



La eficacia de los servicios hospitalarios. Un intento por definir las áreas con déficit de recursos en la Provincia del Chaco

Mirta Liliana Ramírez

1. Introducción

La Geografía Médica constituye una de las ramas o campos que conforman la disciplina geográfica desde sus inicios en el siglo XVIII. Dedicada durante mucho tiempo a la distribución de los complejos patógenos en el espacio, recién desde mediados del siglo XX cambia su perspectiva y en especial desde el año 1976, en que en el Congreso de Moscú, la Comisión de Geografía Médica de la Unión de Geógrafos Internacionales, pasa a denominarse Geografía de la Salud. A partir de ese momento aumenta la frecuencia de los trabajos e investigaciones y algunos geógrafos comienzan a interesarse por el equipamiento sanitario, su distribución, su accesibilidad, modelización de óptimos de localización para establecimientos sanitarios, etc. planteando al equipamiento como medio para la “restauración de la salud”, un bien de consumo, producto de mercado, al que acceden de forma diferencial los habitantes, a veces por distancia, tiempo o simplemente diferencia de calidad de servicio según nivel socioeconómico, causando así diferencias en morbilidad y mortalidad por su carencia o mala calidad como otro factor patológico (Olivera, A., 1986:355).

De este modo, el enfoque de la geografía médica se dirige hacia dos direcciones fundamentales: el estudio de los patrones espaciales de morbilidad y mortalidad y sus posibles relaciones con factores ambientales locales, y el análisis de las infraestructuras y equipamientos que determinan las condiciones y calidad del ambiente moderno. Los equipamientos entendidos como factores que aseguran una atención, preventiva o terapéutica de las poblaciones afectadas. Además, la consideración de la distribución y localización de los equipamientos e infraestructuras representa un enfoque de rango social, en la medida en que este tipo de geografía médica muestra las implicancias entre patología y desigualdad social a escala local, regional, nacional o internacional, que la relaciona con orientaciones geográficas vinculadas al bienestar social (Ortega Valcárcel, J., 2000:396). Es por estas características que la denominación de Geografía de la Salud pareciera más acorde que Geografía Médica.

En las características que muestra esta nueva orientación de la Geografía de la Salud se encuentra insertada la presente contribución, ya que su objetivo es el de analizar la relación que existe entre los recursos materiales y humanos que brinda el equipamiento hospitalario en la provincia del Chaco, situada en el norte Argentino, y la población que hace uso de los servicios sanitarios públicos; en definitiva, se trata un estudio que muestra la relación entre oferta y demanda a nivel de áreas programáticas, que son los espacios en que se dividen las zonas sanitarias. La oferta es entendida como los recursos con que cuenta el equipamiento y la demanda como la población que hace uso de los servicios que brinda el equipamiento público. Como resultado se delimitarán las áreas programáticas que presentan, por un lado, excesos de recursos en relación con los usuarios y, por otro lado, la situación contraria, es decir las áreas que presentan déficit de servicios sanitarios. La intención final es la de determinar las necesidades de la población en materia de recursos sanitarios, ello nos permitirá conocer la distancia entre la situación actual del problema y la situación deseada con vistas a la planificación sanitaria.

2. Consideraciones acerca de las medidas que permiten evaluar la eficacia de los servicios sanitarios

Al mismo tiempo que en la sociedad moderna se fueron incrementando los servicios a la población para que ésta satisfaga sus necesidades y alcance el grado de bienestar deseado, también se han intensificado los estudios e investigaciones que intentan evaluar la eficacia, eficiencia, justicia, efectividad, en suma, los principios que son la razón de ser de esos servicios.

Han surgido así diferentes medidas, desde las muy sencillas, como los simples cocientes o ratios que permiten evaluar el uso de los equipamientos sanitarios en relación con los usuarios, hasta las más complejas que se generan a raíz de la preocupación por conocer la efectividad de los servicios sanitarios en cuanto a la atención a la población.

2.1. Indicadores de recursos sanitarios

Una forma de determinar las necesidades sanitarias de una región es a través de los indicadores de recursos, este procedimiento es el que se utiliza con más frecuencia, probablemente porque consiste en almacenar datos existentes, que permiten producir información nueva; analiza la que existe, la interpreta y se sirve de ello para deducir las necesidades. (Pineault, R. 1987:63).

Los indicadores sanitarios han sido definidos por Ana Olivera como “valores estadísticos, absolutos o relativos, que sirven para comparar las características sanitarias de unas áreas con otras, las variaciones en el tiempo o los patrones de mortalidad y morbilidad de una determinada población” (Olivera, A., 1993:123). La mayoría de los indicadores han sido estandarizados por la Organización Mundial de la Salud y son los que frecuentemente aparecen publicados en los Anuarios o Estadísticas Sanitarias, con el objeto de hacer com-

parale la información relevada y así poder establecer analogías y diferencias entre los diversos espacios geográficos.

La autora citada en el párrafo anterior, divide a los indicadores en tres categorías:

- **Indicadores de salud comunitaria:** son aquellos que ofrecen información sobre qué tipos de enfermedades y en qué proporción afectan a la población de una región; miden la frecuencia de las enfermedades, su prevalencia, incidencia, mortalidad general y específica por causas, es decir la frecuencia de morbimortalidad, considerando siempre las variables de la estructura demográfica, es decir, edad, sexo y adicionando la esperanza de vida al nacer, la fecundidad, la composición socioeconómica y el movimiento de la población.

- **Indicadores de servicios de salud:** incluyen información referida al equipamiento y dotación tanto de recursos como de personal sanitario; se refieren a la cantidad de camas disponibles, médicos y enfermeros profesionales, diferentes tipos de salas, incubadoras, unidad de terapia intensiva.

- **Indicadores de salud ambiental y social:** son los que intentan evaluar la exposición a factores nocivos (tabaco, contaminación, hacinamiento o disponibilidad de agua potable), y el bienestar mental y social. Algunos de los más frecuentes son: índice de hacinamiento; porcentaje de población con abastecimiento de agua potable, alcantarillado y retirada de basura; consumo de tabaco y drogas; indicadores de contaminación atmosférica y de las aguas; mediciones de estrés climático.

