



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLITICA Y RERLACIONES INTERNACIONALES

El proceso de descentralización del Sistema de Salud de la Provincia de Santa Fe. Periodo 1990-2015

Directora:
Irene Castagnani

Autora:
Natalia Faraht

Fecha de entrega: 30 de Octubre de 2017.

Índice:

Contenido:

Índice:	2
Índice de siglas:	4
Índice de tablas y gráficos:	6
Capítulo 1. Introducción:	7
Capítulo 2. Estado del arte:	11
Capítulo 3. Teórico-Methodológico:	17
3.1. Marco teórico:	17
3.1.1. Sistema de Salud:	19
3.1.2. Política Pública:	20
3.1.3. Políticas de salud:	21
3.1.4. Política Social:	22
3.1.5. Calidad:	23
3.2. Estrategia metodológica:	24
Capítulo 4. Reseña histórica del sistema sanitario argentino:	26
4.1. Periodo 1945-1955: Planificación estatal centralizada:	26
4.2. Periodo 1955-1970: Modelo pluralista de planificación descentralizada:	27
4.3. Periodo 1970-1990: Consolidación y crisis del modelo fragmentado:	30
Capítulo 5. Composición del sistema de salud Nacional a partir de las reformas implementadas en 1990:	36
5.1. Sector público:	36
5.2. Seguros Sociales:	36
5.3. Obras Sociales Nacionales:	37
5.4. Obras Sociales Provinciales:	39
5.5. PAMI:	39
5.6. Sector Privado:	40
5.7. Marco Normativo Nacional a partir de las reformas realizadas en 1990:	41
Capítulo 6. Sistema de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe a partir de 1990:	47
6.1. Legislación del Sistema:	47

6.2. Descentralización y Regionalización:	50
6. 3. Conformación y organización del sistema provincial:	55
6.4. Calidad y Accesibilidad:	61
6.4.1. Indicadores de accesibilidad:	64
6.4.2. Otros indicadores:	72
A modo de conclusión:	80
Anexos 1:	86
Bibliografía:	88

Índice de siglas:

ANMAT	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
ANSSAL	Administración Nacional de Seguros de la Salud
APS	Atención Primaria de Salud
AGUM	Asociación de Universidades del Grupo Montevideo
CEMAR	Centro de Especialidades medicas Ambulatorias Rosario
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COFESA	Consejo Federal de Salud
DINOS	Dirección Nacional de Obras Sociales
FSR	Fondo Solidario de Redistribución
HHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos
HPA	Hospital Público de Autogestión
INACY	Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual
INSSJP	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
INOS	Instituto Nacional de Obras Sociales
LIF	Laboratorio Industrial Farmacéutico
NGP	Nueva Gestión Pública
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericano de la Salud
OSP	Obras Sociales Nacionales
OSN	Obras Sociales Provinciales
PAMI	Programa de Atención Medica Integral

PEP	Programa Estratégico Provincial
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PMO	Programa Medico Obligatorio
PMOE	Programa Medico Obligatorio de Emergencia
SAMCO	Sistema Atención Médica de la Comunidad
SENASA	Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria
SIES	Sistema Integral de Emergencias Sanitarias
UNR	Universidad Nacional de Rosario
VHI	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Índice de tablas y gráficos:

<u>Tabla N° 1:</u> Población con cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual según sexo y grupo de edad:	62
<u>Tabla N° 2:</u> Porcentaje de población sin cobertura de salud, según provincia, año 2010:.....	64
<u>Tabla N° 3:</u> Número de efectores públicos y privados, por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2011:	65
<u>Tabla N° 4:</u> Médicos y enfermeros en efectores de dependencia provincial. Provincia de Santa Fe. Año 2011:	67
<u>Tabla N° 5:</u> Camas públicas cada 1.000 habitantes sin cobertura de obra social, por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2011:	69
<u>Tabla N° 6:</u> Nacidos vivos y Tasa Bruta de Natalidad por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2010:	71
<u>Tabla N° 7:</u> Total de Defunciones y Tasa Bruta de Mortalidad general por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2010:	72
<u>Tabla N° 8:</u> Distribución de primeras cinco causas de muerte. Tasas por 10.000 habitantes. Provincia de Santa Fe. Año 2008:.....	73
<u>Tabla N° 9:</u> Defunciones maternas y Tasa por 10.000 nacidos vivos según residencia habitual. Provincia de Santa Fe. Año 2010:.....	74
<u>Tabla N° 10:</u> Defunciones infantiles. Tasas por 1.000 Nacidos Vivos, por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2010:.....	76
<u>Grafico N°1:</u> Tendencias para las Tasas de Natalidad y Mortalidad Infantil, Materna y General. Provincia de Santa Fe. Años 1997 al 2010:.....	77

Capítulo 1. Introducción:

El siguiente trabajo analiza el proceso de descentralización del Sistema de Salud en la Provincia de Santa Fe como consecuencia de las reformas efectuadas a nivel Nacional desde los años 90 hasta el 2015. Asimismo, se encarga de reflexionar sobre el resultado de esta transformación en materia de accesibilidad y eficacia del servicio de la salud a toda la población.

Para comenzar se describe una reseña histórica sobre los orígenes de las instituciones sanitarias, cómo estas evolucionaron a través del tiempo y las sucesiones de gobiernos hasta llegar al actual Sistema de Salud. A través de esta reseña, se demuestra que este proceso no es nuevo, ya que según el tipo de gobierno e ideología que lo atraviesa se instala la discusión sobre descentralización o centralización como política para gestionar y organizar el servicio sanitario del país.

En el siguiente capítulo se describe la organización, financiación y presupuesto destinado a esta área, cobertura y subsectores que conforman este sistema a nivel nacional y el marco normativo que lo rige.

Luego en los posteriores capítulos se expone el proceso de descentralización de Santa Fe, así como la organización, financiamiento y acceso al servicio. Por otro lado, también se analiza el proceso de regionalización a partir del año 2007-2008 planteado en el Plan Estratégico Provincial.

Por último se describe y analizan las normativas provinciales que sustentan este sistema.

A través de esta demostración, se ubican los futuros desafíos que debe afrontar este sistema para la transformación del mismo: un sistema equitativo, universal, con accesibilidad y calidad para todos los ciudadanos.

“Luego de las reformas en materia de delegación y descentralización de responsabilidades estatales y con el consecuente ajuste del gasto público, se comienzan a implementar programas de atención primaria, se descentralizaron los

*grandes hospitales y por ende el deterioro de la capacidad instalada del Estado de los años 40 y 50”.*¹

A raíz de lo mencionado anteriormente, ¿cuáles son las características del Sistema de Salud Pública a partir de las reformas de los años 90? ¿Cómo es su funcionamiento? ¿Es un sistema eficiente y de calidad? ¿Las personas acceden a este servicio de manera universal y equitativa? ¿Sus instituciones son accesibles?

El objeto de esta investigación es analizar el Sistema de Salud de la provincia, por ello el objetivo general es describir y analizar el proceso de descentralización del sistema sanitario en la provincia de Santa Fe a partir de los años 90.

Además se pretende dar cuenta de los siguientes objetivos específicos: 1) Analizar el proceso de descentralización en la provincia de Santa Fe, en materia de accesibilidad y eficacia en la atención a la población; 2) Describir la organización, financiamiento y acceso al servicio sanitario en la provincia de Santa Fe Y 3) Indagar acerca de la cobertura poblacional y la calidad del servicio en Santa Fe.

Se considera que es de suma importancia abordar la temática del acceso y calidad al servicio de salud ya que la misma es esencial para el bienestar de las personas. Por tal motivo es un derecho fundamental en nuestro país y prueba de ello es que a partir de la reforma de 1994 se encuentra expresamente reconocido con jerarquía constitucional por el art. 75. Inciso 22 de la Carta Magna.

De esta manera queda expresa la importancia del acceso al sistema sanitario de todos los ciudadanos argentinos, a través del desarrollo de un sistema de salud público, universal y gratuito. No obstante, en la realidad nos encontramos con un sistema fragmentado, segmentado e inequitativo, resultado del complejo proceso de reformas llevada a cabo a partir de los años 90, tanto en nuestro país como en el resto América Latina.

¹Cappiello, A. Miguel: *“La fundación de un sistema de salud en la provincia de Santa Fe .Lógica subyacente y etapas en su concreción”*. 2011

Nuestro país y la Provincia de Santa Fe, no se encuentran exentas de este proceso, y si bien hubo avances e inversiones en materia sanitaria, no se halla correspondencia entre estos y el acceso al mismo, es decir, que responda a una lógica de calidad y no solo a una lógica de la eficiencia económica, que busque recortar gastos.

Santa Fe en la actualidad se rige a través de la “Ley de SAMCO” (Ley N° 6312/67), a partir de la cual se han creado establecimientos de "Servicio para la Atención Médica de la Comunidad". El objetivo de los SAMCOs es prestar el servicio de curación a toda persona sin importar si está en condiciones o no de sufragar los gastos. Sin embargo esta ley no se encuentra contenida bajo ninguna legislación general dirigida a la gestión de la administración o el control de la misma. Esto se debe a que no existe una normativa que establezca un parámetro y que homogenice la administración de los distintos tipos de establecimientos dedicados a la salud, lo cual llevó a generar un sistema fragmentado (público, privado, obras sociales). Por ello es el Estado provincial, que anticipándose a otras provincias, asume la responsabilidad y el desafío de garantizar la salud a través de la integración del sistema, definiendo competencias a cada organización y llevando a cabo un proceso de regionalización y territorialización del servicio con el objetivo de garantizar la accesibilidad de la salud a todos los ciudadanos.

La Provincia de Santa Fe además de garantizar el acceso a la salud a sus ciudadanos, también dedica su servicio a personas que viven en las provincias limítrofes, origen de esto es la situación de muchas de ellas que residen en zonas alejadas a los centros urbanos, donde se concentran la mayor cantidad de instituciones sanitarias, y es por ello que acuden al centro de salud más cercano, indistintamente si corresponde o no a su lugar de origen. Tema que debe ser tenido en cuenta con suma seriedad, ya que el Estado debe garantizar el derecho y acceso a la salud de manera equitativa y eficiente, independientemente del lugar donde vivan o trabajen las personas.

De lo anterior se desprende que existen deficiencias de instituciones sanitarias en algunas zonas de la Provincia, razón por la cual comienza a gestarse y a tomar vigor la idea de territorialidad, y así lo definía el ex Ministro de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe:

“Aunque con la idea de territorialidad se reconoce la existencia de diferentes realidades en espacios vecinos, lo que requiere intervenciones particularizadas y adecuaciones tácticas en el mismo marco estratégico, por eso no se trataría de la reproducción de un modelo, sino de aplicar criterios que dan direccionalidad a la acción política en el contexto en que la misma se desarrolla.”²

La idea de territorialidad y el paradigma de redes, son los pilares fundamentales para el mejoramiento de este sistema para así garantizar la accesibilidad, universalidad, eficiencia, calidad y equidad del servicio. Bases que ha tomado y está desarrollando el sistema de Salud de la Provincia de Santa Fe como desafío para brindar respuestas a las problemáticas y complejidades nombradas en esta investigación.

Este trabajo parte de la hipótesis de que el sistema de salud derivado del proceso de descentralización, llevado a cabo a partir de la década del 90, responde a una lógica de transferencia de tipo eficientista, más que a una lógica que priorice la calidad, dando como resultado un sistema fragmentado e inequitativo. Otra hipótesis que se plantea es la existencia de una superposición de la prestación del servicio, paralelamente a la falta de delimitación de la distribución del trabajo debido a la falta de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno.

² Ídem 1.

Capítulo 2. Estado del arte:

Para comenzar este trabajo y adentrarnos específicamente en la temática del sistema de salud en Argentina, primeramente la investigación se ha centrado sobre los antecedentes históricos de las políticas estatales que se han ejecutado en materia de salud pública. Para ello se toma como referencia un libro publicado por la Organización Panamericana para la Salud (OPS), denominado “*Los Orígenes Institucionales de la Salud Pública en la Argentina.*”, TOMO 2, de los autores Juan Carlos Veronelli y Magali Veronelli Correch. Este libro recorre la conformación y orígenes de las instituciones del Sistema de Salud a través de los diferentes gobiernos que se han sucedido (este tomo describe un amplio periodo que va desde el orden conservador hasta el año 2003) y según las decisiones y políticas que éstos ejecutaban en materia de salud. Un ejemplo de ello es que este tema comienza a conformar la agenda del Estado como Salud Pública a partir de la gestión peronista, mientras que anteriormente se trataba una cuestión de higiene y salubridad.

Se considera interesante como este libro ha trabajado los orígenes y diseño de las instituciones sanitarias, ya que a través de este racconto histórico se puede vislumbrar la concepción y prioridad que se ha tenido en esta materia, según los distintos gobiernos y su tinte ideológico y/o político.

En este trabajo predomina la descripción y análisis a partir del proceso de descentralización y reforma del Estado de 1990, que si bien es un proceso se venía gestando durante las décadas del 60 y 70 es durante los 90 que termina por definirse.

Es sumamente importante hacer hincapié en los años 2000-2001, periodo en que el país se sumerge en una crisis económica y política, acompañada de un amplio estallido social, aumento del desempleo y por ende aumento de la pobreza, indigencia y exclusión social, dando como resultado un contexto en el cual el sistema sanitario es altamente demandado por la población, teniéndose que declarar la emergencia sanitaria.

En segundo lugar y para completar esta información, se tiene en cuenta un libro de la OPS, llamado “*Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*”. Este

libro estudia la evolución epistemológica que ha tenido nuestro país, las principales demandas que tiene el sistema y sus resultados, si son suficientes o no los recursos económicos para hacer frente a los nuevos desafíos que el sistema debe enfrentar y el rol que cumple la institución con respecto a la cobertura de la población, gasto, la oferta del servicio y las formas de aseguramiento. Este libro trata de dar respuestas y alternativas con el objetivo de mejorar y transformar el sistema de Salud de la Argentina.

Ambos libros mencionados anteriormente son de suma importancia para esta descripción, ya que a través de ellos se obtiene información y antecedentes históricos sobre la consolidación, organización, financiamiento y características en general del sistema de salud argentino, desde una mirada tanto teórica como empírica.

Específicamente sobre la temática de la Salud Pública en cuanto a conceptos, definiciones, políticas ejecutadas y características del sistema sanitario nacional, se cuenta con el libro “*Salud para los Argentinos*” de Ginés González García y Federico Tobar. Este libro analiza el sistema sanitario a partir de la fuerte crisis económica, política y social por la que atravesó nuestro país en el año 2000-2001. En un principio analiza la problemática de la reforma y el porqué deben elegirse nuevas alternativas con respecto a las políticas de salud. También analiza el estado de salud de los argentinos, a través de los indicadores de la morbilidad y realiza una comparación con otros países. Por otro lado, aborda la relación entre el Estado y la salud, en cuanto a regulaciones y que debe o puede hacer el mismo; presenta y compara diferentes tipos de modelos de salud, resaltando sus ventajas y desventajas.

Estos autores además realizan un diagnóstico general del sistema de salud Argentino, y por último realizan una propuesta de reforma integral del sistema de salud Argentino.

En este trabajo se considera que las Políticas Sanitarias forman parte de las Políticas Públicas, y en simultáneo conforman el universo de las llamadas Políticas Sociales. En primer lugar, para analizar el concepto de Política Pública se utiliza la definición propuesta por Aguilar Villanueva en el libro “*El estudio de las Políticas Públicas*” de 1992. El interés del autor radica en analizar la racionalidad de la gestión pública con el objetivo de

transformar un Estado legal y eficiente, para lo cual considera que es necesario desarrollar un estudio sistemático sobre la elaboración, análisis, diseño, práctica y evaluación de las políticas públicas.

Este autor a lo largo de todo su estudio, considera que mucho se ha trabajado sobre las formas de gobierno, los sistemas políticos y su funcionamiento, no así sobre la elaboración y diseño de las políticas públicas.

Por otro lado, para el análisis del concepto de Política Social se utiliza la noción que utiliza Fabián Repetto en *“Notas para el análisis de las políticas sociales. Una propuesta desde el institucionalismo”*. En Perfiles Latinoamericanos 12, de Junio de 1998. En este, el autor realiza un racconto histórico sobre los orígenes relacionados a la política y la seguridad social.

El autor además define tres áreas de la política social, en primer lugar aquellas de cobertura universal, las segundas relacionadas a la seguridad social y la tercera destinada a enfrentar la pobreza.

Seguido a ello, para analizar y describir los tipos de reforma del Estado durante el periodo “neoliberal” de los años 90 se cuenta con el texto “Quemar las naves” (o como lograr reformas estatales irreversibles) de Oscar Oszlak. En este el autor hace alusión a “quemar las naves” como una metáfora que se aplica a la toma de decisiones que resultan irreversibles, entre ellas, a las “reformas de segunda generación”, que se extendieron por los países de América Latina. El autor explica que en general estas reformas están dirigidas a fortalecer la capacidad institucional de los aparatos estatales, como son la reestructuración organizativa, la profesionalización de la función pública, la desburocratización de normas o procedimientos y la introducción de nuevas tecnologías de gestión. El autor propone a estas reformas como las que se orientan a producir transformaciones hacia dentro del Estado, a diferencia de las enmarcadas dentro de las “reformas de primera generación” cuyo fin fue esfumar las fronteras entre el Estado y la sociedad civil sin provocar cambios sustanciales:

“En otras palabras, mi propuesta consiste en diferenciar entre las reformas tendientes a minimizar el aparato estatal y las que intentan mejorar sustantivamente su gestión (...) en

las reformas de primera generación predominan consideraciones de tipo jurídico y financiero mientras que en las de segunda generación, las transformaciones tienen un trasfondo tecnológico y cultural mucho más determinante. Por último, señalaré como factor diferencial entre ambos tipos de reforma la naturaleza de los costos y beneficios que habitualmente generan unos y otros, sugiriendo que mientras en el primer caso se producen beneficios (casi siempre inmediatos) o los efectos de las reformas son relativamente neutros, en el segundo entrañan casi siempre costos cuya recuperación es incierta, indirecta y de largo plazo”³.

Oszlak describe que en las “reformas de primera generación” puede suceder que el Estado se desligue de algunas responsabilidades, como la prestación de bienes y servicios y regular el comportamiento de ciertos actores, siendo reemplazado por el mercado o se desentiende de prestadores estatales, como son los agentes públicos. Dentro de la primera situación el autor ubica los procesos de privatizaciones, tercerización, descentralización y desregulación, siendo diferente a la segunda situación, a la cual le corresponde los procesos de reducción de los empleados públicos a través de retiros voluntarios o jubilaciones anticipadas.

