

# 9

## SALUD

### El Sistema de Salud de la Provincia de Córdoba



## Capítulo 9: SALUD

### El Sistema de Salud de la Provincia de Córdoba\*

*La salud es un área de suma importancia para todos los gobiernos, dada la estrecha vinculación que mantiene con el bienestar de los ciudadanos. Las decisiones que se tomen en la materia deberán considerar, por un lado, la disponibilidad de recursos para implementar las políticas y, por el otro, que tendrán un impacto directo en la población. Esto señala la importancia de la planificación en salud, considerando la multiplicidad de variables que inciden en la misma. En particular en la provincia de Córdoba, no puede dejar de considerarse la situación económico-financiera de la misma y la concentración de habitantes, dos factores fundamentales para encarar cualquier modificación del sistema. Por otra parte, resulta imprescindible tener en cuenta la estructura sanitaria de la provincia así como el personal capacitado en el área de la salud. Dicho esto, se procede a desarrollar una descripción del sector de la salud en la provincia de Córdoba, teniendo en cuenta indicadores económicos y demográficos relevantes para poder alcanzar un análisis más integral.*

#### 9.1 Estructura económica del sector salud

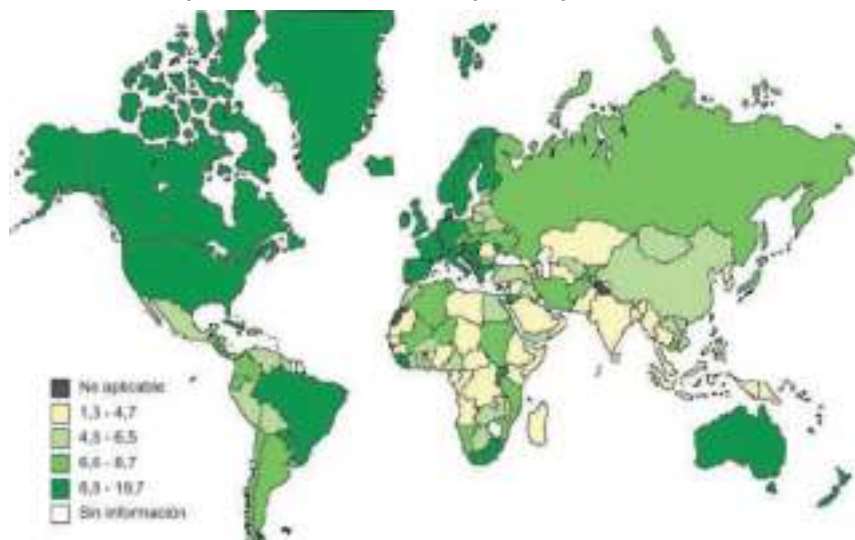
En el año 2013, el gasto total en salud en Argentina, incluyendo el gasto privado y todas las jurisdicciones, alcanzó el equivalente al 7,25% del PBI. Dicho porcentaje se ubica en el puesto 70 entre 191, en un valor inferior al de países occidentales desarrollados. En la región, Argentina se ubica en el undécimo lugar, por detrás de Costa Rica, Brasil, Haití, Paraguay, Cuba, Uruguay, Honduras, Nicaragua, Chile y Ecuador. No necesariamente un mayor nivel de gasto implica mejores resultados en materia sanitaria, una prueba de ello es que los tres países con mayor expectativa de vida de la región son Puerto Rico, Chile y Panamá, ninguno de los cuales se ubica entre los que más gastan en salud como porcentaje de su PBI, o el caso de Singapur, que destina solo el equivalente al 4,6% de su PBI en salud, a pesar de ser uno de los países con mejores indicadores sanitarios del mundo (ver Recuadro 9.1).

Mapa 9.1: Gasto en salud como porcentaje del PBI. Año 1995



Fuente: IIE sobre la base de Organización Mundial de la Salud.

El presente capítulo se basa en el trabajo "Estudio descriptivo del estado de situación del sistema de salud de la provincia de Córdoba", realizado por el Instituto de Investigaciones Económicas de la Bolsa de Comercio de Córdoba en conjunto con ACLISA en abril de 2015.

**Mapa 9.2: Gasto en salud como porcentaje del PBI. Año 2013**

Fuente: IIE sobre la base de Organización Mundial de la Salud.

A nivel mundial, se registró en los últimos años un importante incremento del gasto en materia de salud, lo que compromete su sustentabilidad. Esto se debe a la necesidad de hacer frente a desafíos como el creciente envejecimiento poblacional, la mayor preponderancia de enfermedades crónicas y el aumento del nivel de vida, teniendo en cuenta el constante avance tecnológico que existe en el área.

El caso argentino, no obstante, es particular ya que el porcentaje del presupuesto nacional asignado al sector salud no ha mostrado una tendencia creciente, sino que se percibe sumamente volátil. Esta situación es tanto consecuencia de la irregularidad propia de la economía argentina, como de las modificaciones en las estrategias públicas en el ámbito de la salud.

#### Recuadro 9.1: El sistema de salud de Singapur

Singapur es un pequeño estado insular del sudeste asiático con 5,5 millones de habitantes que se destaca por su elevado nivel de desarrollo social y económico, pese a haberse independizado hace poco más de cincuenta años. Más allá de las características propias de la nación, su sistema de salud goza de un reconocimiento mundial tan significativo que es útil analizar la experiencia. Tandon et al. (2000) ubicaron el sistema de atención de la salud de Singapur en el sexto puesto según su eficiencia. Bloomberg, por su parte, en su ranking 2014 de eficiencia en la atención de la salud colocó a la nación asiática en el primer lugar.

Una de las razones de dicho éxito radica en la responsabilidad personal como premisa del financiamiento (Bai et al., 2013). Este aspecto del sistema singapurense es el más interesante desde el punto de vista económico, ya que enfrenta directamente la sub y sobre prestación desde la forma de financiamiento de la atención médica. Existen tres mecanismos fundamentales que rigen el modelo de la nación insular:

- **MediSave**

Constituye un sistema de ahorro compulsivo destinado a la cobertura de servicios de salud. Entre el 7% y el 9,5% (dependiendo de la edad) del salario de cada trabajador -cubierto parcialmente por el empleador- es destinado a una cuenta específica, parte del Fondo Central de Previsión o CPF por sus siglas en inglés (Central Providence Fund). El mismo es un fondo previsional al que aportan tanto empleados como empleadores y que además de focalizarse en aspectos jubilatorios, se centra en otros aspectos de la calidad de vida como la vivienda y la

salud.

