.184 habitantes estimados para el corriente año, con un 3,11% de desocupados. Los porcentajes para

varones fueron de 52,22% económicamente activos, siendo el 3,14% de desocupados, mientras que la población económicamente activa femenina fue de 26,64% de las mujeres, con el 3,07% de desocupadas.

Los porcentajes mayores de la Población económicamente activa están representados por los asalariados, con el 59,24%, los cuentapropistas, con el 16,44% sumando los ocupados 92,06%, y los desocupados el 7,94%.

Según las ramas de actividad, la primaria (agricultura, silvicultura, minería, etc.) ocupa el 1,4% de la población económicamente activa; las industrias manufactureras el 10,58%. Estos porcentajes nos confirman que Bahía Blanca es actualmente una ciudad central, productora principalmente de servicios, con su correspondiente área de influencia, no se ha transformado en un polo de desarrollo, como se proyectara a fines de los años sesenta. Obsérvese que más de 2 de cada 3 personas económicamente activas no crean o elaboran bienes, solo producen servicios. Las principales ramas terciarias son Servicios comunales y sociales con el 39,13% de la población activa, comercios, restaurantes, hoteles con el 17,65%, y transportes, almacenes, comunicaciones el 9,88%.

POBLACION CENSADA EN EL PARTIDO DE BAHIA BLANCA ULTIMOS CENSOS NACIONALES

AÑOS	PARTIDO DE BAHIA BLANCA
1869	1.472
1895	14.238
1914	70.269
1947	122.059
1960	153.631
1970	191.824
1980	234.047

AÑOS	GRAN BAHIA BLANCA
1960	126.669
1970	182.158
1980	220.765

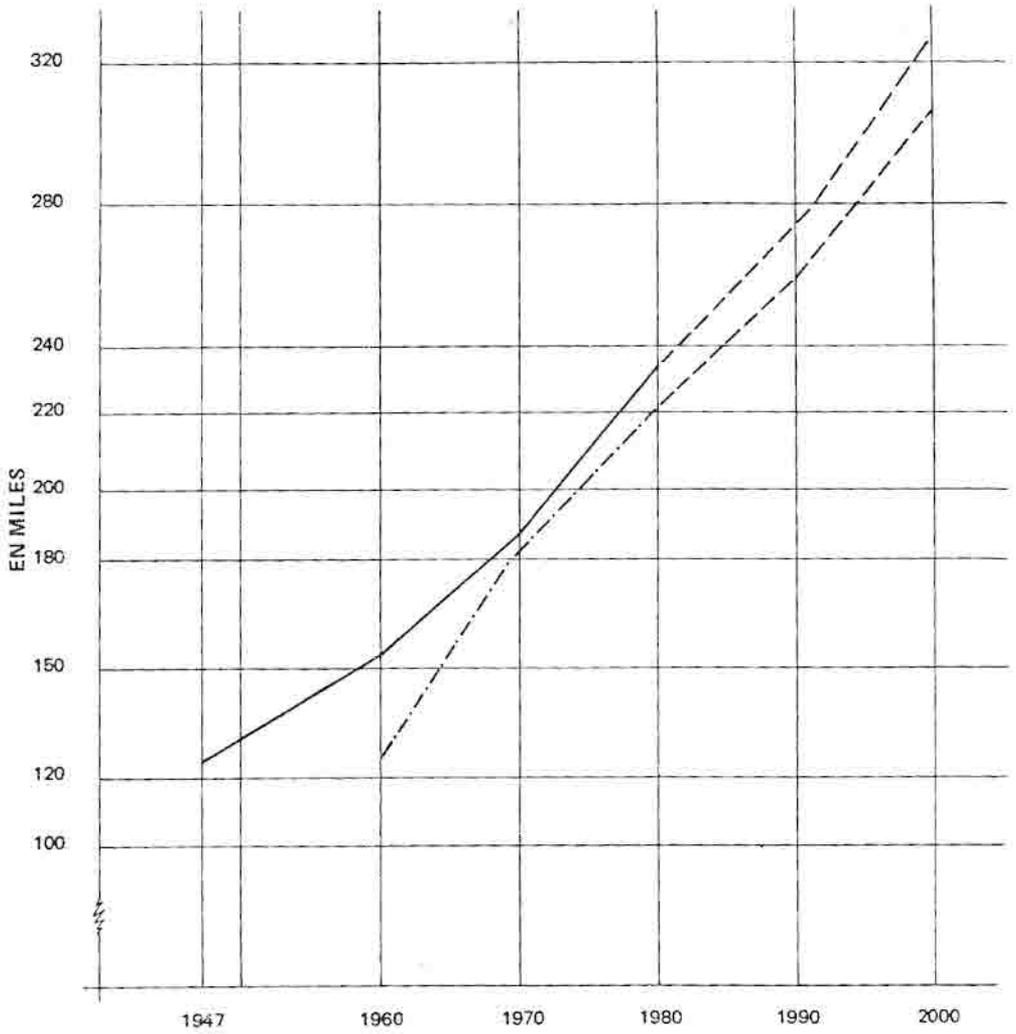
Proyecciones de población	PARTIDO DE BAHIA BLANCA	GRAN BAHIA BLANCA
Tasa de crecimiento 70-80 2.01% anual		
1980	234.047	220.765
1990	276.585	260.889
2000	326.854	308.305
2010	386.260	364.340

FUENTE: CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVENDAS AÑO 1980.

REGION	POBLACION TOTAL	INDICE DE MASCULINIDAD	DENSIDAD
Pcia. BUENOS AIRES	10.865.408	98,2	35,3
Ptdos. Gran BS. AS.	6.843.201	96,9	1859,6
BAHIA BLANCA	234.047	93,4	101,6

POBLACION TOTAL	PROV. BS. AIRES 100%	BAHIA BLANCA 100%
Nacidos en la Argentina	91	90
Provincia de Buenos Aires	58	74
Resto del País	33	16
Nacidos en el extranjero	9	10
Países limítrofes	3	5
Otros países	6	5

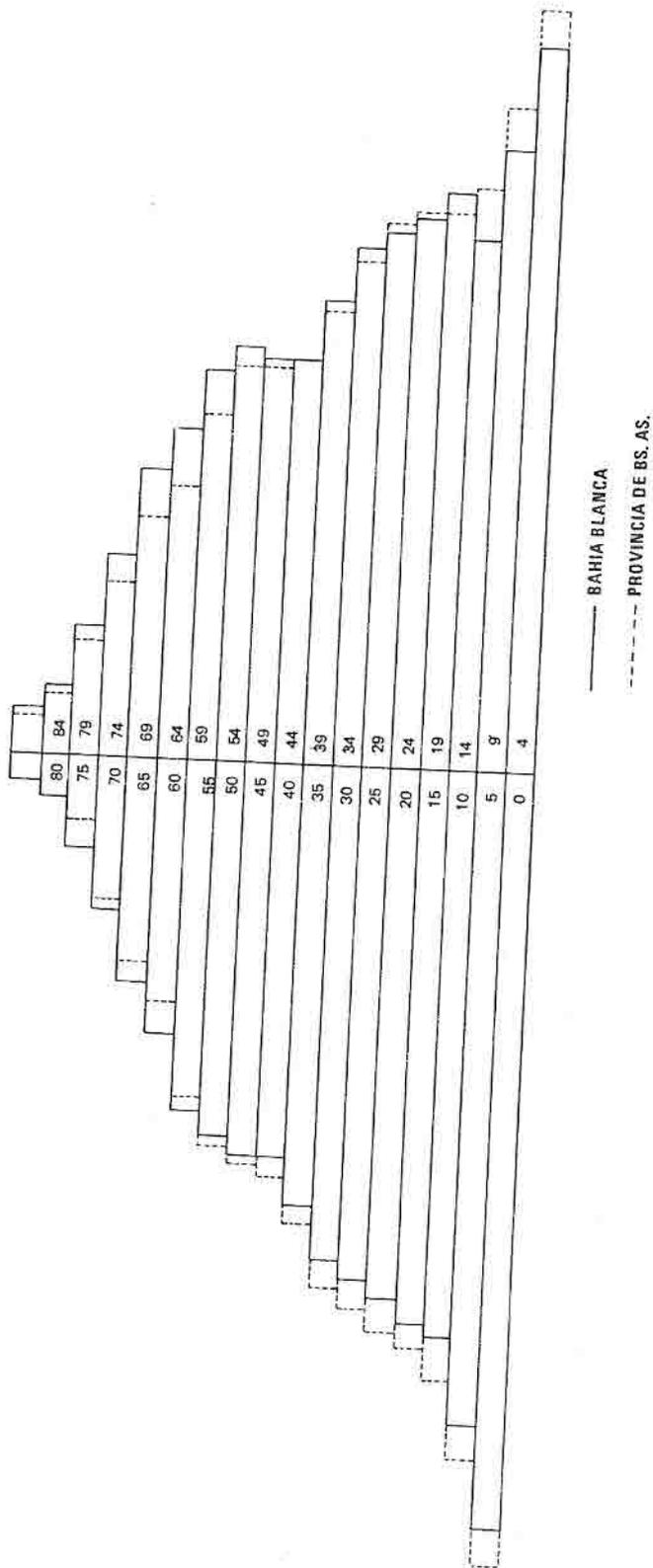
FUENTE: CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDAS AÑO 1980.

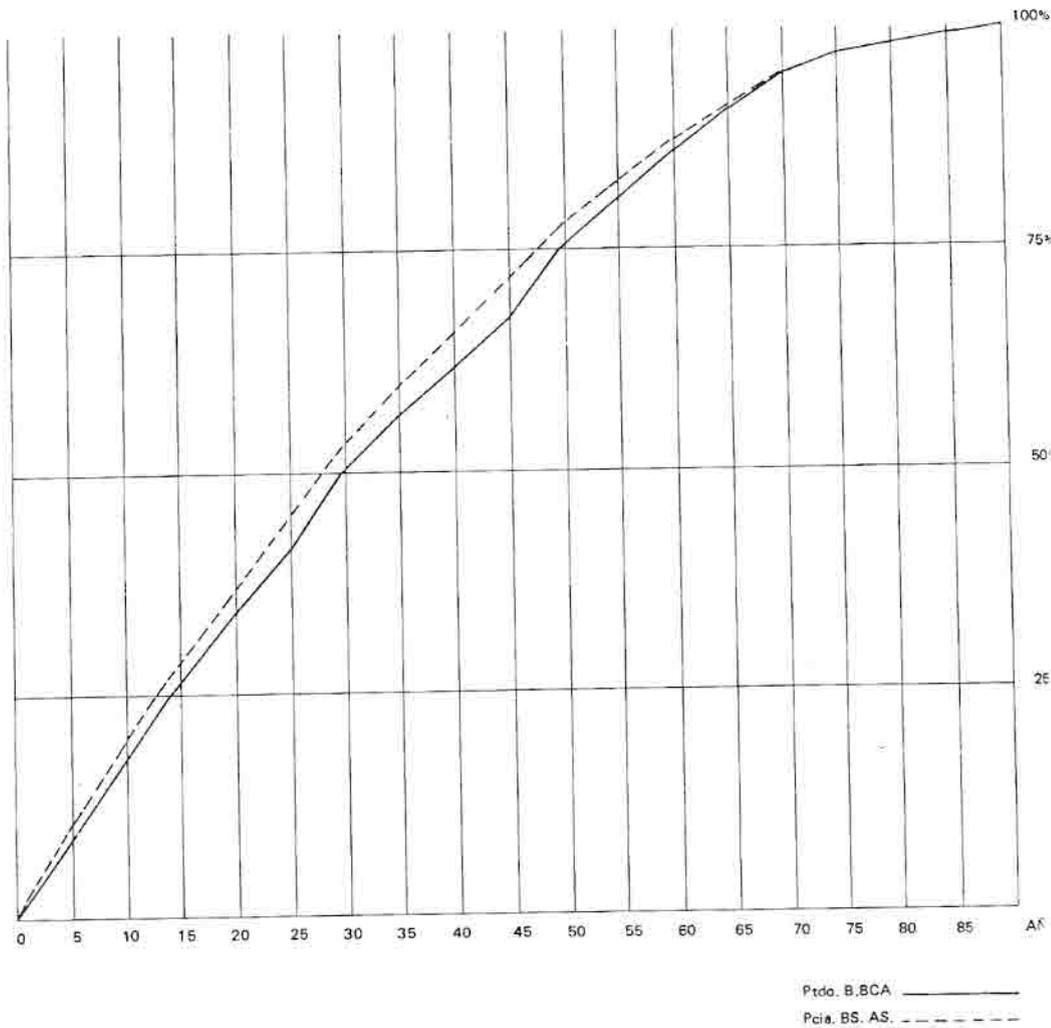


NUMERO DE HABITANTES CENSADOS EN EL PTDO. DE BAHIA BLANCA Y EN GRAN BAHIA BLANCA - ULTIMOS CENSOS NACIONALES.

