



LA CONQUISTA DE LA **SALUD PÚBLICA**

30 AÑOS DE GESTIÓN EN ROSARIO Y SANTA FE

MIGUEL ÁNGEL CAPIELLO

La conquista de la salud pública

La conquista de la salud pública

30 años de gestión
en Rosario y Santa Fe

Por Miguel Ángel Capiello

Cappiello, Miguel Ángel
La conquista de la Salud Pública.

1ª ed. - Rosario - Imprenta legislativa, 2019.

155 p.: 21 x 15 cm.

Coordinación general: *Analia M. Valdez*

Diseño editorial: *Ampersand Group*

Fotografía: Ministerio de Obras Públicas - Unidad de Proyectos Especiales,

Arq. Francisco Quijano

Secretaría de Salud Pública de Rosario

Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe, Guillermo Fernández

Este libro se terminó de imprimir en setiembre de 2019.

Acerca del autor

Una vida dedicada a la salud pública

El Dr. Miguel Ángel Capiello nació el 7 de mayo de 1955 en la ciudad de Santa Fe, capital de la provincia homónima. Cursó sus estudios universitarios en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, graduándose de médico en 1981. Se especializó en urología y, posteriormente, se capacitó en Gestión en Salud, obteniendo la titulación de magíster en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la UNR.

Durante el transcurso de sus estudios académicos, el clima político de la época era muy complejo, el país atravesaba la última dictadura militar. A pesar de ello, en la universidad aprendió sobre el pensamiento universal precisamente en la participación, una cosmovisión casi impensada para ese momento. Forjó una fuerte amistad con el Dr. Hermes Binner, con quien compartió y comparte grandes ideales. Junto a él comenzó a participar y a involucrarse de manera activa en la política. A medida que avanzaba en su carrera, en realidad profundizaba una especialidad de la vida.

El Dr. Capiello comenzó su actividad profesional como vacunador en 1976, en el dispensario San Francisquito de Rosario. Luego, fue médico ayudante en los hospitales Juan Bautista Alberdi e Intendente Carrasco de dicha ciudad. En este último efector público desempeñó cargos de subdirector y director. En 1993 obtuvo la certificación en Health Care Administration and Public Hospital Management en el Instituto de Tecnología (Tecknion)

de Haifa, Israel. Más tarde, se capacitó en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales en el Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social (INDES) del BID en Washington, Estados Unidos.

En 1996 asumió como subsecretario de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario propuesto por el entonces secretario, Dr. Antonio Bonfatti. Luego fue gerente interventor del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSpJyP) PAMI en la Delegación 9ª. Seguidamente, retomó su cargo anterior hasta ser designado secretario de Salud. Desempeñó dicha función hasta 2003 y la volvió a ocupar de mayo a diciembre de 2007. Luego, fue ministro de Salud durante las gestiones de Hermes Binner y de Antonio Bonfatti, convirtiéndose en un gerente social, altamente capacitado, conocedor del proceso del desarrollo en materia de salud. En 2013, comenzó su tarea legislativa al ser electo concejal de la ciudad de Rosario y, finalmente, en 2015 asumió como senador provincial del Departamento Rosario, cargo que ocupa al momento de escribir el presente libro.

Agradecimientos

Es difícil hacer agradecimientos a costa de ser injusto con muchos que me acompañaron en este camino.

La Conquista de la Salud Pública fue lograda entre todos, los ciudadanos, los trabajadores de la salud, sin distinción de rangos ni categorías, ni profesión.

El 3 de diciembre de 2007, presentábamos en el Salón Blanco del Palacio de los Leones, con el entonces intendente municipal Dr. Hermes Binner, el volumen 23 “La Construcción de la Salud contada por sus protagonistas” de la Serie La Salud en el Municipio de Rosario, que fue construida también entre todos.

Hay personas a quienes guardo en mi corazón. Hermes Binner, el gran constructor de la Salud Pública, quien me abrió las puertas a un mundo apasionante que quedará plasmado en nuestra historia. Antonio Bonfatti y Mónica Fein, con quienes compartí trabajo en la Secretaría de Salud Pública, aquellos que a lo largo de más de cuarenta años me ayudaron con la conquista, desde mis inicios como vacunador siendo estudiante hasta ministro de Salud de la provincia de Santa Fe durante seis años.

Hermes Binner marcó mi vida y mi trabajo, con su visión del Derecho a la Salud como algo posible para todos, seguramente aún falta mucho más por concretar, pero podemos afirmar que en Rosario y en Santa Fe Conquistamos la Salud Pública.

Quiero agradecer al maestro Ignacio Katz por su generosidad al prologar este libro. A Analía Valdez por compilarlo y ponerlo en edición. A mis colaboradores del Senado de la provincia de Santa Fe que siempre me ayudaron.

A mi familia, sostén mío en esta conquista.

Quisiera poder decir más, mucho más, pero ya solo resta decir muchas gracias a todos por tanto y por todo.

Miguel Ángel Cappiello

Prólogo

El presente libro tiene la encomiable particularidad de testificar, de buena fuente, un proceso virtuoso en la gestión sanitaria de nuestro país. Nos referimos, claro está, a la experiencia municipal de Rosario, de ya casi tres décadas, y a la posterior provincial de Santa Fe, de la cual el autor, Dr. Miguel Ángel Cappiello, fue un protagonista central.

No es cuestión a subestimar, máxime teniendo en cuenta el sentido inverso que atravesó el área sanitaria en dicho período. Efectivamente, mientras el país se adentraba en un furibundo neoliberalismo, desde el litoral se remó a contracorriente y pudieron fortalecer la atención pública de salud.

El cómo es detallado de manera clara por el autor, sin dejar de remarcar algunos ejes centrales que merecen mencionarse aquí: planificación estratégica, coordinación en redes y descentralización ejecutora, lo cual implica la participación popular y la decisión política.

Estas dos últimas cuestiones, menos técnicas, constituyeron dos bastiones que sostuvieron la gesta. Fue la determinación de una fuerza política gobernante la que impulsó la planificación estratégica, iniciada en la ciudad de Rosario y expandida luego hacia la provincia, sin que ello supusiera una burocratización de espaldas a las necesidades concretas de la población, sino todo lo contrario.

Con respecto a la planificación estratégica, no quisiera dejar de mencionar a Carlos Matus, quien pensó dicha cuestión, y precisó su centralidad especialmente en cuestiones de Estado. No se trata de adivinar el futuro, sino de crearlo, a partir de la evaluación dinámica de una realidad compleja. Por ello lo plantea como “una herramienta de libertad”.

La articulación en redes resulta vital. Disponer los recursos, sobre todo los efectores, de manera que funcionen solidariamente, y no aislados. El centro es la atención sanitaria como servicio público que se traduce en especialidades, prácticas, estudios y profesionales que pueden tener asiento en distintos lugares, o ser móviles, pero cuya prestación debe ser efectiva y oportuna para cada paciente.

La experiencia santafecina también da muestra de las claves del federalismo y la regionalización, lo cual no debe confundirse con la autonomización. Por el contrario, debe preservarse el principio de subsidiariedad, por el cual la Nación debe acudir en caso de ser necesario, especialmente en provincias con menos recursos, ya que el Estado Nacional es responsable por la salud de cada ciudadano. En dos palabras, la gestión sanitaria se puede delegar, pero el derecho a la salud es intransferible.

También se señala la división de la provincia en regiones para su abordaje específico, pues cada cual debe contar con una estrategia particular en consonancia con su biodiversidad, su población, las enfermedades prevalentes de dicho territorio, etc. Aunque la regionalización excede a veces los límites jurisdiccionales, pues el norte de Santa Fe coincidirá con el sur del Chaco, por ejemplo, resultando

muchas veces artificiales y limitadas para abordajes territoriales.

En un pasaje del libro, se reseña la observación de un documento de la OPS, la CEPAL y el PNUD, que “hace referencia a que el sistema de salud en Argentina padece de tres tipos de fragmentaciones que obstaculizan la construcción de un sistema equitativo: fragmentación de derechos, regulatoria y territorial”, lo cual termina siendo “fuente de inequidades e ineficiencia que reclaman reformas importantes tendientes a lograr mayor integración entre los subsistemas”. Frente a esta múltiple fragmentación es que propongo un Sistema Integrado Federal de Salud que dé un paso más, y que incluya al sector privado y de obras sociales. No se trata de diluir a cada sector ni de una articulación compulsiva, sino de una adhesión voluntaria. Para ello resulta ineludible la dimensión del Acuerdo Sanitario para que la integración sea negociada en términos democráticos. Considero que la experiencia de integración del subsistema público a nivel provincial que el presente libro reseña, constituye un valiosísimo aporte en este sentido, como modelo a ampliar.

Por último, más allá de numerosos aspectos puntuales que comparto y valoro del Dr. Capiello y de su libro, quisiera remarcar un valor central que atraviesa a los distintos aspectos de la gestión santafecina y de su carrera profesional personal: revertir la inequidad social, que en el área sanitaria se traduce en injusticias que afectan a la misma vida humana. El acceso equitativo a los servicios de salud es un derecho esencial del hombre contemporáneo y, como tal, una condición básica para asegurar el fortalecimiento

de la Democracia, la gobernabilidad de las Naciones y la legitimidad de los Estados.

Celebro que el mejor modelo sanitario del país cuente con un libro que lo sistematice, de manera amena, como insumo para las reformas que nuestra Nación requiere de manera urgente y que nuestro pueblo necesita y merece.

Ignacio Katz

Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de Buenos

Aires - UBA

Director Académico de la Especialización en “Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud” - Universidad Nacional del Centro

de la Provincia de Buenos Aires - UNICEN

Introducción

La salud es un derecho humano íntimamente ligado a la calidad de vida. La relación entre ambas es recíproca. Un Estado de derecho tiene la responsabilidad de velar por la calidad de vida de todos los ciudadanos. Esta es una premisa fundamental, y de ella se desprende que el Estado debe asegurar a los ciudadanos el Derecho a la salud.

Ese derecho, por otra parte, está consagrado en nuestra Constitución. La función rectora del Estado es **indelegable**, con lo cual, si la atención de la salud es encargada a terceros como empresas u otras organizaciones, la responsabilidad no se pierde. Jamás el Estado puede desentenderse de ella. Todos los que pretenden intervenir en el escenario de la salud, en un Estado democrático y plural, deben cumplir con determinados requisitos, mientras que el Estado tiene a su cargo el seguimiento meticuloso, de manera que el derecho a la salud esté siempre garantizado.

Esta es una diferencia fundamental con la ideología y la práctica neoliberal. Es la diferencia entre la salud como mercancía y la salud como bien social. La última posición es la que representa a un gran movimiento formado por trabajadores de la salud, por eminentes teóricos de nuestro continente que, con sus ideas y sus prácticas puestas al servicio de los pueblos, iluminan un camino transitado por muchos de nosotros.

En este libro abordaremos el paradigma del modelo de Salud en el municipio de Rosario, irradiado luego al resto de la provincia de Santa Fe. Lo abordaremos desde la concepción de un sistema de salud como **sistema único**, sin

negar la presencia de otros subsectores además del Estado, pero considerando que debe existir un **único rector**, un **único garante**, que sea quien asegure una **única calidad** —la mejor— para todos los ciudadanos.

A nivel país, en Argentina existe pluralidad de prestadores tales como efectores privados, mutuales, obras sociales, entidades prepagas, etc. Pero hay grandes grupos de la población —marginados o directamente excluidos— a los que aquellos prestadores no llegan. Esos grupos necesitan que sea el propio Estado quien asuma la empresa, que es cada vez más costosa por el gran número de familias y comunidades que han quedado fuera del sistema y por la complejidad de los recursos necesarios. Queremos enfatizar que la atención del Estado no puede limitarse a ciertos sectores. No nos referimos a la atención para personas con bajos recursos como algo diferente ni de menor calidad. Aún quienes disponen de cobertura mutual o privada asisten a nuestros hospitales porque encuentran una atención adecuada a sus necesidades, porque lo prefieren o porque tienen mejor acceso.

Hay muchas otras consecuencias que se desprenden de esa ecuación aparentemente teórica que conduce a afirmar que el Estado debe garantizar el derecho a la salud. Esa ecuación no debe ser un mero silogismo. Por lo complejo del fenómeno **salud** tenemos que decir qué es lo que entendemos al emplear el término. Pero no para caer en una definición teórica vacía. No podemos menos que recordar la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de la Salud de 1978, ratificada luego en Harare, Zimbabwe, en 1980 cuando la OMS lanzó la **Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000**. En el mundo en general,

al llegar al año 2000, la meta se había alejado como un espejismo. ¿Debían pasar otros 20 años para alcanzar eso que era un deseo y cuya satisfacción parecía vislumbrarse a lo lejos?

En la ciudad de Rosario, al igual que en el resto de la provincia, hemos operacionalizado aquella ecuación en acciones concretas, para llevar SALUD a TODOS.

Durante la década de los noventa en la Argentina, la realidad imperante nos mantenía bajo un modelo económico neoliberal y consecuente déficit en materia social. Así y todo, el por entonces intendente de la ciudad de Rosario, Dr. Hermes Binner, decidió asumir el desafío de desarrollar un nuevo concepto de Estado municipal, haciéndolo más moderno, ágil y eficiente, y ampliando su capacidad de competencia, de intervención y de gestión. Por mi parte, inicié mi carrera política en 1996 como subsecretario de Salud de la Municipalidad de Rosario y junto a Hermes Binner, Antonio Bonfatti y Mónica Fein nos propusimos ejecutar la transformación del Sistema de Salud de dicha ciudad que, hasta el momento, había sido un tema postergado principalmente por faltas de políticas enfocadas en su desarrollo.

La década de los 90 será recordada, entre otras cosas, por la jerarquización del sistema de Salud Pública Municipal de Rosario que, luego, se irradió al resto de la provincia de Santa Fe. De ese modo, se iniciaría un camino de mejora continua de la salud pública durante las sucesivas gestiones del Frente Progresista Cívico y Social.

Capítulo 1

Contexto y antecedentes de la transformación

Aportes de la historia

El paradigma de la salud cambia permanentemente. Para analizar la influencia sobre los cambios dados en la salud, podemos recordar a Domingo Felipe Cabred, gran psiquiatra y sanitarista que, en los inicios del siglo XX, creó la primera institución psiquiátrica de puertas abiertas de Latinoamérica. La localidad emplazada en el partido de Luján, provincia de Buenos Aires, donde se asentó la colonia neuropsiquiátrica lleva el nombre *Open Door* en reconocimiento al método de Cabred.

También debemos reconocer y recordar a Ramón Carrillo, quien desde una visión de centralización normativa generó monumentos a la salud a lo largo y ancho del país. Este sanitarista, que realizó una gran obra en la entonces Secretaría de Salud del gobierno de Perón, mostró un interés especial en áreas que el Estado no había profundizado hasta entonces: la medicina preventiva (con grandes campañas contra las enfermedades infectocontagiosas), la medicina social (insistiendo en articular con leyes laborales y jubilatorias) y la salud integral materno-infantil y familiar, más allá de la mera atención médica. Su Plan Analítico de Salud Pública¹

¹ Plan Analítico de Salud Pública. Argentina. Secretaría de Salud Pública 1947

se plasmó en un extenso libro en el que preveía hasta el más mínimo detalle del funcionamiento hospitalario, desde el cuerpo médico a las áreas de mantenimiento, intendencia, lavandería, administración, departamento de compras, personal, etc. También otorgó relevancia a la arquitectura hospitalaria, promoviendo la construcción de efectores espaciosos, luminosos y funcionales. Dividió el país en zonas sanitarias y planificó para cada una de ellas la atención específica de sus problemas, a través de la centralización normativa y descentralización ejecutiva. Así logró, por ejemplo, que las vacunas llegaran hasta los pueblos más aislados y distantes.

Lo mismo podríamos decir de Oñativia, recordado Ministro de Asistencia Social y Salud Pública del presidente Arturo Illia. Durante el período en el que pudo actuar, estableció una política de precios y de control de medicamentos y recetas según medicamento genérico, fijó límites para los gastos en publicidad y para los pagos al exterior en concepto de regalías y de compra de insumos. Esta ley, resistida por las grandes empresas extranjeras y por los militares que estaban asediando, tuvo un peso decisivo en el derrocamiento del gobierno de Illia y en el inicio de la llamada Revolución Argentina, encabezada por el General Onganía.

Es claro que tenemos personas valiosas en la historia de la salud pública argentina, que han generado fuertes mensajes acompañados de grandes decisiones políticas. Sin duda, todas marcaron hitos importantes para la sanidad argentina. Sin embargo, al tenerlas presentes para nuestro propósito no consideramos esos aportes como una receta.

Se trató de una cuestión dinámica que tenía que ver con conceptos, con derechos y con tener en cuenta las realidades particulares de cada región. No fue meramente repetir sus propuestas, innovadoras en su momento, sino valorarlas y buscar a partir de ello la mejor forma de adaptarlas a los tiempos que corrían.

Fragmentación versus integración

El caso de la salud en Rosario, y más tarde en Santa Fe, muestra a las claras que, ante una salud fragmentada, desigual, inequitativa, desintegrada, otra salud fue posible.

La fragmentación de los sistemas de salud implica la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios. En un documento titulado **El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros**, publicado en forma conjunta por la OPS, la CEPAL y el PNUD, se hace referencia a que el sistema de salud en Argentina padece de tres tipos de fragmentaciones que obstaculizan la construcción de un sistema equitativo: fragmentación de derechos, regulatoria y territorial.

La fragmentación de derechos, dice el artículo citado, “es fuente de inequidades e ineficiencia que reclaman reformas importantes tendientes a lograr mayor integración entre los subsistemas”. Y los autores continúan diciendo que la multiplicidad de fuentes de financiamiento, con una fuerte participación de recursos de base contributiva es un obstáculo importante pero no insalvable para lograr un sistema integrado y equitativo.

Por el contrario, el sistema integrado implica la prestación de servicios de salud de forma tal que las personas puedan recibir servicios preventivos y curativos según sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud. Partiendo de la estrategia de atención primaria de la salud hasta la máxima complejidad.

Nuestro proyecto consistió en garantizar accesibilidad, equidad, universalidad y gratuidad en los casos correspondientes.

En nuestra provincia existían diferencias de accesibilidad y equidad, que aún persisten en el resto del país creando serias desigualdades como resultado de la **fragmentación territorial**. Nuestro proyecto de salud integró los hospitales a la estrategia de atención primaria, creando redes de servicios para obtener mejores resultados. Prueba de ello, y a modo de ejemplo, ha sido el importante descenso en el índice de mortalidad materna e infantil, habiendo alcanzado niveles de un dígito.

Fue necesario trabajar en una reforma, fortaleciendo la presencia del Estado. El Estado como garante de la salud, pero no el único ejecutor; por eso apuntamos a un Estado que garantizara los derechos de los que menos tienen (**fragmentación de derechos**). Fueron necesarios avances parciales pero sustantivos.

Todo nuestro proyecto estuvo basado en la planificación estratégica. Fue fundamental tener propuestas, decisiones políticas fuertes, presupuesto para llevarlas adelante y tiempo. No pensar en el inmediatismo, se debía contar con

metas a largo plazo claramente definidas. Se trató de la construcción paulatina de un sistema de salud integrado, donde los ciudadanos pudieran gozar de una cobertura homogénea asegurada por el Estado.

Hubo muchas líneas de reforma que podían ser discutidas, instrumentadas, etc. La solución debía comprender la totalidad del sistema de salud. Era esencial determinar las responsabilidades de los distintos niveles de gobierno. No se resolvería solo con un debate parlamentario y una sanción de ley de salud. Requería de la intervención de todos los sectores para que las reformas fuesen consensuadas, como lo fue el Plan Estratégico de la Provincia de Santa Fe construido entre todos los que participaron en las Asambleas Ciudadanas. Existen numerosos factores que trascienden al sector y tienen gran incidencia y deben ser considerados al diseñar las políticas de salud.

Sobre la visión de la salud a nivel local, provincial y nacional podemos citar al Premio Nobel de Economía, Paul Krugman, quien escribía: "...el ser progresista significa pretender programas de salud universal". Ese era nuestro propósito, trabajar con programas de salud universal, que tuvieran que ver con garantizar la accesibilidad, la equidad, la universalidad y, en nuestro caso, la gratuidad de los sistemas de salud.

En palabras del exgobernador de la provincia de Santa Fe Dr. Hermes Binner, mejorar la vida de los ciudadanos llevando a la práctica acciones concretas siempre constituyó nuestro horizonte. Un horizonte entendido como nuestro trabajo del presente, tendiente a recuperar

todos los valores de la integralidad, de la equidad, de la eficiencia, además de poder trabajar sobre la ambientación imperante en el sistema de salud, tanto en relación con lo público y lo privado, con lo provincial y lo nacional, con lo provincial y lo municipal. Un sistema público de salud universal en el acceso a los niveles de asistencia, gratuito, equitativo, integral a los efectos de garantizar la promoción y la prevención de la salud, la curación y la rehabilitación, resolviendo cada caso en los niveles de complejidad adecuados. Pero, a su vez, participativo, conforme a las formas organizativas de cada lugar. Todo ello respondiendo a la política de Estado que nosotros adoptamos, la regionalización, la participación, lo que ha permitido construir, entre muchos santafesinos y santafesinas, el plan estratégico de la provincia de Santa Fe.

La necesidad de superar la fragmentación en el sistema de salud, pero fundamentalmente de trabajar para mejorar la calidad de vida de nuestros ciudadanos nos condujo a ese sistema único integrado de salud.