Se cuenta con “*La fundación de un sistema de salud en la Provincia de Santa Fe. Lógica subyacente y etapas en su concreción*”, del Dr. Miguel A. Capiello, (ex - Ministro de Salud de la Provincia durante los años 2007-2013), presenta y describe las políticas ejecutadas en el sistema de salud de la provincia de Santa Fe. Pretende demostrar cómo se logró la construcción de este sistema a partir de la experiencia basada en la gestión y constante transformación. Este trabajo trata de dar cuenta que la esencia subyacente de la construcción estaría basado “a partir de la integración y/e interdependencia de componentes hasta ahora aislados. La perspectiva es de redes dinámicas y eficaces que mejoren la situación de salud de los ciudadanos con criterios de equidad”⁴.

³Oszlak Oscar: “*Quemar las naves (o como lograr reformas estatales irreversibles)*”.1999. Pág. 4.

⁴Ibidem 1

Los antecedentes que toma este documento se basan en la experiencia de la ciudad de Rosario, el cual se organiza ampliando su cobertura y mejorando la calidad del servicio junto al esfuerzo compartido entre los agentes del Estado y los ciudadanos.

“El Estado provincial pretende ser regulador, coordinador y garante del funcionamiento equitativo del sistema para que los servicios lleguen a todos los ciudadanos, atendiendo la diversidad de condiciones en que habitan”⁵.

Vinculado a lo anterior, también se utiliza un “Manual de conceptos básicos Generales” (resolución 1932/15), realizado específicamente para los agentes de la salud, en el cual se describe la organización y composición del sistema público de salud provincial, nociones como regionalización y descentralización del Estado Provincial y el concepto de salud.

A esto también se le agrega el Plan Estratégico Provincial con visión 2030, que es una política de Estado a 20 años, que reúne tanto al sector público como al privado. Esta iniciativa comienza en el año 2008 como resultado de las deliberaciones y debates de los ciudadanos mediante las Asambleas Ciudadanas, en las cuales se diseñaron una batería de proyectos estratégicos para el territorio santafesino, vinculados a obras físicas, de infraestructura y conectividad.

El Plan Estratégico está integrado por 346 proyectos, de los cuales 106 son de escala provincial y 240 de escala regional. Estos proyectos se distribuyen entre las líneas estratégicas: Territorio Integrado, Calidad Social y Economía del Desarrollo, y se organizan en torno a los siguientes ejes de trabajo: Santa Fe conectada y accesible; Planificación y ordenamiento del territorio; Calidad ambiental; Estado moderno y cercano; Proyección regional e internacional; Educación y salud con equidad; Territorio y ciudadanía; Convivencia, justicia y seguridad; Agua como derecho y oportunidad; Hábitat para la inclusión; Santa Fe emprende y produce; Integración de producción, ciencia y tecnología; Energías para el desarrollo social y productivo; y Redes para el desarrollo territorial.

⁵ Ídem 4

Además de los documentos y libros descritos anteriormente, se indaga en las siguientes tesinas de grado: “*Descentralización hospitalaria: logros y desencantos de una política social*”, de la autora Florencia Demarche, correspondiente a Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Licenciatura en Sociología (2004); “*El sistema de salud en Argentina*”, cuyos autores son, Carlos H. Acuña y Mariana Chudnovsky, de la Universidad de San Andrés (2002); “*El sistema de salud en Argentina*”, de la autora M. Florencia Mangiameli, de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéutica de la UNR (Departamento de Bioquímica Clínica- Área Tecnología en Salud Pública (2006) y por último, “*Cuando la ley es la trampa: salud y desarrollo en la provincia de Santa Fe, análisis de la ley provincial SAMCO*”, del autor Germán Tessmer⁶ (III Bienal del Coloquio de Transformaciones Territoriales, de la Asociación de Universidades del Grupo Montevideo-AGUM-, año 2010).

En estas tesinas se hace una descripción histórica sobre el sistema sanitario de la Argentina, además de su conformación entre los diferentes sectores, público, privado y obras sociales, datos estadísticos, las causas que intervinieron para que se conformara un sistema inequitativo y fraccionado. Una de ellas se centra en su caso de estudio que es un hospital de Buenos Aires, y por último, una tesina que se centra en los antecedentes de la experiencia de la Provincia de Santa Fe. En las mismas también se pueden encontrar aportes para afrontar nuevos desafíos dirigidos a mejorar la calidad y eficiencia del sistema.

Estas investigaciones son interesantes, ya que la problemática de la salud fue abordada desde carreras afines a la Ciencia Política, a excepción de la correspondiente a la de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, aun así dejando de lado los tecnicismos y óptica de la propia medicina.

⁶ Instituto de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas y Estadística de la UNR, Becario Tipo I de CONICET, Rosario.

Capítulo 3. Teórico-Metodológico:

3.1. Marco teórico:

Durante los años 90 en nuestro país se sucedieron una serie de transformaciones, principalmente a nivel económico cuyas repercusiones tocaron lo político y social, dejando vestigios de ello hasta nuestros días. Este tipo de reformas conforman la llamada “transformaciones de tercer ola”.

Este conjunto de reformas estructurales de mediados de 1989, se produjeron en un contexto caracterizado por la hiperinflación, deteriorada situación fiscal y un creciente endeudamiento gubernamental a tasas e intereses desfavorables. Como respuesta a ello y luego de la asunción de la presidencia de Carlos Menen (recordemos que Alfonsín renunció cinco meses antes) se optó por implementar un paquete de políticas de estabilización y liberalización económica, cuyos principales pilares fueron la Ley de Emergencia Económica y la Ley de Reforma del Estado, para ello se estableció y aprobó un marco normativo que dio lugar a las privatizaciones de empresas públicas, es decir el achicamiento del Estado. Recordemos que ambas iniciativas implicaron un alto número de transferencias y delegación de poder, por ejemplo, el sistema de salud pasó a ser gestionado por las provincias, tema del que nos ocuparemos específicamente en este trabajo.

Las reformas se han impulsado con el objetivo de crear un sector público eficiente incluyendo paradigmas del sector privado, como es la Nueva Gestión Pública (NGP). Luego la llamada “Gobernanza”, propia del sector público, es la que viene a trascender a la anterior.

Así como la NGP propone que el comportamiento del sector público se asimile al sector privado, la Gobernanza pone énfasis en el rol de los diferentes actores sociales y en la gestión de redes entre estos actores y el Estado.

Este tipo de reformas incluyeron las siguientes estrategias:

- 1) **Desconcentración:** uno de los cambios más importantes asociados con la NGP ha sido crear nuevas organizaciones autónomas o cuasi-autónomas normalmente

referidas como agencias. Gran parte de la toma e implementación de decisiones en los sistemas políticos contemporáneos ha sido delegada a estas organizaciones, con la presunción de que organizaciones con un solo objetivo y con autonomía administrativa permitirían que expertos administradores públicos mejoren la calidad de los servicios públicos. La desconcentración también representa de algún modo una denigración de la política y los políticos en el proceso de gobernanza.

- 2) **Descentralización:** una estrategia ha sido mover algunas de las funciones del sector público hacia organizaciones delegadas dentro del gobierno central junto con la descentralización de actividades y la dotación de una mayor responsabilidad a los gobiernos subnacionales. La lógica de la descentralización en parte mejora la eficiencia, dada la presunción de que unidades más pequeñas proveerán mejor los servicios. También la descentralización puede ser justificadas con argumentos democráticos, ya que el público tiene quizás una oportunidad aun mayor para involucrarse con los niveles más bajos de gobierno.
- 3) **Delegación:** una estrategia final para reformar el Estado ha sido delegar la autoridad a otros actores. (...). En el modelo de Gobernanza mucha de la delegación ha sido a redes y a organizaciones sin fines de lucro (...)⁷.
- 4) **Regionalización:** concepto de suma importancia en el contexto del Plan Estratégico Provincial (PEP) propuesto en el 2008 como estrategia para continuar con el proceso de descentralización pero fundamentalmente con la impronta de acercar el Estado a las necesidades del ciudadano, no solo en materia sanitaria sino también educativa, social, económica, ambiental, etc.

Según Corragio, “por regiones denominamos a esos ámbitos definidos a partir del dominio territorial particular de una relación de acoplamiento o de una relación de semejanza (...) podemos observar a las regiones y sus correspondientes procesos de regionalización en las que tienen lugar, desde una mirada objetiva o desde una mirada

⁷ Guy Peters: “Los dos futuros del gobierno: descentrando y recentrando los procesos de gobierno”. Conferencia dictada en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales-Universidad Católica de Córdoba el 14 de agosto de 2009.

subjetiva. A saber: una regionalización efectivamente existente, como forma espacial propia de los procesos sociales, y que es independiente de nuestra percepción de la misma. O bien, pensando a la organización territorial de una nueva sociedad como parte de una configuración territorial pre-existente, de procesos económico-demográficos que tienen una relativa permanencia, de pautas socio- culturales diversas, que son la base de esa nueva regionalización. Dicho en otras palabras, la regionalización subjetiva es la aproximación que se hace a partir de diversos criterios a la regionalización objetiva”⁸

Este tipo de estrategias, en especial la descentralización, fue la que se utilizó para el sistema de salud.

En relación a ello, es importante identificar algunos conceptos claves que se utilizan en el caso bajo estudio como pueden ser: sistema de salud, política pública, política de salud, política social y calidad.

3.1.1. Sistema de Salud:

Según la OMS, “Un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.”⁹

Por otro lado, para los autores, Ginés González García y Federico Tobar en “Salud para los Argentinos”, “El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud (...) al mismo tiempo, de él se desprende que puede existir una respuesta social a los problemas de salud de la población que no involucre al

⁸<http://www.santafe.gov.ar/archivos/PEP.pdf>, en Signorelli, Gisela: “Reordenando el territorio: el caso de la regionalización en la provincia de Santa Fe, Argentina- 2008-2011”. Quid 16 Revista del área de estudios urbanos del instituto de investigación de Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA)-ISSN 4060

⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS)http://www.who.int/topics/health_systems/es/

Estado. El termino sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica.”(...) ¹⁰

De ambas definiciones se pueden desprender que no solo el Estado es el proveedor de este servicio la prestación del mismo puede provenir de instituciones tanto privadas como públicas u organizaciones de la sociedad civil. No obstante, y, aun así, ¿por qué es esencial que se diseñen e implementen políticas dirigidas al mejoramiento del sector?; ¿qué es una política pública?; ¿qué es una política de salud?; ¿quién toma las decisiones en torno a la salud pública?; ¿puede el sector privado u otros actores participar en la elaboración de las mismas?; ¿por qué?

3.1.2. Política Pública:

Para comprender dicho concepto, Aguilar Villanueva expresa “El análisis y diseño de políticas públicas, justamente por su carácter público, abre todo un abanico de estrategias de acción corresponsable entre gobierno y sociedad” (...) ¹¹. Es decir, elegir y analizar junto con la participación de los ciudadanos, la acción que más favorece el interés general, de manera que los problemas y demandas de las personas cobre un interés público, de todos.

Por otro lado dice: “gobernar de acuerdo a política pública significa incorporar la opinión, la participación, la corresponsabilidad, el dinero de los ciudadanos, es decir de contribuyentes fiscales y actores políticos autónomos y, a causa de ello, ni pasivos ni unánimes. Política pública no es sin más cualquier política gubernamental. En efecto, supone gobernantes elegidos democráticamente, elaboración de políticas que son compatibles con el marco constitucional y se sustancian con la participación intelectual y practica de los ciudadanos, políticas que no mortifican arbitrariamente las libertades, las

¹⁰Ginés González García y Federico Tobar “*Salud para los Argentinos*”. 2004 (resumen). disponible en : https://books.google.com.ar/books?id=eBjDBEadPJEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true. Pág. 37

¹¹ Aguilar Villanueva, Luis: “*El estudio de las Políticas Públicas*”. Año 1992. Pág. 32

oportunidades y las utilidades de los ciudadanos ni introducen un trato desigual inmerecido entre ellos. (...)”.¹²

En este punto que agrega Aguilar Villanueva, pone mucho énfasis en la participación y opinión de los ciudadanos para el diseño de una política pública

Para completar esta definición del autor anteriormente citado, es pertinente integrar la definición que dan Oszlak y O’ Donell. Estos entienden por política pública o política estatal “(...) un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil. De dicha intervención puede inferirse una cierta direccionalidad, una determinada orientación normativa, que previsiblemente afectara el futuro curso del proceso social hasta entonces desarrollado en torno a la cuestión”. Al respecto podemos agregar que una política pública no es una ley en sentido formal (aunque claramente puede, y debería, sostenerse en un basamento legal), sino que es una decisión y un accionar político”¹³.

Estos autores también resaltan la preeminencia y participación de la sociedad en el proceso de toma de decisiones por parte del Estado, agregan y deciden que hacer o no, marcan un camino y/o direccionalidad del mismo en relación a una problemática identificada.

3.1.3. Políticas de salud:

Están inmersa dentro del conjunto de lo que son las políticas públicas, ya que son decisiones que se ejecutan desde el Estado, sean desde el nivel nacional, provincial o municipal, con el objetivo de dar respuesta a una problemática identificada como tal. En estos casos las políticas de salud atraviesan la cuestión y/o demandas sociales con el fin de transformar una realidad, una situación, un estado.

Para los autores Ginés González García y Federico Tobar en “Salud para los Argentinos”: Formular políticas es establecer prioridades e involucra la definición del rol

¹² Ídem 10. Pág. 33

¹³Caplan, Sergio; Gómez, Lisandro: “La importancia de comparar las políticas de seguridad pública”

del Estado en la salud. A partir de ella la salud alcanza un estatus de cuestión pública, de un problema de Estado, definiendo derechos y deberes. El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos” (...) A su vez, una política de salud implica la definición de la salud como un problema público, en el cual el Estado asume un rol activo y explícito”. (...) ¹⁴

3.1.4. Política Social:

Como se menciona anteriormente, las políticas de salud pertenecen al grupo de lo que son las políticas públicas y estas en general pertenecen al grupo de las llamadas Políticas Sociales.

Siguiendo a Fabián Repetto, quien la definición de Marshall, *Política Social* no es una expresión técnica con significado exacto [...], se utiliza para hacer referencia a la política de los gobiernos respecto a aquellas actuaciones que tienen impacto directo en el bienestar de los ciudadanos a través de proporcionarles servicios o ingresos. Por lo tanto, la parte más importante está formada por la seguridad social, la asistencia pública (o nacional), los servicios sanitarios y de bienestar, la política de vivienda”.

Repetto propone tres áreas fundamentales de la política social, las cuales impactan directamente sobre los problemas y necesidades de las personas: las consideradas universales (educativas y sanitarias), las vinculadas a la seguridad social (relaciones laborales y familiares) y por último, las encargadas de afrontar la pobreza.

En relación a las universales Repetto cita Lo Vuolo, quien expone la política social "pretende cubrir a toda la población contra las contingencias sociales, independientemente de la actividad que realice el ciudadano y de su capacidad contra prestadora”¹⁵

Según las definiciones anteriores, las políticas de salud, además de considerarse una política pública, debe incluirse en el grupo de las políticas sociales universales, sus

¹⁴ Ginés González García y Federico Tobar “*Salud para los Argentinos*”. 2004. Resumen disponible en: https://books.google.com.ar/books?id=eBjDBEadPJEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true. Pag.37

¹⁵ Repetto Fabián: “*Notas para el análisis de las políticas sociales. Una propuesta desde el institucionalismo*”. Perfiles Latinoamericanos 12. Junio 1998. Págs. 54 y 55.

acciones y estrategias deben incluirse en la agenda estatal ya que está dirigida al mejoramiento y bienestar de todos los ciudadanos en general. Son a través de la ejecución de estas políticas que se garantiza el ejercicio pleno de estos derechos.

3.1.5. Calidad:

Refiriéndose al tipo o modo de atención y acceso a la salud. Es un concepto amplio y compuesto de varios elementos que hacen a la integración de una definición.

Para la definición y explicación de dicho concepto, la Dra. Mercedes Laurenza sostuvo que la calidad es relativa según las prestaciones que pueda pagar cada ciudadano y según la región geográfica donde éste se encuentre. Por otra parte, la Dra. Laurenza señaló que conceptualmente se trata de un término dinámico, dado que articula ámbitos institucionales diversos como la cultura de una organización, el clima laboral de los servicios de salud, la respuesta a los problemas de los pacientes y la perspectiva de los usuarios sobre la atención recibida. A su vez es polisémico, dado que su sentido varía según el enunciador sea la comunidad científica, los profesionales, los usuarios de los servicios de salud o la opinión pública¹⁶.

Con respecto a la producción teórica en relación a este concepto la Dra. Laurenza expresó que pueden identificarse cuatro dimensiones, no excluyentes:

- a- La producción ligada al “deber ser” de la calidad, entendida como un componente básico del derecho a la salud. Esa producción está representada, fundamentalmente, por los documentos internacionales encargados de sentar las definiciones sobre estos términos.
- b- La bibliografía al respecto de los indicadores y/o índices que permiten acreditar si la atención brindada por un establecimiento reúne (o no) ciertos estándares de calidad.
- c- Vinculada con la dimensión anterior, encontramos la producción que apunta a mejorar la gestión de un establecimiento de salud a través de la aplicación de un proceso de gestión de la calidad. (...)

¹⁶<http://itaes.org.ar/biblioteca/5-2013/ITAES-5-2013-investigacion.pdf>

- d- Las investigaciones que persiguen comprender qué es una atención de calidad y/o medir la calidad desde la perspectiva de los profesionales y los usuarios. (...) ¹⁷.

Por su lado, la OMS define que la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso ¹⁸.

3.2. Estrategia metodológica:

Este trabajo en gran medida es de tipo descriptivo y cualitativo, no obstante, se utilizarán estadísticas y datos de fuentes y organismos oficiales a modo de apoyar estas argumentaciones.

Se cuenta con investigaciones, estudios y estadísticas realizados por diferentes organismos internacionales como pueden ser la OMS (Organización Mundial de la Salud), CEPAL (Consejo Económico para América Latina y el Caribe), OPS (Organización Panamericana de la Salud), PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo), como también de los organismos nacionales, provinciales y municipales.

