

PERFIL SANITARIO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA. DESARROLLO Y EFICACIA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD. AÑOS 2000-2007

Health profile of the province of Córdoba. Development and effectiveness of health policies. Years 2000-2007

Andrés C. Peranovich¹

¹ Doctor en Demografía; Médico Cirujano. Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad. CONICET.

Andrés Conrado Peranovich
Dirección: Casa 25 – Manzana 7 – B° Smata II – CP 5016 - Córdoba Capital
Tel.Fax: Celular 0351-55478633
Laboral: 0351-4333248 / 0351-4341124
andrescpera@gmail.com

Resumen

En los últimos años se han desarrollado en Argentina estrategias dirigidas al cambio del modelo de atención de salud, afianzando la atención primaria y propiciando la reorganización del sistema de servicios de salud y de los sistemas de financiamiento. Este trabajo intenta mostrar la eficacia o no de los cambios dispuestos, ejemplificándolo en el perfil sanitario de la provincia de Córdoba, para el período 2000 al 2007.

Es necesario poner de relieve que los datos estadísticos presentados en forma de números, gráficos y/o tablas reflejan la situación de personas que diariamente deben enfrentarse a diferentes situaciones en relación a su salud. Por lo tanto la planificación y el manejo de los recursos y servicios en materia sanitaria resulta esencial, teniendo en cuenta que las últimas encuestas realizadas con respecto a la salud en nuestra provincia, mostraban una visión negativa sobre este tema tan importante y polémico.

Palabras clave: Salud pública, Política de salud, Reforma de servicios de salud

Recibido: 31 de mayo de 2012. Aceptado: 5 de octubre de 2012

Abstract

In recent years strategies have been developed in Argentina to change the model of health care, strengthen primary care

and facilitate the reorganization of health services and funding systems. The objective of this paper is to show the effectiveness or not of the changes proposed, exemplified in the health profile of the province of Córdoba, for the period 2000 to 2007.

It is necessary to emphasize that the statistical data presented as numbers, graphs and/or tables reflect the situation of people who everyday have to deal with different situations in relation to their health. Therefore, the planning and management of resources and services in health is essential, given that recent surveys concerning health in our province showed a negative view on this very important and controversial topic.

Keywords: Public Health, Health Policy, Health Care Reform

Introducción

Uno de los principales cambios operados en el país en los últimos años ha sido el aumento de la desigualdad, la pobreza y los problemas de empleo y salud, afectando la calidad de vida de la sociedad. En el caso de la salud, es un tema complejo, ya que los factores que inciden en los procesos de salud/enfermedad de una población están vinculados a aspectos centrales de la estructura y de la organización social. La conducción y gerencia de los sistemas de salud son dimensiones relevantes en la determinación de los resultados sanitarios. En los últimos años se han desarrollado estrategias dirigidas al cambio del modelo de atención, afianzando la atención primaria y propiciando la reorganización del sistema de servicios de salud y de los sistemas de financiamiento. Este trabajo intenta mostrar la eficacia o no de los cambios dispuestos, ejemplificándolos en el perfil sanitario de la provincia de Córdoba.

Objetivos

Comparar la situación sanitaria de la provincia de Córdoba desde el año 2000 hasta el 2007, a través de indicadores seleccionados relacionados a la salud y analizar la eficacia de la política de salud aplicada en la provincia en el período seleccionado, considerando la evolución histórica de las políticas sanitarias desarrolladas.

Situación histórica

El sector público provincial tiene en Argentina una cobertura total de 21 millones de personas, sumando indigentes y beneficiarios de las obras sociales provinciales. Esta cifra constituye el 58% de la población argentina. Además, tienen gran autonomía para organizar sus propios sistemas provinciales de salud, sin necesidad de responder a un modelo único.

Sin embargo, es posible observar algunos problemas comunes. Por un lado, las obras sociales provinciales presentan serios problemas de financiamiento y de gestión y por el otro, los diferentes tipos de cobertura que ofrecen los subsistemas.

Al intentar analizar el futuro del sector en Córdoba, se hace necesario recordar algunos aspectos de la historia reciente de la provincia.

El proceso de reformas en el sector salud en esta provincia se inicia a partir del año 1995 en el contexto de una brutal crisis de desfinanciamiento del Estado provocado por el denominado “efecto tequila” y en el marco del primer cambio de gobierno desde la instauración de la nueva democracia en la Argentina (luego de 12 años de gobierno de Eduardo Angeloz asume otro hombre del mismo partido político, Ramón Mestre).

Durante los cuatro años de esta nueva gestión (1995-1999), y con el objetivo explícito de devolverle solvencia fiscal y financiera al estado, este gobierno pretendió realizar una profunda transformación del sector que implicaba la aplicación de medidas de ajuste y de reforma.

Dicho gobierno asume esta tarea con un diagnóstico fuertemente crítico sobre las características del sector salud provincial. Este diagnóstico precisaba los siguientes

problemas:

- a. Sobredimensionamiento del sector.
- b. Excesivo involucramiento de la jurisdicción provincial en la organización del sector estatal del sistema de salud provincial.
- c. Incumplimiento de las normativas constitucionales provinciales sobre descentralización.
- d. Problemas graves de gerenciamiento en las instituciones.

De estos cuatro puntos sobre los que hacía eje el diagnóstico del equipo reformista, se fueron desprendiendo las distintas políticas que apuntaban a resolver cada uno de estos problemas a la vez que se iba modelando un sistema bajo nuevos principios de organización.