Hoy hay miles de argentinos que no tienen acceso a la salud. Según un informe de 2016 de la OMS, la Argentina destina casi el 8 % de su producto bruto interno a la salud; la cual debería ser considerada una inversión, y de ninguna manera, un gasto. Si la masa de recursos con la que cuenta el país se utilizara de forma más eficiente, incluyendo la de nación, provincias, municipios y comunas, las obras sociales nacionales y provinciales, y el PAMI, se podría lograr la calidad de atención que todos los argentinos merecemos y queremos.

Sabemos que los recursos no son ilimitados y mucho menos en esta materia. La demanda de nuevos recursos debido a los avances tecnológicos o en tratamientos hace que el costo sea cada vez mayor. Por supuesto que es necesario trabajar en modelos de protocolos. La judicialización ha sido una tendencia que quita muchos recursos a la salud. Este es un debate que se da en todo el mundo porque cada vez es mayor la demanda y los recursos son finitos; por lo que necesitamos los mecanismos para utilizarlos más eficientemente.

En salud se pierde, por ejemplo, si el estado fracciona la compra de medicamentos, si fracciona la posibilidad de contratar, se pierde esa capacidad de imponer precios y de fijar políticas públicas de acuerdo con el interés general. Estamos convencidos de que hay que integrar lo público con lo privado a través de los principales financiadores para lograr ese modelo de atención.

Decía el Dr. Hermes Binner que este es un tema en el que cíclicamente hay un entusiasmo y un desinterés. Existe una historia vinculada a estas preocupaciones de una sola medicina de mejor calidad, de una accesibilidad que nos permitiría a todos los argentinos tener la posibilidad de prevenir y de curar. Es una historia que conviene siempre estudiarla para dilucidar cuáles son las dificultades que generan el desinterés.

Esto nos dio las bases para una idea formal de construir verdaderamente un sistema de salud de complejidad creciente, que integrase todo lo existente, posibilitando una medicina de alta calidad y accesible a todos. Fue la esencia

de este trabajo para que nuestro paso por la salud, como preocupación fundamental de los derechos humanos, resultara efectivo.

El paso que dimos en Santa Fe de regionalizar administrativamente la provincia fue fundamental para poder integrar el sistema de salud. Pero, además, integrarlo al sistema productivo y al sistema social. Porque casos de bagazosis podemos encontrar en el noreste santafesino, pero no en las otras regiones. Es indudable que trabajar sobre los problemas concretos de la salud, del trabajo, sobre el abordaje tanto de los casos puntuales como de los generales, tales como la accidentología, permite identificar las fuerzas que tenemos para resolver los problemas y derivar aquellos que no pueden ser resueltos en su lugar de origen.

Este es un modelo que nos sirve para aplicar, no desde una posición de pensamiento médico-hegemónico, pero sí desde una forma de construcción en satisfacción de los derechos de las personas, y que es muy válido para atender innumerables demandas de la población, que suelen ser bastante más simples de lo que creemos. El diálogo es necesario en el sector público como hecho fundamental, rector de un nuevo sistema de salud.

Con respecto al sistema de la seguridad social, teniendo en cuenta que fue posible descentralizar el sector público, por qué no pensar en una descentralización también de ese ámbito. Es necesario que los acuerdos se logren desde abajo hacia arriba, que en un pueblo haya integridad para resolver los problemas concretos de quienes cuentan o no con obra social. Hay una gran responsabilidad enfocada en

las obras públicas estatales o paraestatales.

Nos encontramos ante una crisis global del estado de bienestar, la cual podría tener solución si pensamos en una alternativa: la **sociedad de bienestar**. Se debe involucrar a la sociedad en su conjunto en la defensa de los derechos y de las demandas específicas, claras, netas como la educación, la salud, la vivienda. Se trata de una construcción piramidal que facilita una amplia base de sustentación para pensar en una conducción y un modelo de salud. La crisis del estado de bienestar debe ser abordada desde el compromiso de la sociedad con la construcción del modelo social que necesitamos los ciudadanos. Se debe lograr movilizar a la participación a los sectores necesitados del programa de salud, para llevar a los hechos las premisas teóricas discutidas sobre el valor de la integración. Los avances se dan con la participación ciudadana.

Nuestra mayor riqueza es confiar en las personas. Con las personas es posible construir. En el mundo de hoy necesitamos la descentralización y la participación como herramientas fundamentales del cambio. Ellas deben asumir los logros, no es una conquista individual. Es muy importante que todos defiendan lo logrado y asuman como propias aquellas cuestiones que le dan respuesta a sus demandas.

Desde la provincia de Santa Fe tenemos la obligación, por el lugar que hoy ocupa la salud, de imprimirle esa fuerza y entusiasmo a la construcción de mecanismos que brinden soluciones a los problemas de salud de nuestra población en general.

Es indudable que en la fragmentación no está la solución.

La solución está en la integración, en la búsqueda de respuestas a través del diálogo y la concertación, poniendo sobre la mesa los problemas concretos de las personas, a través de la participación ciudadana.

Nosotros podemos afirmar que, en nuestro paso por la gestión, en un hospital, en una vecinal o en el propio gobierno provincial, hemos hecho todo el esfuerzo y hemos aprovechado plenamente los recursos para que esta misión se hiciera realidad.

Equidad, el principio rector

El principio rector que condujo a la Salud Pública a partir de 1990 fue el Derecho Universal a la Salud con el Estado como garante. Detrás del concepto de derecho a la salud subyace el concepto de equidad.

La equidad en salud, como dice Mario Rovere², se manifiesta a través de tres aspectos:

1. Equidad en la atención: para que todas las personas tengan accesibilidad a los servicios de salud que necesiten y con la máxima calidad técnica, independientemente de su capacidad de pago.
2. Equidad en la distribución de los riesgos de enfermar, sufrir alguna discapacidad o morir por causas evitables.

²Rovere, M. (1999) *Redes en Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/ AMR, Instituto de la Salud Juan Lazarte.

3. Equidad en la distribución del saber y del poder en salud, para que las personas puedan tomar decisiones a partir de información pertinente en relación con el cuidado y promoción de la salud propia.

La idea de equidad se relaciona con su naturaleza de valor, que en la praxis sectorial se expresa como criterio ético del accionar en salud. La equidad no es un concepto que pueda tener una existencia independiente y autónoma. Necesita de un depositario específico.

En salud, se constituye dicho depositario y se establece en los diversos aspectos del proceso de salud-enfermedad y de sus sistemas sociales de intervención. Es una cualidad asignada a los depositarios del valor. Por otro lado, los valores son cualidades polares y jerarquizadas. La polaridad surge de la sola existencia del valor: se debe dialécticamente a la existencia de su contrario, la inequidad.

Por lo tanto, aspirar a la equidad en salud es corregir su contrario, la inequidad.

Por ello, interesa precisar el concepto, y sus criterios de reconocimiento, especialmente referido a la política de salud. Se puede aceptar como proposición general de la definición del concepto de equidad, en términos políticos, la propuesta por J. H. Bland³: “Equidad significa justicia.

³ Bland, J. H., (1997). *Equity-An Aferthought?* For Research into Action (January-March 1997) Council on Health Research for Development, Ginebra, Suiza.

Significa que las necesidades de la gente, en lugar de los privilegios sociales, guían la distribución de oportunidades de bienestar”.

La equidad como principio se adhiere a la justicia y al derecho que son los orientadores de la política pública, y al rol del Estado como su garante. Este reconoce la noción de justicia expresada en los enunciados de sus políticas y en los modos de implementarlas, de lo que resulta una disposición a ofrecer a cada ciudadano un reconocimiento imparcial del derecho de cada uno. En Salud el concepto de justicia significa que, ante una necesidad, todas las personas sin discriminación tienen la oportunidad de acceder a los servicios demandados.

En consecuencia, para hacer efectivo este derecho es indispensable asumir la responsabilidad sobre la necesidad de conocer los problemas de salud de la comunidad, organizar las respuestas, distribuir los recursos correspondientes y dar cuenta de las acciones.

Otra dimensión de la equidad en salud comprende la adecuación entre la necesidad individual y colectiva de los servicios y la disponibilidad de estos a través de un sistema que atienda la diversidad de la demanda. Del encuentro entre necesidad y disponibilidad depende la decisión, el uso y la aceptabilidad de los servicios de salud, como expresiones de la eficiencia, eficacia y efectividad de los mismos.

La equidad a nivel operacional se puede expresar en la igualdad de oportunidad de acceso a los servicios para

los que tienen iguales necesidades. Amartya Sen dice: “la equidad que se está midiendo es en igualdad de acceso de posibilidades.”⁴

Hay, por último, una dimensión del concepto de equidad que no puede dejarse de lado. Es la equidad en términos de propósito y objetivo, por los cuales el sistema de salud debe encaminarse hacia el ejercicio pleno del derecho a la salud como un componente de la justicia social, de modo tal que sea posible contribuir significativamente a incrementar los niveles de salud de la población y a reducir la brecha entre los grupos sociales, compensar en tiempos razonables las desigualdades de morbilidad, mortalidad y deterioro de la calidad de vida, modificar la regresividad de la carga financiera destinada al financiamiento de los servicios, promover la participación de los ciudadanos en la organización y control de dichos servicios y facilitar la accesibilidad a ellos con el propósito de generar y fortalecer la cultura por la vida y la salud.

⁴ Amartya Sen, (2002) *¿Por qué la equidad en Salud?* Rev. Panam Salud Pública vol. 11 n 5-6, Washington. Premio Nobel de Economía 1998.

Un estado eficiente satisface las necesidades de los ciudadanos

Un Estado **sin burocracia** que acerca las decisiones a los espacios donde se expresan los problemas en todos los órdenes.

Un Estado **descentralizado**. ¿Cómo se logró la descentralización en Rosario y en la provincia de Santa Fe?

En la “Declaración de Rosario” en el IV Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas (año 2002) sostuvimos que:

“La salud es un valor social fundamental, un bien público, garantizado por el Estado como derecho universal integral y con equidad. Y tiene a la descentralización como impulsora de procesos democráticos participativos de **empoderamiento** de los ciudadanos y sus comunidades, desde la perspectiva de la salud como proceso y producto social que posibilite además de la atención de salud, la calidad de vida”.

“Y tiene en los gobiernos locales un espacio privilegiado de desarrollo de un nuevo contrato Estado-ciudadanos, proceso desburocratizado, democrático, con efectiva participación social y que articule los diversos sectores que contribuyen al mejoramiento de la salud y la calidad de vida”.

Para que los puntos precedentes se cumplan en forma efectiva, por ejemplo en todo el país, se requeriría que el gobierno nacional y los gobiernos provinciales asuman su rol de

garantes del derecho a la salud reconociendo y compensando las diferencias de los espacios locales para asegurar la equidad.

La regionalización resulta un recurso de descentralización para provocar una mayor cercanía de los gobiernos con la ciudadanía y los territorios. Una nueva forma de pensar la regionalización debería incluir la organización de espacios territoriales comunes a los diferentes ministerios y una redefinición de funciones de los delegados regionales. Cuando se estudia la distribución de los organismos desconcentrados, se cae rápidamente en la cuenta de que cada uno aplica una lógica distinta, aún dentro del mismo Estado; la consecuencia es que las **regiones** de salud no coinciden con las de educación o de promoción, y que la ANSES y otras obras sociales tienen una división territorial distinta. Esta dispersión dificulta enormemente la comunicación entre los distintos organismos mal descentralizados. La organización territorial abreviaría los tiempos de gestión del gobierno central y liberaría energías para la puesta en acción del plan estratégico y las políticas de aplicación universal, por ejemplo, en salud.

Esa regionalización permitiría abordar la reforma sanitaria en contextos flexibles y ágiles. Sin embargo, cualquier descentralización de recursos y capacidades de decisión hacia los agentes políticos y sociales en cada territorio, de ninguna manera, diluye el rol rector del Estado.

El desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) permite la reorganización del sistema en su totalidad y la reconocemos como el nivel que garantiza el acceso equitativo, integral y universal.

Capítulo 2

La salud en el municipio de Rosario

Los inicios de la gran transformación

El inicio de la transformación en la salud pública de Rosario se dio en 1989 con la asunción del socialismo al gobierno municipal y la designación del Dr. Hermes Binner como Secretario de Salud. Sus planes de gestión incluyeron recuperar la capacidad instalada, armar cooperadoras y fundaciones, y reasignar presupuestos, entre otros.

En ese entonces, un grupo de cuatro médicos, que habíamos sido trasladados de otro hospital, organizábamos charlas con la presencia de especialistas invitados desde el Comité de Docencia del Hospital Carrasco. A principios de los 90, Binner tomó conocimiento de nuestro trabajo y luego de presentarle el proyecto, decidió que organizáramos un congreso.

Del primer congreso, que se denominó **La Salud en el Municipio de Rosario**, participaron más de 1500 personas y contó con el apoyo logístico brindado por Binner a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Hubo médicos, enfermeros y comunidad en general, la idea era priorizar la participación comunitaria.

Si bien no hubo empresa a cargo, sponsors y no teníamos experiencia, fue un congreso sin precedentes. En ese

momento no imaginábamos la importancia del evento para la salud de Rosario. A partir de entonces empezó el crecimiento en distintas áreas y se llegaron a hacer 10 congresos más, con gran convocatoria en cada ocasión.

En el año 1990, cuando el país comenzaba su aventura neoliberal, con el desmantelamiento del Estado y de las instituciones de atención a las necesidades populares, en Rosario se iniciaba un proceso inverso, dando lugar a un formidable resurgimiento de la Salud Pública, sostenido por la estrategia de APS. Esto permitió que la idea de la **Salud para Todos** empezara a cobrar forma en cada barrio de la ciudad. Allí se crearon centros de salud o se fortalecieron los existentes, se envió más personal (médicos generalistas, pediatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales), promoviendo la capacitación en servicio. Se organizó el ingreso de los equipos a los barrios allí donde no había posibilidades de traslado del paciente o donde era conveniente concretar una entrevista en la vivienda con todo el grupo familiar. Nuestros enfermeros, médicos, trabajadores sociales, fueron conociendo los barrios palmo a palmo.

El contacto cercano con las comunidades permitió que los trabajadores de los centros de atención primaria vivenciaran la realidad de cada lugar, lo cual resultaba complejo en una ciudad extendida como Rosario, con muchos barrios creados a partir de la inmigración interna, con diferentes etnias, producto de la literal expulsión de las tierras históricas que sufrieron los pueblos originarios. Esa diversidad hizo que en muchos de los centros se comenzaran a estudiar ciertos recursos de la medicina tradicional y a

trabajar con ellos. Por ejemplo, se comenzaron a cultivar en un huerto anexo algunas de las plantas utilizadas por los lugareños, todo ello sin descuidar la medicación de procedencia científico-académica, cuando correspondiera.

La transición de APS como ‘Primer nivel’ a APS como estrategia requirió de políticas activas. Ese primer paso que se había dado, que incluía el fortalecimiento de los centros de salud, el incremento de la capacidad de respuesta en equipos humanos y en recursos, la creación de una Dirección de APS, había dado resultados en cuanto a mayor capacidad de gestión política y operativa. Ahora bien, este nivel debía articularse con el resto del sistema —sistema que luego se caracterizó como red.

El movimiento generado desde un centro de salud comenzó a ser doble: hacia la comunidad, para integrarla, comprenderla, hacerla participar; y hacia la red, para integrarse como equipo de salud y facilitar que la propia comunidad, en esa estructura solidaria y mancomunada, pudiera acceder al mejor nivel de atención disponible para cada problema por vías más rápidas, coordinadas, de intercambio entre los centros y los hospitales de referencia.

En los hospitales se modificó la lógica de funcionamiento, generando internación por complejidad creciente donde no la había, reemplazando la tradicional separación de salas por especialidades, remanente de una época de trabajo individualista y centrada en los intereses de los médicos. Se transformó o se reconstruyó la estructura edilicia, se dinamizó su funcionamiento y se comenzó a trabajar en red junto con los otros niveles del sistema.

Se redefinieron los hospitales de gran complejidad que pasaron a funcionar casi exclusivamente como un tercer nivel de atención, tratando de concentrar las consultas y actuaciones profesionales pertinentes en el nivel barrial, es decir en los centros de APS mencionados.

En el nivel más alto de la atención se construyó un hospital de emergencia, urgencias, trauma de alta complejidad, especialmente, aunque no exclusivo, para traumatismos graves y otras urgencias: el Nuevo Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (N-HECA). Además, se creó el primer Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) de alta complejidad, que se construyó con una disposición planificada para resolver en forma ambulatoria casos complejos de la mayoría de las especialidades de la salud.

También en la alta complejidad cabe mencionar la habilitación del centro para trasplante de médula ósea entre otros logros.

Hablamos de red de servicios, algo que *a priori* no requiere demasiada explicación. Pensar en una red es pensar en una articulación horizontal y múltiple entre todos los efectores de un sistema de salud. Implica que, por ejemplo, desde una consulta en un centro de APS se puede llegar hasta un trasplante de órgano, todo facilitado desde la primera consulta. Y, una vez que se ha efectuado el tratamiento de mayor complejidad en cualquier sitio de la red, el paciente pueda retornar al centro de salud para seguir su atención, con su informe, es decir, la contrarreferencia. Este es el concepto más profundo de lo que significa el

funcionamiento de la red. Se basa en la comunicación efectiva entre las partes. Las autoridades del sistema facilitan dicha comunicación y contribuyen con directrices generales para que las articulaciones se puedan producir sin pasar necesariamente por el nivel político de decisión. El concepto de red se vincula con el desplazamiento de pacientes y de recursos de la periferia al centro y del centro a la periferia o desde cualquier punto del **entretendido** a otro.

Un aspecto esencial en nuestra estrategia de APS es la adscripción de pacientes a equipos responsables. Dicha adscripción es considerada como un nuevo contrato entre el Estado y los ciudadanos, a través del cual se asume la responsabilidad por el cuidado de la salud y se actúa como representante del paciente en la red de servicios. Cada persona del barrio tiene su equipo de referencia, constituido por un médico y un enfermero. Cada médico es el referente de cierto número de pacientes que son de su responsabilidad: debe velar incluso por situaciones de interrupción de tratamiento, de seguimiento domiciliario si es necesario. La adscripción implica efectivizar interconsultas, referencias y contrarreferencias, es decir, ante la necesidad de estudios complejos, de internaciones, de cuidado domiciliario, de consultas con otros nodos de la red o con hospitales, etc., poder brindar el acceso más adecuado y acorde a las necesidades de cada ciudadano. Por ejemplo, si un sujeto que es asistido en el centro de salud, debe ser derivado a un hospital o centro de mayor complejidad, el trámite lo realiza el mismo equipo del centro.

Hay una fuerte definición de lo que es el territorio de cada centro. Referirse al territorio abarca más que el área

geográfica: es el espacio social de interacción posible entre un equipo de salud y la comunidad.

El concepto de clínica ampliada está fuertemente ligado al de adscripción. Hablamos de clínica ampliada en el sentido de no limitarse al cuadro clínico del paciente, al motivo de consulta, sino permitir una mirada integral, tanto al sujeto como a su familia y su ambiente. En ese sentido, la clínica es contextualizada y trata de resolver la mayor parte de los problemas que tiene el paciente y que pueden ser resueltos a nivel del centro de salud, incluso prácticas que tradicionalmente han estado restringidas a los hospitales de mayor complejidad.

La adscripción se articula con otra estrategia importante, la creación de equipos matriciales en los hospitales (nivel dos o tres), los cuales trabajan en conjunto con los centros de salud. Los equipos matriciales, constituidos por especialistas, con frecuencia se desplazan hacia los centros de APS, donde desarrollan actividades de interconsulta, docencia, etc. Cada equipo matricial está en relación con varios centros de salud. En estas ideas somos deudores del brasileño Gastão Wagner de Souza Campos, incorporadas con gran aprovechamiento por nuestros equipos.

La práctica de los equipos de APS, excede los tradicionales límites de la práctica médica. Es una producción colectiva, interdisciplinaria, participativa y sujeta al protagonismo de la comunidad, una práctica compleja para dar respuesta a problemas complejos. Volvemos a las premisas y a la ecuación que desemboca en **un Estado que garantiza salud para todos los ciudadanos.**

Estas acciones concretas en salud demuestran hasta dónde se puede llegar desde el discurso a los hechos, qué significa asegurarle a cada ciudadano, de cualquier lugar del territorio, una atención oportuna (cuando él la necesita), efectiva y eficaz (que le resuelve el problema y lo hace en las mejores condiciones), eficiente (que trata de ejecutar acciones brindando el máximo de bienestar haciendo un gasto sostenible y justificado).

Frente a la ecuación que sostenemos y practicamos, hay otra, no siempre explicitada, pero que es la fórmula que se desprende de la lógica del mercado y es bastante fácil de vislumbrar bajo la superficie del discurso neoliberal:

“La salud es importante” (reconocen)... “el Estado es ineficiente” (repiten incansablemente)... “el Estado debe intervenir lo menos posible” (sentencian)... “la medicina privada es la mejor” (proclaman). La conclusión que sacan de estas premisas es que la atención de la salud debe estar en manos privadas (por lo menos para quien puede pagarla)... a lo sumo, el Estado se encargará de los que no tienen medios para ser atendidos por privados. Medicina para ricos y medicina para pobres...

