

**LA FUNDACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD
EN LA PROVINCIA DE SANTA FE
Lógica subyacente y etapas en su concreción**

Dr. Miguel A. Capiello

Resumen.

En el texto se presenta un panorama de las **políticas** desarrolladas por el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe en los últimos 6 años de gestión. A partir de las ideas rectoras se relata la experiencia, ejemplificando con la descripción de programas y acciones, señalando las condiciones que facilitaron u obstaculizaron la concreción del plan de gobierno.

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, da origen a una **construcción** en proceso que permanentemente confronta con la realidad, con de lo instituido. Se retroalimenta de la opinión de la ciudadanía, recibe el aporte continuo de los trabajadores de salud y se abre al diálogo con diversos actores sociales que representan intereses del campo. De todos ellos, los que más conmueven los cimientos de este "construyéndose" son los mismos integrantes de los equipos de salud, sea reflejando las inquietudes de los habitantes o irradiando sus perspectivas dinamizan el proceso instituyente para que nunca llegue a ser completo.

El relato pretende brindar sólo una introducción 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.

Aspira a ser el basamento para articular, en futuro desarrollo mucho más ambicioso, los aportes y las contribuciones de los miles de trabajadores de salud que están llevando a cabo la experiencia en el cotidiano y expresándose en los congresos de salud pública provincial que los concentra anualmente.

Los hilos del texto aspiran e intentan dar cuenta de la doctrina subyacente, del **sentido** de la construcción que estaría fundando o re-fundando un sistema de salud a partir de la integración y/e interdependencia de componentes hasta ahora aislados. La perspectiva es de **redes** dinámicas y eficaces que mejoren la situación de salud de los ciudadanos con criterios de equidad.

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, por eso no se trataría de la reproducción de un modelo, sino de aplicar criterios que dan direccionalidad a la acción política en el contexto en que la misma se desarrolla.

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

Introducción.

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 SAMCo¹ en un escenario fragmentado desde su constitución en tres sectores: de obra social, público y privado, impone al Estado provincial más tempranamente que a otras provincias el desafío de garantizar salud con una configuración cuyas organizaciones están desarticuladas, compiten entre sí, son ineficientes y frecuentemente omiten principios básicos como el de equidad.

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, así como deteriorando la capacidad instalada en el Estado en las décadas del `40 y `50.

Muchos factores tuvieron que ver con esto. Entre ellos se pueden mencionar 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 a revertir en el sistema de salud santafesino son consecuencias de este 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 orientan la construcción actual, que lleva 6 años de evolución, aspiran a propiciar diferentes focos de transformación para la concreción de un nuevo sistema de salud provincial. Para ello se invitó a los trabajadores y 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.

¹ 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, lo 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) Servicios 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, que se observa en el país en general, pero también operan siguiendo una lógica que les brinda cierto aislamiento de las decisiones de salud provinciales.

Se interpreta Salud como Derecho Humano Básico e inalienable y a los bienes y servicios del sistema de salud como bienes sociales, que deben llegar a todos los santafesinos por igual.

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

La tarea no es sencilla, ni todos los resultados serán inmediatos. Habrá que seguir creando, estudiando y ensayando.

En el presente trabajo se intenta presentar un panorama abarcativo de las políticas que el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe ha planteado y desarrollando en poco más de un período de gestión de cuatro años, el cual fue renovado en diciembre de 2011 y continúa en vigencia². Se enuncian las ideas rectoras, destacando algunas acciones, programas y proyectos, discutiendo sobre las condiciones que están facilitando y obstaculizando la concreción de dichas ideas.

Se lo considera una construcción, mejor dicho, un "construyéndose" que recibe permanentemente las confrontaciones con la realidad y con una suma de factores que intervienen en la provincia tanto a nivel macro como en cada pequeña localidad.

Se es optimista, se entiende que el momento es oportuno, el clima está cambiando, una nueva cultura que se sostiene en un proyecto colectivo donde se recuperan valores como la solidaridad, la integralidad o la equidad, para potenciar a esos valores se empieza a reconocer.

El proceso no está siendo 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 suelen conmover los cimientos de este *construyéndose* son los propios integrantes de los equipos de salud, que reflejando las inquietudes de los habitantes o irradiando sus propias certezas o sus dudas, contribuyen a que el proceso nunca llegue a ser completo.

Se cree que este trabajo puede ser el basamento para articular, en un nivel más ambicioso, con los aportes de los dos congresos de salud de la provincia desarrollados hasta el presente.

En este sentido, se ofrece como un arrecife de coral al cual adherir, en una próxima etapa, las contribuciones de los miles de trabajadores de la salud que constituyen la verdadera materia viviente de este océano turbulento en el cual se ancla la primera plataforma.

En los dos congresos ya realizados, más de 300 trabajos de miembros de los equipos de salud fueron presentados y discutidos. Fue fácil encontrar que, entre la multitud de temas que se presentaron, existen hilos conductores, líneas de sentido que permitieron aglutinarlos sin esfuerzo.

² En diciembre de 2007 hay 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.

De la fragmentación a la integración, experiencia previa: Antecedentes de un sistema de Salud en la provincia.

