



FUNDACIÓN
RIO CUARTO 2030

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE CORDOBA

Y una construcción participativa del diagnóstico
sanitario del sur cordobés

Mayo 2019

Fundación Río Cuarto 2030 realizó una caracterización del sistema sanitario de Río Cuarto y el sur de Córdoba con el objetivo de identificar las oportunidades y desafíos que se presentan en el sector. Para ello se valió de 2 herramientas para la construcción de tal información; de fuentes secundarias a partir de la información proporcionada por la Federación Médica de la Provincia de Córdoba, y de los datos del Ministerio de Finanzas de la Provincia de Córdoba sobre la ejecución del presupuesto 2018, y de fuentes primarias resultantes de la realización de un diagnóstico participativo con representantes médicos, cuerpo de colegiados y funcionarios responsables de la cartera sanitaria de niveles locales y nacionales.

El **diagnóstico participativo** es un método de participación ciudadana diseñado para obtener las opiniones y experiencias de grupos de personas relacionadas a una cierta temática que afecta a una comunidad o región. En este caso la temática abordada fue el sistema de salud del sur cordobés para lograr construir una visión compartida a partir de la experiencia y formación de los diferentes actores que forman parte del sector salud.

En el presente informe se realiza una breve reseña histórica de la composición del sistema de salud provincial desde la década de 1970 y concentrándose principalmente en la relación entre los rubros que componen dicho sistema. Luego se describe de manera concisa la estructura sanitaria a nivel nacional para luego enfocarse en la propia situación de la provincia de Córdoba, otorgándole importancia a las características de los recursos humanos y en infraestructura disponibles. De manera subsiguiente se particulariza el análisis en la zona sur de mencionada provincia y explicando la ejecución presupuestaria en el año 2018 en materia de salud en dicha zona. Para finalizar se complementa con el diagnóstico logrado bajo un método participativo de la salud en la Ciudad de Río Cuarto.

1. Breve descripción histórica en la provincia de Córdoba

El estado actual del sector no escapa al proceso que existió en la provincia de Córdoba durante el siglo XX. A comienzo de la década de 1960 la capacidad instalada en el interior de Córdoba correspondía mayoritariamente al sector público.

A partir de ese período la distribución de profesionales en el interior de la provincia de Córdoba mostró una fuerte correspondencia con los procesos de crecimiento regional y desarrollo. Es así que, en áreas de pobreza y marginalidad prevalecieron prácticamente en su totalidad el sector público, mientras que en aquellas regiones de fuerte crecimiento económico, junto con aumento de la urbanización, comenzarán a aparecer nuevos establecimientos privados y crecerá el número de médicos. Los nuevos establecimientos privados se caracterizan por ser pequeñas clínicas generalistas no especializadas, salvo para los sectores de ginecoobstetricia.

Ya por finales de la década de 1970 comienzan a aparecer centros pequeños con especialidades como oftalmología, neonatología, nefrología, cirugías plásticas, esto se complementa con la ampliación a centros de atención ambulatoria.

El crecimiento de la medicina privada estuvo fuertemente vinculado con el desarrollo de los sistemas de obra sociales en el mismo período las cuales permitieron generar el flujo financiero mayoritario para que las pequeñas empresas y especialidades médicas pudieran subsistir y expandirse. Las obras sociales más importantes correspondieron a la ex IPAM o actualmente APROSS, el PAMI y las obras sociales sindicales.

Respecto al sector público se observó un achicamiento relativo al sector privado por las crecientes dificultades financieras, la descentralización a niveles provinciales y municipales de servicios de atención y las diversas políticas de recortes de gasto público que el Estado en sus diversos niveles ha venido desarrollado desde la década de 1960 a la actualidad.

La estructura termina de delinearse con los convenios entre los sindicatos, obras sociales y las clínicas privadas.

La concentración de los servicios de salud pública en sistemas hospitalarios conspiró con la eficiencia en la administración del sistema en su conjunto debido a la complejidad que representó.

En la provincia de Córdoba la oferta del sistema de salud se ha corporativizado en dos grandes frentes: La Federación médico gremial y la Asociación de clínicas, sanatorios y hospitales privados de Córdoba y algunos facturadores independientes. Por el lado de los agentes financieros del sistema (obras sociales) la concentración mayoritaria en APROSS y PAMI no solo se observa en el total facturado sino que se distribuye casi uniformemente en todas las prestaciones.

El funcionamiento actual del sistema de salud no satisface ni a profesionales ni a usuarios y el análisis debe centrarse a otro conjunto de fenómenos como la centralización, los monopolios y las regulaciones arbitrarias para poder extraer conclusiones importantes.