Este ideario ha llevado a grandes desigualdades en el terreno de la salud pública, aún en países como los Estados Unidos. Por otra parte, los grupos de interés, los grupos de presión, que en estas condiciones crecen en forma exponencial (incentivados por sus ganancias millonarias), se oponen a toda reforma que pueda significar transparencia, responsabilidad del Estado, controles, etc. Podemos ejemplificar con el caso de los EE. UU.

donde, durante su mandato, el ex presidente Barak Obama tuvo muchas dificultades en su camino hacia una reforma inteligente de la salud. Por su parte, Inglaterra, Canadá, Suecia y Brasil ostentan sistemas de salud que son modelo, aún con sus problemas. Y ello sin mencionar Cuba, pues su excelente sistema de salud sólo puede darse en otro contexto político.

Rechazamos aquella idea, aquella sentencia fatalista o interesada que dice que “el Estado es invariablemente ineficiente”, y hemos demostrado con el modelo de salud de Rosario que el Estado puede asumir su compromiso como garante del derecho a la salud de los ciudadanos.

Planificación estratégica aplicada a Rosario

En la ciudad de Rosario, coincidente con tendencias crecientes en Latinoamérica y el mundo, desarrollamos planes y acciones regidos por **la planificación estratégica**, mediante la cual se lograron concretar los resultados buscados. Las estrategias estuvieron apoyadas en lo que llamamos vigas maestras: descentralización, participación y decisiones políticas.

Tanto la descentralización como la participación social nos permitieron llevar adelante propuestas que estuvieran en sintonía con los derechos de la gente. Entonces, si el derecho a la salud está consagrado en el imaginario a partir de la revolución francesa, también nosotros conformamos propuestas que permitieron que ese derecho sea realizable.

Lo que vivimos en nuestra experiencia en salud pública en Rosario y luego en la Provincia de Santa Fe, tuvo tres bases fundamentales: la **planificación estratégica**, la asignación de **recursos** para salud y el **tiempo**, que es un factor que se debe tener en cuenta dado que es usual el inmediatez, y culturalmente cuesta esfuerzo incorporar el factor del tiempo en la concreción de objetivos.

Construcción de la salud en la ciudad

La concepción de Salud tal como fue pensada en el proyecto de Rosario, tuvo como base la visión de prospectiva y la incorporación de conceptos y recomendaciones de la planificación estratégica. Esta mirada vino a cambiar viejas tradiciones en Salud Pública. Como ya hemos mencionado, se pensaron estrategias que estuvieron apoyadas en la descentralización, la participación y en las decisiones políticas. Todo ello enfocado en los derechos de las personas.

Primero hubo un plan orientado por dicha planificación, luego tuvo lugar la asignación de recursos, y por último la estimación del tiempo.

Descentralización y participación

La descentralización y la participación deben ser entendidas como políticas de Estado, en cuanto afectan a todos los sectores, si bien en muchos sentidos la salud pública puede considerarse pionera por el desarrollo de los centros de salud en los barrios, por el proyecto de crear zonas sanitarias —que se venía pergeñando en la AMR (Asociación Médica

de Rosario) desde hacía algunos años— y por la participación de los vecinos en los centros de salud.

La ciudad fue dividida en seis distritos que cuentan con un edificio cada uno al cual se trasladaron oficinas de todos los sectores de la administración municipal. Los distritos son escenario de reuniones y asambleas participativas en donde la comunidad debate sobre sus prioridades: esto ha dado origen al presupuesto participativo.

De alguna manera la descentralización impregna cada acción de salud pública: desde la Atención Primaria sobre la que pivotea, la creación del CEMAR, la atención ambulatoria, son todas tácticas que conforman una estrategia orientada hacia la descentralización del sistema de atención —más radicalmente descentración, porque se trata de un cambio de posicionamiento del eje desde donde girar el compás⁵. Como en todos los casos, estos ejes se entrecruzan.

Atención ambulatoria

La **descentralización** también se expresa en modalidades de atención que han pasado a primer plano, como las visitas a domicilio, la internación domiciliaria, la cirugía ambulatoria, aún el Hospital de Día. En conjunto, la atención ambulatoria cubre desde problemas simples al alcance de los recursos de cualquier centro de salud, hasta los más complejos que ameritan la derivación al

⁵ Cita: Mario Rovere

CEMAR. Estas formas, que fueron discutidas en uno de los congresos⁶, están claramente ligadas a la estrategia de atención primaria.

La **visita domiciliaria** es una modalidad implementada desde los centros de salud del primer nivel. Se transforma en una forma de intervención o de redefinición de los vínculos con la familia del paciente, como forma de instalar en el domicilio otra relación vincular con las personas.

A su vez, la **internación domiciliaria** está a cargo de un servicio *ad hoc*. Recibe pacientes derivados de los hospitales y de otros centros de la red municipal. Son pacientes que necesitan controles y cuidados, para lo cual los equipos de salud van a sus domicilios y allí cubren atención médica, de enfermería u otras disciplinas. El servicio cumple un rol fundamental en la atención de personas que no pueden desplazarse. El objetivo es mejorar su calidad de vida y la autonomía, porque pueden continuar en el seno de sus familias.

El **Hospital de Día**, si bien se suele desarrollar en hospitales, responde a la misma lógica que estamos considerando: la reincorporación de los enfermos a la vida social, evitando internaciones innecesarias o prolongadas. Al igual que las otras modalidades de atención, permite aumentar la capacidad de respuesta de las instituciones y brindar una mejor atención a pacientes que no pierden sus vínculos sociales y familiares. Se fue implementando

⁶ *Nuevos escenarios, nuevos modelos de atención*. (Feb. 1999). Actas del 6º Congreso: *Cien años de hospitales públicos*, Rosario, Secretaría de Salud Pública. Serie Salud en el Municipio nº 11.

progresivamente en varios efectores de Salud Pública, como modalidad de asistencia y acompañamiento. Consiste en atención hospitalaria diurna, con diversas actividades —curativas, cuidados y prestaciones de enfermería, juegos— dependiendo de cada caso. Se utiliza con personas que requieren tratamientos o cuidados durante el día, siendo restituidos a sus hogares en horas de la noche. El Hospital de Día se ha implementado en hospitales de adultos y también en el de Niños.

Articulaciones intersectoriales y entre niveles

Para que la Atención Primaria funcionara estratégicamente, era necesaria una articulación eficiente entre los niveles, que se favoreció con políticas concretas, reuniones de los equipos de salud y trabajos conjuntos. Esta integración también se vio favorecida por congresos, jornadas o seminarios.

La articulación intersectorial se facilita por el grado de autonomía que se ha logrado en la APS. La pregunta era cómo articular una APS con cierta autonomía con el resto de los niveles de salud, como los hospitales u otros efectores. A pesar de las dificultades, ese proceso se fue dando. La APS tiene una llegada natural a la problemática de la población, un contacto directo con las organizaciones sociales, a las cuales, por otra parte, se les brinda posibilidad de participación. Entonces, el propio nivel comienza a tener una cierta polifonía, que emerge de las necesidades de la comunidad y que se expresa a través de los trabajadores de los centros de salud. Esto puede hacer más dificultosa la implementación de programas verticales, tanto algunos que provienen desde los niveles nacionales

como propiamente locales. Sin duda, esto nos debe hacer replantear cómo formular políticas participativas y, a partir de allí, generar planes y no al revés. Es lo mismo que sucede con la descentralización. Las satisfacciones son mayores que las dificultades y el proceso redundó en un aprendizaje mutuo: de las autoridades y de la comunidad, para mejorar la interacción y las negociaciones.

Efectores de Atención Primaria de Salud (Rosario)

La atención primaria de la salud es el espacio donde el sistema de salud toma contacto más directo con las personas y la comunidad; además es valorado por aportar a la construcción de ciudadanía. Concibiendo la Atención Primaria como estrategia, se decide como medida inicial fortalecer el primer nivel y facilitar su articulación con los otros efectores. Se organiza bajo una estructura *sui generis* una dirección de APS, donde se integran todos los centros periféricos que se jerarquizan y pasan a constituirse en **Centros de Salud**. Paralelamente a una ordenanza de mi autoría mediante la cual se instituyó el Día de la APS, se optó por crear una Dirección, para darle presencia y operatividad. Con ella, la APS se incorporó a la agenda del gabinete de salud; y se considera una de las claves de su éxito. Arrancó como primer nivel de atención y con el tiempo fue creciendo e incorporando otros niveles, teniendo presente la idea de estrategia. Quien estuvo a cargo como directora en toda la etapa de organización fue la Dr. Ena Richiger, que provenía de una larga experiencia en la provincia. Ella tuvo a su cargo el armado de los equipos con los cuales se realizó la tarea más ardua, de ordenamiento y jerarquización.

En principio se fueron creando más centros de salud y destinando más gente a trabajar en ellos, optimizando tanto la estructura edilicia como los recursos humanos. Se fueron reemplazando los especialistas que cumplían algunas horas, incorporando profesionales formados y capacitados para la APS, desde enfermeros y generalistas hasta equipos multidisciplinarios: médicos generales (MG), pediatras, clínicos, gineco-obstetras, psicólogos y trabajadores sociales. En esta clave se crea la residencia de MG, siendo los primeros egresados rápidamente incorporados al sistema. La residencia se mantiene hasta la actualidad, siempre con un nivel de demanda importante. Los puestos se cubren a través de concursos.

Más tarde, la división de la ciudad en distritos, la creación del CEMAR, el reordenamiento de los efectores en red, fueron pasos que favorecieron la estrategia de atención primaria.

Multiplicación - Red de servicios

El punto de partida de la red de atención a la comunidad basada en la búsqueda de los derechos es la APS (Atención Primaria de Salud). Desde allí se debe brindar la atención necesaria, pero, a su vez, asegurar el otro nivel de atención dentro de la red, como el caso de hospitales de mediana y alta complejidad.

Al referirnos a brindar servicios en red, debemos pensar que, a partir de la consulta en un centro de atención primaria, puede surgir la necesidad de derivar al paciente a una intervención de alta complejidad.

En el primer nivel, el paciente recibe una solución inmediata cuando es posible y se facilitan las vías de derivación hacia otras instancias de la red donde se le dan respuestas con recursos más sofisticados según cada caso. La red de servicios se hace cargo de facilitar y organizar el paso del paciente por los efectores.

Recuperación edilicia en Rosario

En 1990, nos encontrábamos ante edificios vetustos, casi irrecuperables. El primer paso fue determinar los perfiles de atención en todos los hospitales y definir una planificación. Para ello se involucró al nivel central, a los responsables de cada hospital y a sus trabajadores. Se nombraron tres coordinadores a cargo de cada nivel de atención de la Salud Pública municipal: Raúl Rivero, Luis del Río y el recordado Pedro Canelo. Una vez definidos los perfiles, se comenzó rápidamente a recuperar capacidad instalada en los efectores. La conformación del sistema y la redefinición del perfil de cada efector —con los cambios edilicios y funcionales— pueden considerarse un proceso dialéctico.

Esta recuperación fue crucial en la primera etapa, llevada a cabo con fondos propios más los aportados por la comunidad, cooperadoras, fundaciones, clubes de servicio, etc. A título de ejemplo, la Fundación del HECA proveyó el tomógrafo y el ecógrafo a dicho hospital; la Cooperadora del Carrasco permitió la transformación del perfil de enfermedades infectocontagiosas con la remodelación e integración de todo el efector, un hecho muy importante considerando que el edificio había sido destinado a su destrucción en

gobiernos anteriores. También fue destacable el trabajo del club de Leones y de las cooperadoras del Hospital de Niños y del Roque Sáenz Peña.

A partir de todo este desarrollo, en todos los hospitales, maternidades y centros de salud se fueron concretando transformaciones. Como el caso del CEMAR o del nuevo HECA con un criterio único de hospital de emergencias y traumas (en el antiguo efector confluían pacientes agudos y crónicos, quitando funcionalidad al efector y a la red). Ello también estuvo definido por la comunidad hospitalaria y los equipos técnicos de la secretaría de Salud Pública, con la intervención de Luiz Cecílio como asesor extranjero. Del proyecto médico participaron profesionales, enfermeros, mucamas, operarios, ingenieros y arquitectos; y tuvo su culminación con el proceso licitatorio, la concreción de algunas etapas, la posterior paralización circunstancial debido a crisis económico-financieras y la inauguración definitiva de la obra edilicia en el año 2007, la cual representaría un modelo en arquitectura hospitalaria.

En la arquitectura de la red lo primero que reconocemos es la materialidad constituida por los nodos —centros de salud, hospitales, institutos. La descripción de líneas de conexión y de la circulación dentro de ellas remite a aspectos dinámicos más sutiles.

En la actualidad la red de efectores de Salud Pública Municipal está conformada por:

- Más de 50 Centros de Salud de Atención Primaria, puerta de entrada de los pacientes a la red y localización de los

equipos de referencia en las especialidades básicas.

- El Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR) donde, a través de 24 especialidades médicas, se realizan las interconsultas ambulatorias requeridas desde el primer nivel de atención o también desde los hospitales polivalentes.
- 5 hospitales. Tres de ellos son generales (polivalentes) y de mediana complejidad: Hospital Alberdi (zona norte), Hospital Roque Sáenz Peña (zona sur) y Hospital Carrasco (zona oeste); y dos son de alta complejidad destinados a resolver urgencias e internación: Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA) y Hospital de Niños Víctor J. Vilela.
- 2 maternidades: Maternidad Martín y del Roque Sáenz Peña (que funciona anexa al hospital general).
- 6 centros de rehabilitación física: estos fueron remodelados en cuanto a infraestructura edilicia y equipamiento a partir de un acuerdo de cooperación con la Unión Europea de 1 millón de euros asignados a la Secretaría de Salud.
- Internación domiciliaria: con capacidad de atención para 60 camas.
- El SIES (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias): equipo de ambulancias que atiende fundamentalmente accidentes de tránsito y otras emergencias urbanas.

Aquí nos detenemos a analizar el caso del SIES en particular. En la ciudad existía un sistema de ambulancias,

administrado por privados, que tenía a su cargo las emergencias. En aquel momento la Secretaría de Salud contaba con lo que se denominaba servicios de urgencias domiciliarias (SUD). Con la nueva gestión municipal se logró la integración de municipio y provincia para la creación del SIES, lo que permitió la incorporación de personal, de ambulancias y de servicios de ambas gestiones. El SIES creció e incorporó tecnologías cada vez más avanzadas para atender las emergencias y urgencias; y se mantuvo el objetivo de la mejora continua sobre la atención prehospitalaria en todos los momentos o eslabones de la cadena mediante:

- La capacitación de VES (voluntarios en emergencias sanitarias) para dar respuestas a problemas que surgen en la vía pública, brindando la primera intervención cuando se requiere y activando el sistema de emergencias.
- La incorporación de personal capacitado para la atención telefónica —estudiantes avanzados de medicina— para la primera clasificación del problema que permite discriminar si se trata de emergencia o de urgencia.
- La presencia de un médico evaluador en la central de emergencia quien toma las decisiones y, en muchos casos, guía al voluntario o familiar para que realice determinadas maniobras o se abstenga de hacerlas según el caso.
- La incorporación de médicos de ambulancia con determinado perfil, aptos para la medicina prehospitalaria, en particular las emergencias, y su capacitación.

- La figura del médico regulador en la nueva central de derivaciones, conectada a los efectores donde se deberán internar los pacientes asistidos.

Junto a estos efectores y el sistema de emergencias destinados a la atención directa al público debemos considerar los servicios de apoyo técnico, como el LEM (laboratorio productor de especialidades medicinales), el Instituto del Alimento y el Instituto Lazarte (en formación académica y capacitación).

El caso del CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias)



El CEMAR ocupó, dentro del nuevo paradigma, un lugar de gran importancia, en cuanto permite que se realicen prácticas médicas de alta complejidad, pero con pacientes ambulatorios. Antes de su inauguración, en la esfera pública estos estudios requerían de internaciones, a veces prolongadas por las características de la gestión hospitalaria. Pero el CEMAR no es un efector más. Por su dinámica de trabajo, ha impulsado un salto cualitativo en la atención de toda la red, en cuanto concentra la alta complejidad a la cual se accede a través de **interconsultas**, con turnos estrictos manejados por cupos desde los efectores de atención primaria.

La **cirugía ambulatoria**, también denominada 'cirugía de día' o 'cirugía de alta precoz', se refiere al conjunto de procedimientos quirúrgicos que se pueden realizar

con anestesia local, regional o general, que comprende diferentes especialidades y en la cual el paciente se retira a su domicilio el mismo día de la práctica. Sabemos que, durante muchos años, las intervenciones quirúrgicas han requerido de un período de hospitalización más o menos largo, con reposos prolongados y costos elevados. La falta de camas en los hospitales públicos provoca retraso en los turnos quirúrgicos. El gran desarrollo tecnológico experimentado en los últimos años en el área de instrumentación, equipamientos y farmacología, y la incorporación de técnicas quirúrgicas innovadoras han permitido realizar nuevos procedimientos que permiten el alta precoz con rápida reinserción socio-laboral, sin alterar la calidad de las prestaciones médicas.

La puesta en marcha del Área de Cirugía Ambulatoria en el CEMAR fue un nuevo hito que permitió afrontar desafíos mayores. La cirugía ambulatoria repercutió favorablemente en varios sentidos:

- Mejoró la calidad de atención: evitándole al paciente internaciones innecesarias.
- Derivó en mayor confort para el paciente.
- Generó una disminución de las complicaciones provocadas por la permanencia en el hospital, especialmente las infecciones.
- Permitió la reducción del período de convalecencia, posibilitando la pronta reinserción de la persona a su medio y a su trabajo: la internación es por un máximo de 12 horas.

Así, por ejemplo, una operación convencional de vesícula biliar implica para el paciente un promedio de cuatro días de internación mientras que, a través de cirugía ambulatoria, el mismo día del procedimiento el paciente regresa a su hogar.

- Se incrementó el número total de operaciones, beneficiando a quienes debían permanecer en lista de espera por casos de urgencia.
- Se logró el aprovechamiento del efector para docencia e investigación.
- Disminuyeron los costos al no requerir camas hospitalarias. En relación con los gastos previos, el ahorro se estimó en un 50%.

El CEMAR cuenta con cuatro quirófanos, dos salas de pre y poscirugía, office de enfermería, central de materiales y



esterilización de instrumental y vestuarios. Su equipamiento fue provisto por una donación del gobierno suizo, con una inversión de 77 500 dólares. La modalidad del proyecto es de Unidad Satélite de Hospital. Si bien está localizada fuera del área hospitalaria, es patrocinada y administrada por el hospital; en caso de complicación, los pacientes son derivados al HECA que posee mayor complejidad de respuesta.

El caso del Nuevo HECA



El nuevo Hospital Clemente Álvarez (N-HECA) constituyó un proyecto médico de atención por cuidados progresivos, de emergencia, trauma y alta complejidad. Así fue definido y sobre esa base se desarrolló la parte arquitectónica, convirtiéndose en el más moderno de Latinoamérica.

Los inicios de este efector se remontan a 1897 cuando se colocó la piedra fundamental del, por aquel entonces,

Hospital Rosario, el cual fue inaugurado un año después. El viejo edificio surgió para dar respuesta a las necesidades de aquel momento histórico.

Un siglo después, en Rosario tuvo origen un nuevo modelo de salud. Eran otras las problemáticas, la situación epidemiológica poblacional y la tecnología. Ante la imposibilidad de reacondicionar la estructura edilicia para responder a las nuevas demandas debido a intentos de reparaciones costosas que dejaban asomar fallas estructurales, el por entonces intendente, Hermes Binner, propuso la construcción de un nuevo edificio para este hospital. Para ello, se designó el predio ubicado sobre avenida Pellegrini entre Crespo y Vera Mujica.

El primer paso fue crear un proyecto médico, para ello se empezó a trabajar con todos los actores involucrados, los trabajadores, las instituciones, la Fundación, la cooperadora, el Patronato de Damas, el personal profesional y el no profesional. La participación de todos los involucrados sentó las bases para el desarrollo arquitectónico.

El nuevo HECA permitió consolidar el proyecto de salud de atención por niveles de complejidad. Con la estrategia de atención primaria de la salud, a través de los Centros de Atención Primaria, con los hospitales de segundo nivel y con los de la alta complejidad, tanto en el HECA para adultos como en el Vilela para niños, se fue completando el circuito.

Fue el broche de oro de todo el proyecto de salud pública desarrollado en Rosario.

Para definir la ubicación del hospital se tuvieron en cuenta las vías de comunicación. Por Av. Circunvalación y Av. Pellegrini se llega desde la autopista Rosario-Córdoba o desde la autopista Rosario-Buenos Aires. También se accede rápidamente desde Bv. Oroño. El hospital es referencia para los habitantes de muchas localidades de Santa Fe, e incluso para personas de otras provincias que se atienden allí ante ciertas emergencias.

Todo fue planificado y programado bajo un único objetivo, que esa primera experiencia tuviera los mejores resultados posibles. Lo cual se logró demostrar con la capacidad de los trabajadores, personal administrativo, mucamas, enfermeras, enfermeros, médicas, médicos, su docencia y todo un andamiaje estructural que permite hoy dar respuestas. Los datos estadísticos así lo pueden certificar, al igual que los premios obtenidos.



El hospital que respondió a los nuevos paradigmas de arquitectura hospitalaria.

El intendente contrató al arquitecto rosarino Mario Corea Aiello, quien trabajó en conjunto con nuestros profesionales para llevar adelante el proyecto. Dicho proyecto se presentó a la comunidad del hospital el 12 de diciembre de 1997 con el por entonces intendente Dr. Hermes Binner y la secretaria de salud pública Dra. Mónica Fein.