Al inicio de la gestión se conocía que existían jurisdicciones del Estado que tradicionalmente habían actuado en forma no coordinada, 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 da cuenta de esta realidad, múltiples sistemas inconexos e incompatibles en su estructura de datos, duplicación de registros, datos innecesarios que ocupan el tiempo de los profesionales en tareas administrativas, ausencia de datos identificatorios de las personas y datos diagnósticos que permitan análisis epidemiológicos expresan la fragmentación y falta de integralidad, dificultando seriamente el monitoreo y la evaluación 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 generalmente desarrollaban sus actividades en hospitales públicos, respondiendo 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 estos actores disímiles conspiraron históricamente para la conformación de un sistema coherente.

Como expresó H. 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 permita 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, en contraste, 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 en la ciudad, se atenían a una lógica propia, con escasa articulación con los del municipio.

Hablar de fundación de un sistema puede percibirse como demasiado altisonante, en tanto en la provincia de Santa Fe preexisten a la actual gestión numerosos efectores de salud, algunos de gran prestigio. Incluso varios de rango universitario, así como eminentes profesionales cuyos nombres son conocidos en el país y el mundo.

Se aclara que esta notoriedad, sin embargo, estuvo generalmente 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 prevención y tratamiento de diversas afecciones, pero ellos tampoco tuvieron la suficiente continuidad.

¿Por qué, entonces, se habla de fundación o creación de un sistema?

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

La integración debe 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 sostiene, el Estado debe ser el regulador, el coordinador, el conductor y garante del funcionamiento del sistema y de que sus beneficios lleguen a todos los ciudadanos del territorio (provincial en este caso).

Tomando conceptos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se puede definir fragmentación como la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en el conjunto de servicios de salud que coexisten en un territorio.

De manera inversa, un sistema de salud será integrado cuando la oferta de servicios de salud a los habitantes de un territorio se realice de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes 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 de un ciudadano.

Mientras haya en nuestro territorio personas que recurren a un servicio (o a un financiador) para algunas prestaciones y a uno diferente para otras, no habrá integración. Y la falta de integración de los cuidados afectará sin duda la eficacia del sistema.

Aunque se entiende que no es la multiplicidad de agentes lo que determinó principalmente la fragmentación sino el supuesto de autorregulación, la existencia de muchos responsables sin un esquema explícito y coordinado de responsabilización sobre las acciones y asignación de recursos, en donde el Estado se ausenta en su rol de garante y conductor.

Sobre esa falta se comienza a trabajar, usando los mismos criterios con los cuales se pudo transformar la salud en la ciudad de Rosario en el transcurso de más de doce años de gestión.

Las regiones y sus nodos: Plan estratégico y 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, para hacerla operativa. 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 para definirlos (economía, redes de transporte, caminos, cultura, educación, servicios, etc.).

Aunque una distinción más gruesa como Norte y Sur provincial se utiliza todavía en la práctica, desde un punto de vista social o político porque no se han equiparado aún las desigualdades regionales que fueron construyéndose en décadas de historia.

El norte con una vasta extensión territorial, con muy poca densidad poblacional, donde 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 la escasa capacidad instalada.

La parte centro-sur con una buena densidad poblacional, con buenos servicios de salud, donde los nuevos problemas epidemiológicos imponían la necesidad de responder a problemas complejos: la violencia, la criminalidad, las adicciones, los accidentes y los

problemas de salud que tienen que ver con las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, los problemas cardiovasculares, la obesidad, donde la gente tenía registro de que el problema no era la falta de servicios sino la necesidad de integrarlos y hacerlos accesibles.

Con esa realidad y esas demandas populares se comenzaron a pensar e implementar las redes de servicios que pudieran darle a la población algunas garantías de acceso y cobertura por el sistema público, mientras se iban configurando nuevas centralidades en los nodos de cada una de las regiones mediante la dotación de recursos para lograr condiciones de infraestructura en salud similares en las cinco regiones.

Ahora bien, no fueron pensadas esas regiones o nodos como espacio geográfico de desconcentración administrativa, ni como territorio delegado, ni solamente como área de optimización de recursos provinciales.

Se entendieron también como el espacio en el que inscribir el proceso social de transformación de las prácticas y tal vez correspondería, entonces, diferenciar entre lo que es una Región y la *regionalización-territorialización* como proceso.

La idea de la regionalización es 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. El espacio está vivo y turbulento.

Es función de la gestión que las organizaciones estatales se transformen en espacios facilitadores del ejercicio del Derecho a la Salud, y también en organizaciones en las que los trabajadores se construyan además 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 este proceso e incorporar al mismo la perspectiva comunitaria, la provincia crea su Plan Estratégico Provincial en el año 2008, cuyo principal instrumento son las asambleas ciudadanas en las que los habitantes, como individuos o representantes de organizaciones, los gobernantes y los técnicos que se desempeñan en el Estado intercambian ideas. Estos espacios cuentan siempre con la presencia del gobernador y todo su equipo de ministros, escuchando e intercambiando ideas con la gente.

De allí salieron los distintos proyectos que definen las líneas de acción para el establecimiento de ciertas líneas políticas que aspiran a instituirse como políticas de Estado en la provincia.

La primera asamblea ciudadana fue en abril del 2008, con apenas tres meses de gestión, en Reconquista, el Nudo más alejado y la Región menos favorecida por los ciclos históricos. Luego se sucedieron las de las otras regiones con periodicidad en todos los años que lleva de gestión el Frente Progresista Cívico y Social.