Esta preeminencia de las obras sociales estatales genera una importancia mayúscula del Estado como agente financiero y de control del sector salud. Económicamente nos encontramos frente a un sistema oligopólico cartelizado que termina generando un

fenómeno de sub empleo médico, la concentración de la demanda médica. Del sub empleo médico es el reverso de la concentración de ingresos y prestaciones, sumada al crecimiento de la población de profesionales.

Por otro lado, se da una concentración en la demanda, dada la reducción de población en las obras sociales del sector productivo, el crecimiento del APROSS y el PAMI. Además, la participación del gasto total que tienen esas obras sociales es superior a su población beneficiaria.

Para comprender el orden social dentro de un esquema corporativo se necesita estudiar las relaciones de poder y los actores que imponen la organización dentro del mismo sistema. Según la sociología política un actor tiene la capacidad cuando dispone recursos de poder. La primera clase de recursos de poder es el económico, es decir el control por parte de un actor de un bien escaso o de difícil sustitución, el segundo corresponde a la capacidad de cohesión hacia adentro de los miembros que nuclea la corporación y el último factor es contar con un proyecto de organización global del esquema corporativo.

En el sistema de salud podemos identificar por lo menos tres grandes grupos corporativos: Los gremios de profesionales, la corporación sanatorial y las empresas superespecializadas.

La incapacidad de liderazgo del estado, la fragmentación institucional y la debilidad de las obras sociales públicas como APROSS y PAMI en el marco provincial, deja a los sectores de los prestadores como actores principales del sistema.

El sector se encuentra con un nivel elevado de conflictividad porque las relaciones de poder no se logran imponer, sino que presentan un empate técnico en el sentido que el Estado y las principales obras sociales públicas no pueden promover un nuevo esquema de organización del sistema, mientras que los profesionales agremiados y las empresas prestadoras no cuentan con los recursos para imponer su lógica dentro del mismo.

2. Estructura del sistema de salud

La Argentina es un país federal con descentralización de la responsabilidad del cuidado de la salud en las jurisdicciones. Por mandato constitucional las provincias cuentan con autonomía y son responsables del cuidado de la salud de la población. Los Municipios, por su parte, también programan y llevan a cabo acciones de salud. Ésta realidad genera múltiples desafíos en materia de coordinación y homogeneidad en las políticas públicas de los distintos niveles (nacional, provincial y municipal).

El sistema de salud está segmentado en tres subsectores: El Público, el de Obras Sociales y el sector Privado, que coexisten simultáneamente. Los dos últimos están muy relacionados entre sí, dado el alto grado de contratación de servicios de salud que hacen las instituciones responsables de la gestión de la seguridad social (obras sociales) con prestadores privados de servicios de salud de diferente tipo y tamaño.

Respecto al Subsector Público posee la responsabilidad de brindar servicios públicos de salud dentro de la esfera provincial, y las autoridades sanitarias provinciales poseen competencias relativas a la fiscalización del funcionamiento de los servicios y administración de las instituciones y establecimientos públicos, formación y capacitación de los recursos humanos en el sector, coordinación intersectorial, entre otras funciones dentro de sus respectivas jurisdicciones. La población que se comporta como demanda natural y básica del Subsector Público es en líneas generales la que carece de cobertura de seguros asistenciales obligatorios (obras sociales) o voluntarios (prepagas).

Por su parte la Nación tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores.

En cuanto al sector que comprende el sistema de Seguridad Social, pertenecen las denominadas Obras Sociales Nacionales (OSN) y el Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados, todas ellas conforman el llamado Sistema Nacional de Seguro de Salud y son reguladas por el gobierno nacional. Un segundo conjunto lo constituyen las Obras Sociales Provinciales (OSP).

Respecto al Subsector Privado de Salud está conformado por un conjunto de empresas de afiliación voluntaria que cobran una mensualidad (o prima) a sus afiliados y les brindan acceso a una red de servicios médicos y al conjunto de prestaciones establecidas por regulación nacional a través del PMO (Programa Médico Obligatorio) y son las mismas que rigen para las OSN.