Nos detendremos particularmente en el segundo grupo de indicadores, ya que serán ellos los que emplearemos en la evaluación de las condiciones sanitarias del espacio a estudiar.

Los recursos sanitarios con que cuenta un equipamiento se refieren a la dotación de personal (médicos y enfermeros) y de material (infraestructura, salas, camas, instrumental, equipos de alta tecnología). Para caracterizar, evaluar y comparar unas áreas respecto de otras (áreas de salud, municipios, provincias, países), se han elaborado diversos índices que permiten conocer la situación sanitaria, con vistas a la planificación para mejorar, siempre que sea necesario y posible.

A continuación se detallarán los índices que, debido a la información disponible, serán aplicados en el área de estudio. Esta información ha sido recabada en la Dirección de Estadística Sanitaria dependiente del Ministerio de Salud Pública del Gobierno de la Provincia del Chaco.

Índice de médicos por cama:

médicos X 100
camas

[1]

La relación señalada se puede llevar a cabo teniendo en cuenta los profesionales médicos por especialidad.

– Índice de enfermeros por cama:
enfermeros X 100
camas
[2]

– Índice de enfermeros por médico:
enfermeros
médicos
[3]

El personal de enfermería forma parte de los recursos humanos con que cuenta el equipamiento, y si tenemos en cuenta que son los que se hallan en estrecha relación con el paciente, es sumamente importante conocer la mayor cantidad de relaciones que hacen referencia al mismo.

2.2. Medidas que permiten establecer la relación entre la oferta de servicios y la demanda o usuarios

Las magnitudes presentadas anteriormente permiten vislumbrar la situación de cada equipamiento en forma particular, en cuanto a los recursos que posee y, a la vez, comparar unos equipamientos con otros. Lo que nos ocupa ahora son las magnitudes que permiten relacionar los recursos de que disponen los equipamientos sanitarios con la población que los requiere, es decir con los potenciales usuarios del servicio.

2.2.a. Los índices sanitarios

En el apartado 2.1, detallamos las características de los indicadores sanitarios, así como una de las tipologías que presentan según la bibliografía consultada. Dentro de este grupo de indicadores, encontramos aquellos que relacionan los recursos físicos y humanos de los equipamientos con la población o los usuarios potenciales del área o territorio en el que se halla emplazado ese establecimiento. Consideramos que éstos índices son las primeras aproximaciones que se puede tener en un trabajo de evaluación acerca de la relación existente entre oferta y demanda. Entre los más empleados se hallan:

– Índice de camas hospitalarias:
camas hospitalarias disponibles o en funcionamiento X 1.000
población
[4]

Con relación a este índice, la Organización Mundial de la Salud considera como valor aceptable el de 10 camas por cada 1000 habitantes. No obstante, es conveniente tener presente a qué área nos referimos, ya que los resultados son muy diferentes según se trate de Países Desarrollados, Subdesarrollados o en Desarrollo. Por otro lado, este índice puede ser más específico ya que se puede hacer el cálculo relacionando, por ejemplo, las camas destinadas a obstetricia respecto de la población femenina de 15 a 49 años, o las camas de pediatría, respecto de la población de menos de 14 años.

– Índice de médicos:
médicos X 1.000
población
 [5]

Esta relación es la más frecuentemente empleada, sin embargo, en muchas investigaciones y trabajos específicos interesa conocer la cantidad de habitantes por médico, en este caso la formulación indicada en [5] se invierte, y como resultado se obtiene la carga teórica de población por médico. También es frecuente relacionar el total de médicos por especialidades con la población que le corresponde (por ejemplo médicos pediatras con la población de niños), y en áreas con alto nivel de desempleo se tendrá en cuenta sólo a los médicos que se desempeñan en esa función.

– Índice de enfermeros:
enfermeros X 1.000
población
 [6]

Al igual que en el caso de los médicos, es posible relacionar los enfermeros asignados a una determinada especialidad con la correspondiente población; por ejemplo, los enfermeros destinados al área de geriatría se deberían relacionar con la población anciana.

– Densidad sanitaria:

Es la suma de la densidad de médicos por 100.000 habitantes, más la densidad de enfermeros, fisioterapeutas, dentistas, oftalmólogos y otros especialistas. De manera que el resultado indicaría la oferta de personal sanitario.

Si bien la enumeración de índices podría continuar, ya que se puede establecer la correspondencia entre cualquiera o todas las peculiaridades de los equipamientos sanitarios, hemos seleccionado sólo aquellos que por la información disponible se aplicarán en este trabajo.

2.2.b. El coeficiente de localización o índice de disimilitud

El concepto de localización está íntimamente relacionado a las nociones de oferta y demanda, y del comportamiento de cada una de ellas y de la relación entre ambas surge la valoración de una “buena o mala localización de los servicios”. Además de los indicadores de recursos e índices sanitarios que se han señalado, Joseph y Phillips indican como una medida de distribución regional de los servicios, el *coeficiente de localización*, que, según éstos autores, es una magnitud que permite medir la concentración regional de los servicios, en relación con la demanda que los requiere (Joseph - Phillips, 1984:98). Moreno Jiménez lo denomina *índice de disimilitud* y lo expresa como “la sumatoria de las diferencias de los valores absolutos entre la proporción de población de cada punto de demanda¹ con relación al total de población de todos los puntos de demanda que conforman el territorio y la propor-

¹ El punto de demanda u oferta es entendido como cada una de las localidades o áreas o unidades espaciales que presentan usuarios del servicio sanitario y, al mismo tiempo, servicios sanitarios. En otras palabras, son todos aquellos sitios de los que se cuenta con información.

ción de oferta de cada punto con relación al total de oferta existente en el territorio, todo ello relacionado por dos (Moreno Jiménez, A. 1999:10). Se expresa del siguiente modo:

$$n_{-} = \frac{\sum_{ij=1}^2 |O_j - D_i|}{2} \quad [7]$$

siendo:

n_{-} = índice de Disimilitud

O_j = proporción de oferta en cada punto de oferta existente en el territorio con relación al total de oferta del territorio.