	INTERPOLACION	EXTRAPOLACION
PTDO. DE BAHIA BLANCA	—————	- - - - -
GRAN BAHIA BLANCA	- . - . - .	- - - - -

PIRAMIDE DE POBLACION DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y EL PARTIDO DE BAHIA BLANCA
 CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDAS - AÑO 1980





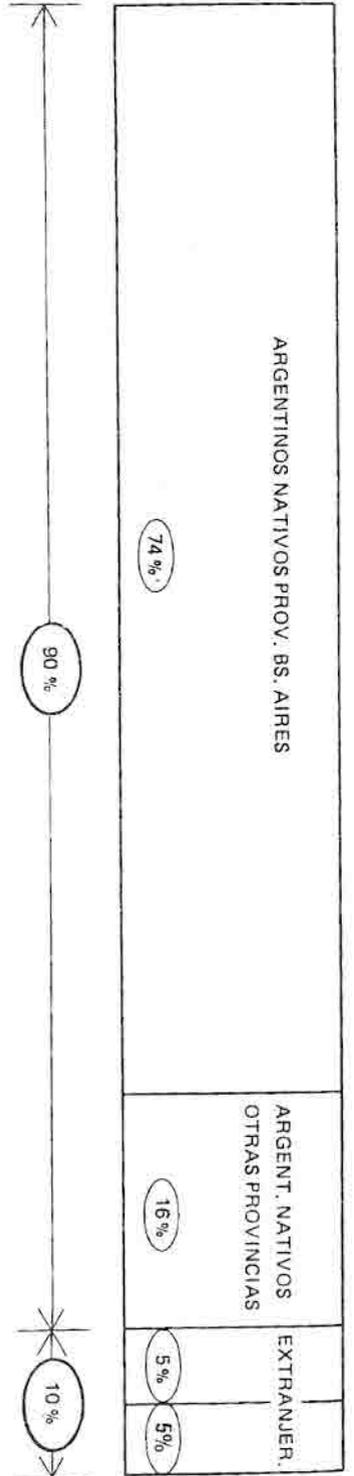
FRECUENCIAS ACUMULADAS POR GRUPOS DE EDAD (EN PORCENTAJES) DE LAS POBLACIONES DE PARTIDO DE BAHIA BLANCA Y PROVINCIA DE BUENOS AIRES - CENSO 1980

	POBLACION TOTAL	VARONES	MUJERES	INDICE DE MASCULINIDAD	SUPERF.	HAB/Km2
Pcia. de Buenos Aires	10.865.408	5.382.182	5.483.226	98,2	307.571	35,3
Partidos Gran Bs. As.	6.843.201	3.368.183	3.475.018	96,9	3.680	1.859,6
Partido de Bahía Blanca	234.047	113.042	121.005	93,4	2.300	101,6

POBLACION CENSADA ULTIMOS CENSOS NACIONALES	
1869:	1.472
1895:	14.238
1914:	70.269
1947:	122.059
Crecimiento 70 - 80: 22%	
Censos 1869 y 1895 incluye Tornquist.	
Censos 1869, 1895 y 1914 incluye Coronel Rosales.	

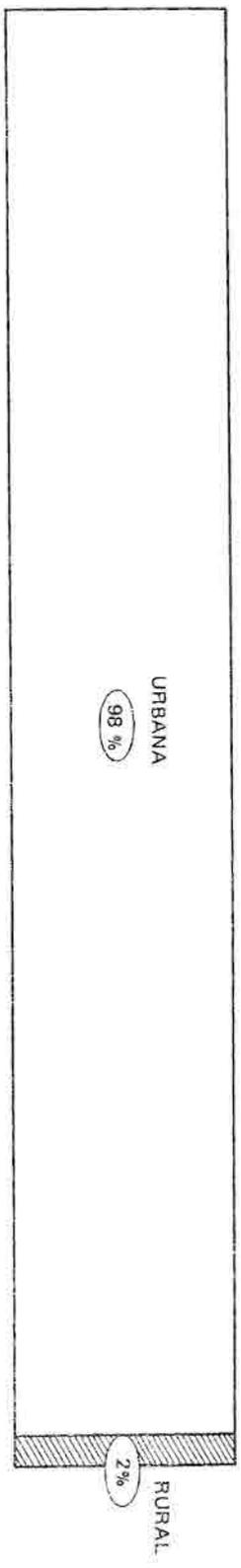
CENSOS NACIONALES GRAN BAHIA BLANCA	
1960:	126.669
1970:	182.158
1980:	220.765
Crecimiento:	
60 - 70:	44%
70 - 80:	21%

	POBLACION TOTAL	NACIDOS EN LA ARGENTINA		NACIDOS EN EL EXTRANJERO	
		Total	Pcia. Bs. As. Resto/pais	Total	Pais limit. Otro/pais
PROVINCIA DE BS. AIRES	100	91	58	9	3
PTDO. DE BAHIA BLANCA	100	90	74	10	5



PORCENTAJE DE NATIVOS Y EXTRANJEROS EN EL PTDO. DE BAHIA BLANCA
CENSO NAC. DE POBLACION Y VIVIENDAS - AÑO 1980

PARTIDO DE BAHIA BLANCA - POBLACION CENSO NAC. AÑO 1980



PORCENTAJE DE POBLACION URBANA Y RURAL

POBLACION ECONOMICAMENTE Y NO ECONOMICAMENTE ACTIVA

PORCENTAJE DE OCUPADOS Y DESOCUPADOS SEGUN SEXO

BAHIA BLANCA — ABRIL-MAYO DE 1985 — Encuesta Permanente de Hogares SUB. PRO. DE. DCION. PCIAL. DE ESTADISTICA — INDEC.

	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA			POBLACION NO ECONOMICAMENTE ACTIVA
	TOTAL	OCUPADOS	DESOCUPADOS	
TOTAL	39,15	36,05	3,11	60,85
VARONES	52,22	49,07	3,14	47,78
MUJERES	26,64	23,57	3,07	73,36

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

BAHIA BLANCA — ABRIL-MAYO 1985

Encuesta Permanente de Hogares
Sub. Pro. De. Dción. de Estadística
— INDEC —

	NUMERO	PORCENTAJES
TOTAL	99.523	100,0
OCUPADOS	91.625	92,06
— Patrón	5.945	5,97
— Cuenta Propia	16.361	16,44
— Asalariado	58.962	59,24
— Trabajador sin salario	829	0,83
Desconocido	9.528	9,57
DESOCUPADOS	7.898	7,94
— Con trabajo anterior	5.332	5,36
— Nuevo Trabajo	2.487	2,50
Desconocido	79	0,08

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

Porcentajes según rama de actividad del total,
de los ocupados y de los desocupados

BAHIA BLANCA — ABRIL-MAYO DE 1985

Encuesta Permanente de Hogares

Sub. Pro. de Dción. de Estadística

— INDEC —

RAMA DE ACTIVIDAD	TOTAL	OCUPADOS	DESOCUPADOS
TOTAL	100,0	100,0	100,0
Agricultura, Caza, Silvicultura	1,32	1,43	—
Explotación, Minas, Canteras	0,08	0,08	—
Industrias Manufactureras	10,58	10,69	9,34
Electricidad, Gas, Agua	2,54	2,57	2,15
Construcciones	4,91	4,50	9,65
Comercios, Restaurantes, Hoteles	17,65	17,56	18,69
Transportes, Almacenes, Comunicaciones	9,88	10,65	1,00
Financieras, Seguros, Bienes Inmuebles	1,83	1,99	—
Servicios, Comunales, Sociales	39,13	40,12	27,72
Desconocidos	12,07	10,40	31,45

Saneamiento ambiental

Uno de los campos que tiene una influencia determinante en los niveles de salud, es el medio ambiente cuyos factores pueden ser causales, determinantes o condicionantes de diversos estados de salud o enfermedad; y que plantean diferentes situaciones que deben ser observadas y evaluadas por quien administra el desarrollo del Sector Salud. Si bien el tratamiento de las variables debe ser encarado por especialistas en diversas disciplinas técnico-científicas, no habitualmente integradas al equipo del Sector Salud, debemos intentar describir algunos aspectos del macro ambiente que se estiman de mayor trascendencia.

VIVIENDAS

Del total de viviendas particulares existentes en el partido de Bahía Blanca, estaban ocupadas en 1980 el 89,3% frente al 85,1% del total viviendas particulares de la provincia de Buenos Aires. Los promedios generales benefician a Bahía Blanca por cuanto cuentan 3,14

habitantes por viviendas particular, y 3,52 por vivienda particular ocupada; mientras que las cifras para la Provincia resultaban ser 3,19 y 3,74 respectivamente. Puede observarse que el tipo de vivienda más frecuente es la casa cuya proporción alcanzó al 70% seguido de los departamentos, que son el 24%; un 4% eran precarias; 1,5% piezas de inquilinato; 0,4% ranchos, y otro tipo el 0,1%.

Del total de viviendas urbanas existentes, el 34% tenían una antigüedad menor de 10 años, el 42% se encontraba entre 10 y 30 años de antigüedad, y el 24% eran de más de 30 años.

Los propietarios de viviendas urbanas representaban el 73%, los inquilinos el 20% y otra situación el 7%.

Concluimos citando el informe publicado por el Dpto. de Planeamiento Urbano de la Municipalidad donde se destaca "la importancia que reviste el buen nivel de condiciones de habitabilidad respecto a la salud y bienestar de la población, tanto para la vivienda como para el contexto urbano en que se ubica. Al respecto, en Bahía Blanca existe un alto grado de co-

respondencia entre zonas que evidencian un déficit habitacional con las que poseen un deficitario equipamiento urbano. Sin perjuicio de ello, existen otras zonas, que cubren casi la totalidad de la ciudad donde se detectan altos porcentajes de viviendas con antigüedad aceptable, la existencia de gran cantidad de propietarios, alto nivel de provisión de servicios básicos, salvo el sistema cloacal y buenas condiciones de construcción, lo que demuestra que el déficit se circunscribe a un reducido sector al que debe agregarse el de las villas marginales”.

El censo de 1981 define a las villas de emergencia como “el conjunto de viviendas lo-

calizadas en terrenos de propiedad de terceros, carentes de infraestructura urbana y de servicios públicos, desarrollado al margen de normas legales y ordenanzas municipales, y construidas con material precario o de deshecho, presentando generalmente una alta densidad demográfica”. Se censaron en estas condiciones 1.466 viviendas ocupadas por 6.275 personas. Algunas de éstas villas han sido total y otras parcialmente erradicadas en la actualidad; debe aclararse, que existen zonas periféricas en iguales condiciones de precariedad pero asentadas sobre terrenos propios, estas zonas tienden a incrementarse.

OCUPADAS	DESOCUPADAS
89,3%	10,7%

**PORCENTAJE DE VIVIENDAS OCUPADAS Y DESOCUPADAS EN EL PTDO. DE BAHIA BLANCA
CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDAS - AÑO 1980**

CASAS	DEPARTAMENTOS	OTRAS
70%	24%	4,5%

PZA. INQUIL.

1,5%

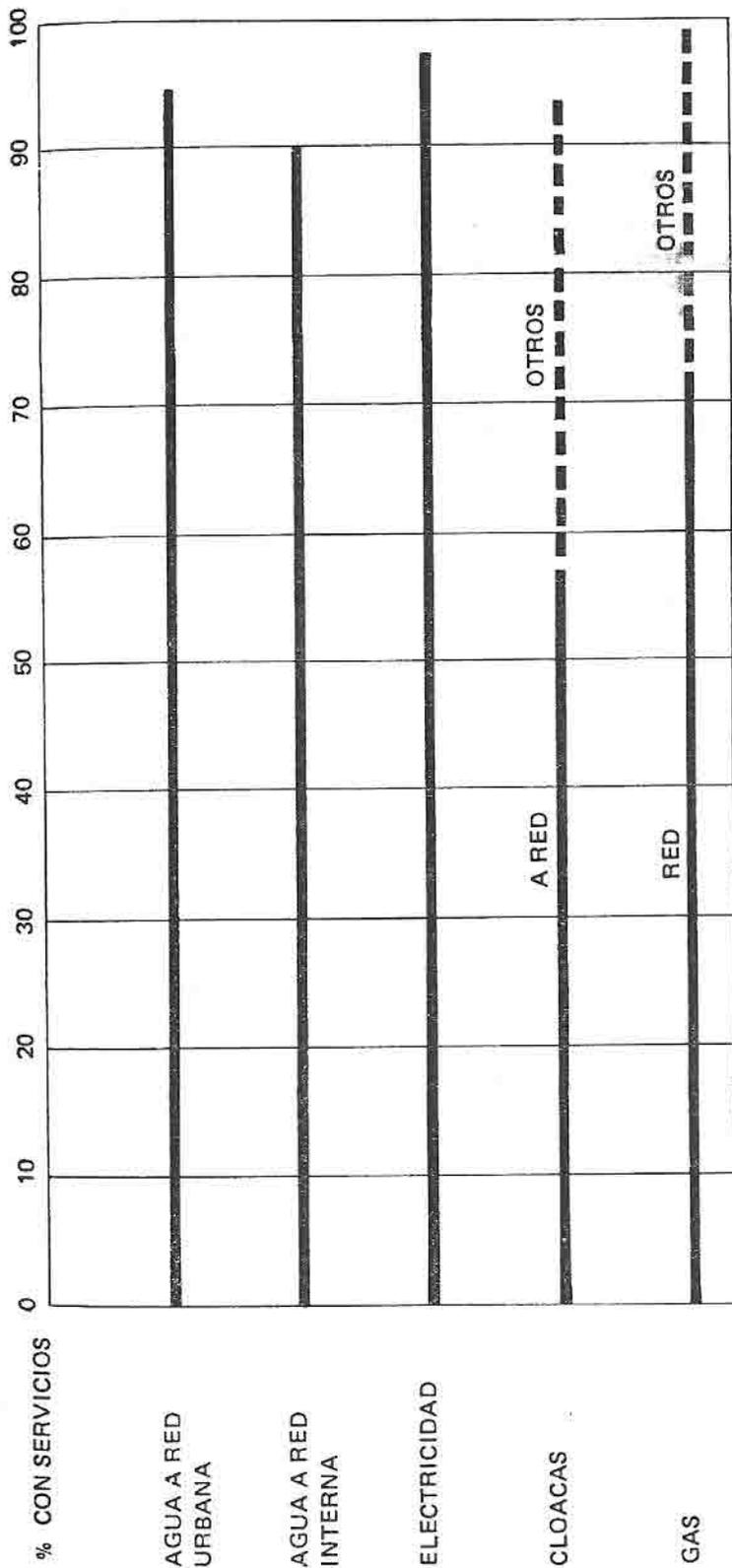
**PORCENTAJE DE VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS SEGUN TIPO, EN PTDO. DE
BAHIA BLANCA - CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDA AÑO 1980.**

CENSO DE VIVIENDAS 1980

SECTOR	Nº Y PORCENTAJE DE VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS Y DESOCUPADAS Y PROMEDIO DE HABITANTES POR VIVIENDA					
	VIVIENDAS PART.	OCUPADAS	DESOCUPADAS	POBLAC. EN VIV. PART.	PROMEDIOS	
Pcia. de Buenos Aires	3.367.506	2.865.973 (85,1%)	501.533 (14,9%)	10.728.931	(vp) 3,19	(vpo) 3,74
Bahía Blanca	73.131	65.319 (89,3%)	7.812 (10,7%)	229.947	3,14	3,52

NUMERO Y PORCENTAJE DE VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS SEGUN TIPO

TIPOS DE VIVIENDAS	CASA	DEPARTAMENTO	PIEZA DE INQUILINATO	VIVIENDA PRECARIA	RANCHO	OTROS
BAHIA BLANCA Nº 65.319 % 100	45.694 70,0	15.722 24,0	980 1,5	2.584 4,0	268 0,4	71 0,1



PORCENTAJE DE VIVIENDAS QUE DISPONEN DE SERVICIOS PUBLICOS EN EL PARTIDO DE BAHIA BLANCA
 CENSO NAC. DE POBLACION Y VIVIENDAS AÑO 1980.