La metodología utilizada en este trabajo comprende la utilización de fuentes de información primaria y secundaria.

Las fuentes de información primaria son cinco entrevistas semiestructuradas, efectuadas a agentes de salud de la ciudad de Rosario, una de ellas fue realizada a la jefa de área de Neonatología de la Maternidad Martín, la Dra. Puig. Esta área funciona dentro del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR).

¹⁷ Mónica Petracci, Hernán, Manzelli, Mario Pecheny, Silvia Necchi, Marcela Cerrutti: Seminario V. Mesa de Debate: "Calidad de Atención en Salud". CEDES. OPS. 2004. Disponible en: <http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/SSPP/2004/SSPP200405.pdf>

¹⁸ <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>

Otras dos entrevistados fueron docentes y egresados de la Universidad Nacional de Rosario: El Licenciado en Ciencia Política y docente Mauricio Spilere, quien además desarrolla funciones en el área de contaduría del Hospital Centenario; y la egresada de la misma carrera, la Licenciada Nadia Alasino, quien ha desarrollado funciones en el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Por otro lado, se entrevistó a Micel Carnino, quien desarrolla tareas en el área de producción de conocimiento en el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Ex directora provincial de coordinación de proyectos durante las dos gestiones anteriores.

Por último, se entrevistó al ex Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, ex Ministro de Salud Pública en la provincia y actual Senador de Santa Fe, el Dr. Miguel A. Capiello, quien brinda una visión desde lo académico-profesional y como agente de la gestión pública.

Todas ellas tienen el objetivo de abordar esta temática y las transformaciones del sistema desde el proceso de descentralización y las políticas públicas llevadas adelante en este marco y con miras a mejorar la calidad y equidad del mismo. Se adjunta el modelo de la entrevista en anexo N°1.

Las fuentes de información secundaria son trabajos, investigaciones y tesinas que desarrollan esta temática, de los cuales existen una amplia variedad y cantidad. No obstante, son escasas las producciones que desarrollan los impactos que ha tenido la descentralización de la salud pública en la provincia de Santa Fe.

El periodo seleccionado bajo estudio que va desde 1990 hasta el 2015, se debe en primer lugar, a las reformas y modernización del Estado con su consecuente achicamiento generado en 1990, año en se comienza el proceso de descentralización de los servicios como son educación y salud a manos provinciales. Simultáneamente estas deben crear nuevas instituciones, normativas, organización, presupuesto y la creación de nuevas dependencias.

Capítulo 4. Reseña histórica del sistema sanitario argentino:

4.1. Periodo 1945-1955: Planificación estatal centralizada:

Durante 1940 el Estado comenzó a desempeñar y desarrollar un papel protagónico en la provisión del servicio de la Salud Pública, así como también en el diseño de políticas y programas destinados a este sector y a la lucha contra las enfermedades que predominaban en este tiempo, tales como el paludismo, tuberculosis y lepra. Se nacionalizaron los hospitales y se desplazó a las sociedades de beneficencia y a prestadores privados con y sin fines de lucro.¹⁹ Además, se formaron las mutuales de trabajadores por rama de actividad (obras sociales), de manera voluntaria dando lugar así a los convenios colectivos paritarios.

En 1943 se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social como dependencia del Ministerio del Interior (Decreto N°12.211). En este mismo año, Perón asumió la dirección del Departamento Nacional del Trabajo, que luego se transformó en la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Desde esta Secretaría, se nombró una comisión para el estudio de la sociabilización de la medicina en el país y del estatuto profesional del médico

En 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública, a través de Decreto 14.807, sancionado por el Presidente Farrell. Al mismo tiempo se nombró al Dr. Ramón Carrillo como secretario de la misma, con rango de Ministro. Perón al asumir la presidencia en este mismo año, confirmó ambas decisiones tomadas por el anterior mandatario.

Finalmente, se otorgó a la Salud Pública la exclusividad en acciones de medicina preventiva y curativa, hasta que en 1949 se le otorgó rango de Ministerio.

Fue un periodo en cual se incorporó la “horizontalización” y las “campañas de masas” o “programas verticales” específicos en servicios integrados de salud.

¹⁹“Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros”. OPS-OMS-CEPAL- PNUD PAG. 7

Por otro lado, fue una época marcada por la contradicción generada entre la salud pública y los seguros sociales.

Durante esta gestión, se produjo un cambio de paradigma con respecto a cómo definir y gestionar la salud: se desplazó a la sanidad (medicina curativa y la atención médica centrada en el individuo) hacia la protección de la salud colectiva, así el ministerio dejó de ser exclusivamente de “Salud Pública” para convertirse en el organismo máximo del sistema de salud.

4.2. Periodo 1955-1970: Modelo pluralista de planificación descentralizada:

Durante este periodo el Estado Nacional transfirió responsabilidades a las provincias, en un contexto regulatorio e institucional.

Es una fase en la cual el Estado nacional amplió los programas verticales que financió incorporando programas de salud rural.

Desde el alejamiento de Carrillo del Ministerio de Salud Pública, la gestión se deterioró, junto al gobierno en gestión debido a la gran hipertrofia burocrática y falta de financiamiento.

El gobierno hizo manifiesta su decisión de descentralizar para afianzar el federalismo y activaron el pedido de colaboración internacional que Carrillo había iniciado dos años antes. “Serían expertos extranjeros, y por tanto, “imparciales” y “apolíticos”, quienes describirían y certificarían la ininteligible herencia sanitaria”²⁰.

Desde 1958 las principales políticas sanitarias respondían al informe realizado por los Consultores Internacionales: corregir la hipertrofia burocrática y que el Ministerio Nacional sea el organismo orientador y formulador de las normas.

Por esta época la Organización Internacional del Trabajo (OIT) realizó una reunión en Ottawa en la cual se aprobaron dos tipos de modelos de “Seguridad Social”. El primero, el modelo “Universal” que cubría a la totalidad del país, y el segundo, considerado

²⁰Veronelli Juan Carlos, Veronelli Correch Magali: “*Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*”. Tomo 2. OPS-OMS.2003.

“profesional” ya que se restringía a los asalariados. En América Latina se generalizó la expresión siempre al segundo modelo, lo contrario a Europa.

En 1957 se inició a través de la firma de convenios con las provincias el proceso de transferencias del servicio sanitario.

Las transferencias eran impuestas desde la autoridad central, creando organizaciones e instituciones sin un diagnóstico que respondiera a la demanda ciudadana, para luego tenerlas que mantener con los ajustados presupuestos provinciales.

El ministro estaba de acuerdo con la cuestión normativa pero aclaró: “de ahí a transferir esos hospitales a provincias empobrecidas que ni cuentan con los medios para mantenerlos, hay una gran diferencia”²¹.

A través de la Ley 14.475 de 1958 se dispuso el reintegro a la Nación de los servicios transferidos, con el objetivo de una futura intervención de las provincias y municipios en la asistencia médica.

Es así que en 1961 se resolvió a través del decreto 8.569 reiniciar el proceso de transferencias, pero limitándose primero a establecer gestiones y formar grupos de estudio.

El ministro coincidía con las transferencias del servicio, pero antes se debían formar los recursos humanos con el objetivo de hacerse cargo de los servicios descentralizados, esto último había sido destacado por los consultores internacionales debido al déficit del personal capacitado.

Preocupaba en el ámbito nacional el costo creciente de la atención médica en medio de un contexto inflacionario y de deterioro del salario real. El gobierno identificó como la problemática central el costo de los medicamentos, cuyos precios impactaban mayoritariamente en las clases populares.

²¹ Ídem 19

Algunos médicos reaccionaron frente a los altos costos de la atención médica, lo que produjo que se revitalizaran las empresas de medicina prepaga, asimismo, las corporaciones médicas también criticaron a estos prepagos.

Durante esta gestión se dictaron decretos que respondían a las problemáticas más urgentes que habían detectado en el informe de los consultores privados: se creó a través del decreto N° 7.485 el Departamento de Planificación y Evaluación de la Salud y a través del N°8.924 se otorgaba al Consejo Nacional de Asistencia Social el carácter de ente descentralizado, con personería jurídica e individualidad presupuestaria. La Asistencia Social no quería depender de Salud Pública.

En 1964 se dictó el decreto N° 7.650 de “congelamiento del precio de los medicamentos” (esto obligaba a realizar la reinscripción de los medicamentos). Los laboratorios reclamaban por esta medida, ya que argumentaban que los precios elevados eran debido a los costos de la investigación para realizarlos.

Como consecuencia de lo anterior se obligó a los laboratorios a presentar información, de la cual se detectaron varias irregularidades en la etapa de producción y comercialización. Luego de ser sancionadas las leyes, se comenzó a trabajar en los respectivos decretos que reclasificaban y determinaban los precios de venta.

En 1967 se presentó el anteproyecto de “Servicios de atención médica para la Comunidad” (SAMCO), que luego se empleara a través de las leyes dictadas por las Provincias, por ejemplo en Santa Fe es a través de la Ley N°6312. En principio sería una institución autárquica, aunque dependiente funcionalmente del Ministerio de Salud y con dependencia presupuestaria parcial.

Durante este periodo se comenzó a trabajar desde la Secretaría en la elaboración de un proyecto de Seguro Obligatorio de atención médica sobre la base de las “Obras Sociales”, el cual se había iniciado en los años 40 desde la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Durante esta gestión se continuó con los lineamientos generales de la anterior, es decir, con el proceso de descentralización.

Con la ley 19.337 se apresuró la descentralización de los hospitales dependientes del Ministerio y también se los autorizó a realizar convenios con las obras sociales.

4.3. Periodo 1970-1990: Consolidación y crisis del modelo fragmentado:

En este periodo, a través de la ley de Ministerios N° 20.524 de 1973, la Salud Pública adquirió el rango de Secretaría. También es importante destacar la Ley N°18.610 que obligó a la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. La misma tenía como objetivo crear lazos de solidaridad dentro de cada grupo.

Por otro lado, también se sancionó la ley 19.032, la cual creaba el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, financiado por la participación de sus afiliados más una proporción del aporte de los cotizantes activos de la 18.610 y también un aporte estatal. Se sacaba de las obras sociales la atención de los jubilados y pensionados, cuyas necesidades de atención médica son superiores a la de los adultos menores de 65 años, los cuales se reunían en el “Programa de Atención Médica Integral” (PAMI).

Con la creación del Seguro de Salud obligatorio para todos los trabajadores activos o jubilados y con un Ministerio de Salud Pública en funcionamiento, es como se completa la configuración y organización de la Salud Pública en nuestro País.

Con la expansión de las obras sociales se produjo un crecimiento del sector privado, mientras que, el sector público pasó a ser la única cobertura de un sector amplio de la población, en su mayoría carenciados que no contaba con una obra social.

No obstante, el sector público también suele brindar cobertura adicional a los asociados a otros esquemas y personas de ingresos altos, dando lugar a casos de múltiple cobertura con las obvias consecuencias negativas en materia de eficiencia.²²

La ausencia de coordinación entre los distintos subniveles de gobierno y falta de regulación del sector privado ha generado que en 1977 se creara el Nomenclador de

²²idem 18

Prestaciones Médicas, Odontológicas y Bioquímicas con el objetivo de regular los precios y honorarios del sector.

Además este periodo enfrentó serias dificultades económicas por lo que se ha disminuido el presupuesto destinado al sector de la salud.

De esta manera, el sector sanitario argentino se caracterizó por la excesiva fragmentación entre los distintos niveles de gestión y hacia el interior de cada uno de ellos, rasgo que predomina hacia nuestros días. Esto impide la conformación de un sistema de salud, el uso eficiente de los recursos y una adecuada atención de calidad y equidad.

No debemos dejar de mencionar la creación del COFESA a través de la Ley N° 22.373 de 1981, la cual tiene su antecedente al Comité Federal de la Salud de 1971, cuyo propósito se centra en la distribución de los fondos del Ministerio de Salud de la Nación entre las provincias para financiar diferentes programas.

En 1992 a través del Decreto N° 1269 se establecieron las “Políticas Sustantivas e Instrumentales” de salud. Se formalizó el rol del Estado como conductor general del sistema, articulador y distribuidor de recursos, como así también administrador de servicios.

En el marco de la descentralización de los servicios de la salud, se decidió la federalización de los fondos del Programa materno infantil y se establecieron las pautas programáticas para la transferencia de los fondos.

A través del decreto N°1490 se creó la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y el Programa Nacional de garantía de calidad de la atención médica (R.M 432/92, 149/93, 798, 855 y 857/93).

Por estos años también se incorporó el derecho a la libre elección de obra social, a través del decreto 9/93, de la Ley 23.661 y la formulación del Programa Médico Obligatorio (PMO) (R.M. 247/96). Este se trata de un listado de bienes y servicios sanitarios destinado a la prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico.

En el Ministerio de Salud y Acción Social se aumentaron el número de Secretarías y Subsecretarías, se crearon nuevas dependencias y se fusionaron otras. Por ejemplo, en la Superintendencia de Servicios de Salud, en la cual se unieron los tres organismos anteriores de regulación y control del Seguro Social, decreto 1615/96.

Es una etapa caracterizada por las reformas dirigidas a aumentar la libertad de los usuarios a través de la incorporación del derecho a la libre elección de las obras sociales y el intento de equiparar estas con los prepagos médicos y mutuales. Así se abrió un espacio para que comenzaran a funcionar empresas financieras, cuyos intereses estaban puestos en compartir los beneficios con la dirigencia sindical y los propietarios de las empresas médicas, iniciándose un sistema inequitativo, cuyo pilar era el beneficio económico y no el mejoramiento de la salud, o equidad del servicio.

“Los prepagos médicos (...) que dejaron de pertenecer a médicos y se transformaron en empresas comerciales que combinaban la comercialización de servicios médicos con la de seguros y cuyos nombres y carteras se compraban y se vendían por decenas de millones de dólares. El ámbito médico-sanitario progresaba poco en términos sanitarios, pero se ampliaba y perfeccionaba como foro de pingües ganancias financieras.”²³

Se produce la descentralización de los hospitales a través de la llamada “autogestión”. La adhesión a este nuevo sistema no fue del todo voluntaria, algunos directores de hospitales se enteraban del caso a través de publicaciones.

Este tipo de descentralización se utilizó para justificar la reducción del financiamiento público.

En 1995 Menen es reelegido en un contexto caracterizado por la sobrevaluación, el tipo de cambio bajo que reducía progresivamente la competitividad externa de la industria nacional, bajos aranceles lo que generaba la baja competitividad interna, y como

²³Ibidem 20

consecuencia de ello el crecimiento del desempleo, empujando a muchas familias a un estado de exclusión social, debido a cierres de comercios y fábricas.

En 1998 se produjo un aumento significativo del empleo público, ya sea en el ámbito nacional, provincial o municipal, lo cual hizo crecer aún más el déficit fiscal que se financiaba con endeudamiento.

Fue un periodo colmado de corrupción que afectó a todas las áreas del gobierno, convirtiéndose en un sistema que apeló al delito para protegerse, y como consecuencia de ello a un alto desprestigio de la justicia.

En este periodo, ya elegido como presidente Fernando de la Rúa y Vice Carlos Álvarez, la recesión se profundizó. Muchas provincias comenzaron a emitir cuasi monedas para poder mantener sus economías y pagar los gastos, unido a ello la falta de recursos dirigidos a servicios como son la educación, salud, policía, asistencia, etc.

El Presidente rechazó que se investigara varios casos de corrupción, entre ellos algunas del sistema sanitario como puede ser en la Superintendencia, lo que determinó la renuncia del Vicepresidente.

Es importante destacar que durante estos años, el Servicio de Sanidad Animal (SENASA) y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca ocultaron el brote de fiebre aftosa en el ganado, probablemente por el contrabando que la corrupción protegía, esparciéndose así esta enfermedad. Vinculado a ello, Salud Pública identificó de forma errónea un supuesto caso de ántrax, generando que ambas situaciones incrementaran el desprestigio del gobierno.

Debido a toda esta situación las empresas de medicina prepaga y obras sociales se vieron afectadas, especialmente el PAMI, ya que es la que integra mayor número de afiliados.

En el año 2002 se designó como Ministro de Salud a Ginés González García, quien reconoció y determinó la emergencia sanitaria. Sus esfuerzos se dirigieron a contener el alza de los precios de los medicamentos a través de la Ley de Prescripción de

Medicamentos por nombre Genérico, el Programa Remediar y el Plan Nacer. Todas estas acciones estaban destinadas a limitar el impacto de la crisis y garantizar el acceso de los más vulnerables al servicio sanitario, ya que se produjo un aumento significativo de demandas de atención en hospitales y establecimientos públicos debido a que las personas no podían afrontar el gasto de prepagos y mutuales. Paralelamente las provincias y municipios tampoco contaban con los recursos, tanto materiales como humanos, para hacer frente a esta situación, e incluso las obras sociales estaban vaciadas. Todo esto constituyó la deslegitimación del sistema y crisis del mismo.

Tal lo adelantado, durante los años noventa se pueden reconocer dos hitos fundamentales que pueden ser considerados estrategias de descentralización en el subsector público de la salud. Estos son la transferencia de 19 hospitales nacionales a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires en el año 1992; y el impulso que desde el Estado Nacional se le dio a la figura de “Hospital Público de Autogestión” (HPA) a partir de la firma del Decreto N° 578 de 1993.

En este marco, el COFESA estableció dos grandes objetivos del Estado Nacional en materia de salud: (a) afianzar la atención primaria; y (b) contribuir al desarrollo y fortalecimiento del sistema federal de salud a partir de su accionar basado en la concertación.

Actualmente, el COFESA está integrado por las autoridades de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su principal función es coordinar el desarrollo sectorial en materia de salud en toda la República, apreciando los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y cada región en particular. En los años posteriores a la crisis 2001-2002 el COFESA ha ido aumentando su protagonismo, en particular con la formación del Plan Federal de Salud²⁴.

En el año 2002 se aprobó el Programa de Emergencias Médicas Obligatorias (PMOE) a través de la resolución N ° 201/02 para la ampliación de prestaciones teniendo en cuenta la relación costo-efectividad.