Es en esos espacios donde se explicita y termina de dar forma al plan de salud haciendo lugar a las demandas, las contribuciones y perspectivas de los ciudadanos. El Estado expone y fundamenta ante los ciudadanos cuáles ideas responden 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 de la

experiencia de Rosario siempre contribuyeron a la descripción del “*modelo*”³ para discutir sobre el mismo, para mostrar diferencias, para acordar con qué sentido se avanzaría.

Múltiples anécdotas ilustran la dinámica de estas asambleas, el flujo bidireccional, y comprueban hasta qué punto los políticos y los técnicos tienen la necesidad y obligación de escuchar a los ciudadanos.

Por ejemplo, un señor mayor en una asamblea cuestiona la red propuesta de referencia y contrarreferencia, en términos de la distancia y el tiempo para el acceso a la mayor complejidad y propone un convenio interprovincial entre Santa Fe y el Chaco, porque vive en el límite de la capital de dicha provincia argentina, donde podría acceder a la mediana y alta complejidad a menos de una hora desde su domicilio.

Este señor pudo inscribir en la agenda del Estado la necesidad de pensar la integración no sólo con otros sistemas de la misma provincia, sino con otras provincias vecinas.

La Experiencia: Políticas de Estado en salud y algunas concreciones.

1- Construcción de Redes.

La introducción del concepto de redes desde las propuestas de organización de los sistemas en la perspectiva de APS⁴ a sido un paso importante, no sólo en lo conceptual, sino también en lo operativo⁵. Trabajar con esta idea permite que los recursos estén distribuidos en la práctica a todos los niveles del sistema de salud. 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, que en muchos casos se está logrando.

No se trata de un sistema jerárquico, sino que funciona con libertad en el flujo de recursos, sobre todo recursos humanos, que está adherida a ese concepto de *red*. Esto es para explicar porque no hay contradicción teórica, porque se trata de un sistema en redes que remiten a una horizontalidad y flujos en todos los sentidos posibles, pero hay una centralidad en ciertas directivas, que no son otras que los principios que orientan la gestión.

Todo este andamiaje se construye desde la planificación estratégica de la que habla Hermes Binner en el libro Nº 23 de “Salud en el Municipio de Rosario”, en el reportaje a Hermes Binner menciona tres líneas: proyecto, decisión política y presupuesto y a éstas hay que agregarle tiempo.█

En un país tan imprevisible como Argentina el tiempo no es un factor menor, es un gran factor. Mientras en el horizonte se está planificando con la visión de estas grandes redes, actualmente se han demorado las obras de los hospitales grandes por cuestiones coyunturales. Significa que en vez de hacerse en cinco años, las obras pueden llegar a

³Con el término “*modelo*” se hace referencia a una construcción abstracta e idealizada, con la que se pretende proveer una aproximación simple de la esencia de aquello que se busca. Se transmite siempre como conceptos que responden a la descripción de alguna imagen deseada que se sostiene en la teoría o la ideología. Se consideró necesario explicitar esos modelos y utilizarlos para proponer, para razonar, para actuar y también para evaluar la coherencia de las acciones con los enunciados.

⁴ APS: atención oportuna y de calidad desde el nivel más cercano hasta el más pertinente

⁵ Redes en Salud, Mario Rovere. Fecha 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.

tomar, como en el Clemente Álvarez⁶ de la ciudad de Rosario, unos diez años. Esto es lo que pasa en este país, el ritmo de cada una de estas obras, si bien guiado por una estrategia, por necesidades de cada nivel o sector, queda frecuentemente 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 gestión de Redes, implicó imaginar al sistema de salud como una gran Red de Servicios de Salud que enlaza distintos establecimientos asistenciales y otras instituciones trabajando con su producción y sus recursos. Para lograr este fin, se realizaron innumerables acuerdos formales con Municipios y Comunas, y otros no formales entre efectores de la red provincial entre sí. Así se está configurando progresivamente un sistema en redes que se soporta en los avances de las Tics (Tecnologías de información y comunicaciones), en la construcción de nuevas obras, en el tejido de redes con especificidad en el apoyo a determinados procesos que se van priorizando y, fundamentalmente, en la construcción dialogada con todos los actores, lo que obligó a formular como elemento clave un sistema de información en salud provincial como instrumento de la reforma.

Si bien no se enumeran todas las redes específicas que soportan los procesos de atención de los centros de salud y hospitales, se hace referencia a continuación a algunas 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.

Ejemplos de alta complejidad: La **Red neuroquirúrgica** que tiene un nodo de concentración o 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. Esa 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 personas que tenían, por ejemplo, un hematoma subdural que podía resolverse quirúrgicamente en el lugar que habitaban y no tener que viajar hasta los grandes centros urbanos, con los riesgos de las demoras y un 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 el Ministerio de Salud de la Nación, pero articula servicios pediátricos de primer y segundo nivel para la detección precoz y el seguimiento posterior.

⁶ HECA: Hospital de Emergencia de la ciudad de Rosario, principal effector para la asistencia de trauma y emergencia de alta complejidad de Rosario y su zona de influencia. Su obra fue planificada y que significó la obra paradigmática de la gestión de Hermes Binner.

Una red de gran significación es la **Red de emergencias y traslados** a la que además de dotársela con nuevos móviles⁷ 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 del operador 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 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 sea solamente atención primitiva en los Centros de Salud.

