

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ESTADÍSTICA**

**CARRERA DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN Y CONTABILIDAD PÚBLICA**

Tema:

**“Evolución del Sistema de Salud Pública en Argentina y su análisis particular en la
Ciudad de Rosario”**

Autor: Martín Gabriel Delbono

Directora: C.P. Hilda Susana Delaux

Fecha: noviembre de 2021

Resumen: La provisión del servicio de salud por parte del Estado Argentino ha pasado a lo largo de la historia por diferentes etapas, pasando de un modelo estrictamente liberal con funciones y prestaciones mínimas, para llegar al modelo amplio y universal con el que actualmente contamos.

Teniendo en cuenta los subsectores que conforman el Sistema de Salud Pública en la actualidad (Público, de la Seguridad Social y Privado), el presente trabajo se posiciona sobre el Subsector Público, y tras una breve reseña sobre su evolución histórica, indaga sobre los lineamientos generales para el análisis de todo sistema de salud pública, aplicados particularmente a la Provincia de Santa Fe y a la Ciudad de Rosario. Tal tarea consiste en el análisis de las políticas públicas orientadas a la salud, el estado de salud de la población, y en los componentes del Sistema de Salud, a saber, Modelo de Gestión, de Financiamiento y de Atención.

Partiendo del marco teórico proporcionado por la bibliografía más adelante citada, y a través de datos estadísticos recolectados, se plasma un panorama del estado actual de la provisión pública del servicio de Salud por parte de las jurisdicciones enunciadas

Palabras clave: Salud Pública; Subsector Público; Modelo de Gestión; Modelo de Financiación; Modelo de Atención; políticas públicas salud; Salud Pública Rosario; Salud Pública Santa Fe

ÍNDICE

I.	Introducción.....	4
1 -	Subsector Público.....	4
2 -	Subsector de la Seguridad Social.....	4
3 -	Subsector Privado	5
II.	Metodología de la Investigación	6
III.	Evolución del Sector Salud en Argentina.....	7
1 -	La Policía Médica	7
2 -	El Estado de Bienestar y la salud.....	7
3 -	El Estado desarrollista y la salud:	12
4 -	El Estado Neoliberal y la salud.....	13
IV.	Lineamientos para el análisis del Sector	18
1.	La política de salud	18
1.1.	Provincia de Santa Fe	20
1.2.	Ciudad de Rosario	21
2.	Estado de salud de la población	22
3.	Componentes del Sistema de Salud: Modelo de Gestión, de Atención y de Financiación	25
3.1.	Modelo de Gestión y de Atención	26
3.1.1.	Infraestructura, capacidad y producción hospitalaria (Subsector Público Rosario).....	35
3.1.2.	Prestaciones a través de organismos descentralizados	40
3.2.	Modelo de Financiamiento (Subsector Público)	42
3.2.1.	Asignación Presupuestaria Municipal	44
3.2.1.1.	Centro Único de Facturación (CUF)	45
3.2.2.	Financiamiento ILAR	49
3.2.3.	Financiamiento Laboratorio Especialidades Medicinales (LEM)	50
3.2.4.	Presupuesto y Ejecución del Gasto en Salud.....	51
V.	Conclusión.....	54
VI.	Bibliografía.....	55

Introducción

El presente trabajo pretende recorrer los aspectos fundamentales del desarrollo del sistema de salud argentino en el ámbito nacional, para situarse finalmente en el caso de la Municipalidad de Rosario. El análisis de las políticas públicas en salud y su aplicación a lo largo de la historia, nos lleva a conocer al sistema con el cual contamos actualmente como ciudadanos.

Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para resolver los problemas de salud. Implican la definición de salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Por otro lado, el sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Se trata de la respuesta social organizada para los problemas de salud de la población (Tobar F. , 2012)

La provisión de salud en Argentina está cubierta por tres subsectores:

1 - Subsector Público

Comprende los tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal. Este subsistema financiado mayormente por rentas generales brinda atención médica a todos los habitantes que lo requieran, más allá de que estos tengan otro tipo de cobertura adicional (sea de carácter contributivo o voluntaria). Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de servicios de su órbita.

Si bien la cobertura del subsistema público es universal, la utilización del subsector está más concentrada en usuarios que tienen como única cobertura la brindada por este subsistema.

2 - Subsector de la Seguridad Social

Está integrado por Obras Sociales Nacionales (OSN), Obras Sociales Provinciales (OSP) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) que brinda cobertura a los adultos mayores de todo el territorio argentino.

La financiación de dichas entidades sociales es contributiva, ya que proviene del aporte y la contribución pecuniaria que, por disposición legal, obligatoriamente deben realizar los trabajadores (aportes) y sus empleadores (contribuciones).

Desde el dictado de la primera ley general para el sistema (ley 18.610), las obras sociales estuvieron sometidas al contralor estatal, a través de organismos de cúpula; primero el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), luego la Administración Nacional del Sistema del Seguro de Salud (ANSSAL) y, en la actualidad, la Superintendencia de Servicios de Salud SSSalud). La Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) actúa en la jurisdicción del Ministerio de Salud de la Nación (MSN); funciona como un organismo descentralizado de la administración pública nacional; tiene personalidad jurídica y desarrolla su accionar en un régimen de autarquía en la faz administrativa, económica y financiera (art. 2º, dec. 1615/96). La SSSalud está investida de un régimen administrativo por el que goza de cierto margen de autonomía en la gestión del servicio público a su cargo: ser autoridad de aplicación de las leyes 23.660/88 de Obras Sociales y 23.661/89 de Sistema Nacional de Seguro de Salud.

Entre las obras sociales comprendidas, pueden mencionarse las obras sociales sindicales, obras sociales e institutos de administración mixta, las obras sociales de la administración central del Estado nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados, obras sociales de las empresas y sociedades del Estado, obras sociales del personal de dirección (OSPD) y asociaciones profesionales de empresarios y obras sociales constituidas por convenios con empresas privadas o públicas. Dentro de las no alcanzadas por el régimen, se encuentran las obras sociales provinciales, el INSSJyP (conocido como PAMI), las obras sociales de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, las obras sociales de las Fuerzas Armadas o la Policía Federal Argentina (PFA), las mutuales (las que no hayan adherido al sistema de las leyes 23.660 y 23.661), las empresas de medicina prepaga y los círculos médicos o entidades que ofrezcan servicios médicos prepagos integrales (como las prepagas) o parciales (p.ej., las empresas de servicios médicos ambulatorios) (Garay, 2017)

3 - Subsector Privado

Comprende por un lado instituciones que actúan brindando cobertura de seguro como las empresas de medicina prepaga, planes médicos de hospitales (de comunidad y privados), mutuales, cooperativas y, por otro, empresas o prestadores independientes que ofrecen servicios de atención de la salud. Las primeras dan cobertura principalmente a asociados voluntarios de ingresos medio-altos mediante una contratación directa.

Este sector también asegura a personas que por su condición aportan obligatoriamente a una obra social, pero optan por derivar y complementar sus aportes con pagos adicionales a empresas de medicina prepaga para obtener una mejora en sus planes de cobertura

Habiéndose realizado la anterior diferenciación, se pretende partir de la evolución de las políticas y modelos de gestión adoptados a lo largo del tiempo en el ámbito nacional, permitiendo así contextualizar los cambios acaecidos en el subsistema de salud pública de la ciudad de Rosario. Esto no implica únicamente la capacidad hospitalaria instalada, sino que es un análisis en conjunto con diferentes puntos que sirven como parámetro para un abordaje más completo, tales como población, su estado de salud y composición económica, valores y principios que guían la gestión en salud y las políticas que ellos se desprenden, producción hospitalaria, accesibilidad a la salud pública por parte de la población, entre otros.

Se pretende, a su vez, exponer la evolución del gasto público en salud abordando así el análisis de la financiación del subsistema, entendiendo como parte del mismo no sólo a hospitales y centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud Pública sino también a la provisión de servicios de salud a través de organismos descentralizados.

Metodología de la Investigación

Para la elaboración del presente trabajo se procedió en primer lugar a la lectura de diferentes fuentes de información, tales como:

- Doctrina referida a la evolución del sistema de salud
- Sitios web oficiales de Nación, Provincia de Santa Fe y Municipalidad de Rosario
- Datos estadísticos elaborados en base a Censos Poblacionales y Encuestas Permanentes de Hogares (Nación y Provincia de Santa Fe)
- Datos estadísticos elaborados por la Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario
- Actos administrativos emanados de los diferentes niveles de gobierno
- Información recolectada por el Tribunal Municipal de Cuentas en su función de órgano de control externo, plasmada en Dictámenes

A través de los datos estadísticos disponibles principalmente para la ciudad de Rosario, se plasma un panorama que refleja la situación del Sistema de Salud de la ciudad. Para tal fin se

realiza un recorrido por los pilares fundamentales que sirven de base para el análisis tanto de la situación sanitaria de una región como del sistema constituido para su atención.

Evolución del Sector Salud en Argentina

En la evolución del sector salud en la Argentina pueden identificarse cuatro modelos de Estado en relación a las políticas sociales, y en particular a las de salud. Los mismos son:

1 - La Policía Médica

La salud no era considerada un problema público sino privado y las acciones de gobierno en el área se limitaban a garantizar la seguridad de la ciudadanía. El prestigio médico fundamentaba una asimetría de poder entre médico y paciente que justificaba decisiones unilaterales del primero sobre el segundo.

Para el estado liberal la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas (externalidades negativas) de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado, pero más preocupado por aislar a los enfermos que por prevenir las enfermedades, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia.

Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador, o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta “policía médica” constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo higienista para que la salud pasara a integrar los derechos sociales.

Hacia fines del siglo XIX esta modalidad higienista de intervención del estado en salud ya coexistía con una segunda modalidad de carácter asistencial más preocupada por la atención médica a la población enferma. Aunque aquella resultaba más efectiva en el mantenimiento de la salud era percibida de forma negativa por el conjunto de la sociedad.

2 - El Estado de Bienestar y la salud

El surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, tales como guerras, epidemias y grandes catástrofes, unido a la expansión de demandas sociales impulsaron una progresiva incorporación del Estado en las cuestiones de salud.

En un principio, y en contraste con acciones asistencialistas por las cuales los sectores más poderosos concretaban ayuda social y sanitaria en favor de los sectores desfavorecidos (en general a través de asociaciones benéficas); surgían expresiones de solidaridad mecánica

desde abajo. Esta modalidad bautizada como Socorros Mutuos o Mutuales, de carácter no estatal, era una asociación voluntaria en la que los miembros aportaban a un fondo común para recibir ciertos beneficios en el momento que lo necesitaran. Antes que alentar la constitución de un mercado de servicios de asistencia médica, los esquemas mutuales promovían la integración vertical de financiación y provisión. (Tobar F. , 2012)

Entre las variables que inciden sobre este tipo de asociaciones mutuales que empiezan a tomar forma hacia fines del siglo XIX, encontramos el principio de connacionalidad – derivado del fuerte progreso inmigratorio-, que constituye el rasgo central sobre el que se edifica el incipiente modelo financiador de servicios de salud que iría delineándose posteriormente.

En 1910, de los 150 mil afiliados, 40 mil eran de la comunidad italiana y 23 mil de la española. Otros criterios de nucleamiento fueron ideológicos (mutuas de socialistas), doctrinarios (católicos) y la rama de producción. Respecto a este último, algunos sindicatos desarrollados a partir de industrias manufactureras y/o servicios públicos, como los ferrocarriles y algunas empresas, organizaron entidades mutuales sobre la base de una contribución individual sobre el salario.

Además de la población afiliada a estas sociedades de socorros mutuos existían también los círculos obreros, con 10 mil afiliados, y las empresas de asistencia médica, con 91 mil. Entre 1850 y 1900 se fundaron en el país 541 entidades, y entre 1901 y 1925, 811 más. En todos los casos el fin era la prevención y cobertura de uno o varios riesgos que pudieran afectar financiera o físicamente a la población.

En este período, la acción del Estado se limitaba a ejercer el control de vectores en enfermedades transmisibles. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia y, no configuraban una función del gobierno.

En las primeras décadas del siglo XX aparecen nuevas mutualidades originadas en reparticiones estatales y que, integradas o no a un sindicato, se definen por la pertenencia a un mismo oficio o actividad laboral. También aparecen mutuales del personal de algunas empresas industriales o comerciales. Sin embargo, la heterogeneidad institucional seguía siendo una de las principales características del sistema. La ausencia de un organismo estatal que actuase como regulador, superintendente y coordinador del sistema fue también un rasgo predominante en el sistema de seguridad social de Argentina en esos años.

A dicha ausencia de política regulatoria se atribuye la gran variabilidad en los grados de eficiencia financiera del sistema por la fragmentación en instituciones de diferente tamaño, con desigual peso de costos administrativos y con una disímil gestión empresarial. Las

instituciones comenzaron a tener graves déficits financieros provenientes de dicha situación y de los costos crecientes de la atención médica debidos al cambio tecnológico y al envejecimiento de la población cubierta. Estas mutualidades servirán luego como base a las Obras Sociales promovidas luego desde el gobierno. (Katz & Muñoz , 1988)

No obstante, esta vertiente comunitaria que impulsó la propagación de organizaciones mutuales se enfrentó en forma sostenida a una vertiente institucional de base vertical y burocrática del desarrollo de respuestas sanitarias. Esa tensión sedimentó en una matriz de respuestas fragmentadas a las necesidades de salud e la población. (Tobar F. , 2012)

Entre los años 1880 y 1943 pueden identificarse dos momentos, el higienismo y el sanitarismo. El propósito que guio ambos momentos fue mejorar la calidad de la salud de la población local.

Actuaron como entidades directrices el Departamento Nacional de Higiene, la Asistencia Pública y el Patronato de la Infancia, a las que se sumaron muchas otras asociaciones, donde no faltaron las de beneficencia y las de socorros mutuos.

El higienismo, desarrollado principalmente entre 1880 y 1920, sintió una especial preocupación por las dolencias urbanas y suburbanas (tuberculosis, cólera y alguna más), sin olvidar las enfermedades infectocontagiosas y los problemas sanitarios que genera el conventillo o inquilinato, a lo que agregaron alta consideración por el alcoholismo.

El sanitarismo, incipiente en los años de 1920 y afianzado para la década de 1940, incorpora el eje de atención en la vida rural (el rancho y las labores de las familias campesinas) concentrándose en el paludismo, la malaria, las parasitosis y algunas más. Hay una búsqueda de cuestiones regionales, palpable en los contactos que se originan entre profesionales de diversos países que trabajan problemáticas semejantes, un buen testimonio son: la MEPRA (Misión de Estudio de la Patología Regional Argentina), el Instituto de Medicina Regional y la Dirección General de Paludismo. ((PNUD), 2011)

Al mismo tiempo, el incipiente sistema de seguridad social presentó, desde su origen, ciertos rasgos de desigualdad e inequidad del tipo de los que hoy caracterizan al caso argentino. El mensaje del proyecto presentado por Ángel M. Giménez en 1914 a la Cámara de Diputados menciona la diferente capacidad financiera por afiliado entre instituciones, el desigual peso en la estructura de costos de los gastos administrativos según se trate de mutualidades chicas o grandes, y el consiguiente cuadro prestacional altamente inequitativo. Todo esto ocurrió en un contexto en el que el sistema mostraba falta de coordinación y fiscalización a nivel agregado, rasgo a cuya solución apuntaban, en dicho proyecto de ley, los artículos que proponían la creación de un organismo fiscalizador de las entidades mutuales.