AGUA POTABLE

El principal método de abastecimiento y distribución de agua potable de la ciudad es administrado por el Departamento Bahía Blanca de la DOSBA, siendo la fuente de provisión el lago y acueducto del Dique Paso de las Piedras. La planta potabilizadora del Barrio Parque Patagonia cuenta con una capacidad de almacenaje de 114.000 metros cúbicos, cifra que es considerada insuficiente para cubrir el consumo de 48 horas, teniendo en cuenta que el consumo promedio diario por habitante fue de 230 litros para el año 1984, con una media de 260 litros en la época estival, y de 205 litros en la invernal.

El número de conexiones o el número de viviendas abastecidas por el agua corriente no son significativos para la estimación de porcentajes de viviendas o poblaciones abastecidas, por la circunstancia que existen conexiones que abastecen a edificios sin tener en cuenta el número de unidades habitacionales con que cuentan. De todas maneras, las cifras de los datos censales revelan una proporción satisfactoria de viviendas particulares con conexión a red y conexión interna de agua corriente. El número de viviendas abastecidas por agua corriente a mediados de 1985, para el Gran Bahía Blanca fue de 69.882.

Existen zonas de la ciudad con carencias en la distribución de agua potable, siendo los principales barrios carenciados San Miguel, Los Chañares, Latino, Millamapú e Independencia, y las villas Belgrano, Irupé, Bordeu, Miramar, Cerrito, Don Bosco, Drago, Rosario Sur, Esperanza.

Los períodos críticos de abastecimiento de agua se originan de noviembre a marzo, debido a la disminución de la presión de abastecimiento por el alto consumo, a lo que debe agregarse la disminución de la capacidad operativa de las Plantas Potabilizadoras, por el florecimiento de algas en el agua cruda embalsada en el lago Paso de las Piedras. El mes de marzo se ha constituido en el mayor volumen de agua potable entregada a la red con 3.464.180 metros cúbicos, pero ha sido un día del mes de febrero el de mayor consumo diario con 136.540 metros cúbicos.

Si se proyectara un incremento de la capacidad de almacenaje, se permitirá disponer de agua potable durante los períodos en que deba interrumpirse la provisión de agua cruda

desde el lago, circunstancias previsibles o aleatorias de reparación y/o mantenimiento del sistema de bombeo por roturas y averías en el acueducto. Podría plantearse también la incorporación de otras fuentes de obtención de agua. (Cursos superficiales de los arroyos Napostá Grande, Chasicó, Sauce Chico, etc.).

DESAGUES CLOCALES Y PLUVIALES:

La red cloacal de la ciudad de Bahía Blanca es considerada insuficiente para servir a una población cada vez más numerosa, más concentrada y que se extiende hacia áreas descubiertas de este servicio. De acuerdo a la información censal, se estimaba que el 57% de las viviendas urbanas particulares estaban conectadas con los servicios cloacales.

La considerable y permanente expansión de las viviendas hace necesaria la extensión de la red cloacal, hecho que se tradujo en el proyecto de obra de ampliación que se encuentra en ejecución y que beneficiará a barrios densamente poblados y otrora marginales, como los comprendidos en los sectores norte y oeste de la ciudad. Los barrios y villas actualmente carenciados son los siguientes: Barrio Los Chañares, Aerotalleres, Santa Margarita, Avellana, Los Almendros, Ricchieri, Latino, Luján, Maldonado, Pampa Central, Vista Alegre, Noroeste, San Dionisio, 12 de Octubre, San Miguel, Grumbein, Independencia, Aldea Romana, Millampú, Patagonia, Miramar, Palihue y Altos del Palihue. Las villas son: Floresta, Belgrano, Irupé, Pronsato, Bordeu, Ressa, Serra, Rosario, Rosario Sur, Italia, Loreto, Muñiz, Cerrito, Don Bosco, Elena y Gloria.

Un grave inconveniente sanitario que se debe resolver, es el del tratamiento de los efluentes cloacales que tiene su punto terminal en la ría de Bahía Blanca, en la que convergen los líquidos sin ningún tipo de tratamiento, a los que se le suman otros factores contaminantes de tipo físico, químico, orgánico (industrias frigoríficas, hidrocarburos, petroquímica, Textiles, etc.), que debido al tipo de mareas, sistema de dragado, movimiento portuario, etc., hacen de la ría una fuente contaminante con escasa posibilidad de autodepuración, que ha originado importantes informes científicos, destacándose los realizados por investigadores del Instituto de Oceanografía de la Universidad Nacional del Sur.

La falta de una planta depuradora de li-

quidos cloacales para la ciudad de Bahía Blanca, trae además problemas de contaminación en áreas de recreación (natación) y en otras actividades (pesca).

La ciudad se encuentra ubicada en declive y depresión hacia la bahía, algunos barrios densamente poblados y el sector céntrico de la ciudad, se ven afectados por problemas emergentes de precipitaciones pluviales más o menos intensas, en virtud de la escasa capacidad de los desagües existentes en la zona céntrica y en la carencia de obras de contención de los caudales que se escurren desde las zonas altas de la ciudad.

Se encuentra recién licitada una red de desagües pluviales para parte de la zona alta, cubriendo a las villas Sánchez Elfa, Amaducci, Don Bosco, Libre, Loreto, Italia, Rosario, Obrera y Cerrito.

Estas Obras de ampliación de la red troncal de desagües pluviales contribuirá a otorgar una seguridad a los barrios mencionados; evitando las dificultades en el tránsito peatonal y vehicular, deterioros en las viviendas, los que provocan condiciones sanitarias disminuidas y exigen mayor esfuerzo y costo de mantenimiento de las condiciones higiénicas.

CONTAMINACION ATMOSFERICA:

Existen condiciones naturales generales y particulares que producen factores de riesgo que deben tenerse en cuenta en el desarrollo urbano, industrial, y la formación de microclimas.

La dirección, frecuencia e intensidad de los vientos de Bahía Blanca, es variable; los vientos de los cuadrantes norte y noroeste son los más frecuentes e intensos; los del cuadrante oeste predominan en invierno y los del sudoeste (Pampero) en primavera. Los vientos provocan con su intensidad nubes de polvo en suspensión, que son característicos de esta "puerta de la Patagonia". Este es uno de los factores que podrían producir una mayor frecuencia relativa de afecciones. Merced a las variaciones diarias de dirección e intensidad de los vientos, y a la ausencia de nieblas, estas nubes de polvo no se mantienen y son transportadas.

La extensión de tierras cultivadas, la forestación y el desarrollo de calles pavimentadas, pueden disminuir la polución pero por otro lado, la extracción de tierra y tosca de

canteras, la existencia de hornos de ladrillos, de basurales no autorizados en calles vecinales del área suburbana, con la proliferación de residuos de papel y polietileno, más los residuos del Polo Petroquímico en expansión, entre otros, son factores que degradan el medio ambiente y que pueden y merecen controlarse. Asimismo, deben mencionarse los microclimas existentes en el microcentro de la ciudad, donde convergen la falta de forestación, la intensidad de tránsito vehicular, centralización de las líneas de ómnibus, con la consecuencia acumulación de ruidos, humo, que modifican física (calor) y químicamente el aire del microcentro.

RESIDUOS:

La recolección de residuos sólidos de la ciudad de Bahía Blanca es volcado a terrenos próximos a la ría, en la zona del frente marítimo, en terrenos anegadizos ganados al mar. Posteriormente, se compactan los residuos transportados (entre 30 y 40 camiones por día), con tierra, escombros y tosca. Este sistema de disposición no cumple con las normas técnicas de un relleno sanitario, contribuyendo a aumentar el número de factores de contaminación de la ría —pues no existen obras de consolidación— y el ambiente por los olores, presencia de insectos, roedores, etc., está emplazado en cercanías del Balneario Municipal (800 metros).

Existen basurales clandestino, algunos en caminos vecinales; otras veces, son volcados al arroyo Napostá y al Canal Maldonado cuyas aguas desembocan en la ría y se suman a los otros contaminantes ya mencionados.

Atención médica

RECURSOS FISICOS:

Dentro del ejido de la ciudad se encuentran concentrados establecimientos de distinta dependencia. El sector privado cuenta con 7 establecimientos con fines de lucro, 2 sin fines de lucro; 1 de carácter gremial médico sin fines de lucro; el sector público con 2 hospitales, uno dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, y el otro dependencia municipal, a los que se suman 35 salas ambulatorias distribuidas en distintas zo-

nas barriales y vecinales. Hacemos mención también como recurso los distintos consultorios privados de la ciudad, que tienen una concentración mayor en la zona céntrica.

Los establecimientos con internación según su dependencia administrativa, cuentan en la actualidad con el siguiente número de camas en funcionamiento:

SUBSECTOR OFICIAL	2 establecimientos	con 539 camas	(41%)
SUBSECTOR PRIVADO (sin fines de lucro)	2 establecimientos	con 214 camas	(16%)
SUBSECTOR GREMIAL (MEDICO)	1 establecimiento	con 163 camas	(12%)
SUBSECTOR PRIVADO (con fines de lucro)	7 establecimientos	con 226 camas	(17%)
SUBSECTOR DE OBRAS SOCIALES	1 establecimiento	con 85 camas	(6%)
SUBSECTOR FUERZAS ARMADAS	2 establecimientos	con 92 camas	(7%)

El total de camas habilitadas en el partido de Bahía Blanca en el año 1985 alcanzó a 1.319, lo que configura un índice de 5.19 camas por cada 1.000 habitante. Excluyendo el número de camas psiquiátricas (197) el número de camas por cada 1.000 habitantes sería de 4,41.

Puede decirse que estas cifras son adecuadas al nivel de desarrollo alcanzado. Pero considerando la función regional de ciudad central productora de servicios, lo que puede ser adecuado y hasta excesivo para la población del partido, puede transformarse en insuficiente si tomamos en consideración la región servida.

Cabe señalar la existencia de instalaciones recientemente abandonadas (Centro Materno Infantil con 80 camas aproximadamente, y 4 pabellones del edificio antiguo del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", con una capacidad aproximada a 170 camas, lo que llevaría el índice a 6,2 camas por 1.000 habitantes.

Si tenemos en cuenta que en el nuevo edificio del Hospital Interzonal "Dr. José Penna" está proyectado y semiconstruido para la habilitación de 200 camas adicionales se contaría con un índice potencial de 7,0 camas por 1.000 habitantes; existiendo además proyectos en vías de ejecución de ampliaciones del sector privado, lo que elevaría aún más las cifras antes mencionadas.

Cabe señalar como características distintas entre el subsector privado y el oficial, que mientras el primero se sectorizan camas en los servicios de complejidad y en algunas especialidades

como Pediatría, Obstetricia y Psiquiatría, el subsector público lo hace en gran cantidad de especialidades, cuyo efecto se traduce en un menor aprovechamiento del recurso. De los datos recogidos, la distribución de las camas por especialidad se conforma de la siguiente manera: Neonatología 69; Pediatría 88; Obstetricia 110; Psiquiatría 193; Terapia Intensiva 30; Hemodiálisis 14.

En cuanto a los establecimientos de atención ambulatoria, además de los consultorios médicos privados, cuya distribución geográfica depende de distintas motivaciones, debemos considerar al subsector oficial dependiente de la Municipalidad de Bahía Blanca, que ha completado una red de centros, las denominadas Salas Médicas, que en un número de 35 ofrecen accesibilidad geográfica a la población, brindando acciones como son la atención de enfermería, inmunizaciones, control periódico de embarazo, atención pediátrica, clínica y odontológica. En su mayoría, estas Salas Médicas se han creado a iniciativa de grupos vecinales en Sociedades de Fomento.

Algunas Obras Sociales han encarado la implementación de servicios propios de atención de ambulatoria, coordinando una de ellas con el programa y campañas oficiales de inmunizaciones.

Otro establecimiento ambulatorio que merece destacarse es el Hospital Menor de Ingeniero White, que incorpora recursos oficiales y comunitarios para la atención de la población portuaria.