Casi igual importancia en términos de la estrategia de APS cobra la **Red de Laboratorios** que a través de la toma de muestras en centros de salud y la realización de análisis en nodos de laboratorio permite que el Estado incluya 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 misma se destaca a la **Red de Pesquisa Neonatal** con la que se detectan enfermedades del bebé a partir de la sangre del cordón umbilical y se informan a los equipos del Centro de Salud para permitir su abordaje oportuno. Antes estas 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 tiene toma de muestras descentralizada que se complementan con colposcopia y biopsias para detección precoz del cáncer de cuello de útero y 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 en redes son las **Redes de Rehabilitación** que incluyen no sólo 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 y la optimización de recursos y centralizar las compras de prótesis con la correspondiente mejora en los precios, una **Red de Detección Temprana de la Sordera**, que posibilitó el tratamiento oportuno y sentó las bases para 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 la **Red de Viveros** como centros terapéuticos alternativos y de inclusión laboral para diversos problemas discapacitantes que hoy abarca a varias localidades como Rosario, Recreo, San Guillermo, Pérez, Carcarañá, Coronda, Angélica, Villa Ocampo, Reconquista, Las Toscas, Villa Trinidad y San Cristóbal.

Por último, vamos a mencionar una pequeña red, la **Red de cirugía laparoscópica** de vesícula biliar que se constituye frente a la preexistencia de listas de esperas muy largas para cirugía programada de litiasis biliar con una oferta que prácticamente resolvía solamente 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

⁷ Se compraron 100 ambulancias casi al inicio de la gestión y se están por adquirir 45 más.

comprometió un número determinado de cupos quirúrgicos. Es decir, siempre hay una espera, pero es mucho menor: existía gente que había esperado de ocho a diez años sufriendo episodios de cólicos sin que se les resolviera el problema, ahora esperan seis meses a lo sumo. Es un avance importante.

Propiciar el trabajo en Red para enfrentar las necesidades de la población es la manera en que se entiende la gestión de la política de salud en la provincia, porque es el modo como se organiza el sistema y permite mejorar el acceso a la salud, reduce la fragmentación, limita el uso inapropiado de recursos, evita la duplicación innecesaria de infraestructura y servicios, disminuye los costos de producción y transacción y, por sobre todo, porque nos permite mejorar la respuesta.

Sin embargo, se valora como lo más importante del avance a la integración de los distintos servicios y que se conocieran los trabajadores en relaciones cara a cara, que intercambiaran sus experiencias y sus saberes en espacios colectivos de reunión. Escuchando las conclusiones de diferentes reuniones, se ha podido oír a los profesionales diciendo cosas como *"ahora yo sé que él está allá y tiene dificultades que yo se las puedo resolver"*. Eso es importante en el proyecto. Las redes sociales, que como dice Mario Rovere, se tejen a partir de la gente.

2- 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 recuperar la capacidad instalada también el enfoque es 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, a través de esta estrategia 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 o plan de obras que fue el que permite hoy que dichas obras se estén llevando a cabo con los debidos consensos.

Sería redundante reiterar definiciones, pero baste 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 permite 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, distribuidos según necesidad en las cinco regiones, ochenta **centros de atención primaria** de la salud, priorizando aquellos lugares donde la gente no tenía garantizada la accesibilidad.

También, para ampliar la capacidad instalada, en cuatro regiones se han construido hospitales de **mediana complejidad**. Esos cuatro hospitales⁸, tienen la función de dar respuesta a lo que demandaba la estrategia de atención primaria que requiriera un nivel de atención intermedio, no posible de solución en el primer nivel, pero que a la vez no necesitaba escalar hasta el máximo nivel de atención.

Otro aspecto importante, respecto a la capacidad instalada, era darle a cada nodo regional en su cabecera, un hospital de **alta complejidad** que resuelva la mayoría de las patologías y los problemas, sin tener que llegar a los grandes centros urbanos donde se concentraron a lo largo del desarrollo del sistema de salud santafesino los servicios complejos.

3- Recuperación de la tecnología adecuada.

Dentro de lo que es la recuperación de la capacidad instalada se puede considerar también lo que se relaciona con la tecnología médica, desde el equipamiento más simple hasta el más moderno y de mayor complejidad, el que en el marco de la estrategia de Atención Primaria debe estar disponible y accesible para todos los ciudadanos.

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 decide 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 que se ofrecen a la ciudadanía.

Así se realizó una importante inversión para equipamiento tecnológico que permitió recuperar el sector público de salud que llevaba décadas de postergaciones. La dotación de un moderno equipamiento médico con distribución regional (Tomógrafos, Arco en C, Equipos de Rayos, Resonador, Equipo Portátil Cámara Gamma Centinela); este equipamiento significó una inversión de 46 millones de pesos.

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

Hoy se puede apreciar que ya se ha recuperado parte importante de la tecnología. Por ejemplo, ya hay resonador magnético y tomógrafos en todos los hospitales grandes. Hay mamógrafos en muchos más lugares que antes del comienzo de la gestión⁹.

⁸ Los hospitales a los que hemos hecho referencia son: Hospital de Las Toscas, Nodo Reconquista, San Cristóbal, Nodo Santa Fe, ya está inaugurado.