Provincia de Córdoba

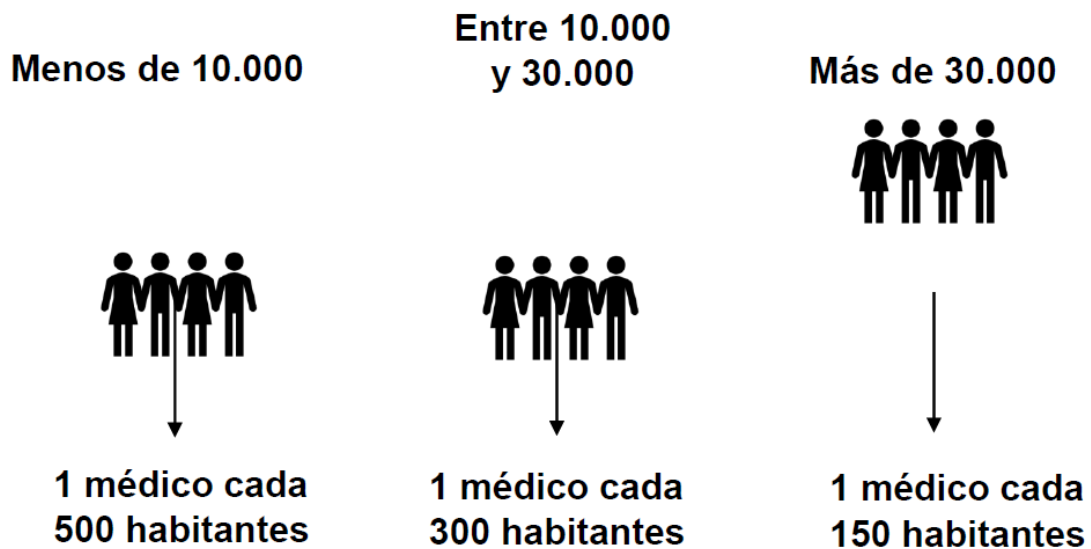
Las regiones sanitarias por las cuales está dividido el sistema de salud nacional son las siguientes: Noroeste (NOA), Nordeste (NEA), Cuyo, Centro o Región pampeana y Sur o Patagonia, con un total de 21.095 establecimientos sanitarios. La provincia de Córdoba pertenece a la región centro con 1.872 establecimientos en total con 15.150 camas disponibles para internación. El modelo de atención que se persigue es el de un sistema integral, donde las personas puedan acceder a una red de atención y no a servicios aislados, bajo la estrategia de atención primaria. Así mismo la modalidad de atención en salud es mixta, es decir con establecimientos públicos y privados.

Según el censo del año 2010, la provincia de Córdoba cuenta con 2.925.891 habitantes. Analizando la densidad poblacional desde el punto de vista de los recursos humanos de salud según OMS, los recursos se distribuyen de la siguiente manera (cantidad de médicos cada 1000 habitantes):

- Argentina: 4 Médicos cada 1000 habitantes
- Provincia de Córdoba: 5 Médicos cada 1000 habitantes.
- Córdoba Capital: 9 Médicos cada 1000 habitantes.
- Interior de la Provincia de Córdoba: 3 Médicos cada 1000 habitantes.

La concentración de la mayor parte de los profesionales de la salud se da en Córdoba Capital, la ciudad más importante y más poblada de la provincia, con 1.391.000 habitantes (según Censo 2010). En el interior de Córdoba, que cuenta con 1.534.891 habitantes (según Censo 2010), la distribución de recursos humanos es mucho menor que en Capital.

Tomando como referencia la distribución de profesionales en ciudades según la cantidad de habitantes, nos encontramos con los siguientes datos:

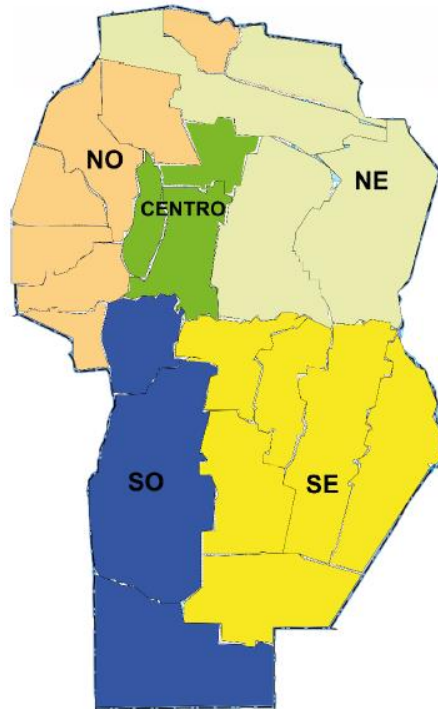


Fuente: Federación Médica de la provincia de Córdoba

Distribución de médicos por zona

A los fines de estructurar la información recabada decidimos dividir a la Provincia de Córdoba en cinco zonas:

- Zona Centro
- Zona Noreste
- Zona Noroeste
- Zona Sudeste
- Zona Sudoeste



El diagnóstico pretende hacer hincapié en la zona sudoeste ya que es la que integra la región vinculada con la ciudad de Río Cuarto. Dicha zona posee el 22% del total de habitantes de la provincia con 336674 habitantes, de los cuales 35747 son del Departamento General Roca, 54784 de Calamuchita y 246143 a Río Cuarto.