Para poder construir este hospital, el presupuesto destinado se originó en el municipio de Rosario; sin intervención del gobierno nacional ni del provincial.

El inicio estuvo marcado por la piedra fundamental colocada en el terreno previsto para la construcción. A eso le siguió el diseño y el inicio de la obra a partir del correspondiente proceso licitatorio. Sin embargo, las circunstancias de un país con economía en crisis y procesos inflacionarios severos hicieron que, en 2001, el intendente Binner anunciara a su gabinete y a la ciudad que se suspendía la construcción del hospital de emergencias. Los fondos se destinarían a otras prioridades y no era posible conseguir créditos del exterior.

Ni bien se revirtió la situación, mediante un crédito del BID, el hospital se concretó. La finalización de obra tuvo lugar en 2007, durante la intendencia del Ing. Miguel Lifschitz.

A partir de entonces se iniciaron lo que denominé las pruebas en vacío del hospital. Para ello, se convocó a quienes desarrollarían tareas allí para familiarizarse con el edificio y para que evaluaran la necesidad de modificaciones. Se realizaron pruebas de todos los fluidos: oxígeno, aire comprimido, aspiración, para verificar el correcto funcionamiento. El diseño de este hospital en particular evita la necesidad de romper paredes para realizar arreglos. Las reparaciones se efectúan en un entresuelo técnico de 1,80 m de altura que permite a los operarios trabajar de pie.

Más tarde, se continuó con los procesos de licitación para poder dotarlo de todo el equipamiento, las camas, el instrumental, el resonador magnético —primer resonador magnético público de la ciudad de Rosario— el tomógrafo computado, los ecógrafos, los respiradores, todo lo necesario para la terapia intensiva, unidad coronaria y quemados. Esta última área cuenta con una pileta que permite, mediante un guinche, colocar al paciente y realizarle baños terapéuticos.

Otra característica que cabe destacar son las barreras arquitectónicas que delimitan sectores, la sala de espera de familiares, la circulación de profesionales, de administrativos, el ingreso de proveedores, etc. El hospital cuenta con una construcción posterior donde funcionan el área administrativa, el comedor, las habitaciones para el personal y otras dependencias. Es posible circular transversal y longitudinalmente sin tener que introducirse a los servicios.

Se trató de una obra distinta, paradigmática para nuestro gobierno. Gran parte de la estructura es vidriada por lo

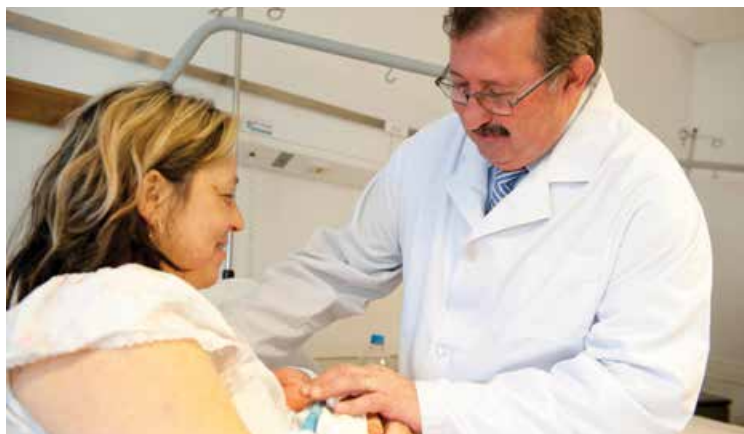
cual, tanto en terapia intensiva como en unidad coronaria, los pacientes cuentan con luz natural.

“Se trata de una estructura circulatoria propia del siglo XXI basada en un criterio horizontal para evitar el uso permanente de ascensores y montacargas, con tres áreas bien diferenciadas y mucho énfasis en los lugares comunes. En el proyecto, los cristales juegan un rol central, simbolizan la transparencia del hospital, para que desde afuera los ciudadanos vean lo que pasa adentro, cómo se trabaja, cómo se atiende a los pacientes. Lo mismo pasa con los patios internos, la idea es que pueda verse el sol, el cielo”. (*Mario Corea Aiello*)

Todos los avances y logros dan muestra de la gran transformación en el sistema de salud de Rosario. Lo realizado entre todos en esos años marca un hito único e irrepetible. La Salud en el Municipio de Rosario es un patrimonio de todos.

El estado logra garantizar igualdad de oportunidades cuando se hace cargo de responder a las necesidades ciudadanas tomando decisiones como las antes expuestas que benefician a todos.





Capítulo 3

Construcción de la salud en la provincia de Santa Fe

Faltaba una planificación estratégica de la provincia, faltaba una visión integral también en Santa Fe.

Hay una serie de leyes que propone políticas de integración de lo nacional con lo provincial y lo municipal. Es necesario pensar en una red solidaria de atención a la salud, en donde también, mediante un sistema de referencia y contrarreferencia, se otorgue capacidad de resolución a las localidades. Hay que buscar alternativas que permitan brindar la mayor atención posible en el lugar de origen.

Existen en nuestro país hospitales que no funcionan por cuestiones tan básicas como no contar con anestesistas, lo que impide que se efectúen cirugías. Es necesaria la integración de los sistemas y de las provincias, en una red solidaria, y que las autoridades de Salud regularicen un único plan de salud que permita partir desde la estrategia de APS y se pueda llegar a la mayor complejidad posible.

El recurso que hoy más necesitamos es el de la tecnología en administración de salud. No es que nos falten médicos, lo que falta es un modelo que articule todo lo que existe. Hay camas, hay hospitales, hay quirófanos, hay salas y equipos, contamos con una importante infraestructura. Se trata de generar una red que siga los caminos de la gente, que permita satisfacer la demanda de la población.

Hay cuestiones que se deben superar rápidamente. Si la salud se jerarquiza —y esto implica convocar a los sectores que conocen a los usuarios, a los que permanentemente están demandando una mejora, a los equipos de salud— las cosas mejoran.

En la ciudad de Rosario la descentralización se abordó con la delimitación de los seis Distritos. Más tarde, en la provincia, se definieron cinco grandes regiones con nodo en las ciudades más importantes por su influencia metropolitana, para poner en práctica el proceso de descentralización y hacerla operativa.

Un sistema único

La provincia de Santa Fe logró la concreción de un sistema único de salud de gerenciamiento público que establece mecanismos de coordinación con los distintos subsectores y que garantiza la participación ciudadana en todos los niveles. Esta política se podría extender, con las adaptaciones inherentes, como propuesta a toda la nación.

La reforma presentada originalmente trabaja sobre dos aspectos estrechamente vinculados: el modelo de atención y el modelo de gestión.

Con relación al **modelo de atención** se logra reconocer como problema del sistema de servicios a la distribución asimétrica de necesidades y recursos.

El **modelo de gestión** es el instrumento que da lugar al nuevo ordenamiento de la organización en pos de la construcción de un sistema único de salud para todos.

La idea central es cimentar un sentido compartido por los gobernantes, los trabajadores y los usuarios del sistema, cargado de valores como la democracia, la participación, la equidad, el compromiso, la responsabilidad y la autonomía.

Se promueve un proceso de debate sobre la reorganización de la red con los objetivos de descentralizar, desburocratizar y, fundamentalmente, democratizar mediante la participación de los trabajadores, los usuarios y las organizaciones de la esfera política y social.

Este proceso no es espontáneo y es responsabilidad del gobierno su conducción, enmarcándolo en los principios básicos y las líneas directrices de la propuesta de gobierno.

Es necesario como política de Estado fortalecer el concepto de **redes asistenciales**. Los servicios de salud deben velar por una atención de salud oportuna y de buena calidad, lo cual incluye el desarrollo de nuevas capacidades de coordinación entre los niveles de distinta complejidad y entre los prestadores municipales, provinciales y privados.

La tarea en salud se construye en el diálogo permanente entre la comunidad, los trabajadores y los funcionarios del gobierno, en el compromiso cotidiano de luchar para transformar las condiciones que limitan la vida.

La Salud Pública es una **construcción social**⁷. En nuestro país, hay una tradición muy importante de gestiones

⁷ Entendemos por construcción social o constructo social una entidad instituida e institucionalizada desde el imaginario de una cultura o sociedad.

que han instalado el concepto de salud como derecho, y que desde el Estado han dado respuesta a muchos de los problemas de la población.

Nosotros sostenemos que en el ámbito de la salud, donde el 'saber' y el 'poder' (en este caso económico) están mal repartidos, el mercado no es transparente. No se regula automáticamente ni mucho menos se nivela a favor de los que más necesitan. Los saberes y los poderes hegemónicos sobrecargan la oferta mientras estimulan y moldean la demanda, segmentan aún más el mercado e impiden que los beneficios de la tecnología puedan ser socializados.

El reconocimiento del **Derecho a la Salud** como Derecho Humano y Universal y la asunción de responsabilidades constitucionales por parte del Estado provincial para garantizar su ejercicio, dio origen a una **construcción** en proceso que permanentemente confrontó con la realidad, con lo instituido. Se retroalimentó de la opinión de la ciudadanía, recibió el aporte continuo de los trabajadores de salud y se abrió al diálogo con diversos actores sociales que representan intereses del campo.

De todos ellos, los que más conmovieron los cimientos de ese **construyéndose** fueron los mismos integrantes de los equipos de salud. Sea reflejando las inquietudes de los ciudadanos o irradiando sus perspectivas, dinamizaron todo el proceso instituyente.

En este apartado se pretende dar una visión general para el reconocimiento de una experiencia de gestión que,

como verdadera praxis social, vuelve continuamente sobre sí misma en un reciclado que generará sin duda reflexiones y aprendizaje para nuevas intervenciones. Se intenta dar cuenta de la doctrina subyacente, del **sentido** de la construcción que fundó o refundó un sistema de salud a partir de la integración e interdependencia de componentes hasta el momento aislados. La perspectiva fue de **redes** dinámicas y eficaces que mejoraran la situación de salud de los ciudadanos con criterios de equidad.

Como ya lo hemos mencionado, los antecedentes se sitúan en la experiencia de la ciudad de Rosario que, con el mismo sustrato teórico, organizó su salud ampliando la cobertura y mejorando la calidad de las prestaciones con participación de los trabajadores y ciudadanos.

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

El Estado provincial se definió como el regulador, coordinador y garante del funcionamiento equitativo del sistema de salud para que los servicios llegaran a todos los ciudadanos, atendiendo la diversidad de condiciones en que habitan.

Tal lo abordamos en capítulos anteriores, la fragmentación

del sistema de salud argentino es una problemática común a toda América Latina. Hay distintos subsectores, organizaciones e instituciones que ofrecen servicios.

Si bien en las últimas décadas se han hecho esfuerzos e inversiones, lamentablemente no tienen correlato en los resultados. La oferta entre los subsectores y los servicios no se complementa en función de las necesidades de la población como debería ser.

En particular para la provincia de Santa Fe, contar con normas como la Ley SAMCo⁸ en un escenario fragmentado desde su constitución en tres sectores: de obra social, público y privado, impuso al Estado provincial, más tempranamente que a otras provincias, el desafío de garantizar salud con una configuración cuyas organizaciones estaban desarticuladas, competían entre sí, eran ineficientes y frecuentemente omittían principios básicos como el de la equidad.

⁸ SAMCo. Servicio para la Atención Médica de la Comunidad. Se trata de un sistema creado por la provincia, en respuesta a una ley del gobierno militar de Onganía (Ley N° 6312/67). Por el plan se combinan aportes del gobierno provincial y de la comunidad de cada pueblo para la atención de salud de toda la población. El gobierno de Onganía, que tuvo una fuerte influencia de la etapa más tecnocrática del franquismo, buscaba sostener la estabilidad de la dictadura compensada por mecanismos de participación comunal corporativos. En este contexto se piensa una nueva ingeniería social para los servicios públicos de Salud, los que a nivel nacional se denominaron Sistemas de Atención Médica Integral de la Comunidad (SAMIC). La única provincia en adoptar esta idea y generar su propio decreto ley fue la de Santa Fe con los denominados SAMCo (Servicio de Atención Médica para la Comunidad). Los SAMCo se han desarrollado como una institución paradigmática de la salud de la Provincia de Santa fe y han operado como un obstáculo para facilitar el proceso de municipalización creciente de la salud pero también operan siguiendo una lógica que les brinda cierto aislamiento de las decisiones de salud provinciales.

Luego de esta norma y en una secuencia progresiva con el mismo sentido delegativo de la responsabilidad estatal y reducción del gasto público, en la década del 90, se fueron instalando programas de atención primaria selectiva y descentralizando los grandes hospitales.

Muchos factores habían deteriorado la capacidad instalada. Entre ellos, las políticas de turno, la influencia de los organismos internacionales, las crisis económicas, la débil capacidad reguladora del Estado, el carácter federal del sistema público de salud, la autonomía excesiva de los actores y las intensas desigualdades por región.

Muchos de los rasgos que se revirtieron en el sistema de salud santafesino fueron consecuencia de ese proceso que hizo lugar a un sistema desigual, con fragmentación y desarticulación, pérdida de una visión integral de las necesidades y, fundamentalmente, un gran malestar en los trabajadores que se fueron separando cada vez más del sentido de su trabajo.

Los lineamientos o directrices que orientaron la construcción del nuevo modelo aspiraban a propiciar diferentes focos de transformación para la concreción de un sistema de salud provincial diferente. Para ello se invitó a los trabajadores y a la población al diálogo, con unidad de objetivos en el Derecho a la Salud y los principios que lo orientan, sin dejar de reconocer la diversidad entre las regiones, las organizaciones, los sujetos que las componen, sus capacidades y sus intereses.

Se trabajó bajo el concepto de Salud como derecho humano

básico e inalienable y considerando a los bienes y servicios del sistema de salud como bienes sociales, que deben llegar a todos los santafesinos por igual.

Se pretendió instalar criterios sanitarios y modalidades de gestión como políticas de Estado para sentar las bases de un nuevo contrato social que efectivizara la Salud como Derecho, dejando atrás el período en el que era concebida como una mercancía a la que algunos podían acceder y otros no.

La tarea no fue sencilla, ni todos los resultados fueron inmediatos. Hubo que crear, estudiar y ensayar.

En este capítulo se presenta un panorama amplio de las políticas que el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe planteó y desarrolló durante su gestión desde el año 2007 en adelante.⁹ Se enuncian las ideas rectoras, destacando algunas acciones, programas y proyectos, discutiendo sobre las condiciones que facilitaron y obstaculizaron la concreción de dichas ideas.

Se lo considera una construcción que recibió permanentemente las confrontaciones con la realidad y con una suma de factores que intervenían en la provincia tanto a nivel macro como en cada pequeña localidad.

⁹ En diciembre de 2007 hubo un cambio político en el gobierno de la provincia de Santa Fe, asumiendo como Gobernador el Dr. Hermes Binner, ex intendente de la ciudad de Rosario y representante del Partido Socialista dentro de un Frente de centro izquierda. Durante 24 años, desde la vuelta a los gobiernos democráticos, había gobernado el partido justicialista en forma ininterrumpida.

Se fue optimista, se entendió que el momento era oportuno, que surgía una nueva cultura sostenida en un proyecto colectivo donde se recuperaron valores como la solidaridad, la integralidad o la equidad para potenciar a esos valores.

El proceso no fue ajeno a las opiniones de los miembros de la comunidad, ya sea en forma personal a través del contacto con el equipo de salud local o en forma organizada a través de grupos de diversa pertenencia: sindicatos, asociaciones profesionales, partidos políticos. De todos ellos, los que más solían conmover los cimientos de esa construcción eran los propios integrantes de los equipos de salud que contribuyeron al proceso, reflejando las inquietudes de los habitantes o irradiando sus propias certezas o dudas.

En ese sentido, fueron destacables las contribuciones de los miles de trabajadores de la salud que fueron los verdaderos protagonistas de esta transformación.

Fragmentación versus integración a nivel provincial - Antecedentes del sistema de salud

Al inicio de la gestión, existían jurisdicciones del Estado que tradicionalmente habían actuado sin estar coordinadas, con incumbencias y acciones territorialmente superpuestas y funcionalmente contrapuestas.

A ello había que sumar las marcas de planes y programas verticales de carácter nacional (no siempre adaptados a las necesidades de las provincias), además la figura de los SAMCo, las Obras Sociales y Mutuales, los efectores privados, etc.

El sistema de información de salud daba cuenta de esa realidad, múltiples sistemas inconexos e incompatibles en su estructura de datos, duplicación de registros, datos innecesarios que ocupaban el tiempo de los profesionales en tareas administrativas, ausencia de datos identificatorios de los pacientes o de datos diagnósticos que permitiesen realizar análisis epidemiológicos; todo ello expresaba la fragmentación y falta de integralidad, dificultando seriamente la evaluación y el monitoreo entendido como un proceso dinamizador y de aprendizaje colectivo entre los distintos actores involucrados.

Las universidades nacionales o privadas, con escasa capacidad instalada destinada a la atención de la salud, pero gran cantidad de recursos humanos altamente calificados que por lo general desarrollaban sus actividades en hospitales públicos, respondían fundamentalmente a la lógica de los programas de formación de profesionales más que a la política de salud provincial.

Las contradicciones, conflictos y tensiones entre todos esos actores disímiles conspiraron históricamente contra la conformación de un sistema coherente.

Como expresó Hermes Binner en su mensaje a la Legislatura al asumir en su primer año de gobierno:

“La provincia se plegó, con mayor o menor entusiasmo, a todas las iniciativas nacionales de salud traducidas con su peculiar estructura sanitaria. Así, diferentes políticas como la regionalización, la atención primaria, la provincialización de los hospitales nacionales, el arancelamiento hospitalario,

el hospital de autogestión, la participación en los nuevos programas financiados con créditos internacionales como el PROMIN o el Remediar, hasta un Seguro de Salud se fueron superponiendo como capas geológicas sin un plan director que permitiera establecer claramente la identidad sanitaria de la provincia, sus estrategias de lucha contra la exclusión, su modelo de desarrollo humano sustentable, sus estrategias de transparencia y democratización imprescindible en un marco en que la representación política es un capital volátil y en la que el propio sector no puede permanecer ajeno ya que es éste uno de los sectores con mayores potencialidades en el campo de la participación social y la descentralización.”

En ese sentido se afirma que el sistema de salud en la Provincia de Santa Fe no existía como tal y se apuesta a un momento fundacional.

Dentro del mismo territorio, aunque con diferentes criterios políticos, la ciudad de Rosario organizó su salud en un sistema que permitió ampliar la cobertura a toda la población, mejorando considerablemente también la calidad de las prestaciones.

La inversión en salud, modernización de infraestructura y capacitación del personal fueron haciendo marco a una construcción con la perspectiva de atención primaria como organizadora de un sistema de salud en redes, con trabajo en equipo, con abordajes interdisciplinarios y amplios.

Sin embargo, durante largos años, coexistieron en el ámbito del mismo municipio, efectores organizados con

las políticas provinciales con las que no lograron ser coordinadas. Es decir, aún en esa ciudad, los efectores provinciales preexistentes se atenían a una lógica propia, con escasa articulación con los del municipio.

Hablar de fundación de un sistema podría percibirse como demasiado altisonante, en tanto que en la provincia de Santa Fe antecedían a la gestión numerosos efectores de salud, algunos de gran prestigio; al igual que eminentes profesionales cuyos nombres son reconocidos en el país y el mundo.

Cabe aclarar que esta notoriedad, sin embargo, estuvo acotada a algunos centros **excepcionales** en un universo de casi 700 efectores públicos dispersos y desconectados. Se usa la palabra excepcional, entonces, con dos sentidos: por su nivel de calidad y por su relativo aislamiento.

También han visto la luz en el territorio algunos programas de gran alcance en temas como la prevención y el tratamiento de diversas afecciones, pero ellos tampoco tuvieron la suficiente continuidad.

¿Por qué, entonces, se consideró como la fundación o creación de un sistema?

Se entiende que la palabra sistema designa a la articulación de distintos componentes cuya funcionalidad se mide, precisamente, por su aporte al conjunto. Aunque se hable de la respuesta a las necesidades de salud en términos sistémicos, en el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe se lo resignificó con el concepto de redes. De todos modos, en estas redes no pierden valor las ideas de

integración y de interdependencia.

La integración debía ser obviamente de los trabajadores (profesionales, técnicos, etc.) y de los efectores (centros de salud, hospitales, centros especializados, etc.) con un rol importante en la articulación a cargo de los servicios de soporte, entre los que se destacan los laboratorios, los equipos de apoyo para determinados programas prioritarios, los servicios de emergencia instalados o móviles e, indudablemente, los sistemas de información y comunicaciones.

En la concepción que se sostuvo, el Estado debía ser el regulador, el coordinador, el conductor y el garante del funcionamiento del sistema y de que sus beneficios llegasen a todos los ciudadanos del territorio (provincial en este caso).

Al retomar el concepto de la OPS, abordado para el caso de Rosario, que define a la fragmentación como la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en el conjunto de servicios de salud que conviven en un territorio, podemos contraponerlo con la integración que contempla servicios continuos a lo largo del tiempo y de todos los niveles del sistema

Un sistema integrado de salud es aquel que identifica a un responsable único, o al menos principal, para los cuidados de salud del ciudadano.

Mientras haya personas que recurren a un servicio (o a un financiador) para algunas prestaciones y a uno diferente

para otras, no hay integración. Y la falta de integración de los cuidados influye sin dudas sobre la eficacia del sistema.

Aunque se entiende que la multiplicidad de agentes no fue el principal determinante de la fragmentación sino el supuesto de autorregulación, la existencia de muchos responsables sin un esquema explícito y coordinado de responsabilización sobre las acciones y asignaciones de recursos, y la ausencia del Estado en su rol de garante y conductor.