Asimismo, es destacable el complejo asistencial del Instituto de Rehabilitación del Li

siado (IREL), institución comunitaria que desarrolla acciones de rehabilitación, tanto asistenciales, como educacionales, construcción y

reparación de prótesis y ortesis y de recreación para discapacitados físicos.

NUMEROS DE CAMAS POR DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

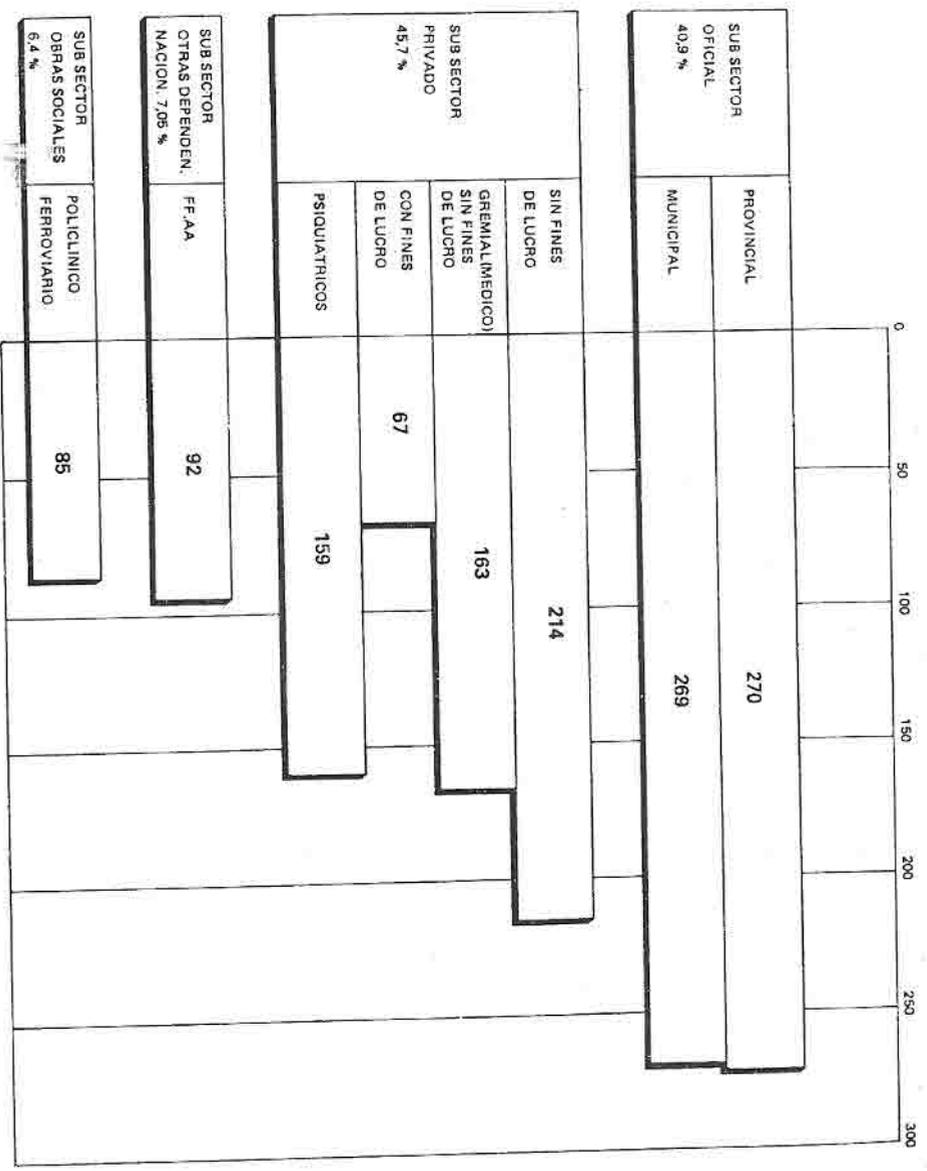
PARTIDO DE BAHIA BLANCA - AÑO 1985

SUBSECTORES	TOTAL DE CAMAS	%
TOTAL:	1.319	100,0
SUBSECTOR PUBLICO	539	40,96
Provincial 270 (20,5%)		
Municipal 269 (20,4%)		
SUBSECTOR PRIVADO	603	45,72
Sin fines de lucro 214 (16,2%)		
Gremial Médico 163 (12,2%)		
Con fines de lucro 226 (17,2%)		
SUBSECTOR OBRAS SOCIALES	85	6,44
SUBSECTOR FUERZAS ARMADAS	92	6,98

Camas Psiquiátricas	197	
Camas No Psiquiátricas	1.122	
Total de camas/1.000 habitantes		5,19%
Total de camas no psiquiátricas/1.000 hab.		4,41%
Camas Psiquiátricas/10.000 habitantes		7,75%

Nº DE CAMAS ESPECIALIZADAS SEGUN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA EXISTENTES EN BAHIA BLANCA - AÑO 1985

ESPECIALIDAD SUBSECTOR	NEONATOLOGIA	PEDIAT.	OBSTET.	PSIQUIAT.	T.I. HEMOD.	
TOTAL	69	88	110	193	30	14
OFICIAL	16	50	40	34	14	4
PRIVADO sin f. lucro	38	12	36	—	5	7
GREMIAL MEDICO	15	7	26	—	8	3
PRIVADO con f. lucro	12			159		
OBRA SOCIAL	—	7	8	—	3	—



NUMERO DE CAMAS SEGUN SUB SECTORES ADMINISTRATIVOS
PARTIDO DE BAHIA BLANCA - AÑO 1985

LISTADO DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD

OFICIALES:

- + Hospital Interzonal General "Dr. José Penna" - Provincial
- + Hospital Municipal "Dr. Leónidas Lucero" - Municipal
- + Hospital Menor de Ingeniero White - Comunidad
- + + Estación Sanitaria del Puerto - Nacional
- + + Dirección de Reconocimientos Médicos - Nacional
- + + Dpto. de Sanidad de la Universidad Nacional del Sur
- + Hospital de Evacuación 181 - Hospital Militar "Dr. Marcelo Vargas"
Fuerzas Armadas.
- + Dpto. Sanidad de la Base Aeronaval Cte. Espora - Fuerzas Armadas.

SALAS MEDICAS MUNICIPALIDAD DE BAHIA BLANCA

Sala Médica Barrio Napostá	Sala Médica Pampa Central
Sala Médica Villa Mitre	Sala Médica Barrio Loma Paraguaya
Sala Médica Barrio La Falda	Sala Médica "Mariano Moreno"
Sala Médica Barrio Bella Vista	Sala Médica Barrio San Cayetano
Sala Médica Barrio Tiro Federal	Sala Médica Barrio Universitario
Sala Médica Barrio Anchorena	Sala Médica Villa Floresta
Sala Médica Barrio Pedro Pico	Sala Médica Barrio Parque Patagonia
Sala Médica Villa Ressa	Sala Médica Villa Harding Green
Sala Médica Barrio Sánchez Elía	Sala Médica - Aldea Romana
Sala Médica Barrio San Martín	Sala Médica - Cabildo
Sala Médica Barrio Rivadavia	Sala Médica Madres Vicentinas
Sala Médica Villa Rosario	Sala Médica Barrio Estomba
Sala Médica Villa Rosas	Sala Médica Villa Nocito
Sala Médica Villa Delfina	Sala Médica Barrio Km. 5
Sala Médica "San José Obrero" - Ing. White	Sala Médica Barrio Rucci
Sala Médica Coronel Maldonado	Sala Médica Barrio Avellaneda
Sala Médica - Gral. Daniel Cerri	Sala Médica Barrio Centenario
Sala Médica Barrio Noroeste	

SEGURIDAD SOCIAL:

- + Policlínico Ferroviario Bahía Blanca
- + + Consultorios Ferroviarios - Ingeniero White
- + + Asociación Empleados de Comercio
- + + Unión Obrera de la Construcción
- + + Unión Obrera Metalúrgica
- + + Consultorios SPICA - General Cerri
- + + Consultorios Odontológicos (INOS - ADOS)

PRIVADOS:

- + + Instituto de Rehabilitación del Lisiado (IREL)
- + Hospital Regional Español
- + Sanatorio y Maternidad del Sur
- + Hospital Italiano Regional del Sur
- + Sanatorio Privado Bahía Blanca
- + Teranat
- + Clínica "San Pablo"
- + Clínica "Centenario" - Psiquiatría
- + Clínica "Patagónica" - Psiquiatría
- + Sanatorio "Central" - Psiquiatría
- + Clínica "Mater Dei"
- + Clínica Privada de Otorrinolaringología
- + + CENEPRI (Clínica especializada en Nefrología)
- + + Consultorio de Tomografía Computada

Ref.: + con internación.
+ + sin internación.

RECURSOS HUMANOS

En cuanto a los recursos humanos existentes en el partido de Bahía Blanca se puede afirmar que en general la disponibilidad es similar a la existente en las grandes ciudades del país, con una razón profesional habitantes alta. Debe tenerse en cuenta para comparar estas razones, el grado de influencia que la ciudad ejerce sobre una zona más o menos extensa, de alrededor de 600.000 a 650.000 habitantes, sobre un área que cubre a más de 25% de la superficie (sud y oeste) de la provincia de Buenos Aires, sudoeste de La Pampa, y varios departamentos de Río Negro. El análisis de algunas especialidades y servicios de mayor complejidad tomados específicamente, seguramente deberá extender estas cifras y áreas mencionadas.

En lo referente al número de médicos, la no existencia de facultades, no ha impedido la incorporación creciente de médicos al partido, con promedios de 45 y más médicos por año a partir de 1975 y de 50 y más a partir de 1981. Por otra parte, el hecho de no contar la región con facultades de las ciencias médicas y odontológicas, tampoco ha impedido la realización de una extensa labor docente, a través de cursos y reuniones científicas, así como también

la realización y publicación de no pocos trabajos de investigación aplicada.

A pesar de contar con una razón de 310 a 330 habitantes por médico, consideramos que la misma es excesiva en las circunstancias actuales y no comparable con otros centros urbanos que disponen de docencia universitaria, centros de investigación, etc. Llama la atención el escaso desarrollo de especialidades como Geriatria y Rehabilitación, si se tiene en cuenta la pirámide de población del partido de Bahía Blanca y zona de influencia, como así también son escasos el número de personal médico y técnico dedicado a las ramas administrativas de la salud, no acordes a la complejidad médico-asistencial desarrollada en la zona.

Asimismo, existe una gran disponibilidad de profesionales que integran el equipo de Salud, como Bioquímicos, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Psicólogos, y escasa dotación de Dietistas, Enfermeros, Terapistas Ocupacionales, Técnicos en Estadísticas, etc. Esta situación coincide con la posibilidad de trabajar en relación de dependencia frente a la práctica liberal.

Existe además escaso o nulo desarrollo de recursos humanos en el área de Educación Sanitaria, Saneamiento Ambiental, Sociología

Médica, Antropología Médica, etc.. Debe destacarse que recientemente, y por primera vez en la ciudad, se ha constituido la Oficina de Saneamiento Ambiental municipal a cargo de un Ingeniero Sanitario.

Esta diversa evolución de los recursos humanos se explica como efecto de motivaciones económicas, de prestigio social, y de atractivos que se dan espontáneamente, y no como consecuencia de una política definida y coherente de formación y reclutamiento del recurso humano necesario para la implementación de los planes de salud (nacionales, provinciales o municipales).

Puede estimarse que los cursos de enfermería (profesional, auxiliares) dependientes

de la Escuela Superior de Sanidad del Ministerio de Salud, como los de Cruz Roja, deberán incrementarse para poder reducir el número de enfermeras empíricas, que frenan el nivel técnico en la prevención, recuperación y rehabilitación de la Salud. Podrá jerarquizarse la carrera de Enfermería a nivel de Licenciatura, cuando se integre a los departamentos universitarios de nuestros institutos, de acuerdo a las normas vigentes establecidas por las autoridades sanitarias y educativas, perfilando la capacitación de la enfermera en el nivel universitario, otorgándole una validez más extensa (a nivel nacional) que la que actualmente se le concede.