Teniendo en cuenta la matrícula de profesionales médicos al 1 de julio de 2018, en la zona de estudio se encuentran 1280 profesionales (6% del total de médicos en la provincia). Dicha cifra si se la pone en perspectiva con el resto del territorio cordobés, la zona Centro concentra el 77% del total (15679 médicos), la zona Noreste el 4 % (784 médicos), la zona Noroeste el 3% (549 médicos), y la zona Sureste el 10% (20191 médicos).

Estableciendo una relación entre la cantidad de habitantes con la cantidad de profesionales con matrícula vigente por zona se obtiene la porción de personas por médico:

Cantidad de Médicos matriculados por habitante s/zona	Centro	94 hab.
	NE	401 hab.
	NO	289 hab.
	SO	263 hab.
	SE	310 hab.

Fuente: Federación Médica de la provincia de Córdoba

Especialidades médicas no cubiertas

Según los datos arrojados por una investigación realizada por la Federación Médico Gremial de la Provincia de Córdoba, se pudo determinar que las especialidades críticas no cubiertas por zona se distribuyen de la siguiente manera:

Especialidades críticas según zona del interior de la Provincia de Córdoba			
NE	NO	SE	SO
Pediatría	Medicina General y de Familia	Medicina General y de Familia	Obstetricia
Anestesiología	Anestesiología	Anestesiología	Ginecología
Neonatología	Pediatría	Tocoginecología	Pediatría
Terapista	Obstetricia	Pediatría	Cirugía General
Medicina General y de Familia		Cirugía General	Medicina General y de Familia
Neurocirugía			
Especialidad crítica común a todas las zonas: Médico de Guardia			

Fuente: Federación Médica de la provincia de Córdoba

Infraestructura

Niveles de complejidad en el servicio público de salud provincial

La categorización de los establecimientos asistenciales se basa en la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano y no en la complejidad de la tecnología disponible. Los niveles son tres:

Nivel I (Bajo riesgo):

Constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios o sistema en la mayoría de los casos. Realiza, entre otras, acciones de promoción y protección de la salud, así como diagnóstico temprano de daño, control de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo.

Los establecimientos de este tipo deben poseer:

1. Área de admisión y egresos.
2. Sector de estar para usuarios.
3. Gabinetes para consultas y prácticas.
4. Office de enfermería.
5. Sector de estar para el personal.
6. Sanitarios.
7. Amueblamiento y equipos técnicos para atender consultas y para funciones de promoción y prevención de la salud.
8. Comunicación y transporte.
9. Sector abierto para el paso y la atención del público.
10. Sector cerrado para la atención de pacientes internados.
11. Internación discriminada por sexo y área para pediatría.
12. Instrumental adecuado para desarrollar las acciones programadas (Cirugía, traumatología de bajo riesgo o para derivación).

El perfil adecuado del equipo de salud que permitirá el desarrollo de las funciones básicas del establecimiento asistencial de Nivel I es el siguiente:

1. Médico Director capacitado en gerenciamiento y funcionamiento de redes de atención médica.
2. Médicos generalistas.
3. Pediatra / Tocoginecólogo (permanentes o rotativos).
4. Odontólogo / Bioquímico.
5. Enfermeros.
6. Personal administrativo (compras, facturación, contabilidad, secretaria).
7. Personal de mantenimiento.

Nivel II (Mediano riesgo):

Puede constituir la puerta de entrada al sistema. Realiza las mismas acciones que en el de bajo riesgo, a lo que se suma un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos de diagnóstico y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo.

Los establecimientos de este tipo deben poseer recursos físicos y equipamiento similar al del Nivel I ampliado de acuerdo a las especialidades que se hayan agregado. Por ejemplo:

1. Consultorio e instrumental odontológicos.
2. Locales y equipos para Radiología y Laboratorio.
3. Cobra jerarquía la actividad Quirúrgica y Obstétrica.

Además de lo contemplado en el Nivel I, el equipo de salud requerido para este nivel es:

1. Médicos de las cuatro especialidades básicas (Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Pediatría y Tocoginecología).
2. ORL, Oftalmología, Traumatología.
3. Eventualmente otras especialidades (Cardiología, Neumonología).
4. Enfermeros y auxiliares.
5. Técnicos: Radiología, Laboratorio, Hemoterapia, Esterilización y Estadística.

Nivel III (Alto riesgo):

Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede realizar acciones del bajo y mediano riesgo, pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad tanto sean por los recursos humanos capacitados como así también por los recursos tecnológicos disponibles.

En lo referente a la planta física, este tipo de establecimiento no varía de lo ya descrito salvo en sus dimensiones y eventual expansión de actividades.