Las Parejas, Nodo Rosario, ya inaugurado, a pesar de los problemas a los cuales nos enfrentamos, muchas veces generados por la prensa. Ceres, en Nodo Rafaela, está en proceso.

Este proceso de recuperación de la tecnología, junto con la capacitación de los equipos técnicos y profesionales para su utilización, está permitiendo prestaciones hasta entonces inexistentes o muy excepcionales. En Rosario no se operaba cirugía cardiovascular en adultos y ya se han superado las 80 desde que se inauguran las prácticas en 2011 en el Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario.

4- Integración e implementación del Sistema de Información y aplicación de las nuevas TICs en Salud.

El proceso de transición política está avanzando sobre tres ejes: **descentralización, regionalización y participación**. Como puede apreciarse la reforma del sistema de salud atraviesa 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 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 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 de cada uno. 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 o más veces, en distintos formularios y procesada centralmente en sistemas paralelos con bases inconexas.

Esta situación ocasionaba problemas, entre los que se destacan:

- 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 para 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.

⁹ En la provincia de Santa Fe había cinco mamógrafos cuando comienza la gestión de gobierno. Ahora hay veinticinco y está en trámite la adquisición de otra cantidad similar.

- 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 la extensión territorial y en consecuencia inaplicable al proceso decisorio por extemporánea.

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

Algunos objetivos específicos de la misma fueron unificar variables, simplificar registros, re-significar el sistema de información adecuándolo a los requerimientos de nuevas prácticas en salud (modelo de atención) y automatizar procesos aprovechando las tecnologías actuales.

Esto implicó un trabajo de rediseño e integración de los formularios que da como resultado la **Planilla Única de Consultorio Externo**, más simple para el llenado pero más compleja en cuanto cantidad, calidad y tipo de información contenida.

Desde la misma 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 CMBD (Conjunto Mínimo de Datos Básicos), mediante la que se cargan datos relacionados con variables de identificación de usuarios y prestaciones recibidas en la consulta ambulatoria, que se complementan en un **Historial del Proceso Clínico** al que próximamente se tendrá acceso por web desde cualquier punto de la red con datos surgidos durante la internación, el traslado, el estudio, etc. que da origen a la hoja de referencia, al resumen de historia clínica o a la epicrisis según necesidad de información, como así también evaluar el proceso de atención y los resultados del mismo.

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

A la fecha puede afirmarse que el proyecto de informatización del Sistema de Salud en la provincia de Santa Fe tiene algunos avances significativos y algunos desafíos pendientes.

Un avance a mencionar es 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). La misma ha sido recientemente distribuida en todo el territorio luego de prueba piloto y capacitación para su uso y está siendo implementada en reemplazo de los formularios existentes.

Otros avances son los desarrollos propios, con software libre, preservando autonomía y flexibilidad en términos de códigos fuente y know-how.

Por último, la dimensión material de la estrategia incluye la dotación de equipamiento informático y su conectividad a los centros de salud (aún en proceso en los lugares más alejados del territorio).

Una de las últimas innovaciones es la **teleconferencia**, donde se transmiten sonidos e imágenes¹⁰. Ésta funciona ante casos complicados donde intervienen distintos especialistas, fundamentalmente de las ciudades de Santa Fe y de Rosario para dar respuesta a problemas de salud. Desde cualquier parte de la provincia es posible realizar una teleconferencia con los centros de mayor complejidad. También se usa esta tecnología para intercambios teóricos en congresos, etc.

Ésta es otra instancia de soporte a la red de atención que ofrece la tecnología moderna y permite resolver casos. Hay muchos lugares donde hay un solo médico; de esta manera muchas veces este profesional puede acceder a segundas opiniones, interconsultas y tutorías sin trasladar al paciente.

Con un teléfono un poco más grande que un celular, provisto de una pantalla, se puede recibir la imagen de una radiografía, transmitiendo desde otro teléfono con tecnología IP. Esto en el sector privado de la Capital Federal se hace desde hace mucho, pero en Santa Fe la experiencia es reciente.

5- Política de medicamentos.

Una de las políticas fuertes del Estado provincial es la producción pública de medicamentos; precisamente Santa Fe es la provincia que más medicamentos provee para un plan nacional que abastece un paquete de medicamentos básicos para los centros de Salud desde el 2001. Obviamente, el Ministerio de la Salud de la Nación adquiere esos medicamentos y la venta significa un ingreso para las empresas del Estado que los producen que se reinvierte en tecnología para su desarrollo.

Existen dos grandes productores de medicamentos en la provincia: el LEM (Laboratorio de Especialidades Medicinales) en Rosario y el LIF (Laboratorio Industrial Farmacéutico) en Santa Fe. En esta gestión se está trabajando en la coordinación de acciones entre ambos, ya que su desarrollo había sido paralelo y competitivo.¹¹

El Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) de Rosario inició sus actividades a mediados de 1992 para producir medicamentos destinados a ser entregados sin cargo en los efectores municipales, orientados a la atención primaria de la salud. Años más tarde se constituye como Sociedad del Estado, por ordenanza municipal.¹²

Como Sociedad del Estado, el laboratorio ha podido mejorar su gestión, permitiendo un funcionamiento ágil, autónomo, propio de la actividad privada pero sin olvidar su razón

¹⁰ El sistema de Teleconferencias en los hospitales de la provincia fue inaugurado el 5 de abril del 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. Estaba el cirujano jefe del Iturraspe, el Dr. Pierini, y un imaginólogo de Rosario, cada uno en su servicio y su localidad. Un paciente que en otras circunstancias hubiese viajado a Santa Fe a resolver el problema. La teleconferencia fue presenciada por el gobernador, el ministro, el vicegobernador, entre un importante grupo de trabajadores.