El proyecto preveía también la obligación de destinar un mínimo de 80% de las cuotas de los socios a los servicios que la Sociedad ofrecía -entre los cuales debía figurar al servicio médico para sus afiliados sin restricción alguna; exigía un mínimo de 200 afiliados por institución; imponía la asignación financiera de un 5% de las cuotas de los socios al fondo de reserva y de un 15% para presentación de balances con la correspondiente memoria sobre los servicios prestados. Finalmente, abría la posibilidad de que los hospitales públicos brindaran servicios ambulatorios y/o de internación a los miembros de una asociación mutual, facturándole a ésta dichos servicios. De esta forma, ya se planteaba tempranamente el debate sobre cobertura y financiamiento de los servicios de salud. (Katz & Muñoz , 1988)

Como síntesis, puede decirse que hasta 1945 se destaca la escasa regulación estatal. El estado financia fundamentalmente acciones relacionadas con urgencias, sanidad de fronteras, higiene pública y epidemias. La provisión se encuentra concentrada en establecimientos estatales, sociedades de beneficencia, mutuales de comunidades extranjeras y mutuales de grupos laborales y establecimientos privados con fines de lucro. Como estructura general predomina un modelo pluralista no planificado.

Más allá de los antecedentes mencionados, es posible afirmar que la conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una compleja y relativamente corta evolución. Recién a mediados de la década de los años cuarenta, el sector público comenzó a ocupar un papel central, tanto como prestador, como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector, con la creación del Ministerio de Salud, la expansión de la oferta pública, el desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas y el fortalecimiento de la intervención del estado en la organización del sector. A diferencia de los casos que construyeron sus sistemas o bien sobre sistemas públicos de cobertura universal o sobre la base del financiamiento contributivo en la seguridad social, Argentina siguió un doble patrón y, al igual que muchos países de la región, la cobertura estuvo a cargo de los subsectores públicos y de la seguridad social, además del privado. El diseño institucional implantado en los años cuarenta reconoce, en ese sentido, la presencia de un legado: se conformará en las mismas condiciones de fragmentación y heterogeneidad de reglas de juego que caracterizaron las organizaciones de salud en las primeras décadas del siglo XX.

El primer y segundo gobierno de Perón configuraron un punto de inflexión rotundo en el curso de las políticas. Pero también es entonces cuando esta matriz de respuestas fragmentadas se consolida. Por un lado, se inicia una contundente inclusión social junto a la expansión de los derechos sociales en general y una multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, aproximándose notablemente al modelo de Estado

de Bienestar. Pero, por otro lado, se expande la lógica del seguro social focalizado en un grupo de trabajadores formales asalariados. En términos de políticas de salud, el país alcanzaba su apogeo, ya que, por primera vez, había una política integral e integrada de salud con un plan analítico (1946).

En las casi 2000 páginas del Plan Analítico de Salud se destacaba no sólo qué se debía hacer para lograr cada meta sanitaria en cada provincia, sino también quién debería ser el responsable por el logro de dicho cumplimiento. Durante los nueve años de la gestión de Ramón Carrillo al mando de la cartera sanitaria se institucionaliza una concepción propia de la Medicina Social.

Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) se sancionan las leyes de sanidad pública (N° 13.012) y de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (N° 13.019). A través de las mismas se garantiza la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa y gratuita al 65% de la población argentina que era considerada no pudiente, y para ofrecer servicios a tarifas reducidas a otro 20% de la población en mejor posición económica.

Poco después de la gestión de Ramón Carrillo con sus avances en la implementación de un sistema público de salud, la dirección del sistema comenzó a avanzar en el sentido de un modelo de seguros de salud. A partir de la década del cincuenta se expande y consolida el sistema de obras sociales estrechamente vinculadas con sistemas solidarios de financiamiento de servicios de atención médica; con los gremios profesionales y los sindicatos de obreros y empleados. Pero al mismo tiempo, primero se detiene la expansión de la oferta pública y luego comienza su progresivo deterioro

La predisposición a incorporar nuevos actores en el debate sobre políticas públicas permite la inclusión de modelos técnicos modernos en la gestión del Estado. De esta manera, el gobierno asume un amplio conjunto de funciones en el área salud, como la de proveer servicios de atención, la regulación de recursos y tecnología, la fiscalización y control del ambiente, entre otras. No obstante, al mismo tiempo, persisten instituciones de salud propias de la Argentina liberal, hospitales, instituciones de beneficencia, mutualidades de poca vinculación con la política estatal, de carácter clientelista, y de baja racionalidad en su gestión. En otras palabras, el rol del Estado se redefine en términos globales incluyendo al bienestar de la población como premisa y una amplia convocatoria social. A pesar de ello se consolida un sistema heterogéneo y fragmentado que luego se transformará en el principal condicionante de la formulación de políticas de salud. (Tobar F. , 2012)

3 - El Estado desarrollista y la salud:

El rol distribucionista del Estado es reemplazado, en el desarrollismo, por el de garantizar la acumulación de capital. El sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto del Estado nacional conducen a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica, se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e incluso en el deterioro de la existente.

Las propuestas de descentralización y desburocratización específicamente dirigidas al cuestionamiento del modelo organizativo peronista concluyen por trasladar en 1957 bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional. Esta política de transferencia que impacta diferencialmente a los servicios según capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundiza las carencias de una red de servicios que en buena medida se había conformado bajo el imperio de la discrecionalidad y la improvisación. No obstante, la contracción de la actividad social del Estado no involucra un achicamiento ni una privatización. Por el contrario, los organismos estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. Comienza a desarrollarse en su interior una capa tecnoburocrática, con vinculaciones con el sector empresario nacional e internacional, directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo de la iniciativa privada. Al año siguiente de su implementación, los hospitales públicos son devueltos a la nación por causa de baja capacidad técnica y financiera de las provincias (Tobar F. , 2012)

Desde 1970, el sistema se consolida institucionalmente con la extensión de la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia. Ese año, la Ley N° 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. Se amplía considerablemente la cobertura, al tiempo que se pone en manos del movimiento gremial una importante cuota de poder político y económico. Teniendo en cuenta que la organización sindical argentina respondió a un modelo de gremio único por rama de actividad, ello significó, en la práctica, que la población trabajadora se convirtiera en cautiva de la obra social del gremio correspondiente.

El sistema de obras sociales se extiende, asimismo, en forma obligatoria a los jubilados y pensionados. La Ley N° 19.032 creó una institución especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, para brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la porción de la población de mayor edad.

La expansión de las obras sociales se convirtió en el pivote articulador del desarrollo global del sector. Orientando su demanda hacia prestadores privados, empresas químico farmacéuticas y productores de equipamiento médico, fue determinante en el crecimiento del subsector privado. Por su parte, la red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema, pasó a ser la única cobertura de una porción creciente de la población, la más carenciada, sin cobertura de la seguridad 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. (Anlló, Cetrángolo, Heymann, & Ramos, 2007)

4 - El Estado Neoliberal y la salud

El modelo de Estado que se instala en la Argentina a partir de 1976 asume características fundacionales y desarrolla todos sus esfuerzos en erradicar las bases del Estado de compromiso que asumía funciones de intervención, de mediación de intereses conflictivos, con un fuerte rol en la redistribución del ingreso a través de instrumentos fiscales, que asumía un compromiso activo con el desarrollo industrial y donde las políticas sociales tenían un papel fundamental. Las Fuerzas Armadas reinstalan el discurso del liberalismo económico, pero no el político. Esto repercute en la esfera de salud, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada. Las acciones que involucró el arsenal neoliberal en salud fueron las siguientes:

a- Fragmentar el sistema: se eliminó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 1978. A partir de entonces, se destruía cualquier puente entre la financiación, el modelo de atención o la gestión de los subsectores público y del seguro social.

b- Descentralizar los servicios: muchos establecimientos hospitalarios nacionales pasaron al ámbito provincial o municipal

c- Fortalecimiento del sector privado: en particular por default, esto significa al reducir la financiación de los servicios públicos de salud y afectando, por tanto, su capacidad de respuesta

d- Focalización de la provisión pública: significó un cambio en la concepción de la provisión de la salud. Anteriormente se consideraba que el hospital público debía proveer salud en forma universalista mientras que a partir de ese momento se dirigió exclusivamente a la población de recursos más bajos y sin otra cobertura

e- Arancelamiento de servicios públicos: con la recuperación de la democracia esta medida fue revertida de forma lenta y desaparece en las diferentes jurisdicciones

f- Abordaje tecnocrático: tanto el funcionamiento de los servicios como la construcción de políticas sanitarias se limita a una cuestión técnica, de especialistas. No hay espacios de participación ni de los trabajadores ni de la comunidad.

Con la recuperación de la democracia surge un nuevo proyecto que intenta integrar el sistema a través de un Seguro Nacional de Salud por medio de la unificación financiera del sistema, admitiendo en su interior una oferta pluralista de servicios de atención médica. Por otra parte, se proponía universalizar la cobertura del seguro de salud complementando los aportes y contribuciones con fondos públicos.

El impulso integrador del Seguro Nacional de Salud se pierde en las leyes finalmente sancionadas en 1988 (Ley de obras sociales N° 23.660 y de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud N° 23.661) que aunque asumieron algunas pautas regulatorias del sistema solo dejan como puente para una posible integración la posibilidad de que los fondos de aportes y contribuciones sean complementados con recursos del tesoro nacional para avanzar hacia la universalidad del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Esto último nunca fue instrumentado.

Como resultado de la dinámica política sectorial en la que cada cual atendió su juego sin empatía con los demás actores, gran parte de los componentes del modelo neoliberal permanecen aún incólumes en la organización de los servicios de salud en Argentina: En primer lugar, el país ha asistido a un crecimiento progresivo de la oferta de servicios privados. En segundo lugar, creció en forma sostenida y estimulada por el Estado, la cobertura de la medicina prepaga, reafirmando la noción de salud como una mercancía.

Con la creación del hospital Público de Autogestión, luego rebautizado como Hospital Público de Gestión Descentralizada, surgía una nueva posibilidad para avanzar en la coordinación entre el sector público y las obras sociales. El Decreto 578 de 1993 instituye la figura de la recuperación de costo o cobro a los seguros de salud por las prestaciones brindadas a sus afiliados. Esto permitiría reducir los subsidios cruzados entre el sector público y las obras sociales y generarían recursos genuinos para estimular la recuperación de los servicios públicos. Sin embargo, en el contexto de la crisis económica del 2001 y 2002 se resolvió congelar los valores del nomenclador de prestaciones utilizado para valorar los montos a ser restituidos. En un contexto inflacionario esto significó la anulación de la política. (Tobar F. , 2012)

En la década del 90 se inicia un proceso de reforma del Estado en materia de salud, tanto en los límites de su intervención como en la definición y alcance de sus instituciones. Durante la década del 90, el estado nacional argentino se contrajo, al desembarazarse de su aparato productivo (vía privatización), de sus órganos de regulación económica (vía desregulación), de muchas de sus funciones de apoyo (vía tercerización), de la prestación directa de la mayoría de los servicios públicos (vía descentralización), de fuertes contingentes de personal (vía retiros voluntarios y jubilaciones anticipadas) y de una porción no despreciable de su capacidad de decisión soberana (vía internacionalización). (...) Este proceso conocido popularmente como “desguace del Estado”, produjo numerosos impactos, entre los cuales sobresale el nuevo esquema de división del trabajo entre el estado nacional, los estados subnacionales, el mercado y la sociedad en su conjunto. En este sentido, fue relevante el impacto sobre el empleo público en las provincias y municipios, que vieron acrecentadas sus dotaciones por las transferencias desde la Nación de personal de salud, educación y viabilidad (Oszlak, 2000)

Puntualmente, las reformas implementadas en salud giraron en torno a dos ejes principales:

1- Descentralización y provisión pública de servicios de salud: una parte de las falencias que presenta hoy la salud pública tiene su origen en el defectuoso proceso de transferencia de servicios a provincias y municipios. No se han buscado niveles crecientes de eficiencia y equidad, sino que la descentralización del gasto social en Argentina ha obedecido a la presión ejercida por la Nación para modificar la relación financiera con los estados subnacionales.

Adicionalmente, al seguir un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria, destina casi todos sus recursos al nivel secundario (patologías más serias que requieren cuidados especiales o internación), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias. Este tipo de asignación del presupuesto va en desmedro del desarrollo de programas de atención primaria, que son la puerta de entrada natural al sistema de atención médica y más costo-efectiva en el largo plazo. En cambio, el sistema presenta una expansión desmedida de algunos proveedores; un elevado número de médicos; y con un exceso de equipamiento caro y subutilizado y de camas hospitalarias y sanatoriales.

Desde 1991 se sumó la introducción de un nuevo modelo microeconómico conocido como Hospital de Autogestión al cual han ido ingresando los principales hospitales provinciales. Desde el punto de vista de la equidad, la idea central consiste en la captación de fondos propios provenientes de la atención a franjas adicionales de población con capacidad de pago, con el objeto de ampliar la cobertura y mejorar la atención de pacientes de menores recursos.

2- Desregulación de la seguridad social: en el subsector de la regulación social, durante los años noventa, el gobierno nacional ha seguido una orientación que, desatendiendo las complejidades del sector, descansa sobre las supuestas ganancias de eficiencia derivadas de la incorporación de mecanismos de mercado (libre elección de obras sociales por parte de los usuarios).

El antecedente para la desregulación del sistema de obras sociales fue la sanción de las leyes 23.660 y la 23.661 a fines de 1988 por las cuales se derogó la ley de Obras Sociales de 1970 y se creó el Sistema Nacional de Seguro de Salud. Estas leyes constituyeron un esfuerzo de crear una red sanitaria nacional en la que prevaleciera un criterio de justicia distributiva comprendiendo al total de la población del país. Sin embargo, mediante una reglamentación bastante controvertida de estas leyes, se avanzó en la conformación de un sistema de salud alejado de los objetivos de esas leyes en materia de equidad y sin intentar la integración del sistema en su conjunto.