**NUMEROS DE MEDICOS INCORPORADOS AL PARTIDO
DE BAHIA BLANCA POR MATRICULACION Y POR INSCRIPCION
EN EL DISTRITO Xº DEL COLEGIO DE MEDICOS
—PERIODO 1965 - 1984—**

AÑO	TOTAL	MATRICULADOS	INSCRIPTOS
1965	20	17	3
1966	24	18	6
1967	15	10	5
1968	37	20	17
1969	28	18	10
1970	28	18	10
1971	26	15	11
1972	34	19	15
1973	26	17	9
1974		26	17
1975	40	22	18
1976	53	35	18
1977	49	30	19
1978	49	34	15
1979	36	26	10
1980	53	35	18
1981	43	25	18
1982	54	31	23
1983	54	39	15
1984	52	34	18

**PROMEDIO ANUAL MOVIL DE INCORPORACION DE MEDICOS
AL PARTIDO DE BAHIA BLANCA, POR MATRICULACION E
INSCRIPCION EN EL DISTRITO Xº DEL COLEGIO
DE MEDICOS – PERIODO 1965 - 1985**

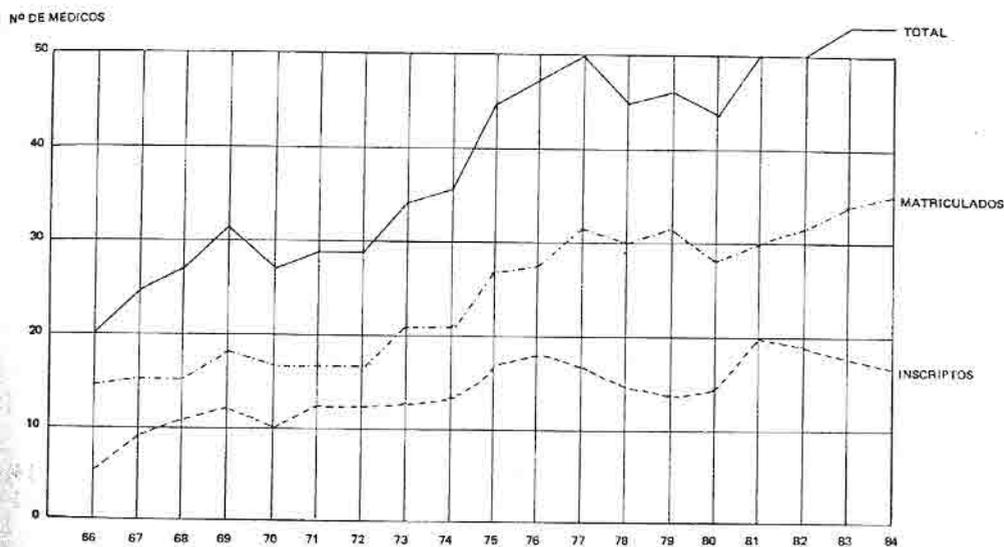
AÑOS	TOTAL	MATRICULADOS	INSCRIPTOS
1966	20	15	5
1967	25	16	9
1968	27	16	11
1969	31	19	12
1970	27	17	10
1971	29	17	12
1972	29	17	12
1973	34	21	13
1974	36	22	14
1975	45	28	17
1976	47	29	18
1977	50	33	17
1978	45	30	15
1979	46	32	14
1980	44	29	15
1981	50	30	20
1982	50	31	19
1983	53	35	18
1984	53	36	17

$$A_n = \frac{A_{n-1} + A_n + A_{n+1}}{3}$$

**NUMEROS DE MEDICOS
FEDERADOS POR ESPECIALIDAD
AÑO 1986**

Especialidad	Año 1986		
		Clínica Médica	80
Alergia	15	Clínica Neurológica	12
Anatomía Patológica	8	Dermatología	13
Anestesiología	18	Endocrinología	13
Cardiología	26	Fisiatría	2
Cirugía Cardiovascular	2	Gastroenterología	12
Cirugía Tórax	1	Genética	1
Cirugía General	75	Geriatría	—
Cirugía Infantil	—	Ginecología	82
Neurocirugía	5	Hematología y Hemoterapia	4
Cirugía Plástica	6	Medicina General	126
Cirugía Vascular	2	Medicina Trabajo	1
Endocrinología Infantil	1	Medicina Nuclear	1
Enfermedad Infecciosas	2	Medicina Sanitaria	—

Nefrología	4	Psiquiatría	19
Neonatología	10	Radiodiagnóstico	14
Neumonología	8	Radioterapia	1
Neurología Infantil	1	Rehabilitación	2
Obstetricia	79	Reumatología	2
Oftalmología	14	Salud Pública	—
Oncología	4	Tisiología	2
Ortopedia y Traumatología	30	Urología	17
Otorrinolaringología	15	Terapia Intensiva	—
Pediatría	75		
Proctología	—	FUENTE: Asociación Médica de Bahía Blanca (FEMEBA)	
Psiquiatría Infantil	—		



PROMEDIO ANUAL MOVIL DE INCORPORACION DE MEDICOS EN EL PARTIDO DE BAHIA BLANCA, MATRICULADOS
E INSCRIPTOS - DISTRITO Xº DEL COLEGIO DE MEDICOS - PERIODO 1965 - 1984

NUMERO DE MEDICOS COLEGIADOS POR ESPECIALIDAD EN EL PARTIDO DE BAHIA BLANCA - AÑO 1986

Administración Hospitalaria	34	Cirugía de Tórax	4
Alergología	7	Cirugía General	63
Anatomía Patológica	6	Cirugía Plástica	4
Anestesiología	13	Cirugía Vasculat	1
Cardiología	24	Cirugía y Ortopedia Infantil	3
Cirugía Cardiovascular	3	Clínica Médica	31

Dermatología	9	Neurología Pediátrica	1
Diagnóstico por imagen y radiodiagnóstico	3	Neurología	6
Endocrinología	6	Obstetricia	37
Enfermedades Infecciosas	3	Oftalmología	13
Enfermedades de la Nutrición	4	Oncología	5
Consultor en Anatomía Patológica	1	Ortopedia y Traumatología	18
Consultor en Clínica Médica	1	Otorrinolaringología	14
Consultor en Alergología	1	Pediatría y Puericultura	31
Consultor en Cirugía General	1	Proctología	1
Consultor en Cardiología	1	Psiquiatría y Psicología Infantil	1
Jerarquizado en Cirugía General	3	Psiquiatría y Psicología Médica	21
Gastroenterología	7	Radiodiagnóstico	12
Ginecología	48	Radioterapia	6
Hematología	4	Rehabilitación	2
Inmunología	1	Reumatología	2
Medicina del Trabajo	41	Salud Pública	1
Medicina Espacial	1	Terapia Intensiva	3
Medicina Legal	4	Tisiología	4
Medicina Nuclear	10	Urología	11
Nefrología	4		
Neonatología	9	FUENTE: Colegio de Médicos; Distrito X ^o ,	
Neumonología	8	Provincia Buenos Aires.	
Neurocirugía	6		

**NUMEROS DE OTROS
PROFESIONALES O ASOCIADOS
BAHIA BLANCA
1985**

Bioquímicos	275	Dietistas	14
Odontólogos	153	Fonoaudiólogos	62
Psicólogos	52	(De nivel universitario 15)	
Kinesiólogos	27	(De nivel Terciario 47)	
Obstétricas	47	Farmacéuticos	95

**NUMERO DE EGRESADOS EN CURSOS PROFESIONALES Y
TECNICOS REALIZADOS EN BAHIA BLANCA
-PERIODO 1983-85-**

— Cursos descentralizados de la Escuela Superior de Sanidad del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.	1983	1984	1985
Asistentes Sociales	23	25	27
Enfermería Profesional	—	21	20
Enfermería - Carrera Articulada	50	—	—
Técnicos en Hemoterapia	—	—	9
— Curso de Auxiliares de Enfermería Cruz Roja Bahía Blanca	38	32	24
— Curso de Auxiliares de Enfermería Hospital de Evacuación 181	15	19	17

EQUIPAMIENTO:

En lo referente a los recursos de equipamiento, la ciudad de Bahía Blanca en su conjunto dispone de equipos de diagnóstico y tratamiento acordes a la tecnología disponible en el país, posibilitando la realización de una variada y compleja serie de prácticas, de las que se excluyen los tratamientos del gran quemado, y los de cirugía cardiovascular con circulación extracorpórea y transplantes de órganos.

La mayor proporción del equipamiento de alta complejidad se encuentra en el subsector privado, pero merced a convenios y a concesiones impuestas por leyes de importación, también tienen accesibilidad los pacientes de los establecimientos oficiales, que no tengan cobertura por el sistema de Seguridad Social.

Las razones de equipos por habitantes merecen las mismas consideraciones expuestas

anteriormente, debiendo tenerse en cuenta el grado de influencia que ejerce la ciudad sobre una vasta área geográfica, y el grado de complejidad, accesibilidad, e influencia relativa que pueda tener el equipamiento específico.

Estas reflexiones nos motivan la necesidad de actualizar los estudios de las áreas geográficas sobre las que la ciudad ejerce una influencia absoluta en materia de prestaciones de salud. En este sentido recordamos los trabajos realizados a fines de los años '60 sobre las áreas de influencia sanitaria (1) económica, financiera (2), comunicaciones (3), política (4), etc., que estimamos pueden actualizarse para precisar objetivamente la información sobre disponibilidades, necesidades, equipamientos, y posibilitar la instrumentación de estrategias objetivas y concretas para la toma de decisiones.

Nº DE EQUIPOS DE RADIODIAGNOSTICO EXISTENTES EN BAHIA BLANCA SEGUN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA, POR TIPO.

— AÑO 1985 —

Tipo	Total	Subsector Provínc.	Oficial Municip.	Privado	Obra Social
Seriógrafo, con intensificador de imágenes y TV.	8	1	1	6	—
Mamógrafo	5	—	1	4	—
Seriógrafo	16	1	1	13	1
Tomógrafo	3	—	1	2	—
Fijo	6	—	—	5	1
Rodante	12	1	2	9	—

EQUIPAMIENTO EXISTENTE EN EL SUBSECTOR PRIVADO NO INSTITUCIONALIZADO BAHIA BLANCA - AÑO 1985

ELECTROENCEFALOGRAFOS	9	OTOMICROSCOPIOS	8
ELECTROCARDIOGRAFOS	26	CRIOCIRUGIAS	2
ESOFAGOGASTROSCOPIOS	10	LASER - FOTOAGUL	1
FIBROCOLONOSCOPIO	4	COBALTOTERAPIA	1

FIBROBRONCOSCOPIO 3
ECOCARDIOGRAFOS 4
CAMARA GAMMA 2
CENTELLOGRAFO LINEAL 3
ECOGRAFOS 10
TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA 1

HOLTER 4
FIBROCITOSCOPIA 2
ELECTROMIOGRAFIA 2

FUENTE: Asociación Médica, Bahía Blanca.

Producción

NUMEROS DE CONSULTAS POR SERVICIO
HOSPITAL INTERZONAL Gral. Dr. J. PENNA
y HOSPITAL MUNICIPAL Dr. L. LUCERO
AÑO 1984 - BAHIA BLANCA

SERVICIOS	HOSP. J. PENNA	HOSP. MUNICIPAL
TOTAL	132.809	114.358
ALERGIA	8.866	2.814
CARDIOLOGIA	2.614	1.704
CLINICA MEDICA	8.330	5.160
DERMATOLOGIA	3.144	3.542
ENDOCRINOLOGIA	2.123	1.030
GASTROENTEROLOGIA	778	--
HEMATOLOGIA	423	--
NEUROLOGIA	629	1.046
ONCOLOGIA	2.138	516
REUMATOLOGIA	289	279
NEUMOTISIOLOGIA	3.651	--
QUIMIOTERAPIA	1.537	--
HEMODIALISIS	1.036	--
NEFROLOGIA	273	--
DIETOLOGIA	56	--
PSIQUIATRIA	3.769	1.106
ALCOHOLISMO	1.121	--
PSICOLOGIA	900	419
CIRUGIA	2.778	3.157
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	--	263
CIRUGIA PLASTICA	293	143
OFTALMOLOGIA	894	3.390

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	5.045	5.002
OTORRINOLARINGOLOGIA	3.443	6.652
UROLOGIA	1.059	982
FONOAUDIOLOGIA	637	553
GINECOLOGIA	4.703	4.281
OBSTETRICIA	5.269	--
PATOLOGIA CERVICAL	1.937	--
GUARDIA TOCOGINECOLOGICA	2.782	--
SERV. MED. DE URGENCIA	8.927	15.986
GUARDIA PEDIATRICA	10.987	15.281
PEDIATRIA	13.433	27.886
CIRUGIA INFANTIL	184	1.628
NEONATOLOGIA	2.507	--
NEUROLOGIA INFANTIL	337	--
ODONTOLOGIA	16.951	11.538
KINESIOLOGIA	1.781	--

NUMERO DE CONSULTAS Y PORCENTAJES POR GRANDES GRUPOS DE ESPECIALIDADES – HOSPITAL INTERZONAL Dr. JOSE PENNA y MUNICIPAL Dr. LEONIDAS LUCERO – BAHIA BLANCA - AÑO 1984

ESPECIALIDADES	Hospital Interzonal Gral. Dr. J. Penna		Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero	
	Nº	%	Nº	%
TOTAL	132.809	100,0	114.358	100,0
CLINICA MEDICA	35.887	27,02	16.091	14,07
QUIRURGICAS	15.930	11,99	20.142	17,61
EMERGENCIAS (Adultos)	8.927	6,72	15.986	13,98
TOCOGINECOLOGICAS	14.690	11,06	4.281	3,74
PEDIATRIA	34.467	25,95	44.795	39,17
PSIQUIATRIA	5.957	4,49	1.525	1,33
ODONTOLOGIA	16.951	12,76	11.538	10,09

**RENDIMIENTOS HOSPITALARIOS POR SERVICIOS
DE INTERNACION AÑO 1984
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL "DR. JOSE PENNA"**

SERVICIO	Camas Disponib. 1984	Paciente Día 1984	% Ocup.	Egresos	D. Est.	Prom. Giro	Defunc.
Cirugía	12.841	7.405	57,66	589	13,1	16,8	15
Clínica Med.	14.640	9.607	65,21	678	13,0	16,9	34
Traumatología	10.678	7.153	66,95	318	20,0	10,9	5
Oncología	---	---	---	---	---	---	---
Urología	1.328	965	72,66	64	15,8	10,2	2
Ginecología	3.820	2.974	77,74	584	4,7	56,0	---
Obstetricia	14.238	9.148	64,25	1.980	4,4	50,9	---
Neonatología	5.856	3.020	51,53	356	9,7	22,3	31
Pediatría	9.516	4.671	49,08	543	7,4	20,8	12
Terapia In.	3.294	1.755	53,27	150	9,3	16,6	91
Psiquiatría	14.274	12.760	89,39	272	35,0	6,9	0
Neumotisiolog.	10.980	6.895	62,79	235	29,1	7,8	6
TOTAL	101.465	66.353	65,40	5.769	10,6	20,8	196