Las medidas de ajuste apuntaban al problema del sobredimensionamiento del área. Las iniciativas del gobierno alrededor de esta dimensión están destinadas a ordenar el uso de los recursos en función a requerimientos relacionados con los límites presupuestarios. La racionalización de personal implicó una drástica reducción de la planta mediante el cese de contratos e interinatos, la absorción presupuestaria de cargos y la decisión de no cubrir interinatos y suplencias. Se suspenden las Residencias Médicas rentadas en los hospitales provinciales con el argumento de que en medio de la emergencia provincial el estado no podía seguir destinando recursos para la formación de post-grado de los médicos.

Además, el achicamiento del sector se materializa también con la reducción de la planta política del Ministerio de Salud y, como consecuencia de esto, un fuerte proceso de concentración en el proceso de toma de decisiones. También se lleva adelante un fuerte recorte presupuestario para el área que afecta principalmente “las cajas chicas” hospitalarias y que avanza hasta llegar al cierre de servicios y hospitales que se consideran como “excedentes”.

Los efectos de todas estas políticas sobre los servicios aparecen como permanentes denuncias de desatención de pacientes (falta de camas, falta de infraestructura necesaria para una correcta atención, deterioro de los hospitales, problemas con la derivación de pacientes).

Otra medida que está vinculada, no sólo con el achicamiento del sector público provincial, sino también, con su reconfiguración, es el fuerte proceso de descentralización emprendido con el argumento de dar cumplimiento inmediato a prescripciones de orden constitucional.

En cuanto a las políticas que podríamos definir como de reforma, el gobierno avanza sobre la redefinición de la Obra Social Provincial (IPAM), así como de la red de hospitales públicos provinciales.

Una clara tendencia del Ministerio de Salud de la provincia fue la inversión en tecnología y en infraestructura, por la cual se intenta que los hospitales públicos recuperen su capacidad operatoria y puedan competir en el mercado de la salud frente a la oferta privada. El objetivo era dar apoyo tecnológico para insertar al hospital público en una red de atención con un nivel de competitividad adecuado. Aún en plena vigencia de la Ley de Emergencia, el gobierno invertía en tecnología y se anunciaban obras.

A través de la definición de los perfiles hospitalarios, este gobierno tendía a lograr una gestión administrativa y gerencial adecuada, con personal de conducción capacitado para la integración con el resto del equipo de salud. Consideraban que la complejidad política y técnica del sistema sanitario requería tanto a profesionales que atiendan la salud de la población, como a quienes conozcan los complicados aspectos inherentes a la conducción y organización de modernas instituciones de salud. Los perfiles hospitalarios fueron implementados a partir de un decreto del gobernador. Estos perfiles introducen una nueva concepción administrativa en su funcionamiento, introduciendo modernos criterios de gestión y buscando agilidad en lo que se refiere a la toma de decisiones.

Este alto grado de conflicto producido en el sector, potenciado por situaciones similares en otros frentes del estado provincial, llevó al proceso de reformas a una situación de

parálisis, alcanzando su punto culminante durante la campaña electoral para elegir gobernador en la provincia y desarrollada en los últimos meses de 1998 (Buriyovich & Ace, 2003).

Políticas de salud en Córdoba

¿Qué pasaba con la política de salud en Argentina a principios del siglo XXI?. Durante los años 90 el gobierno nacional implementó políticas sanitarias que tuvieron impactos diferentes en cada provincia. Estas políticas (programa nacional de garantía de calidad, programa médico obligatorio, el hospital público de autogestión, etc.) fueron instrumentadas con financiamiento externo e interno para lograr la adhesión de los gobiernos provinciales.

A partir del Decreto Presidencial 455 del año 2000, se aprobó el Marco Estratégico-Político para la Salud, estableciendo los propósitos, estrategias y las políticas que debían regir el accionar del Ministerio de Salud y la direccionalidad de los proyectos y programas operativos en el área de su competencia. El propósito era lograr la efectiva aplicación y materialización del derecho a la salud, satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad de las acciones encaradas. Las estrategias iban dirigidas a:

- Cambiar del modelo de atención: Se prioriza el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud, centrado en la creación de un nuevo paradigma basado en una concepción integral de la salud, dirigido a la promoción de estilos de vida saludables y a comportamientos de autocuidado, en un espacio próximo a las personas y las familias.

- Promover la articulación e integración: tanto intra como intersectorial de las iniciativas y de los recursos en cada nivel jurisdiccional; se propiciará la articulación y la complementariedad entre los subsectores público, privado y de la seguridad social, para un uso más eficiente de los recursos, a la vez que se dará promoción e impulso a la activa participación de la comunidad y de las Organizaciones de la Sociedad y del voluntariado, cuando desarrollen actividades relacionadas a la finalidad salud. En este sentido resulta de interés la conformación de redes de salud integrales para la resolución de problemas de salud de las comunidades. La articulación institucional adquiere especial relevancia para alcanzar los acuerdos necesarios en los distintos escenarios de acción. Se crea el Consejo Federal para la Salud (COFESA) como espacio para la definición de metas de salud y para la articulación de planes y programas para el país en su totalidad. Cabe además una mención especial a la articulación regional a nivel del MERCOSUR, en el que se impulsan, además de las cuestiones económicas, el desarrollo de políticas y actividades que hacen a la problemática social y sanitaria de los países involucrados.

- Garantizar la cobertura de salud a toda la población

- Fortalecer el desempeño del sector y a reforzar la capacitación y la formación del recurso humano en investigación. A tal efecto las autoridades sanitarias nacionales están empeñadas en fortalecer la coordinación con las Jurisdicciones y las Universidades, en programas de formación y capacitación de grado, postgrado y educación continua en Atención Primaria de la Salud.