En 1993 comenzaron a definirse los rasgos fundamentales de la reforma del sistema. Un verdadero quiebre en la trayectoria de las reformas lo constituye el decreto 9 de ese año, con el que se inicia la salida del esquema solidario que había prevalecido hasta entonces. Se instaló la libre elección, en principio restringida a los beneficiarios de las obras sociales, la cual se ejercería con los aportes y contribuciones del titular. Simultáneamente, este decreto reafirmó la obligación de las obras sociales de asegurar un conjunto de prestaciones básicas para todos los beneficiarios del sistema. En caso de que el monto de los aportes de un titular no llegara a cubrir el valor de las prestaciones básicas la ANSSAL sería la responsable de compensar a la obra social. Por lo tanto, este decreto introdujo importantes modificaciones. En primer lugar, el nivel medio de prestaciones de cada obra social pasa a depender de la capacidad de éstas para captar titulares con ingresos elevados y grupos familiares no muy extensos. En segundo lugar, el criterio redistributivo presente en el Fondo Solidario de Redistribución se desplaza de un mecanismo tendiente a disminuir las desigualdades del sistema en su conjunto a un mecanismo que asegure un mínimo de prestaciones para cada grupo familiar.

Ese mismo año se terminaron de definir los aspectos relacionados con la libre elección para el seguro nacional de salud en conjunto, mediante el decreto 576 que reglamentaba las leyes sancionadas en 1988. Por un lado, se incorporó a los pasivos dentro del conjunto de beneficiarios que puede optar por la obra social que desee, definiendo un plan de atención médica especial para este grupo, y se prohibió la doble afiliación de los beneficiarios. Por otro lado, se introdujo la posibilidad de pactar entre empleados y obras sociales planes

diferenciales de salud. Sobre la base de concebir a los aportes y contribuciones como salario diferido de los trabajadores, introdujo la posibilidad de pactar con el agente de salud sobre estos mismos aportes o sobre la posibilidad de aportes adicionales. Asimismo, ratificó que el titular disponga del total de sus aportes y contribuciones para la libre elección del agente de salud que desee. El decreto 576/93 es el primero que hizo referencia al Seguro Nacional de Salud en su totalidad, terminando de definir una "especial" interpretación del criterio de justicia distributiva prevaleciente en la ley 22.661.

Durante el proceso de reforma, se había señalado la intención de crear un organismo que regule el funcionamiento del sector en su conjunto. En un intento de responder a este objetivo, el gobierno creó en abril de 1998 la Superintendencia de Servicios de la Salud. Este organismo se encargaría de controlar el sistema de obras sociales absorbiendo entre sus funciones aquellas antes realizadas por la ANSSAL. Siguiendo los pasos de la reforma, se observa que mientras los objetivos de regulación son claros respecto a las obras sociales siguen sin definirse el marco regulatorio aplicable al sector de medicina privada y a la incorporación de los trabajadores autónomos. En el caso de PAMI, se introdujeron importantes modificaciones en su financiamiento. Este se redujo de manera significativa, primero por la transitoria reducción de las contribuciones patronales y, luego, por la caída de la base imponible. (Cetrángolo & Devoto, 2002)

Las políticas surgidas luego de la crisis de 2001–2002 pueden identificarse como una nueva etapa. Los años que siguieron a la crisis fueron de emergencia sanitaria. Durante este período se han puesto en marcha programas para limitar el impacto de la crisis, con la prioridad de garantizar el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos. La política nacional de medicamentos, que incluye la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y el programa Remediar, fueron acciones que dieron cumplimiento a los objetivos planteados. El plan Nacer, por su parte, es una innovadora iniciativa en la política de salud, ya que combina elementos de política compensatoria, expansión de cobertura e incentivos por resultados en un sistema altamente descentralizado.

En paralelo a la instrumentación de políticas de emergencia, se comenzó a discutir en el Consejo Federal de Salud (COFESA) una estrategia sectorial de mediano y largo plazo. En primer lugar, se propuso que la estrategia surgiera de un consenso entre los distintos niveles de gobierno, ya que, debido a la organización federal del país, las responsabilidades sustanciales de la provisión pública de salud corren por cuenta de las provincias. En consecuencia, la estrategia debía tomar en cuenta las posibilidades de cada una de las jurisdicciones. En segundo término, se propuso que la estrategia se planteara como una

secuencia de reformas y no como una modificación estructural drástica. En el mismo sentido, se propuso que la estrategia fuera flexible, para adecuarse a las circunstancias y adaptarse a lo largo del tiempo. Más allá de estos importantes logros en materia de salud pública, el sistema en su conjunto consolidó su organización fragmentada. ((PNUD), 2011)

Lineamientos para el análisis del Sector

Federico Tobar, en su trabajo denominado “**Herramientas para el análisis del sector salud**”. **Medicina y Sociedad**” (2000) reconoce tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país:

- **Las políticas de salud:** constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. 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. Definir políticas de salud es decidir qué rol desempeña el Estado.
- **El estado de salud de la población:** constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud. Es consecuencia de un conjunto de factores determinados, tales como las conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética, y por último, el sistema de salud
- **El sistema de salud:** engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica. En sentido estricto el sistema de salud incluye todas las acciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

A su vez, indica que todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes: político (modelo de gestión) que define las prioridades del sistema; económico (modelo de financiación) que se centra en cuánto se debe gastar, de dónde provienen los recursos y cómo gastarlos; y técnico (modelo de atención) cuya problemática es estrictamente médica sanitaria, centrándose en los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo médico. (Tobar F. , 2000)

1. La política de salud

Los gobiernos no son más que conjuntos de organizaciones que combinan recursos - normativos, humanos, financieros y tecnológicos- y los transforman en políticas, en programas públicos, en servicios, en productos, para atender los problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, en definitiva, lograr unos impactos -objetivos- sociales, políticos y económicos (Rose, 1984).

Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios. Desde este punto de vista, las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público detecta la existencia de un problema que, por su importancia, merece su atención y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema. El proceso o ciclo de construcción de las políticas públicas comprende las siguientes fases:

1. Identificación y definición del problema.
2. Formulación de las alternativas de solución.
3. Adopción de una alternativa.
4. Implantación de la alternativa seleccionada.
5. Evaluación de los resultados obtenidos.

La formulación de la política pública incluye el establecimiento de las metas y objetivos a alcanzar, la detección y generación de los posibles caminos -alternativas- para llegar a los objetivos, la valoración y comparación de los impactos de esas vías alternativas y, finalmente, la selección de una opción o combinación de ellas. La fase de formulación es una tarea exclusiva de los actores públicos, la responsabilidad sobre la decisión final y el diseño de la política permanece en manos del gobierno. Para que una política sea pública es requisito indispensable que esté investida de legalidad, es decir, que sólo desde el ámbito público se puede formular una política pública.

Podemos convenir que el volumen total de problemas que preocupan a la sociedad es más amplio que el de problemas que reciben atención por parte de las administraciones públicas. No todos los problemas detectados tienen la misma prioridad para los decisores públicos, sólo algunos de ellos tienen la entidad suficiente para convertirse en problemas públicos. Al conjunto de problemas que preocupan a una sociedad en un momento determinado se le denomina agenda sistémica. De esa agenda, los decisores públicos extraen algunos y confeccionan la agenda institucional o agenda política (Jones, 1984). Esta agenda está compuesta por los problemas que los directivos públicos consideran prioritarios en un

momento determinado. La inclusión de un problema en la agenda institucional es una condición necesaria, pero no suficiente, para que el problema dé lugar a una política pública que intente solucionarlo. En muchas ocasiones los problemas entran en la agenda institucional y poco después desaparecen de ella -disipación de temas o problemas- o no reciben atención hasta que pasa un largo periodo de tiempo -incubación de temas-. La disipación e incubación de temas se debe a múltiples causas: la desaparición del problema de la agenda sistémica, la pérdida de interés de los directivos por el problema, la búsqueda infructuosa de recursos para afrontarlo o la entrada de nuevos problemas más graves (Bañón, 1997)

Las políticas de salud representan una serie de valores (equidad, eficiencia, solidaridad) en base a los cuales se asignan recursos para satisfacer necesidades de salud de la comunidad.

El sistema de salud constituye desde esta perspectiva la expresión estructural de un conjunto de decisiones y podría describirse desde tres perspectivas:

1. Macro: la que tiene el responsable político del sistema. Es una perspectiva eminentemente política.
2. Meso: la que tienen los responsables político – administrativos. Es una perspectiva político-técnica
3. Micro: la que tienen los profesionales asistenciales. Es una perspectiva eminentemente técnica

La primera perspectiva es la del gobierno del sistema, entendiendo gobernar como decisión de la dirección (hacia donde debemos ir). Dicha decisión está basada en valores: equidad, solidaridad, etc. La segunda y la tercera perspectiva son las de la gestión del sistema entendida como la posibilidad de conseguir el objetivo con los recursos disponibles (decisión basada en recursos y en valores: uso adecuado de aquellos de modo tal de poder otorgar a la mayoría o a todos el mayor número de servicios en función de sus necesidades)

1.1. Provincia de Santa Fe

El Ministerio de Salud de Santa Fe, como autoridad de aplicación, define, conduce, controla y regula el Sistema Provincial de Salud integrado por los subsistemas público, de la seguridad social y privado. Formula las políticas, dicta las normas científico administrativas y éticas para el cumplimiento de los objetivos del mismo; define la organización, desarrolla la capacidad instalada de los servicios del Sistema de Salud según criterios territoriales y adecuados a las necesidades de la población; establece los niveles de atención asistencial de los efectores de salud y su rol en la red de servicios, garantizando la cobertura, el acceso y la

continuidad asistencial a todos los habitantes del territorio provincial; determina, consolida y acompaña las modalidades participación comunitaria en el desarrollo y funcionamiento de servicios de salud; establece el régimen de referencia y contrarreferencia de usuarios, entre los distintos niveles de atención y lograr mejores indicadores sanitarios y mayor satisfacción de los usuarios. (santafe.gob.ar, s.f.)

1.2. Ciudad de Rosario

La Secretaría de Salud Pública, como autoridad de aplicación, tiene las siguientes funciones:

- a) la promoción de la capacitación permanente de todo el personal de la salud;
- b) la vinculación de la política de salud con las demás políticas estatales con contenido e incidencia social;
- c) la implementación de una instancia de información estadística, epidemiológica y socio demográfica, para la planificación y gestión de políticas sanitarias en todos los niveles;
- d) la articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social, incluyendo los mecanismos de recupero de costos asumidos por el Sistema de Salud Municipal, a través del Centro Único de Facturación (CUF);
- e) el desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia clínica única;
- f) la promoción e impulso de la participación de la comunidad y de los trabajadores de la salud en todos los espacios de gestión; y,
- g) la concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional y provincial.

La Municipalidad de Rosario se destaca por el desarrollo de políticas de Salud propias. Desde la década de los 90 la Salud Pública de Rosario ha basado su gestión en un principio que es de naturaleza política e ideológica: “considerar la Salud como Derecho Universal y Esencial” y la garantía viene provista desde el Estado. Con esta premisa, viene desarrollando acciones de prevención y promoción de la salud, acceso equitativo y de calidad a los Servicios de Salud, promoción de entornos saludables, educación en la comunidad, articulación intersectorial y participación comunitaria, entre otras. (Rosario, 2017)

La experiencia, entre sus rasgos principales, es una política orientada por el concepto del derecho a la salud, plasmada a través de diferentes medidas. Sin embargo, su principal valor está en su integralidad, complementariedad y alineamiento con el derecho a la salud.

Podría destacarse, en un primer repaso, la preservación, recuperación y ampliación de la infraestructura edilicia de los hospitales propios, la reafirmación de la atención primaria y la expansión muy significativa de los servicios de primer nivel, la generación de redes de servicios con cambios relevantes en la cultura de la organización, un sistema centralizado de emergencias, un sistema de turnos programados, el desarrollo de programas dirigidos a la salud de la mujer, a la prevención y el control del SIDA, a la prevención y tratamiento de adicciones, a la asistencia integral a las personas con capacidades especiales, etcétera, un sistema de adscripción activa de pacientes, y la promoción y fortalecimiento de la participación de la población.

Se suma a ello la creación del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), de referencia para los servicios de primer nivel; el Instituto Lazarte, centro especializado en la investigación, docencia y cooperación técnica en el campo de la salud pública; un centro propio de producción de fármacos (el Laboratorio de Especialidades Medicinales); la asociación con otras ciudades de América (Mercociudades), Europa (a través de las relaciones con Barcelona o con el proyecto Urbal), y de otros lugares, a través de redes internacionales como las de municipios saludables, hospitales amigos de la madre y el niño o las redes argentina y panamericana de secretarios municipales de salud. (Rovere, 2005)

2. Estado de salud de la población

Para el análisis y formulación de políticas de salud es preciso distinguir política de salud, estado de salud de la población, y sistema de salud. Formular políticas es establecer prioridades e involucra la definición del rol del Estado en la salud. A partir de ella la salud alcanza el status 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. El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. (Gonzalez García & Tobar, 2004)

La ciudad de Rosario tiene una población, según el censo poblacional realizado en 2010 de 948.312, representando para ese año casi el 30% de la población censada en el total de la provincia de Santa Fe.

Como puede verse en el cuadro N° 1, el crecimiento poblacional se mantuvo constante desde el año 2010, siendo el crecimiento interanual, en promedio, de un 0,35%

Cuadro N° 1 – Crecimiento poblacional interanual

Año	Población	Variación
-----	-----------	-----------

Total		
2010	967.844	-
2011	971.393	0,37%
2012	974.998	0,37%
2013	978.585	0,37%
2014	982.137	0,36%
2015	985.626	0,36%
2016	989.020	0,34%
2017	992.323	0,33%
2018	995.497	0,32%

Fuente: elaboración propia en base a información expuesta por la Dirección General de Estadística de la MR e información expuesta en su página web

La densidad poblacional teniendo en cuenta la desconcentración administrativa en distritos bajo la cual se organiza la Municipalidad de Rosario indica que, según puede verse en el cuadro N° 2, el distrito más densamente poblado es el Distrito Centro. Este distrito concentra al 25,72% de la población total, con una densidad de 12.510 habitantes por km²

Cuadro N° 2 – Población por Distrito y densidad poblacional - 2018

Distrito	Total población	Participación	Sup. (en km ²)	Densidad (hab/km ²)
Centro	256.036	25,72%	20,40	12.550,78
Norte	144.503	14,52%	35,00	4.128,66
Noroeste	179.942	18,08%	44,10	4.080,32
Oeste	140.215	14,08%	40,20	3.487,94
Sudoeste	121.504	12,21%	20,20	6.015,05
Sur	153.297	15,40%	18,80	8.154,10
Total	995.497	100,00%	178,70	-

Fuente: Anuario estadísticas vitales 2017 – Dirección General de Estadística MR

Tanto la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) como la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) fueron constantes desde el último censo realizado en el año 2010, manteniendo la primera un promedio de nacimientos del 0,017% respecto al total anual de población y la segunda un promedio anual de defunciones de 0,009%. Así lo indican los datos expuestos por la Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario, tomando como fuente informes estadísticos provistos por el Registro Civil y el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Los mismos son plasmados en el Cuadro N° 3.