**CAMAS DISPONIBLES
POR SERVICIO - MES SETIEMBRE
1985**

**HOSPITAL INTERZONAL GENERAL
"DR. JOSE PENNA"**

SERVICIO	Nº de camas reales		
CIRUGIA	27	TERAPIA INTENSIVA	5
CLINICA MEDICA	40	PSIQUIATRIA	34
TRAUMATOLOGIA	21	NEUMOTISIOLOGIA	30
ONCOLOGIA	5	TOTAL	269
UROLOGIA	8	OBSERVACIONES:	
GINECOLOGIA	10	- Urología: Dotación 6 camas a partir 1-6-84.	
OBSTETRICIA	38	- Oncología: Sin dotación de camas de Clínica Médica y Ortopedia y Traumatología.	
NEONATOLOGIA	19		
PEDIATRIA	32		

**RENDIMIENTOS HOSPITALARIOS POR SERVICIOS DE INTERNACION
HOSPITAL MUNICIPAL "DR. LEONIDAS LUCERO" - AÑO 1984**

SERVICIOS	Días Camas Dispon.	Pacientes Día	% Ocup.	Egresos	Promedio	
					Días de Estadía	Giro
TOTAL	100.076	53.009	52,97	4.382	10,1	16,0
Servicio Urgencia	5.856	1.393	23,79	140	0,9	8,7
Terapia Intensiva	3.294	2.352	71,40	382	2,8	42,3
Ortopedia y Traumatología-Hombres	7.652	2.843	37,15	243	10,9	11,6
Ortopedia y Traumatología-Mujeres	1.396	1.397	100,01	115	11,6	30,5
Ortopedia y Traumatología-Niños	358	358	100,00	59	6,1	90,8
Clínica Médica - Hombres -	18.442	12.518	67,88	825	14,0	16,3
Clínica Médica - Mujeres -	19.931	13.029	65,37	731	13,4	13,4
Ginecología	5.184	1.420	27,39	128	9,4	9,0
Pediatría	14.648	6.454	44,06	897	7,1	22,4
Urología	6.329	2.737	43,25	153	15,4	8,8
Cirugía -Hombres-	11.883	5.337	44,91	426	10,8	13,1
Cirugía -Mujeres-	5.103	3.171	62,14	283	10,2	20,2

**Nº DE CAMAS EXISTENTES (+), Nº DE CAMAS NECESARIAS
(Hipótesis 80% Ocupadas) y DIFERENCIAS SEGUN SERVICIOS
HOSPITALES INTERZONAL GENERAL DR. JOSE PENNA
BAHIA BLANCA**

SERVICIOS	Nº DE CAMAS EXISTENTES Sept. de 1985	Nº DE CAMAS NECESARIAS (Hipótesis 80%)	DIFERENCIA (1) - (2)
TOTAL	266	235	+ 31
CIRUGIA GENERAL	27	26	1
CLINICA MEDICA	40	33	7
TRAUMATOLOGIA	21	25	-4
ONCOLOGIA (a)	5	-	5

UROLOGIA	8	6	2
GINECOLOGIA	10	11	- 1
OBSTETRICIA	40	32	8
NEONATOLOGIA	16	11	5
PEDIATRIA	30	16	14
TERAPIA INTENSIVA	5	7	- 2
PSIQUIATRIA	34	44	- 10
NEUMOTISIOLOGIA	30	24	6

OBSERVACIONES:

Camas Necesarias = Pacientes días - Año 1984/0,8.

(a): No existencia de camas disponibles durante el Año 1984.

**Nº DE CAMAS EXISTENTES, Nº DE CAMAS NECESARIAS
(Hipótesis 80% Ocupadas) Y DIFERENCIAS SEGUN SERVICIOS
HOSPITAL MUNICIPAL DR. LEONIDAS LUCERO BAHIA BLANCA**

SERVICIOS	Nº DE CAMAS EXISTENTES SETBRE/1985 (1)	Nº DE CAMAS NECESARIAS (hipót. 80%) (2)	DIFERENCIAS (1) - (2)
TOTAL	209	185	24
CIRUGIA GENERAL	46	30	16
CLINICA MEDICA	64	88	-24
TRAUMATOLOGIA	22	16	6
UROLOGIA	16	10	6
GINECOLOGIA	24	5	19
PEDIATRIA (a)	20	22	-2
TERAPIA INTENSIVA	9	9	-
SERVICIO MEDICO URGE.	8	5	3

OBSERVACIONES:

Camas necesarias: Pacientes Días Año 1984/0,8

(a): Nº de Camas habituales 41 - Por refacción se reduce actualmente a 20 camas.

**Nº DE CAMAS NECESARIAS (Hipótesis 80% Ocupadas) SEGUN
SERVICIOS HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DR. JOSE PENNA Y
HOSPITAL MUNICIPAL DR. LEONIDAS LUCERO – BAHIA BLANCA**

SERVICIOS	Nº DE CAMAS NECESARIAS HOSP. PENNA	Nº DE CAMAS NECESARIAS HOSP. LUCERO	SUMAS
TOTAL	235	185	420
CIRUGIA GENERAL	26	30	56
CLINICA MEDICA	33	88	121
TRAUMATOLOGIA	25	16	41
ONCOLOGIA (a)	—	(x)	—
UROLOGIA	6	10	16
GINECOLOGIA	11	5	16
OBSTETRICIA	32	(x)	32
NEONATOLOGIA	11	(x)	11
PEDIATRIA	16	22	38
TERAPIA INTENSIVA	7	9	16
PSIQUIATRIA	44	(x)	44
NEUMOTISIOLOGIA	24	(x)	24
SERV. MEDICO URG.	(x)	5	5

OBSERVACIONES:

Camas necesarias: Pacientes Días Año 1984/0,8

(a): Sin camas disponibles durante el Año 1984

(x): Servicios de internación no existentes o no diferenciados en el establecimiento.

El Hospital Municipal "Dr. Leonidas Lucero" no dispone de servicios de Obstetricia ni de Neonatología.

Las patologías de los servicios de Psiquiatría, Neumotisiología, Oncología que se asisten en el Hospital Municipal "Dr. Leonidas Lucero", habitualmente ocupan camas del Servicio de Clínica Médica.

Medicina de Urgencia en el Hospital Interzonal General "Dr. José Penna" dispone de 4 camas actualmente para permanencia transitoria (en observación) de pacientes que pueden o no requerir internación.

**NUMEROS DE INTERNACION EN ESTABLECIMIENTOS
ASISTENCIALES DE BAHIA BLANCA
SEGUN DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA
PARTIDO DE BAHIA BLANCA – AÑO 1984**

Subsector Oficial:		10.151
Subsector Privado:		22.680
Sin fines de lucro:	10.688	
Gremial Médico:	8.663	

Con fines de lucro:	3.329	
Subsector Obras Sociales:		2.065
SUBSECTOR	NUMERO DE EGRESOS	%
OFICIAL	10.151	29,09
PRIVADO (s/f de lucro)	10.688	30,63
(gremial médico)	8.663	24,82
(c/f de lucro)	2.406	6,90
(psiquiátricos)	923	2,64
OBRAS SOCIALES	2.065	5,92
TOTAL	34,896	100,00

**NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y HORAS
NECESARIAS POR SERVICIOS HOSPITAL GENERAL INTERZONAL
"Dr. JOSE PENNA" – AÑO 1984**

SERVICIOS	I Nº de Intervenciones Quirúrgicas (h)	II* Horas Necesarias (1) x 2 Hs.
CIRUGIA	400	800
TRAUMATOLOGIA	243	486
UROLOGIA	106	212
PLASTICA	75	150
ESTUDIOS	68	136
ODONTOLOGIA	27	54
CIRUGIA PEDIATRICA	34	68
OTORRINOLARINGOLOGIA	85	170
CESAREAS	152	304
LEGRADOS	335	670
OTRAS INT. GINECOLOGICAS	185	370
OFTALMOLOGIA	2	4
TOTAL	1.712	3.424
* Columna II horas necesarias es el resultado de estimar una duración media de 2 horas por intervención sin considerar su complejidad.		

**NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y HORAS
NECESARIAS POR SERVICIO
HOSPITAL MUNICIPAL "DR. LEONIDAS LUCERO" AÑO 1984**

SERVICIOS	I Nº DE INTERV. QUIRURGICAS (1)	II CIRUGIA MAYOR (2)	III* (1) x 2 h.
TOTAL	3.332	951	6.864
Cirugía	356	265	712
Traumatología	350	210	700
Urología	46	44	92
Plástica	—		—
Estudios	—		—
Odontología	—		—
Cirugía Pediátrica	166	123	332
Otorrinolaringolog.	339	43	678
Oftalmología	385	46	770
Cesáreas	—		—
Otras Int. Ginec.	179	83	358
Serv. Méd. Urg.	1.611	137	3.222

* Columna III: Horas necesarias es el resultado de estimar una duración media de 2 horas por intervención sin considerar su complejidad.

OBSERVACIONES:

- No se incluyen horas para servicios de Odontología y Neurocirugía del Hospital Municipal "Dr. Leónidas Lucero", por no haberse computado intervenciones.
- Se desestiman 4 horas de Oftalmología del Hospital Interzonal General "Dr. José Penna", por carecer actualmente de servicio.
- No se han computado tiempos necesarios de 1.474 intervenciones de Cirugía Menor efectuadas por Servicio Médico de Urgencia del Hospital Municipal "Dr. Leónidas Lucero".

**HORAS NECESARIAS Y DIAS OCUPADAS POR QUIROFANOS
SEGUN SERVICIOS
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL "DR. JOSE PENNA"
HOSPITAL MUNICIPAL "DR. LEONIDAS LUCERO"**

SERVICIOS	HOSPITAL PENNA		HOSPITAL MUNICIPAL	
	Horas neces.	Días Oc.	Horas neces.	Días Oc.
TOTAL	3.424	431	3.916	493
CIRUGIA GENERAL	800	100	712	89
TRAUMATOLOGIA	486	61	700	88
UROLOGIA	212	27	92	12

PLASTICA	150	19	--	--
ESTUDIOS	136	17	--	--
ODONTOLOGIA	54	7	--	--
CIRUGIA PEDIATR.	68	9	332	42
OTORRINOLARINGOL.	170	22	678	85
CESAREAS	304	38	--	--
LEGRADOS	670	84	--	--
OTRAS INTERV. GIN.	370	47	358	45
OFTALMOLOGIA	4	--	770	97
SERV. MED. URGENCIA	--	---	274	35

Análisis de Situación

El estudio sobre la atracción sanitaria de Bahía Blanca se efectuó sobre uno de los indicadores quizás más importantes como es el número de egresos de los establecimientos con internación, a los que se dirigía espontáneamente la demanda de servicios de internación. Se estimó que el 20% de las internaciones correspondían a pacientes provenientes de otros partidos de la Provincia de Buenos Aires y provincias vecinas. La experiencia de observaciones parciales del sector no oficial, y habiéndose muestreado los registros de establecimientos asistenciales, nos lleva a afirmar que ese porcentaje se mantiene actualmente.

Es por ello que cuando más adelante se desarrollen los resultados de la utilización de los recursos existentes, se incluirán las demandas derivadas del área de influencia, que aún cuando se hubieran producido modificaciones, hecho que no descartamos y que esperamos se puedan verificar a través de otras investigaciones, afectará a los indicadores de recursos por habitantes y prestaciones por habitante, atribuibles al partido, por cuanto los distintos recursos y las prestaciones que se deseen comparar no tendrán un denominador real. Es por ello que éstos indicadores se verán modificados por un incremento de alrededor del 20% con respecto a los indicadores ajustados de otras regiones.

Entendemos que el mantenimiento del 20% de prestaciones efectuadas sobre pacientes de la zona de atracción de la ciudad puede estimarse cuantitativamente. Es posible que se encuentren diferencias en la composición regional, pero seguramente se verá reflejada una

situación diferente en cuanto a la orientación, hacia los subsectores públicos o privados, por el incremento de la cobertura observada en el sistema de Seguridad Social en los últimos años.

Estimamos necesario establecer en forma coordinada con todos los subsectores, estudios prospectivos sobre la derivación de alta complejidad que se efectúa al partido, que pueda ser satisfecha o rechazada, a fin de poder determinar no ya áreas de influencia sino reales áreas programáticas por especialidades fuera del partido. Conjuntamente con el análisis de áreas programáticas de los distintos servicios locales, podrán determinarse los perfiles de complejidad adecuados a los distintos criterios de necesidad técnica, y a la evaluación de la relación costo-beneficio.

Uno de los más importantes indicadores de demanda satisfecha y de cuantificación de la utilización de recursos de atención médica, es como habíamos señalado el número de egresos de los establecimientos con internación. Esta es una información útil para estimar otras prestaciones en base a standares de comportamiento que es posible sean semejantes desde el punto de vista técnico en los subsectores oficiales y no oficiales.

El número de internaciones en establecimientos asistenciales ha experimentado un incremento acorde al crecimiento demográfico si comparamos los egresos registrados en el estudio "Área de Influencia Sanitaria de Bahía Blanca" citada anteriormente, con las cifras que se registraron en el año 1984. Si bien han pasado más de 15 años, las estimaciones efec-

tuadas en esa oportunidad resultan confirmadas especialmente en lo referente al mantenimiento del total global de internaciones y en el cambio de dirección de la demanda hacia el subsector privado, como consecuencia de la extensión y profundización del sistema de atención por la Seguridad Social. Podrá observarse que el subsector oficial, por su parte, ha mantenido el nivel absoluto de egresos anuales en algo más de 10.100, pero con una tendencia inversa, el incremento de prestaciones del Hospital Interzonal "Dr. José Penna", frente a la disminución del Hospital Municipal "Dr. Leónidas Lucero".