²⁴Ibídem 21

El PMOE está basado en los principios de la atención primaria de la salud siendo la misma el primer nivel de salud, pero además considerada como una estrategia de organización de los servicios sanitarios. Es importante hacer hincapié en la preservación de la salud antes que las acciones curativas, por ello es necesario privilegiar en esta área los programas de prevención. Dentro del PMOE podemos encontrar, el Plan Materno Infantil, la atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, los Programas de prevención de cánceres femeninos, Odontología preventiva y Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Dentro del segundo nivel de atención se encuentran las distintas especialidades, como pueden ser, de diagnóstico, tratamientos de rehabilitación, otras prácticas y las prestaciones ambulatorias como la hemodiálisis y cuidados paliativos, etc., prótesis y ortesis, internación (100% de cobertura), salud mental, traslado, los medicamentos (la cobertura varía entre un 40 y 100 %) y las prestaciones de alto costo y baja incidencia.

Capítulo 5. Composición del sistema de salud Nacional a partir de las reformas implementadas en 1990:

La cobertura de nuestro sistema de salud se encuentra organizada en tres subsectores. Las instituciones que representan cada una son las encargadas de la provisión del servicio, la gestión y su administración.

Estos subsectores, como se menciona anteriormente son, el Sector Público, las Obras Sociales y las Empresas de Medicina Prepaga.

5.1. Sector público:

El sistema de salud público se encarga de la provisión de este servicio a todos los habitantes del país, con independencia de que posean o no algún tipo de cobertura de tipo privada o social.

“Esto implica que todo ciudadano tiene derecho a recibir una cobertura básica, aunque resulta muy diferente dependiendo del lugar de la República donde resida. Esta situación responde a la combinación de, al menos, dos factores: el elevado grado de descentralización que presenta el sector público y la significativa brecha de desarrollo y capacidades entre provincias. No obstante, dada la expansión del sector público y de la seguridad social, la población cuenta con un elevado grado de cobertura en relación con otros países de la región”²⁵

5.2. Seguros Sociales:

Dentro de las llamadas Obras Sociales, el beneficio va dirigido a todos los trabajadores del sector formal del mercado de trabajo, así como los trabajadores estatales del nivel nacional, integran también las mismas sus respectivos grupos familiares. No sucede lo mismo con los empleados de las administraciones públicas provinciales, ya que cuentan con sus propias obras sociales.

²⁵ Ibídem 21

Estas instituciones poseen sus propios marcos normativos que regulan sus recursos, beneficiarios y beneficios que pueden acceder.

La seguridad social está compuesta por 280 Obras Sociales Nacionales (OSN), otras obras sociales como las correspondiente al personal de las FFAA, Seguridad y Universitarias, 24 Obras Sociales Provinciales (OSP) y el PAMI (Jubilados y Pensionados). Estas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (se incluye a los monotributistas) y pasivos, y sus grupos familiares.²⁶

5.3. Obras Sociales Nacionales:

Está mayoritariamente integrada por los trabajadores formales en relación de dependencia, los beneficiarios con regímenes especiales, como pueden ser de jornada parcial, empleados doméstico y otros rondan un 10 %²⁷.

Los aportes personales (3% del salario) y contribuciones patronales (6% del salario), obligatorios para todos los trabajadores (...) son la fuente principal de los ingresos de las OSN y representan aproximadamente el 87% del total. El 13% restante reconoce otras fuentes como pagos directos, cuotas de adherentes, cuotas voluntarias por planes superadores, etc. (...)²⁸

En las reformas producidas en los años 90, se modificaron los mecanismos de recaudación y asignación de recursos. también se rediseño el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), el cual había sido creado en los años 70 y al cual las Obras Sociales Nacionales aportaban entre un 10 % y 20% de acuerdo a los niveles salariales de los afiliados. El objetivo de este fondo era ayudar a las obras sociales que percibieran problemas financieros. Mediante el Decreto N° 292/1995, como mencione anteriormente, se modificaron las funciones de redistribución asignando automáticamente parte de lo recaudado a los grupos familiares de menores ingresos, con el objetivo de que alcancen, estos grupos, un valor mínimo de cotización mensual para cubrir el Programa Médico

²⁶ Ídem 24

²⁷ Ídem 25

²⁸ Ídem 26

Obligatorio de Emergencia (PMOE). Este fondo también financia tratamientos costosos que son menos utilizados pero que se han incorporado en el PMOE.

Bajo esta reforma mencionada, se conforma un mecanismo menos solidario, debido a que asegura un mínimo para los trabajadores formales que perciben menores ingresos y que aun así cuentan con grupos familiares mayores, en vez de brindar una cobertura más homogénea como sucedía antes de esta modificación.

La cobertura que brindaban las obras sociales era más homogénea debido a que dependían del salario promedio por rama de actividad, es decir, los trabajadores con sus aportes financiaban sus obras sociales según el sector donde se desenvolvían sin poder elegir otra cobertura.

Luego de los cambios introducidos en 1994 y con la posibilidad de elegir otra obra social, se produce una ruptura en el esquema de solidaridad institucional de hasta entonces, ya que cada beneficiario destina sus aportes a otra institución, ya no se financian sus obras sociales de origen con el salario promedio de cada sector. La consecuencia que se produce con esta reforma, es que las obras sociales que combinaban mayor cantidad de pasivos y una diferencia marcada de niveles de ingresos, por ejemplo, Ferroviarios, Seguros, Bancarios, etc., se quedaron con los afiliados de menores ingresos, lo que produjo que muchas de ellas no pudieron seguir financiándose.²⁹ (...) teniendo que brindar planes suplementarios a los del PMOE y la utilización de los aportes obligatorios de los trabajadores como parte de la cuota de una prepaga, la cobertura de las obras sociales comenzaron a depender de las cuotas suplementarias que pagan sus afiliados, lo que empeora aún más la solidaridad dentro de cada entidad.³⁰

Como resultado de estas reformas, se inicia una etapa en que el acceso al servicio y calidad en materia sanitaria dependiente según el servicio que brindan las Obras Sociales, las cuales son muy diferentes y del nivel de ingreso de las personas que desean acceder al servicio.

³⁰ Idem 26

5.4. Obras Sociales Provinciales:

Estas cobran protagonismo a través del proceso de descentralización del sistema sanitario llevado a cabo en la década de 1990.

Son entidades autárquicas que comprenden obligatoriamente a los trabajadores de la administración pública provincial y a sus respectivos grupos familiares.

Se financian con aportes de los afiliados y contribuciones del estado provincial que, en la mayoría de los casos, se ubican en los rangos de 3-5% y del 4%-6%, respectivamente.

De la misma manera, brindan atención a los jubilados y pensionados provinciales (con aportes entre 1 y 6,4%).³¹

Estas obras sociales también brindan su cobertura a empleados municipales, docentes que provengan del sector tanto público como privado y personal de Universidades Nacionales. Además pueden integrar la misma afiliados voluntarios y/o particulares.

Sus ingresos para financiar a estas son originarios de los afiliados y sus beneficiarios y de las transferencias de recursos que realizan los Gobiernos Provinciales.

Las provincias que denotan un bajo desarrollo económico, predomina en mayor parte la cobertura a través del Seguro Social por encima del promedio nacional.

Si bien en estas provincias predomina el empleo en el sector público, esto no se traduce en que la población goce del servicio de las obras sociales provinciales, ya que gran parte de los trabajadores no se encuentran registrados en el mismo.

5.5. PAMI:

Es otro sector que integra el sistema de salud en nuestro país, es la institución que se encarga de proveer este servicio a los Jubilados y Pensionados. Esta fue institucionalizada por la Ley N° 19.032 de 1971. Primeramente se creó como persona Jurídica de Derecho

³¹ Idem 29

Público no Estatal el Programa de Atención Médica Integrada (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP).

Esta institución estuvo intervenida en varias ocasiones y ha cambiado de Ministerio, a través del Decreto N° 486/2002 entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social.

Los que integran esta institución pueden ser las personas jubiladas o pensionadas del Sistema Integrado de Jubilaciones, veteranos de guerra y los mayores de 70 años y familiares a cargo.

Las contribuciones para su financiamiento provienen de la combinación de los aportes (3%) y contribuciones (2%) de los trabajadores formales activos y de los pasivos, que aportan entre un 3%-6% según el monto de haberes que perciben. Otro aporte importante proviene del Tesoro Nacional.³²

Como ocurrió con las mencionadas obras sociales mencionadas, a partir de 1995, los beneficiarios del PAMI también puede elegir otro tipo de seguro social, estos deben estar inscriptos en el Registro de beneficiarios jubilados y pensionados, los cuales determinarán los valores que se deberán transferir mensualmente.

5.6. Sector Privado:

Es el encargado de proveer el servicio a las personas que voluntariamente abonan por el mismo, por lo general a las que perciben mayores ingresos.

Este sector está conformado principalmente, por los prestadores de servicio médico asistenciales, los financiadores o empresas de seguros médicos, laboratorios de especialidades médicas, empresas de equipamiento e insumos médicos, farmacias y centros de diagnósticos además de las instituciones privadas responsables de la formación de recursos humanos en las distintas especialidades médicas y no medicas que se desempeñan en el sector. (...). Las aseguradoras privadas o empresas de medicina prepaga pueden ser sociedades comerciales, asociaciones civiles con o sin fines de lucro, fundaciones que

³² Idem 30

actúan en la órbita de la Inspección General de Justicia (IGJ) y mutuales o cooperativas bajo la órbita del Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual (INACYM).³³

Estas empresas han sido reguladas mediante la Ley N° 26.682 de Medicina Prepaga. En la actualidad está vigente la Ley N° 24.754 que obliga a estas empresas a brindar un servicio de salud igual a las que proveen las Obras Sociales Nacionales, mediante el PMOE y las reguladas por la Ley N° 24.455 que obliga a cubrir los tratamientos médicos y psicológicos de las personas con la enfermedad del VIH/SIDA, así como las personas que padecen de la droga dependencia.

5.7. Marco Normativo Nacional a partir de las reformas realizadas en 1990:

A partir de estas reformas el marco jurídico nacional queda compuesto de la siguiente manera:

- **Ley 23.661 de 1989: se crea Sistema Nacional del Seguro de Salud:** se crea con el fin de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones.

El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitaria, integral y humanizada, tendiente a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales y de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se regirán por lo establecido en la presente ley, su reglamentación y la ley de Obras Sociales.

³³ Idem 31

El seguro adecuará sus acciones a las políticas que se dicten e instrumenten a través del Ministerio de Salud y Acción Social.³⁴

- **Decreto 1269/92:** se establecen las políticas nacionales de salud, disgregadas en sustantivas e instrumentales, que tienen por objeto garantizar el derecho a la salud para todos, mediante el desarrollo de un sistema sanitario basado en criterios de equidad, solidaridad, eficiencia, eficacia y calidad para el mejoramiento en la accesibilidad y la extensión de la cobertura, como elemento fortalecedor de una sociedad democrática. Por otro lado, mediante estas políticas se busca disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, mediante acciones sanitarias de promoción y protección de la salud, especialmente dirigidas a los sectores más vulnerables y empobrecidos de la sociedad.
- **Decreto N° 455/2000 crea el Marco Estratégico - Político para la salud de los argentinos (deroga el anterior decreto 1269 de 1992):** cuyo propósito es 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, a través de estrategias que apunten a contribuir al desarrollo y fortalecimiento del sistema federal de salud y a afianzar la Atención Primaria de la Salud y el sistema de Médicos de Cabecera a nivel nacional como una estrategia fundamental para mejorar la eficiencia de la asignación del gasto.³⁵
- **Decreto 1490/92:** se crea la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), organismo descentralizado que depende de la Administración Pública Nacional. Organismo dirigido a la prevención, resguardo y atención de la salud de la población que se desarrollen a través del control y fiscalización de la calidad y sanidad de los productos, sustancias, elementos y materiales que se consumen o utilizan en la medicina, alimentación y cosmética

³⁴<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/norma.htm>

³⁵<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/63270/norma.htm>

humana, y del contralor de las actividades, procesos y tecnología que mediaren o estuvieren comprendidos en dichas materias.³⁶

- **Resolución N° 432/92: Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica:** Tiene como finalidad normatizar y desarrollar las siguientes actividades:
 1. La habilitación y categorización de los Establecimientos Asistenciales.
 2. El control del ejercicio profesional del personal del equipo de salud.
 3. La elaboración de normas de funcionamiento y manuales de procedimiento de los servicios de salud y de Normas de Atención Médica.
 4. El asesoramiento y cooperación técnica en relación con las actividades antes señaladas.
 5. La fiscalización y el control sanitario.
 6. La evaluación de calidad de la atención médica y de organismo de aplicación de ella queda facultada para los servicios de salud.³⁷

- **Decreto 578/93: se crea el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA):** En este podrán inscribirse todos los hospitales públicos de Jurisdicciones nacional, provincial y/o municipal. Actuará como organismo descentralizado de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción. Entre sus funciones podrán integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados, Toda otra actividad que resulte necesaria para el cumplimiento de los fines y objetivos establecidos en el acto formal de descentralización, brindará atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población estando obligado a prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos sus servicios.

³⁶<http://www.anmat.gov.ar/fna/1490.asp>

³⁷<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/coleccionOPS/pub/pub52t1.pdf>

El Hospital Público de Autogestión (HPA) continuará recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para el habitual funcionamiento, tendiendo a reemplazar progresivamente el concepto de "subsidio a la oferta" por el de "subsidio a la demanda".³⁸

Este decreto ha sido derogado por el **Nº 939 del año 2000**, el mismo, es de suma importancia para entender como se ha llevado a cabo el proceso de descentralización.

El mismo si bien mantiene casi en su totalidad la mayoría de los artículos del anterior, agrega:

1. Deberá garantizar la **gratuidad** del acceso a la atención de la salud, eliminando todo tipo de arancelamiento por la utilización de los servicios que brinda a la población.
2. La Superintendencia de Servicios de Salud garantizará el pago de lo facturado por el Hospital Público de Gestión Descentralizada dentro de los treinta (30) días corridos de presentada la facturación.³⁹

- **Decreto 9/93: Libre elección de Obra Social:** Se establece la libre elección de una Obra Social y que podrá ser ejercida por un año. Se deberán cumplir las modalidades para que los aportes y contribuciones sean depositados en la Obra Social elegida.⁴⁰
- **Decreto Nº 247/96 crea el Programa Medico Obligatorio de Emergencia:** era un listado de bienes y servicios destinado a la prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico.

En el año 2000, la Resolución Nº939 del Ministerio de salud, modifica al anterior, ya que establece mas prestaciones a cubrir.

³⁸<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/12550/norma.htm>

³⁹<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64697/texact.htm>

⁴⁰<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/11554/texact.htm>

En el año 2002, luego de declararse la Emergencia Sanitaria, se aprueba a través de la Resolución N°201 el Programa Medico Obligatorio (PMO), el cual se amplía y establece:

1. Respetar la relación costo-efectividad a la hora de incorporar mayores prestaciones médicas, y de medicina basada en la evidencia.
2. Las prestaciones incluidas en la canasta deberían variar periódicamente según la información científica, el desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos.
3. Se basa en los principios de la Atención Primaria de la Salud

Incluye los programas tales como el Plan Materno Infantil, la atención del recién nacido hasta un año de edad, los Programas de prevención de cánceres femeninos, Odontología Preventiva y Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.⁴¹

- **Decreto 1615/96: se crea la Superintendencia de Servicios de Salud.:** Es un organismo descentralizado que actúa en la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social, consecuencia de la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). Asumirá las competencias, objetivos, funciones, facultades, derechos y obligaciones de las entidades que se fusionaron, así como la Fiscalización del cumplimiento del Programa Medico Obligatorio (PMO) y del cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en los entes comprendidos en el Sistema y supervisar el cumplimiento del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios del sistema para la libre elección de obras sociales.⁴²
- **Ley 26.529/09: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de la salud:** rige el derecho del paciente el acceso a la información y documentación clínica.
por medio de esta ley se rige que el paciente debe ser atendido sin distinción de ninguna índole, trato digno y respetuoso, respetar la intimidad y confidencialidad, a

⁴¹ Ibídem 32.

⁴² <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41312/texact.htm>

aceptar o rechazar algún tipo de terapia o procedimiento médico, a tener por escrito la información sanitaria, pedir consentimiento para internación, intervención quirúrgica, procedimientos médicos invasivos, etc., menos que se esté corriendo peligro la vida del paciente o situación de emergencia.

El paciente tiene derecho a su historia clínica, a pedir una copia, a que sea inalterable, también puede solicitar la historia clínica del paciente otro profesional del área de la salud, el/la conyugue, hijos, familiar o persona que conviva con él.⁴³

⁴³<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Capítulo 6. Sistema de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe a partir de 1990:

6.1. Legislación del Sistema:

Con respecto a esta temática, se limita a nombrar las principales y actuales leyes que rigen y dan marco al sistema de salud en la provincia, ya que se encuentra en debate una Ley de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe, que aun no se ha sancionado, ya que la misma apunta a completar, regularizar e integrar dicho sistema, tema que tratare más adelante.

En la Provincia de Santa Fe nos encontramos con una de las principales leyes que enmarcan el sistema sanitario, como es **la ley N°6312 de 1967**, bajo la cual se crea el “Servicio para la atención Médica de la Comunidad” (SAMCO). Estos entes, no tienen ni pueden tener fines de lucro y en todos los casos se estructurarán sobre las bases de los organismos asistenciales y sanitarios existentes o a crearse, que dependan o debieran depender del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la finalidad de propender al mayor rendimiento y la mejor prestación de los servicios médicos curativos y preventivos que es obligación del Estado prestar a la Comunidad toda en atención al valor humano económico que la salud representa en toda sociedad organizada dando a la comunidad beneficiaria la oportunidad de participar en forma activa en la concreción de esos propósitos con su aporte, e intervención directa.

Las prestaciones de estos establecimientos comprenden la atención a enfermos que por su situación económica estén o no en condiciones de sufragar los gastos que demande su curación, sin discriminación de nacionalidad, raza, religión, creencia o ideas políticas o sociales de ninguna naturaleza. El reglamento establecerá con carácter general las condiciones y/o modalidades en que dichas prestaciones se llevarán a cabo sin descuidar que es fundamental atender la salud de las clases sociales menos pudientes económicamente y que en forma especial y concreta a ellas están destinadas las disposiciones de esta Ley. La acción de estos servicios deberá hacerse extensiva al aspecto preventivo de la salud de la población.