D_i = proporción de demanda en cada punto de demanda existente en el territorio con relación al total de demanda del territorio.

Según la expresión señalada en [7], el resultado que se obtiene oscila entre 0 y 100, y el primer valor expresaría un equilibrio perfecto entre oferta y demanda y cuando el resultado se aleja del mismo se incrementa el desequilibrio entre los elementos considerados. Joseph y Phillips expresan que el valor 100 es un resultado inexistente en la realidad, ya que para que el mismo sea observado en algún territorio se requeriría que los servicios se localizaran en un sector y la población en otro sector completamente diferente. Añaden también, que este coeficiente podría ser utilizado como una ayuda para describir los cambios temporales en la distribución de los servicios en una región, siempre que los mismos se puedan obtener para una serie de tiempo considerable.

2.2.c. El cociente de localización

Otra medida que se utiliza para conocer de manera simple la relación entre la demanda y la oferta de un determinado bien o servicio es el *cociente de localización*. Es una magnitud fácil de calcular y, además, valora correctamente las diferencias interregionales en un mismo momento y también las diversidades en el tiempo de una misma región (Joseph and Phillips, 1984:97). Moreno Jiménez lo expresa como “la relación entre los cocientes determinados por la proporción de oferta en cada punto de oferta del territorio, con relación al total de oferta del territorio, y la proporción de demanda, es decir la población de cada punto de demanda en relación al total de población existente en todos los puntos de demanda que conforman el territorio estudiado². Su expresión matemática sería:

² Debido a que surge un valor para cada área o región estudiada, los resultados se pueden representar cartográficamente y apreciar así su distribución espacial.

$$CL = \frac{O_j}{D_i} / \frac{O_r}{D_r}$$

[8]

siendo:

CL = Cociente de Localización referido a un determinado punto o área.

O_i = Oferta existente en un punto de oferta del territorio.

O_r = Oferta en todos los puntos de oferta existentes en el territorio.

D_i = Demanda existente en un punto de demanda del territorio.

D_r = Demanda en todos los puntos de demanda existentes en el territorio.

Los resultados obtenidos oscilan entre el 0 y el infinito. El valor 1 indica el equilibrio entre oferta y demanda, valores inferiores a 1 expresan déficit en la oferta, valores superiores a 1 revelan exceso en la oferta con respecto a la demanda.

Estas medidas nos permiten, por un lado, “evaluar” la situación presente en cualquier región o área que se pretenda estudiar y, por otro lado, comparar las áreas entre sí para advertir analogías y diferencias entre ellas. Alcanzar estas magnitudes son necesarias en la fase de diagnóstico de la situación sanitaria u hospitalaria para intentar conocer las características que se presentan en cualquier territorio, y a partir de ese conocimiento tomar las medidas que se consideren convenientes, para evitar cualquier tipo de desigualdad o inequidad territorial o espacial en la prestación de servicios que puede desembocar en el agravamiento de las desigualdades sociales.

3. La evaluación de la situación hospitalaria en la Provincia del Chaco (Argentina)

3.1. El área de estudio

En el nordeste de la República Argentina, con una superficie de alrededor de 99.600 km² y una población que se aproximaba a los 941.000 habitantes en 1999, se halla la Provincia del Chaco. Geográficamente se desarrolla entre los 24° y 28° de latitud sur y entre los 58° y 63°30' de longitud oeste (Mapa 1). Hacia el sector sudeste de esta provincia se ubica la capital del territorio, Resistencia, que concentra más del 30% de la población actual (alrededor de 341.000 habitantes). En el resto de la jurisdicción las ciudades más destacadas se emplazan a la vera de las principales líneas de comunicación.



Mapa 1: Elaboración propia

Se destacan dos áreas por su volumen de población, si bien distan mucho de la cantidad de habitantes del área mencionada anteriormente, los sectores de Presidencia Roque Sáenz Peña, en el centro mismo y Villa Ángela, hacia el centro-sur; reúnen cerca de 80.000 y 40.000 habitantes respectivamente. En otro orden, se aprecian dos grandes “vacíos poblacionales”, el noroeste y el sur-sureste, al que se puede adicionar un tercer sector que corresponde al extremo sudoeste de la Provincia. El primero de los tres espacios señalados corresponde al “Impenetrable Chaqueño”, un dilatado territorio de bosque leñoso muy difícil de penetrar; el segundo se refiere a los “Bajos Sub-meridionales”, un área a menudo inundable dedicada a la ganadería extensiva. A estas desventajas del medio natural hay que agregar la escasez de vías de comunicación, ya que son sectores que no se ven alcanzados por rutas nacionales y los caminos provinciales que los comunican con el resto del territorio son consolidados o de tierra y muchas veces se hallan en mal estado de conservación.

Para finalizar este apartado, queremos indicar que la provincia del Chaco, según el Ministerio de Salud Pública, se divide actualmente en 6 zonas sanitarias y en 67 áreas programáticas, y para cada una de ellas contamos con información suministrada por la Dirección de Estadística Sanitaria de la Provincia. Asimismo, se distribuyen en todo el territorio 42 establecimientos hospitalarios de diferente nivel de complejidad, 3 de nivel VI que son los que ofrecen la mayor cantidad y calidad de servicios asistenciales -2 de los cuales se

ubicar en la capital de la provincia-, 6 de nivel IV con menor cantidad de servicios y por último 33 hospitales de nivel de complejidad III con los mínimos servicios hospitalarios caracterizados fundamentalmente por poseer la medicina general y clínica general (Mapa 2).