Los montos aportados a la cuenta de Medisave pueden ser utilizados para el pago de determinados servicios de salud, tanto del individuo contribuyente como de familiares directos. Los montos no utilizados continúan en la cuenta al finalizar el año (a diferencia de otros sistemas de ahorro en salud). En el año 2013, el programa Medisave acumuló US\$47,8 mil millones en 3,2 millones de cuentas activas, lo que implica un promedio de US\$15.000 ahorrados por trabajador para el cuidado de su salud. Cada cuenta brinda un interés cuya tasa es fijada por el Estado. Además existe un límite superior a la cantidad de dinero que puede acumularse, el cual está fijado en US\$32.025, ajustable anualmente por inflación<sup>1</sup>.

Entre los servicios que pueden ser cubiertos mediante Medisave, se encuentran consultas ambulatorias, internaciones, tratamientos de enfermedades crónicas, tratamientos de fertilidad y vacunaciones, entre otras. Algunas prácticas exigen el pago de un monto deducible y el copago de bolsillo de un porcentaje del costo total<sup>2</sup>.

Haseltine (2013) destaca a este programa como el responsable de evitar una escalada en el costo de la medicina, tal como sucedió en otros países desarrollados en los últimos años. Su argumento se sostiene en el hecho de que al tener el paciente consciencia del valor de la atención que recibe, el mismo es responsable en el cuidado de su propia salud y acude al hospital ante la real necesidad. Puede agregarse el cumplimiento del tratamiento, puesto que es esperable que el nivel de cumplimiento ante tratamientos y medicación gratuita no es el mismo que en el caso de que los mismos sean solventados por el paciente.

Tal como lo señala Haseltine (2013), el sistema de ahorros compulsivos en salud tiene como objetivo impulsar la autosuficiencia y la responsabilidad individual y familiar en el cuidado de la salud. Dados los resultados, no es equivocado señalar que el camino elegido, con sus defectos incluidos, presenta enormes beneficios frente a las políticas tradicionales en materia sanitaria.

- **MediShield**

Ante la dificultad financiera para cubrir determinadas patologías con los fondos de MediSave, el gobierno estableció un sistema complementario denominado MediShield. El mismo consiste en un seguro de salud de muy bajo costo ante eventos catastróficos que puede ser pagado con fondos de MediSave. El mismo brinda cobertura parcial para tratamientos prolongados como diálisis, quimioterapia y radioterapia, así como internaciones de larga duración.

Existe un límite al total de beneficios que se puede recibir anualmente del programa. Adicionalmente, aquellos individuos que deseen un mayor nivel de cobertura pueden realizar pagos extra para contratar un seguro de salud privado. En el año 2013, el 67% de los asegurados por MediShield, lo estaba a través de un seguro privado integrado al mismo.

Asociado a este programa, se encuentra ElderShield. El mismo consiste en un seguro para casos de discapacidad grave. El beneficiario puede recibir hasta US\$300 mensuales por 6 años para el pago de servicios de salud. Este programa es también de afiliación voluntaria y exige un aporte mínimo para poder comenzar a percibir los beneficios, en caso de ser necesario. Constituye un complemento a MediShield.

- **MediFund**

Al analizar los programas descriptos previamente, puede observarse un sesgo en los benefi-

<sup>1</sup> Debe resaltarse que en los últimos años, Singapur nunca experimentó una tasa de inflación superior al 5,3% anual. Aun así, los montos fijos son indexados.

<sup>2</sup> La exigencia de copagos se concentra en los tratamientos a enfermos crónicos, con el objetivo de desalentar el sobreuso de los recursos hospitalarios.

cios asistenciales hacia los individuos de mayores ingresos. Para compensar dicha situación, el gobierno de Singapur creó una cuenta con una inyección inicial de alrededor de US\$150 millones, cuyos intereses serían destinados a cubrir parte de la atención médica de ciudadanos con recursos escasos, previa aprobación de un comité dentro de cada hospital habilitado por el programa. Dicha cuenta recibiría aportes todos los años que el Estado presentara superávit presupuestario. En el año 2012, dicha cuenta acumulaba más de US\$2.000 millones.

El objetivo del programa es, según el Ministerio de Salud de Singapur, ayudar a cubrir las facturas médicas de aquellos individuos que no poseen la capacidad financiera de hacerlo, aún con el uso de MediSave y MediShield. Existe una versión de este sistema, llamada MediFund Silver, que apunta específicamente a adultos mayores.

Al sistema de financiamiento, se suma una estructura con fuerte control estatal y el claro objetivo de evitar un incremento en los costos. El sector privado concentra la mayor parte de la atención ambulatoria, mientras que la mayoría de los establecimientos complejos con internación forman parte del sector público.

Los hospitales públicos gozan de amplia autonomía, tal como señala Ramesh (2008). Cada hospital posee plena libertad para contratar personal, fijar remuneraciones y determinar el uso de los recursos de la institución. Los ingresos de los hospitales se determinan mediante un sistema Casemix, es decir, utilizando un sistema de clasificaciones para agrupar prestaciones. Todos los sistemas de facturación, administración y seguimiento del paciente de los hospitales públicos se encuentran integrados. Además, el Ministerio de Salud de Singapur publica precios estimados por prestación y por hospital (tanto público como privado), de modo que es sencillo realizar una comparación entre los costos de cada institución fomentando así la competencia. Es de libre acceso para cualquier individuo una base periódica de 81 condiciones o procedimientos que incluyen su descripción, la cantidad de casos en el último año, el tiempo promedio de estada, la factura promedio hasta el quinto decil<sup>3</sup> y la factura promedio hasta el noveno decil<sup>4</sup>.

El Ministerio de Salud impone también restricciones a la incorporación de tecnología y la cantidad de camas de menor categoría que debe tener cada hospital, con la marcada intención de evitar que la competencia entre hospitales se centre en aspectos que puedan llegar a incrementar los costos. La mayoría de los hospitales públicos cuentan con acreditación de la Joint Commision International, la institución acreditadora de calidad más reconocida en el ámbito de la salud.