Infraestructura del sector privado

En cuanto al equipamiento, va de lo requerido para el Nivel II hasta el eventual máximo desarrollo tecnológico en diagnóstico y/o terapéutica. El equipamiento básico de los niveles anteriores se amplía progresivamente hasta alcanzar el máximo desarrollo tecnológico en los servicios de cuidados intensivos. Este servicio debe tener un diseño de planta conforme a sus necesidades, teniendo en cuenta que:

- Los pacientes que acceden a este nivel requieren un seguimiento tenaz y permanente.
- Deben ser fácilmente visualizados.
- Sus signos vitales deben ser controlados sin interrupción.
- El equipo de trabajo debe poder actuar sin dificultades de espacio.

Además de lo contemplado en el Nivel I y II, el equipo de salud de este nivel se compone de los especialistas en áreas tales como Neurología, Cardiología, Gastroenterología, Endocrinología, Oncología, Dermatología, Inmunología.

Focalizando el análisis en la infraestructura existente del sector privado, la misma se ha reducido de manera drástica en todo el territorio provincial. A tal conclusión se llega analizando la cantidad de establecimientos privados existentes en el año 2000 los cuales sumaban una cantidad de 425, sin embargo para el año 2015 quedaban solo 163, de los que el 79.1% están concentrado en región Centro (129 establecimientos) y el restante 20.9% se distribuye a lo largo del interior provincial.

Respecto al sector público de atención médica, la Provincia de Córdoba cuenta en su con 35 hospitales provinciales, hospitales municipales, centros de salud y dispensarios para cubrir la atención de poco más de tres millones de habitantes. Su distribución por cantidad de habitantes es la siguiente:

Cantidad de habitantes	Establecimientos públicos de Salud
Menos de 10000	Dispensarios Municipales – Centros de Salud
Entre 10000 y 20000	Hospitales Municipales
Más de 20000	Hospitales Provinciales

Fuente: Federación Médica de la provincia de Córdoba

Infraestructura sanitaria en Río Cuarto

El sector de la salud en la ciudad de Río Cuarto representa un verdadero polo de crecimiento económico con cerca de 1000 médicos en distintas especialidades, 6 centros sanatoriales privados, 1 hospital regional con nivel III de complejidad, 12 centros de salud pública municipal, 1 maternidad pública (Kowalk) y varios centros de especialidades médicas privados sin sistema de internación.

Según estimaciones del Colegio médico de la ciudad de Río Cuarto, el sector genera cerca de 1300 empleos directos y a estos debería sumarse el empleo indirecto generado en las actividades conexas (hoteles, comedores, farmacias, kioscos, playas de estacionamiento, etc).

Conclusiones del diagnóstico:

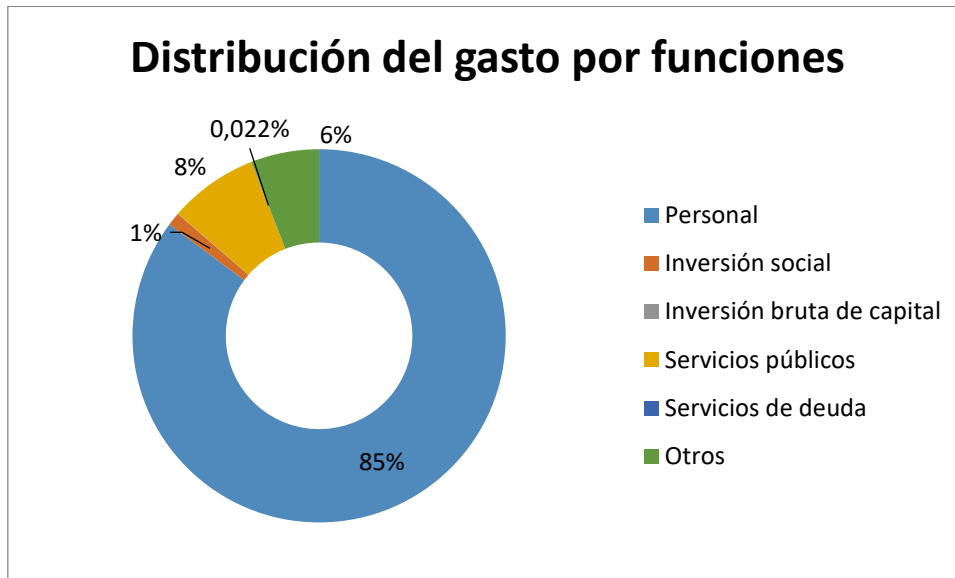
En base a la información expuesta se puede abordar a las siguientes conclusiones:

- La provincia de Córdoba cuenta en la actualidad con la cantidad de médicos adecuada según la OMS.
- Las especialidades de atención primaria de la salud y críticas están cada vez menos cubiertas en los establecimientos de salud públicos y privados.
- Hay un derrumbe de la capacidad prestacional en el interior de la provincia.
- Existe una distribución inequitativa de los recursos humanos entre las diferentes zonas que componen el interior de la provincia y la región centro compuesta por la capital.