Mapa 2: Elaboración propia

Señaladas así las características principales del territorio y apuntados los indicadores e índices sanitarios y medidas que permiten evaluar la relación entre oferta y demanda, intentaremos a continuación establecer las relaciones más significativas entre ellos. En creciente complejidad, iniciaremos con los indicadores más sencillos, para aplicar luego, medidas o formulaciones más variadas que nos permitan obtener nuevos datos tendientes a evaluar el servicio hospitalario chaqueño.

3.2. Los cocientes simples entre la oferta y la demanda

Los índices que señalamos a continuación son medidas que nos permitirán apreciar la distribución regional de la oferta con relación a la demanda existente. Su objetivo es el de mostrar las áreas con menos servicios hospitalarios en relación con los posibles usuarios de los mismos.

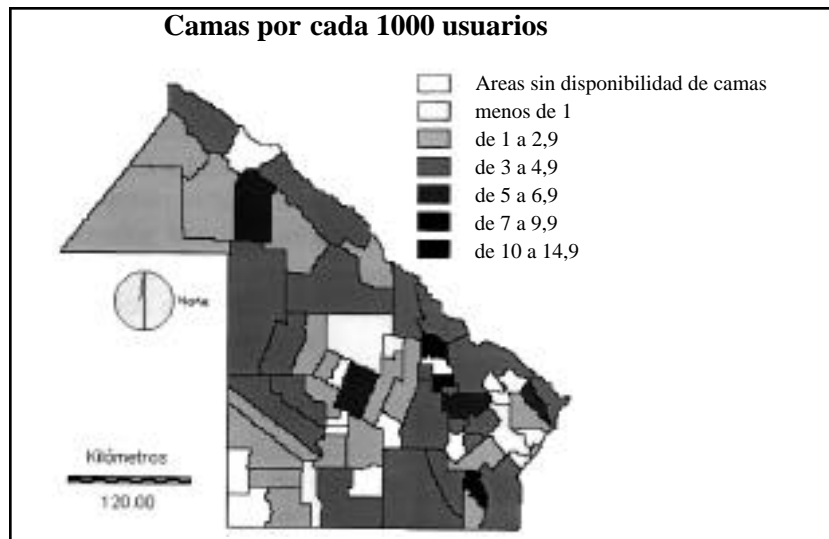
Cabe aclarar que la demanda o usuarios que se emplea como dato toda vez que se requiera, se refiere a la población que hace uso del servicio hospitalario público. En el caso particular de la provincia del Chaco y de todo el territorio nacional se refiere al colectivo que no posee Obra Social, Plan Médico o Mutual y que, según datos recabados en el Anuario Estadístico de la República Argentina del año 1998, representan el 41,2% de la población actual de la Provin-

cia del Chaco. No obstante, se ha trabajado con esta proporción sólo en aquellas áreas que poseen establecimientos sanitarios privados, mientras que en las que carecen de este servicio se ha tenido en cuenta el 100% de la población.

El **índice de camas por cada 1000 usuarios** (denominado corrientemente camas por X habitantes) es empleado con frecuencia para establecer comparaciones de tipo regional y determinar así las áreas menos favorecidas.

En el caso particular del territorio que se estudia, se han incluido en el análisis las camas hospitalarias para internación y se han añadido las camas para internación disponibles en los Puestos Sanitarios de tipo A. Las disponibles en hospitales suman 1.794 camas, mientras que en los señalados Puestos se encuentran sólo 49 camas, lo que significa una proporción de 97,3% y 2,7% respectivamente.

La Organización Mundial de la Salud estima como índice aceptable el de 10 camas por cada 1000 habitantes. Si tenemos presente este valor podemos advertir, como primera medida, que sólo dos áreas (Colonia Baranda y Colonias Unidas) poseen índices que lo superan. La mayor parte del territorio chaqueño posee menos de 5 camas por cada 1000 usuarios y el promedio provincial, en 1998, es de aproximadamente 3,6 camas por cada 1000 usuarios, por debajo de la media argentina que oscila en 4,06³. Para completar esta comparación podemos decir que España tiene un índice de 6 camas por cada 1000 habitantes; Francia e Italia, alcanzan el valor considerado como aceptable, es decir 10; mientras que Alemania ha conseguido un índice de 12 camas por cada 1000 usuarios.



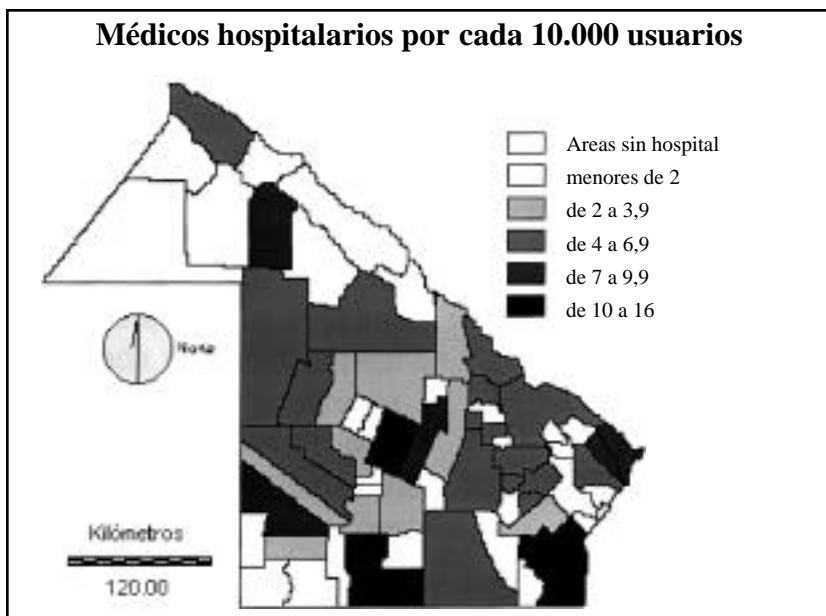
Mapa 3: Elaboración Propia

³ Fuente: Anuario Estadístico de la República Argentina, 1998.