Es en el financiamiento y el control estatal donde radican las grandes innovaciones del sistema de salud singapurense. La ingeniería financiera es simple -dramáticamente más simple que en el caso argentino, donde cada intermediario parece presentar características distintivas- y eficaz. Esto se refleja en algunos indicadores generales del país asiático. El mismo presenta una tasa de mortalidad infantil de solo 2 por cada 1.000 nacidos vivos. A modo de comparación, en Estados Unidos supera los 6 y en Reino Unido los 4. La mortalidad materna promedio 0,067 por cada 1.000 nacimientos en los últimos 25 años. En cuanto a esperanza de vida, los más de 84 años que presentó Singapur en 2014 lo ubican en cuarto lugar a nivel mundial, solo por detrás de Mónaco, Japón y Macao, y por delante de países como Suiza, Australia, Suecia y Noruega. Todo esto destinando solo el 4,55% de su PBI en salud en 2013, según la OMS. Si a los resultados le sumamos el bajo costo, no caben dudas de que el modelo singapurense ha logrado superar las grandes dificultades que enfrentan el resto de los siste-

<sup>3</sup> El 50% de los pacientes paga menos de tal monto.

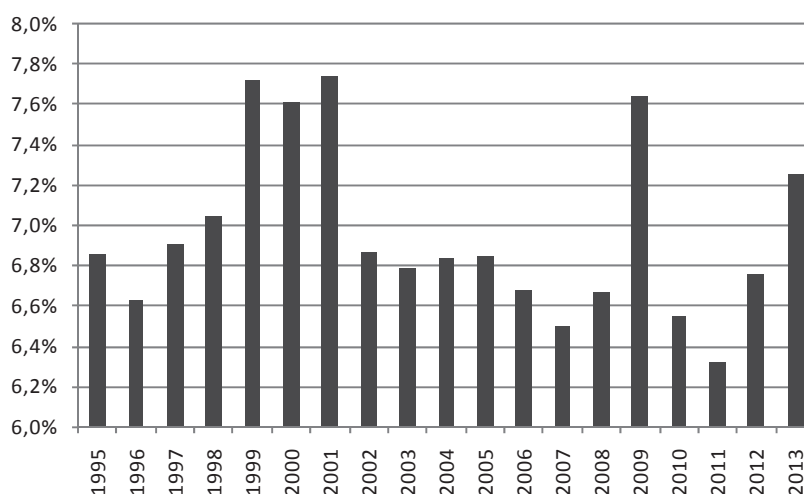
<sup>4</sup> El 90% de los pacientes paga menos de tal monto.

mas de salud en el mundo.

Pese a ello, debe considerarse que las experiencias exitosas no son perfectamente trasladables de un país a otro. Un sistema similar al de Singapur fue instaurado a modo de prueba en Shanghái y los resultados no han sido satisfactorios, según Dong (2006). El mismo señala que las diferencias socioeconómicas entre ambos países impiden la traslación del éxito. El sistema chino combina una cuenta de ahorro en salud, al estilo MediSave, con un seguro llamado Plan Unificado, similar a MediShield. La gran población de ciudadanos retirados con alto consumo de servicios de salud y con el menor esquema de aportes al seguro de salud compromete la viabilidad del sistema. A ello se suma la alta proporción de trabajadores del mercado informal que no participan del sistema de salud y los desempleados, al igual que la numerosa proporción de inmigrantes que habita en la ciudad. De esta manera, los fondos que se originan de los aportes a la cuenta de ahorro y al seguro de salud, no son suficientes para cubrir los requerimientos de la población, en consecuencia el número de procedimientos y prácticas cubiertas es limitado, todo esto sin considerar la resistencia de los prestadores a atender pacientes dentro de tal sistema, por las demoras en los pagos por parte del fondo de ahorro en salud.

De esta manera, el sistema implementado para contener la demanda de servicios de salud, significó una restricción en el acceso para una importante proporción de la población. Tal como señala Dong (2006), *“cuando los medios financieros se vuelven cruciales para el acceso al cuidado de la salud, los grupos menos privilegiados tienden a estar sujetos a mayores riesgos en lo que a su salud concierne”*.

**Gráfico 9.1: Gasto en salud como porcentaje del PBI en Argentina**



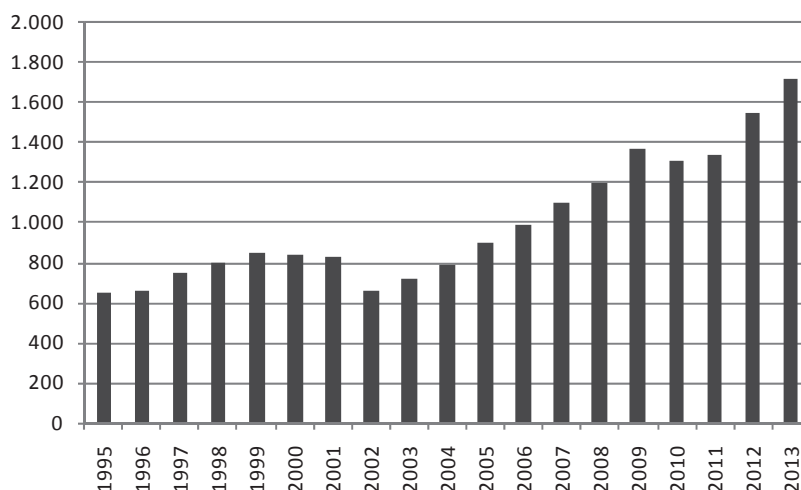
Fuente: IIE sobre la base de Organización Mundial de la Salud.

Por otro lado, se puede abordar la cuestión del gasto en salud con mayor profundidad al analizar el gasto en dólares per cápita a paridad de poder adquisitivo (PPA)<sup>5</sup>. Este indicador señala que la Argentina se ubica en el puesto 41 entre 189 países, lo cual la marca como la nación latinoamericana que más gasta en salud (US\$ 1.725 PPA). Como bien se observa en el Gráfico

<sup>5</sup> En forma simplificada, la paridad de poder adquisitivo implica una metodología de cálculo tal que incorpore las diferencias en los costos de vida entre países. De esta manera, un dólar PPA busca igualar el poder de compra de cualquier país al de los Estados Unidos.