- El acceso al sistema dependerá de las necesidades y demandas de salud y el financiamiento tendrá una base solidaria, no relacionada con la capacidad de pago.

- Se fortalecerá el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y la capacidad institucional para la gestión y operación de programas y actividades de prevención y control de los riesgos, ya sea para las personas como para el medio ambiente (agua, aire, suelo, residuos, sustancias químicas, etc.).

- El hospital público desarrollará un nuevo perfil de actuación promoviendo cambios en el comportamiento institucional y de los profesionales; de esta forma se pone de relieve la enorme importancia de la capacidad instalada pública, de la que no se puede prescindir si se proponen metas de cobertura integral para toda la población del país.

- Integración y Reforma de los Seguros de Salud: el cambio en el Marco Regulatorio de

las Obras Sociales Nacionales recibió un nuevo impulso desde la publicación del Decreto 446 en junio de 2000, a través del cual se busca incrementar la solidaridad del sistema mediante el fortalecimiento del Fondo Solidario de Redistribución, aumentando los aportes al mismo en relación con el nivel salarial.

- Reconversión de las Obras Sociales Provinciales.

El 12 de marzo del 2002 se dispone la emergencia sanitaria por el decreto 486/02, con la firma del entonces presidente de la nación Eduardo Duhalde, y el ministro de Salud, Ginés González García. Entre otras cosas, esa emergencia permitía renegociar contratos de servicios públicos, así como reordenar el sistema financiero, sanitario, bancario y el mercado de cambios, reactivar la economía, mejorar el nivel de empleo y la distribución de ingresos y crear las condiciones para la reestructuración de la deuda pública, todas estas atribuciones del Congreso como lo establece el artículo 75 de la Constitución de la Nación, que fueron delegadas con la aprobación de esta ley. Esta ley se fue prorrogando sucesivamente hasta el año 2009 inclusive.

A nivel provincial, el 12 de Julio de 1999 inicia su gestión José Manuel de la Sota (1999-2003 y 2003-2007), y su gobierno cumple con algunos de los compromisos asumidos con los sectores gremiales médicos, anunciando la vuelta atrás de todas las medidas implementadas por la gestión anterior, con la sola excepción del proceso de descentralización. Este proceso se mantuvo e inclusive se profundizó, y podría ser considerado como uno de los cambios estructurales más importantes de las últimas décadas en el sector público provincial de la salud. (Recordemos que en este proceso caracterizado por la transferencia de efectores, la provincia pasa de tener en 1995 alrededor de 500 efectores de todos los niveles de complejidad, a sólo alrededor de 35, particularmente de máxima complejidad, en el 2001).

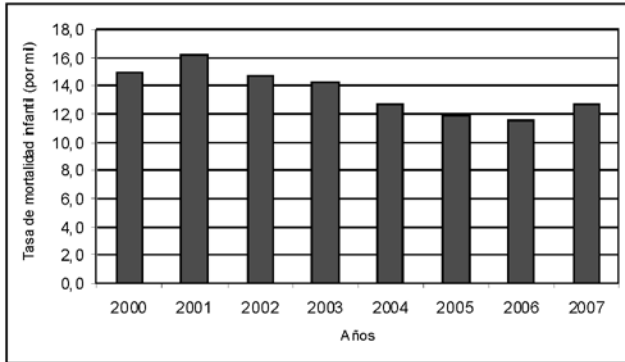
Esta reconstrucción en el sector de atención primaria se incluye dentro de las reformas de salud que estaban llevando adelante el gobierno nacional, a las cuales esta nueva gestión gubernamental se adhiere, incorporando a la provincia en el Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud gestionado por el Ministerio de Salud de la Nación financiado por un crédito del BID (Ley 8970, Poder Legislativo Provincial, 2001).

Durante la gestión de gobierno anterior, si bien se implementaron algunos programas, no se acordó con la orientación general de los cambios que incluía programas financiados por el BID, BIRF y Banco Mundial. Uno de esos programas implementados, que se continuó en esta nueva gestión de gobierno, es el Programa Materno Infantil (PROMIN) destinado a disminuir la morbi-mortalidad y la desnutrición materna e infantil y promover el desarrollo psicosocial de los niños menores de 6 años en áreas con alta proporción de población con necesidades básicas insatisfechas.

El incremento de la desocupación y los niveles de pobreza que trajo aparejado la crisis de 2001 supuso el aumento de la mortalidad en la población, sobre todo en los niños. Siendo justamente la mortalidad infantil uno de los indicadores que se utilizan habitualmente para medir los resultados de las políticas de salud.

Para la provincia de Córdoba la tasa de mortalidad infantil mantuvo para el período considerado una tendencia general descendente. Estas tasas se comportan de manera similar durante toda la década del 90: alternan años con aumento de las mismas, seguidos de otros con disminución de éstas, con diferencias entre las cifras que varían de valores mínimos de 0,1 puntos (1999-2000) hasta valores máximos que llegan a 3,2 puntos entre 1996 y 1997. A partir del 2001 las tasas adoptan un neto comportamiento decreciente, aunque más gradual, llegando a perder la tasa de mortalidad infantil 4,6 puntos desde ese año hasta el 2006.

Gráfico N°1. Provincia de Córdoba. Tasa de mortalidad infantil (por 1000). Años 2000 al 2007.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

En total, para el período considerado, la tasa de mortalidad infantil para la provincia de Córdoba pasa de 15,0 por mil en el 2000 a 12,7 por mil en el 2007, es decir una ganancia de 2,3 puntos frente a la mortalidad. Si analizamos el comportamiento de la tasa en relación a sus diferencias porcentuales podemos apreciar que en lo que va del período 1991-2006, la tasa de mortalidad infantil sufrió una reducción total del 46,5%, con un mayor decrecimiento en el período 2001-2006 (28%).