Cuadro N° 3 – Natalidad, mortalidad y crecimiento vegetativo ciudad de Rosario – 2018

Año	Población	Nacimientos	Defunciones	Crecimiento vegetativo	TBN (por 1000)	TBM (por 1000)
2010	967.844	15.447	9.701	5.746	15,96	10,02
2011	971.393	16.200	9.442	6.758	16,68	9,72
2012	974.998	15.961	9.161	6.800	16,37	9,4
2013	978.585	16.887	9.461	7.426	17,26	9,67
2014	982.137	17.398	9.365	8.033	17,71	9,54

2015	985.626	17.171	9.247	7.924	17,42	9,38
2016	989.020	16.750	10.120	6.630	16,94	10,23
2017	992.323	15.190	9.383	5.807	15,31	9,46
2018	995.497	13.873	9.035	4.838	13,94	9,08
Totales	-	144.877	84.915	55.124	-	-

Entre las causales de muertes no violentas más comunes registradas en el año 2017 se encuentran enfermedades del sistema circulatorio (21,35%), tumores (20,74%), enfermedades del sistema respiratorio (18,91%), enfermedades del sistema digestivo (4,71%), enfermedades del sistema genitourinario (4,45%), enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (3,95%), otros (25,89%).

Por otro lado, resulta fundamental al analizar el estado de salud de la población bajo estudio, la constitución etaria. Se podría afirmar que la misma es de carácter intermedio, encontrándose el 51,68% de la población dentro de la franja que va de los 15 a los 49 años. Así puede verse en el Cuadro N° 4.

Cuadro N° 4 – Población por grupos quinquenales de edad – 2018

Edad	Total	Porcentaje	
0-4	68.848	6,92%	
5-9	63.889	6,42%	20,16%
10-14	67.907	6,82%	
15-19	79.033	7,94%	
20-24	89.767	9,02%	
25-29	87.347	8,77%	
30-34	82.554	8,29%	51,68%
35-39	64.201	6,45%	
40-44	55.900	5,62%	
45-49	55.628	5,59%	
50-54	54.472	5,47%	
55-59	51.089	5,13%	
60-64	45.001	4,52%	
65-69	37.142	3,73%	28,17%
70-74	31.136	3,13%	
75-79	26.145	2,63%	
80-84	19.808	1,99%	
85 o más	15.630	1,57%	
Total	995.497	100,00%	

Según datos del Censo Nacional Poblacional, de los 320.532 hogares relevados en la ciudad de Rosario, existía un 6,02% con al menos un indicador de necesidades básicas insatisfechas. En cantidad de habitantes, tal indicador escala al 8,40%, siendo un total de 78.767 personas sobre una población de 938.151 con necesidades básicas insatisfechas

A su vez, respecto a la población económicamente activa relevada (761.527 habitantes) los datos arrojan un 63% de ocupación, un 4,31% de desocupación, y un 32,47% de inactividad.

Si se amplía el análisis al aglomerado urbano Gran Rosario, los datos para el segundo semestre de 2019 según la EPH del INDEC, el índice de pobreza alcanzó un 35% y el índice de indigencia un 7,3%, ambos sobre una población total de 1.315.622 habitantes.

El análisis realizado anteriormente respecto a las condiciones de vida y salud poblacional, se relacionan estrechamente con el acceso a la salud en general de la población y con el tipo de cobertura con el que la misma cuenta. Al respecto, el censo del año 2010 realizado por el INDEC muestra en la ciudad de Rosario, habiéndose relevado un total de 839.459 habitantes, el 29,22% no contaba con ningún tipo de cobertura, sea ésta mediante obra social, empresas de medicina prepaga, o programas o planes estatales de salud. Si bien el subsistema público de salud recibe por su carácter e intención de universalidad a todo ciudadano que decida allí atenderse, el mayor uso y dependencia del mismo es ocupado por aquella porción de la población sin ningún tipo de cobertura. El acceso de la población a los diferentes tipos de cobertura se muestra en el cuadro N° 5

Al respecto, el INDEC aclara que los datos que publicados surgen del cuestionario ampliado, que se aplicó a una parte de la población y que los valores obtenidos son estimaciones de una muestra, por lo tanto, contemplan el error muestral.

Cuadro N° 5 - Población por tipo de cobertura de salud, según sexo y grupo de edad por Distrito y Departamento. Año 2010

	Población	Tipo de cobertura de salud				No tiene obra social, prepaga o plan estatal
		Obra social (incluye PAMI)	Prepaga a través de obra social	Prepaga solo por contratación voluntaria	Programas y planes estatales de salud	
Cantidad	839.459	370.744	127.915	75.504	20.044	245.252
Relación	100,00%	44,16%	15,24%	8,99%	2,39%	29,22%

Fuente: elaboración propia en base a datos publicados por INDEC-IPEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010

3. Componentes del Sistema de Salud: Modelo de Gestión, de Atención y de Financiación

El sistema de salud de la Provincia de Santa Fe, y por lo tanto, el del Departamento Rosario, se encuentra dividido a su vez, de la misma manera que el sistema de salud nacional, existiendo así un subsector público, un subsector de la seguridad social, y un subsector privado. Es objetivo de este trabajo aplicar la guía de análisis, sólo para el caso del subsector público, haciendo énfasis en las características del sistema de salud de la ciudad de Rosario.

3.1. Modelo de Gestión y de Atención

El componente definido como modelo de gestión es aquel cuyas definiciones se basan en fijar principios y valores que guían el sistema, es aquel a través del cual se definen cuáles son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema.

El modelo de gestión define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían y las actividades del Estado en salud. En cuanto a los valores, cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros; por ejemplo, algunos se preocupan más por la universalidad de la cobertura, mientras otros lo hacen por la efectividad de las acciones y su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos. Por otra parte, entre las actividades del estado se encuentran: informar a la población, proveer directamente servicios a la población, comprar servicios al sector privado, financiar servicios de salud, regular la salud (ejercicio de las profesiones, exigencias de los establecimientos, aprobación de medicamentos)

Por otro lado, se denomina atención (o asistencia) de la salud al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población.

La problemática del modelo de atención contempla la definición de los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo médico-sanitario. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con:

- ¿Qué cubrir? (¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar a la población para producir salud?)
- ¿A quién cubrir? (¿Cuáles son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema?)
- ¿Cómo prestar? (¿Qué prestadores? ¿Con cuáles criterios o padrones?)
- ¿Dónde prestar? (¿En qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta?)
- ¿Qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar?)

Respecto al Modelo de Atención, en tanto en tanto estrategia para atender los problemas de salud-enfermedad de la población, por lo expuesto a lo largo de este trabajo el Sector Público tanto Provincial como Municipal se orientan siguiendo los principios y valores de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Dicha estrategia fue definida por la OMS en 1978 como "*... 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."

Los principales valores que caracteriza la estrategia de APS son: i) Universalidad: toda persona tiene derecho a la salud más allá de los medios económicos con los que cuente; ii) Equidad: en tanto respuesta justa y acorde a la necesidad de cada persona, no como sinónimo de igualdad sino de justicia; iii) Integralidad: resolución de los problemas de salud, considerando tanto la atención, la prevención o la rehabilitación, asegurando amplitud y continuidad en el tipo de cuidado, y contemplando las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de bienestar; iv) Accesibilidad: posibilidad de llegar a utilizar los servicios de manera sencilla y oportuna. La accesibilidad tiene dimensiones geográficas (distancia de los servicios del lugar dónde las personas viven), de transporte (camino, transporte público), de costo (precio para pagar los servicios), culturales (costumbres, conocimiento, etc.); v) Gratuidad: es la inexistencia de pago directo por el uso de los servicios; vi) Calidad: garantía de que la oferta de servicios sea la más adecuada para el problema de salud-enfermedad que se presenta y también que se presta de manera correcta según las normas que se definen combinando criterios científicos y posibilidades económicas en un determinado tiempo y lugar.

- **El caso de la Provincia de Santa Fe**

Se entiende al Estado como rector político, ideológico, epistemológico y estratégico, en tanto sistema que utiliza la atención primaria de la salud como estrategia transversal a todo sistema, incluyendo los tres niveles de atención, dispositivos, programas y área de emergencia y traslados. A su vez desarrolla un sistema de normas de calidad, definiendo un mecanismo de retroalimentación de datos sanitarios bajo las normativas vigente; incentiva la formación y capacitación de los trabajadores de la salud como actores fundamentales del sistema y determina, consolida y acompaña las modalidades y formas de participación comunitaria en el desarrollo y funcionamiento de servicios de salud.

Es obligación del Estado garantizar, en forma transparente, el acceso gratuito a la salud a todos los habitantes de la provincia. Es así que el Art. 19 de la Constitución Provincial postula: *"La Provincia tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad. Con tal fin establecer los derechos y deberes de la comunidad y del individuo en materia sanitaria y crea la organización técnica adecuada para la promoción, protección*

y reparación de la salud, en colaboración con la Nación, otras provincias y asociaciones privadas nacionales e internacionales.”

En la provincia de Santa Fe el subsector público tiene un alto nivel de descentralización, basado en las siguientes premisas:

- **Ley SAMCo**

Creado mediante Ley N° 6312/67 se intenta combinar aportes del gobierno provincial y de la comunidad de cada pueblo para la atención de salud de toda la población. A través de la mencionada ley se crean los entes denominados SAMCo cuya finalidad es la de trasladar a la comunidad los servicios médicos curativos y preventivos cuya prestación realiza directamente el Estado por intermedio de sus organismos oficiales, mediante la transferencia a los entes mencionados para su gobierno y administración, de los establecimientos existentes o a crearse con esa finalidad específica. En el acto de creación se determina que los SAMCO 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.

En cuanto a su naturaleza jurídica, el Art. 2 de la Ley 6312/67 determina que son personas de derecho privado por su naturaleza y funciones, que participan del derecho público. A su vez, serán promocionados en cada lugar por las instituciones de bien público de reconocida solvencia moral y económica que no persiguen fines de lucro, existentes en la localidad respectiva y/o en la zona de influencia de la jurisdicción territorial que se le asigne y que libremente deseen hacerlo, debiendo la Municipalidad o Comisión de Fomento del lugar, integrar obligatoriamente el Consejo de Administración que regirá los destinos del mismo.

- **Descentralización administrativa hospitalaria**

Por otro lado, siguiendo la línea orientada a la descentralización existente en el modelo de gestión del sistema de salud provincial, cabe mencionar la Ley Provincial N° 10.608/91 a través de la cual se faculta al Poder Ejecutivo a organizar a los establecimientos asistenciales con internación dependientes del entonces Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la

provincia, a efectos de constituirlos en personas jurídicas públicas estatales, con el consiguiente grado de capacidad administrativa y financiera. Tales establecimientos contarán, según el Art. N° 8 con los siguientes recursos: a) las partidas que se les asignen en el presupuesto general de la provincia; b) los ingresos en virtud de los convenios que puedan celebrarse con Municipalidades y Comunas; c) las retribuciones por los servicios que presten; d) las partidas de jurisdicción nacional que se le destinen; y e) los aportes, subsidios, legados donaciones y todo otro ingreso legítimo.

- **Regionalización**

El sistema público de salud provincial se organiza sobre la base de una red integrada de servicios de salud, con énfasis en la descentralización territorial en regiones sanitarias con particularidades que requieren presencia y cercanía.

La red integrada de servicios de salud comprende el conjunto de efectores, dispositivos de soporte, programas y redes de apoyo, dependientes de la administración provincial, municipal y comunal destinados al cuidado de la salud de los habitantes de la provincia, como así también los mecanismos por los que estos elementos se relacionan entre sí para un funcionamiento integrado en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud

En cuanto a la organización territorial, el Ministerio de Salud tiene la facultad/atribución para definir y organizar las regiones sanitarias de acuerdo a las necesidades territoriales para garantizar cercanía, mejorando la accesibilidad a los servicios de salud, priorizando las acciones en zonas de vulnerabilidad. Es así que los efectores de salud están organizados en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades.

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.

Se organizó el territorio en cinco regiones. En cada región se identifica una ciudad nodo como centro de información, articulación y distribución de recursos y

capacidades. Así se conformaron las regiones: Región 1 - Nodo Reconquista; Región 2 - Nodo Rafaela; Región 3 - Nodo Santa Fe; Región 4 - Nodo Rosario; y Región 5 - Nodo Venado Tuerto. La regionalización se plantea como una estrategia de organización y gestión del territorio, con la finalidad de disminuir desequilibrios socio-económicos y acercar el Estado fortaleciendo su proximidad.

Finalmente, existen municipios (como por ej. La ciudad de Rosario) que han asumido el financiamiento y la provisión servicios de salud en forma directa.

- **El caso de la Ciudad de Rosario**

Según la Ordenanza Municipal N° 9365 de creación del Sistema de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, el mismo tiene como fundamentos políticos los siguientes principios:

- a) la salud es un derecho humano y por lo tanto es responsabilidad indelegable del Estado asegurar a la ciudadanía su ejercicio;
- b) el gasto en salud es una inversión social prioritaria;
- c) un sistema de salud humanizado, solidario, eficiente, efectivo y eficaz con base en la gratuidad, equidad y trato igualitario;
- d) la construcción consensuada de un sistema de salud que compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio en el acceso, cobertura y calidad del sistema, sobre una concepción integral de la salud vinculada con la satisfacción de necesidades;
- e) la participación de la población y de los trabajadores en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo;
- f) la descentralización, entendida como una estrategia de gestión de los recursos de un territorio determinado mediante la atribución de competencias y capacidad de gestión a los actores locales;
- g) la complementación y concertación de las políticas de salud con la órbita municipal, provincial y nacional.
- h) el acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a cada persona, la correspondiente a su salud individual, y
- i) la fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

Respecto de la gestión, en el municipio de Rosario ocurrieron transformaciones fundamentalmente por la política de articulación en red, lo cual implicó mejorar los

dispositivos de comunicación, hasta la redefinición de los niveles de atención (CEMAR). La articulación en red, la jerarquización de la Atención Primaria de la Salud y el reordenamiento del sistema produjo el fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia. Implicó cambios en la manera de organizar los programas con una centralidad en los centros barriales como entradas al sistema. También articularon de manera integral con otras áreas municipales (Secretaría de Promoción Social y la Secretaria de Obras Públicas) y con otras Instituciones (AMR, UNR). En el caso de Rosario, los hospitales no adhirieron a la modalidad de HPA (Hospital Público de Autogestión) y se creó el CUF para centralizar los cobros a obras sociales.

Según la Autoevaluación realizada en el año 2017 por la Municipalidad de Rosario en el marco del Programa Nacional de Ciudades Municipios y Comunidades Saludables, los principales ejes de gestión, donde los objetivos han tenido un primer nivel de concreción fueron:

La salud es un derecho y el Estado su garante, reconocer los saberes de la comunidad y las redes de solidaridad espontáneas existentes; partir de una concepción de salud más amplia; la clínica ampliada; promover la participación ciudadana; fortalecer la Atención Primaria de la Salud; recuperar la capacidad instalada en los efectores, capacitar los equipos humanos; priorizar la promoción y protección de la salud, actuar coordinadamente desde la intersectorialidad e interjurisdiccionalidad , utilizar la investigación y epidemiología como herramientas.