A los establecimientos a los cuales se aplique el régimen de esta ley, tienen acceso todos los habitantes de la jurisdicción donde funcione el ente y pueden disponer del mismo para la internación, operación, curación, etc., de sus pacientes, todos los profesionales médicos de la localidad y/o jurisdicción pertinente, dentro de los preceptos que fije la reglamentación que al efecto se dicte por el Poder Ejecutivo, sin otra discriminación⁴⁴

Con respeto a esta ley, considera que debiera reformularse o modificarse ya que solamente hace referencia a los SAMCO, pero en su actuar de manera aislada, no hace referencia a los distintos niveles de complejidad que existen hoy en día, ni la articulación entre los mismos y el SAMCO, tampoco de los servicios ni especialidades que brinda dicha institución. necesariamente debiera actualizarse esta ley integrándola al contexto que se fue gestando en materia sanitaria, ya que se habla de un sistema, y por sistema se entiende un conjunto de componentes y normas que hacen al buen funcionamiento de algún tipo de actividad o fin.

Por otro lado, otra de las normativas que rige en la Provincia en materia de salud es la **Ley Nº 10.608 de 1991**, a través de la cual se otorga al Poder Ejecutivo de la Provincia a organizar de acuerdo a lo previsto en la presente ley, su reglamentación y demás normas que se dicten, a los establecimientos asistenciales con internación dependientes del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, a efectos de constituirlos en personas jurídicas públicas estatales, con el consiguiente grado de capacidad administrativa y financiera.

El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia, establecerá la política de salud a la que deberán ajustarse dichos establecimientos para el cumplimiento de sus fines de prevención, recuperación, rehabilitación, docencia e investigación, y garantizará la eficaz prestación de atención medico asistencial total y gratuita, a las personas imposibilitadas de acceder a alguno de los sistemas de protección para la salud, en virtud de sus escasos recursos.

Cada Establecimiento sanitario estará conducido por un Consejo de administración integrado por:

⁴⁴<https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/37562>

- Un representante del Estado, que lo presidirá, designado y removible por el Poder Ejecutivo;
- El Director Médico;
- Un representante del personal, elegido en forma directa por sus pares del establecimiento;
- Un representante de la Asociación Cooperadora del Hospital o, en su defecto, de la entidad similar que en el mismo se desempeñe;
- Un representante del cuerpo profesional del establecimiento, elegido en forma directa por sus representados;
- Un representante de las organizaciones institucionalizadas de la comunidad.

La duración del mandato de cada uno de los integrantes del Consejo de Administración, con excepción de los del Representante del Estado y del Director Médico, será de tres años, pudiendo ser reelectos. Cuando la importancia del establecimiento no justifique la constitución de dicho organismo, el mismo será conducido por un Administrador General designado por el Poder Ejecutivo y un Consejo Asesor integrado por representantes del cuerpo profesional, del resto del personal y de la comunidad⁴⁵

En referencia a esta ley, considero de suma importancia que en la responsabilidad que se le confiere a cada agente, debiera ser necesario anexar a dicha, la realización de un serio y acabado diagnóstico de la situación sanitaria de referencia a los establecimientos, áreas, temáticas, información etc. para así detectar las problemáticas, la participación de los trabajadores de la salud y agentes que desarrollen sus funciones allí así como de los ciudadanos en su conjunto, ya que al elaborar políticas públicas en materia sanitaria, se debe detectar la problemática a solucionar así como las demandas planteadas por las personas que utilizan este servicio, que a mi entender son las mejores para proporcionar este tipo de información ya que son los protagonistas de sus padecimientos, inaccesibilidad

⁴⁵<https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/41814>

o problemáticas específicas a resolver. Que si bien los profesionales de la salud están en contacto diario con estas temáticas, a veces puede suceder que desconozcan alguna situación que atraviesan algunas personas o grupos de personas.

6.2. Descentralización y Regionalización:

En el año 2007 se inicia un proceso de reforma y modernización del Estado basado en la regionalización, la descentralización y la planificación estratégica participativa, cuyos ejes constituyeron la respuesta al desafío de una construcción de una sociedad más inclusiva e integrada.

Al respecto el Dr. Cappiello sostiene *“(...) un sistema de salud integrado y en redes, que cuando uno trabaja en redes asume la heterogeneidad y nada de lo que pasa en algún punto de la red le es ajeno a otro punto de la red, hay asociativismo, cooperativismo, donde vos puedes trabajar sabiendo que el otro te va a escuchar (...) Después empezaron la estrategia de Atención Primaria, que dijimos era el ingreso al sistema de salud (...) es una estrategia de Atención Primaria que va mas allá de los presuntos límites de la practica medica, es un trabajo interdisciplinario sujeto al protagonismo de la comunidad(...)”*

En este marco, en el año 2008 se presenta el Plan Estratégico Provincial que pretende asegurar: a) un proyecto de desarrollo para los territorios que aún no lo poseen; b) el apoyo a las iniciativas de desarrollo local; c) las políticas sociales y las inversiones en infraestructura social que corrijan las desigualdades; d) el mejoramiento de indicadores promedio de educación, salud, clima social, justicia, seguridad y transparencia en la gestión; e) la potenciación de las ventajas santafesinas para la localización de capitales; f) prevención y solución de conflictos entre actores provinciales.⁴⁶

El plan se basa en las siguientes líneas estratégicas: territorio integrado, calidad social y economía del desarrollo.

En este contexto la provincia es dividida en cinco regiones que comparten rasgos geográficos, culturales, sociales e históricos.

⁴⁶<http://www.santafe.gov.ar/archivos/PEP.pdf>, en Signorelli Gisela: “Reordenando el territorio: el caso de la regionalización en la provincia de Santa Fe, Argentina- 2008-2011”. Quid 16 Revista del área de estudios urbanos del instituto de investigación de Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA)-ISSN 4060

“*Cinco regiones, una sola provincia*” es la frase que resume la visión de la política de regionalización territorial, iniciada en el año 2008. En el marco de un único proyecto de transformación del territorio, la regionalización se plantea como una estrategia para integrar territorios antes desconectados y fragmentados, potenciando sus particularidades, y para acercar el Estado a los ciudadanos y a los diversos actores locales, inaugurando así un nuevo modo de gobernar en la Provincia de Santa Fe.⁴⁷

Cada Región tiene sus particularidades y en cada una de ellas se identifican nodos de distribución y redistribución de capacidades, información y recursos. En general se ubican en la ciudad más importante de la región que es la que le da el nombre a la misma.

El principal objetivo de la regionalización tiene que ver con facilitar el proceso de descentralización del Estado santafesino, lo que no es otra cosa que transferir poder a un lugar más cercano a donde las personas habitan, en el que los funcionarios y trabajadores se relacionan de manera directa con los ciudadanos.

Al respecto dice la Dra. Puig: “(...) *lo que se ha hecho es un proyecto de regionalización que acá en la provincia es algo muy sui generis, porque lo que se ha regionalizado es la patología y no la complejidad, por ejemplo en la maternidad Martín lo que intenta hacer es un perfil quirúrgico, que acá se deriven los niños que necesiten cirugía, en el Hospital Baigorria se intenta centralizar la atención de los menores de 1500 grs., en el Hospital Centenario las cardiopatías congénitas (...) y hay uno o dos hospitales de alta complejidad donde se resuelve todo cardiológico, todo lo quirúrgico y donde este la terapia intensiva (...)*”

Cabe preguntarse, ¿qué significa cuando hablamos de regiones o regionalización? ¿Y porque es un pilar de la descentralización?

Según Coraggio, “por regiones denominamos a esos ámbitos definidos a partir del dominio territorial particular de una relación de acoplamiento o de una relación de semejanza (...) podemos observar a las regiones y sus correspondientes procesos de regionalización en las que tienen lugar, desde una mirada objetiva o desde una mirada

⁴⁷<http://www.santafe.gov.ar/archivos/PEP.pdf>. Pág. 41.

subjetiva. A saber: una regionalización efectivamente existente, como forma espacial propia de los procesos sociales, y que es independiente de nuestra percepción de la misma. O bien, pensando a la organización territorial de una nueva sociedad como parte de una configuración territorial pre-existente, de procesos económico-demográficos que tienen una relativa permanencia, de pautas socio- culturales diversas, que son la base de esa nueva regionalización. Dicho en otras palabras, la regionalización subjetiva es la aproximación que se hace a partir de diversos criterios a la regionalización objetiva”⁴⁸

Se puede ver como en estas definiciones toma mucha fuerza el concepto de territorio y su organización-reorganización, un rasgo fundamental a la hora de delimitar responsabilidades y competencias en el desarrollo de la descentralización como base de la planificación estrategia para la ejecución y concreción de políticas públicas

Por ello, y derivado de lo anterior, la propuesta de regionalización provincial se plantea como una estrategia para integrar territorios antes desconectados y fragmentados, potenciando sus particularidades, y para acercar el Estado a los ciudadanos y a los diversos actores locales (...). La regionalización concibe el territorio como una gran red, que entrecruza actores locales diversos; actividades sociales, económicas y políticas; patrimonio natural y cultural que es necesario articular y gestionar en la proximidad. Y a las regiones, como espacios simbólicos y estructuras flexibles, que reconstruyen itinerarios, vínculos, caminos, historias y valores de los actores, donde el territorio y la cultura aportan el anclaje necesario para su localización.⁴⁹

En relación a este eje, se podría cuestionar si se trata de un real proceso de descentralización, en materia sanitaria, o más bien de una desconcentración, recordemos en palabras de Guy Peters que se trata de “uno de los cambios más importantes asociados con la NGP ha sido crear nuevas organizaciones autónomas o cuasi autónomas-normalmente

⁴⁸Coraggio, J. Luis: *“Territorios en transición. Crítica a la planificación regional en América Latina”*. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.1987, en Signorelli, Gisela: *“Reordenando el territorio: el caso de la regionalización en la provincia de Santa Fe, Argentina- 2008-2011”*. Quid 16 Revista del área de estudios urbanos del instituto de investigación de Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA)-ISSN 4060

⁴⁹<http://www.santafe.gov.ar/archivos/PEP.pdf>

referidas como agencias. Gran parte de la toma e implementación de decisiones en los sistemas políticos contemporáneos ha sido delegada a estas organizaciones, con la presunción de que organizaciones con un solo objetivo y con autonomía administrativa permitirían que expertos administradores públicos mejoren la calidad de los servicios públicos (...)⁵⁰, según esta definición y el modo en que se fue construyendo el sistema de salud en Santa Fe, la cual se basa en la creación de nuevos centros administrativos, sus funciones y organización trabajan con una relativa autonomía según sus contextos, pero nunca perdiendo de vista que responden a una integración y unidad del sistema dependiente del Ministerio de Salud Provincial.

Por otro lado, con respecto a nivel nacional, este funciona con características de recomendación y orientación así como de contribuir al desarrollo de un sistema federal de salud, a través del COFESA, pero no incide con sus decisiones en el rumbo que toman las provincias en materia de políticas sanitarias, básicamente su relación se acota al presupuesto y a la implementación de algunos programas.

Así también lo considera el actual Senador de la Provincia de Santa Fe y ex Ministro de Salud, el Dr. Miguel Ángel Capiello, en una entrevista realizada el 31 de Marzo de este año, con respecto a este punto: *“En los 90 no sé porque decís que hubo descentralización porque no hubo un proceso real de descentralización(...)En realidad era una desconcentración tratando de que un consejo de administración pudiera hacerse cargo de los hospitales, eso por un lado, por otro lado, estaba la ley SAMCO que funcionaba de la misma manera. Distinto fue el hecho aquí en Rosario, donde empezamos a construir el sistema de salud que garantice el derecho de salud a la población a través del trabajo con los niveles de atención fundamentado todo en la estrategia de la Atención Primaria de la salud, hospitales de mediana complejidad y de mayor complejidad (...)*”

Con respecto a esta idea coincide también Micel Carnino, otra de las personas entrevistadas, quien expresa *“Este proceso que vos marcas en los 90, fue un proceso de descentralización nacional, de achicamiento del Estado, de desfinanciamiento, de cómo transferir las responsabilidades de financiamiento desde la nación a las provincias, lo*

⁵⁰Guy Peters: *“Los dos futuros del gobierno: descentrando y recentrando los procesos de gobierno”*. Conferencia dictada en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales-Universidad Católica de Córdoba el 14 de agosto de 2009

mismo que sucedió con educación, y el proceso que vos podes ver en estos momentos que se da desde 2007-2008 en adelante en la provincia y desde que inicia la gestión socialista en la municipalidad de Rosario, es un proceso contra- hegemónico en relación al proceso de descentralización que vos vas a ver en los 90, entonces uno puede decir descentralización en términos de lo que significa la distrilizacion o regionalización, que no tiene el mismo sentido teórico, al contrario, muy por el contrario, acá se piensa en la Municipalidad como en la gestión en la Provincia en como acercar el Estado al territorio, no como transferirles los costos a las personas sobre ese sistema de atención, es precisamente al revés del proceso de descentralización o achicamiento del Estado de la década del 90”.

Por último, y para complementar las ideas antes expuestas en torno al proceso y concepto de descentralización, Nadia Alasino expresa “(...) *Lo que sí hay en el contexto de la década del 90 un debate que tiene que ver más con lo financiero diría yo que con el acceso a la salud. Si vos revisas los diarios de los 90, al momento de la sanción de la ley provincial, un poquito antes de la ley nacional, vas a ver que las principales notas que salen en los diarios tienen que ver con la falta de recursos en los hospitales, de insumos, el deterioro de las estructuras, y en el momento en que se está debatiendo en la Provincia (...) es el momento también en que se está discutiendo la privatización del banco de Santa Fe. Entonces hay un contexto fuertemente marcado en la agenda del Estado por cuestiones que tienen que ver con los recursos de los Estados, del Estado Provincial y del Estado Nacional, con lo cual la mayoría de los autores coinciden en señalar que el proceso de descentralización, tanto en lo que tiene que ver en los servicios de salud como en el servicio de educación estuvieron más ligados a una lógica de reducir la estructura de costos de los Estados a nivel Nacional, lo cual no necesariamente implico una reducción de la estructura de los costos de los Estados Provinciales,(...) Y hay también otro eje que tiene que ver con la participación de la sociedad civil en el gasto social(...) la discusión acerca de quien se hace cargo de las problemáticas sociales, que rol cumple el Estado, que rol cumplen las organizaciones privadas, las organizaciones de beneficencia, que rol cumple la iglesia (...)*”

En esta última exposición se aprecian claramente los argumentos que dieron paso a la transferencia de los servicios de salud y educación hacia las provincias y por ende también el achicamiento del Estado a través de las privatizaciones de empresas públicas. Debe destacarse que la entrevistada hace hincapié y remarca el rol de subsidiariedad del Estado así como el aumento de la participación ciudadana a través de organizaciones de la sociedad civil.

Según lo expuesto más arriba, se puede decir entonces que se estaría frente a un proceso de descentralización que se ha dado desde la Nación hacia las provincias, allá por los años 90, pero a nivel provincial, y específicamente centrándonos en Santa fe, de un proceso de desconcentración que va desde la Provincia hacia las cinco regiones sanitarias y de allí hacia municipios y localidades.

En cada Región se ubican las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial, entre ellas las del Ministerio de Salud y su oficina regional, a la que se suele llamar Nodos de Salud. Cada región cuenta también con al menos un establecimiento de salud de la alta complejidad técnica.

El Nodo de salud es un actor vital en el proceso de descentralización, mediando entre las necesidades de salud de un territorio dado y los recursos del Estado para atenderlas (Nodo Reconquista, Rafaela, Santa Fe, Rosario y Venado Tuerto)⁵¹

6.3. Conformación y organización del sistema provincial:

En la Provincia se distinguen tres sectores, el Sector público, el privado y de obras sociales.

Cada sector posee una autonomía relativa respecto de los otros. Estas diferencias residen en la estructura de la red de servicios que administra en las fuentes de financiamiento, en el modelo de atención y en el modelo político de gestión.

⁵¹Composición de los Nodos disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>

El sistema público provincial de salud es administrado por el Ministerio de Salud de la provincia.

Está integrado por una red de servicios y establecimientos constituida por centros de salud, hospitales y organizaciones de apoyo como pueden ser las redes de emergencias, laboratorios centrales, de planificación, de ejecución de políticas de salud y de regulación, incluso de los servicios que ofrecen los otros dos sectores. En base a ello se dice que el Ministerio tiene funciones de regulación.

En cuanto al financiamiento, la principal fuente proviene del presupuesto estatal y de los impuestos que los ciudadanos abonan al estado provincial. El Ministerio también define en qué y cómo se orientan estos recursos. Este es uno de los rasgos distintivos respecto de los otros sectores: el sector privado se financia con el pago directo de las personas y la venta de servicios al sector de obras sociales, mientras que el de obras sociales se financia con el aporte obligatorio de trabajadores y empleadores.

Retomando a Nadia Alasino dice *“En el financiamiento del sistema hay una confluencia de múltiples fuentes: hay una parte del sistema que se financia con recursos del presupuesto provincial, directo, puro, provinciales, hay una parte del financiamiento que viene de los programas nacionales de cobertura asegurada, de algunos grupos poblacionales como lo que era el Plan SUMAR y el PROFE (...). Parte viene por el recupero, se le dice a lo que se le cobra al sistema nacional por la cobertura de servicios a personas que tienen o son parte de esos programas, otros recursos vienen directamente de transferencias nacionales, que son menores, con fondos directos a los Ministerios y otra parte viene de los hospitales que denominan recursos propios que son generados a partir de los propios organismos de los efectores, son múltiples (...)”*

En relación a esto Mauricio Spilere coincide con lo expuesto anteriormente y dice *“(...) el fondo de flujos que tiene la salud es un fondo de flujos muy complejo, por el tipo de volumen, si bien el dinero en principio vienen en partidas presupuestarias muy importantes, también se ha logrado desde el nivel central, es decir de la gestión de los nodos inclusive de la gestión del nivel central de la Provincia del Ministerio, poder articular, por ejemplo todo lo que tenga que ver con las cámaras de droguería de la provincia. ¿qué es lo que permito esto? que todo el medicamento de*

alto costo y en volumen y que representa tanto dinero, que se viene trabajando desde la provincia en la negociación con la cámara de droguería, permite al hospital destinar el presupuesto a otras cosas, es decir, lo que te queda de la partida presupuestaria poder destinar a otras cosas sin pensar que todo ese presupuesto te lo absorben las grandes droguerías que proveen, eso fue un problema que el año pasado evidentemente se ha podido resolver y eso le da mayor respiro a los hospitales. Después tenés partidas presupuestarias que no vienen de la provincia sino que vienen por Nación, que tienen que ver justamente con el plan SUMAR o con las partidas de PROFE, (...) Entonces la gestión de recursos humanos muchas veces no es atendida desde políticas más serias a nivel central entonces hace que los efectores tengan que financiarse sus recursos humanos a través de contraprestación de servicios y eso afecta el presupuesto de los hospitales”.