Tabla N°1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil según porcentaje de variación quinquenal y total en la provincia de Córdoba. Años 1991 al 2006.

Períodos	Mortalidad Infantil	Neonatal	Postneonatal
1991-2006	47,0	46,6	48,1
1991-1996	11,4	11,0	12,2
1996-2001	15,9	15,8	16,2
2001-2006	28,4	28,8	29,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

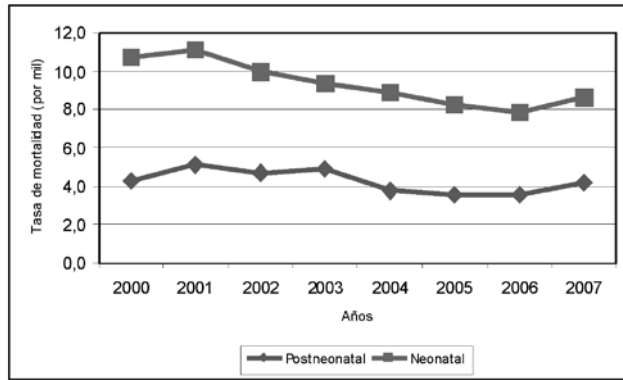
En cuanto a la distribución de la mortalidad infantil por departamento, existen variaciones amplias en las tasas para cada departamento en el período considerado, a pesar de no haber sufrido ninguna de estas áreas cambios rotundos en sus poblaciones. Se observa que los departamentos con mayor porcentual de variación de la tasa de mortalidad infantil son los del norte y noroeste (por ejemplo, Río Seco, Sobremonte, Totoral, Tulumba, Ischilín, Minas, Pocho, etc.) en correspondencia con regiones donde se presentan los más bajos niveles socioeconómicos.

Puede afirmarse que si bien la provincia registra una disminución sostenida de la tasa de mortalidad infantil, aún no se han alcanzado los niveles deseables en todos los departamentos, lo que lleva a pensar en la insuficiencia de las acciones destinadas a promover y proteger la salud materno-infantil.

La mortalidad infantil se divide, a fines prácticos, en mortalidad neonatal (de 0 a 28 días) y posneonatal (28 días a 12 meses). La mortalidad neonatal es el indicador más básico para expresar el nivel de desarrollo que tiene la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. A diferencia de la mortalidad postneonatal,

la mortalidad neonatal es menos dependiente de los factores ambientales y sanitarios. Está más condicionada por la buena organización de la atención perinatal y del tratamiento médico que en algunos casos requiere de alta especialización.

Gráfico N°2. Provincia de Córdoba. Tasas de mortalidad neonatal y postneonatal (por mil). Años 2000 al 2007.



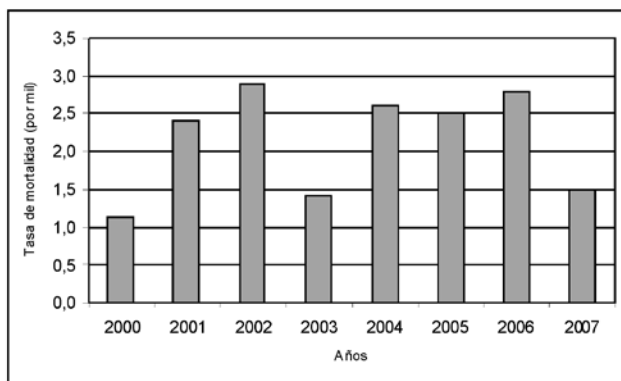
Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Para la provincia de Córdoba, se observa en el gráfico N° 3 que los niveles de mortalidad neonatal son mayores que los de la postneonatal como es de esperarse, y que ambas curvas siguen la misma evolución descendente que la tasa de mortalidad infantil general, con un largo periodo alternante y un posterior descenso neto. Sin embargo dicho gráfico también muestra que si bien las variaciones entre las tasas son mayores para la mortalidad neonatal, a partir del año 2001 esta tasa presenta una caída constante que se mantiene hasta el 2006, en cambio la mortalidad postneonatal presenta diferencias en sus tasas mucho menores que hacen que la disminución de sus valores sea mucho más gradual, y que a pesar de un pico mínimo a principios del siglo XXI, esta tasa se mantenga relativamente elevada hasta el 2004, en comparación con su contraparte de origen endógeno. Aún así ambas tasas se elevan en el último año del período considerado.

Teniendo en cuenta los valores netos de las tasas, se puede apreciar que la tasa de mortalidad neonatal pasa de un 10,7 por mil en el 2000 a un 8,6 por mil en el 2007, mientras que la de mortalidad postneonatal pasa de 4,3 por mil en el 2000 a 4,2 por mil en 2007. Si bien a primera vista no parece que la diferencia sea importante, al menos para la mortalidad postneonatal, a los fines de desmenuzar los cambios que ocurrieron en estas tasas durante el período se hace la siguiente consideración: en el quinquenio 2001-2006, la tasa de mortalidad postneonatal se redujo un 48%, mientras que la tasa de mortalidad neonatal se redujo un 46,6%. Estas reducciones quedan apañadas en las tablas, ante el brusco incremento de las tasas de mortalidad en el año 2007.