¹¹ LIF- LEM: Dos laboratorios, una sola provincia <http://www.lif-santafe.com.ar/secciones/9/lif-lem.html>

¹² Ordenanza municipal n° 6310 del año 1996. El tema se puede ampliar en <http://www.rosario.gov.ar/sitio/lugaresVisual/verLugar.do?id=3175>

social. La administración tiene cierto grado de autarquía, en cuanto es esa sociedad la que paga los salarios de sus empleados.

Entre su producción hay diferentes tipos de comprimidos, variedad de gotas, soluciones para uso interno y externo, pomadas y cremas y soluciones parenterales. Se garantiza de esta manera 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 ANMAT¹³ y la certificación nacional de varios de sus productos. Desde el año 2006 cumple con la certificación de Normas ISO 9001-2008 con alcance al diseño, elaboración de especialidades medicinales en las formas farmacéuticas de comprimidos, polvos, líquidos y semisólidos y su comercialización.

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 de industrialización de aquellos años, no casualmente en las épocas de Ramón Carrillo como Ministro de Salud de la Nación.

Por entonces, la provincia de Santa Fe genera las acciones 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 organiza como Sociedad del Estado y en el año 2007 retoma su nombre original, o bien por la sigla LIF – SE (las últimas letras por su condición de Sociedad del Estado). El LIF SE se convirtió, en abril del 2008 en el primer laboratorio público en ser 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, en lo edilicio-tecnológico, como en la capacitación del personal del LIF, hace que el LIF esté en condiciones de dar respuesta a la demanda por parte del Ministerio de Salud Provincial y Nacional. La actual gestión, apuesta a una fuerte política que tienda a potenciar su producción y ser también una variante más, en la solución de las distintas problemáticas que pueden surgir en la Salud Pública Provincial. Ejemplo es el hecho que hoy, la Provincia de Santa Fe, sea la única que posee Anticonceptivos con marca estatal, para su entrega gratuita, tanto en Hospitales como para los afiliados de la obra social provincial del IAPOS.

Esta política de fabricación de medicamentos, de distribución en el territorio provincial y nacional, se va a seguir profundizando. Y junto a la producción de medicamentos está la investigación de nuevas moléculas de medicamentos que puedan ser propios.

Ahora, por ejemplo, el ANMAT solicitó al laboratorio santafesino la producción de metadona y morfina para todo el país; son drogas que se usan para el tratamiento del dolor.

En este marco, está planteado el desarrollo de una nueva planta productora de medicamentos en la localidad de Sauce Viejo, próxima a la ciudad capital. Hay un terreno de 10 hectáreas. Sobre esa idea el Gobernador Hermes Binner lo anunció en el primer mensaje a la Legislatura, pero aún hoy no se ha podido avanzar. El proyecto nunca estuvo en el presupuesto, ni se ha priorizado. Mientras tanto, sí se avanzó en remodelar el LIF actual y comprar tecnología. Se necesita un poco más de espacio que el disponible en la actualidad, pero la Municipalidad de Santa Fe está dispuesta a ceder terrenos para que el LIF siga en esa ciudad.

¹³ Administración Nacional de Medicamentos y Tecnología

Si bien la idea de crecimiento edilicio aún no se ha concretado, el LIF ya tiene todo lo que tiene que tener para garantizar calidad: no solamente es producción de medicamentos, sino que su estructura está concebida para proyectos más ambiciosos. Tiene un Comité Mixto de Higiene y Seguridad del Trabajo que funciona; tiene capacitación permanente para su personal que funciona.

El LIF de la ciudad de Santa Fe abastece actualmente el 94% de la atención primaria de la salud y el 64% de los hospitales.

Integración del LEM + LIF.

Desde principios del año 2004, ambos Laboratorios, iniciaron el intercambio equilibrado de medicamentos producidos en el LIF y en el LEM.

Debido al resultado positivo para ambos organismos estatales de Salud, los intercambios equilibrados de medicamentos se han ido incrementando tanto en la cantidad de especialidades como en el número de unidades intercambiadas. Estos intercambios permiten garantizar la cobertura de la demanda de la Salud Pública, con medicamentos seguros, confiables y a costos accesibles.

Desde el año 2011, está vigente un 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.

Este Convenio Marco¹⁴, reconoce como antecedente el Convenio de Intercambio de Especialidades Medicinales del año 2004 y pone una mirada hacia el futuro de ambos laboratorios, estableciendo las bases para desarrollar la complementación de sus recursos materiales, humanos y organizacionales con el fin de propender a una mayor eficacia y eficiencia de sus actividades. Además acuerdan brindarse mutuo apoyo mediante el asesoramiento y transferencia de información científica, tecnológica, económica y comercial.

Esta integración con el LEM de la municipalidad de Rosario permite que hoy los sueros que se usan en la provincia de Santa Fe en todos los hospitales sean del LEM, lo que a su vez oficia como regulación del mercado y garantía de provisión en situaciones de desabastecimiento.