Lo mencionado anteriormente, no significa que el sector público provincial no atienda a personas que poseen cobertura de obra social.

En lo referente al modelo político de gestión, el Ministerio propone un modelo de gestión democrático, con la participación de los trabajadores de la salud y los ciudadanos. Por ello, el sector público provincial se orienta siguiendo los principios y valores de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), la cual es definida por la OMS en 1978 como:

"La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad."⁵²

⁵² Manual de conceptos básicos generales. Salud Pública. Santa Fe. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/Estructura-de-Gobierno/Ministerios/Salud/Archivos-Salud/Junta-escalafonamiento/Manual-Conceptos-basicos-generale>

Es importante señalar que estrategia de APS ubica en el centro al ciudadano y a la población a fin de garantizar el derecho a la Salud. En tal sentido, la estrategia vertebra a toda la red de servicios y establecimientos de salud.

La red pública de salud está conformada por:

- Establecimientos asistenciales con internación: hospitales de complejidad técnica alta o tercer nivel de atención (13 establecimientos) y hospitales de complejidad intermedia o segundo nivel de atención (aproximadamente 129 establecimientos en toda la provincia)
- Establecimientos asistenciales sin internación o centros de salud del primer nivel de atención (450 aproximadamente)
- Servicios de soporte: 1) Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias 107 (SIES 107) para traslado y atención de urgencia-emergencia; 2) Red Provincial de Laboratorios, constituida por servicios de distinta complejidad y especificidad (bioquímica, anatomía patológica, hemoterapia, inmunología, genética, microbiología, etc.); 3) Red de Rehabilitación; 4) Red de Medicamentos para apoyo al proceso de atención (farmacias hospitalarias, bocas de dispensa en centros de salud, depósitos regionales y los laboratorios públicos productores de fármacos (Laboratorio Industrial Farmacéutico –LIF-) y Comisión Provincial de Medicamentos.

A fin de asegurar los atributos de la APS, la red de establecimientos públicos se organiza en base a tres criterios:

Adscripción-Admisión: Es una modalidad que busca la construcción de un “contrato” entre el Estado y los ciudadanos donde se asume la responsabilidad por el cuidado de la salud, y se actúa como representante del paciente en la red de servicios.

Cada persona del barrio tiene su equipo de referencia, constituido por un médico y un enfermero. Este equipo profesional es su referente y cada equipo tiene un número de personas a cargo que son de su responsabilidad, debe velar por situaciones como la

interrupción de tratamientos, búsqueda de pacientes ante la falta de concurrencia de los mismos al efector, visitas domiciliarias ante la presencia de discapacidad u otro impedimento que dificulte a las personas la llegada al centro de salud.

La adscripción implica efectivizar interconsulta, referencias y contrareferencia. Cuando hay necesidad de consultas en otros establecimientos de la red sean estos hospitales o centros de diagnóstico o tratamiento, el trámite lo realiza el mismo equipo del centro de salud.

Estos equipos cuentan también con el apoyo de distintos especialistas cuando las situaciones asistenciales así lo demandan, por ejemplo: salud mental, adicciones, rehabilitación, violencia, acompañamiento para enfermedades crónicas irreversibles o situaciones de catástrofes, etc.

Referencia-contrareferencia: Definida como la comunicación a mantener entre los establecimientos cuando se deriva al usuario de un nivel de atención a otro. A El equipo al que está adscrito en el primer nivel acompañara el proceso de atención, desde el centro de salud a los efectores de mayor complejidad y demandara la información necesaria con el fin de no fragmentar el cuidado.

Cuidados progresivos: este modelo trata de dejar de lado, la clásica división de los servicios por especialidad o en el peor de los casos por órganos o sistemas, por ejemplo, gastroenterología, neurología, patología cervical, etc., para pasar a una lógica centrada en las personas, a una nueva forma organizacional de tipo horizontal y participativa, que rompe con el verticalismo, con equipos que trabajen con interdisciplinariedad (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, etc.).

Se busca con ello lograr una optimización de los recursos a favor de la salud de los ciudadanos.

Considerando lo anterior, y de acuerdo con pautas de categorización nacional e internacional se definieron las siguientes categorías: cuidados mínimos, cuidados intermedios y cuidados críticos e intensivos.

“(…) Los cuidados progresivos implican un modo de organización de los servicios en términos de dar mayores y mejores respuestas, en términos de organizar los recursos humanos, es decir, si vos tenés problemas menos complejos o más complejos con menos tecnología o mas tecnología eso también implica. Es poder definir los equipos para cada momento y no dilapidar recursos en términos de procesos que no necesitas, por eso se piensa no necesariamente la mayor tecnología tiene que estar en los hospitales, en términos de tecnología dura, en salud tenés que plantear que tenés tecnologías duras y tecnologías blandas, estas últimas son los que aplicamos los equipos de trabajo en los recurso humanos, esas también son complejas, y además es el modo de organización hacia dentro de los hospitales en donde rompe el modelo de organización del hospital francés por salas, como sería el Hospital Centenario, en donde no va por especialidad, rompe la organización por especialidad y se organiza por complejidad y cuidado, entonces la circulación es diferente, el que te moviliza es el equipo no las personas. Además hace mucho más eficiente la utilización de camas (...). Lo que se plantea es cuidados progresivos dentro del sistema, en la red, en centros de salud, hospital de mediana y alta complejidad, sistema de emergencias que hace toda la circulación que conecta a todos y todos los dispositivos que acompañan al sistema(Micel Carnino)

La red está compuesta por efectores (Hospitales, SAMCOs y Centros de Salud) de gestión provincial y municipal en trabajo articulado con otras áreas para dar respuesta efectiva a la ciudadanía.

Están divididos en niveles de complejidad necesarias para el cuidado del ciudadano:

- **1er Nivel:** Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad al vecino. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.
- **2do Nivel:** Hospitales y SAMCOs de baja y mediana complejidad.
- **3er Nivel:** Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

Para garantizar el funcionamiento de la red articulando los tres niveles, existe el Sistema integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) que cuenta con vehículos de traslados y centrales de operaciones y traslados.

La Dra. Puig expresa “(...) *La idea de este sistema de salud que intenta trabajar en red, es acercar a los pacientes, digamos a los potenciales usuarios el efector lo más cercano posible al domicilio, entonces se generan los distritos, donde hay un centro que es cabecera, de pronto tenés un registro civil, hay una sucursal de un banco, se intenta que los usuarios puedan hacer todo en un mismo lugar, que no tengan que tomar un colectivo o sacar un turno a un hospital donde son atendidos a lo mejor 5 horas después, eso intenta darle más fluidez al sistema, no todos los pacientes tienen que ir a los hospitales a menos que tengan algo complejo, esa es la idea (...)*”

6.4. Calidad y Accesibilidad:

Una de las formas de medir la calidad es a través de la cobertura y accesibilidad que brinda el sistema de salud pública de la provincia de Santa Fe hacia la ciudadanía en general y hacia los grupos de riesgos en particular.

En relación a la accesibilidad, Nadia Alasino considera “(...) *hay grandes barreras a la accesibilidad de las personas a los servicios (...) te diría que hay muchas barreras culturales en relación a esto, barreras culturales que tienen que ver con la lógica sanitaria y con la relación asimétrica que hay con los profesionales y barreras organizativas que tienen que ver con esta poca articulación que hay entre los efectores y la fragmentación que hay en la distribución de los recursos (...) las personas acceden inmediatamente al efector más cercano y en la medida en que ese efector más cercano le abre sus puertas, y acá me refiero a las diferencias socioeconómicas de las regiones (...) eso por un lado, por otro lado, los hospitales tienen su propia forma organizativa, son estructuras muy verticales donde el profesional del servicio de salud conserva una posición asimétrica muy fuerte en relación al usuario, son instituciones donde muchas veces la puerta está abierta en función del actor que se encuentra en ese momento, y otras veces no tienen que ver tanto con el poder que detentan los profesionales al interior de los efectores sino incluso con las características del personal que se encuentra en la ventanilla del lugar donde se*

acerca a pedir un turno y depende mucho de la predisposición de esa persona porque son pocos los ciudadanos que reconocen sus derechos en relación al sistema (...)”

En relación a esta idea Micel Carnino dice *“La accesibilidad no es un concepto que se hace realidad cuando lo visitas ¿qué es lo que se plantea? es la accesibilidad universal, de todo aquel que demanda pueda tener una atención, y en todo caso si tiene cobertura se deriva o se atiende y se recupera, la idea no es la exclusión, no todo el mundo tiene esa concepción, en términos de que la salud es un derecho, la salud no es una mercancía y en esa postura vos pensás que cualquier ciudadano o cualquier habitante tiene derecho a la salud, no es generalizado ese concepto todavía. Precisamente porque tenemos un sistema muy fragmentado, históricamente la conformación del sistema de obras sociales fue muy fuerte en la sociedad Argentina y el concepto de que la salud es una mercancía existe, porque además toda la concepción de desarrollo de los prepagos, toda la cuestión de acceso a los medicamentos, toda la cuestión de lo que significa la tecnología está regulado por el mercado. Entonces hay una tensión en lo que implica el sistema público en términos de derechos y de garantizar ese derecho a la salud, con la complejidad que necesita cada atención y el mercado que existe, cuando vos te formás y estudias en general esto no aparece, muy pocas veces, muy pocos profesionales de salud o en universidades no hay una formación en relación a salud pública en este sentido, sino que se piensa la formación en términos de mercado, en términos más individuales y no sociales(...)*”

Vinculado a lo anterior el Dr. Cappiello coincide y agrega: *(...)” la accesibilidad no te creas que es universal, ese es una de las grandes deudas, , hay gente que primero no sabe demandar, se mueren y ya está, y otros que demandan pero que no saben llegar “(...) te doy un ejemplo: hay lugares en la Provincia que por estas lluvias no llegaba nadie, hay un caso que se muere un Señor que se descompensa, llaman a la ambulancia, la ambulancia se empantano y el paciente se murió. Entonces hay lugares que no tienen acceso, si vos vas para Alvarello, 30 Km. no es mucho, el sistema PAMI le tiene que dar ambulancia, odontólogo, especialistas, etc., van al público, que es un SAMCO chiquitito. Si tienen que pedir una ambulancia tienen que pedir prestada, si tienen que ir a un odontólogo arréglate y ándate a otro lado, entonces no todos tienen la misma*

accesibilidad, los que están acá tienen todo, los que están más lejos les falta (...) hay que hacer caminos, hay que hacer rutas, todo un conjunto de cosas” (...)

A continuación se presenta las personas que tienen cobertura, las que no y la cantidad de recursos humanos con el que cuenta la provincia para la asistencia del mismo de manera eficiente o no. Para finalizar este apartado se presentan otros indicadores (tasa de mortalidad, natalidad, etc.) que complementan y ayudan a evaluar la calidad del sistema

6.4.1. Indicadores de accesibilidad:

Tabla N° 1: Población con cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual según sexo y grupo de edad

Sexo y Grupos de edad	Año 1991					Año 2001					Año 2010(*)				
	Total	Obra social y/o plan de salud privado o mutual				Total	Obra social y/o plan de salud privado o mutual				Total	Obra social y/o plan de salud privado o mutual			
		Tiene	%	No tiene	%		Tiene	%	No tiene	%		Tiene	%	No tiene	%
Total															
Ambos Sexos	2,798,422	1,961,183	70	837,239	30	3,000,701	1,741,427	58	1,259,274	42	3,164,038	2,160,893	68	1,003,145	32
0 a 4 años	274,121	163,297	60	110,824	40	249,557	111,633	45	137,924	55	244,460	144,082	59	100,378	41
5 a 9 años	275,021	173,047	63	101,974	37	266,728	125,894	47	140,834	53	251,543	146,909	58	104,634	42
10 a 14 años	277,859	180,035	65	97,824	35	275,563	140,300	51	135,263	49	258,561	148,283	57	110,278	43
15 a 19 años	226,106	143,022	63	83,084	37	266,397	138,310	52	128,087	48	271,902	155,994	57	115,908	43
20 a 24 años	197,824	115,986	59	81,838	41	266,384	122,931	46	143,453	54	264,770	151,119	57	113,651	43
25 a 29 años	192,679	125,233	65	67,446	35	211,787	109,162	52	102,625	48	255,690	161,905	63	93,785	37
30 a 34 años	184,319	128,094	69	56,225	31	185,484	105,888	57	79,596	43	249,400	169,062	68	80,338	32
35 a 39 años	177,524	125,361	71	52,163	29	182,831	109,291	60	73,540	40	203,691	141,553	69	62,138	31
40 a 44 años	166,617	119,608	72	47,009	28	176,966	106,239	60	70,727	40	180,271	126,660	70	53,611	30
45 a 49 años	146,516	108,172	74	38,344	26	165,691	100,725	61	64,966	39	176,178	125,892	71	50,286	29
50 a 54 años	136,218	103,763	76	32,455	24	157,093	97,708	62	59,385	38	164,447	118,677	72	45,770	28
55 a 59 años	126,371	101,198	80	25,173	20	131,532	86,127	65	45,405	35	154,709	114,728	74	39,981	26
60 a 64 años	123,903	104,875	85	19,028	15	117,484	83,361	71	34,123	29	133,247	110,987	83	22,260	17
65 a 69 años	105,761	94,995	90	10,766	10	104,077	83,735	80	20,342	20	109,013	103,711	95	5,302	5
70 a 74 años	78,120	72,265	93	5,855	7	94,769	83,285	88	11,484	12	89,775	87,792	98	1,983	2
75 a 79 años	56,910	53,304	94	3,606	6	72,047	66,016	92	6,031	8	69,936	68,568	98	1,368	2
80 y más	52,553	48,928	93	3,625	7	76,311	70,822	93	5,489	7	86,445	84,971	98	1,474	2

Fuente: INDEC - IPEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 1991, 2001, 2010.

En esta tabla lo que se observa es que en la mayoría de los grupos etarios existe un aumento de las personas que poseen algún tipo de cobertura en el año 2001 con respecto a 1991, por el contrario disminuye en el año 2010.

Con respecto al periodo 1991-2001 esta situación puede deberse a la creación de las medicinas prepagas con un costo relativamente accesible, no olvidemos que en los 90 se produce el recorte y ajuste económico, lo que significó que muchas personas quedaran desempleadas y sin obra social, por otro lado, la precarización e informalidad del empleo, lo que significa que las personas al no estar inmersas en el sistema laboral formal tampoco cuentan con una obra social, pero si algunas de ellas adherir al sistema de prepagas o algún tipo de medicina privada y/o mutual.

En cuanto al periodo 2001-2010 claramente el descenso se debe a la crisis sufrida en el año 2001, crisis económica, social y política que afecto a las distintas áreas de bienestar de las personas y familias, como pueden ser en lo laboral, educativo, acceso a la salud, etc. En relación a esto el Licenciado Mauricio Spilere expresa: *“(...) Todo lo que se genere en políticas económicas, sociales, impactan en la accesibilidad de la salud, si vos te pones analizar un contexto de ajuste en la política económica y laboral del país, impacta en el bolsillo del trabajador, entonces el costo que tiene una prepaga o el costo que tiene un servicio de salud privado, hace muchas veces que termine canalizando esa atención en el sector público, vos pensás, los grados de marginalidad y pobreza hacen que esa persona no pueda acceder a un servicio de salud privada, entonces terminan yendo al efector público(...) esto hace que tengas que pensar un sistema bien organizado de prestación del servicio de salud, digamos donde vos no puedas desconocer tu entorno o tu realidad y que entiendas de que hay que racionalizar el recurso y la racionalidad del recurso me parece que ver con esta forma de integrar la salud (...)”*

Cuando ocurren este tipo de crisis, muchas veces se opta por dejar de abonar algún tipo de cobertura privada ya que se puede acudir al sistema público de salud y educativo por ejemplo.

Tabla N° 2: Porcentaje de población sin cobertura de salud, según provincia, año 2010.

Provincia	Población en viviendas particulares		Porcentaje de población sin cobertura de salud (*)		Brecha de género (²)
	Total de varones	Total de mujeres	Varones	Mujeres	
Total del país	19,276,217	20,394,914	37.8	34.5	0.9
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1,304,115	1,526,701	19.1	16.5	0.9
Buenos Aires	7,525,274	7,957,477	36.7	34.1	0.9
24 partidos del Gran Buenos Aires	4,789,412	5,073,633	39.5	37.3	0.9
Interior de la provincia de Buenos Aires	2,735,862	2,883,844	32.0	28.4	0.9
Catamarca	178,521	183,786	40.4	37.9	0.9
Chaco	515,384	532,652	60.1	55.8	0.9
Chubut	247,835	250,308	28.8	25.8	0.9
Córdoba	1,576,757	1,679,764	34.8	31.1	0.9
Corrientes	480,538	504,592	50.4	46.4	0.9
Entre Ríos	597,548	626,083	37.9	33.7	0.9
Formosa	260,310	266,713	58.5	55.3	0.9
Jujuy	325,950	340,902	46.1	44.5	1.0
La Pampa	155,602	159,508	34.6	30.0	0.9
La Rioja	163,889	167,785	39.5	36.8	0.9
Mendoza	836,697	884,588	38.8	35.2	0.9
Misiones	541,451	549,867	45.3	42.0	0.9
Neuquén	267,668	274,148	36.4	33.1	0.9
Río Negro	309,842	316,924	36.2	32.7	0.9
Salta	589,963	612,791	49.1	46.2	0.9
San Juan	327,186	346,111	46.3	41.8	0.9
San Luis	211,315	217,091	41.8	37.5	0.9
Santa Cruz	132,878	129,115	18.2	15.7	0.9
Santa Fe	1,532,721	1,631,317	33.3	30.2	0.9
Santiago del Estero	429,048	438,731	58.5	53.4	0.9
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	62,516	60,601	22.3	20.7	0.9
Tucumán	703,209	737,359	38.4	34.6	0.9

Fuente: INDEC-Dir. de Estadísticas Sectoriales en base a información derivada del Censo Nacional de Población, Hogar y Vivienda del año 2010.