3. Financiamiento

Establecimientos de salud en el sur provincial

La provincia dispone 4 hospitales para toda la zona en referencia que tiene diferentes niveles de complejidad. Conjuntamente los mismos tuvieron un presupuesto asignado en 2018 de \$674.403.609 que se distribuyeron según cada una de las funciones del siguiente modo:



Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de finanzas de Córdoba

La principal partida de gastos corresponde a Personal conllevando el 85% de los recursos, le sigue en importancia la partida de Servicios públicos con el 8%, donde se incluyen los gastos en bienes de consumo y para gastos corrientes que no impliquen pagos a recursos humanos que presten servicios de salud, en tercer término están las partidas de Otros gastos con el 6% donde se imputan los gastos en seguros bancarios, viáticos y todos aquellos gastos que no tienen una funcionalidad específica en las restantes categorías, en cuarto lugar se encuentran las partidas de Inversión social que incluye partidas para asistencia social al personal, en quinto lugar con el 0,0022% está la partida de inversión bruta en capital que incluye los gastos en maquinarias y aparatología médica y en último término se encuentra la partida de servicios de deuda con el 0%.

Seguidamente se describe el nivel de atención, la cantidad de camas y el presupuesto global ejecutado en 2018 a cada uno de los cuatro Hospitales provinciales

- **Hospital San Antonio de Padua. Río Cuarto**

COMPLEJIDAD: Nivel III

PRESUPUESTO: Es el único Hospital de alta complejidad en el sur de la provincia de Córdoba, ejecutó en el 2018 un presupuesto de \$472.304.386.

CAMAS: 157 y 122 generales, 35 UTI adultos

CAMAS CRÍTICAS: 6 UTI Adulto, 7 UCO, 8 UTI Neo, 8 UCI Neo y 6 UTI

- **Hospital Ramón J. Carcano. Laboulaye**

COMPLEJIDAD: Nivel II

PRESUPUESTO: Es un hospital de bajo nivel de complejidad que tuvo un presupuesto de \$107.293.628 en el año 2018.

CAMAS: 56 Generales

- **Hospital San Antonio. La Carlota**

COMPLEJIDAD: Nivel II

PRESUPUESTO: Es un hospital de bajo nivel de complejidad que tuvo un presupuesto de \$43.221.561 en 2018.

CAMAS: 29 Generales

- **Hospital René Favaloro. Huinca Renancó: Nivel I**

COMPLEJIDAD: Nivel II

PRESUPUESTO: Es un hospital de baja complejidad que tuvo un presupuesto de \$51.682.016 en 2018.

CAMAS: 20 Generales

4. ABORDAJE INTER INSTITUCIONAL

Para completar el análisis diagnóstico del sector de salud se realizó un abordaje desde las diferentes instituciones que lo conforman.

PAMI

El planteamiento de PAMI parte de la complejidad del organismo ya que cuenta con 72.000 afiliados del sur de Córdoba, en el cual cerca de la mitad 30.000 son de la ciudad de Río Cuarto. El organismo tiene el segundo presupuesto público más grande de la ciudad, cuenta con 72 empleados y se configura como el principal demandante de los servicios de salud del sector privado, ya que los afiliados no se atienden en el sector público, anualmente además de los afiliados de la región, el sector privado de la ciudad atiende a cerca de 50.000 afiliados de nuestra región y otras provincias.

Dentro de los desafíos que al organismo se le plantean, parte de una atención adecuada en tiempo y forma, a partir del desarrollo de tecnologías vinculadas a medir en tiempo real la cantidad de afiliados en atención y uso de camas y la cantidad de camas disponibles en el sector privado para recibir a afiliados en situación de necesidad de atención. Parte de ello es el desarrollo que llevan adelante de un programa para receptor y atender en Río Cuarto en el menor tiempo posible a afiliados que sufran ACV isquémico a partir de un sistema de ambulancias y coordinación con el sector privado de atención a 100km a la redonda de Río Cuarto.

Sector público municipal

La problemática principal de la atención de salud en el municipio parte de la cada vez más creciente demanda de la atención primaria por parte de la población sin mutual. La situación económica actual ha llevado a un aumento de la población que ha perdido el servicio de mutual con lo que aumenta la demanda en el sector público, ello no solo ocurre en la ciudad de Río Cuarto sino que también se incrementó la atención de poblaciones de localidades vecinas y de la región. Una situación que se agudiza en la medida que en los pueblos han cerrado instituciones de salud.