9.2, se dio un incremento del 165% entre 1995 y 2013, reflejando un aumento constante del gasto en el sector salud; a pesar de que el porcentaje del presupuesto nacional asignado a la salud no haya ido en aumento constante, el gasto en dólares per cápita asociado a dicho sector si lo ha hecho. Pese a la magnitud del incremento, países como Chile, Brasil y México han tenido aumentos más elevados.

**Gráfico 9.2: Gasto en salud en dólares a paridad de poder adquisitivo en Argentina**



Fuente: IIE sobre la base de Organización Mundial de la Salud.

La Argentina posee un sistema descentralizado de atención de la salud. El Estado Nacional, a través del Ministerio de Salud, es responsable, entre otras cosas, de fijar políticas y objetivos sanitarios a nivel nacional, fiscalizar el funcionamiento de los servicios, procurar la defensa sanitaria en fronteras, promover la capacitación y formación de recursos humanos; sin embargo, la responsabilidad de la prestación radica principalmente en las jurisdicciones subnacionales. Esto implica que gran parte del gasto en salud corresponde a las provincias y municipios, quienes no poseen la misma posibilidad de financiamiento que el Estado Nacional, lo cual contribuye a alimentar las brechas en los indicadores sanitarios entre provincias. Esta situación queda en evidencia al observar los presupuestos para el año 2014.

**Cuadro 9.1: Presupuesto 2014 del Ministerio de Salud por Jurisdicción**

Jurisdicción	Presupuesto
Nación	\$14.423.091.829
Córdoba	\$4.099.657.000
Buenos Aires	\$12.226.654.900

Fuente: IIE sobre la base de MECON y Ministerios Provinciales.

A partir del Cuadro 9.1 se desprende que el Ministerio de Salud de Córdoba tiene un presupuesto igual al 28% del de su equivalente nacional, aun cuando Córdoba posee solo el 8,2% de la población, mientras que la provincia de Buenos Aires destina al Ministerio de Salud un presupuesto similar al de la Nación. La asimetría en el gasto nacional y provincial es una característica del sistema de salud argentino.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba es el tercer ministerio con mayor presupuesto en la provincia, por detrás del Ministerio de Educación y el Ministerio de Gobierno y Seguridad; tiene a su cargo 78 establecimientos asistenciales y la coordinación de numerosos programas.



Esto da cuenta de que los Estados Provinciales poseen un compromiso mucho mayor que el Nacional en lo referente al cuidado de la salud, ya que son responsables directos de la prestación de servicios asistenciales. Por su parte, los Estados Municipales se encuentran en una situación similar al Provincial, aun cuando su presupuesto es mucho más limitado. En el caso de la ciudad de Córdoba, la Municipalidad cuenta con 3 hospitales, 60 centros de salud y 36 unidades primarias de atención de la salud.

Desde el punto de vista de la cobertura, el sistema de salud argentino puede dividirse, siguiendo a Acuña y Chudnovsky (2012), en tres subsistemas:

- Subsistema público: encargado de proveer atención gratuita a toda la población que lo requiera. La población sin cobertura por parte de los otros dos sectores es la demandante por excelencia del subsistema público.
- Subsistema de obras sociales: consiste en un esquema de protección para trabajadores asalariados de aporte obligatorio tanto para el empleado como para el empleador. Las obras sociales de los Estados Provinciales y PAMI concentran la gran mayoría de los afiliados. A enero de 2015, existían en Argentina 297 obras sociales inscriptas en la Superintendencia de Servicios de Seguridad Social.
- Subsistema privado: constituido por seguros de salud a afiliados voluntarios y entidades de medicina prepaga. Es el sector más reducido y sus precios están sujetos a la regulación del Estado Nacional.

El Estado Nacional tiene una fuerte influencia sobre el desempeño de obras sociales y entidades de medicina prepaga a través de la regulación. En el caso de los primeros, el 10% de las contribuciones a las obras sociales es dirigido al Fondo de Redistribución Solidaria, con el objetivo de compensar a las obras sociales con menores ingresos por afiliado. La falta de distribución de dichos fondos (solo el 6,7% de los mismos fue otorgado a obras sociales en el año 2011) es un perjuicio para el subsector de las obras sociales. Las empresas de medicina prepaga, por su parte, encuentran limitada su capacidad de actualizar cuotas de acuerdo a la inflación sectorial, por lo que enfrentan un retraso en las mismas.

La consecuencia inmediata de este escenario es la reducción de la oferta de prestadores del sector privado, lo cual presiona tanto sobre los que continúan en el mercado como sobre el sector público, comprometiendo así uno de los pilares fundamentales de cualquier sistema de salud: la accesibilidad.

#### Recuadro 9.2: Accesibilidad

Un aspecto central en todo sistema de salud es el concepto de accesibilidad, el cual puede ser comprendido desde diversas perspectivas. En forma general, Penchansky y Thomas (1981) plantean el acceso a la salud como el ajuste entre el paciente y el sistema de salud, el cual depende de cinco dimensiones:

**Disponibilidad:** refiere a un adecuado nivel de oferta de profesionales de la salud, infraestructura asistencial y programas sanitarios.

**Accesibilidad:** relaciona la locación de la oferta con la de la demanda, considerando la necesidad de transporte y el tiempo de viaje como función de costo y distancia.

**Organización:** incluye el sistema de organización de los recursos por el lado de la oferta y cómo los pacientes se acomodan a los mismos.

**Asequibilidad:** analiza la relación entre los precios de los servicios con la capacidad de pago de los pacientes.

**Aceptabilidad:** concierne a la actitud del paciente frente a las características del prestador de

servicios de salud, así como la del prestador frente al paciente.

Sobre la base de estas ideas, Gulliford et al. (2013) marcan tres concepciones de la accesibilidad a la atención de la salud. Una primera aproximación consiste en la posibilidad de obtener atención médica cuando se la desea o necesite, de modo tal que el acceso es una función de la oferta.

Una segunda visión más amplia excede la posibilidad de ser atendido e incorpora la capacidad del paciente de superar las barreras al uso efectivo de los servicios de salud, entendidas las mismas como distancia y obstáculos financieros.