En otro orden de comparaciones, si tenemos presente el índice de camas promedio obtenido en relación con la demanda, cuarenta y seis áreas presentan índices inferiores a la media, lo que significa que el 51,9% de los potenciales usuarios se hallan afectados por esta circunstancia.

Después de apreciar este contexto, es difícil establecer qué áreas dentro de nuestro territorio se hallan en deficiente situación, ya que, en general, toda la provincia merece mejorar su dotación de camas para internación. No obstante, además de las catorce áreas que no disponen de camas para internación, se destaca el centro y sudoeste como un conjunto espacial que en el futuro debe beneficiarse con una mayor provisión de camas.

La situación no es menos carente cuando la relación se refiere a la dotación de *médicos hospitalarios por cada 10.000 usuarios*⁴. En esta relación, el índice promedio para todo el territorio provincial es de 5,6 médicos por cada 10.000 usuarios, ya que suman un total de 475 médicos. La distribución de los índices se ha representado en el mapa 4.



Mapa 4: Elaboración propia

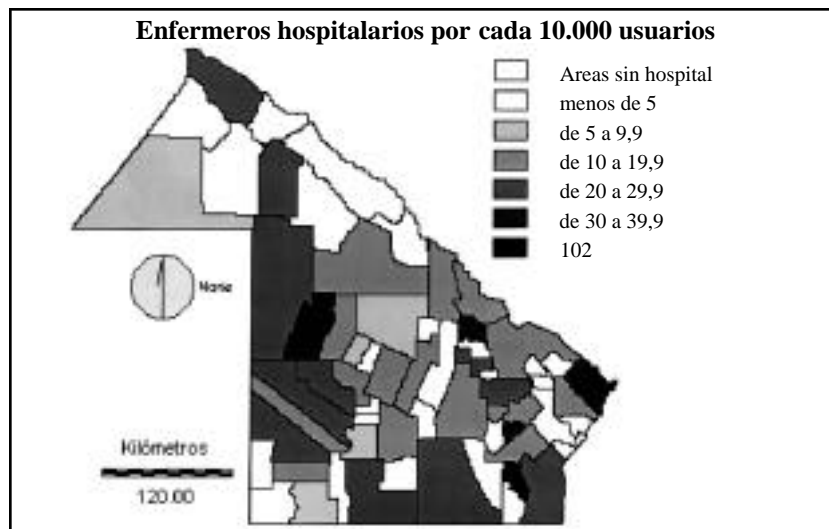
Se aprecian como áreas con una situación muy por encima de la media, a: Comandante Fernández —cuya cabecera jurisdiccional es Presidencia Roque

⁴ Se excluyeron los médicos que trabajan en servicio privado y los que no trabajan. En otras palabras, el análisis comprende a aquellos que dependen directamente de la administración provincial y desarrollan su labor en hospitales.

Sáenz Peña—, en el centro de la provincia; Villa Angela en el sur, y Colonia Baranda y el área Capital en el sureste. En importancia decreciente siguen Nueva Pompeya (en el noroeste), General Pinedo (en el oeste), Quitilipi (en el centro) y Puerto Bermejo y General Vedia (en el oriente). El resto del territorio, es decir 48 áreas, registran índices inferiores a 5,6 médicos por cada 10.000 usuarios, ello implica al 47,6 % de los posibles usuarios (267.611 personas). Destacamos en este grupo las áreas que no tienen hospital como las que se hallan en circunstancias de mayor perjuicio, independientemente de que, en algunos casos, sean regiones con escasa población. Estos usuarios se encuentran gravemente desprotegidos desde la perspectiva sanitaria, ya que el principio de equidad en los servicios públicos se debería cumplir para toda la población, sin interesar que sean menos y estén alejados de las ciudades más importantes, como ocurre en el noroeste y en suroeste de la provincia (Ramirez, M.,2000:174)

A los efectos de establecer comparaciones con otras áreas, podemos decir, por ejemplo, que España, a principios de la década de los noventa, contaba con 12 médicos en hospitales por cada 10.000 habitantes⁵. Este índice en Japón, era de 15,1 y en Estados Unidos 20,1; por otro lado en países africanos como Etiopía o Sierra Leona, los valores ascienden a 0,1 y 0,7, respectivamente.

El *índice de enfermeros hospitalarios por cada 10.000 usuarios* también ha sido incluido para intentar establecer la relación entre oferta y demanda. Colonia Baranda es la única área que posee un índice de 101,6 enfermeros por cada 10.000 usuarios, el resto del territorio logra índices inferiores a 40.



Mapa 5: Elaboración Propia

⁵ En todos los casos nos referimos al personal que trabaja en hospitales. No se contabilizan en este caso los que están en paro.

La situación de Colonia Baranda es muy particular ya que se trata de un hospital del cual depende un Hogar de Ancianos, por lo cual la dotación de personal tiene que ver con la naturaleza del tipo de pacientes que reciben y que precisan un cuidado diferencial acorde a sus necesidades. De ahí que Colonia Baranda posea siempre los índices más elevados en todos los aspectos que se han analizado.

El total de enfermeros que trabajan en hospitales asciende a 990, los valores siempre hacen referencia al año 1998. Así, el promedio de enfermeros que trabajan en hospitales por cada 10.000 usuarios es de 20,6, como vemos hay una gran dispersión con relación al valor máximo que revela Colonia Baranda. Cincuenta y dos áreas programáticas presentan índices menores al valor promedio y ello implica al 68,5 por ciento de la demanda.

3.3. Los índices para lograr el conocimiento de áreas con déficit y excesos de servicios

Para intentar conocer la relación entre la oferta y la demanda en cada una de las áreas, hemos recurrido al coeficiente de localización o índice de disimilitud, que nos permite alcanzar un valor para toda la provincia y a los cocientes de localización que dan como resultado un índice para cada área, con lo cual es posible obtener representaciones cartográficas que nos permitan visualizarlos.