Para ello la estructura ha tenido que adaptarse por lo que exigió inversiones para ampliar la capacidad instalada. En la actualidad se cuenta con el siguiente equipamiento:

- 17 Dispensarios
- 2 Centros de atención 24 hs
- 1 Centro de salud
- 2 Postas sanitarias
- 2 Centros de atención 24hs
- 1 Maternidad

Los centros de atención 24hs surgieron como respuesta a la problemática de la dispersión geográfica de la población con respecto al hospital, generando dificultad de acceso a barrios como Alberdi y al sector sur de la ciudad. Los centros lograron con éxito cubrir la demanda sobretudo en horarios posteriores a las 19hs esto se refleja en el número de atenciones realizadas en los 11 meses que llevan, realizando 99.000 prestaciones en el periodo.

Colegio de médicos de la ciudad de Río Cuarto

Desde el cuerpo de colegiados de la salud identifican que la problemática de la salud posee tres puntos centrales: Los recursos humanos, la concentración de infraestructura y capital, y la falta de concentración coordinación público privada.

Río Cuarto cuenta con alrededor de 800 profesionales médicos. La OMS recomienda un óptimo de 3,3 médicos cada mil habitantes.

Si tomamos en cuenta una tasa bruta de médicos por habitante, tenemos que en Río Cuarto, con una población cercana a los 200.000 habitantes y con alrededor de 800 profesionales médicos, cuenta con 4 profesionales médicos cada mil habitantes. En relación a lo anterior y comparando con la consideración óptima de la Organización Mundial de la Salud de 3,3 médicos sin embargo la ciudad es receptora del sur de Córdoba cubriendo un área de alrededor de 400.000 habitantes.

Estas condiciones deben hacer pensar a Río Cuarto la salud como un Polo Sanitario, solo seis sanatorios de la ciudad generan empleo directo a 1.000 personas e indirectamente mueven la actividad comercial y de servicios de sus inmediaciones, es fundamental entender su funcionamiento y analizar la influencia de toda esa población en la actividad económica local.

El fenómeno de la concentración de los sanatorios privados en las grandes urbes urbanas tiene una larga historia, en 2004 en la provincia de Córdoba se contabilizaban 425 sanatorios y para 2019 la cifra está cercana a los 165, esta disminución del 60%, tiene entre algunos fenómenos explicativos la política implementada por RUGEPRESA, que entre sus objetivos tiene la viabilidad del funcionamiento y verificación de la calidad de las prestaciones.

La falta de sanatorios en las localidades del sur de Córdoba, congestionan el sistema de salud de la ciudad, que se ve de manifiesto en la reducción de camas disponibles.

La falta de planificación y coordinación público-privada, ha llevado a una inversión desarticulada, que lleva a tener un sector público con bajo nivel de inversión en equipamiento y tecnología de punta y un sector privado con indicadores de tecnología por encima de los niveles del primer mundo. El promedio de resonadores en los países de la OCDE es de 13,2 resonadores cada un millón de habitantes, el promedio de Chile es 4,1 cada millón de habitantes y en Río Cuarto solamente el sector privado cuenta con 6 resonadores. Un caso particular de la falta de planificación puede verse en la especialidad de la oftalmología, en donde el sector público de la ciudad solo cuenta con atención primaria y se encuentra en franca desventaja con el sector privado con lo que respecta a la aplicación de tecnología.

Un segundo problema que genera la falta de planificación y coordinación es la distribución geográfica de los médicos. Los mismos se encuentran concentrados en las grandes urbes, quedando sin atención los pueblos y ciudades más pequeñas. Es fundamental poner la mirada en esta problemática y mejorar principalmente la atención primaria de la salud.

La situación de falta de servicios públicos de atención de salud en las localidades cercanas a Río Cuarto ha llevado a un aumento de la demanda de servicios de salud en el hospital regional por parte de los ciudadanos de bajos recursos de estas localidades.

Casa Lubetkin

Casa Lubetkin se concentra en brindar apoyo en la situación neonatal y pediátrica, brindando principalmente soluciones a las mujeres de bajos ingresos de pueblos y ciudades cercanas a Río Cuarto cuyos familiares niños presenten tratamiento que requieran internación en el hospital.

La atención de Casa Lubetkin se concentra en mujeres cuya situación socioeconómica es de bajos ingresos y no les permite costear el acompañamiento en la ciudad de Río Cuarto que implica varias semanas de alojamiento, alimentación y en muchos casos vestimenta. Un segundo factor de complejidad que se observa en este grupo social es el de poder fortalecer sus conocimientos o habilidades para seguir los tratamientos indicados por los profesionales médicos.