Siguiendo el lineamiento del programa PROMIN, a fines del año 2000 el gobierno crea el Comité Provincial de Mortalidad Materna, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, como organismo interinstitucional que tiene el objetivo de estudiar las muertes maternas ocurridas en todo el territorio provincial. La tasa de mortalidad materna registra la cantidad de fallecimientos de mujeres embarazadas y en el año posterior a dar a luz ocurridos en el año, cada 10 mil nacidos vivos. Es uno de los principales indicadores socio-sanitarios junto con la mortalidad infantil.

Gráfico N°3. Provincia de Córdoba. Tasa de mortalidad materna (por 10.000). Años 2000 al 2007.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Durante el período comprendido entre los años 2000-2007, la tasa de mortalidad materna – que refleja el riesgo de morir que tienen las mujeres durante la gestación y el parto – exhibió para la Provincia de Córdoba un comportamiento oscilante entre 1 y 3 defunciones maternas por cada 10.000 nacidos vivos. Se evidencian dos picos de aumento en las muertes maternas: en el 2002 y en el 2006 y dos picos de descenso curiosamente inmediatos: en el 2003 y en el 2007.

Con respecto a las causas que originan las defunciones maternas, de acuerdo la información relevada en el año 2004, se observa que el aborto ocupa el primer lugar (41% de los casos registrados). Seguidamente se ubican las enfermedades maternas que complican el embarazo en todas sus etapas (13%), las complicaciones propias del trabajo de parto y del parto propiamente dicho (13%) y la embolia obstétrica (13%). Las demás causas se encuentran contempladas en el 20% restante.

La atención en el momento del parto en condiciones de higiene y salubridad forma parte del conjunto de factores que influyen considerablemente en la salud materna. Por tal motivo, se contempla el porcentaje de nacidos vivos atendidos en establecimientos asistenciales. En la Provincia de Córdoba, este porcentaje alcanza valores superiores al 99,0%, con lo cual se puede afirmar que prácticamente la totalidad de los nacimientos cuentan con la asistencia de profesionales específicamente capacitados a tales fines.

Cabe aclarar la presencia, durante este período considerado, de la influencia del Programa de Salud Familiar y Comunitaria (2001-2008), sustentado con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Lo integraban varios equipos interdisciplinarios, para trabajar en la atención primaria de la salud, en zonas pobres del interior provincial. El programa había arrojado grandes logros, como haber reducido la mortalidad infantil y materna.

Siguiendo con el tema de la reforma del sistema de salud, los cambios gerenciales impulsados en el Ministerio Provincial y en los hospitales durante el período considerado, pretendieron desarmar un modelo organizacional burocrático al que se calificó de ineficiente, costoso, lento e insensible a las preferencias de los usuarios. Para tal fin se nombró una estructura de gerentes (la mayoría de ellos sin experiencia en la gestión de servicios públicos) que funcionaría en paralelo a la estructura burocrática previa con lo cual: se superponen funciones, se demoran aún más las decisiones, se aumenta el gasto en la estructura política en desmedro de la operativa, crecen los costos administrativos y se tornan ilegales algunos de los procedimientos. Esta reforma aparece entonces como

orientada más a la capacidad de control político que a la racionalidad técnica del método.

Durante la gestión 1999-2007, el gobierno de la provincia había sostenido que el área de la salud era una de sus prioridades y que en ella no se realizarían ajustes presupuestarios al estilo de los realizados por la gestión de gobierno anterior, de la cual pretendió diferenciarse permanentemente, al menos en el discurso.

Es posible afirmar que el Presupuesto Provincial en Salud durante el período 1999 – 2002 no logró estar por encima, en términos nominales, de los presupuestos de los dos primeros años de la gestión anterior (1996 – 1997), durante los cuales se llevó adelante un muy fuerte ajuste en el sector. Es más, al realizar el análisis tomando las puntas de la serie 1999 – 2002, es posible visualizar un fuerte ajuste para el sector a lo largo de esta gestión de gobierno, que ni siquiera se revierte en términos nominales durante el año 2002, año en el que se abandona a nivel nacional el Régimen de Convertibilidad de la moneda y se espera un fuerte impacto en el índice de precios debido al previsto proceso devaluatorio.

Lo asignado para el año 2002 implica que al área Salud le corresponde el 9,5% del total del gasto público provincial. Este porcentaje es el mayor en términos relativos de la gestión 1999-2002, sin embargo, está muy lejos, aún, del 11,3% del año 1996.

Pero además, con el fin de brindar una referencia más amplia, se puede acotar que los estándares internacionales recomiendan que el sector salud debe recibir un porcentaje presupuestario de alrededor del 10%. Como dato complementario, y para tener una referencia de nuestro país, durante el año 2002, y en el marco de un muy fuerte ajuste, la Provincia de Buenos Aires (considerada junto con Córdoba y Santa Fe como las “tres provincias grandes” en términos fiscales) le asigna a su sector salud el 11% del presupuesto.

Por lo dicho, el presupuesto en salud sufre una fuerte disminución por dos vías. La primera, es el ajuste nominal del gasto realizado en el 2000, que lleva la cifra asignada a ser la menor del período. La segunda, es la fuerte licuación de los recursos debido a una pauta de incremento de los mismos para el 2002 que no cubre la inflación prevista y, mucho menos, el porcentaje de devaluación del peso, lo que lleva a que con recursos levemente superiores nominalmente se puede adquirir una cantidad sustancialmente menor de bienes y servicios. Esto se traduce en menor cantidad de recursos destinados a mobiliario, aparatología o infraestructura. Esto, además, implica que se ajusta un presupuesto presente trasladando mayores erogaciones hacia presupuestos futuros.