Esta tabla muestra que la Provincia de Santa Fe en el año 2010 cuenta con 63.5 % (33,3% hombres y 30,2 % mujeres) de personas que no tienen obra social, calculado sobre una población total de 3.164.038 personas (1.532.721 hombres y 1.631.317 mujeres). Esto quiere decir que existe un amplio grupo de personas que no poseen obra social, más de la mitad, en comparación con otras provincias que poseen un porcentaje más alto de personas que tampoco tienen cobertura pero sobre un total menor de población que tiene Santa Fe, a excepción de la Ciudad Autónoma de Bs. As. y la Provincia de Buenos Aires.

La Tabla N°3: Número de efectores públicos y privados, por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2011.

Departamentos	Efectores públicos	Efectores privados
9 de Julio	14	28
Belgrano	9	18
Caseros	18	36
Castellanos	52	104
Constitución	27	54
Garay	11	22
Gral.López	59	118
Gral.Obligado	59	118
Iriondo	20	39
La Capital	102	935
Las Colonias	37	74
Rosario	160	315
San Cristóbal	30	60
San Javier	21	42
San Jerónimo	29	58
San Justo	20	40
San Lorenzo	45	90
San Martín	20	40
Vera	28	56
Total Provincia	761	1.513

Fuente: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA).

En esta tabla se observa que en la provincia existen mayores efectores privados en relación a los públicos, sin embargo, en esta no se especifica si son instituciones con o sin internación, de diagnóstico, consultorios externos, clínicas con servicios ambulatorios o solo cuentan con algunas especialidades, por ello, en muchas ocasiones las personas se dirigen al centro de salud público u hospital público más cercano, en donde saben que allí encontrarán la atención adecuada, más allá de poseer obra social, en este sentido el efector público está obligado a realizar la atención. A esto se le suma la cercanía o la residencia de estas según la distancia o departamento donde viven las personas que quieren acceder al servicio que sus obras sociales, mutual o prepaga les brinda, las cuales a veces son lejanas o

no existe sucursal allí, por lo que el paciente debe acudir al efector publico más cercano, ya que si hubiere otra institución privada, de la cual no es afiliado, no lo atienden, por el contrario a los públicos.

En relación a este análisis Cappiello dice” (...) *En muchos lugares de la provincia lo único que existe es lo público, no hay privado, no tan lejos, Roldan, Funes, hay consultorios pero no hay clínicas privadas. La historia es que cuando los sistemas son capitalizados, alguien lo cobra y lo atiende al público y el público no es el que lo cobra, por eso dame un sistema integrado único de salud, donde cada uno mantenga su identidad pero que haya uno que maneja y garantiza y dice lo que hay que hacer no entendido en muchos lugares, al menos en la Nación (...)*”

En síntesis, que existan más instituciones privadas no significa proporcional servicio u atención.

La Tabla N°4: Médicos y enfermeros en efectores de dependencia provincial. Provincia de Santa Fe. Año 2011.

Departamentos	N° de médicos	Médicos por 1000 habitantes	N° de enfermeros	Enfermeros por 1000 habitantes	Relacion enfermeros /médicos
9 de Julio	32	0,03	47	1,58	1,47
Belgrano	78	0,49	50	1,14	0,64
Caseros	148	1,73	110	1,38	0,74
Castellanos	213	1,17	194	1,07	0,91
Constitución	88	0,49	89	1,04	1,01
Garay	22	0,35	46	2,20	2,09
General López	285	13,64	245	1,26	0,86
Gral. Obligado	216	4,22	268	1,50	1,24
Iriondo	147	2,20	249	3,73	1,69
La Capital	1.423	17,75	1.528	2,93	1,07
Las Colonias	107	0,55	126	1,18	1,18
Rosario	1.814	16,99	1.336	1,11	0,74
San Cristóbal	61	1,38	90	1,35	1,48
San Javier	29	0,06	72	2,35	2,48
San Jerónimo	107	2,63	123	1,53	1,15
San Justo	56	1,88	49	1,20	0,88
San Lorenzo	149	2,24	83	0,52	0,56
San Martín	160	5,22	111	1,74	0,69
Vera	77	0,97	130	2,54	1,69
Total Provincia	5.212	1,63	4.946	1,55	0,95

Fuente: Sistema de Recursos Humanos de la Provincia Santa Fe (SARH). Ministerio Salud de la provincia de Santa Fe.

En el siguiente cuadro se observa que el promedio total en la provincia con respecto a la relación enfermero-medico es de 0.95, no obstante, son algunos los departamentos que lo superan o doblagan, como pueden ser, 9 de Julio, Constitución, Garay, Gral. Obligado, Iriondo, La Capital, Las Colonias, San Cristóbal, San Javier, San Jerónimo y Vera, el resto de los departamentos, que son la mitad de la provincia, se encuentran por debajo de esta media, como son Rosario, San Lorenzo, Belgrano, San Martín, Caseros, Gral. López, San Justo y Castellanos.

Cabe analizar que esto sea por la poca valoración que tengan estos profesionales en relación a otros lugares del país, en cuanto calidad ambiental de trabajo, salario y condiciones. Por otro lado a ello se le suma el traspaso por la universidad, el tiempo en recibirse, el plan de estudios y la profesionalización del egresado, y en este sentido Mauricio Spilere dice: *“(...) Si vos lo miras desde la prestación del servicio de salud vos te vas a dar cuenta que siempre es necesario incorporar y pensar una intervención más fluida de ese recurso humano, en cuestión de prestación de servicios. De todas maneras, entiendo también que esa disputa de la incorporación de los recursos humanos no solo intervienen los actores gubernamentales sino que intervienen también los sindicatos, en donde cada uno tiene intereses muy diversos a veces que hace que la racionalidad sea muy difusa, termina siendo racional para algunos sectores, es irracional para otros(...)”*.

Claramente es tipo de cuestiones influyen en el ingreso de los agentes al sistema, sumado a esto se debiera profundizar en trabajar en los perfiles de los mismos según el puesto a ocupar, lugar de trabajo, demanda de personal, etc.

La Tabla N°5: Camas públicas cada 1.000 habitantes sin cobertura de obra social, por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2011.

Departamentos	Cantidad de camas agudas en efectores públicos	Poblacion sin cobertura social	Camas públicas cada 1.000 hab. sin cobertura social
9 de Julio	55	13.048	4,22
Belgrano	69	10.636	6,49
Caseros	191	17.711	10,78
Castellanos	151	41.529	3,64
Constitución	87	44.362	1,96
Garay	58	10.600	5,47
Gral.López	388	68.949	5,63
Gral.Obligado	274	55.183	4,97
Iriondo	65	17.482	3,72
La Capital	816	147.392	5,54
Las Colonias	122	24.661	4,95
Rosario	1.049	332.854	3,15
San Cristóbal	117	21.822	5,36
San Javier	89	14.985	5,94
San Jerónimo	259	23.894	10,84
San Justo	78	14.061	5,55
San Lorenzo	94	44.362	2,12
San Martín	181	44.362	4,08
Vera	250	23.462	10,66
Total Provincia	4.393	971.355	2,45

Fuente: Sistema de Información del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (SIMS) 2011 e INDEC-IPEC (2001).

Este cuadro nos muestra que el promedio de camas cada 1000 habitantes que no posee obra social es de 2,45. La mayoría de los departamentos superan esta cifra, destacando algunos que la doblan o triplican como es el caso de Vera, San Jerónimo y Caseros, luego tenemos a un grupo que la igualan o están por debajo como son Rosario, Castellanos, Iriondo, Constitución y San Lorenzo.

Aquí se podría analizar, que el problema se encuentra según la época del año, por ejemplo en invierno cuando aumenta las enfermedades propias de la estación, por lo cual la

demanda es alta, en todos los grupos etarios, lo mismo sucede en el sector privado. De todas formas hay que tener en cuenta que existen áreas específicas de internación, como son coronaria, terapia intensiva y unidad del quemado, las cuales están estrictamente dirigidas a este tipo de pacientes y no a la población en general.

6.4.2. Otros indicadores:

Al no contar con una encuesta de evaluación de servicio que recolecte información sobre el tipo, modo, calidad y/o eficiencia con que fue atendido el paciente, se presentan indicadores de salud, como son la tasa de nacidos vivos, mortalidad en general, infantil y maternal, que muestran la evolución de la salud en la población.

La Tabla N°6: Nacidos vivos y Tasa Bruta de Natalidad por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2010.

Departamento	Nacidos Vivos	Tasa Bruta de Natalidad por 1.000 habitantes	Población
9 de Julio	579	19,42	29.810
Belgrano	652	14,80	44.048
Caseros	1.120	14,09	79.491
Castellanos	2.758	15,21	181.381
Constitución	1.109	12,97	85.483
Garay	338	16,18	20.889
General López	2.895	14,84	195.043
General Obligado	3.064	17,14	178.711
Iriondo	994	14,90	66.702
La Capital	9.529	18,26	521.759
Las Colonias	1.462	13,69	106.761
Rosario	20.602	17,19	1.198.528
San Javier	560	18,26	30.668
San Cristóbal	1.083	16,26	66.623
San Jerónimo	1.222	15,25	80.155
San Justo	655	16,08	40.735
San Lorenzo	2.715	17,06	159.184
San Martín	952	14,96	63.640
Vera	970	18,97	51.125
Total Provincia	53.267	16,64	3.200.736

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Planificación, Control de Gestión y Estadística. Dirección General de Estadística de Salud. Provincia de Santa Fe. INDEC – IPEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010 (datos provisorios).

La tasa de natalidad muestra la cantidad proporcional de nacimientos que se producen en un departamento en determinado periodo de tiempo.

El cuadro muestra que la tasa más alta la posee el departamento 9 de julio, le siguen Vera y luego San Javier, estas tasas se producen en departamentos con mucha menor población que el resto que poseen una cantidad mayor.

Esto puede deberse a condiciones estructurales de estos departamentos, como por ejemplo la condición socioeconómica de gran parte de la población, sumado a la deficiente prestación del servicio de salud.

La Tabla N°7: Total de Defunciones y Tasa Bruta de Mortalidad general por departamento. Provincia de Santa Fe. Año2010.

Jurisdicción de residencia habitual	Defunciones	Tasa	Población
9 de Julio	175	58,71	29.810
Belgrano	434	98,53	44.048
Caseros	926	116,49	79.491
Castellanos	1.379	76,03	181.381
Constitución	811	94,87	85.483
Garay	145	69,41	20.889
General López	1.859	95,31	195.043
General Obligado	1.059	59,26	178.711
Iriondo	726	108,84	66.702
La Capital	4.325	82,89	521.759
Las Colonias	911	85,33	106.761
Rosario	11.626	97,00	1.198.528
San Justo	400	98,20	40.735
San Cristóbal	543	81,50	66.623
San Javier	222	72,39	30.668
San Jerónimo	755	94,19	80.155
San Lorenzo	1.306	82,04	159.184
San Martín	577	90,67	63.640
Vera	386	75,50	51.125
Total Provincia	28.565	89,25	3.200.736

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Planificación, Control de Gestión y Estadística .Dirección General de Estadística de Salud. Ministerio de Gobierno. IPEC. Provincia de Santa Fe (Datos provisorios).

El promedio de la tasa bruta de mortalidad de la provincia es de 89,25. Los departamentos que lo superan son, Caseros, Constitución, Gral. López, Iriondo, Rosario, San Justo, San Jerónimo y San Martín, luego el resto está por debajo de este siendo el menor número el departamento de Vera.

La Tabla N°8: Distribución de primeras cinco causas de muerte. Tasas por 10.000 habitantes. Provincia de Santa Fe. Año 2008.

PROVINCIA DE SANTA FE	Causas	Defunciones	Tasas	Población Total
	CARDIOVASCULARES	7609	23,47	3.242.551
	TUMORES	5901	18,20	
	RESPIRATORIAS	3071	9,47	
	EXTERNAS	2138	6,59	
	DIABETES	953	2,94	

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Estadística. Provincia de Santa Fe. Año 2008

Si bien este cuadro muestra otros tipos de causas de defunciones, de las cuales la delantera la llevan las enfermedades de tipo cardiovascular, es importante señalarlas porque se relacionan también con el tipo de educación que poseen las personas al respecto y la participación que hace el Estado, en cualquiera de sus niveles, que eduquen, prevengan e informen sobre esta temática.

Estas enfermedades mucho tienen que ver también con el contexto socioeconómico en el que está inmersa la persona, el tipo de vida, estrés, etc. Según el politólogo Mauricio Spilere “(...) *por un lado se avanza en la salud pero por otro lado se nota un retroceso muy fuerte en las campañas de prevención (...) Lo mismo pasa con enfermedades oncológicas de larga duración, si vos te pones a ver, no se analiza desde el lugar del costo económico sino que se analiza desde la garantía de la prestación del servicio, esos son los parámetros de evaluación (...)*”

Estos temas se trabajan de manera parcial y son enfermedades en su mayoría totalmente evitables, siempre y cuando se tenga información y conocimiento sobre ello, a qué tipo de instituciones acudir, grupos de apoyos, personas o grupos de ayuda que puedan asesorar sobre estas enfermedades, ya sea al propio enfermo y a sus familiares y/o acompañantes.

La Tabla N° 9: Defunciones maternas y Tasa por 10.000 nacidos vivos según residencia habitual. Provincia de Santa Fe. Año 2010.

Departamento	Defunciones	Nacidos Vivos	Tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos
9 de Julio	0	579	0
Belgrano	0	652	0
Caseros	0	1.120	0
Castellanos	1	2.758	3,6
Constitución	0	1.109	0
Garay	0	338	0
General Lopez	1	2.895	3,5
General Obligado	3	3.064	9,8
Iriondo	0	994	0
La Capital	2	9.529	2,1
Las Colonias	1	1.462	6,8
Rosario	2	20.602	1
San Cristobal	0	1.083	0
San Javier	0	560	0
San Jerónimo	0	1.222	0
San Justo	0	655	0
San Lorenzo	1	2.715	3,7
San Martin	0	952	0
Sin Especificar	0	8	0
Vera	0	970	0
Total Provincia	11	53.267	2,1

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Planificación, Control de Gestión y Estadística. Dirección General de Estadística de Salud. Provincia de Santa Fe (datos provisorios).

Este cuadro muestra la tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos según el lugar de residencia de la madre. El promedio que presenta la provincia es de 2,1. El departamento que supera ampliamente esta cifra es General Obligado, seguido de Las Colonias, luego muy por debajo de estos se encuentra San Lorenzo, Castellanos y Gral. López, por último el que lo iguala es La Capital.

Son menos de la mitad los departamentos que cuentan con cifras al respecto, esto quiere decir que en relación a esta temática hay claramente una política sanitaria desde

provincia que trabaja en el proceso y cuidado durante el embarazo y luego la maternidad en general así como del bebe.

Se hace hincapié en su alimentación, vacunación, información y prevención de enfermedades tanto para la mamá como para el bebe. Muchas veces las mamás al no estar casadas o no contar con una obra social propia, son atendidas en el sector público desde el embarazo hasta el nacimiento del bebe. Con respecto a esto la Dra. Puig dice: *“ Me parece crucial que haya pediatras y que no haya solo médicos de medicina general, porque al estar formado en varias especialidades tienen falencias claras en cada una de ellas, porque no tienen el tiempo de “training” , por eso me parece importante que haya pediatras y obstetras en todos los centros de salud, por supuesto que médicos en medicina general también, no pediatras solo, pero que este la posibilidad de ser respaldado por un especialista, porque yo siempre digo que lo que se hace en la medicina pública no debería ser diferente lo que uno hace en el consultorio privado y vos llevarías a tu hijo a un pediatra, a priori no lo llevarías a un médico de familia viviendo en una gran ciudad, probablemente si estuvieras en un pueblo o en una montaña y tuvieras un médico que hace todo, irías conforme a ese médico, por un problema se consultaría a la ciudad más cercana, por eso me parece importante que los niños sean vistos por un pediatra, porque los pediatras detectan más cosas.”*

Es fundamental la existencia de pediatras en los centros de salud para que ellos sean los que diagnostiquen a los niños debidamente y a tiempo, ya que los médicos generales o de familia no detectan de la misma forma que el especialista. Esto incide también en que las mamás no tengan que movilizarse hacia el hospital, donde la espera es más larga.

La Tabla N°10: Defunciones infantiles. Tasas por 1.000 Nacidos Vivos, por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2010.

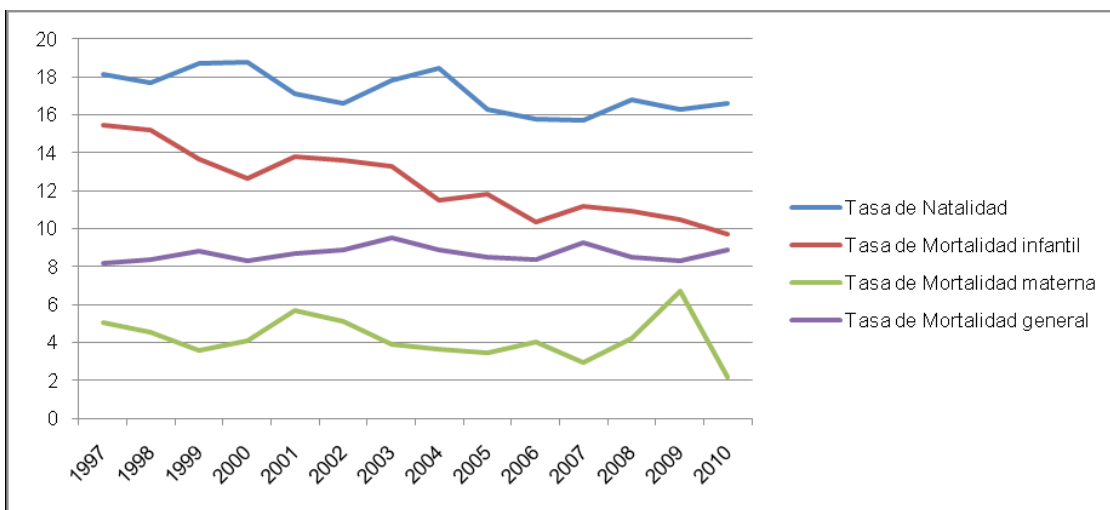
Departamento	Defunciones	Nacidos Vivos	Tasa por 1.000 nacidos vivos
9 de Julio	1	579	1,73
Belgrano	6	652	9,20
Caseros	9	1.120	8,04
Castellanos	17	2.758	6,16
Constitución	13	1.109	11,72
Garay	3	338	8,88
General Lopez	33	2.895	11,40
General Obligado	28	3.064	9,14
Iriondo	11	994	11,07
La Capital	93	9.529	9,76
Las Colonias	11	1.462	7,52
Rosario	214	20.602	10,39
San Cristóbal	15	1.083	13,85
San Javier	4	560	7,14
San Jerónimo	15	1.222	12,27
San Justo	4	655	6,11
San Lorenzo	22	2.715	8,10
San Martín	8	952	8,40
Vera	9	970	9,28
Total Provincia	517	53.267	9,71

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Planificación, Control de Gestión y Estadística. Dirección General de Estadística de Salud. Provincia de Santa Fe (datos provisorios).