Para estas problemáticas la Casa Lubetkin brinda alojamiento, alimentación y en casos necesarios vestimenta, complementando conjuntamente con profesionales de la salud talleres para que las mujeres adquieran el conocimiento y habilidades necesarias para dar continuidad al tratamiento de sus hijos. Fomenta por otro lado la unión de los factores tecnológicos de alta complejidad con una atención más humanitaria, como es el caso de incorporar los padres a las habitaciones para que estén cerca de sus niño. El trabajo debe realizarse con toda la familia, hacerlo en red con los distintos profesionales ya que ello refuerza el compromiso de la familia con el cuidado del niño.

Colegio de psicólogos

Cuenta con 1025 matriculados de los cuales 800 son de la ciudad de Río Cuarto.

La principal problemática que se encuentra en el sector son las dificultades de acceso a tratamientos que principalmente son de tipo económico. Las razones mayoritarias es por la que la población acude a los psicólogos son las adicciones.

La demanda de los tratamientos es creciente y la infraestructura disponible es baja, principalmente de tipo compartida, lo que muestra una falta de inversión y de ponderación para los tratamientos de salud mental.

Este tipo de situaciones conlleva una prestación subóptima de los servicios con lo que se privilegia la atención de las urgencias, siendo la prevención muy escasa. Esto se ve agravado por la baja interdisciplinariedad en el sector salud que debería integrar a la salud mental principalmente para lograr la prevención.

Por último el sector asiste a una fuerte competencia desleal con las terapias alternativas como raiki, coaching y demás tratamientos, que muchas veces empeoran la salud mental de las personas. Son desleales no solamente por la falta de formación profesional sino también por detentar tarifas muy por debajo respecto a la establecida por el colegio de psicólogos.

Colegio de kinesiologos

Es un sector de salud donde también presenta a la competencia de salud como una problemática grave. Tal situación puede resumirse en tres factores causantes: por un lado los aranceles, en segundo lugar el intrusismo y por último el control.

- En primer lugar el sector presenta unos niveles arancelarios bajos que hace que el ejercicio de terapias alternativas sean más rentables.

- Con respecto al intrusismo existe mucha competencia desleal con ejercicio profesional, sin título habilitante y en otros casos títulos dados por instituciones que no están avaladas para emitir matrícula profesional habilitante.
- Por último la falta de control público sobre la aparatología profesional, hoy en día pululan los centros de estética que adquieren distintas aparatologías destinadas a terapias realizadas por profesionales y no tienen ningún sistema de control.

Enfermería

Las dificultades en este rubro de servicios sanitarios se derivan de la alta demanda por parte del sector salud de los profesionales de la enfermería. Esto lleva a que los sanatorios contraten a estudiantes antes de recibirse sin tener, en la generalidad de los casos, los conocimientos suficientes, e incluso debiendo realizar tareas para las que no fueron formados. Esto a su vez genera una situación de competencia desleal en donde muchas veces terminan brindando servicios de enfermería personas que se fueron formando en la práctica en los sanatorios y pero sin tener una formación formal ni profesional.

Estructura económica del sector

El financiamiento del sector salud parte de la problemática que el sector público no puede financiarse a través de las obras sociales, sino por el contrario solo con los magros recursos brindados por el presupuesto público. Un análisis llevado adelante en Jujuy demostró que cuando los hospitales permiten la atención privada se llega a dos conclusiones, por un lado el crecimiento exponencial de los ingresos de los hospitales y por otro el cierre de los sanatorios por falta de demanda. Sin embargo la experiencia muestra que el sistema de hospitales públicos si no permiten distribuir las ganancias conjuntamente con los productores de la salud y en vez de ellos va a una caja general de ingresos públicos el sistema también tiende a fracasar.

Por otro lado la innovación tecnológica está poniendo en jaque al sistema de salud en su conjunto, hoy en día los resultados de los estudios por máquinas son usados como segunda opinión médica y con mucho menor margen de error que los realizados por los humanos. Hoy en día los algoritmos y la conectividad permiten en forma instantánea estar conectados con todas las bases de datos, con lo que se obtiene una actualización instantánea de los conocimientos médicos, los tratamientos y las medicinas. Esto debe llevarnos a pensar el futuro de la medicina y el rol de los profesionales.

La problemática del sector salud presenta una combinación de superposición de recursos, con una falta de coordinación público-privado y los privados entre ellos, que permita hacer un uso e inversión óptima de los recursos. La problemática de la falta de sanatorios en ciudades y pueblos puede tener un abordaje a través de la telemedicina, un proceso de coordinación puede ayudar a desarrollar el proyecto para nuestra ciudad. Debemos concentrarnos en los casos de éxito que han tenido este tipo de soluciones, en el sur de Córdoba la localidad de La Cautiva fue pionera en conjunto con la ciudad de Córdoba y llevan adelante un programa de telemedicina.