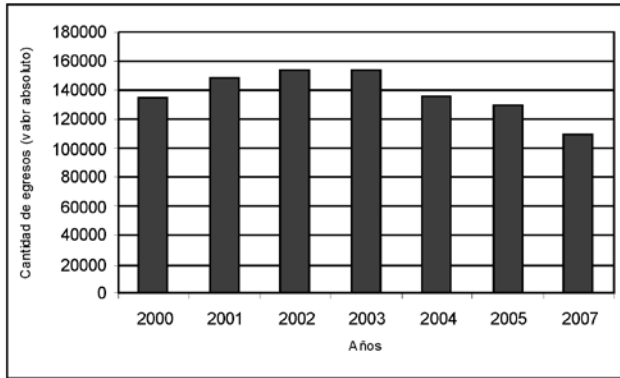
Otro aspecto importante de la política gubernamental, el cual, a su vez, tiene reflejo presupuestario, es el de los recursos humanos. Este rubro es importante de analizar debido a que, además, en términos de recursos asignados, equivale a casi el 50% del total del presupuesto para el área.

Ahora, vale aclarar que el crecimiento del gasto en personal tiene una particularidad. Este se ha logrado aumentando los recursos destinados a personal no permanente en detrimento del destinado al permanente.

Finalmente, lo dicho hasta aquí, nos muestra que la combinación de sucesivos ajustes nominales del gasto, realizados en años anteriores al actual, sumado a la licuación del mismo debido al proceso devaluatorio en curso durante el año 2002 y a la imprevisión para enfrentarlo, puede generar efectos dramáticos en el funcionamiento del sector público de la salud (Buriyovich & Ace, 2003).

Se considera a continuación cómo se ha desarrollado la demanda de recursos de salud de la provincia de Córdoba, a través de la evolución de la cantidad de consultas y egresos de pacientes registrados. De esta forma se observa en el cuadro siguiente que la cantidad de consultas registradas en establecimientos oficiales que parecía aumentar hacia el año 2002, cae abruptamente en el año 2003 y luego disminuye paulatinamente a partir del 2004. Una situación similar se produce en los egresos hospitalarios: al parecer el año 2003 marca el comienzo de la caída de la demanda hospitalaria, aunque en este caso esa caída no es tan abrupta desde el principio.

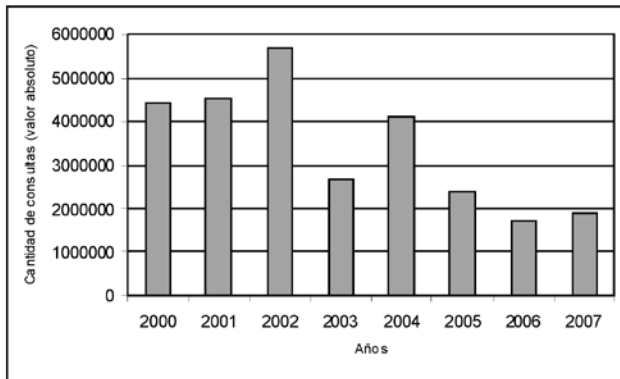
Gráfico N°4. Provincia de Córdoba. Cantidad de egresos de establecimientos oficiales. Años 2000 al 2007.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Este fenómeno podría ser secundario a la disminución de la cantidad de camas y de establecimientos oficiales, asociado quizás a la situación de constante carencia y reclamo que cursan estos establecimientos.

Gráfico N°5. Provincia de Córdoba. Consultas en establecimientos oficiales. Años 2000 al 2007.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Por otro lado también se analiza cómo evolucionó la oferta oficial, a través de dos variables: la cantidad de camas disponibles y la cantidad de establecimientos oficiales:

Tabla N°2. Provincia de Córdoba. Camas disponibles y cantidad de establecimientos oficiales. Años 2000, 2004 y 2007.

Año	Camas disponibles en establecimientos oficiales	Cantidad de establecimientos oficiales
2000	8114	1763
2004	6671	-
2007	-	1223

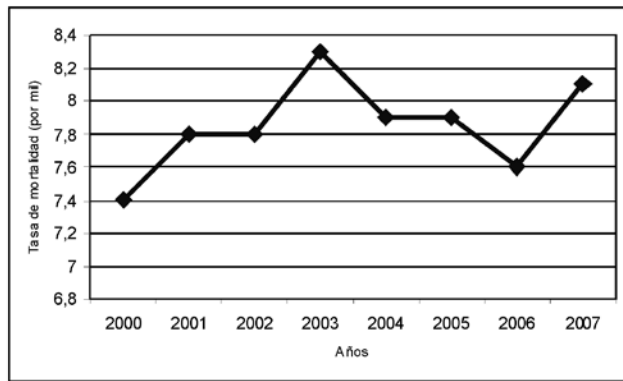
Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

En los últimos años se produjo el cierre de 120 establecimientos asistenciales privados, motivo por el cual –según un estudio realizado por el Ministerio de Salud– 277 pueblos del interior cordobés carecen de oferta de prestaciones privadas de salud. Por decirlo de otra manera, en 277 localidades de la provincia el Estado municipal es el único prestador de salud. Obviamente que se ve sobredimensionada la población que necesita de los hospitales públicos, y éstos, a su vez, sufren una crisis financiera importante.

En referencia a la mortalidad general, durante la primera década del siglo XXI, se pusieron en marcha una serie de programas a nivel nacional orientados a la prevención de enfermedades en vez de a su curación, entre ellos se destacan el Programa Nacional de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, el Programa de Prevención de Osteoporosis y Fractura de Cadera, el Programa de Nutrición y Alimentación Nacional (dirigido a la población infantil), y el Programa Nacional de Detección y Control de la Enfermedad Celíaca.