Finalmente, desde una tercera postura aún más abarcativa, se incorpora al concepto de accesibilidad el cuidado de la salud, los resultados en materia de atención, el tiempo de espera para recibir la prestación y la satisfacción general del paciente.

Asociada a la accesibilidad está la equidad en el acceso, la cual requiere que “pacientes similares en aspectos relevantes sean tratados de manera similar y pacientes diferentes en aspectos relevantes sean tratados de una manera apropiadamente diferente” (Culyer, 2001). Esto implica, tal como lo marcan Oliver y Mossialos (2004) igual acceso para pacientes en iguales condiciones. Puede agregarse a este concepto la igualdad en el uso y resultados, sin embargo los autores lo consideran inapropiado por incorporar otras dimensiones ajenas a la prestación de servicios de salud, como pueden ser las decisiones individuales del paciente.

Finalmente, dentro del concepto de accesibilidad, Comer y Stolkiner (2004) señalan, por su parte, cuatro dimensiones de accesibilidad a los servicios de salud:

- Geográfica: factibilidad física de recibir atención médica.
- Económica: capacidad financiera para acceder.
- Administrativa: estructura burocrática de la prestación de servicios de salud.
- Cultural: usos y costumbres de la población.

## 9.2 Estructura demográfica y sanitaria de la provincia de Córdoba

La provincia de Córdoba tiene, de acuerdo al censo 2010, una población de 3.308.876 habitantes, lo cual implica un incremento del 7,9% respecto al censo 2001. La provincia constituye el 8,2% de la población nacional, siendo la segunda provincia más poblada, después de Buenos Aires. El 90% de la población es urbana, mientras que solo el 10% es rural, porcentajes que no difieren del total nacional.

El 40,2% de la población está radicada en el departamento Capital, evidenciando una gran concentración demográfica en la ciudad de Córdoba. El Cuadro 9.2 presenta la población por departamento.

**Cuadro 9.2: Población por departamento**

Departamento	2001	2010	Variación Intercensal
TOTAL	3.066.801	3.308.876	7,9%
Capital	1.284.582	1.329.604	3,5%
Río Cuarto	229.728	246.393	7,3%
Colón	171.067	225.151	31,6%
San Justo	190.182	206.307	8,5%
Punilla	155.124	178.401	15,0%
General San Martín	116.107	127.454	9,8%
Tercero Arriba	107.460	109.554	1,9%

Unión	100.247	105.727	5,5%
Marcos Juárez	99.761	104.205	4,5%
Río Segundo	95.803	103.718	8,3%
Santa María	86.083	98.188	14,1%
Juárez Celman	55.348	61.078	10,4%
Cruz del Eje	52.172	58.759	12,6%
Calamuchita	45.418	54.730	20,5%
San Javier	48.951	53.520	9,3%
Río Primero	42.429	46.675	10,0%
San Alberto	32.395	37.004	14,2%
Presidente Roque Sáenz Peña	34.647	36.282	4,7%
General Roca	33.323	35.645	7,0%
Ischilín	30.105	31.312	4,0%
Totoral	16.479	18.556	12,6%
Río Seco	12.635	13.242	4,8%
Tulumba	12.211	12.673	3,8%
Pocho	5.132	5.380	4,8%
Minas	4.881	4.727	-3,2%
Sobremonte	4.531	4.591	1,3%

Fuente: IIE sobre la base de INDEC.

Para analizar las características demográficas y las condiciones sanitarias de la población de la provincia de Córdoba, se procede a analizar un conjunto de variables en el Cuadro 9.3.

**Cuadro 9.3: Indicadores demográficos y sanitarios 2013 y 2014**

Indicador	Valor (Porcentaje)
Población Total	3.308.876
Hombres	1.605.088 (48,5%)
Mujeres	1.703.788 (51,5%)
Menores de 15 años	805.512 (24,3%)
Mayores de 65 años	513.563 (15,5%)
Tasa global de fecundidad	2,25 por mil
Población urbana	89,7%
Esperanza de vida al nacer	77,37
Hombres	74,07
Mujeres	80,67
Tasa bruta de mortalidad	8,1 por mil
Tasa de mortalidad en menores de 4 años	12,0 por mil
Tasa de mortalidad materna	1,7 por 10.000 nacidos vivos
Población con NBI	8,72%
Analfabetismo en mayores de 10 años	1,47%
Acceso a agua corriente	86,48%
Acceso a desagües cloacales	35,59%

Fuente: IIE sobre la base de INDEC y DGEyC.

Todos los indicadores considerados presentan mejoras sustanciales respecto a los valores observados en el año 2001. Desagregando por departamento, puede obtenerse un panorama general de las condiciones sanitarias a lo largo de la provincia.

**Cuadro 9.4: Indicadores sanitarios por departamento 2013**

Departamento	Natalidad	Mortalidad	Mortalidad Infantil	Primera Causa de Muerte
TOTAL	16,9	8,1	10,7	Taquicardia paroxística
Capital	18,4	7,7	11,1	Taquicardia paroxística
Río Cuarto	15,8	8,9	8,7	Insuficiencia cardíaca
Colón	18,5	6,3	8,4	Insuficiencia cardíaca
San Justo	15,5	9,5	11,7	Insuficiencia cardíaca

Punilla	16,9	9,5	6,2	Insuficiencia cardíaca
General San Martín	16,9	9,4	13,5	Insuficiencia cardíaca
Tercero Arriba	14,8	10,0	12,5	Otras arritmias cardíacas
Unión	15,3	9,5	12,0	Insuficiencia cardíaca
Marcos Juárez	12,0	8,9	9,8	Insuficiencia cardíaca
Río Segundo	16,3	8,4	10,6	Taquicardia paroxística
Santa María	16,7	6,7	5,9	Taquicardia paroxística
Juárez Celman	16,7	8,6	9,6	Insuficiencia cardíaca
Cruz del Eje	17,0	7,3	12,9	Insuficiencia cardíaca
Calamuchita	14,3	6,6	13,1	Infarto agudo de miocardio
San Javier	15,0	7,7	16,0	Insuficiencia cardíaca
Río Primero	17,2	6,4	10,6	Insuficiencia cardíaca
San Alberto	16,2	6,5	13,7	Insuficiencia cardíaca
Presidente Roque Sáenz Peña	14,9	8,4	7,0	Insuficiencia cardíaca
General Roca	13,4	5,9	11,7	Infarto agudo de miocardio
Ischilín	17,7	8,2	15,3	Enfermedad cardíaca hipertensiva
Totoral	11,6	7,3	22,3	Taquicardia paroxística
Río Seco	13,0	7,5	16,8	Enfermedad de Chagas
Tulumba	13,0	6,0	10,5	Insuficiencia cardíaca
Pocho	4,3	7,2	43,5	Infarto agudo de miocardio
Minas	11,0	7,4	31,7	Neumonía
Sobremonte	10,2	11,9	0,0	Taquicardia paroxística

Fuente: IIE sobre la base de Ministerio de salud de la provincia de Córdoba.