Estas políticas se inscribieron e inscriben en el marco de un proceso de planificación estratégica integral de la ciudad que considera aspectos urbanísticos, de políticas sociales, culturales, ambientales, de trabajo e integración. Dan cuenta de este proceso:

- **Plan Estratégico Rosario (1998-2008)**

Formando parte de un plan mucho más amplio, se planteó el Programa IV – “Modelo en salud pública” potenciando un aspecto estratégico en la generación de oportunidades para los ciudadanos: el desarrollo de un sistema de salud pública de calidad. Para ello, se intenta consolidar la posición de la ciudad como modelo en salud pública, desde una visión integral que tenga como eje principal la prevención, apuntando a la actualización tecnológica, la excelencia del equipamiento y la eficacia de la atención. El centro de este modelo es la prevención y promoción de la salud. No se trata de atender sólo la enfermedad, sino de brindar orientaciones para abordar las causas sociales, ambientales y culturales que la generan. La estrategia según lo enunciado en el plan, consistía en el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud desde una concepción integral, mediante la incorporación del trabajo

interdisciplinario, no centrado en el médico sino en todos los integrantes del equipo de salud y en la propia comunidad

- **Plan Rosario Metropolitana - Estrategias 2018**

El plan contempla la implementación de un Sistema Único de Salud Nodo Rosario. En el marco de la política de regionalización, impulsada por el gobierno provincial, la conformación del Nodo Rosario de Salud, es una oportunidad para la construcción de un espacio de planificación y gestión coordinada de políticas. Un espacio que integre los sectores públicos: provincial, municipal y comunal, con acuerdos de financiamiento para la prestación de los servicios sanitarios. Esta nueva gestión territorial de salud, con cabecera en la ciudad, abarca un conjunto de comunas y municipios pertenecientes a ocho departamentos próximos a Rosario. Avanzar hacia un sistema único de salud, implica generar mayor igualdad de oportunidades para las localidades más pequeñas, que sufren serios déficits en materia de oferta y calidad de las prestaciones sanitarias.

El acceso a la salud es un derecho constitucional que las provincias deben garantizar, es decir, no constituye una responsabilidad primaria del municipio. No obstante, la ciudad de Rosario cuenta con una importante capacidad sanitaria instalada, que históricamente ha cubierto la demanda de salud de los rosarinos y ciudadanos de localidades del interior de la provincia, lo cual requiere una permanente inversión en sus sistemas.

La atención de salud de las dos jurisdicciones (provincia y municipio) se estructura alrededor de tres niveles: primer nivel (atención primaria), segundo nivel (mediana complejidad) y tercer nivel (alta complejidad). El esquema se completa con el sistema de atención de emergencias también llamado pre hospitalario. Se proyecta conformar un sistema único integrado, que articule todos los niveles de atención y efectores existentes, sustentado en un modelo de gestión en red que apunte a la solidaridad, la equidad, la accesibilidad, la calidad y la participación. Esto significa: abordar la cuestión del financiamiento, trabajar fuertemente en el fortalecimiento de los vínculos interinstitucionales, la formación de los recursos humanos y las prácticas médicas, superando las intervenciones fragmentadas.

En resumen, los pilares del sistema de salud rosarino pueden resumirse en los siguientes puntos:

- La solidaridad, la igualdad, la universalidad, la gratuidad, y la accesibilidad como valores que orientan las prácticas
- La inversión en una oferta de salud que se responsabiliza por el cuidado y la atención
- La territorialización de la red, la fortaleza de los centros de salud, la transversalización de la estrategia de Atención Primaria de la Salud

- La construcción de abordajes integrales e intersectoriales, desde una perspectiva que reconoce que los problemas de salud anidan en las condiciones de vida y trabajo de las personas

El fortalecimiento del modelo Atención Primaria de la Salud pasó por varias etapas, a partir de las cuales se puede identificar, en cada una de ellas, un modelo distinto de gobernanza.

El concepto de gobernanza alude a un nuevo estilo de gobierno, distinto del modelo de regulación jerárquico del Estado, pero también del mercado, caracterizado por un mayor grado de interacción y cooperación entre el Estado y los actores no estatales. Su esencia es la importancia primordial de los mecanismos de gobierno que no se basan en el recurso exclusivo a las estructuras estatales, esto es, se caracteriza por la interacción entre autores autónomos y por redes entre organizaciones.

La gobernanza alude, en definitiva, a las estructuras y procesos mediante los cuales los actores políticos y sociales llevan a cabo prácticas de intercambio, coordinación, control y adopción de decisiones en los sistemas democráticos; y se caracteriza porque: a) supera la exclusividad de actores e instituciones estatales en la gestión de los asuntos públicos, b) reconoce la pluralidad de actores sociales con posibilidad de intervenir en dicha gestión, c) e implica interdependencia entre ellos de modo que induce su cooperación y participación en la adopción de decisiones públicas y en la asunción de responsabilidades de carácter colectivo o interés general. (Natera Peral, 2005)

El año 1990 es considerado como el principio de la construcción de una política de APS entendida como estrategia organizadora del sistema. A partir de este momento la APS en Rosario transcurre por diversas etapas en el marco de las cuales se construyen nuevos valores y se introducen innovaciones en la organización y estructura de los servicios

Periodo	Rasgos característicos del modelo de gestión y atención en cada etapa
Previo 1990	Centros de Salud aislados, dependientes jerárquicamente de los hospitales, con escasos recursos, legitimidad y respuesta a la demanda de la población
1990-1995	Dirección de APS con autonomía en la conducción de los Centros de Salud. Mayor cumplimiento de normas de trabajo. Extensión de los lugares y horarios de atención. Ampliación de los equipos de salud y aumento de la capacidad resolutoria de los CS
1995-2000	Desarrollo de mecanismos de participación de los trabajadores de la APS en la gestión, de la autonomía, gestión local y comunicación entre Centros de Salud. Extensión de los lugares de atención y capacidad resolutoria de los Centros de Salud
2000-2004	Desarrollo de mecanismos de articulación con hospitales. Equipos de salud de primer nivel con población a cargo. Priorización de asignación de recursos hacia el primer nivel de atención vs. Hospitales
2004-2008	Formalización de mecanismos e instancias de coordinación entre niveles de atención y entre las estructuras de conducción del sistema con fuerte influencia en el primer nivel sobre el sistema de servicios

El modo de gobernanza de cada etapa fue determinado a partir de la identificación de los tipos de mecanismos de regulación de la acción del conjunto de actores vinculados al desarrollo de la estrategia de APS en cada etapa

Previo al año 1990 la práctica médica se caracterizaba por poseer un alto nivel de autonomía profesional. El comportamiento de los médicos se basaba en intereses individuales, con débil compromiso valorativo de la APS. Siendo que la regulación de la práctica médica se regía bajo el modelo de burocracias profesionales el modo de gobernanza prevaleciente corresponde a un modo burocrático con limitada efectividad en el cumplimiento de las normas establecidas por los hospitales. En 1990 la APS recibe un gran empuje mediante la creación de una agencia (la Dirección de APS) para gestionar los centros de salud, con fuerte apoyo político del gobierno municipal. Los cambios institucionales eliminan la dependencia formal de los Centros de Salud a los hospitales e instauran nuevas normas de trabajo al interior de los Centros de Salud. La Dirección de APS va desarrollando una creciente capacidad de gestión presupuestaria y administrativa, con el respaldo de mecanismos burocráticos formales y la legitimidad otorgada por el apoyo político de las autoridades. En este marco logra mejorar sus capacidades y adquirir una autonomía en el establecimiento de criterios técnicos de asignación de recursos al interior del primer nivel de atención, el desarrollo de normas de atención y gestión y la instauración de mecanismos formales de control de su cumplimiento. Los cambios en el funcionamiento del sistema, operados y consolidados entre 1990 y 1995, son legitimados a través de meta-normas, no obstante, su implementación resulta posible gracias a las transformaciones de la estructura formal. Estas innovaciones formales operan como el cimiento para la constitución de un nuevo actor político que más adelante instaura una nueva forma de regulación de la acción colectiva.

Hacia 1995 el modo de gobernanza de clan comienza a desplazar el burocrático, instituyéndose como el principal mecanismo de regulación de la conducta de los actores. En este marco el comportamiento de los actores ya no se halla "disciplinado" por normas formales sino por la adherencia voluntaria a un conjunto de valores e intereses compartidos, alrededor de los cuales se consolida una identidad colectiva y emerge un actor social y político con fuerte capacidad de influencia. A través de mecanismos de gestión participativa la gobernanza de clan se instituye y refuerza. Al mismo tiempo produce un conjunto de normas "informales" que delinean el modelo de atención y gestión del primer nivel de atención. La presencia de fuertes liderazgos y la introducción de un nuevo perfil profesional,

- médicos generalistas, trabajadores sociales y psicólogos con vocación comunitaria integrados durante el período previo- fueron aspectos claves que favorecieron la consolidación del "movimiento de APS" y la efervescencia de la gobernanza de clan durante casi una década. En este contexto se produce un fuerte desarrollo de la participación comunitaria y de los trabajadores y un crecimiento de la planificación local. Asimismo, se genera una tensión entre el desarrollo de la autonomía de los CS y la planificación local frente a la implementación de innovaciones y mejoras en los servicios en forma homogénea.

En el período de 2004 a 2008 el modelo de gobernanza de clan comienza a debilitarse a la sazón de factores intrínsecos al proceso de maduración del "movimiento de APS", los nuevos desafíos que surgen del desarrollo del sistema de salud municipal y un contexto económico recesivo. En este marco se impone el desafío de complementar los mecanismos de regulación basados en la existencia de valores compartidos con normas tendientes a asegurar la provisión de servicios en forma integral, coordinada y accesible. Como resultado, se desarrollan mecanismos de regulación jerárquicos y burocratizados que se combinan con los mecanismos de regulación de clan de los períodos precedentes.

En resumen, los modelos predominantes de gobernanza en cada período, son los siguientes: (Báscolo & Yavich, 2010)

Etapas	Modo de Gobernanza	Mecanismo de regulación	Valores y principios orientadores
Previo a 1990	Burocrático tipo "Taller del doctor"	Regulación de los Centros de Salud por los hospitales mediante normas burocráticas, administrativas y organizativas con baja efectividad	Brindar atención básica a población urbana vulnerable
1990-1995	Burocrático con regulación normativa de conductas oportunistas de los profesionales	Normas burocráticas introducidas y monitoreadas por la Dirección de APS con apoyo político de la Secretaría de Salud	Mejorar las condiciones de acceso y aumentar el nivel de resolutivez del primer nivel
1995-2000	Clan basado en la abogacía de los derechos a la salud y la gestión participativa	Colegiados de gestión de la APS. Gestión local participativa y formación de recursos humanos	Democratizar la gestión, involucrar a los trabajadores en la gestión y promover la participación comunitaria
2000-2004	Clan basado en la abogacía de los derechos a la salud y la gestión participativa	Gestión local participativa y conformación de equipos con adscripción de población a cargo. Normas de articulación entre niveles	Brindar atención continua e integral a la población
2004-2008	Burocrático en combinación con Clan	Mecanismos de coordinación entre primer y segundo nivel de atención	Consolidar una red de servicios integral e integrada

3.1.1. Infraestructura, capacidad y producción hospitalaria (Subsector Público Rosario)

Actualmente la ciudad de Rosario posee una importante red de servicios públicos de salud, donde dos administraciones diferentes, una provincial y otra municipal, proveen cobertura regular de servicios a los sectores de la población de menores ingresos.

La estructura administrada por el Ministerio provincial, según el REFES (registro establecimientos de salud) se compone de:

- 5 hospitales:
 - Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila: de bajo riesgo de internación simple
 - Hospital de Niños Zona Norte: de alto riesgo con terapia intensiva
 - Hospital Provincial del Centenario: de alto riesgo con terapia intensiva especializada
 - Hospital Provincial: de alto riesgo con terapia intensiva
 - Hospital Geriátrico: de mediano riesgo con internación con cuidados especiales
- 32 centros de salud
- Centro Regional de Hemoterapia Sur (banco de sangre)
- Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES)

Por otro lado, bajo la órbita Municipal, a través de la Secretaría de Salud Pública se administran

- 6 hospitales:
 - Maternidad Martin: de alto riesgo con terapia intensiva especializada
 - Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez: de alto riesgo con terapia intensiva
 - Hospital Carrasco: de bajo riesgo con internación simple
 - Hospital Juan Bautista Alberdi: de bajo riesgo con internación simple
 - Hospital Roque Sáenz Peña: de bajo riesgo con internación simple
 - Hospital de Niños Vilela: de alto riesgo con terapia intensiva especializada
- Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR)
- Instituto de Lucha Antipoliomelítica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR)
- 53 Centros de Salud: el Centro de Salud es el primer contacto que toman las personas con el sistema de salud público y donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria. Sus servicios están adaptados a las necesidades de la comunidad de cada barrio en particular. En él se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- CREBIOT (Centro Regional de Estudios Bioquímicos de la Tuberculosis)

Los establecimientos de salud de la ciudad de Rosario, clasificados por nivel de atención, se ordenan de la siguiente manera:

- **3° nivel:** Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez" (HECA) y Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" (HNVV)
- **2° nivel:** Hospital "Roque Sáenz Peña", Hospital "Intendente Gabriel Carrasco", Hospital "Juan Bautista Alberdi", Maternidad Martín, Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario, Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR)
- **1° nivel:** centros de salud

En el departamento Rosario, teniendo en cuenta aquellos con financiamiento tanto municipal como provincial, existe según el REFES (Registro Federal de Establecimientos de Salud), un total de 154 establecimientos de salud (hospitales, centros de salud, SAMCo), de los cuales, según el detalle anterior, 101 se encuentran localizados geográficamente en la ciudad de Rosario. Realizando una comparación entre la cantidad de establecimientos con la población, se evidencia que la relación establecimiento por cantidad de habitantes es menor en la ciudad de Rosario, ya que, si bien en ella se encuentra la mayor cantidad de establecimientos, la misma concentra aproximadamente el 80% de la población del departamento.

A esta infraestructura de salud, se suman las infraestructuras municipales ubicadas en los seis distritos de la ciudad (CMD Centro, CMD Norte, CMD Noroeste, CMD Oeste, CMD Sur, CMD Sudoeste), como los 33 Centros de Convivencia Barrial que desarrollan tareas sociales, de cuidado y de inclusión con niños, niñas, jóvenes y adultos mayores.

Por otro lado, La Municipalidad cuenta con más de 50 farmacias en su red de Salud Pública: hay una en cada uno de los 6 hospitales públicos (HECA, Alberdi, Carrasco, Roque Sáenz Peña y Vilela) y en los centros de atención primaria. Además, se dispone de un laboratorio público productor de fármacos y una droguería que provee centralizadamente los medicamentos y productos médicos a la totalidad de los efectores, todos conectados y coordinados por la Dirección de Farmacia de la Secretaría de Salud Pública (que funciona en el CEMAR).

La red de Salud cuenta con un Laboratorio municipal (LEM), que a partir de intercambios de productos con el LIF (Laboratorio Industrial Farmacéutico, el productor de la provincia de Santa Fe), constituye la producción pública de medicamentos.