Se trabajó sobre esa carencia, usando los mismos criterios con los que se pudo transformar la salud en la ciudad de Rosario.

Las regiones y sus nodos - Asambleas ciudadanas

El término territorio o región es entendido como espacio físico delimitado por una norma o decisión política.

Se comenzó por la delimitación geográfico-administrativa, que era imprescindible para definir espacios de intervención de proyectos o de distribución de recursos, pero teniendo en claro que no sería suficiente para regionalizar y descentralizar el sistema, entendiendo regionalizar por territorializar y descentralizar por democratizar.

Una decisión importante fue la definición de cinco grandes regiones en la provincia con nodo en las ciudades más importantes por su influencia metropolitana, para poner en práctica el proceso de descentralización. En la ciudad de Rosario, la descentralización se había abordado de manera similar con la delimitación de seis distritos.

Los nodos escogidos en Santa Fe fueron:

- Región 1: Nodo Reconquista
- Región 2: Nodo Rafaela
- Región 3: Nodo Santa Fe
- Región 4: Nodo Rosario
- Región 5: Nodo Venado Tuerto

La elección de los nodos resultó muy operativa y fácilmente aceptable por la población porque se analizaron relaciones preexistentes, considerando múltiples dimensiones del espacio en su definición (economía, redes de transporte, caminos, cultura, educación, servicios, etc.).

En el norte, con una vasta extensión territorial y baja densidad poblacional, los mayores problemas percibidos por la población fueron, en principio, resolver la urgencia y la emergencia y garantizar acceso a la alta complejidad, debido al aislamiento de las localidades y a la escasa capacidad instalada.

En la parte centro-sur con mayor densidad poblacional y buenos servicios de salud, los nuevos problemas epidemiológicos imponían la necesidad de responder a cuestiones complejas. Allí, la población tenía registro de que el problema no era la falta de servicios sino la necesidad de integrarlos y hacerlos accesibles.

Ante esa realidad y esas demandas populares se comenzaron a pensar e implementar redes de servicios que pudieran brindar a la población algunas garantías de acceso y cobertura dentro del sistema público. Se iban configurando nuevas centralidades en los nodos de las cinco regiones a

medida que se proveían los recursos para lograr condiciones de infraestructura en salud que fuesen similares en todas.

Ahora bien, dichas regiones o nodos no fueron pensados como espacios geográficos de desconcentración administrativa, ni como territorios delegados, ni solo como áreas de optimización de recursos provinciales; se entendieron también, como espacios en los cuales inscribir el proceso social de transformación de las prácticas. Correspondería entonces diferenciar entre lo que es región y **regionalización-territorialización** como proceso.

La idea de la regionalización fue la redistribución del poder. Lo que se propuso fue un proceso de socialización del poder, en un marco claro y coherente de firme conducción central que no descentraliza la conducción política ni la regulación del sistema.

De esta manera, la región aparece también como un espacio de límites difusos y en permanente construcción, producto de una dinámica social donde se tensionan sujetos sociales con propuestas políticas contradictorias.

Nuestra gestión logró que las organizaciones estatales se transformaran en espacios facilitadores del ejercicio del Derecho a la Salud y, también, en lugares donde los trabajadores se construyeran a sí mismos como sujetos libres en sus prácticas, entendiendo la libertad como una combinación de autonomía y responsabilidad con relación a un proyecto colectivo en el que las necesidades de toda la sociedad se expresan.

Para facilitar ese proceso e incorporar a él la perspectiva comunitaria, se creó el Plan Estratégico Provincial en el año

2008, con las asambleas ciudadanas como principal instrumento en las que los habitantes, como individuos o representantes de organizaciones, los técnicos que se desempeñan en el Estado y los gobernantes intercambian ideas.

De allí surgieron los distintos proyectos que definieron las líneas de acción para el establecimiento de ciertas líneas políticas que más tarde se instituyeron como políticas de Estado en la provincia.

La primera asamblea ciudadana fue en abril de 2008 y tuvo lugar en Reconquista, el nodo más alejado y la región menos favorecida por los ciclos históricos. Luego, se sucedieron las de las otras regiones con periodicidad durante todos los años de la gestión del Frente Progresista Cívico y Social.

Fue en esos espacios donde se explicitó y terminó de dar forma al plan de salud haciendo lugar a las demandas, las contribuciones y las perspectivas de los ciudadanos. Ante ellos, el Estado expuso y fundamentó cuáles ideas respondían a la lógica de Salud como Derecho y Estado como garante, ecuación muy simple, que no es sostenida aún por todo el espectro político, y que sufre **adaptaciones** diversas cuando surgen propuestas para llevarla a la práctica. Los resultados, por todos conocidos a partir de la experiencia de Rosario, siempre contribuyeron a la descripción del **modelo**¹⁰ para abrir debate, para mostrar

¹⁰ El término modelo hace referencia a una construcción abstracta e idealizada que ofrece una aproximación simple de la esencia de aquello que se busca. Se basa en conceptos que responden a la descripción de alguna imagen deseada sostenida en la teoría o la ideología.

diferencias, para acordar con qué sentido se avanzaría.

Múltiples anécdotas ilustran la dinámica de dichas asambleas y su flujo bidireccional. Dan muestra de hasta qué punto los políticos y los técnicos tienen la necesidad y obligación de escuchar a los ciudadanos.

Por ejemplo, un participante cuestionó la red propuesta de referencia y contrarreferencia, en términos de la distancia y el tiempo para el acceso a la mayor complejidad, y propuso un convenio interprovincial entre Santa Fe y el Chaco, debido a que vivía en el límite de la capital de dicha provincia. A través de ese convenio podría acceder a la mediana y alta complejidad a menos de una hora desde su domicilio. Ese ciudadano tuvo la posibilidad concreta de inscribir en la agenda del Estado la necesidad de pensar la integración no solo con otros sistemas de la misma provincia, sino con los de provincias vecinas.

Políticas de estado en salud y algunas concreciones

Construcción de redes

La introducción del concepto de redes desde las propuestas de organización de los sistemas en la perspectiva de APS¹¹ ha sido un paso importante, no sólo en lo conceptual, sino también en lo operativo¹². Trabajar con esta idea permite que los recursos estén distribuidos en todos los niveles

¹¹ APS considerada como atención oportuna y de calidad desde el nivel más cercano hasta el más pertinente.

¹² Rovere, M., Redes en Salud. Acerca de las redes en Rosario se ha producido material teórico interesante, además de las experiencias concretas en los espacios territoriales y en los lugares de trabajo.

del sistema de salud en la práctica. Para decirlo en otras palabras, las redes en salud buscan un **sistema**, en el sentido de la integración, de la articulación y de la centralidad, con el marco de ciertas directivas.

No se trata de un sistema jerárquico, sino que funciona con libertad en el flujo de recursos, sobre todo recursos humanos, atendiendo a ese concepto de **red**. Esto es para explicar por qué no hay contradicción teórica, por qué se trata de un sistema en redes que remiten a una horizontalidad y flujos en todos los sentidos posibles. Sin embargo, existe una centralidad en ciertas directivas que constituyen los principios orientadores de la gestión.

Todo este andamiaje se construyó desde la planificación estratégica implementada por el Dr. Hermes Binner. Dicha planificación se sustentaba en tres pilares: el proyecto, la decisión política y el presupuesto. Y a éstas había que agregarles el tiempo.

En un país tan imprevisible como la Argentina no resulta menor el factor **tiempo**. Mientras en el horizonte se estaba planificando con la visión de estas grandes redes, algunas obras de hospitales sufrieron ciertas demoras por cuestiones coyunturales. Como el caso del HECA¹³ (Hospital de Emergencias Clemente Álvarez) de Rosario,

¹³ HECA: Hospital de Emergencia Clemente Álvarez de la ciudad de Rosario, principal efector para la asistencia de trauma y emergencia de alta complejidad de la ciudad y su zona de influencia. Su realización significó la obra paradigmática de la gestión de Hermes Binner.

que en lugar de cinco años como estaba planificado, demandó el doble. Es muy frecuente que esto suceda en nuestro país. El ritmo de cada obra, si bien está guiado por una estrategia y según las necesidades de cada nivel o sector, queda sujeto a contingencias económicas, a imponderables, como las resistencias que tenemos que vencer, la rémora en la llegada de fondos de fuentes nacionales, etc.

Pensar la gestión estratégica como administración de redes implicó imaginar al sistema sanitario como una gran Red de Servicios de Salud que enlaza distintos establecimientos asistenciales y otras instituciones, teniendo en cuenta su producción y sus recursos. Para ese fin, se realizaron innumerables acuerdos formales con municipios y comunas, y otros entre los propios efectores de la red provincial. Así, se fue configurando progresivamente un sistema de redes sustentado en los avances de las herramientas tecnológicas, del manejo de información y de las comunicaciones, en la construcción de nuevas obras, en el tejido de las redes con especificidad en el apoyo a determinados procesos que se fueron priorizando y, fundamentalmente, en la construcción dialogada con todos los actores, que obligó a formular como elemento clave un sistema de información en salud provincial como instrumento de la reforma.

Se hace referencia a continuación a algunas redes específicas que soportan los procesos de atención de los centros de salud y hospitales que, por su impacto en la resolutivez del sistema, merecen ser destacadas. Todas buscan garantizar acceso en el lugar más cercano al domicilio del ciudadano y

respuesta de calidad que asegure desde el primer contacto el Derecho a utilizar la mayor complejidad disponible si su condición de salud lo requiere.

- **Red neuroquirúrgica**, que tiene un nodo de concentración en Rosario, en el hospital Clemente Álvarez (con dependencia municipal). El especialista-experto que coordina la red se encuentra periódicamente con los neurocirujanos de los hospitales en los distintos nodos. En esos encuentros se construyen acuerdos de asunción de responsabilidades, de referencia y contrarreferencia y se unifican los protocolos y guías. Esta intervención, aparentemente sencilla, ha permitido mejorar mucho la calidad de la atención, se han salvado vidas, porque algunas muertes eran evitables y consecuencia del tiempo que transcurría entre el diagnóstico de una necesidad asistencial y el acceso concreto del paciente. Con el método de trazadores se revisaron historias clínicas y se encontraron, por ejemplo, personas con hematomas subdurales que podían resolverse quirúrgicamente en su lugar de residencia, sin la necesidad del traslado a los grandes centros urbanos y evitando así los riesgos por demoras y largo viaje.

- Del mismo modo funciona la **Red de Atención de las Cardiopatías Congénitas** que resuelve las intervenciones quirúrgicas en el ámbito provincial, en los hospitales de niños de alta complejidad acreditados para tal fin por la autoridad nacional y articula servicios pediátricos de primer y segundo nivel para la detección precoz y el seguimiento posterior.

- Una red de gran significación es la **Red de emergencias y traslados** a la que, además de dotársela de móviles, se la organizó en bases sanitarias a lo largo de los corredores viales y dos centrales de gestión de casos (centro norte y centro sur). Este punto pone al servicio de los operadores toda la información de ambulancias, móviles sanitarios y dotación de camas libres en los efectores públicos y privados (en caso de necesidad), lo que facilita la toma de decisiones y el traslado oportuno desde el momento en que surge la demanda. El sistema de móviles y comunicaciones es el gran articulador de los efectores públicos para que la estrategia de APS no quede reducida solo a la atención primitiva en los Centros de Salud.

- En términos de la estrategia de APS, la **Red de Laboratorios** cobra casi igual importancia. A través de la toma de muestras en centros de salud y la realización de análisis en nodos de laboratorio, el Estado puede incluir cada vez más determinaciones bioquímicas que complementan el proceso diagnóstico sin el traslado de los pacientes y sin necesidad de derivaciones al subsector privado.

- Dentro de la anterior se destaca la **Red de Pesquisa Neonatal** con la que se detectan enfermedades del recién nacido a partir de la sangre del cordón umbilical y se informan a los equipos del Centro de Salud para permitir su abordaje oportuno. Antes, dichas enfermedades no se pesquisaban universalmente, sino que, sólo frente a antecedentes de riesgo, se derivaba la sangre a otra provincia.

- El mismo tipo de soporte a la atención de las mujeres en los Centros de Salud lo ofrece la **Red de Papanicolau**

que cuenta con toma de muestras descentralizada complementada con colposcopia y biopsias para detección precoz del cáncer de cuello de útero, y con nodos centrales de procesamiento con remisión de resultados al efector del que procede la muestra en el tiempo necesario para que, en caso de necesidad, se llegue a su tratamiento.

- Otro ejemplo son las **Redes de Rehabilitación** que incluyen no solo la coordinación de los servicios asistenciales destinados a la rehabilitación física de la discapacidad, sino también una **Red de Atención Traumatológica** que permite celeridad en las cirugías programadas, la optimización de recursos y la centralización de las compras de prótesis con la correspondiente mejora en los precios; una **Red de Detección Temprana de la Sordera**, que posibilita el tratamiento oportuno y permite el acceso universal a la detección, diagnóstico y atención de la discapacidad auditiva (sordera o hipoacusia) a poco tiempo de que el niño nace, y una **Red de Viveros** como centros terapéuticos alternativos y de inclusión laboral para diversos problemas discapacitantes. Estos viveros se encuentran en varias localidades como Rosario, Recreo, San Guillermo, Pérez, Carcarañá, Coronda, Angélica, Villa Ocampo, Reconquista, Las Toscas, Villa Trinidad y San Cristóbal.

- Por último, la **Red de cirugía laparoscópica** de vesícula biliar que se constituye frente a la preexistencia de extensas listas de espera para cirugías programadas de litiasis biliar con una oferta que prácticamente resolvía solo los casos urgentes o complicados. Habiendo analizado el problema de manera conjunta, se pusieron de acuerdo los hospitales

provinciales y municipales. El Ministerio de Salud actualizó las necesidades de equipamiento y se organizó una lista única de espera para todas las cirugías programadas en la que cada hospital comprometió un número determinado de cupos quirúrgicos. Es decir, hubo espera, pero mucho menor. El avance fue notablemente importante.

La gestión de la política de salud en la provincia de Santa Fe se basó en propiciar el trabajo en Red para enfrentar las necesidades de la población. Esta organización del sistema permite mejorar el acceso a la salud, reducir la fragmentación, limitar el uso inapropiado de recursos, evitar la duplicación innecesaria de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción y transacción y, sobre todo, mejorar la respuesta.

Sin embargo, lo más importante del avance fue la integración de los distintos servicios y que los trabajadores se conocieran personalmente e intercambiasen sus experiencias y sus saberes en espacios colectivos de reunión. Luego de los encuentros algunos testimonios daban cuenta de ello: “ahora sé que él está allá y que tiene dificultades que se las puedo resolver”. Eso fue muy importante en el proyecto. Las redes sociales que, como dice Mario Rovere, se tejen a partir de las personas.

Recuperación de la capacidad instalada

Luego de estudiar en profundidad cómo era cada unidad sanitaria, se formula e implementa un programa de puesta en valor de los activos existentes y como primera política de estado se plantea la recuperación de la capacidad instalada.

Para ello se vuelve a aplicar el enfoque de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), tal como se entiende en Santa Fe, para ir creciendo en estructura de manera acorde a las necesidades poblacionales en los distintos niveles del sistema.

Se entendió como necesario e importante hacer participar de las ideas y de las decisiones a los equipos de salud, de manera que hubo un período de reflexión y análisis de la propuesta arquitectónica y del plan de obras, lo que permitió que éstas se llevaran adelante con los debidos consensos.

Sería redundante reiterar definiciones, pero basta recordar que la APS encara acciones prioritarias desde los niveles más elementales del sistema, desde los problemas cotidianos de las comunidades, de las familias y de los individuos y, a través de una adecuación de los efectores de salud se logra una fluida intervención desde el nivel más cercano al paciente hasta el más pertinente, que puede ser el de mayor complejidad y aún el más alejado. En definitiva, una estrategia que debe impregnar todo el sistema o toda la red, que se moviliza para la solución de un problema individual, familiar o comunitario.

La capacidad instalada debía ser mejorada, puesta en activo, desde el primer nivel de atención hasta los centros de mayor complejidad, mejorando aquellos efectores que lo requerían o construyendo los que fueran necesarios.

La decisión para los primeros cuatro años de gestión fue construir ochenta centros de atención primaria de la salud

(a la fecha **se superaron los cien**), distribuidos según necesidad en las cinco regiones y priorizando aquellos lugares donde no estaba garantizada la accesibilidad.

También, para ampliar la capacidad instalada, en cuatro regiones se construyeron hospitales de **mediana complejidad**¹⁴ que tienen la función de dar respuesta a lo que demanda la estrategia de atención primaria que requiera un nivel de atención intermedio, que no tenga solución posible en el primer nivel pero que, a su vez, no requiera escalar hasta el máximo nivel de atención.

Otro aspecto importante, respecto a la capacidad instalada, era darle a cada nodo regional un hospital de **alta complejidad** en su ciudad cabecera que resolviera la mayoría de las patologías y los problemas. De esta manera, se evitaba tener que llegar a los grandes centros urbanos donde se venían concentrado hasta entonces los servicios complejos durante el desarrollo del sistema de salud santafesino.

Recuperación de la tecnología adecuada

En el marco de la recuperación de la capacidad instalada podemos considerar también la tecnología médica, desde el equipamiento más simple hasta el más moderno y de mayor complejidad, el cual, en el marco de la estrategia de Atención Primaria, debe estar disponible y accesible para todos los ciudadanos.

¹⁴ Los hospitales a los que se hace referencia: hospital de Las Toscas, San Cristóbal, Las Parejas y Ceres.

Ante la realidad de un parque tecnológico obsoleto —el último tomógrafo había sido entregado en 1998 y el último resonador correspondía a una provisión del año 2005— con las consecuentes complicaciones diagnósticas que generaban las imágenes de poca calidad, se decidió renovar y modernizar la calidad del sistema, no sólo por su interés desde el punto de vista técnico-científico que implicaba reclamos de los profesionales, sino fundamentalmente por su significación para la calidad de las prestaciones ofrecidas a la ciudadanía.

Así, se realizó una importante inversión en equipamiento tecnológico, permitiendo recuperar el sector público de salud que llevaba décadas de postergaciones; concretándose la dotación de un moderno equipamiento médico con distribución regional (tomógrafos, arcos en C, equipos de rayos, resonadores, equipos portátiles cámara Gamma Centinela, entre otros).

Además, se realizaron notables avances en la informatización de los establecimientos con sistemas desarrollados por los mismos trabajadores del estado que, junto con la aplicación de nuevas tecnologías de comunicación para el diagnóstico a distancia y la realización de interconsultas remotas, fueron los elementos más destacables desarrollados para el proceso de modernización del sistema.

Hoy contamos con alta tecnología; resonadores magnéticos, tomógrafos y mamógrafos en muchos más efectores en comparación con el comienzo de la gestión¹⁵.

¹⁵ En la provincia de Santa Fe había cinco mamógrafos cuando comenzó la gestión de gobierno.

Este proceso de recuperación de la tecnología, junto con la capacitación de los equipos técnicos y profesionales para su utilización, dio lugar a prestaciones hasta entonces inexistentes o muy excepcionales. En Rosario no se realizaban cirugías cardiovasculares en adultos, para dar un ejemplo.

Integración e implementación del sistema de información y aplicación de herramientas tecnológicas en salud

El proceso de transición política avanzó sobre tres ejes: **descentralización, regionalización y participación.** Como puede apreciarse, la reforma del sistema de salud atravesó el modelo de organización, el de gestión y el de atención en la búsqueda del ejercicio efectivo del derecho a la salud por parte de los ciudadanos.

Acompañando estrechamente la construcción de la Red de Servicios Públicos de Salud, la informatización de los establecimientos es un elemento clave ya que el funcionamiento como red se soporta necesariamente en un sistema de información en salud (SIS) de base única, compuesto por varios sistemas interoperables.

Hasta el año 2007 los centros de salud carecían de equipamiento, y la idea de informatizarlos parecía inalcanzable. A lo largo del tiempo, diversos programas focalizados habían instalado múltiples registros en papel a ser completados en el nivel local. Estos formularios, remitidos luego al nivel central del Ministerio de Salud se utilizaban para la producción de informes estadísticos y reportes que debían ser elevados al, por entonces, Ministerio Nacional. No existía aprovechamiento alguno

de la información para la gestión local y el uso era escaso e inoportuno a nivel provincial.

Cada programa había puesto énfasis en los datos que le interesaba medir, lo que trajo aparejada la generación, duplicidad y superposición de registros de información, según requerimientos particulares. Los formatos también estaban ideados para ser funcionales a los sistemas informáticos en los que se ingresaban, siempre en espacios muy centrales. Así, la misma información debía ser registrada dos veces o más, en distintos formularios, y procesada centralmente en sistemas paralelos con bases inconexas.

Esta situación ocasionaba problemas, tales como:

- Resistencia de los agentes de salud al llenado de múltiples formularios en términos del tiempo para su confección y desinterés con relación al sentido para sus prácticas.
- Dificultades en la remisión de datos a los niveles de procesamiento y ausencia de flujos de retorno hacia los productores primarios de información.
- Calidad de datos inadecuada.
- Dificultad física para el archivo de documentación en papel.
- Excesivo tiempo del recurso humano profesional dedicado a completar formularios en desmedro del tiempo dedicado a la asistencia —situación agravada en épocas de alta demanda.

- Mediciones parciales y desintegradas, muy diferidas debido a la lentitud del proceso y a la extensión territorial y en consecuencia inaplicable al proceso decisorio por extemporánea.