Es importante aquí reparar en la disparidad de algunos indicadores dentro de la provincia; el más gráfico es el de la mortalidad infantil, que en el departamento Santa María es del 5,9, siendo este el nivel más bajo, mientras que en Pocho alcanza el 43,5, mostrando así una amplia diferencia en los indicadores interdepartamentales. Las zonas en las que la mortalidad infantil es más elevada coinciden geográficamente con los departamentos del noroeste de la provincia, la región de menor desarrollo económico.

Si se compara el desempeño de la provincia de Córdoba en estos indicadores con el promedio del país, se observa una situación auspiciosa. Pese a ello, Córdoba se encuentra en octavo lugar en mortalidad infantil, detrás de Neuquén, Tierra del Fuego, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Catamarca, La Pampa, Santa Cruz y Río Negro. Por otro lado, en relación a mortalidad materna, los resultados son satisfactorios en la comparación interprovincial.

**Cuadro 9.5: Indicadores sanitarios por provincia 2013**

Distrito	Tasa de Natali- dad	Tasa de Mortalidad		
		General	Infantil	Materna
Argentina	17,9	7,7	11,1	3,5
CABA	14,2	10,3	8,3	1,6
Buenos Aires	18,1	8,5	11,4	3,0
Catamarca	15,0	5,4	8,9	3,2
Córdoba	16,5	8,0	9,7	1,6
Corrientes	18,6	6,4	14,4	6,1
Chaco	20,2	6,5	13,3	6,8
Chubut	20,2	6,3	9,8	5,2
Entre Ríos	16,7	7,4	10,8	3,2
Formosa	21,0	5,9	17,3	15,0
Jujuy	18,0	5,8	12,0	7,7
La Pampa	15,4	7,1	8,9	3,7
La Rioja	17,0	5,6	13,7	1,6
Mendoza	18,4	7,2	9,5	3,6
Misiones	22,3	5,7	11,3	3,5
Neuquén	19,1	5,0	6,9	1,8

Río Negro	19,4	6,4	9,4	4,2
Salta	20,2	5,5	12,9	4,5
San Juan	19,6	6,2	9,9	2,1
San Luis	16,0	5,9	10,9	2,6
Santa Cruz	24,0	5,7	8,9	3,4
Santa Fe	16,3	8,5	10,3	3,0
Santiago del Estero	17,9	5,8	11,6	3,1
Tucumán	18,7	6,5	14,1	4,5
Tierra del Fuego	19,2	3,6	7,4	0,0

Fuente: IIE sobre la base de Ministerio de Salud de la Nación.

### 9.3 Oferta de profesionales de la salud

En nuestra provincia, la oferta de profesionales de la medicina puede considerarse elevada como consecuencia del paso de 3,98 médicos por cada mil habitantes en 1999 a 5,60 en 2014. Gran influencia tiene en este elevado ratio, la significativa oferta educativa en el área que posee la provincia de Córdoba.

A nivel nacional, hay 3,88 médicos por cada mil habitantes, hecho que resalta la particularidad de la situación de Córdoba. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud registra tres países con cifras más altas que las de nuestra provincia: Cuba (6,72), Mónaco (7,17) y Qatar (7,74).

Pese a la gran cantidad de profesionales, es importante comprender las cifras en cuanto a su distribución geográfica. El Cuadro 9.6 nos muestra que la variación de un departamento a otro es elevada, haciéndose más notoria a medida que se reduce la cantidad de población. La escasez de profesionales en las poblaciones más alejadas de los centros urbanos hace que muchos individuos se vean obligados a trasladarse para poder recibir una atención médica adecuada. Esta situación no es negativa *per se*, sino que el problema emerge cuando la mala distribución compromete la accesibilidad en diversos sectores de nuestra provincia.

**Cuadro 9.6: Médicos por departamento. 2014**

Departamento	Cantidad de médicos matriculados
Capital	13.373
Río Cuarto	1.000
Colón	907
Punilla	739
San Justo	684
General San Martín	545
Tercero Arriba	370
Unión	300
Marcos Juárez	317
Santa María	280
Río Segundo	261
Calamuchita	169
San Javier	153
Cruz del Eje	106
Juárez Celman	102
Presidente Roque Sáenz Peña	90
San Alberto	61
Río Primero	58
General Roca	57
Ischilín	50
Totoral	28

Tulumba	14
Río Seco	10
Sobremonte	6
Pocho	6
Minas	2
<b>TOTAL</b>	<b>19.688</b>

Fuente: IIE sobre la base de Consejo Médico de la Provincia de Córdoba.

Otro punto a destacar, es que a pesar de que se ha dado un crecimiento en la cantidad de profesionales de la salud con el paso del tiempo, esto no ha sido acompañado en la misma medida por el número de especialistas. En la actualidad el 40% de los médicos posee alguna especialización frente al 48% que lo hacía hace quince años atrás.

Esto está asociado a la existencia de especialidades que presentan elevados niveles de déficits de personal en las clínicas privadas de la ciudad de Córdoba, según el Relevamiento 2015 de Clínicas Privadas, elaborado por el Instituto de Investigaciones Económicas. Cardiología pediátrica presenta faltantes en el 57% de las clínicas relevadas. Gran parte de las mismas manifestó, además, déficit de profesionales en medicina de emergencias y terapia intensiva pediátrica, anestesiología, neurología, endocrinología y neonatología.