Camas disponibles

Las camas de dotación es el número de camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, destinadas a la internación de pacientes que funcionan regularmente en períodos de actividad normal.

Las camas disponibles son aquella realmente instaladas en el establecimiento en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas. El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a que se agreguen camas por demanda estacional, emergencias, etc. o bien porque se retiren camas para reparación, desinfección, clausura temporaria del servicio, etc. No siempre la totalidad de las camas de dotación están disponibles, es decir, en condiciones de uso para la atención de los pacientes, durante el período de análisis.

Las camas disponibles son las camas en funcionamiento cada día del período de análisis. Se asume como definición operativa que cuentan con personal, equipo y servicios de apoyo completo, y que su número puede variar a lo largo del período de tiempo considerado.

Según la información publicada para el año 2017 por la Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario, la administración municipal contaba con 575 camas, existiendo a su vez unas 598 camas en establecimientos cuya administración corresponde a la Provincia de Santa Fe. Esto representa una relación de 1,18 camas cada 1.000 habitantes. Cabe aclarar que el análisis sólo contempla a la población de Rosario, no teniendo en cuenta a ciudadanos de otras localidades que gozan del sistema de salud municipal. Ahora bien, resulta necesario realizar tal análisis respecto a la población sin ningún tipo de cobertura. En este caso, la relación es de 2,34 camas cada 1.000 habitantes teniendo en cuenta solamente las camas disponibles en efectores municipales, y de 4,78 teniendo en cuenta también las camas disponibles en los efectores provinciales. Según recomendaciones de la OMS, la relación camas hospitalarias/población debería adecuarse al tamaño de la misma. En aquellas poblaciones con más de 100.000 habitantes la recomendación hace mención a 3 camas por 1.000 habitantes, mientras que para una población menor a 30.000 habitantes la misma se ubica en 1 cama por 1.000 habitantes. A continuación, en el cuadro N° 6, se muestra la distribución de las camas municipales disponibles según la especialidad:

Cuadro N° 6 – Distribución camas municipales según especialidad

Área	Adultos	Niños	Total	Relación
Cuidados críticos	36	15	51	8,87%

Cuidados intermedios	107	0	107	18,61%
Transitoria	47	23	70	12,17%
Clínica	122	58	180	31,30%
Cirugía	0	18	18	3,13%
Obstetricia	70	0	70	12,17%
Neonatología	0	53	53	9,22%
Rehabilitación	26	0	26	4,52%
Totales	408	167	575	100,00%

Fuente: elaboración propia en base a información publicada por la DGE de la MR para el año 2017

La información expuesta por la Municipalidad de Rosario indica que para el año 2017 el área ambulatoria e internación realizó un total de 1.017.709 consultas, de las cuales 364.635 (35,8%) fueron realizadas en consultorio externo, 304.478 (29,9%) en guardia ambulatoria, y 348.596 (34,3%) correspondieron a atención primaria de la salud. Durante el período mencionado se registraron 31.355 egresos, definiéndose a los mismos como la salida del establecimiento de un paciente internado. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.

A su vez, se informa un total de 351.009 pacientes atendidos, y un promedio de 923 cirugías realizadas por mes.

Respecto a la atención primaria de la salud, la cantidad de consultas realizadas, divididas por distrito, es la siguiente:

Cuadro N° 7 – Promedio mensual de consultas APS discriminado por distrito

Distrito	Consultas	Promedio Mensual	Relación
Centro	5582	465	1,60%
Norte	53813	4484	15,44%
Noroeste	86354	7196	24,77%
Oeste	66858	5572	19,18%
Sudoeste	76627	6386	21,98%
Sur	59362	4947	17,03%
Total	348596	29050	100,00%

Fuente: elaboración propia en base a información publicada por la DGE de la MR para el año 2017

Respecto al SIES, se han respondido un total de 41.579 llamados y se asignó un total de 21.516 móviles para la atención de diferentes patologías y accidentes, tanto en Rosario como en otras localidades.

3.1.2. Prestaciones a través de organismos descentralizados

La Economía del Bienestar, con apoyo fundamental en la teoría de los fallos del mercado, abre la puerta de manera objetiva a la intervención pública para corregir las situaciones en las que el mercado no produce eficientemente, ya sea por no funcionar en competencia perfecta, por generar distribuciones percibidas socialmente como poco equitativas o por producir en niveles inferiores al pleno empleo. (Hierro Recio)

La creación de una empresa pública conlleva la adopción de una doble decisión. Por un lado, debemos identificar la conveniencia o necesidad de la intervención pública. Tal como señala la economía del bienestar a partir de la teoría de los fallos del mercado tres son los motivos que justifican la intervención pública en economía: la eficiencia económica (bienes públicos, externalidades, industrias con costes decrecientes, información incompleta y asimétrica, mercados no competitivos, etc.), la mejora en la distribución de la renta y la riqueza y la consecución del desarrollo económico dentro de un marco de estabilidad anticíclica (teorías del desarrollo, teorías keynesianas, etc.)

Así, por razones de equidad se puede optar por la forma de empresa pública, ya que si se pretende aplicar el principio del beneficio (que cada cual pague en función a la utilidad que le reporta el bien o servicio público consumido) es factible y probablemente preferible crear una empresa pública para que produzca el bien o servicio y lo venda a cambio del pago de una cuantía en forma de precio. Eso sí, para ello sería necesario que el bien fuese apropiable en gran parte por el sujeto consumidor, por lo que estaríamos hablando de un bien de tipo privado o cuasi privado al modo de un servicio educativo o sanitario o la provisión de servicios de residencia. Evidentemente el hecho de que un bien o servicio de este tipo fuese suministrado por una empresa pública no impediría la aplicación de un sistema de subvenciones para garantizar el nivel de provisión que internalizase los efectos externos o alcanzase el nivel de provisión de bien preferente decidido por el Gobierno.

Otro supuesto que favorece la creación de empresas públicas es la aceleración de los procesos de producción. Las administraciones públicas están sometidas al derecho público donde los procedimientos de contratación suelen estar mucho más reglados que en el derecho privado, a fin de garantizar la transparencia y el trato igualitario, y ello conlleva unos tiempos más dilatados en el proceso de producción y en general unos mayores costes de transacción. Con objeto de evitar esta rigidez y cuando existe una presión temporal que exige el cumplimiento de plazos, puede ser conveniente la creación de una empresa pública. (Hierro Recio)

La Municipalidad de Rosario cuenta en su estructura con entes descentralizados de los cuales se vale para reforzar el sistema de salud público. Según Giordano, 2006 Se anotan, como características naturales de estos entes: 1) gozan de personalidad jurídica propia, de carácter público y estatal; 2) tienen por función el cumplimiento de fines propios y específicos del Estado; 3) sus funciones y competencia están limitadas por la norma que les dio origen. 4) integran la Administración, en tanto son producto de la organización administrativa.

- **SEM Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM)**

Las sociedades del Estado son entidades descentralizadas con patrimonio y personalidad jurídica propia que se caracterizan por ser entes íntegra y expresamente estatales sometidos principalmente al derecho privado. Se trata de la incorporación de una actividad comercial o industrial al Estado, sin someterla, sin embargo, al derecho público. (Dromi, 1996, págs. 468-480)

Creado por Ordenanza 6310/96- Según el estatuto social, su objeto es planificar y ejecutar la producción municipal de medicamentos en pos de satisfacer la demanda, pudiendo adquirir la materia prima y/o fármacos cuando la conveniencia de la producción así lo requiera; comercializar su producción con efectores públicos municipales, provinciales, nacionales, no gubernamentales y privados nacionales o extranjeros; desarrollar la capacitación de profesionales, entre otros.

La producción tiene como destino el abastecimiento de efectores de la Secretaría de Salud Pública de Rosario, como las farmacias de los centros de salud, efectores provinciales y SAMCOs, y el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe (con quien se firmó un contrato de suministro de sueros). Además, a través de licitaciones y/o gestiones directas de compras, el LEM provee al Ministerio de Salud de la Nación, el Servicio Penitenciario, la Municipalidad de Río Cuarto y la provincia del Chaco, entre otros. (Municipalidad de Rosario, s.f.)

- **Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR)**

Creado por Ordenanza, N° 20567/57, convalidado por Decreto N°. 9480/57 y por su carta orgánica aprobada por el Decreto del Departamento Ejecutivo Municipal del 0805 del 15/5/81 y demás modificatorias. Se constituye como una persona jurídica pública y autárquica de orden Municipal, siendo su objetivo prestar servicios de atención médica

especializada en Medicina Física y Rehabilitación a través de las modalidades de internación, hospital de día y tratamiento ambulatorio, tarea que se realiza en forma interdisciplinaria y multidisciplinaria. Los entes autárquicos son personas públicas dotadas de personalidad jurídica propia, que persiguen un fin público y se rigen íntegramente por el derecho público, emiten actos administrativos, celebran contratos administrativos y sus agentes son públicos. Su patrimonio es íntegramente estatal, por lo cual no recibe concurrencia ni participación de aportes privados.

Esta institución integra el 3º nivel de atención en el sistema de salud municipal y es un centro de alta complejidad en relación a la medicina física y rehabilitación que realiza un promedio mensual de 3.100 prácticas y recibe 450 consultas por consultorios externos abriéndose casi 40 historias clínicas.

Brinda atención a patologías complejas como accidentes cerebrovasculares, lesiones neurológicas, pediátricas y enfermedades musculares, entre otras. Se jerarquiza el tratamiento terapéutico-profiláctico de las secuelas discapacitantes mediante la aplicación biológica del movimiento y el empleo de agentes físicos tales como hidroterapia, electroterapia, lámparas infrarrojas y magnetoterapia, entre otras.

Posee un laboratorio de ortesis y prótesis cuyo funcionamiento se lleva adelante por medio de un convenio marco entre la Municipalidad de Rosario, ILAR y la Universidad Nacional de San Martín, desarrollando tanto las tareas de manufactura de elementos ortopédicos como Unidad Docente Asistencial. Un Lic. en Ortesis y Prótesis, es responsable de desarrollar los aparatos ortopédicos que utilizan niños y adultos, cuando presenten una deformidad u una discapacidad por afectación neuromuscular o músculo esquelética.

La confección de los equipamientos se realiza íntegramente en el laboratorio, el cual cuenta con la infraestructura adecuada para llevar a cabo esta tarea. Además, se realizan reparaciones de ayudas para la marcha (sillas de ruedas-muletas-bastones), tarea efectuada por personal idóneo propio de ILAR. El objetivo del laboratorio es proveer a todo paciente con residencia en Rosario, sin cobertura social y de escasos recursos, elementos ortopédicos sin costo alguno para los pacientes. Cabe destacar que los pacientes equipados no sólo pertenecen a ILAR, sino también a cualquier otra institución de la Red de Salud Pública de Rosario.

3.2. Modelo de Financiamiento (Subsector Público)

El financiamiento de la red del Servicio Público de Salud de la Municipalidad de Rosario, se conforma con fondos presupuestarios del municipio de Rosario y desde el año 2009, a

partir de un convenio firmado con el Superior Gobierno de la Provincia de Santa Fe, se destinan fondos específicos para la alta complejidad, (Dec. Prov. 770/09). Además, se compone de fondos generados por el CUF y programas provenientes del Ministerio de Salud de la Nación.

En cuanto a la organización administrativa de la propia Secretaría, mediante Decreto del Departamento Ejecutivo Municipal N° 1617/00 se establece su estructura organizativa, dentro de la cual se incluye una Dirección General de Coordinación Administrativa con la misión de prestar servicios administrativos y jurídicos a la Secretaría de Salud Pública y sus dependencias, y una Dirección General de Administración Financiera y Presupuestaria con la misión de dirigir las actividades administrativas vinculadas a la gestión contable, económica, financiera y presupuestaria, con arreglo a las normas legales en vigencia.

Esta última Dirección, tiene las siguientes funciones (Resolución N° 337/02 de la SSP)

a) Configurar, gerenciar y sostener una red de administración financiera y presupuestaria en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública (SSP)

b) Es el enlace de la SSP con la Municipalidad de Rosario en todos los temas inherentes a su ámbito de competencia

c) Participar en la formulación de los aspectos presupuestarios de la política financiera que, para la SSP, elabore la jurisdicción municipal competente

d) Implementar y hacer cumplir las normas técnicas que la jurisdicción municipal competente establezca para la formulación, programación, ejecución, modificaciones y evaluación del presupuesto de la SSP

e) Participar, analizar y proponer los ajustes que considere necesarios en la elaboración de los anteproyectos de presupuesto de las Unidades de Organización de la SSP, promoviendo la participación de los responsables de cada Servicio en dicha actividad y aprobar el anteproyecto definitivo; evaluando y consolidando la información remitida por las distintas reparticiones referidas a la programación y ejecución física y financiera del presupuesto

f) Coordinar la tramitación ante la jurisdicción Municipal competente de la información elaborada por las distintas reparticiones de la SSP referida a la programación y ejecución física y financiera del presupuesto

g) Asesorar a la conducción de la SSP. Asesorar a los demás directivos de las distintas reparticiones a través de las Direcciones Asociadas Administrativas, en lo relativo a la interpretación y aplicación de normas técnicas para la formulación, programación, modificación y evaluación del presupuesto de la jurisdicción,

- h) Asesorar y capacitar a los responsables de los Servicios de la Red de Salud difundiendo los criterios básicos para lograr un sistema presupuestario que identifique cantidad y prestaciones con recursos y gastos
- i) Supervisar y coordinar todo lo relacionado con las registraciones contables y presupuestarias, estados de ejecución, liquidaciones de gastos y rendiciones de cuentas de la SSP e intervenir en los ajustes y modificaciones de los presupuestos
- j) Evaluar y efectuar el seguimiento de la ejecución de los presupuestos
- k) Administrar un sistema de información financiera que permanentemente permita conocer la gestión presupuestaria, de caja y patrimonial, así como los resultados operativo, económico y financiero de la administración central y de cada unidad de organización, entendiéndola como una red
- l) Controlar y custodiar el movimiento de fondos y valores de la jurisdicción provenientes de recaudaciones o de cualquier otro ingreso permanente o eventual, como los recursos provenientes de rentas generales y de rentas especiales
- m) Efectuar el gerenciamiento financiero, asumiendo la responsabilidad de programar y administrar los grandes flujos financieros de la jurisdicción SSP según las directivas de la Secretaría de Hacienda
- n) Gestionar la elaboración y ejecución del presupuesto en forma descentralizada conforme a las competencias asignadas

3.2.1. Asignación Presupuestaria Municipal

El financiamiento del sistema de salud pública de la ciudad de Rosario se basa en un modelo de financiamiento de la oferta, mediante el cual los recursos y gastos son asignados mediante el proyecto anual de presupuesto y su correspondiente ordenanza del Concejo Municipal. La importancia de este modelo radica que facilita la planificación vertical y otorga a las autoridades sanitarias centrales un máximo control sobre la oferta de recursos permitiendo que la asignación de los mismos se relacione con las prioridades sanitarias.