El *índice de disimilitud o coeficiente de localización* arroja como resultado un valor que expresa en qué medida existe un equilibrio entre oferta y demanda. Según la formulación que oportunamente hemos señalado, si la oferta y la demanda fueran iguales, el resultado sería 0 y confirmaría un equilibrio entre ambos elementos; por el contrario, si el resultado fuera 100, entonces el desequilibrio sería absoluto.

Esta expresión se obtuvo para la Provincia del Chaco, teniendo en cuenta los tres elementos que nos permiten caracterizar la oferta, médicos, enfermeros y camas para internación (Cuadro 1).

	INDICE DE DISIMILITUD O COEFICIENTE DE LOCALIZACION
MEDICOS	35.04
ENFERMEROS	24.89
CAMAS	20.94

Cuadro 1: Elaboración Propia

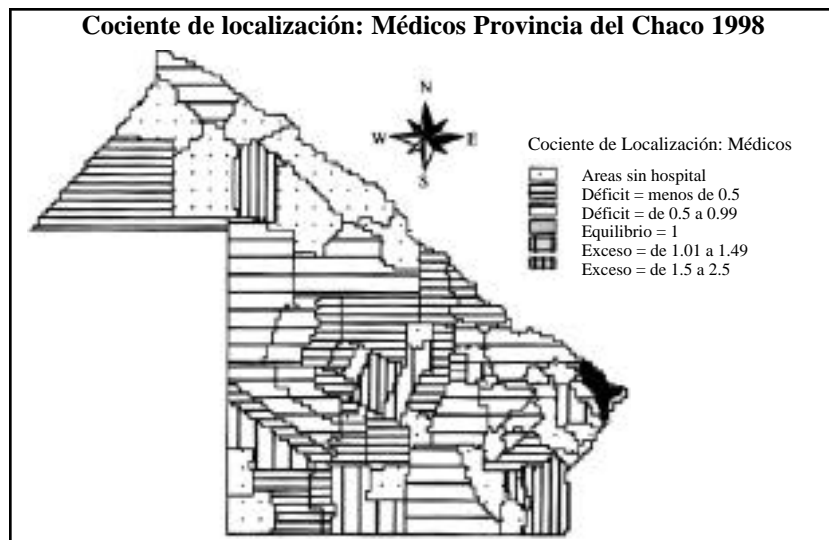
En el apartado anterior, al contextualizar los resultados que se obtuvieron mediante una mención a los índices que caracterizan a otros países, pudimos apreciar que estamos en una jurisdicción en la que existe un marcado desequilibrio entre la demanda y la oferta de servicios, medido en relación a los recursos que se brindan en los hospitales.

Con los índices que aparecen en el cuadro 1, podemos corroborar esa situación de desequilibrio, en la que los recursos que aquí se analizan resultan insuficientes en relación con la demanda que los necesita. El coeficiente de localización logrado con la cantidad de médicos es el que alcanza el mayor desequilibrio -35,04-, mientras que el resultado obtenido en la relación con las camas para internación es el menor de los tres índices obtenidos -20,94-.

Esta información nos permite, ante una eventual planificación sanitaria guiada por una política de reforma coherente, conocer cuáles son las prioridades en materia de dotación de recursos.

El *cociente de localización* relaciona la oferta y la demanda en cada área, de esa forma podemos apreciar el conjunto de áreas con déficit y con exceso de recursos. En este caso, al tratarse de un cociente que lleva por denominador a la oferta, siempre que ésta resulte superior a la demanda, los resultados serán menores a 0 y como consecuencia en el área se apreciará el déficit de servicios. Lo contrario sucederá cuando la demanda sea menor que aquellos.

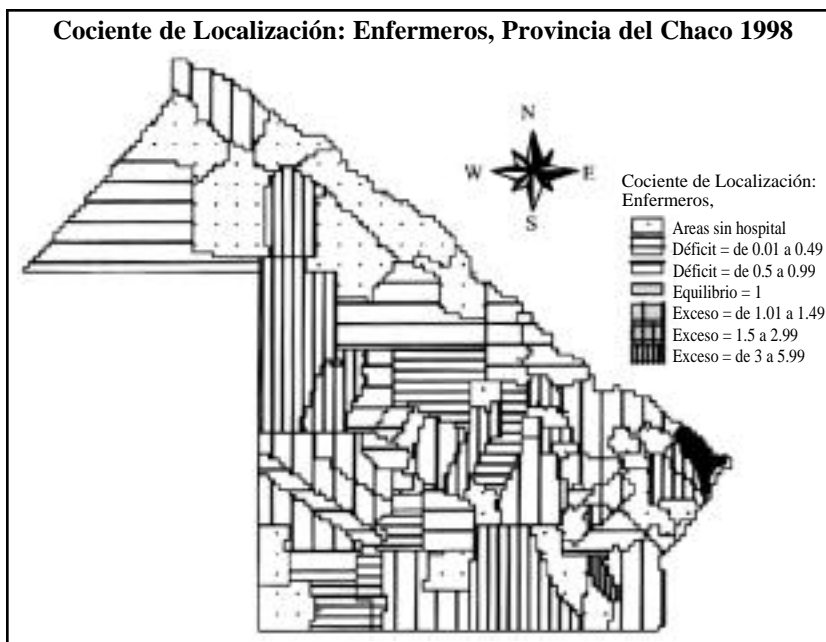
El mapa 6 nos permite observar los resultados de este cociente, surgidos como producto de la relación entre los médicos hospitalarios y la demanda de servicios hospitalarios públicos.



Muy pocas áreas se hallan en una situación satisfactoria. Capital, con la presencia de dos de los tres hospitales de nivel VI de la provincia; Colonia Baranda, al oeste del área Capital, debido a la situación particular que anteriormente hemos mencionado; en el centro, el área Comandante Fernández que contiene al hospital “4 de junio” en Presidencia Roque Sáenz Peña también de nivel VI, y en el norte el hospital de Nueva Pompeya, en un área que alberga escasa población, son los sectores que acusan mejor situación. A éstas se suman otras seis áreas que presentan exceso.