Se estima que para el presente estudio, y para la formulación de estrategias, prioridades y alternativas de desarrollo, deberá pensarse en la instrumentación de un subsector oficial sin fracturas administrativas, efectuando el análisis sobre niveles de cobertura por grados de complejidad, especialización, tecnología, accesibilidad, aceptabilidad, etc.

Puede observarse la existencia de algunos servicios similares en ambos establecimientos, que producen una dispersión de recursos y esfuerzos institucionales que son factibles de ser superados por la integración de servicios de uno y otro establecimiento.

Asimismo, existen servicios especializados (Oncología, Cardiología, etc.) con sus respectivas prestaciones, a los que históricamente se los integra en la especialidad Clínica Médica, sin que se logre obtener información desagregada sobre prestaciones brindadas, sus recursos y rendimientos.

En el subsector oficial puede observarse cierta capacidad ociosa en la utilización del recurso cama, que deberá tenerse en cuenta cuando se adopten criterios de eficiencia en la utilización de este recurso físico. Aunque aquí debemos observar que no se computan en el sistema de información las demandas no satisfechas, es decir, los rechazos. Además, en varios sectores de internación se producen variaciones estacionales que pueden originar errores o fallas en la precisión de las observaciones.

Trabajando con una hipótesis de un porcentaje de ocupación de camas del 80% y un promedio de estadía de 7 días, se obtiene que en forma global podría conseguirse un rendimiento mayor en el Hospital "Dr. José Penna" del 13,19% y en el Hospital "Dr. Leónidas Lucero" de 13%, al que si le agregamos las 20

camas del Servicio de Pediatría que se encuentran en remodelación en el Hospital "Dr. Leónidas Lucero", tendríamos un exceso de camas del 18%, siendo la cantidad necesaria para ambos hospitales de 420 camas lo que nos dá un exceso de 75 camas.

En este sentido el subsector privado dispone de una mayor capacidad operativa, por presentar una proporción más elevada de recursos "indiferenciados" o no especializados, que permite otorgar una mayor eficiencia global al establecimiento. La relación paciente-médico se torna personal y especializada en función de la responsabilidad propia del profesional. En el subsector oficial, en cambio, la atención en muchos casos se torna impersonal y la calidad de la misma está determinada por la categorización del servicio de internación, es decir de la institución.

Puede observarse que en el subsector oficial el giro anual, que es el promedio de internaciones que se produjeron por cama durante el período de un año, es de 18,8 para el año 1984; resultado de dividir los 10.151 egresos por las 539 camas habilitadas en los Hospitales Penna y Lucero.

En el subsector privado sin fines de lucro, el giro anual fue de 49,9 mientras que en el Gremial Médico la cifra alcanzó a 53,1. Esta diferencia se explica por presentar el subsector oficial algunos excesos relativos en la dotación de camas, lo que provoca la reducción de los indicadores de ocupación.

Asimismo podrían existir condicionantes económicos-sociales que podrían justificar en parte esta situación.

Aunque la incidencia sobre los indicadores sea no significativo, es necesario mencionar que en el subsector privado pueden computar dos veces un mismo paciente egresado, cuando por razones de cobertura o contractuales de distintos sistemas de seguridad social, pueden facturarse a dos instituciones dos períodos distintos de una misma internación (PAMI).

Sobre los servicios de internación, es necesario mencionar la dificultad que existe para obtener información sobre los grupos de causas de internación más frecuentes, u otros datos relativos a características del paciente, o de las prestaciones efectuadas, ya que no existe un organismo que integre a todos los subsectores en un programa conjunto, cooperativo, de información de base que contemple los diferentes intereses oficiales y privados, tanto

el subsector salud como de otros subsectores. A pesar de no contar con datos directos, y tomando como información indirecta el número de nacimientos producidos en el partido, podemos afirmar que uno de los principales grupos de causas de internación es el determinado por embarazo, parto y puerperio, llegando a constituirse entre el 15-17% de todas las causas.

Con respecto a la atención ambulatoria, los datos registrados en el subsector oficial para el año 1984, y observando las tendencias de los últimos años, podrían modificarse las proporciones por la implementación del control materno-infantil que se descentralizó en el conjunto de salas médicas municipales que, en la medida que aumenta la accesibilidad y se complementa con una mayor confiabilidad por parte de la población, incrementará los porcentajes de consultas pediátricas, que alcanzaron al 22% del total en el subsector oficial.

Las consultas pediátricas en el Hospital Penna, representan el 26% en este hospital, y el 34% de las consultas oficiales, mientras que el Hospital Lucero representando el 44% de las consultas pediátricas oficiales, alcanzan una proporción del 39% del total de este establecimiento. Cabe destacar que se incluyen como consultas pediátricas las de los servicios de urgencia efectuadas por médicos pediatras.

En otras especialidades, puede observarse que la mayor proporción de consultas brindadas en el Hospital Penna son de las especialidades clínicas y tocoginecológicas —recuérdese

que este establecimiento es el único del subsector público que dispone de servicio de obstetricia; mientras que en el Hospital Lucero prevalecen las consultas quirúrgicas y de emergencia, luego de las pediátricas.

En el subsector público puede observarse una reducida oferta en las áreas de psiquiatría y oftalmología, principalmente.

Debe destacarse que el desarrollo de prestaciones de rehabilitación y educación para la salud, se efectúa merced a la movilización de varias instituciones comunitarias, con diversos grados de organización, sin tener establecidas en forma orgánica y funcional, relaciones coordinadas con los organismos oficiales.

NIVEL DE SALUD:

Si se pretende describir el nivel de salud alcanzado, se pueden utilizar aquellos indicadores de uso internacional que de acuerdo a la información disponible, solo podemos ofrecer en términos globales, sin mención de la mayor o menor dispersión que pueda presentarse, en distintos sectores sociales, económicos, educacionales, etc., de manera tal que podamos delimitar zonas o áreas donde aparezcan factores de riesgo aumentados, y en consecuencia, orientar la adopción de prioridades, que conduzcan a reducir no solo las condiciones de morbimortalidad, sino también a otorgar mayor justicia a todo el sistema.

Estos indicadores generales del nivel sanitario son para Bahía Blanca y la Provincia de Buenos Aires los siguientes:

INDICADORES POR CADA 1.000 HABITANTES

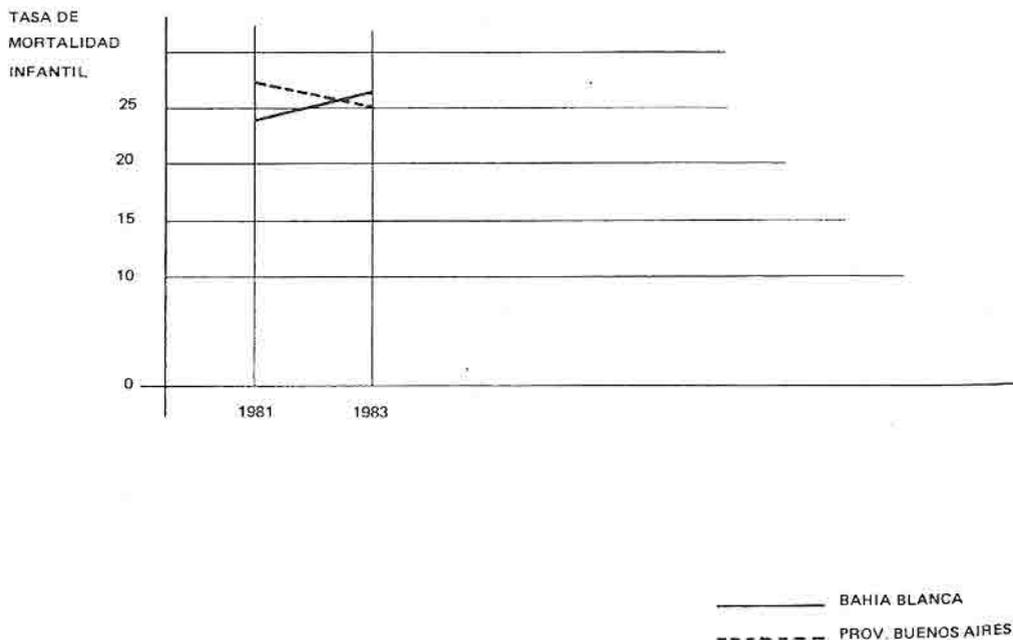
	PARTIDO DE B. BLANCA		PROV. DE BUENOS AIRES	
	1981	1983	1981	1983
Tasa de Natalidad (por 1.000 habitantes)	24,5	21,9	21,9	20,8
Tasa de Mortalidad Infantil	24,3	26,0	26,5	25,7
Tasa de Mortalidad General	8,7	9,2	7,8	8,0
Mortalidad Neonatal	16,8	17,7	17,1	15,3
Mortalidad Perinatal	18,5	21,5	20,8	19,4

Mortalidad de 1 a 4 años	S/I	0,9	S/I	0,3
Indice de Swarrop-Uemura (% de defunciones de 50 años y más)	S/I	83,3	S/I	79,9

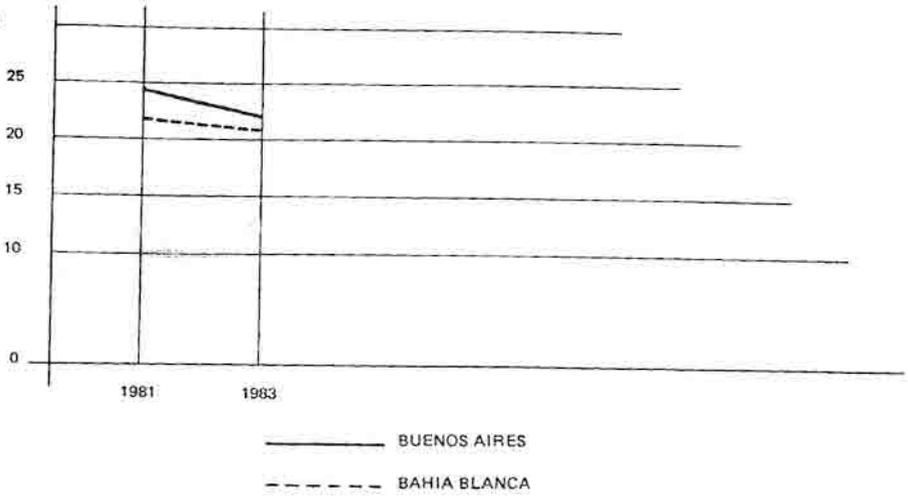
Estos indicadores generales se han obtenido del Programa Integral de Estadísticas Vitales (PIEV) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Los mismos muestran un ligero avance en la Provincia de Buenos Aires, pero un retroceso en el partido de Bahía Blanca. Si bien estas cifras nos indican una etapa superior a las metas fijadas por la Organización Panamericana de la Salud para 1990, entendemos que merecen tomarse en cuenta cuando se pretende programar acciones de salud que produzcan un impacto real en el nivel sanitario, reduzcan la diferencia sectoriales, regionales, sociales, culturales, etc. Es evidente

que estos indicadores son ~~generales~~ generales, y que sería necesario para describir el nivel alcanzado otro tipo de indicadores más específicos.

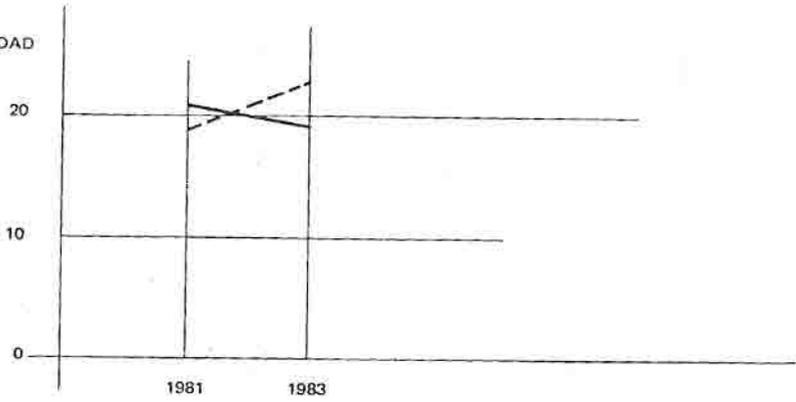
Las tasas de morbimortalidad por causas no pueden calcularse hasta que no se logre la implementación de un Sistema de Información Sanitaria, en el que se integren los distintos subsectores administrativos que disponen de servicios asistenciales, complementados con encuestas periódicas o permanentes de morbilidad, cuya fuente de información sean las familias.