El presupuesto es la ordenanza más importante que emana año a año de un cuerpo legislativo. Es el plan de gobierno donde queda expresado, programa a programa, en qué se gasta el dinero que los contribuyentes entregan al Estado para sufragar el gasto público. El presupuesto es un instrumento de programación de la gestión pública, que engloba las políticas de gobierno basado en la adhesión a los principios de unidad y universalidad en las cuentas públicas; participación de los ciudadanos en la orientación del gasto; programación de ingresos y gastos; y claridad y transparencia en la exposición de los datos.

La Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario, a diferencia de la mayoría de las secretarías que conforman el Departamento Ejecutivo, cuenta con una descentralización administrativa que le permite manejar los fondos asignados desde una tesorería propia, diferenciada de la Tesorería General.

El gasto presupuestado anualmente es financiado por recursos que provienen de origen nacional, provincial y municipal. Los mismos pueden ser clasificados, en cuanto a la fuente de financiamiento, como Recursos de Libre Disponibilidad o Recursos de Afectación Específica.

3.2.1.1. Centro Único de Facturación (CUF)

La facturación y recupero de atenciones y prestaciones hospitalarias se fundamenta en las Ordenanzas N° 3651/84 y 3837/85. Los efectores de la red municipal no se encuentran comprendidos en el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada para el cobro de la facturación hospitalaria. Todas las gestiones tendientes al recupero de costos derivados de la atención hospitalaria brindada a pacientes con algún tipo de cobertura, se centraliza y canaliza a través del Centro Único de Facturación. A continuación, se detalla la normativa relacionada con la creación y funcionamiento del CUF

- Ordenanza 3651/84: establece la posibilidad de repetición de gastos por parte de la Municipalidad por los gastos que demande la atención médica de cualquier naturaleza realizada en efectores municipales a pacientes con cobertura de una póliza de seguros. Establece que los aranceles a entidades aseguradoras se facturarán de acuerdo al Nomenclador Médico Nacional y que, respecto a los importes referidos a insumos o fármacos, se facturarán de acuerdo al valor de plaza.
- Ordenanza N° 3837/85: establece la posibilidad de repetición de gastos por parte de la Municipalidad por los gastos que demande la atención médica de cualquier naturaleza realizada en efectores municipales a pacientes con cobertura de obras sociales, mutuales y/o entidades análogas. Establece que los aranceles a las entidades protectoras se facturarán de acuerdo al “Nomenclador de prestaciones sanatoriales, médicas y bioquímicas”. Respecto a los insumos y fármacos, se hará en función del valor de plaza según “Manual farmacéutico”.
- Decreto DEM N° 2197/84: faculta a la Secretaría de Salud Pública a través de la Dir. General de Administración a facturar las prestaciones del Servicio Médico Domiciliario de Urgencia.

- Decreto del DEM N° 2569/90: establece la creación del CUF a partir del 28/12/90, en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario dependiente de la Dirección General de Atención Médica. Determina la estructura organizativa a través de una jefatura con las siguientes áreas a su cargo: auditoría médica, administrativa, contable y legal.
- Decretos del DEM N° 470/92, 261/96 y 1479/96: establecen el destino de los fondos ingresados por facturaciones del CUF
- Decreto del DEM N° 640/97: establece la estructura del CUF, el cual depende de la Dirección General de Administración y Control de la Secretaría de Salud Pública. La jefatura del CUF se encuentra a cargo de un Contador Público Nacional de quien dependen tres áreas:
 - Auditoría Contable, a cargo de un profesional en Ciencias Económicas
 - Auditoría Médica, a cargo de un profesional del Arte de Curar
 - Área Legal, a cargo de un profesional del Derecho
- Decreto del DEM N° 1343/97: delegación del Intendente a la Secretaría de Salud Pública la facultad conferida por el art. N° 3 de la Ordenanza N° 3651 – Aceptación de ofrecimientos inferiores a los reclamados hasta el 75% del total de la tramitación extrajudicial
- Decreto del DEM N° 2543/08: establece que a partir del 01/11/08 la Secretaría de Salud Pública adoptará en la repetición de los importes correspondientes a los que se refiere el Art. N° 1 de la Ordenanza N° 3837 los valores acordados entre el Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS) de la Provincia de Santa Fe y la Asociación Médica de Rosario y sanatorios co-contratantes del Departamento Rosario, vigentes al momento de la prestación

Circuito administrativo de reclamos y/o repeticiones ante compañías aseguradoras y prestadores de cobertura de salud privados

Tal como se expresa en el Dictamen N° 1073 del Tribunal Municipal de Cuentas, y de acuerdo a lo informado por la Jefatura del CUF, toda historia clínica (HC) asociada a un paciente facturada a Obra Social, Prepaga y/o análogas, compañías de seguro (CS) o ART, queda registrada en el sistema Datatech (utilizado por la Secretaría de Salud Pública), como así también en una planilla de cálculo donde se consignan datos filiatorios del paciente, n° de historia clínica, fecha de ingreso y egreso, efector en el que fue atendido o estuvo internado, institución a la que se factura, monto facturado, fecha de facturación, lo cual permite realizar un mejor seguimiento.

En términos generales, una vez emitida la facturación y transcurridos 60 días sin obtener el cobro, y luego del control administrativo, legal y contable, se inician las gestiones de cobranza. De no tener una respuesta satisfactoria en la pretensión de cobro y antes de cumplirse los plazos de prescripción, se procede a confeccionar legajo (expediente) para su envío a la Dirección General de Asuntos Jurídicos (DGAJ) de la Municipalidad de Rosario, previa autorización del Secretario de Salud Pública.

Respecto de los accidentes de tránsito, y considerando los menores plazos de prescripción (3 años, en contraposición a los 5 años para las Obras Sociales), mediante una fórmula incorporada el sistema muestra una alarma configurada para dar aviso 5 meses antes (o el tiempo que se configure) antes de la prescripción, para procurar concretar la cobranza administrativa, o caso contrario, formalizar las intimaciones de no realizado hecho previamente, y elevar las actuaciones a la DGAJ de la Municipalidad de Rosario para su cobro judicial.

El Centro Único de Facturación trabaja de manera transversal con los efectores dependientes de la Secretaría de Salud Pública, existiendo en cada uno de ellos un cuerpo de agentes administrativos que dependen jerárquicamente de cada efector, y funcionalmente del CUF. Son los encargados de remitir hacia éste último las historias clínicas para su posterior facturación.

En relación al circuito de facturación a Obras Sociales, prepagas, mutuales y/o análogas, la regla general utilizada como metodología de trabajo es la siguiente:

- En primer lugar, se realiza la detección del paciente con cobertura de obra social en el sector de la Guardia o en Internación, a través de las distintas páginas web de ANSES, Superintendencia de Servicios de Salud, padrón provincia de Santa Fe, padrón de afiliados de IAPOS, padrón de afiliados PAMI y AFIP
- Posteriormente, se verifica la real cobertura (afiliación, aportes)
- Se envía la orden de internación/ guardia y/o prórroga a la Obra Social, prepaga y/o análoga que corresponda y se solicita su correspondiente autorización
- En caso de rechazo de autorización por parte del financiador, se insiste con un reclamo formal dando intervención al CUF Central
- Con dicha autorización formal, se procede al armado de la historia clínica completa y ordenada en el efector público donde estuvo internado o fue atendido el paciente y se remite al CUF Central para el proceso de facturación
- Verificada la tenencia de cobertura social, pero ante la falta de afiliación, se explica e indica el trámite de afiliación que debe realizar el paciente y/o familiar

En referencia al circuito de facturación a compañías de seguro y ART por atenciones de pacientes víctimas de accidentes de tránsito o laborales, en primer lugar, se realiza la detección del paciente en la guardia y/o en el sector de internación del efector. Se entrevista al paciente y/o familiares para la obtención de datos respecto del siniestro, tales como fecha, lugar, mecánica del accidente, compañía aseguradora y/o ART, siempre y cuando el tiempo de permanencia del paciente y la colaboración del mismo lo permitan. Se solicita la constancia de la denuncia (policial o CTD3) del accidente, la cual muchas veces no se consigue en el momento y se termina consultando en la fiscalía (MPA4). Existen situaciones que no son facturables, tales como vehículos intervinientes en accidentes en la vía pública robados, vehículos que se dan a la fuga, sin seguro obligatorio, con pólizas vencidas, pacientes responsables del propio siniestro por alcoholemia y/o narcolemia positiva, accidentes producidos en ocasión de robo, o simplemente por la mecánica del accidente (vehículo/columna, vehículo/perro, caída desde el propio vehículo, etc.). En los casos de falta de colaboración del paciente y/o familiares, se da aviso al Área Legal, a los efectos de su consulta en la Fiscalía la existencia de un legajo fiscal, la obtención de una copia del mismo e información respecto a la mecánica, existencia y vigencia de la aseguradora, determinación de la culpabilidad en el siniestro. Otra vía utilizada por el CUF a los efectos de poder determinar al sujeto responsable del siniestro es el intercambio de e-mails con distintos referentes de compañías aseguradoras aportando fecha de siniestro y número de dominio involucrado, lo cual permite en algunos casos vincularlos con el seguro correspondiente al cual se le facturarán las atenciones. Asimismo, el Área Legal interviene en cualquier caso que lo amerite por complejidades propias de cada hecho, como rechazos por parte de las aseguradoras o falta de respuesta de las mismas.

El CUF sólo recibe copias de atenciones realizadas por el SIES a pacientes víctimas de accidentes en la vía pública o en contexto laboral, ya sean trasladados desde la vía pública a efectores privados, provinciales o municipales, que cuentan con datos personales del paciente, dominios de vehículos intervinientes en el siniestro, fecha y lugar del accidente, continuando el CUF con las labores de investigación para poder facturar. Por razones inherentes a la atención del paciente en el lugar del accidente, muchas veces no se registran in situ los datos requeridos para su facturación.

Independientemente de los circuitos indicados, teniendo en cuenta la cantidad de atenciones que se registran en guardias e internaciones de los hospitales públicos municipales, y con el fin de captar la mayor cantidad posible de atenciones facturables por accidentes en la vía pública, se realizan periódicamente cruces informáticos con el

Departamento de Estadística y con el registro de expedientes ingresados en los Centros Municipales de Distrito por pedidos de copia de historias clínicas para recabar información pertinente

A continuación, se muestran en el cuadro N° 8 los montos facturados por el Centro Único de Facturación en los años 2016 y 2017. Dado el desfase temporal que se produce entre la atención y su facturación, estos valores incluyen a pacientes asistidos entre los años 2014 y 2017.

Cuadro N° 8 – Montos facturados por CUF 2016/2017

2016				2017			
Mes	Importe	Cantidad HC	%	Mes	Importe	Cantidad HC	%
ene-16	530.046,00	46	1,23%	ene-17	3.278.968,00	179	7,48%
feb-16	1.092.176,00	60	2,54%	feb-17	3.185.193,00	127	7,27%
mar-16	1.397.897,00	82	3,25%	mar-17	2.856.314,00	97	6,52%
abr-16	1.610.803,00	171	3,74%	abr-17	1.848.138,00	67	4,22%
may-16	7.972.572,00	507	18,52%	may-17	4.260.051,00	219	9,72%
jun-16	2.095.633,00	155	4,87%	jun-17	4.559.275,00	210	10,40%
jul-16	3.955.499,00	149	9,19%	jul-17	3.769.916,00	152	8,60%
ago-16	8.248.808,00	320	19,16%	ago-17	4.976.616,00	200	11,36%
sep-16	3.056.724,00	213	7,10%	sep-17	5.425.593,00	178	12,38%
oct-16	4.588.418,00	153	10,66%	oct-17	3.129.208,00	144	7,14%
nov-16	6.012.218,00	178	13,96%	nov-17	4.404.068,00	163	10,05%
dic-16	2.498.936,00	107	5,80%	dic-17	2.126.621,00	142	4,85%
	43.059.730,00	2141	100,00%		43.819.961,00	1878	100,00%

Datos s/ Dictamen N° 1073 del Tribunal Municipal de Cuentas

Del total facturado en 2016, el 78,99% (\$34.014.728) corresponde a obras sociales y prepagas, y el 18,31% (\$ 7.833.587) a compañías de seguro y ART. Similar proporción se visualiza en 2017 correspondiendo el 75,03% del total facturado a obras sociales, y el 17,20% a compañías de seguro

3.2.2. Financiamiento ILAR

Los recursos del ILAR se componen principalmente de remesas de la Administración Central, de recursos propios, y de recursos para fines específicos. Cuenta además con otros recursos de carácter extrapresupuestario, que son de menor relevancia en el total, tanto nominalmente como porcentualmente.

Los recursos provenientes de la Administración Central se registran en el ILAR por el monto equivalente al abonado por la Tesorería General de la Municipalidad de Rosario en concepto de sueldos y cargas sociales del personal, guardias médicas, gas, energía eléctrica, servicio de vigilancia, becas, entre otros. El gasto por este concepto se encuentra expuesto en

la jurisdicción 08 – Secretaría de Salud Pública, integrando el presupuesto en salud detallado anteriormente.

Los recursos propios provienen en su gran mayoría de montos cobrados a obras sociales y empresas de medicina prepaga en concepto de reintegros por la atención médica y/u hospitalaria brindada en el ILAR a pacientes que se encuentran afiliados a las mismas. Los recursos con fines específicos son aquellos subsidios recibidos en el marco de convenios realizados con diferentes entidades.

El peso relativo de cada tipo de recurso en la estructura total, se muestra en el cuadro N° 9, en donde puede visualizarse la gran relevancia de las remesas de la Administración Central.