Estos cocientes permiten corroborar lo que se ha señalado, es decir, que la provincia puede ser entendida como un territorio con graves carencias, ya que la mayor parte de las áreas, o no poseen hospital o tienen cocientes de localización inferiores a 1, con lo cual se caracterizan como deficitarias.

La representación que sigue muestra los cocientes de localización que se obtuvieron de la relación entre la cantidad de enfermeros que trabajan en hospitales y la demanda que los solicita

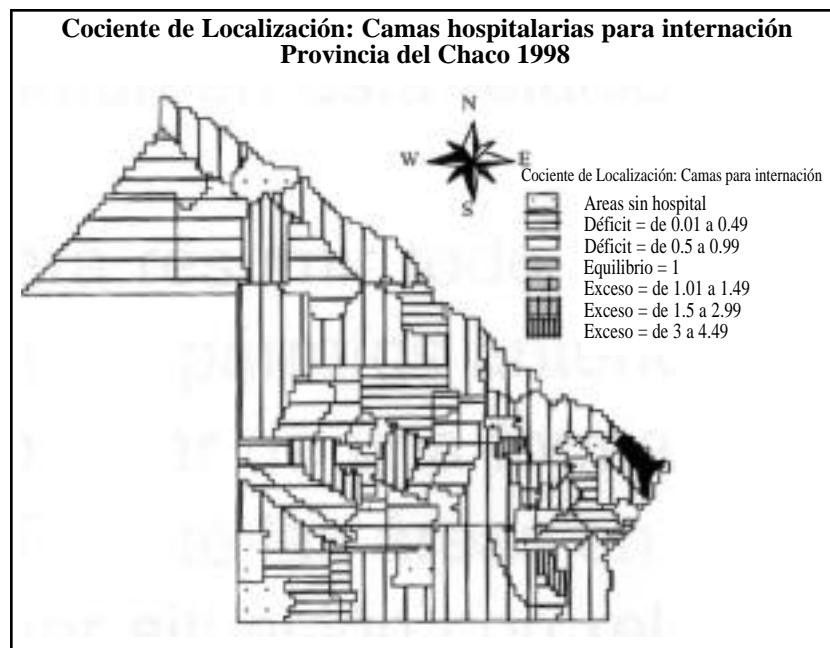


Mapa 7: Elaboración Propia

En este aspecto la situación no es tan diferente de la que señalamos anteriormente. Se advierte una mayor cantidad de áreas, en relación con el aspecto anterior, en las que el cociente es superior a 1 (veinticuatro exactamente), aunque siguen siendo más aquellas en las que la circunstancia es más desfavorable para los usuarios (diecisiete áreas con déficit y veintiséis sin hospital),

por lo que concluimos en que, pese a que los desequilibrios no son tan marcados como en el caso de los médicos, la situación es igual de delicada.

Semejante es lo que podemos añadir acerca del cociente de localización que se ha logrado de la relación entre la disponibilidad de camas para internación y la demanda (mapa 8).



Mapa 8: Elaboración Propia

En esta relación son veintisiete las áreas que presentan exceso, mientras que las que registran déficit o no disponibilidad de camas son cuarenta. Otra vez es el estado de déficit lo más común en esta relación.

Para resumir todo lo señalado en los párrafos anteriores y apreciar de una forma diferente las áreas en mejor y peor situación con relación a la dotación de médicos, enfermeros y camas hospitalarias, se elaboró el mapa 9 y el cuadro 2. Allí se han incluido las áreas que, según los resultados logrados en los coeficientes de localización, presentan déficit o exceso en algunos de los aspectos tratados:

		AREAS CON EXCESO EN:							
		N A D A	C A M A S	EN- FER- ME- ROS	M É D I C O S	CA- MAS Y ENFER- MEROS	MEDI- COS Y CA- MAS	MEDI- COS Y EN- FER- MEROS	MEDI- COS, ENFER- MEROS Y CA- MAS (A)
AREAS CON DEFI- CIT EN:	MEDI- COS, ENFER- MEROS Y CA- MAS (B)	36							
	MEDICOS Y ENFER- MEROS (C)		7						
	MEDICOS Y CAMAS (D)			3					
	CAMAS Y ENFER- MEROS								
	MEDICOS (E)					11			
	ENFER- MEROS								
	CAMAS (F)						1		
	NADA								9

Cuadro 2: Elaboración Propia

(A) Estas áreas son:

En la zona sanitaria I: Capital, Colonia Baranda, La Leonesa, Puerto Bermejo.

En la zona sanitaria II: Presidencia Roque Sáenz Peña.

En la zona sanitaria III: Villa Angela.

En la zona sanitaria IV: Colonias Unidas.

En la zona sanitaria V: General Pinedo.

En la zona sanitaria VI: Nueva Pompeya.

(B) Estas áreas son:

En la zona sanitaria I: Lapachito, Las Palmas, Margarita Belén, Colonia Benítez, Puerto Tirol, Isla del Cerrito, Basail.

En la zona sanitaria II: Colonia Aborigen, Napenay, El Palmar, Machagai, Taco Pozo, Avia Terai, Concepción del Bermejo.

En la zona sanitaria III: La Clotilde, La Tigra, Samuhú, Coronel Du Graty, Santa Sylvina, Chorotis, Villa Berthet, San Bernardo.

En la zona sanitaria IV: Ciervo Petiso, La Eduvigis, Pampa Almirón, Selvas del Río de Oro.

En la zona sanitaria V: Gancedo, Charata, Campo Largo y Hermoso Campo.

En la zona sanitaria VI: El Sauzal, Tres Isletas, Villa Río Bermejito, Miraflores, Comandancia Frías, Fuerte Esperanza.

(C) Estas áreas son:

En la zona sanitaria I: Cote Lai y La Escondida.

En la zona sanitaria IV: Capitán Solari, Presidencia Roca, Pampa del Indio.

En la zona sanitaria VI: El Espinillo y Juan José Castelli.