Los datos que se presentan aquí es la mortalidad infantil en menores de un año, cada mil nacidos vivos, según el lugar de residencia de la madre.

Se observa una tasa promedio total de la provincia de 9,71, los departamentos que la superan son: San Cristóbal, San Jerónimo, Constitución, Gral. López, Iriondo, Rosario y La Capital, el resto presenta una cifra menor al promedio, siendo la menor en el departamento 9 de Julio.

Grafico N°1: Tendencias para las Tasas de Natalidad y Mortalidad Infantil, Materna y General. Provincia de Santa Fe. Años 1997 al 2010.



Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Planificación, Control de Gestión y Estadística. Dirección General de Estadística de Salud. Provincia de Santa Fe.

Se observa en el grafico que con respecto a la tasa de natalidad una tendencia decreciente en el periodo analizado.

Con respecto a la tasa de mortalidad infantil, se observa que la curva va decreciente en el periodo 1998-2000 y luego aumenta levemente, pudo haber sido producto de la crisis económica, política y social del año 2001, año en que también se declara la emergencia sanitaria. Es a partir del 2004 que la curva vuelve a descender.

En relación a la mortalidad materna se observa una curva decreciente desde el año 2001-2002, para luego aumentar en el 2009 debido al brote de la gripe A, siendo este un grupo de riesgo.

Por último, la mortalidad en general, muestra una tendencia estable durante el periodo analizado, pero con una leve fluctuación en los años 2003 y entre los años 2007 y 2008.

A modo de conclusión:

Durante los años 90 se inicia un proceso de desmantelamiento del Estado a partir advenimiento del neoliberalismo llevándose a cabo las reformas ya conocidas, como es el caso bajo estudio en este trabajo sobre la transferencia del servicio de salud a las provincias, dando lugar al mencionado proceso de descentralización.

En Rosario comenzaba a implementarse un modelo de salud pública basado en la atención primaria de la salud (APS) a partir de la creación de los centros de salud ubicados en los diferentes barrios de la ciudad, con el objetivo de acercar la salud a las personas.

En relación a lo anterior, se pueden vislumbrar dos caminos, la salud que cada persona pueda pagarse y la ofrecida por el Estado, por lo general dirigida a los sectores más vulnerables y empobrecidos a partir de estas políticas ejecutadas, es decir “medicina para ricos y medicina para pobres”⁵³

El Dr. Miguel Ángel Capiello, en alusión a este tema nos dice: “ *Este ideario ha llevado a grandes desigualdades en el terreno de la salud pública, aún en países como Estados Unidos. Por otra parte, los grupos de interés, los grupos de presión, que en estas condiciones crecen en forma exponencial (incentivados por sus ganancias millonarias), se oponen a toda reforma que pueda significar transparencia, responsabilidad del Estado, controles, etc. (...)* ”

Es interesante rescatar el interés que ha motivado al Dr. Capiello al estudiar distintos sistemas de salud de otros países como es el caso de Israel, Brasil, Estados Unidos, entre otros, con el fin de mejorar la salud pública a partir de estas experiencias, no obstante, con nuestras particularidades e impronta propias, dando origen al caso bajo estudio: el sistema de salud provincial.

Para este trabajo se recuerda que los objetivos del mismo son los siguientes: 1) Analizar el proceso de descentralización en la provincia de Santa Fe, en materia de accesibilidad y eficacia en la atención a la población; 2) Describir la organización,

⁵³ http://www.miguelcapiello.com.ar/contenidos/2016/07/05/Editorial_2813.php

financiamiento y acceso al servicio sanitario en la provincia de Santa Fe Y 3) Indagar acerca de la cobertura poblacional y la calidad del servicio en Santa Fe.

Con respecto al primer objetivo en el capítulo 6 se analiza el sistema de salud de la provincia de Santa Fe a partir de la transferencia de recursos que se realiza desde Nación durante la década del 90. Además se realiza la descripción del mismo en cuanto su conformación, funcionamiento y organización.

Además se analiza y se pone en debate si fue un real proceso de descentralización y/ o desconcentración. Las personas entrevistadas coinciden en que se desarrolla un proceso más cercano a lo que es una desconcentración, debido a la autonomía que desarrolla la provincia en la toma de decisiones y ejecución de políticas en materia sanitaria, casi escindida la participación de la Nación en este tema. De este análisis, se desprende que la accesibilidad al sistema no se encuentra al alcance de todos los ciudadanos, y esto ocurre debido a la zona geográfica que reside o a la existencia o no de instituciones sanitarias. Por lo general, las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas se concentran mayormente en las grandes ciudades, quedando desprovistas las zonas más aledañas. Cabe destacar que la existencia de instituciones privadas no garantiza la accesibilidad ni la atención plena, ya sea porque son clínicas carentes de algunas especialidades medicas, servicio de internación, guardia o hasta no cuentan con camas suficientes, como puede suceder en casos de enfermedades estacionarias, momento en se genera un alza de la demanda y no se halla lugar para que las personas sean atendidas o queden internadas.

Las personas que cuentan con obras sociales muchas veces no tienen el efector que les corresponde en sus cercanías y tienen que ser derivados a otras instituciones, ya sean privadas o públicas.

Otra situación que les sucede a menudo a las personas que habitan lejos de las ciudades es el acceso a rutas y caminos pavimentados, falta transporte y también la falta del servicio de una ambulancia, tienen que perder prestadas o si cuentan con este según el territorio pueden acceder o no al lugar.

Por otro lado en relación a la cobertura poblacional y la calidad de la salud pública (objetivo N° 3), se refleja en primer lugar, que las personas pueden acceder a una medicina prepaga o mutual de precios accesibles, mientras tengan trabajo, ya sea en el sector informal o precarizado, pero que en momentos de grandes ajustes económicos, despidos y crisis de esta índole, la mayoría deja de pagar este tipo de servicio y comienzan a utilizar el sistema público.

Unido a este objetivo cabe preguntarse por la calidad que brinda este servicio, no porque sea público y gratis es garantía de buena atención y calidad. En este punto, el análisis que se realiza con respecto a esta temática, es que calidad y la buena o mala atención que brinda este servicio depende casi totalmente de la primera persona que te atiende en la ventanilla de admisión, ya sea en un centro de salud, SAMCO, hospital, etc., y en esto coinciden todos los entrevistados, ya que según el tipo de concepción que tenga el agente sobre este derecho, la persona accede o no a ser atendido. Existen muchas barreras culturales, políticas y organizacionales entre la persona que va en busca de la atención y la persona que debe garantizarla, si a esta última no le interesa atender, o lo hace mal o no esta predispuesta no brinda el servicio de calidad que se debe y viceversa, si la persona no sabe demandar o pedir, tampoco va acceder. Hay mucha asimetría entre ambas personas, ya sea de jerarquía, poder, reconocimiento o información con la que se cuenta.

Dichos objetivos específicos conforman el objeto de esta investigación, analizar el Sistema de salud de la Provincia de Santa Fe y el objetivo general: describir y analizar el proceso de descentralización del sistema sanitario en la provincia de Santa Fe a partir de los años 90 hasta el año 2015.

Además, a partir de la información recabada a través de las entrevistas y del material analizado se considera que ambas hipótesis son verificables. Para recordar, la primera de ellas considera que el sistema de salud derivado del proceso de descentralización llevado a cabo a partir de la década del 90, responde más a una lógica de transferencia de tipo eficientista más que a una lógica que priorice la calidad, dando como resultado un sistema fragmentado e inequitativo.

Se piensa que esto es así debido a la forma en que se transfiere el servicio, sin una lógica coherente ni ordenada, todo por el contrario, dejando a las provincias esta responsabilidad, aun no contando estas con el presupuesto para afrontar el servicio, generándose un sistema desorganizado, ineficiente, empobrecido, sin la capacitación de los recursos humanos tanto médicos, administrativos y personas encargadas de la gestión.

La descentralización de este servicio se produce en un escenario en donde se privatizan las empresas públicas, por el gran déficit que estas generaban al Estado, el recorte de los servicios además de salud, de educación, y otros como son el teléfono, agua y energía. Se privatizan los bancos, ENTEL, grandes empresas siderúrgicas como SOMISA. Esto es un indicador más que suficiente para saber que el traspaso de este servicio tenía como prioridad que la provincia se hiciera cargo del gasto, fue un suceso sin planificación ni estrategia alguna en donde se priorizara el ejercicio de este derecho, ni mucho menos de calidad y accesible para todos. No nos olvidemos que este derecho también va de la mano con otros como son el derecho a la educación de calidad, agua potable, la construcción de caminos y rutas, transporte, vivienda, alimentación y trabajo digno.

Y en esto coinciden algunos de las personas entrevistadas, como Nadia Alasino quien ha comentado que esto puede constatarse en las principales noticias de los diarios que por ese entonces se publican y que tienen que ver con la falta de recursos en los hospitales, de insumos y el deterioro de las estructuras, por ello se vislumbra que el proceso de descentralización tanto en salud como en educación se relacionan con disminuir las estructuras de costos del Estado a nivel Nacional, lo cual no necesariamente implica lo mismo a nivel Provincial.

La otra hipótesis considera la existencia de una superposición de la prestación del servicio, paralelamente la falta de delimitación de la distribución del trabajo debido a la falta de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno.

Esta hipótesis plantea una consecuencia de lo expuesto anteriormente, el modo fragmentado que tiene el sistema de salud nacional permite la existencia de una superposición de coberturas que pueda tener una persona, ya sea porque posee más de un

trabajo, o porque también se la brinde su conyugue, o padres en los casos de que tenga menos de 25 años.

Por otro lado, con respecto a la falta de límites a distribución del trabajo, al no ser una decisión o proceso planificado, los agentes de salud desconocían sus competencias y funciones, las personas que demandaban el servicio no sabían a dónde acudir, si les correspondía o no ir a tal hospital o centro de salud, ya sea por su domicilio o según a que jurisdicción pertenecía la institución. Todo esto genera confusión entre las competencias que tiene cada nivel de gobierno y por ende muchas veces no está especificado el trabajo que le corresponde a cada uno. Un ejemplo de ello son los SAMCOs, que al regirse por una ley propia, muchas veces actúa por fuera del Ministerio de Salud Provincial, ya que es inexistente una ley que regularice el accionar de todas las instituciones en su conjunto.

Con respecto a esto, la provincia de Santa Fe y la Municipalidad de Rosario comparten el signo político, por ello también el sistema de salud se ha integrado y ampliado. Pero el nivel Nacional no tiene un rol activo, de participación y vinculación, solo ejecuta algunos programas, su función es distante y escindida del trabajo que realiza la provincia.

En relación a lo expuesto, las personas entrevistadas, también coinciden en que el rol del Estado Nacional se limita solo a la intervención de las provincias a través de algunos programas y que el COFESA no ha llegado a conformarse como un espacio de real mecanismo de coordinación e integración de las políticas provinciales.

De esta investigación se desprenden algunas cuestiones fundamentales en las cuales se debería trabajar profundamente: primero en desarrollar un concepto amplio e integral de salud, que abarque el bienestar de la persona en su conjunto, incluyendo el enfoque socioeconómico, educativo, político y cultural. El segundo es la profesionalización de los recursos humanos que desarrollan funciones en esta área. Por último, la salud no es una mercancía.

La primera es una concepción a profundizar en los agentes y profesionales de la salud así como a las personas en general, mientras los agentes no interioricen este concepto

estos no podrán garantizar el derecho y acceso a la salud, tampoco la sociedad podrá demandar que y cuando su servicio si desconoce sobre el mismo.

En cuanto al segundo eje, es importantísimo profesionalizar a los recursos humanos, y con esto no solo quiero hacer hincapié a médicos y enfermeros, también a los administrativos, personal de mantenimiento y servicios generales, porque son todas las personas que constituyen las instituciones sanitarias que hacen posible o no el acceso de las personas al sistema.

El no poder acceder a una atención digna, te excluye del sistema, quedando expuesto a una situación de vulnerabilidad y marginalidad.

Por último, la salud no es una mercancía, es un derecho, fundamental y humano. Se considera a la salud como pública, gratuita y equitativa, para que ello se manifieste se debe lograr un sistema de calidad, eficiente y de fácil acceso, porque sino caemos en un sistema que por ser público es básico y mediocre y para acceder a los mejores servicios hay que pagar y comprar, servicio, medicación, atención, etc. Es así como comienza a vislumbrarse “como si” existieran dos sistemas, uno para los más pobres y otro para los pudientes como se nombra al principio.

Si bien hay un gran avance en esta materia, falta mucho por hacer, que existan cantidades de instituciones médicas tanto públicas como privadas no significa que la atención esté garantizada. Esto si puede verse en las grandes ciudades, pero en las zonas más alejadas esto no es así, allí es donde debiera comenzar a realizar los adecuados diagnósticos según las zonas geográficas (no todas las regiones cuentan con las mismas complejidades y realidades) y planificarse vías de acceso como son la construcción de rutas y caminos, solucionar las problemáticas de las zonas inundables, esto trae aparejado enfermedades y que no se puedan movilizar las personas, transportes, acceso a la medicación, tratamientos, ambulancias y servicios de urgencias y emergencias.

Anexos 1:

Entrevista

Cargo:

- 1) ¿Cómo se encuentra funcionando en la actualidad el sistema de salud en la provincia de Santa Fe, a partir del proceso de descentralización que comenzó en 1990?
- 2) ¿Cómo funciona o es la relación del sistema entre los distintos niveles de gobierno (Nacional, Provincial o Municipal) l?
- 3) ¿Cuáles considera Ud. ¿Que son los ejes de la gestión?
- 4) ¿Cuál es la situación actual del marco regulatorio en el sector de la salud con respecto al Proyecto de ley de salud Publica? ¿Conoce los antecedentes de esta ley?
- 5) ¿Cómo se financia el sistema?
- 6) ¿Arrojo los resultados esperados el modelo de atención primaria de la salud (ATP)? ¿y el de cuidados progresivos?
- 7) ¿Cómo considera que es el gasto en salud en Santa Fe en relación con los distintos indicadores existentes en la población (tales como mortalidad infantil, esperanza de vida, mortalidad materna, natalidad, cobertura)
- 8) ¿Cómo considera que se encuentra este sistema en relación a otras provincias?
- 9) ¿Como considera que es la accesibilidad a este servicio? ¿Y la calidad del mismo?
- 10) ¿Cuales considera que son las causas que hacen que el sistema sanitario sea un sistema fragmentado?
- 11) ¿Qué cantidad aproximada de la población utiliza el sistema público de salud?
- 12) ¿Qué campaña o herramientas se utilizan para brindar información a la población?

13) En cuanto a los recursos humanos:

¿Es el adecuado el personal disponible en según población y especialidad?

¿Qué criterios se utiliza para su distribución en la atención?

¿Porque es desigual la cantidad de estos según la zona territorial y/o geográfica?

¿Se ha considerado capacitar a los agentes para brindar una mejor atención a las comunidades de los pueblos originarios, asiáticos, etc.? ¿Algunos agentes sanitarios saben su idioma?

14) En cuanto a los recursos materiales:

¿Cuál es la principal problemática de no contar con los insumos médicos suficientes o mejoras en las estructuras edilicias?

¿Por qué se dificulta la obtención de tecnología?

15) Las personas que viven en zonas aledañas a los grandes centros urbanos, ¿Dónde son atendidas?, y en el caso que vivan en el límite con otras provincias, ¿pueden acudir a los centros sanitarios de esas provincias?

16) ¿Existe alguna evaluación y/ o monitoreo de las actividades que se realizan en los hospitales y /o centros de salud?

17) ¿Cuales considera que son los desafíos futuros a afrontar?

Bibliografía:

- Aguilar, Villanueva Luis: “*El estudio de las Políticas Públicas*”. 1992.
- Caplan Sergio, Gómez Lisandro: “*La importancia de comparar las políticas de seguridad pública*”
- Capiello, Miguel “*La fundación de un sistema de salud en la provincia de Santa Fe. Lógica subyacente y etapas en su concreción*”. 2011.
- Coraggio, J. Luis: “*Territorios en transición. Crítica a la planificación regional en América Latina*”. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.1987.
- Ginés González García y Federico Tobar “*Salud para los Argentinos*”. 2004 (resumen) disponible en: https://books.google.com.ar/books?id=eBjDBEadPJEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=true. Consultado el 23/10/2016.
- Guy Peters: “*Los dos futuros del gobierno: descentrando y recentrando los procesos de gobierno*”. Conferencia dictada en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales-Universidad Católica de Córdoba el 14 de agosto de 2009.
- Manual de conceptos básicos Generales. Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/228703/1197588/>. [sitio oficial]. Consultado el 15/10/2016.
- Oszlak Oscar: “*Quemar las naves (o como lograr reformas estatales irreversibles)*”.Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental, Año 6. No. 14. Primavera 1999.

- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Comisión Económica para América Latina (CEPAL): “*Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011*”. Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=860&Itemid=225. [sitio oficial]. Consultado el 29/09/2016
- Plan estratégico provincial Santa Fe. Visión 2030 Disponible en http://www.santafe.gov.ar/index.php/plan_estrategico_provincial/content/view/full/120416 [sitio oficial]. Consultado el 31/10/2015.
- Repetto Fabián: “*Notas para el análisis de las políticas sociales. Una propuesta desde el institucionalismo*”. Perfiles Latinoamericanos 12. Junio 1998.
- Signorelli, Gisela: “*Reordenando el territorio: el caso de la regionalización en la provincia de Santa Fe, Argentina- 2008-2011*”. Quid 16 Revista del área de estudios urbanos del instituto de investigación de Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA)-ISSN 4060
- Sitio web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), disponible en: http://www.who.int/topics/health_systems/es/. [sitio oficial]. Consultado el 11/11/2015.
- Veronelli, Juan Carlos, Veronelli Correch Magali: “*Los Orígenes Institucionales de la Salud Pública en la Argentina.*”, TOMO 2. 2011.