El LIF fabrica ciertos medicamentos que se usan en el plan REMEDIAR, que se destinan a los 7000 centros de atención primaria del país. La amoxicilina, la cefalexina, la metformina, la simvastatina y el paracetamol que van en esas cajas son fabricados en la provincia de Santa Fe. Las licitaciones se ganaron compitiendo con los laboratorios privados.

Además, el LIF le vende a otras provincias con las que se han firmado acuerdos para comprar medicamentos como Río Negro, Entre Ríos, provincia de Buenos Aires.

Cuando se conmemora el día de las enfermedades raras, por pedido de ANMAT y con autorización del CEDRONAR¹⁵, el LIF comienza a producir efedrina para un solo chico de Formosa. Tiene una miastenia *gravis* y se le fabrica un comprimido con una concentración especial de 3 mg de efedrina. La droga antes sólo se conseguía en el mercado negro. También se empezará a producir solución nebulizable de suero

¹⁴ LIF- LEM: Dos laboratorios, una sola provincia <http://www.lif-santafe.com.ar/secciones/9/lif-lem.html>

¹⁵ Secretaría de Prevención para la Adicción y Lucha Contra el Narcotráfico de Presidencia de la Nación

hipertónico de cloruro de sodio al 7% para ser usada por los niños que padecen enfermedad fibroquística.

Otro medicamento que se está produciendo es el sildenafil. El sildenafil tiene muchas aplicaciones, ahora lo promueven para los deportistas de alto rendimiento y para permanecer en alturas. Y también se usa para la hipertensión pulmonar obstructiva crónica, ampliando la indicación más conocida que es la disfunción sexual eréctil.

6- Políticas de promoción de la salud.

El Ministerio de la provincia de Santa Fe entiende 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 abordajes 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, atraviese 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 irá generando cada vez más conciencia del Derecho a la Salud y construyendo colectivamente las condiciones para hacerlo efectivo.

Con ese marco y con relación a los proyectos de participación en salud o promoción de la salud, es que se discuten con los vecinos en el marco de las Asambleas Participativas del PEP, se dio comienzo al 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 tal o cual patología y desde programas específicos. Se superponían esfuerzos, recursos y muchas veces competían entre sí por el tiempo o interés de los trabajadores locales.

Tal vez sea 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 es central para la reforma en salud y es aún incipiente, dio origen a ciertos acuerdos entre equipos de distintas áreas para el desarrollo de actividades integrales y a la vez integradoras, que se complementen e involucren a los

actores locales. En principio se trata de 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 en base a un listado de problemas que surgen de la interacción con la ciudadanía en las asambleas participativas o que se recogieron 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 de ellos tiene una estructura orgánico-funcional formalizada. Se busca darles una entidad flexible y transitoria y, en ese sentido, con capacidad de adaptarse a las necesidades. Son espacios sistemáticos de interfase para promover el diálogo interministerial y la problematización conjunta. Tienen una primera función que es conjugar miradas y aunar esfuerzos para abordar situaciones complejas que no pueden ser resueltas efectivamente desde el recorte de competencias de uno u otro ministerio. Desde estos espacios se planifican y promueven intervenciones más integrales y territorializadas que disponen de equipos mixtos o dispositivos territoriales que se acercan como soportes matriciales al lugar en el que la problemática se expresa, 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.

Aunque no sea 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 se vinculan al cuidado de los ciudadanos sanos, incluyendo la protección ante peligros eventuales en aquellos que poseen condiciones de salud más precarias y las cuestiones de abogacía por la salud colectiva y los derechos de los grupos subalternos en la cultura.

En ese sentido, diferentes son las acciones que se organizan desde esos espacios como campañas de menor consumo de sal, de promoción de la actividad física, la creación de circuitos saludables en las grandes ciudades para que la gente pueda caminar, correr o ir en bicicleta sin riesgos de tránsito.

En las escuelas se está trabajando con lo que es el proyecto de cantinas saludables, para que los chicos cambien su alimentación.

La disposición de los residuos domiciliarios es un tema que también interesa y está relacionado con la salud, pero no depende de lo que es el *sector* salud. Es incumbencia de la Secretaría de Medio Ambiente, que depende del Ministerio de Aguas y Servicios Públicos con quienes colaboramos, mientras que la competencia específica de salud es el tema de control de residuos patológicos. Los hospitales públicos se sujetan a normas, pero con el sector privado el tema es complicado, la regulación es difícil porque la disposición final de los residuos le genera costos que no quieren asumir.

Se trabaja también en promoción de la salud a través de la estrategia de "Municipios saludables" que es un programa de la Nación donde los municipios adhieren para

hacer distintas actividades. Hay muchos que han incluido el tema de la basura como prioridad.

Otro tema en el que las actividades de promoción cobran relevancia es la Salud Sexual y Reproductiva, ya que no es solamente un problema del sector salud, en tanto reconocemos que aquí entran en juego dimensiones afectivas, jurídicas, éticas, religiosas, educativas etc.

En términos de abogacía por la Salud, como dice la Carta de Ottawa, se está procurando la flexibilización de un marco normativo retrógrado en temas sexuales como identidad de género y su respeto en el sistema de salud, derecho de las menores de acceder a la anticoncepción, atención respetuosa del aborto no punible y también el desarrollo de alguna oferta para asistir la fertilización.