(D) Estas áreas son:

En la zona sanitaria I, Makallé.

En la zona sanitaria II: Pampa del Infierno.

En la zona sanitaria V: Las Breñas.

(E) Estas áreas son:

En la zona sanitaria I: Colonia Elisa, Charadai, La Verde y General Vedia.

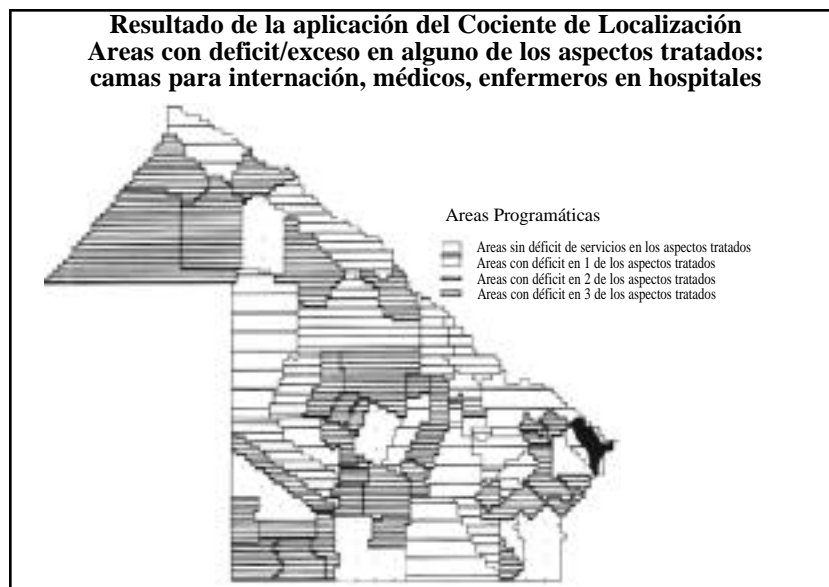
En la zona sanitaria II: Presidencia de la Plaza.

En la zona sanitaria IV: Las Garcitas, Laguna Limpia, General San Martín.

En la zona sanitaria V: Corzuela. **En la zona sanitaria VI:** El Sauzalito, Los Frentones.

(F) Esta área es:

En la zona sanitaria II: Quitilipi



Mapa 9: Elaboración Propia

Somos conscientes de que se deberían incluir otros elementos que caracterizan a la oferta de recursos hospitalarios, pero debido a que la información no se halla disponible, creemos que, por el momento, la que hemos presentado puede ser considerada como una contribución útil que permita encaminar los cambios que, evidentemente, son necesarios. En este punto coincidimos con las ideas de De Miguel, que manifiesta que “esta situación sanitaria ha de ser el fundamento de cualquier reforma, se trata, en último término, de modificar la situación básica arbitrando las medidas que sean más apropiadas para conseguirlo” (De Miguel, J. 1996:396).

Sin pretender que este aporte agote todas las posibilidades de análisis, creemos que es una aproximación válida para el conocimiento de la situación actual del servicio hospitalario chaqueño.

4. Conclusiones

La equidad desde el punto de vista sanitario se define como la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria pública, corrigiendo los desequilibrios territoriales y sociales de partida. La equidad adquiere gran importancia porque existen, ante una necesidad básica, grandes diferencias, las que afectan a distintas áreas geográficas y a distintos grupos sociales de la población. La equidad tiene que ver, por tanto, con la igualdad de oportunidades sanitarias y la reducción de las diferencias. (Errasti, F.1996:76-77).

Lo señalado en el párrafo anterior tiene mucho que ver con la actual situación sanitaria de la provincia del Chaco. Hemos podido confirmar que la igualdad de oportunidades no se cumple y que en el futuro, si la salud es considerada como el basamento del desarrollo social, ya que el ser humano no vivirá plenamente satisfecho más que en la medida en que goce de buena salud, la reforma sanitaria debe situarse ante el porvenir partiendo de la actual situación sanitaria y de una distribución equitativa de los recursos dedicando la mayor parte a los grupos sociales, servicios sanitarios y zonas geográficas más necesitadas (De Miguel, J., 1996:397). Este trabajo ha pretendido, precisamente, detectar éstas últimas y, en la medida de nuestras posibilidades, creemos que lo hemos conseguido.

Bibliografía

De Miguel, Jesús (1996); *Planificación y Reforma Sanitaria*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Dirección de Estadística Sanitaria (1998); *Anuario de Estadísticas Sanitaria 1996-1997-1998*, Provincia del Chaco: Ministerio de Salud Pública.

Dirección de Estadística Sanitaria (1998); *Anuario de Estadísticas Vitales 1996-1997-1998*, Provincia del Chaco: Ministerio de Salud Pública.

Errasti, Francisco (1997); *Principios de Gestión Sanitaria*, Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (1992); *Censo Nacional de Población y Viviendas de la Provincia del Chaco, 1991*, Buenos Aires.

Joseph, Alun and Phillips, David (1984); *Accesibility and utilisation. Geographical perspectives on health care delivery*, New York: Harper and Row, Publishers.

Moreno Jiménez, Antonio (1999); "Localización de equipamientos mediante Sistemas de Información Geográfica. En: *Curso de Doctorado*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.

Olivera, Ana (1993); *Geografía de la Salud*, Madrid: Colección Espacios y Sociedades N° 26, Editorial Síntesis.

Pineault, Raynald (1987); *La Planificación Sanitaria*, Barcelona: Masson S.A.

Ramírez, Mirta Liliana (2000); *Evaluación y diagnóstico de la situación hospitalaria en la Provincia del Chaco (Argentina). Aplicación de modelos de localización-asignación óptima mediante Sistemas de Información Geográfica, para posibles nuevos hospitales*. Trabajo de Investigación (inédito). Tercer Ciclo del Programa de Doctorado de la Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, España.

Smith, David (1980); *Geografía Humana*, . Barcelona: Editorial Oikos-tau, Colección Elementos de Geografía.