**Cuadro 9.7: Déficit de profesionales por especialidad en clínicas privadas de la ciudad de Córdoba y total de especialistas**

Especialidad	Déficit <sup>6</sup>	Especialistas
Cardiología Pediátrica	57%	24
Medicina de Emergencias y Terapia Intensiva Pediátrica	50%	77
Anestesiología	43%	232
Neurología	43%	83
Endocrinología	43%	78
Neonatología	43%	181

Fuente: IIE sobre la base de CMPC y Relevamiento de Clínicas Privadas 2015.

Teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud de la provincia es el tercero en importancia en lo que hace a presupuesto, el sector público emerge como un gran generador de empleos en el área de la salud. Considerando todos los puestos de trabajo que se generan, incluyendo a la administración y a todo personal idóneo además del cuerpo médico, hacen un total de 10.338 en el área salud, solo en el sector público provincial.

**Cuadro 9.8: Distribución de la planta de personal en los principales centros asistenciales provinciales 2014<sup>7</sup>**

	GI	GII	GIII	GIV	GV	Adm	SG	TOT
Hospitales de Capital	2.108	1.724	321	563	15	619	400	5.817
Hospitales del Interior	1.715	1.185	173	504	6	431	432	4.521
<b>TOTAL</b>	<b>3.823</b>	<b>2.909</b>	<b>494</b>	<b>1.067</b>	<b>21</b>	<b>1.050</b>	<b>832</b>	<b>10.338</b>

Fuente: IIE sobre la base del Ministerio de Finanzas de la Provincia de Córdoba.

<sup>6</sup> Entiéndase déficit como el porcentaje de clínicas privadas de la ciudad de Córdoba que brindan la especialidad y consideran que poseen faltante de profesionales en la misma.

<sup>7</sup> GI incluye profesionales universitarios en medicina, microbiología, bioquímica, odontología, psicología y farmacia, entre otros. GII incluye profesionales universitarios y terciarios en enfermería, fisioterapia-kinesiología, fonoaudiología e instrumentación quirúrgica, entre otros. GIII incluye técnicos universitarios y terciarios en ciencias químicas, laboratorio, radiología, anestesia, bromatología, hemoterapia, prótesis dentales y bioestadística, entre otros. GIV incluye personal auxiliar de la salud con capacitación certificada por organismo oficial o privado reconocido. GV incluye a personal idóneo. Adm. refiere a empleados administrativos; y SG, a vigilancia, custodia, limpieza y protección.

## 9.4 Evolución de la oferta de servicios de salud

De acuerdo información del Sistema Integrado de Información Sanitaria de la República Argentina (SISA) y el Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud (RUGEPRESA), la provincia de Córdoba cuenta con 11.202 camas hospitalarias. Esto significa un total de 3,17 camas por cada 1.000 habitantes. El indicador a nivel nacional posee un valor superior, de 3,79; sin embargo, si lo comparamos con países de la región, Argentina se encuentra por delante de países como Uruguay (2,5) y Brasil (2,3).

Si se comparan los datos para Córdoba de 2014 con los correspondientes al año 2000, se observa una significativa reducción en la oferta de camas, con un retroceso del 34,1%, es decir, 5.803 camas menos. Este hecho se explica por una marcada caída en la cantidad de establecimientos asistenciales con internación del sector privado, que pasaron de 425 a 170 en 15 años, mientras que el sector público se redujo en 9 instituciones.

Esta reducción en la cantidad de camas a lo largo de los últimos quince años es un punto a considerar, ya que gran parte de la retracción de la oferta corresponde al interior provincial.

**Cuadro 9.9: Evolución de la oferta sanitaria en Córdoba**

Indicador	2000	2014
Cantidad de camas	17.005	11.202
Camas cada 1.000 habitantes	5,54	3,17
Establecimientos privados con internación	425	170
Establecimientos públicos con internación	144	135

Fuente: IIE sobre la base de SISA e INDEC.

Dentro del sector público, existen 135 establecimientos asistenciales con internación y 668 sin internación.

- Bajo la órbita municipal, existen 96 establecimientos con internación y 654 sin internación.
- Bajo la órbita provincial, existen 36 establecimientos con internación y 42 sin internación.
- Bajo la órbita de las FFAA y de seguridad, se registran 3 establecimientos con internación y 4 sin internación.

Finalmente, bajo la órbita nacional, como establecimiento con internación se encuentra únicamente el Hospital Nacional de Clínicas, mientras que existen otras tres instituciones asistenciales sin internación.

El sector privado se encuentra representado por 170 establecimientos con internación y 739 sin internación.

**Cuadro 9.10: Camas por dependencia**

Sector	Número de Camas		Promedio de camas por establecimiento	
	1999	2014	1999	2014
Público	8.311	4.606	58	34
Privado	8.694	6.596	20	39
TOTAL	17.005	11.202	30	37

Fuente: IIE sobre la base de SISA.

A partir del Cuadro 9.10 queda en evidencia el proceso de concentración que viene enfrentando el sector privado de la salud en la provincia: el número de instituciones privadas disminuye en forma significativa, mientras que el promedio de camas por establecimiento aumenta. Por el lado del sector público, se registra una leve contracción en el promedio de camas por establecimiento.

## 9.5 Turismo médico

Con este término se hace referencia a una actividad por la cual las personas emigran de su lugar de residencia, en calidad de turistas, en busca de mejores calidades y capacidades médicas (Regazzoni, 2007). Si miramos a nuestra provincia, y especialmente a la ciudad de Córdoba, vemos que se cuenta con ciertos beneficios naturales para erigirse como un polo sanitario a nivel nacional. En primer lugar, se ubica en el centro del país, siendo de fácil acceso para las provincias de las regiones Centro, Noroeste y Cuyo. Además, su densidad de población permite el desarrollo de centros asistenciales de mayor envergadura y complejidad, que aprovechan la presencia de economías de escala. Finalmente, la oferta educativa genera un adecuado flujo de profesionales en salud.

A partir de tales ventajas, la ciudad de Córdoba recibe anualmente un flujo significativo de pacientes de otras provincias, particularmente del Noroeste. Dicha región concentra una población de 5 millones de habitantes, siendo un mercado sumamente atractivo no solo por su importancia como demandante potencial, sino por el limitado nivel de oferta que presenta para pacientes de mayor complejidad. Además de ello, es importante destacar el turismo médico que se produce a nivel interno, con el flujo de pacientes desde distintos puntos de la provincia hacia la capital, en busca de mayores y mejores servicios.