A nivel provincial, si bien se adhirió a estas actividades, también se incluyeron otras como la detección precoz de los portadores de enfermedad de Sandhoff, el organismo de control y prevención de anemias y malformaciones del tubo neural, etc.

Gráfico N°6. Provincia de Córdoba. Tasa bruta de mortalidad (por 1000). Años 2000 al 2007.



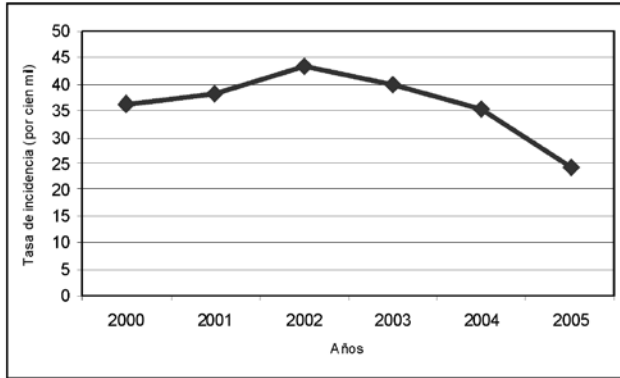
Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Para el período comprendido entre los años 2000 y 2007 se observa que la tasa bruta de mortalidad presenta dos picos importantes: uno ascendente con su cénit en el 2003, luego del cual aparece un pico descendente que culmina en el 2006, para luego volver a subir estrepitosamente la tasa de mortalidad. Puesto en números, significa que se empieza el milenio con una tasa bruta de mortalidad de 7,4 y se llega al 2007 con 8,1 muertes por cada 100.000 personas, con un máximo de 8,3 en el 2003 y un mínimo de 7,6 en el 2006. Probablemente este fenómeno se asocie a las repercusiones de la crisis que sufrió Argentina en el año 2001; sin embargo esta crisis no explicaría la suba de la tasa de mortalidad para el 2007.

Además de la preocupación por la mortalidad, también se plantea en el gobierno la necesidad de atacar otras variables asociadas a la salud, que son los designados factores de riesgo. De esta manera, se implementan en el ámbito provincial programas de control de tabaquismo, alcoholemia, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA. A principios del año 2003 la provincia se incorpora al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley Nacional N°25.673), que tiene como objetivos disminuir la morbimortalidad materno-infantil, prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual de los adolescentes y contribuir a la prevención y detección de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genitales y mamarias.

Actualmente el VIH/SIDA se ha transformado en un problema prioritario al cual deben enfrentarse todos organismos vinculados a la salud. Este fenómeno, que surge como una amenaza para la sociedad en general, ha experimentado un proceso de rápida propagación en los últimos años, provocando severas consecuencias negativas en el mundo. Como puede apreciarse en el gráfico a continuación, la evolución de la tasa de incidencia de SIDA, enfermedad cuya notificación es obligatoria en la Provincia de Córdoba, tiende a asumir un comportamiento decreciente en los últimos años, observándose en el año 2005 el valor más bajo registrado desde el año 1996. No obstante, dicha cifra continúa superando considerablemente a la calculada para el año 1990.

Gráfico N°7. Provincia de Córdoba. Evolución de la tasa de incidencia del SIDA (por 1.000.000). Años 2000 al 2005.

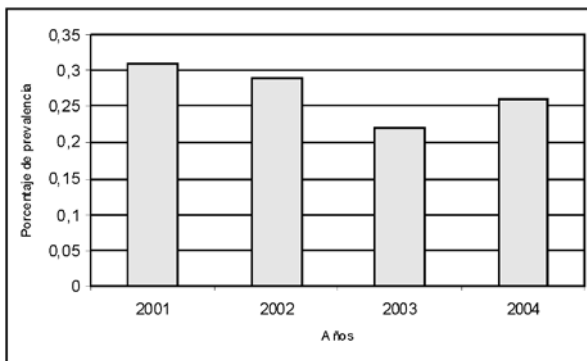


Fuente: “Objetivos del milenio. Informe provincia de Córdoba 2006”. Gerencia de Estadísticas y Censos del Gobierno de la provincia de Córdoba.

Con relación a la composición por sexo de los casos notificados de SIDA, cabe mencionar que si bien los casos masculinos superaban ampliamente a los de las mujeres a comienzo de la década de los noventa, esta diferencia ha ido minimizándose con el transcurso del tiempo, a pesar de las oscilaciones detectadas en el indicador. Esta afirmación denota la importancia que ha cobrado la epidemia en la población heterosexual y el incremento registrado en los casos femeninos en los últimos años.

La tasa de prevalencia de VIH en embarazadas testeadas experimentó una disminución entre los años 2001 y 2003, aunque en el año 2004 manifestó un leve incremento en relación al año anterior.

Gráfico N°8. Provincia de Córdoba. Tasa de prevalencia de VIH en embarazadas. Años 2001 al 2004.



Fuente: “Objetivos del milenio. Informe provincia de Córdoba 2006”. Gerencia de Estadísticas y Censos del Gobierno de la provincia de Córdoba.

Otras patologías estadísticamente significativas y de control epidemiológico en Córdoba también son consideradas en este trabajo, principalmente la tuberculosis, el paludismo y el Chagas.

La tasa de notificación de Tuberculosis (TBC) en la Provincia de Córdoba, así como el número de personas informadas que contrajeron Tuberculosis, registró una disminución entre los años 1990 y 1992. En 1993 alcanzó su máximo valor (21,3 por 100.000 habitantes), para luego ir decreciendo paulatinamente hasta el año 2001 (11,8 por 100.000 habitantes). Los casos notificados durante el 2004 tuvieron mayor incidencia de la Tuberculosis en los adultos de 20 a 24 años y de 35 a 74 años (este último grupo representa el 49,2% del total de casos registrados). Por otro lado, es destacable señalar que la Tuberculosis se detectó en mayor proporción entre los hombres, puesto que éstos representaron el 60,9% de los casos informados.