Con este contexto, tomaron relevancia los objetivos de informatizar el sistema, minimizar registros en papel y obtener información en tiempo más real para utilizarla como soporte del proceso decisorio. Para ello, el Ministerio de Salud puso en marcha una estrategia multidimensional.

Algunos objetivos específicos de dicha estrategia fueron unificar variables, simplificar registros, resignificar el sistema de información adecuándolo a los requerimientos de nuevas prácticas en salud (modelo de atención) y automatizar procesos aprovechando las tecnologías del momento.

Esto implicó un trabajo de rediseño e integración de los formularios que derivó en una **Planilla Única de Consultorio Externo**, más simple de completar, pero más compleja en cuanto a la cantidad, calidad y tipo de información contenida.

A partir de ella se alimenta la base de datos de personas y prestaciones de los sistemas que hacen soporte a la atención en centros de salud, hospitales y servicios especiales, y se generan los reportes para la mayoría de los programas. Este registro es una plataforma que contiene un CMDB (Conjunto Mínimo de Datos Básicos), mediante la cual se cargan datos relacionados con variables de identificación de los usuarios y de las prestaciones recibidas en la consulta ambulatoria, que se complementan en un **Historial del**

Proceso Clínico al que se accede vía web desde cualquier punto de la red con datos surgidos durante la internación, el traslado, el estudio, etc. Ello da origen a la hoja de referencia, al resumen de historia clínica o a la epicrisis según necesidad de información, y además permite la evaluación del proceso de atención y sus resultados.

También se hizo necesaria la redefinición de flujos para la circulación de la información y de nuevos indicadores para que el monitoreo de los procesos y los resultados fuera posible tanto en el nivel central como en el local, acorde a las particularidades de cada nivel.

Podemos afirmar que el proyecto de informatización del Sistema de Salud en la provincia de Santa Fe fue un hecho trascendental.

Un avance a mencionar fue el consenso de las áreas centrales del Ministerio respecto al diseño de la planilla como herramienta básica para los registros en papel de todos los intervinientes en el proceso de atención (además de las historias clínicas y recetas). Dicha planilla fue distribuida en todo el territorio luego de una prueba piloto y de la correspondiente capacitación para su uso, y se implementó en reemplazo de los formularios existentes.

Otros avances fueron los desarrollos propios, con software libre, preservando autonomía y flexibilidad.

Por último, la dimensión material de la estrategia incluyó la dotación de equipamiento informático y su conectividad con los centros de salud.

Una de las implementaciones fue la **teleconferencia**¹⁶, destinada a la resolución de casos complicados con la intervención de distintos especialistas, fundamentalmente de las ciudades de Santa Fe y de Rosario. Se logró que desde cualquier parte de la provincia fuese posible realizar una teleconferencia con los centros de mayor complejidad. Esta tecnología se utiliza también para intercambios teóricos en congresos, etc. Es un soporte más para la red de atención que ofrece la tecnología y que permite resolver casos. Existen localidades donde hay un solo médico. De esta manera en múltiples ocasiones ese profesional puede acceder a segundas opiniones, interconsultas y tutorías sin trasladar al paciente.

Políticas de promoción de la salud

Desde el Ministerio de la provincia de Santa Fe entendemos que la promoción de la salud es sinónimo de construcción de ciudadanía en el campo del Derecho a la salud, algo que incluye a los responsables políticos, a otros sectores del Estado, a las comunidades y también a los servicios, pero trascendiendo sus especificidades asistenciales o preventivas.

En ese sentido, se cree que debe ser despegada de los abor-

¹⁶El sistema de teleconferencias en los hospitales de la provincia fue inaugurado el 5 de abril de 2013. En la presentación del primer caso, se estudió y discutió un paciente de Reconquista, internado en terapia con una pancreatitis no biliar, no alcohólica. Participaron el por entonces cirujano jefe del Hospital Iturraspe, Dr. Pierini, y un imaginólogo de Rosario, cada uno en su servicio y su localidad. Un paciente que, en otras circunstancias, hubiese tenido que viajar a Santa Fe a resolver el problema. La teleconferencia fue presenciada por el gobernador, el ministro, el vicegobernador, entre un importante grupo de trabajadores.

dajes tradicionales que la confunden con las actividades de prevención de enfermedades y desarrollarse en el espacio concreto en el que habitan las personas, donde interactúan los distintos sectores del Estado, las organizaciones propias de la comunidad y los ciudadanos entre sí, para que impacte en la cultura, atravesase el sistema y aporte a la transformación buscada.

Trabajar en promoción de la salud desde esta perspectiva es operacionalizar la democracia y la equidad del sistema atravesando con el concepto de Salud la clínica, la prevención, el cuidado del ambiente, las respuestas sociales a las situaciones de enfermedad o riesgo de enfermar, la educación, etc. De esta manera, se va generando cada vez más conciencia del Derecho a la Salud y se van construyendo colectivamente las condiciones para hacerlo efectivo.

En ese marco, los proyectos de participación en salud o promoción de la salud se debatieron con los vecinos en las Asambleas Participativas del Plan Estratégico Provincial. De esa manera, se dio comienzo, en el interior del Ministerio, a un proceso de problematización que puso en cuestión la centralidad y la fragmentación de la organización.

Esto se expresaba en los modos de planificar y operativizar acciones que, aspirando a promover la salud colectiva, proponían actividades preventivas o de educación, puntuales y estructuradas para distintas patologías y desde programas específicos. Se superponían esfuerzos, recursos y muchas veces competían entre sí por el tiempo o interés de los trabajadores locales.

Resulta pertinente comentar que muchos de los miembros de gabinete en salud habían participado ya de un proceso similar en la experiencia municipal de la ciudad de Rosario.

Este conflictivo proceso, que fue central para la reforma en salud, dio origen a ciertos acuerdos entre equipos de distintas áreas para el desarrollo de actividades integrales y a la vez integradoras, que se complementarían e involucrarían a los actores locales. En principio se buscó articular esfuerzos y recursos, construir grupos mixtos de trabajo con más posibilidad de llegar a los equipos locales y hacer más efectivas las intervenciones.

Desde una unidad de enlace de distintas dependencias orgánicas y sobre la base de un listado de problemas surgidos a partir de la interacción con la ciudadanía en las asambleas participativas o recogidos en las recorridas de los funcionarios por el territorio, se fueron constituyendo varios espacios de encuentro de ministerios a los que se denominó por ejemplo Gabinete Social, Gabinete Joven o Comisión Interministerial.

Ninguno contaba con una estructura orgánico-funcional formalizada. Se buscó darles una entidad flexible y transitoria y, en ese sentido, con capacidad de adaptarse a las necesidades. Se trató de espacios sistemáticos de interface para promover el diálogo interministerial y la problematización conjunta. Tenían como primera función conjugar miradas y aunar esfuerzos para abordar situaciones complejas que no podían ser resueltas efectivamente desde el recorte de competencias de uno u otro ministerio. Desde

estos espacios se planificaban y promovían intervenciones más integrales y territorializadas que disponían de equipos mixtos o dispositivos territoriales que se acercaban como soportes matriciales al lugar en el que la problemática se expresaba, promoviendo el diálogo de las instituciones estatales del territorio y el encuentro de las miradas técnicas con los saberes de las organizaciones propias de la comunidad para aportar a la construcción de soluciones locales integradoras.

Si bien no fue lo más llamativo, sobre todo si se piensa exclusivamente en el corto plazo o en los problemas más urgentes, se entiende que cuestiones más importantes a largo plazo están vinculadas con el cuidado de los ciudadanos sanos, incluyendo la protección ante peligros eventuales en aquellos que poseen condiciones de salud más precarias, las cuestiones de la salud colectiva y los derechos de los grupos subalternos en la cultura.

En ese sentido, se organizaron diferentes acciones desde dichos espacios como campañas de reducción de consumo de sal, de promoción de la actividad física, la creación de circuitos saludables en grandes centros urbanos para que la gente pueda caminar, correr o andar en bicicleta sin riesgos de tránsito.

En las escuelas se trabajó con proyectos de cantinas saludables para fomentar dicha alimentación en los niños.

Si bien la disposición de los residuos domiciliarios es incumbencia del Ministerio de Medio Ambiente, es un tema de interés y que está con la salud. Por ello, recibieron

colaboración por parte de este sector, específicamente en el control de residuos patológicos; con normas reguladoras para los hospitales públicos.

Otro aspecto en el que las actividades de promoción cobraron relevancia es la Salud Sexual y Reproductiva, que no es solamente una problemática del sector de salud, en tanto reconocemos que aquí entran en juego dimensiones afectivas, jurídicas, éticas, religiosas, educativas etc. En términos de abogar por la Salud, como dice la Carta de Otawa, se procuró la flexibilización de un marco normativo retrógrado en temas sexuales como la identidad de género y su respeto en el sistema de salud, el derecho de las menores a acceder a la anticoncepción, la atención respetuosa del aborto no punible y también el desarrollo de asistencia en la fertilización.

Sobre el tema del aborto en particular existe una política a nivel provincial que es sostenida y avanzada. No se trata de leyes. Son resoluciones del Ministerio por las cuales aquellos abortos que están contemplados y legalizados por el Código Penal y que estén ajustados a los fallos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se deben realizar más allá de la posición ideológica de los profesionales. Eso se cumple en nuestros efectores. Por otro lado, se ha abierto un registro de objetores de conciencia, pero bajo una resolución que establece que, en todos los casos, debe existir alguien en el servicio que realice la intervención.

La inclusión de personas con identidad de género diferente en la Provincia de Santa Fe fue y continúa siendo un

ejemplo a nivel nacional. Al igual que el tratamiento a los transexuales que han cambiado su identidad, recibieron adecuación de sexo y que tienen su nuevo DNI.

También se puede dar cuenta del proyecto de trasplante y procuración de órganos que ha batido todos los **récords**. Hemos logrado que los trasplantes de órganos en general se efectúen en hospitales provinciales (antes era una práctica que solo ofrecía el sector privado), y los resultados de las campañas de promoción de la salud se vieron reflejados en el aumento de concientización sobre la importancia de la donación y la conciencia médica sobre la necesidad de considerar la procuración como una práctica habitual.

La relación con otros actores

Los primeros intentos de articulación se dieron en la relación **público-público** con los municipios, especialmente con el de Rosario, que era el de mayor desarrollo en salud. Paradójicamente, la historia de crecimiento competitivo y superpuesto fue un determinante de muchos problemas, donde los trabajadores expresaron resistencias al proceso de integración.

El lanzamiento de los planes enunciados en la política de salud generó, al principio, ciertas resistencias también en otros espacios.

Los principales problemas de relación con los trabajadores (profesionales) surgieron en los hospitales universitarios, que responden a dos administraciones y, simultáneamente, a dos lógicas diferentes.

Los profesores universitarios, en los hospitales escuela se expresaron en disidencia con los cambios que se anunciaban, aunque en la medida en que se mejoraron las condiciones edilicias, de equipamiento y salariales, la actitud cambió.

La relación con los gremios no profesionales también tuvo más complicaciones durante los primeros años de gestión. En la actualidad, los salarios son acordados en mesas paritarias y para el ingreso a la administración pública y la jerarquización se realizan concursos de antecedentes y pruebas de oposición.

Respecto al sector privado, especialmente en las grandes ciudades, se trabajó en espacios de concertación a medida que el Estado se fue fortaleciendo en su rol regulador.

El sector privado se desarrolló en los intersticios que dejó un Estado ausente durante 25 años. Desde los hospitales, todo lo que no se hacía allí, era derivado a prestadores privados, donde, casualmente, quienes realizaban las prácticas eran los mismos trabajadores. Un verdadero círculo vicioso. A quienes trabajaban para el subsector público no les interesaba mejorar la calidad del servicio, porque de ello dependía parte del ingreso de sus negocios privados, oponiéndose a que el Estado creciera a nivel de prestaciones.

Con relación a las prácticas más costosas como trasplantes de órganos, neurocirugías o cardiocirugías, el sector privado era cuasi monopolístico y el Estado tenía que comprar sus servicios a altos costos para los pacientes sin capacidad de

pago, el desarrollo de capacidad propia cambió la relación de fuerzas.

Con los servicios que tienen que ver con la atención de emergencias y traslados y los que ofrecen camas críticas (UTI, NEO, UCO) se avanzó en convenios donde las comunicaciones, la producción de información para el monitoreo del proceso y la regulación de las derivaciones sería asumida por el Estado.

Por otra parte, desde la obra social provincial que cubre a los trabajadores del Estado, que ha pasado a depender del Ministerio de Salud desde 2007, se firmaron convenios con algunas obras sociales (de profesionales, médicos, abogados, ingenieros). La idea fue unificar protocolos, criterios de registro y monitoreo y, fundamentalmente, aranceles para avanzar juntos en bloque en las discusiones y negociaciones con el sector privado.

Las diferencias políticas son un inconveniente al momento de acordar con autoridades nacionales, en especial al momento de la asignación de recursos, que en Argentina sigue siendo discrecional. Por lo que Santa Fe no siempre recibe los aportes del Estado nacional como lo hacen otras provincias.

Resumen

En la provincia de Santa Fe existió un proceso de **construcción** del sistema de salud, un sistema complejo, un sistema organizado en redes. Son muchos los actores que participaron. La gestión política señaló el norte, intentando

completar su visualización de manera compartida y que las políticas se implementaran por consenso. Mientras tanto, expresando claramente su deseo de conducir, de regular en función de los valores que orientan su posicionamiento ideológico.

La tarea no fue sencilla, requirió de recursos y, fundamentalmente, de múltiples compromisos. Por otra parte, nunca estará acabada porque las necesidades de salud son cambiantes y las instituciones deberán seguir adecuándose.

Más allá de los planes a largo plazo, o de los ambiciosos proyectos edilicios, de innovaciones tecnológicas, de la producción de medicamentos, o de la capacitación de recursos humanos, una situación inesperada que pone en riesgo a una población, es una verdadera prueba de fuego para el sistema de salud. Tiene cierta analogía con catástrofes naturales, por ejemplo, las inundaciones, sólo que éstas ponen a prueba mucho más que el sistema de salud; en realidad hacen visible la capacidad de gestión de todo un gobierno.

Lo que se vivió en nuestra provincia en el año 2009 con la aparición del dengue y de la pandemia de gripe constituyó un ejemplo de esta situación problemática. Dado que existió noción del peligro potencial, previendo la posibilidad de un brote, los equipos fueron organizados previamente y con rapidez, preparándose para actuar en la emergencia.

Las epidemias hicieron lugar a la habilitación de espacios

de encuentro entre áreas inconexas, a la apropiación por parte de los trabajadores y gestores de los sistemas de información que se desarrollaron *ad hoc* y a la constitución de una sala de situación que hoy perdura como espacio de producción de información integrada para la gestión de todos los niveles de acción.

El trabajo intersectorial e interdisciplinario también dio sus frutos, fue fundamental para lograr acciones inmediatas y efectivas.

La posibilidad concreta de articulación en salud, tanto de los subsectores públicos (municipal y provincial) como el subsector privado, permitió contar por primera vez con indicadores que dieran cuenta de la situación epidemiológica de toda la ciudad. La división político-administrativa, que permitió la visualización de problemas sanitarios regionales, fortaleció el trabajo territorial y la eficiencia de los servicios. La participación ciudadana potenció las acciones institucionales.

También se puede afirmar que hay datos de la provincia de Santa Fe que son importantes en el contexto nacional como, por ejemplo, el descenso de la mortalidad infantil a un dígito que en ese momento era un Objetivo del Milenio, cuando la media Argentina todavía no se acercaba.

El éxito no estaba asegurado, tampoco la sustentabilidad de esas líneas de acción como Políticas de Estado, sin embargo, hubo optimismo y hoy podemos afirmar que, habiéndose dado todas las condiciones, la provincia de Santa Fe cuenta

con un sistema provincial de salud en el sentido completo del término que es digno de imitación.

Cinco Hospitales de Alta Complejidad

Nuevo hospital nodal “Dr. Alejandro Gutiérrez”, Venado Tuerto



El nuevo hospital “Dr. Alejandro Gutiérrez” de Venado Tuerto fue inaugurado en setiembre de 2017 y se encuentra localizado en la intersección de Av. Santa Fe y Comandante Espora. Fue un proyecto de alta complejidad íntegramente afrontado por el gobierno provincial, equipado con la tecnología más avanzada de ese momento a nivel nacional.

Posee un total de 118 camas entre internación, puestos de maternidad y neonatología. Algunas están destinadas a cuidados intermedios para adultos, un área de aislamiento y otras de cuidados críticos polivalentes con central de monitoreo multiparamétrico. Todas las camas son eléctricas, de materiales modernos, con barandas laterales y cabeceras de polímeros de alta resistencia.

Cuenta con cuatro quirófanos y dos torres de videolaparoscopia con cámaras full HD. Uno de ellos está destinado a maternidad, e incorpora un arco en C, equipo de soporte quirúrgico de última generación con visualización en tiempo real, que incrementa las posibilidades diagnósticas y terapéuticas intraquirúrgicas. Además, dos boxes de endoscopia, con torre de adulto y pediátrica.





La inversión en este edificio de 18 000 m² de superficie fue de 1000 millones de pesos, a los que se sumaron unos 200 millones (todos a valores históricos) en equipamiento de última generación.

Resuelto en dos plantas y un entrepiso técnico, da respuesta a 250 mil personas de la región.

En declaraciones realizadas al día siguiente de la inauguración, el gobernador Lifschitz expresó: “Este es un hospital de los que todavía no existen en la Argentina, porque resume lo más avanzado de la tecnología que se puede conseguir en el mundo y porque tiene a los mejores médicos y profesionales, gente que pone el corazón y el alma en su tarea de todos los días”. Y agregó un párrafo de reconocimiento a la **mirada** de futuro del ex gobernador Hermes Binner, a quien definió como un estadista, que supo **pensar en las próximas décadas y generaciones, y fue quien imaginó y puso en marcha este proyecto.**

Nuevo hospital “José María Iturraspe”, ciudad de Santa Fe



Otro gigante que se sumó a la gran red de salud pública santafesina. Su construcción se inició a mediados de 2009 y quedó inaugurado en mayo de 2019.

Es uno de los hospitales más importantes y de mayor complejidad del centro norte provincial. Tiene 260 camas, la mejor maternidad pública de la zona y una guardia superadora. Se construyó en una superficie de 30 000 m² y demandó una inversión de \$ 2 200 millones.

Ubicado en la intersección de la avenida Blas Parera y la calle Gorriti, tiene conexión directa con las principales rutas de acceso y la avenida de Circunvalación. Fue pensado estratégicamente para trabajar de manera articulada con el CEMAFE (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Santa Fe), y brinda respuestas de mediana y alta complejidad a nivel regional.



Representa un enorme salto de calidad en cuanto a las prestaciones, la accesibilidad y la cercanía con la gente; cuenta con todos los servicios y equipamiento de última tecnología.

El proyecto de edificación se desarrolló en 4 etapas. Su diseño incluye una serie de bloques accesibles, para una circulación pública, vinculados por la parte posterior a una circulación técnica.

Desarrollado en dos plantas, con un entrepiso técnico, el sector público comprende circulaciones, salas de espera, aulas, auditorio, oratorio, dirección y cafetería; el sector médico incluye bloque de cirugía, bloque de maternidad y neonatología, bloque de diagnóstico y tratamiento con salas de rayos X, sala de tomografía, laboratorio, guardia, hospital de día, rehabilitación y bloques de internación;

el sector de apoyos técnicos con salas de máquinas, vestuarios, residuos, áreas de mantenimiento; y el sector de apoyos generales conformado por oficinas, administración, cafetería de personal y dormitorios médicos.

Además de pasar a ser uno de los hospitales más modernos e importantes de la Argentina, el nuevo Iturraspe es una gran fuente de trabajo y desarrollo profesional.



Nuevo hospital nodal de Rafaela, en la zona norte de dicha ciudad



Emplazado en la zona del centro-oeste santafesino, el nuevo Hospital Nodal de Rafaela se encuentra en su última etapa de construcción. Contará con una superficie cubierta de 20 000 m² y dará respuesta a los vecinos de esa ciudad y a más de 300 mil personas de 96 localidades de la Región 2, comprendida por los departamentos Castellanos, 9 de Julio, San Cristóbal y la parte norte de San Martín.

El nuevo efector tendrá en la planta baja un hall central, área de admisiones, bloque de guardia, bloque de diagnóstico por imágenes, rehabilitación y laboratorio, consultorios externos, área de servicios técnicos y farmacia.

Además, habrá un espacio de estacionamiento para vehículos. Su arquitectura presenta un desarrollo horizontal, con planta baja, entrepiso técnico y dos pisos superiores, divididos en cuatro bloques. El edificio contará con un doble ingreso público —ambulatorio y emergencias, guardia y circulación pública restringida.

Nuevo hospital regional Reconquista



El nuevo Hospital Regional Reconquista, inaugurado en mayo de 2019, se encuentra ubicado en la intersección de la ruta nacional N° 11 y Bulevar Lovato de dicha ciudad. Es uno de los efectores más modernos del país, con equipamiento de última generación.

Con una superficie cubierta de 24 000 m² y dos plantas, cuenta con 170 camas entre maternidad, pediatría, cuidados mínimos e intermedios, cuidados intensivos y guardia.