## 9.6 Cobertura de salud

El financiamiento a los prestadores privados de servicios de salud proviene de tres fuentes:

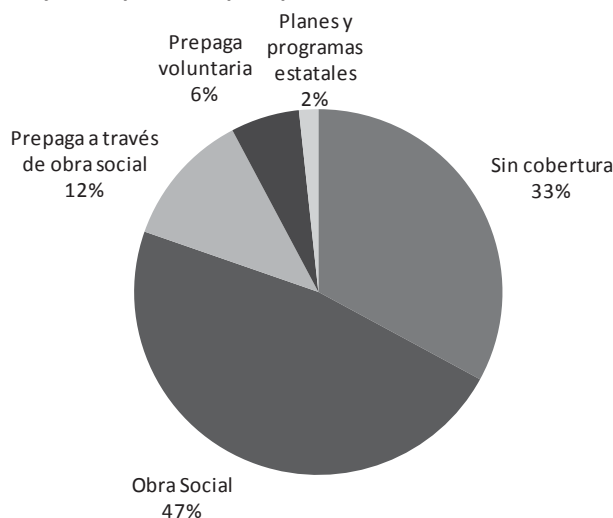
- Obras sociales
- Entidades de medicina prepaga
- Desembolsos directos

A partir del Censo 2010, se desprende que el 33% de la población de la provincia de Córdoba no cuenta con ningún tipo de cobertura social. Dicho porcentaje depende casi exclusivamente del sistema de salud pública provincial. El 47% de los habitantes poseen obra social, el 12% tiene cobertura de una prepaga a través de su obra social y el 6% es afiliado voluntario a una prepaga. Finalmente, el 2% de la población depende de planes y programas estatales de salud.

Existe, a su vez, la doble cobertura, es decir, individuos que cuentan con una obra social y voluntariamente se afilian a otra o a una prepaga con el objetivo de mejorar las prestaciones recibidas, hecho que constituye una importante fuente de ineficiencia. A nivel nacional, el 2% de la población se encuentra en esta situación.



**Gráfico 9.3: Porcentaje de la población por tipo de cobertura de salud. Provincia de Córdoba 2010**



Fuente: IIE sobre la base de INDEC.

Existen tres obras sociales en Córdoba con algún grado de dependencia del sector público:

- APROSS
- DASPU
- PAMI

La principal obra social de la provincia de Córdoba es APROSS, entidad autárquica del Estado Provincial. La misma cuenta, a enero de 2015, con 606.738 afiliados de los cuales el 11,6% son voluntarios. De este modo, cubre a más del 17% de la población de la provincia.

DASPU, Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario, es una entidad pública no estatal que cuenta con 58.000 afiliados en la provincia.

Finalmente se encuentra PAMI, que brinda cobertura a jubilados y pensionados nacionales. Dicha obra social, concentra alrededor de 500.000 afiliados.

De esta manera, el 32% de la población provincial está cubierta por PAMI o APROSS, que a su vez poseen el 48% del total de personas con cobertura de salud en provincia de Córdoba. Estas obras sociales son, entonces, determinantes de la facturación de gran parte de los establecimientos de salud privados y concentran un gran poder de negociación frente a los mismos.

## 9.7 Indicadores de desempeño asistencial

En el sector de la salud, es difícil establecer medidas que permitan establecer el nivel de eficiencia en la prestación de los servicios. Pese a ello, dicho concepto es de suma importancia, ya que es uno de los mayores determinantes de la accesibilidad: mientras más eficientemente se administran los recursos escasos, mayor cantidad y calidad de servicios podrán brindarse.

Existen, no obstante, algunos indicadores básicos del desempeño que contribuyen a cuantificar el nivel de prestaciones hospitalarias. Bajo esta base se procede a analizar el promedio de días de estada, el giro de camas y el porcentaje de cesáreas. No son perfectamente compara-

bles entre instituciones por las diferencias prestacionales y las características socio-económicas de los pacientes, no obstante mantienen su validez como medidas globales.

El promedio de días de estada (PDE) es un indicador de rendimiento y eficiencia asistencial, ya que refleja el comportamiento en el proceso diagnóstico-terapéutico y la disponibilidad y calidad del personal.

El giro de camas es un indicador de la utilización de los recursos. Muestra el número de egresos asociado a cada cama, es decir, cuántos pacientes pasan en promedio por cama durante un período de tiempo. Guarda una relación inversa con el promedio de días de estada.

El porcentaje de cesáreas muestra las características de la atención del parto por establecimiento. La Organización Mundial de la Salud recomienda que tal indicador no supere el 15%, no obstante, el registro de valores por encima de esta barrera es un fenómeno global.

**Cuadro 9.11: Indicadores de desempeño asistencial 2014**

Hospital	Giro de Camas	Días de Estada	Porcentaje de cesáreas
Promedio Clínicas Privadas	86,2	3,3	62,8%
Hospital Rawson	37,5	8,3	-
Hospital San Roque	32,6	6,7	-
Hospital Misericordia	36,8	6,1	35,9%
Hospital Materno Provincial	41,4	3,8	36,7%
Hospital Pediátrico	38,1	4,4	-
Hospital Materno Neonatal	56,6	4,3	29,1%

Fuente: IIE sobre la base de Relevamiento de Clínicas Privadas 2015 y Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba.

El giro de camas es notablemente mayor en las clínicas privadas, lo que indica un mayor flujo de pacientes por cama. En el mismo sentido, el promedio de días de estada es menor, incluso por debajo de instituciones pediátricas y neonatales públicas, especialidades que presentan menores valores de días de internación. En el caso del porcentaje de cesáreas, el escenario se invierte, siendo el sector público el que presenta un mejor desempeño, con valores 50% menores.

En cuanto al volumen de servicios prestados, ocho hospitales provinciales de la ciudad de Córdoba que realizan cirugías totalizaron 25.709 intervenciones quirúrgicas durante el 2012. Por su parte, once clínicas privadas realizaron 71.891 en el transcurso de 2012. En cuanto a consultas, 13 hospitales públicos analizados recibieron 904.271, mientras que 14 polivalentes del sector privado registraron 2.962.655 consultas en 2012. Puede inferirse, por ende, una subutilización de los recursos del sector público en el área de salud.