Cuadro N° 9 – Composición recursos ILAR

	2014		2015		2016	
	\$	%	\$	%	\$	%
Recursos para fines específicos	0,00	0,00%	150.000,00	0,49%	1.229.000,00	2,99%
Remesas de la Adm. Central	21.569.934,24	95,70%	28.457.557,78	92,96%	37.358.072,11	90,79%
Recursos propios	970.072,11	4,30%	2.004.174,98	6,55%	2.562.568,10	6,23%
Totales	22.540.006,35	100,00%	30.611.732,76	100,00%	41.149.640,21	100,00%
	2017		2018		2019	
	\$	%	\$	%	\$	%
Recursos para fines específicos	300.000,00	0,58%	300.000,00	0,46%	1.000.000,00	1,07%
Remesas de la Adm. Central	48.165.797,19	93,61%	61.432.629,94	94,20%	90.178.818,83	96,06%
Recursos propios	2.990.521,43	5,81%	3.481.425,32	5,34%	2.700.553,85	2,88%
Totales	51.456.318,62	100,00%	65.214.055,26	100,00%	93.879.372,68	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a Dictámenes del Tribunal Municipal de Cuentas sobre controles selectivos EECC del ILAR

3.2.3. Financiamiento Laboratorio Especialidades Medicinales (LEM)

La composición de los ingresos del mencionado organismo y su evolución anual, es la siguiente:

	2012	2013	2014	2015
Venta de productos elaborados	15.956.135,62	27.270.675,24	44.585.856,85	48.424.170,64
Reventa de mercadería	1.973.037,14	1.132.543,57	1.833.849,84	1.754.394,80
Otros Ingresos	6.558.852,04	6.037.835,40	4.456.592,84	8.506.980,76
Total Ingresos	24.488.024,80	34.441.054,21	50.876.299,53	58.685.546,20
	2016	2017	2018	
Venta de productos elaborados	73.881.256,22	100.209.353,20	119.105.156,47	
Reventa de mercadería	579.552,86	3.747,00	-	
Otros Ingresos	17.184.376,97	10.033.318,96	15.116.628,08	
Total Ingresos	91.645.186,05	110.246.419,16	134.221.784,55	

Fuente: Elaboración propia en base a Dictámenes del Tribunal Municipal de Cuentas sobre controles selectivos EECC del LEM

Los “Otros Ingresos” se componen principalmente de subsidios recibidos de diferentes entidades y de los fondos recibidos por el LEM en el marco de la Ley Provincial N° 13.385

modificatoria del Art. 11 de la Ley 11.998, que prevé que el 1% de los resultados netos de la explotación o el concesionamiento de las modalidades de juegos autorizadas por dicha ley será destinado al Laboratorio de Especialidades Medicinales

3.2.4. Presupuesto y Ejecución del Gasto en Salud

La porción de gasto destinada a salud en relación con el presupuesto total de gastos y su evolución en los últimos años es expuesta en el Cuadro N° 10, en donde puede verse la correlatividad entre la asignación presupuestaria y la política y modelo de gestión enunciados. Tal evolución se expone a través de una clasificación del gasto por Fuente de Financiamiento, separando aquellos de Libre Disponibilidad de los de Afectación Específica

Cuadro N° 10 – Evolución del presupuesto de gastos – Secretaría de Salud Pública

	2013	2014	2015	2016
Libre Disponibilidad	962.279.785,60	1.296.493.991,46	1.743.588.741,64	2.334.070.819,78
Afectación Específica	106.588.260,36	176.657.413,25	211.714.768,89	301.374.191,11
Fondo Preservación Urbanística	-	-	-	-
Fondo Municipal Obras Públicas	-	2.841.634,20	3.408.523,80	14.449.500,00
Fondo Lucha contra la drogadicción	686.991,00	3.000.251,89	3.169.837,00	2.983.136,00
Fondo Insumos para la Salud	37.796.603,00	61.986.495,28	80.098.849,00	109.090.453,00
Fondo Solidario Emergencia Sanit.	44.844.097,90	59.274.620,52	80.650.145,00	112.633.457,05
Fondo Emergencia de Salud	3.473.014,00	7.518.855,63	4.235.692,00	14.678.612,86
Aranceles Asistenciales	6.676.559,63	5.593.004,07	10.067.342,74	8.471.862,00
PROMUSIDA	3.473.014,00	5.071.336,85	4.235.692,00	10.770.914,04
Fondo para Discapacitados	5.776.587,00	11.094.186,86	7.019.347,91	-
Fondo Conurbano	-	-	-	-
Programa URBAL	93,96	-	-	-
Fondo Financiamiento IMUSA	-	-	7.490,54	7.185,58
Transferencias Varias	2.243.117,13	17.391.542,16	14.434.802,00	18.505.038,58
Financ. Otorgados a la Munic.	-	-	2.966.046,90	-
Convenio Ciudad Alessandria	12,74	-	-	-
Fondo Federal Solidario	1.618.170,00	2.885.485,79	1.421.000,00	9.784.032,00
Préstamos PROMUDI	-	-	-	-
Ordenanza 436/48	-	-	-	-
Cheques de Pago Diferido	-	-	-	-
Total Presupuesto Gastos Salud	1.068.868.045,96	1.473.151.404,71	1.955.303.510,53	2.635.445.010,89
Total Presupuesto Gastos	4.289.853.467,32	5.698.681.088,00	8.120.502.194,21	11.517.195.489,38
Presup. Salud/Presup Total	24,92%	25,85%	24,08%	22,88%

	2017	2018	2019	2020
Libre Disponibilidad	3.015.004.924,10	3.857.688.724,16	5.894.839.454,00	8.431.177.692,02
Afectación Específica	376.483.743,44	577.174.890,20	734.747.176,00	1.027.381.757,79
Fondo Preservación Urbanística	-	1.845.000,00	-	16.254.000,00
Fondo Municipal Obras Públicas	3.884.762,43	46.204.788,00	59.797.401,00	-
Fondo Lucha contra la drogadicción	3.204.101,22	3.455.158,29	5.163.739,00	2.335.326,34
Fondo Insumos para la Salud	129.390.092,04	164.319.388,00	240.930.909,00	361.315.000,00

Fondo Solidario Emergencia Sanit.	138.692.617,33	185.816.131,93	243.256.315,00	385.339.821,76
Fondo Emergencia de Salud	9.904.917,29	12.313.681,00	17.186.000,00	27.856.000,00
Aranceles Asistenciales	33.012.952,65	24.876.741,00	41.844.475,00	31.013.000,00
PROMUSIDA	9.904.917,29	12.313.681,00	17.186.000,00	27.856.000,00
Fondo para Discapacitados	-	-	-	-
Fondo Conurbano	-	-	-	-
Programa URBAL	-	-	-	-
Fondo Financiamiento IMUSA	2.741,34	0,47	-	-
Transferencias Varias	29.980.331,00	42.162.093,02	53.907.743,00	73.108.218,00
Financ. Otorgados a la Munic.	-	-	-	-
Convenio Ciudad Alessandria	-	-	-	-
Fondo Federal Solidario	11.168.735,20	73.595.335,47	9.457.210,00	-
Préstamos PROMUDI	7.337.575,65	-	-	-
Ordenanza 436/48	-	7.795.891,88	14.789.854,00	13.293.494,81
Cheques de Pago Diferido	-	2.477.000,14	31.227.530,00	866.099,88
COVID 19	-	-	-	88.144.797,00
Total Presupuesto Gastos Salud	3.391.488.667,54	4.434.863.614,36	6.629.586.630,00	9.458.559.449,81
Total Presupuesto Gastos	15.762.218.114,45	19.898.222.719,95	31.160.950.385,00	35.154.392.152,58
Presup. Salud/Presup Total	21,52%	22,29%	21,28%	26,91%

Fuente: elaboración propia en base a Presupuestos de la Municipalidad de Rosario

De este cuadro se desprende que, a lo largo de los años analizados, el presupuesto de gastos en salud fue siempre superior al 20% del total del presupuesto total.

A continuación, se comparan los montos presupuestados con la ejecución presupuestaria, lo cual refleja que los compromisos definitivos del gasto desde el año 2012 hasta el año 2019 respecto a los valores incluidos en el presupuesto superan en 97%

Cuadro N° 11 — Presupuesto y Ejecución del Gasto - Secretaría de Salud Pública

	2013			2014		
	Presupuesto	Ejecución	%	Presupuesto	Ejecución	%
Libre Disponibilidad	962.279.785,60	962.279.785,60	100,00%	1.296.493.991,46	1.296.493.991,46	100,00%
Afectación Específica	106.588.260,36	99.274.134,16	93,14%	176.657.413,25	137.410.243,03	77,78%
Total	1.068.868.045,96	1.061.553.919,76	99,32%	1.473.151.404,71	1.433.904.234,49	97,34%

	2015			2016		
	Presupuesto	Ejecución	%	Presupuesto	Ejecución	%
Libre Disponibilidad	1.743.588.741,64	1.743.588.741,64	100,00%	2.334.070.819,78	2.334.070.819,78	100,00%
Afectación Específica	211.714.768,89	191.051.680,26	90,24%	301.374.191,11	239.313.906,59	79,41%
Total	1.955.303.510,53	1.934.640.421,90	98,94%	2.635.445.010,89	2.573.384.726,37	97,65%

	2017			2018		
	Presupuesto	Ejecución	%	Presupuesto	Ejecución	%
Libre Disponibilidad	3.015.004.924,10	3.015.004.924,10	100,00%	3.857.688.724,16	3.857.688.724,16	100,00%
Afectación Específica	376.483.743,44	324.513.957,58	86,20%	577.174.890,20	452.018.645,78	78,32%
Total	3.391.488.667,54	3.339.518.881,68	98,47%	4.434.863.614,36	4.309.707.369,94	97,18%

	2019			2020		
	Presupuesto	Ejecución	%	Presupuesto	Ejecución	%
Libre Disponibilidad	5.894.839.454,00	5.894.839.454,00	100,00%	8.431.177.692,02	8.431.177.692,02	100,00%

Afectación Específica	734.747.176,00	552.540.782,11	75,20%	1.027.381.757,79	496.729.395,96	48,35%
Total	6.629.586.630,00	6.447.380.236,11	97,25%	9.458.559.449,81	8.927.907.087,98	94,39%

Fuente: elaboración propia en base a Presupuesto y Ejecución Presupuestaria de la Administración Municipal.

A través del Decreto Provincial N° 770/09 se aprueba un Convenio de Prestaciones de Salud de fecha 24/04/09 celebrado entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y la Municipalidad de Rosario, a través del cual ésta última se obligó a brindar las prestaciones incluidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas, Bioquímicas y Sanatorias a favor de la población comprendida en la Región de Salud Nodo Rosario, que carente de toda obra social o cobertura privada opte por la utilización de tales servicios. Por su parte, el Gobierno de la Provincia de Santa Fe se compromete en este acto a abonar una suma mensual a cada efector municipal, determinándose la misma en base a la ejecución presupuestaria de cada uno del período anual anterior.

Estas prestaciones, tal como lo enuncia el mencionado Convenio Marco como así también los Convenios Ampliatorios suscriptos con posterioridad, corresponden a las brindadas por el Hospital Clemente Álvarez (HECA), Hospital de Niños V. J. Vilela, la Maternidad Martín, la Dirección de Bioquímica, el CEMAR, el Hospital y Maternidad Roque Sáenz Peña, Hospital Carrasco y Estaciones Sanitarias, y el Hospital Alberdi

Las sumas recibidas derivadas de los mencionados convenios configuran una importante porción si se las compara con la ejecución del gasto de la Secretaría de Salud Pública Municipal en su totalidad. En el cuadro N° 12 se muestra dicha relación.

Cuadro N° 12 — Montos recibidos en el Marco del Decreto Prov. 770/09/Ejecución del gasto

Período	Gasto ejecutado Sec. Salud. Pública (total)	Monto recibido por Convenio	Recibido/Gasto Ejecutado
2016	2.573.384.726,37	1.043.523.433,38	40,55%
2017	3.339.518.881,68	1.386.634.566,58	41,52%
2018	4.309.707.369,94	2.076.814.219,00	48,19%
2019	6.447.380.235,74	3.526.532.071,08	54,70%
2020	8.927.907.087,98	2.745.552.857,42	30,75%
Total	25.597.898.301,71	10.779.057.147,46	42,11%

Del cuadro se desprende que, en los periodos analizados, las participaciones de los fondos recibidos por el mencionado convenio representaron, desde el año 2016 al 2019, relaciones superiores al 40% respecto al gasto ejecutado por el total de la Secretaría

Conclusión

Habiendo hecho un recorrido a través de los lineamientos definidos como dimensiones centrales de todo sistema de salud pública, puede concluirse que el estado de dicho sistema en la Ciudad de Rosario posee un destacado nivel de desarrollo, atención y calidad. Considerada por expertos como ciudad modelo en esta materia, brinda atención no sólo a la población de Rosario, sino que se configuró con el tiempo como un núcleo de atención para habitantes de toda la provincia e incluso de provincias vecinas.

Los montos presupuestados y ejecutados anualmente a través de la Secretaría de Salud Municipal dan cuenta de la importancia que la política en salud ocupa en la gestión del municipio, observándose en el tiempo una gran porción del presupuesto anual asignado a esta finalidad.

Con la definición de la Atención Primaria de la Salud como eje del modelo de atención del sistema y la articulación en red del mismo se logró una mejora en los sistemas de referencia y contrarreferencia entre establecimientos de salud de diferentes niveles, lo que significa la continuidad en la prestación de servicios y el seguimiento adecuado de cada caso en particular. De este modo, los más de 50 Centros de Salud se ubican estratégicamente en el territorio Municipal para asistir a la población en su primer contacto con el circuito sanitario.

A su vez, la prestación de servicios a través de organismos descentralizados, siendo el más importante la producción de medicamentos a través del Laboratorio de Especialidades Municipales, junto con las farmacias ubicadas en los efectores municipales, constituyen un complemento fundamental en la articulación general del sistema.

Bibliografía

- (PNUD), P. d. (2011). *El Sistema de Salud Argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Recuperado el agosto de 2020, de PNUD Argentina: https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/human_development/aportes-para-el-desarrollo-humano-en-argentina-2011--el-sistema-.html
- Anlló, G., Cetrángolo, O., Heymann, D., & Ramos, A. (2007). *Crisis, Recuperación y Nuevos Dilemas - La Economía Argentina*.
- Bañón, C. y. (1997). *La Nueva Administración Pública*. Alianza Editorial.
- Báscolo, E., & Yavich, N. (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Revista de Salud Pública*, 89-104.
- Cetrángolo, O., & Devoto, F. (2002). *Organización de la Salud en Argentina*.
- Dromi, R. (1996). *Derecho Administrativo*. Ediciones Ciudad Argentina.
- Garay, O. E. (marzo de 2017). *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria*. Recuperado el agosto de 2020, de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales>
- Gonzalez García, G., & Tobar, F. (2004). *Salud para los Argentinos*. ISALUD.
- Hierro Recio, L. Á. (s.f.). *Mecanismos de Intervención del Sector Público. Las Empresas Públicas*. Universidad de Sevilla.
- Jiménez, C. (2008). <https://www.ungs.edu.ar/>. Recuperado el abril de 2021, de https://www.ungs.edu.ar/cm/uploaded_files/file/institutos/ico/contenidos/download/JI_MENEZ_Elpapeldelagestionlocalensalud.pdf
- Katz, J., & Muñoz, A. (1988). *Organización del Sector Salud: Puja distributiva y Equidad*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Municipalidad de Rosario. (s.f.). *Farmacias municipales y Laboratorio de especialidades medicinales (LEM)*. Recuperado el 2020, de <https://www.rosario.gob.ar/web/servicios/salud/farmacias-municipales-y-laboratorio-de-especialidades-medicinales-lem>
- Natera Peral, A. (2005). *La gobernanza como modo emergente*.
- Oszlak, O. (2000). *EL mito del Estado mínimo: una década de reforma estatal en Argentina*.
- Rosario, M. d. (2017). *Programa Nacional de Ciudades Municipios y Comunidades Saludables - Autoevaluación*.
- Rovere, M. (2005). *El Agora*. Recuperado el abril de 2021, de http://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_Salud_Rosario.pdf

santafe.gob.ar. (s.f.). Obtenido de

<https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/1>

Tobar, F. (2000). *Herramientas para el Análisis del Sector Salud*".

Tobar, F. (2012). *Breve historia del sistema argentino de salud*. Buenos Aires: La Ley.

Dictámenes Tribunal Municipal de Cuentas