El nosocomio, de tercer nivel de complejidad, incluye salas de espera, aulas, oratorio, auditorio, cafetería y un sector médico con bloque de cirugía, maternidad y neonatología centradas en la familia, como así también salas de parto respetado. Continúa con un bloque de diagnóstico y



tratamiento con equipamiento de última tecnología en las salas de rayos x, salas de tomografía y laboratorio; un área de consultorios y un sector de apoyos técnicos y otro de apoyos generales.

La inversión fue de \$ 2 500 millones.

Nuevo hospital regional Sur, Rosario



Este hospital comenzó a ser construido en 2011 y se constituirá como el más grande de la región. Se encuentra en los inicios de la tercera etapa de obra.

Al igual que los cuatro anteriores, este hospital nodal forma parte del plan estratégico iniciado junto al ex gobernador Hermes Binner. Tiene como principal zona de influencia el departamento Rosario y los departamentos aledaños y fue pensado en un lugar de fácil acceso desde las autopistas

Rosario-Buenos Aires, Rosario-Córdoba y conexión por Av. Circunvalación. De nivel 3 de complejidad será referente en dicha área.

Desarrollado en un predio de 8,4 hectáreas, contará con más de 25 000 m² de superficie cubierta, 210 camas para internación y gran capacidad en la maternidad, con un sector de internación conjunta madre e hijo, neonatología, un sector de cirugía ambulatoria y unidades de terapia intensiva y coronaria. También habrá distintos niveles de internación según la complejidad de cada caso y seis quirófanos.

Por otro lado, en el mismo predio ya funciona el nuevo edificio de la Escuela Técnica N° 407 y habrá áreas destinadas a actividades recreativas y deportivas abiertas a la comunidad.

Mediante un proyecto de ley (que pasó a comisiones) presenté la propuesta de que este efector público nodal de alta complejidad tome el nombre de “Gobernador Dr. Hermes Binner”. Entre los fundamentos sostengo que la persona y el pensamiento del dirigente socialista Hermes Binner han marcado una senda en la gestión de salud de la ciudad de Rosario y luego en la provincia de Santa Fe. Santa Fe es un modelo a nivel nacional e internacional en materia de salud pública. Los considerandos repasan tanto la carrera política del médico anestesiólogo, como los principales logros de sus decisiones respecto de la salud en Santa Fe. Como intendente de Rosario en 1995 y gobernador en 2007 supo liderar una profunda transformación del sistema de salud pública provincial del cual el Hospital Regional Sur de Rosario es corolario.

Hospitales de mediana complejidad

1/



2/



5/



3/



6/



4/



Fotos 1 y 2: Hospital regional de Ceres
Fotos 3 y 4: Hospital de Las Toscas
Fotos 5 y 6: Hospital de Las Parejas

CEMAFE - Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Santa Fe “Héroes de Malvinas”



El CEMAFE fue inaugurado el 20 de diciembre de 2017 en la ciudad capital de la provincia. Se desarrolla en una superficie cubierta de 12 000 m² y está ubicado en Avenida 27 de Febrero y Mendoza de dicha ciudad. En los primeros meses de funcionamiento dio respuesta a 35 mil consultas en 55 especialidades.



Con una inversión en obra y equipamiento de \$750 millones, este centro de prácticas ambulatorias y de segundo nivel de complejidad se convirtió en bisagra entre el viejo y el nuevo modelo de atención.

Funciona articulado con los otros efectores, concentrando los servicios ambulatorios de los hospitales (Cullen e Iturraspe), centros de salud y SAMCos de la ciudad y de la región centro-norte de la provincia.

Los turnos se tramitan mediante un sistema informatizado en el centro de salud más cercano al domicilio del paciente y a partir de una derivación del profesional médico que toma primer contacto con él. De ese modo, al llegar al CEMAFE directamente con el turno asignado puede resolver su consulta con el especialista en forma más ágil y oportuna, evitando las largas colas que imponía el sistema por orden de llegada.

Allí se brinda atención en todas las especialidades, cardio-

logía, nefrología, obstetricia, oftalmología, odontología, otorrinolaringología, urología, salud mental, audición, fisiatría, radiología, ecografía, oncología, mamografía, etc.

Es el segundo en su tipo en la provincia además del CEMAR en Rosario

Cuenta con:

3 quirófanos de cirugía ambulatoria, 2 salas de endoscopia, 16 camas de internación transitoria incluídas pre y pos operatorio, 1 tomógrafo, 4 ecógrafos, 2 mamógrafos, 2 equipos de rayos convencionales, 1 ortopantomógrafo para estudios odontológicos, 1 laboratorio de última generación con sistema de encadenado único en el país, 8 puestos oncológicos para quimioterapia, 42 consultorios ambulatorios, farmacia, gimnasio de rehabilitación, 4 puestos de kinesiología, 1 auditorio, 1 sala de lectura, cafetería, una vía de circulación de automóviles interna para la circulación de ambulancias, minibuses técnicos para facilitar el desarrollo de la correcta circulación de derivados.

Capítulo 4

Otros valiosos aportes a la salud pública

Política de medicamentos

LEM (Laboratorio de Especialidades Medicinales) y LIF (Laboratorio Industrial Farmacéutico)

En Santa Fe es muy importante la valorización dada a la producción pública de medicamentos. La producción propia se incluyó dentro de una clara visión estratégica y prácticamente se constituyó en una política de estado a nivel provincial. El Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) produce un gran porcentaje de las unidades farmacológicas utilizadas en atención primaria de la salud y en el sistema provincial.

Santa Fe es la provincia que más medicamentos proveyó al plan nacional de medicamentos básicos abastecidos para los centros de Salud desde 2001 y que fuera suspendido por el presidente Mauricio Macri a principios de 2017.

La adquisición de medicamentos por parte del gobierno nacional genera ingresos para las empresas del estado que los producen y redundan en reinversión en tecnología para su desarrollo.

Bajo la concepción de que los medicamentos son un bien social, desarrollamos el laboratorio de Especialidades

Medicinales (LEM), de gran innovación y reconocido a nivel internacional, que permite garantizar la provisión de medicamentos y sueros a la provincia y a la nación.

El Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) de Rosario inició sus actividades a mediados de 1992 para producir medicamentos de abastecimiento gratuito destinados a los efectores municipales orientados a la atención primaria de la salud. Años más tarde se constituyó como Sociedad del Estado, por ordenanza municipal.¹⁷

Como Sociedad del Estado, el laboratorio ha podido mejorar su gestión, permitiendo un funcionamiento ágil, autónomo, propio de la actividad privada, sin olvidar su razón social. La administración posee cierto grado de autarquía, en cuanto es la propia sociedad la que se hace cargo de los salarios de sus empleados.

Entre su producción hay diferentes tipos de comprimidos, variedad de gotas, soluciones para uso interno y externo, pomadas, cremas y soluciones parenterales. De esta manera, se garantiza la medicación para un importante número de enfermedades, siendo el objetivo primordial la entrega de medicamentos seguros, eficaces y de calidad.

Desde el año 2004 cuenta con la habilitación de ANMAT¹⁸ y la certificación nacional de varios de sus productos. Desde el año 2006 cumple con la certificación de Normas ISO 9001-

¹⁷ Ordenanza municipal n° 6310 del año 1996.

¹⁸ Administración Nacional de Medicamentos y Tecnología

2008 con alcance al diseño, elaboración de especialidades medicinales en las formas farmacéuticas de comprimidos, polvos, líquidos y semisólidos y su comercialización. El LEM provee medicamentos a la nación desde el año 2009 para millones de argentinos.

Ambos laboratorios, uno localizado en Rosario y el otro en la ciudad de Santa Fe funcionan bajo un régimen de coordinación de acciones, ya que su desarrollo fue paralelo y competitivo.¹⁹ Desde principios del año 2004 iniciaron un intercambio equilibrado de medicamentos que permite garantizar la cobertura de la demanda de la Salud Pública, con medicamentos seguros, confiables y a costos accesibles. Desde el año 2011 está vigente el Convenio Marco de Cooperación y Colaboración y Acuerdo Particular de Asistencia y Mutuo Apoyo en la Programación, Producción e Intercambio de Insumos y Especialidades Medicinales, firmado por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario y el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

En cuanto al LIF (Laboratorio Industrial Farmacéutico), su fecha de creación es muy anterior: durante el primer gobierno de Perón. La denominación tiene segura referencia en ese momento histórico de la política distinguido por la industrialización, no casualmente en las épocas de Ramón Carrillo como Ministro de Salud de la Nación.

Por entonces, la provincia de Santa Fe generó las acciones

¹⁹ LIF- LEM: Dos laboratorios, una sola provincia <http://www.lif-santafe.com.ar/secciones/9/lif-lem.html>

para la instalación de un establecimiento elaborador de medicamentos, con el fin de abastecer a las Farmacias Hospitalarias de reciente creación, adhiriendo así a las políticas nacionales del Ministerio de Salud. El Laboratorio tuvo diferentes avatares en su desarrollo, el cual no fue continuo. Incluso sufrió diversos cambios de nombre. Finalmente se organizó como Sociedad del Estado y, en el año 2007, retomó su nombre original, o bien la sigla LIF-SE. En abril de 2008, el LIF-SE se convirtió en el primer laboratorio público proveedor de la Nación, abasteciendo al Programa REMEDIAR en el contexto del Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos.

El permanente avance, tanto en lo edilicio-tecnológico como en la capacitación del personal, hizo que el LIF estuviera en condiciones de dar respuesta tanto a la demanda provincial como nacional.

Nuestra gestión apostó a una fuerte política orientada a potenciar su producción y a ser una variante más en la solución de problemáticas que pudieran surgir en la Salud Pública Provincial. Un ejemplo de ello es que Santa Fe fue la primera provincia en proveer anticonceptivos de marca estatal para su entrega gratuita tanto en hospitales como para los afiliados de la obra social provincial IAPOS.

Esta política de fabricación de medicamentos, de distribución en el territorio provincial y nacional, continúa profundizándose; y a la producción de medicamentos se suma la investigación de nuevas moléculas para el desarrollo de medicamentos que puedan ser propios.

El laboratorio santafesino ha recibido pedidos por parte de la ANMAT, por ejemplo, para la producción de metadona y morfina para todo el país; drogas que se usan para el tratamiento del dolor.

En ese marco, oportunamente se planteó el desarrollo de una nueva planta productora de medicamentos en la localidad de Sauce Viejo, próxima a la ciudad capital, en un terreno de 10 hectáreas. La idea fue desarrollada por el ex gobernador Hermes Binner.

Por otro lado, se avanzó en la remodelación del actual LIF y en la compra de tecnología. Es necesario mayor espacio que el disponible en la actualidad y, si bien el crecimiento edilicio aún no se ha concretado, el LIF ya cuenta con todo lo necesario para garantizar calidad: no solo en la producción de medicamentos, sino que su estructura está concebida para proyectos más ambiciosos. Cuenta con un Comité Mixto de Higiene y Seguridad del Trabajo y con un programa de capacitación permanente para su personal.

El LIF abastece el 70 % de las unidades farmacológicas que el sistema aporta desde el nivel central para cubrir el 95 % de las patologías más comunes abordadas en la salud pública. Además de producir 44 especialidades medicinales.

Integración LEM + LIF

Entre el LIF y el LEM existen acuerdos que permiten que ambos laboratorios funcionen en forma coordinada, intercambiando tanto medicamentos de producción propia como recursos materiales y humanos.



En 2004 se firmó un Convenio de Intercambio de Especialidades Medicinales que luego se consolidó con el Convenio Marco vigente desde 2011. El trabajo complementario de los laboratorios se traduce en mayor eficacia y eficiencia. La integración permite además el intercambio de datos en aspectos tecnológicos, científicos y comerciales.

Para dar un ejemplo, los sueros utilizados en los hospitales de la provincia de Santa Fe son provistos por el LEM, lo que permite una regulación del mercado y garantiza la existencia en situaciones de desabastecimiento.

El LIF ha fabricado ciertos medicamentos provistos al plan nacional REMEDIAR, para su distribución en siete mil centros de atención primaria del país. Además, se han firmado acuerdos con otras provincias como Río Negro, Entre Ríos y Buenos Aires para la provisión de medicamentos.

En ocasión de la conmemoración del día de las enfermedades raras, por pedido de la ANMAT y con la autorización del SEDRONAR²⁰, el LIF comenzó a producir efedrina para un solo niño de Formosa que padecía miastenia gravis y requería un comprimido con una concentración especial de 3 mg. También se empezó a producir solución nebulizable de suero hipertónico de cloruro de sodio al 7% para ser usada por los niños que padecen enfermedad fibroquística.

Trasplante de órganos - La práctica en efectores públicos

Al asumir la gestión no se realizaban trasplantes de órganos ni de tejidos en el sector público, solo se practicaban en efectores privados. Se trataba de una práctica costosa como la neurocirugía o cardiocirugía y el sector privado era cuasi monopolístico mientras que el Estado tenía que comprar sus servicios a altos costos para los pacientes sin capacidad de pago. Curiosamente, los mismos especialistas se desempeñaban en ambos sectores. Lograr la capacidad propia cambió la relación de fuerzas.

Pero, a pesar de cierta resistencia por parte de los privados nos propusimos lograr que los trasplantes se hicieran en hospitales públicos.

Durante mi desempeño al frente del Ministerio de Salud, junto al Centro Único de Donación, Ablación e Implante de Órganos (CUDAIO), se implementó la Estrategia Hospital Donante con el objetivo de incrementar la

²⁰ Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

disponibilidad de órganos y tejidos. Dicha estrategia se incorporó en el Hospital de Emergencia “Dr. Clemente Álvarez”, en el Hospital Centenario (ambos de Rosario) y en el Hospital José María Cullen (de Santa Fe capital). También se puso de relevancia la formación y capacitación del personal de los hospitales donantes para que conocieran en profundidad todo el proceso, desde la procuración hasta el trasplante.

En aquel entonces se logró la incorporación del trasplante renal, se avanzó con el trasplante hepático y se intentó incluir el trasplante de corazón en la salud pública. En este último caso, sí pudimos implementar la cirugía cardiovascular, habiendo realizado más de 1500 al día de hoy desde el 10 de mayo de 2011 (fecha en que se registró la primera cirugía cardíaca en el hospital Centenario). De igual manera se pudo avanzar con la cirugía de cardiopatías congénitas que hoy se practican en el Alassia y el Vilela.

En Rosario, otro logro alcanzado por el sector público municipal fue el Centro de Oncología y Trasplante de Médula Ósea (dependiente del Hospital de Niños Víctor J. Vilela). En su momento, el gobernador Binner envió a varios especialistas a estudiar a Israel para que adquirieran conocimientos acerca de la materia, entre ellos, el Dr. Amadeo Rosso. Para lograr su realización se recibieron aportes de la provincia.

El HECA tiene planificado contar con un Banco de Tejidos, que será el primero en la provincia y el primer público del país.

Acompañando el crecimiento de donación a nivel nacional, hoy Santa Fe ocupa el segundo lugar en donación de órganos y tejidos.

Todo ello es posible gracias a una buena administración de los recursos.

Capítulo 5

El N - HECA

Fruto del trabajo mancomunado

Transcurría el año 1996, cuando siendo Director del Hospital Carrasco, la por entonces Directora de Arquitectura Hospitalaria, Arq. Silvana Codina, me planteó la posibilidad de construir un nuevo Hospital de Emergencias en el predio de dicho efector.

Me pareció una buena idea, pero se me presentaban dudas con respecto al lugar. Ese parque tenía toda una historia, no solo desde la Casa de Aislamiento, sino de su defensa por los vecinos, cuando el Intendente Carballo había querido abrir la calle 9 de Julio. En fin, la idea de un nuevo hospital quedó flotando, el tiempo pasó y, en noviembre de ese año, asumí como Subsecretario de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Hasta entonces nada había trascendido.

Fue al año siguiente que empezó a tomar forma y a discutirse la posibilidad con quien era intendente en aquel momento, el Dr. Hermes Binner. Consulté al Dr. Antonio Bonfatti si sabía a quién pertenecían los terrenos de Av. Pellegrini y Vera Mújica donde muchos años atrás se había colocado un cartel que indicaba que allí se iba a construir un hospital de niños provincial.

La pregunta fue trasladada al intendente y la búsqueda quedó develada cuando se supo que el terreno pertenecía al Banco Municipal de Rosario. Entonces las gestiones empezaron y terminaron con la compra del predio por \$4 millones para la construcción del Nuevo Hospital Dr. Clemente Álvarez.

Fue entonces que, con la idea y la decisión política tomada, el 12 de diciembre de 1997, el Intendente Binner y su gabinete, los profesionales y el personal del HECA, las organizaciones de la comunidad, etc. firmamos el acta constitutiva del nuevo hospital. Hecho histórico para la ciudad de Rosario, para los trabajadores de la salud, y para mí.

A partir de ese momento, comenzó un proceso sumamente interesante, participativo, donde no solo se involucraron los profesionales sino todos los trabajadores del hospital y la comunidad que allí desempeñaba tareas solidarias. Hubo especialistas que fueron convocados a participar, y esto dio lugar al primer documento de trabajo del proyecto médico del nuevo hospital, donde se definiría su perfil y el modelo de gestión por cuidados progresivos. Con este proyecto consensuado se desarrolló el proyecto arquitectónico donde participaron, junto al Arquitecto Mario Corea quien fuera designado para llevar adelante la tarea, los arquitectos de la dirección de arquitectura hospitalaria, muchos de los cuales estuvieron meses en Barcelona trabajando con Corea para concretar la idea. También fueron médicos del hospital y de la secretaría para que todo lo trabajado quedara plasmado en los planos.

Un hospital de agudos, de trauma, emergencia y alta complejidad, con la modalidad de internación por cuidados progresivos.

vos. Obra paradigmática si se quiere para una administración que priorizó la salud como política de estado para garantizar el derecho a la salud de la población. Difícil fue la decisión de suspender la obra durante la crisis de 2001 en el país, pero era solo cuestión de tiempo para que se pudiera concretar.

El Nuevo Hospital de Emergencias Doctor Clemente Álvarez (N. HECA) de la ciudad de Rosario responde a un proceso inicial de generación de consensos en relación con el **modelo de atención** y la **inserción en la red de servicios de salud** de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. La consulta con los actores directos durante el proceso de definición de ambos aspectos permitió determinar sus percepciones al momento de iniciar las actividades en el nuevo hospital y proporcionó un insumo fundamental para la evaluación posterior.

Para este hospital, cuya acta fundacional data de 1997, se determinó en la planificación de desarrollo, una primera etapa de construcción y equipamiento, una segunda etapa para la realización de una **prueba piloto** respecto de la organización del trabajo y una tercera etapa de puesta en funcionamiento y evaluación.

El Nuevo Hospital fue planificado como un hospital por **cuidados progresivos** lo que suponía una articulación de los niveles de atención del más simple al más complejo; el hospital se planteó como una instancia para atención de la alta complejidad y necesitó, por tanto, de una sólida red de atención para derivar consultas no pertinentes a las funciones y objetivos que cumple dentro de la red de salud municipal.

Se delimitaron tres etapas para su implementación, que se caracterizaron del siguiente modo:

- Prueba piloto: que se desarrolló en el ex hospital Dr. Clemente Álvarez.
- Etapa intermedia: que se realizó en el nuevo hospital 'en vacío', es decir trabajando con la planta completa de trabajadores y con el equipamiento, pero sin pacientes.
- Etapa final de funcionamiento pleno, que incluyó la desarticulación del viejo hospital

Aquí se presenta una recopilación y análisis sobre los juicios de valoración de los actores respecto de los dos aspectos señalados.

A partir del año 1997, el equipo de gestión de la Secretaría de Salud Pública y el entonces Intendente Municipal, Dr. Hermes Binner, detectaron que el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA), ya centenario, no se adaptaba a las necesidades de la red de servicios, no pudiendo dar respuesta a los problemas de salud de la población ni de las exigencias de la política de salud definidas desde la conducción central.

A través de un proceso participativo, que comprometió a todos los niveles de la gestión de salud en particular y la gestión de la intendencia en general, como también a diferentes organizaciones no gubernamentales, a trabajadores de la salud del hospital y de otras dependencias, al gobierno de la provincia de Santa Fe, legisladores, etc.,

se discutió la necesidad de la construcción de un nuevo hospital que diera respuesta a las demandas de salud, con la tecnología adecuada e infraestructura propia del siglo XXI. Esta propuesta surgió en el marco de la profunda transformación integral encarada en el sistema de salud municipal varios años antes.

Un hito en este largo proceso tuvo lugar el 12 de Diciembre de 1997, cuando en mi rol de subsecretario de Salud Pública, firmamos junto al intendente Hermes Binner, la secretaria de Salud Pública, Mónica Fein, la Fundación del HECA, los trabajadores de la salud del Hospital y miembros de la comunidad, el Acta Fundacional del Nuevo Hospital Dr. Clemente Álvarez (N-HECA), que sentaba las bases para iniciar el proyecto arquitectónico y médico.

Se trata de un Hospital general de agudos y centro de emergencias, trauma de alta complejidad, con capacidad de resolución óptima de cuadros emergentes traumáticos y no traumáticos y en patología aguda compleja clínico-quirúrgica.

Por su capacidad de resolución se considera integrado no solamente a la red de servicios municipales sino que también tiene carácter regional. Puede incorporar, de acuerdo con la evolución global del sistema de salud, prestaciones de referencia de alta complejidad.

Como consecuencia de la redefinición de sus funciones, especialmente con relación a la red de efectores municipales, se redistribuyeron las prestaciones del viejo hospital y gran parte de la atención ambulatoria general y de especialidades, así como la cirugía ambulatoria y de

mediana y baja complejidad, entre otras, pasaron a otros efectores.