En lo que respecta al Paludismo, la Provincia de Córdoba presenta índices de morbilidad estadísticamente no significativos. Datos publicados en el Boletín Nacional de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación indican que sólo se notificó un caso por año en toda la provincia en el período comprendido entre los años 2000-2001.

Finalmente, el mal de Chagas, asociado a las condiciones de pobreza que padecen ciertas personas, ha revelado notables oscilaciones en el número de casos informados desde principios de los años noventa. Si bien las cifras registradas exhibieron un abrupto crecimiento entre los años 1990 y 1992, a partir de 1993 comenzó a manifestarse una tendencia decreciente que finalizó en 1995, para luego retomar un comportamiento oscilante, aunque con valores inferiores a los detectados a principios de la década. En el año 2004 se notificaron 12 casos con esta enfermedad.

En cuanto a la presencia de Enfermedad de Chagas en embarazadas, en función de un relevamiento realizado por la Coordinación Nacional de Control de Vectores dependiente de la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, el índice de infección de los casos estudiados para el año 2004 fue del 2,79%, con lo cual este resultado permite concluir que de cada 100 mujeres embarazadas, aproximadamente 3 de ellas padecen de esta afección.

Finalmente se puede mencionar, entre otros temas planteados en materia de salud pública en la provincia de Córdoba, el avance que adquirió la jurisprudencia en políticas referentes a discapacidad, transplante y ablación de órganos y la bioética en el ámbito de la salud.

Conclusiones

El panorama que se muestra para principios del año 2008 en la provincia de Córdoba es el siguiente: la tasa bruta de mortalidad y la mortalidad infantil, tanto la neonatal como postneonatal, que empezaron el siglo disminuyendo paulatinamente, empiezan a aumentar. La gente ya no concurre a los establecimientos oficiales debido a los diversos problemas que los aquejan, de allí que disminuyan las internaciones y consultas en estas instituciones. Si a eso se le agrega que disminuyen también los establecimientos asistenciales privados, entonces, ¿dónde concurre la gente a ser curada?

La mortalidad materna parece aumentar su nivel y se convierte en un asunto que rebasa el ámbito de la salud: es una cuestión de derechos humanos. La mortalidad materna también tiene enormes consecuencias negativas económicas y sociales para la familia y la comunidad, teniendo en cuenta el importante papel de las mujeres en la vida familiar y en el desarrollo social y económico en el país.

El crecimiento de la mortalidad infantil, la situación de maltrato de las personas que deben sacar número para ser atendidas en los hospitales públicos de la ciudad de Córdoba, que aún no ha sido resuelto, la disminución del gasto en personal, precarización del mismo,

el desfinanciamiento del sector en lo atinente a inversiones de capital y la licuación del gasto de funcionamiento auguran tiempos difíciles por venir, más allá de las pretensiones grandilocuentes expresadas en diversos programas y proyectos por parte del gobierno de la provincia.

Se trata de la conclusión de la mala administración en el sector salud durante este periodo lo que podemos observar en los resultados cuantitativos. Sin embargo, hay un punto que hay que poner de relieve el cambio que ha habido en la perspectiva de la atención primaria de la salud, dirigida ahora hacia la prevención y vigilancia, en vez de la antigua e insuficiente curación de los pacientes. Y eso se refleja en la fuerza que han obtenido algunos organismos como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, el Centro Epidemiológico Municipal y el recientemente creado Observatorio de Salud de Córdoba.

En conclusión el estado de la salud pública en Córdoba es alarmante. Esta afirmación, que parece apresurada a la luz de determinados indicadores que se están conociendo en nuestra Provincia, no es más que el reflejo de la realidad. No hay que hurgar demasiado porque los datos saltan a la vista. Aún cuando se supone por lógica que la salud debe ser, junto a la educación, una de las prioridades de todo buen gobierno, es curioso como se le da tan poca importancia a esta materia.

Bibliografía

1. Buriyovich J., Ase I. (2003) *Las políticas de salud en Córdoba: ¿Una oportunidad para el fortalecimiento del paradigma asociativo?*. Trabajo presentado en el II Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración, Córdoba, Argentina.
2. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (2007a). *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico – Año 2005*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
3. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (2007b). *Indicadores de salud seleccionados. República Argentina Años 2000 a 2005*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
4. Gobierno de la Provincia de Córdoba, Gerencia de Estadísticas y Censos (2006). *Objetivos del milenio. Informe Provincia de Córdoba. Año 2006*. Córdoba: Gobierno de la Provincia de Córdoba.
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (n.d.). *Tasa bruta de mortalidad por mil habitantes, por provincia de residencia de los fallecidos. Total del país. Años 1980-2006*.
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (n.d.). *Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos, por provincia de residencia de la madre. Total del país. Años 1980 - 2006*.
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (n.d.). *Tasas de mortalidad infantil neonatal (total, precoz y tardía) y post-neonatal, por provincia de residencia de la madre. Total del país. Años 1980-2006*.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (n.d.). *Defunciones maternas y tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos, por provincia de residencia de las fallecidas. Total del país. Años 1980-2006*.
9. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2000) *Políticas de Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
10. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Departamento de Estadística Central (2008). *Indicadores básicos de salud de la provincia de Córdoba. Año 2007*. Córdoba: Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.