Sobre el tema del aborto en particular hay 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 ya se está cumpliendo en nuestros efectores.

Por otro lado, se ha abierto un registro de objetores de conciencia y una resolución regula que aunque haya opositores de conciencia tiene que existir alguien en el servicio que realice la intervención.

La inclusión de personas con identidad de género diferente en la Provincia de Santa Fe es un ejemplo a nivel nacional. También lo es el tratamiento a los transexuales que han cambiado su identidad y que tienen su nuevo documento, y ahora quieren el tratamiento de adecuación de sexo.

Otro tema es el de la libertad del consumo de algunas drogas, como la marihuana. Hablamos de la despenalización del consumo personal. En esto hay distintas posiciones. No hay ninguna ley al respecto y tampoco hay resoluciones. Sin embargo hay posición tomada en el debate público apoyando la despenalización del consumo personal de marihuana.

También se puede dar cuenta que se ha dado comienzo a un proyecto de trasplante y procuración de órganos que ha batido todos los *récorde*s en la provincia. No sólo el trasplante de riñón y de órganos en general ya se hacen en hospitales provinciales (antes era una práctica que sólo ofrecía el sector privado), sino que o importante en términos de los resultados de las campañas de promoción de la salud es que ha aumentado la conciencia sobre la importancia de la donación, y la conciencia médica sobre la necesidad de considerar la procuración como una práctica habitual.

7- 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 es el que mayor desarrollo en salud posee. 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, aunque hoy se puede decir que las concreciones fueron cambiando al clima.

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 a los cambios que se anunciaban, aunque en la medida que se mejoraron las condiciones edilicias, de equipamiento y salariales la actitud se modificó.

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

Respecto a la relación con el sector privado, especialmente en las grandes ciudades, las complicaciones se están trabajando en espacios de concertación en la medida en que el Estado se fortalece en su rol regulador.

El sector privado se desarrolló en los intersticios que dejó un Estado ausente durante 25 años y, consecuentemente, desde los hospitales todo lo que no se hacía en ellos era derivado al sector privado, donde los que realizaban las prácticas casualmente eran los mismos trabajadores. Era un verdadero círculo vicioso, donde a quienes trabajaban para el subsector público no le interesaba mejorar la calidad del servicio porque de ello dependía parte del ingreso de sus negocios privados. Son los sectores que se oponen a que el Estado crezca a nivel de prestaciones.

Con relación a las prácticas más caras como trasplantes de órganos, neurocirugía o cardiocirugía, el sector privado era cuasi monopólico y el Estado tenía que comprar sus servicios a alto costo para los pacientes sin capacidad de pago, el desarrollo de capacidad propia viene cambiando 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 está avanzando en convenios donde las comunicaciones, la producción de información para el monitoreo del proceso y la regulación de las derivaciones es 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 el 2007 se están firmando convenio con algunas obras sociales (de profesionales, médicos, abogados, ingenieros). La idea es intentar unificar protocolos, criterios de registro y monitoreo y

fundamentalmente aranceles para ir todos juntos en bloque a la discusión y negociación con el sector privado.

La relación con el Ministerio Nacional es compleja, hay políticas a las que el Ministerio provincial se subordina en términos de las necesidades nacionales, otras con las que se acuerda plenamente y, en ese sentido, se acompañan y otras en las que la provincia se diferencia en tanto constitucionalmente la salud no es una responsabilidad delegada a la nación.

Las diferencias políticas son un inconveniente, fundamentalmente al momento de la asignación de recursos, los que en la Argentina siguen siendo discrecional y por eso Santa Fe no siempre recibe los aportes del Estado nacional como lo hacen otras provincial.

Conclusiones provisionarias.

Como se menciona en la introducción, existe en la Provincia de Santa Fe un "construyéndose" de sistema de salud, de sistema complejo, de sistema organizado en redes. Son muchos los actores que participan. La gestión política señala el norte, intenta que complete su visualización de manera compartida y que las políticas se implementen por consenso. Mientras tanto expresa claramente su deseo de conducir, de regular en función de los valores que orientan su posicionamiento ideológico.

La tarea no es sencilla, requiere 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.

Se entiende que las condiciones mórbidas inesperadas, como fueron los brotes epidémicos de Influenza A o de Dengue, pusieron a prueba la sustentabilidad de la construcción, la capacidad de reacción del sistema de salud y fueron aceptables.

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 las catástrofes naturales, como es el caso de las inundaciones, sólo que éstas ponen a prueba mucho más que el sistema de salud; en realidad demuestra 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. Este proceso está muy bien descrito por algunos de los protagonistas del equipo de salud.

Las epidemias hicieron lugar a la habilitación de espacios de encuentro entre áreas inconexas, a la apropiación 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, permitieron contar por primera vez con indicadores que dieran cuenta de la situación epidemiológica de toda la ciudad. La nueva división político-administrativa que permite 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 es un Objetivo del Milenio, cuando la media Argentina todavía no se acerca, o el descenso de la mortalidad materna.

El éxito no está asegurado, tampoco la sustentabilidad de estas líneas de acción como Políticas de Estado, sin embargo se puede ser optimista y decir que las condiciones están dadas y la provincia de Santa Fe se está acercando a tener un sistema provincial de salud en el sentido completo del término.