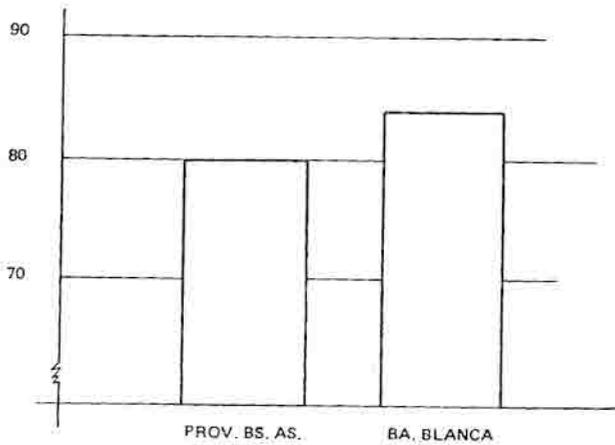
TASA DE NATALIDAD



TASA DE MORTALIDAD PERINATAL

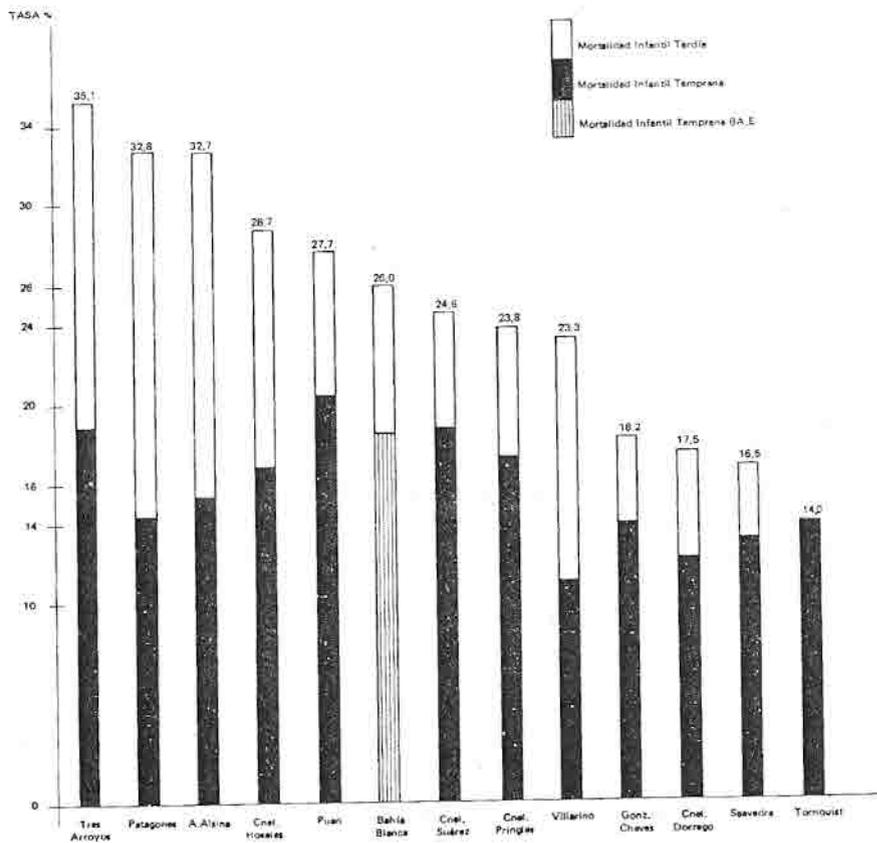


TASAS DE MORTALIDAD PERINATAL PARA LA PROV. DE BS. AIRES Y PTDO DE BA. BLANCA, AÑOS 1981 - 1983



INDICE SWAROOP - UEMURA PARA PROV. BUENOS AIRES Y B. BLANCA - AÑO 1983

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TEMPRANA Y TARDIA), PARTIDOS DE LA REGION SANITARIA I — AÑO 1983 (FUENTE P.I. ESTADISTICAS VITALES) PCIA. BS. AS.



Propuestas

Hasta aquí, pretendimos efectuar una descripción de la situación sanitaria, entre los principales problemas podemos enumerar:

— MEDIO AMBIENTE:

- Insuficiente red cloacal y falta de una Planta Depuradora de líquidos cloacales.
- Insuficiente desarrollo de acciones de control de contaminantes del medio ambiente, (agua, efluentes industriales, ruidos, emanaciones de vehículos, etc.).
- Deficiente sistema de disposición final de basuras y falta de programas de desarrollo del sistema.
- Falta de control de contaminantes de la ría Bahía Blanca (descarga industriales, cloacales, contaminación térmica, actividad portuaria, etc.).

ESTUDIAR LAS POSIBILIDADES DE:

- A) Parquización y establecimiento de espacios para juegos y lugares de esparcimiento, con participación de frentistas y miembros de la comunidad, a lo largo de entubamiento del Arroyo Napostá.
- B) Promoción comunitaria y oficial en la forestación de calles, plazas y paseos públicos con participación de las sociedades intermedias y apoyo técnico oficial y de instituciones conservacionistas y preservacionistas del medio ambiente urbano.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:

- Necesidad de redefinición de los efectores de atención primaria y sus funciones, formación de equipos de salud, determinación de programas, control y evaluación.
- Se considera necesario modificar la actitud de y hacia la población objeto, para que de receptora de servicios asistenciales se transforme en comunidad participativa y solidaria de acuerdo a las recomendaciones técnicas internacionales (Organización Mundial de la Salud), y a las recomendaciones de la política social nacional.
- Incrementar las coberturas en acciones de protección de la Salud, estimulando la aceptación y confiabilidad de servicios integrados a los programas.
- Desarrollar acciones de promoción y educación sobre nutrición de acuerdo a posibilidades económicas, culturales y sociales locales.
- Desarrollo de acciones de atención primaria y educación para la salud en materia de tabaquismo, alcoholismo y prevención de accidentes de tránsito; con participación del subsector educación en todos sus niveles y con proyección comunitaria.

— SEGUNDO NIVEL DE ATENCION:

Accesibilidad

- Incrementar la accesibilidad física y económica a los establecimientos (modificaciones del recorrido de líneas de transporte urbano de pasajeros).

- Necesidad de redefinir ramales del anillo ferroviario que divide la ciudad, y o la creación de puentes sobre y/o bajo nivel para facilitar las comunicaciones con el Hospital Penna.
- Adecuación de recursos físicos, materiales y humanos, del subsector oficial, procurando una conducción coordinada, evitando la subutilización de recursos y el desarrollo inarticulado de prestaciones, que provoca la inútil duplicación de esfuerzos con incrementos de los costos en salud.

- DESARROLLO INSTITUCIONAL:

Se hace necesaria una etapa de desarrollo en la conducción de los servicios de salud a nivel local y/o zonal, con unidad de objetivos y coordinación institucional.

Para ello es necesario que se adopte una decisión política por parte de las autoridades, que exista una participación responsable de todos los subsectores, de las instituciones sociales y de la misma comunidad, procurando que las necesidades a satisfacer, los medios, los modos de utilización, y la fijación de metas a corto, mediano y largo plazo, sean el resultado de decisiones elaboradas en forma conjunta teniendo en cuenta los objetivos generales de desarrollo económico, social, cultural, etc., y los intereses legítimos de los distintos subsectores.

Se deberá incorporar funciones de "inteligencia" del Sector Salud, debiendo procurar la captación de recursos humanos capacitados específicamente en aquellas disciplinas técnico científicas que contribuyan a un mejor conocimiento del sector, de la población, y de los complejos procesos sociales que determinan los niveles de salud.

Entre éstas disciplinas, entendemos que deben incluirse necesariamente a profesionales especialistas en Salud Pública, en Informática, en Epidemiología, en Sociología, para citar a aquellas disciplinas que deberán integrar y sintetizar el conocimiento acumulado y promover las modificaciones necesarias dentro del Sector.

Esta función de inteligencia y evaluación, corresponde a la Epidemiología, que según el Director de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) "... va más allá del problema de salud específico o de la enfermedad, para considerar a la sociedad como fuente de ex-

plicación para los problemas y para las acciones de salud; a la epidemiología que aporta el conocimiento de las necesidades, que identifica y determina las condiciones de prioridades, y que debe orientar la definición de prioridades, la utilización de los recursos disponibles, convirtiéndose así en instrumento para la planificación y para la conducción estratégica de los sistemas de salud". (7).

He aquí la necesidad de instrumentar una educación permanente para afrontar la formación y la aplicación útil del conocimiento científico técnico y moral cada vez más dependiente de la formación de equipos multidisciplinarios, y la participación responsable solidaria de todos.

HACIA LA FORMULACION DE UN PLAN DE SALUD

A) FIJAR POLITICAS

Formulando líneas directrices para las políticas del sector y las estrategias a seguir, de acuerdo a la información básica recogida, y que elaboren los organismos responsables.

Sugerencias:

POLITICA Nº 1: Disminución de la mortalidad.

Para tratar de obtener el mayor impacto se deberá identificar los principales problemas otorgando prioridad a aquellas patologías de mayor magnitud, completando con criterios de trascendencia social, así como con criterios de costo beneficio, dando prioridad a las áreas en las cuales disponemos de tecnologías de alta efectividad y bajo costo.

Estrategias

Efectuar la identificación de prioridades fijando áreas de acción, las que variarán de acuerdo a las diferentes zonas y/o estratos sociales.

Terrenos a investigar:

- Desnutrición.
- Diarreas y enteritis
- Neumopatías
- Enfermedades perinatales
- Enfermedades inmunoprevenibles
- Hipertensión
- Enfermedades cardio y cerebrovasculares

- Cáncer, particularmente, cervix, piel y mama.
- Diabetes
- Accidentes de todo tipo.
- Enfermedades de transmisión sexual.

POLITICA N° 2: Educación en salud y participación de la Comunidad.

La identificación de prioridades en las es-
trategias de la Política N° 1, determinarán su
real dimensión (extensión, profundidad, inten-
sidad, etc.).

Estrategias

- Medios masivos de comunicación so-
cial
- Medios interpersonales
- Educación escolar
- Centro de Educación para la salud
- Participación de la Comunidad

POLITICA N° 3: Ampliación de coberturas
en la atención primaria.

Se tratará de incrementar las coberturas
alcanzadas, llegando a establecer objetivos
mensurables.

Estrategias

- Fortalecimiento del sistema de aten-
ción primaria.
- Autocuidado de la salud.
- Coordinación con la Seguridad Social
- Coordinación de la atención de emer-
gencias.
- Encuestas de salud a fin de determi-
nar la real cobertura.

POLITICA N° 4: Desarrollo de la Organiza-
ción y Coordinación Administrativa.

Se tratará de coordinar las acciones en to-
dos los niveles a fin de corregir y orientar el
mejor aprovechamiento de los recursos exis-
tentes.

Estrategias

- Cooperación horizontal
- Programas de racionalización asisten-
cial: efectuadas a nivel oficial-privado
Obras Sociales- entidades de prestado-
ras y núcleos comunitarios.

POLITICA N° 5: Activación técnica y cientí-
fica del Sector.

Estrategias

- Formación de los recursos humanos a
todo nivel fijando prioridades en la
incorporación de los mismos.
- Racionalizar la incorporación de tec-
nología.

COMENTARIO FINAL:

De la elaboración y el análisis efectuado,
se desprenden las siguientes conclusiones gene-
rales:

- a) Los niveles de salud del partido de Bahía
Blanca no difieren sustancialmente del de-
sarrollo medio alcanzado en la Provincia
de Buenos Aires;
- b) Se observa una administración anárquica
de los recursos globales, que si bien puede
lograr abastecer y satisfacer las necesida-
des de la demanda de los servicios, es res-
ponsabilidad de quienes administran con-
seguir incrementar el máximo rendimien-
to con la menor inversión (especialmente
en el recurso cama);
- c) Falta evidente de un organismo coordina-
dor, capaz de implementar acciones de
planificación y regulación de servicios con
proyecciones a corto, mediano y largo
plazo.
- d) Falta de formulación explícita de políti-
cas en los distintos niveles, en la que con-
temple a su vez los legítimos intereses de
los mismos; que se integren y definan una
participación responsable de todos los
subsectores, teniendo en cuenta los obje-
tivos generales de desarrollo económico,
social y cultural, etc.

RECOMENDACION:

Desarrollar toda planificación o racional-
ización de recursos con criterios de costo-efica-
cia y costo-beneficio en pro de la Comunidad
ya que ésta es la depositaria de todo nuestro
accionar.

Bibliografía consultada:

1. Marcilese, E. - Laspiur, J. M. - Saint Pierre, P. M.: "Área de influencia sanitaria de la ciudad de Bahía Blanca". Bahía Blanca, año 1969, Zona Sanitaria I.
2. Rodríguez Meitin, Benigno: "El área de influencia de Bahía Blanca", Estudios Económicos N° 7 y 8 - Bahía Blanca, 1965.
3. Uros: "Los límites de la Zona de Atracción de Bahía Blanca", Estudios Económicos N° 2 - Bahía Blanca, 1962.
4. González Prieto, Pedro: "Bahía Blanca Capital de una nueva Provincia", Extensión cultural, Universidad Nacional del Sur, 1962.
5. Municipalidad de Bahía Blanca: "Reformulación del Plan de Desarrollo Urbano de Bahía Blanca". Departamento de Planeamiento Urbano - Municipalidad de Bahía Blanca, 1985.
6. "Indicadores de Mortalidad de la Provincia de Buenos Aires". Ministerio de Salud - Provincia de Buenos Aires - Subdirección de Información Sistematizada. Serie 2 N° 2, 1981.
7. "Educación Médica y Salud", Volumen 18, N° 3, 1984. Oficina Sanitaria Panamericana (OMS).
8. Marcilese, E. - Laspiur, J. M. - Alvarez, J.: "Informe Sanitario de Bahía Blanca". Municipalidad de Bahía Blanca, año 1968.
9. Censo Nacional de Población y Viviendas, año 1980.

Índice

Prólogo	11
Información del Sector Salud del partido de Bahía Blanca	13
Demografía	17
Saneamiento ambiental	26
Atención Médica	31
Recursos humanos	36
Equipamientos	41
Producción	43
Análisis de situación	53
Nivel de salud	55
Propuestas	59
Medio ambiente	59
Atención primaria de la salud	59
Segundo nivel de atención	59
Desarrollo institucional	60
Hacia la formulación de un plan de salud	60
Comentario final	61
Bibliografía	62

Esta publicación se terminó de imprimir
en el mes de marzo de 1987
en los talleres gráficos de la Federación
Médica de la Provincia de Buenos Aires
FEMEBA
Calle 5 N° 473 - La Plata
Provincia de Buenos Aires
República Argentina