El modelo de cuidados progresivos

La modalidad de cuidados progresivos apareció en el mundo hacia la década del 70; no obstante, Florence Nightingale, en la guerra de Crimea en 1863, vio la necesidad de concentrar a los pacientes heridos según su nivel de gravedad y, posteriormente, organizó los cuidados de enfermería dependiendo de sus necesidades. En 1923, Walter Dandy creó unidades específicas para el cuidado de determinadas patologías en el Hospital Johns Hopkins. Su creación se basaba en que la agrupación de determinados pacientes en un área concreta del hospital permitía utilizar mejor los recursos técnicos.²¹

Según la OPS la atención por cuidados progresivos es **la concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios de atención del paciente de tal forma que el enfermo reciba los servicios de atención en el grado que los requiera, en el momento más oportuno y en el medio o área física del hospital más apropiado a su estado clínico, cualquiera sea la especialidad médica por la que recurre.**

En la organización anterior del hospital el agrupamiento de pacientes se efectuaba atendiendo la especialidad

²¹ Martínez Estalella, G. (2002). *Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios*. *Enferm Intensiva*, 13: 113-124

que daba origen a la consulta y que motivaba el ingreso a la institución. Esto determinaba una visión parcial no integrada de los pacientes y, por otra parte, impedía el aprovechamiento de recursos que pudieran sobrar en un lugar al tiempo que pudieran faltar en otro. Esta disposición podría caracterizarse como feudal, con reserva de espacios de poder, y podría considerarse una réplica de la organización de la universidad por cátedras. Es una segmentación que resiste y conspira contra la aplicación de modelos mejoradores e integradores de la asistencia de cada paciente, ya que sigue sosteniendo la aparente ventaja de tener reunidos a todos los pacientes de cada especialidad lo cual, si bien parece ser una comodidad para los profesionales, no lo es habitualmente para los pacientes.

El modelo implementado de cuidados progresivos se basa en principios simples, de fácil comprensión y aplicación; además, reconoce como antecedente los modelos matriciales. Las organizaciones matriciales intentan desjerarquizar y desverticalizar la organización para hacerla más flexible y ágil, tienen como contrapartida la dificultad para mantener la integridad del grupo. Esto implica una situación de permanente conflicto —precio a pagar por la flexibilidad y la agilidad de la estructura— que, a su vez, favorece la creatividad dado que pone en crisis los permanentes problemas que se plantean dentro de la organización. Los sistemas matriciales se caracterizan porque en el punto de intersección de la organización funcional con la organización operativa, las autoridades no están siempre bien definidas. La falta aparente de definición de la jerarquía crea con frecuencia algún tipo de confusión. Confusión que se supera con el

diálogo, con la participación y con el trabajo en equipo; en el reconocimiento de que el problema y, por lo tanto, la solución, no son responsabilidad de una persona sino de la organización. Frente a la disposición clásica vertical de agrupamiento por especialidad, aquí se propuso una modalidad de organización horizontal que diera homogeneidad a la atención de aquellos pacientes con un grado similar de quebrantamiento de su salud o una necesidad similar de prestaciones, prácticas y cuidados.

El Nuevo HECA se construyó en sectores por intensidades de atención; guardia y emergencias, cuidados intensivos, cuidados intermedios, cuidados mínimos. A manera de ejemplo un paciente es asignado a cuidados intensivos cuando presenta riesgo de vida, a cuidados intermedios cuando requiere medicación e hidratación parenteral, atención de enfermería en intervalos de dos horas, dos controles médicos en cada turno o manejo de intubaciones o drenajes complejos. Los restantes pacientes que requieran internación y que no integran ninguno de los grupos anteriores son incluidos en cuidados mínimos.²²

El cuidado progresivo es una de las formas organizativas orientadas al desarrollo de sistemas de atención integrales e integrados. La aplicación de esta modalidad de trabajo implicó la complementación necesaria y acordada con el resto de la red de servicios de salud de la Secretaría

²² Tonietto Á. y col. *Organización de servicios de salud para la atención de víctimas en masa en un hospital por cuidados progresivos*. Hospital zonal de agudos General Manuel Belgrano. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Región Sanitaria V.

de Salud Pública, y conllevó a una reestructuración y refuncionalización del viejo hospital, tanto en su interior como en su relación con los demás actores sociales de la salud. Cuidados progresivos es la jerarquización de la dignidad y de los derechos de los pacientes. A pesar de su amplio respaldo, el cuidado progresivo del paciente no debe ser considerado como la solución de todos los problemas del hospital. En cambio, en este caso, se trató de una metodología que se mostró promisoría para aliviar muchas de las fallas experimentadas en la disposición tradicional que tenía el viejo hospital. Dos frases se utilizan frecuentemente para describir los cuidados progresivos del paciente: “el cambio de los servicios para satisfacer las necesidades de los pacientes” y “el paciente correcto, en la cama correcta, con los servicios correctos, en el momento correcto”.²³

El éxito o el fracaso de un programa de Cuidados Progresivos frecuentemente se atribuyen al **equipo de trabajo**. Por lo tanto, fue fundamental que todos los responsables de administrar el programa formaran parte del equipo. Para llevar adelante el modelo se propuso, para cada área definida, la formación de equipos de gestión de cuidados progresivos integrados por profesionales representantes del área médica, de enfermería, administrativos y de atención al ciudadano. Estos equipos debían facilitar los mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de internación, el fortalecimiento

²³ Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los EE.UU. Servicio de Salud Pública. División de Servicios Hospitalarios y Médicos. Washington, D.C.

en el ámbito intrahospitalario de la dinámica del tratamiento de la emergencia y la articulación con los servicios de diagnóstico y tratamientos clínicos y quirúrgicos, instrumentando la coordinación con los otros efectores de la red de salud de la Secretaría de Salud Pública y con el resto de los efectores públicos y privados prestadores de asistencia de internación y ambulatoria.

Estos equipos debían trabajar en los ejes de planificación estratégica como propone Pablo Bonazzola²⁴ según lo siguiente:

- Gestión de Pacientes
- Gestión del trabajo asistencial directo
- Gestión del recurso humano y relaciones laborales

En cuidados progresivos hablamos de procesos construidos: asistencial directo, gestión de pacientes para una mejor accesibilidad, administración de recursos humanos y financieros, redes.

El equipo de gestión propuesto como organización horizontal está más arriba de la responsabilidad profesional. En el modelo por cuidados progresivos el equipo de gestión es el encargado de seguir al paciente en toda su estadía en el hospital, y debe gestionar su acceso a los diferentes niveles y a todos los servicios de salud que necesite. Por su parte, los especialistas siguen al paciente en toda su internación.

²⁴ Médico sanitaria, asesor de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario para el proyecto del Nuevo HECA. Documentos de trabajo interno.

En cuidados críticos lo hace el especialista en ese lugar. En intermedios y mínimos se encuentra con un clínico de planta que hará el seguimiento en la internación.

En términos de eficiencia, agrega Bonazzola, está suficientemente demostrado que la organización del recurso **camas disponibles** por internación indiferenciada, es decir, sin dividir áreas por especialidad, permite un mejor aprovechamiento, ya que reduce el rechazo de demanda y las camas desocupadas por desacople con la especialidad requerida. A su vez, la organización por cuidados progresivos agrega elementos de mayor eficiencia, dado que permite una distribución y concentración de recursos (como personal y equipamiento) más adecuadas a las necesidades de los pacientes.

En términos de calidad, la evaluación es más compleja. Con seguridad, ciertos procesos de trabajo, como el de enfermería, se enriquecen en su contenido, en la protocolización, en la evaluación de los pacientes y en la asignación objetiva de recursos. En los procesos asistenciales médicos se ponen en juego nuevos elementos a favor de mayor calidad: la eventual coordinación clínica con una mirada más integral de los pacientes; el intercambio entre especialidades y disciplinas; y fundamentalmente, la normalización de los cuidados adaptados a la magnitud del problema de cada paciente. Además, un efector organizado por niveles de cuidados puede influir en el mismo sentido sobre el conjunto de la red de servicios. Pero, es indudable que la mejora de la calidad desde el enfoque técnico está muy ligada al grado de consenso y satisfacción que los profesionales logren en

la organización del trabajo, por lo que debe procurarse un desarrollo colectivo de este.

Visión de las autoridades del gobierno

Los responsables de cargos jerárquicos municipales inscribieron la creación del Nuevo HECA en una política de salud pública coherente, que tenía dieciséis años de antigüedad y, por otra parte, en aquel momento asumieron como deficitaria la articulación de la red con los servicios de salud provinciales. El por entonces intendente municipal Ing. Miguel Lifchitz opinaba en aquel momento: “El N-HECA es un hospital modelo de alta complejidad de emergencia no solo municipal, sino regional, articulado con el resto de los hospitales Municipales y Centros de Salud que conforman el sistema de Salud de Rosario (...) que se constituirá en referente regional y considerando su excelente nivel asistencial, generará una alta demanda”.

El Dr. Hermes Binner puede visualizarse como un actor fundamental en las políticas de salud de la ciudad, en la medida en que fue promotor de un proceso que considera a la salud como una construcción y no como el resultado de intervenciones planificadas de manera central por el Estado. Al modelo clásico de planeamiento impuesto de manera vertical dentro del sistema, se contraponen un modelo de planificación estratégica que valora la generación de consensos como uno de los pilares fundamentales para que la salud se garantice como derecho de ciudadanía. Es importante reconocer como punto de partida que la planificación estratégica requiere de factores favorecedores para tener alguna oportunidad de ser una herramienta

efectiva. En general, la planificación estratégica no es un proceso neutral ni se puede dar en cualquier circunstancia.

Es necesaria la participación de todos los sectores de la salud para llevar adelante políticas públicas. Se trata de una visión de la salud pública centrada en la construcción de consensos y la organización de instancias colectivas de participación para generar condiciones de desarrollo que hagan factibles los proyectos acordados. Si bien se considera que el financiamiento adecuado es una parte vital de la ejecución de cualquier política pública, la participación de todos los actores de la salud, incluida la comunidad cuyos derechos intentan garantizarse, se valora como uno de los ejes vertebradores del proceso de planificación.

Visión de los involucrados en el proceso

Hubo una valoración positiva por parte de representantes de gremios, autoridades de asociaciones afines y la comunidad hospitalaria en general con respecto a la implementación del modelo por cuidados progresivos en términos de capacidad técnica y calidad de atención, así como desde la perspectiva de crecimiento y oportunidad para los trabajadores. Ese reconocimiento de los aspectos positivos del proyecto permitió dimensionar el grado de consenso generado, en la medida en que representó intereses diferentes.

Todos los grupos lograron un acuerdo con relación a la nueva organización del hospital y a esa forma de trabajar por grados de complejidad de los pacientes y no por la especialidad que los llevaba a la consulta. La expectativa generada por el modelo de cuidados progresivos era la

de lograr la coordinación que hacía falta. También hubo acuerdo con respecto a las condiciones necesarias para la implantación del nuevo modelo de gestión.

Por ejemplo:

1. El tipo de paciente que tenía que haber en cada nivel —al respecto importa señalar que en relación con los cuidados críticos no se registran dudas.

2. La necesidad de tener normas escritas, protocolización de los procesos de atención.

3. La necesidad de conformar equipos interdisciplinarios para que evaluaran e hicieran cumplir las normas. Se entiende aquí que la interdisciplina no es la yuxtaposición ni una suma de saberes en cadena, ni un conglomerado de actuaciones grupales, sino una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de los saberes. Es, por tanto, una forma de entender y abordar una problemática determinada, una forma de conocimiento aplicado que se reproduce en la intersección de los saberes.

4. La gestión del recurso humano, atendiendo a la problemática de la subjetividad del trabajador, estrechamente ligada al tipo de trabajo que se realiza, al grado de satisfacción con la tarea y, sobre todo, a la capacidad de **significar** el resultado del propio trabajo como algo útil a la comunidad. Desde esa perspectiva, la gestión de los recursos humanos debía adecuar las tareas a cada persona, de acuerdo

con sus capacidades y posibilidades.

Así comenzó la construcción del nuevo modelo de gestión para el nuevo hospital, entre todos, con cambios que resultaran lo menos traumáticos posible, con la discusión de los cuidados progresivos, que tuvo sus detractores, al igual que el trabajo en red. Cobró mucha fuerza la educación permanente, y se manifestó que sería responsabilidad de todos hacer las cosas bien; valorándose la posibilidad de poder emitir opinión sin restricciones.

(El senador provincial por el departamento Rosario y ex Ministro de Salud de la provincia entre 2007 y 2013 coordinó la gestión del proyecto del hospital Clemente Álvarez hasta su inauguración).

“La Atención Primaria de la Salud sería el punto de partida de la red de atención de la comunidad en la búsqueda de los derechos... cada una de las etapas que se fueron dando tiene una profunda razonabilidad en este pensamiento, desde una consulta en un centro de salud se puede derivar en un trasplante. Creo que éste es el concepto más profundo de lo que significa cómo funciona la red”.

Reflexiones finales

Políticas de estado que trascienden a un gobierno

Este proyecto político impulsado por el gran estadista Dr. Hermes Binner se constituyó en una verdadera política de Estado. Como tal, buscó satisfacer la voluntad general, anteponiendo el interés de las personas a todo interés partidario o personal.

La prioridad fue la igualdad de derechos, garantizando el acceso a la salud de todas las personas en cada rincón de la ciudad y de la provincia sin distinción de situación socioeconómica.

Se trató de un contrato social basado en la búsqueda de la equidad, la inclusión y el servicio de calidad para todos.

Hoy podemos referirnos a la salud como un derecho adquirido que es patrimonio de toda la ciudadanía; y que fue logrado durante años de buena gestión.

Esta transformación de la salud pública marcó un hito único e irrepetible en la historia de la ciudad de Rosario y en la provincia de Santa Fe.

Nuestro mayor anhelo es que los sucesivos gobiernos se comprometan a cuidar todo lo logrado, mantenerlo y mejorarlo.

Índice

Prólogo	
<i>Dr. Ignacio Katz</i>	13
Introducción	17
Capítulo 1	
Contexto y antecedentes de la transformación	21
<i>Aportes de la historia</i>	21
<i>Fragmentación versus integración</i>	23
<i>Equidad, el principio rector</i>	30
<i>Un estado eficiente satisface las necesidades de los ciudadanos</i>	34
Capítulo 2	
La salud en el municipio de Rosario	37
<i>Los inicios de la gran transformación</i>	37
<i>Planificación estratégica aplicada a Rosario</i>	44
<i>Construcción de la salud en la ciudad</i>	45
<i>Descentralización y participación</i>	45
<i>Atención ambulatoria</i>	46
<i>Articulaciones intersectoriales y entre niveles</i>	48
<i>Efectores de Atención Primaria de Salud (Rosario)</i>	49
<i>Multiplicación - Red de servicios</i>	50
<i>Recuperación edilicia en Rosario</i>	51
<i>El caso del CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias)</i>	56
<i>El caso del Nuevo HECA</i>	59

Capítulo 3

Construcción de la salud en la provincia de Santa Fe	67
<i>Un sistema único</i>	68
<i>Fragmentación versus integración a nivel provincial -</i> <i>Antecedentes del sistema de salud</i>	75
<i>Las regiones y sus nodos. Asambleas ciudadanas</i>	80
<i>Políticas de estado en salud y algunas concreciones</i> <i>Construcción de redes</i>	84
<i>Recuperación de la capacidad instalada</i>	90
<i>Recuperación de la tecnología adecuada</i>	92
<i>Integración e implementación del sistema de información</i> <i>y aplicación de herramientas tecnológicas en salud</i>	94
<i>Políticas de promoción de la salud</i>	98
<i>La relación con otros actores</i>	103
<i>Resumen</i>	105
<i>Cinco Hospitales de Alta Complejidad</i>	109
<i>Hospitales de mediana complejidad</i>	120
<i>CEMAFE</i>	121

Capítulo 4

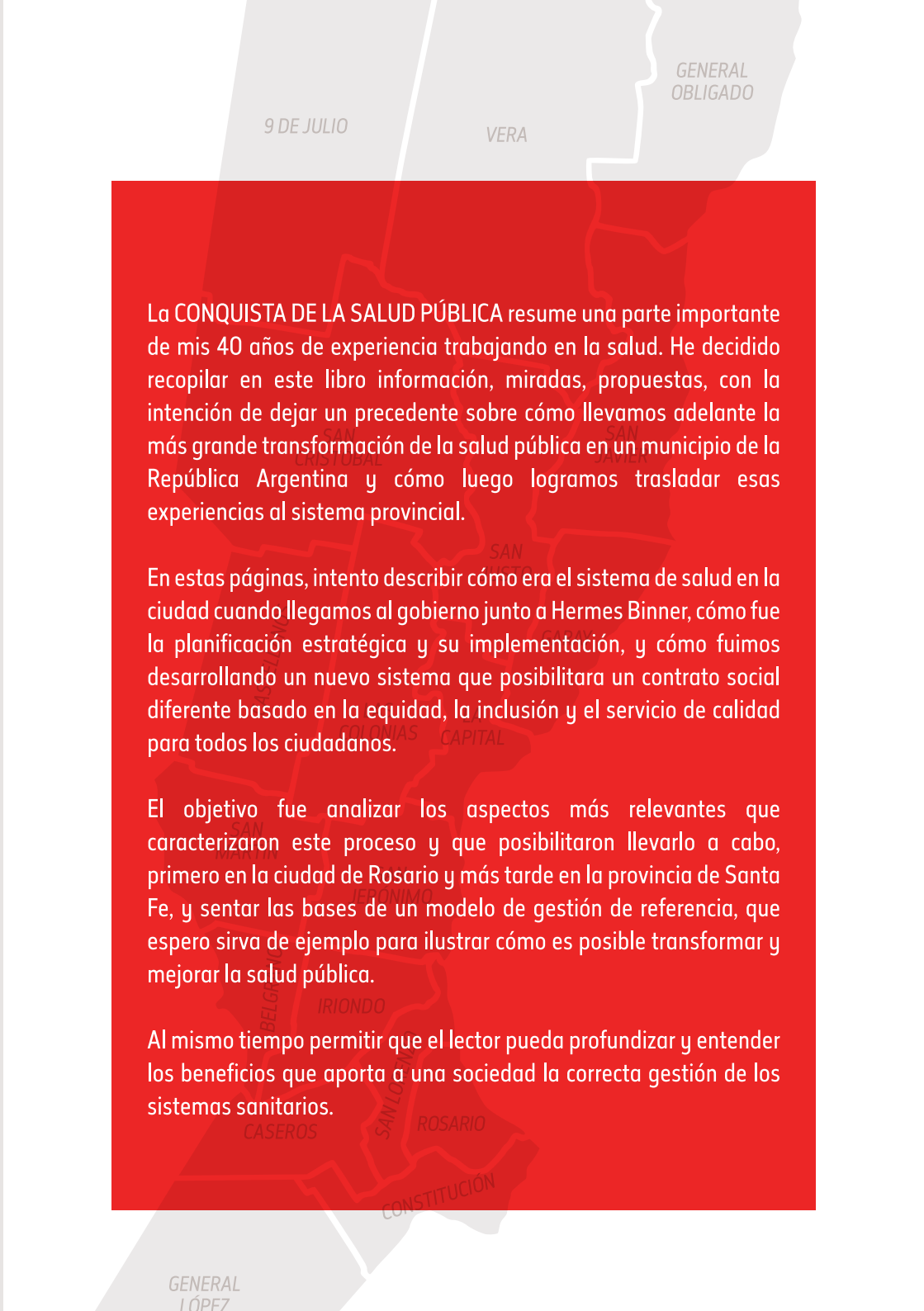
Otros valiosos aportes a la salud pública	125
<i>Política de medicamentos</i>	125
<i>LEM (Laboratorio de Especialidades Medicinales)</i> <i>y LIF (Laboratorio Industrial Farmacéutico)</i>	125
<i>Integración LEM + LIF</i>	129
<i>Trasplante de órganos - La práctica en efectores públicos</i>	131

Capítulo 5

El N – HECA - Fruto del trabajo mancomunado	135
<i>El modelo de cuidados progresivos</i>	140
<i>Visión de las autoridades del gobierno</i>	146
<i>Visión de los involucrados en el proceso</i>	147

Reflexiones finales

Políticas de Estado que trascienden a un gobierno	151
--	-----



La CONQUISTA DE LA SALUD PÚBLICA resume una parte importante de mis 40 años de experiencia trabajando en la salud. He decidido recopilar en este libro información, miradas, propuestas, con la intención de dejar un precedente sobre cómo llevamos adelante la más grande transformación de la salud pública en un municipio de la República Argentina y cómo luego logramos trasladar esas experiencias al sistema provincial.

En estas páginas, intento describir cómo era el sistema de salud en la ciudad cuando llegamos al gobierno junto a Hermes Binner, cómo fue la planificación estratégica y su implementación, y cómo fuimos desarrollando un nuevo sistema que posibilitara un contrato social diferente basado en la equidad, la inclusión y el servicio de calidad para todos los ciudadanos.

El objetivo fue analizar los aspectos más relevantes que caracterizaron este proceso y que posibilitaron llevarlo a cabo, primero en la ciudad de Rosario y más tarde en la provincia de Santa Fe, y sentar las bases de un modelo de gestión de referencia, que espero sirva de ejemplo para ilustrar cómo es posible transformar y mejorar la salud pública.

Al mismo tiempo permitir que el lector pueda profundizar y entender los beneficios que aporta a una sociedad la correcta gestión de los sistemas sanitarios.