

32 882

LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES EN LA ARGENTINA:

EL SECTOR PUBLICO EN SALUD

PROVINCIA DE SANTA FE

Informe Final

Experto: Lic. Irene KONTERLLNIK

1987

0
M. 411
K 26
v. IV

N 310.1
STA 1/3

INDICE

	<u>Págs</u>
I) INTRODUCCION	3
II) UN ANALISIS DEL SECTOR SALUD A PARTIR DE LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES	9
2.1) Reflexiones iniciales: el contexto	9
2.1.1) La relación Estado-Sociedad en nuestros días	10
2.1.2) La descentralización como característica esencial de un Estado moderno contemporáneo	14
2.2) Las relaciones intergubernamentales: el marco teórico	22
2.2.1) La importancia del diseño organizativo	30
2.3) Aspectos metodológicos	32
2.4) Bibliografía	37
III) LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES EN EL SECTOR SALUD: SU DISEÑO FORMAL	40
3.1) Mecanismos reguladores de la relación entre el Estado nacional y el Estado Provincial	47
3.1.1) Transferencia de recursos de la Nación a la Provincia	48
3.1.2) Instancias de coordinación interjurisdiccional	57
3.2) Modalidad de la relación entre el Estado Provincial y los Municipios	63
3.2.1) Organización formal de la atención de la salud pública provincial	65
3.2.2) Participación/inserción de los municipios y comunas en actividades de salud	69
IV) LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES EN EL SECTOR SALUD: LA PERCEPCION DEL FUNCIONARIO PUBLICO	90
4.1) Las características generales del sistema	93
4.2) El rol de los Jefes de Zona de Salud	100
4.3) Los SAMCO, ¿instancias de descentralización y participación?	103
V) CONCLUSIONES	111

LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES EN LA ARGENTINA: UN ESTUDIO DE CASO. EL SECTOR PUBLICO EN SALUD.

I) INTRODUCCION

La Temática de las relaciones intergubernamentales ha cobrado un interés creciente tanto entre analistas y especialistas como entre los políticos responsables de las diversas instancias de gobierno. Dicho interés está dirigido a indagar la estructuración de las formas de gestión político-administrativas del desempeño estatal, orientando los estudios hacia enfoques institucionales que tengan por objeto encontrar los modos de incrementar la capacidad operativa de dichas formas de gestión.

Concretamente, de lo que se trata es de encontrar la manera de incrementar la capacidad operativa del aparato estatal. En consecuencia, abordar el tema de las relaciones intergubernamentales, significa, casi inmediatamente, remitirnos en primer lugar al estudio del diseño organizativo del Estado.

La importancia de un estudio del tema de la naturaleza del citado en los párrafos anteriores puede sintetizarse de la siguiente manera: por un lado, permite tener una idea de la forma y calidad como un Estado se organiza para llevar adelante su gestión, incluyendo en dicha organización las tres instancias del desempeño gubernamental (nacional, provincial y municipal), su interrelación, sus atribuciones, competencias y responsabilidades; por el otro, percibir la manera cómo, a partir del diseño organizativo adoptado para desempeñar sus funciones, el Estado se vincula con la sociedad la cual es en última instancia, la receptora.

de las políticas emanadas de su labor.

El primer punto es relevante en tanto el diseño organizativo estructural y funcional, condiciona el desempeño gubernamental incidiendo, en forma directa, en los procesos de elaboración e implementación de políticas públicas. La mayor o menor centralización/descentralización, especialización y diferenciación de estructuras y funciones, la existencia de mecanismos de coordinación y canales de comunicación, entre muchos otros factores, contribuyen tanto a aumentar como a disminuir la calidad de las políticas que se producen en el seno de las instancias gubernamentales.

Con respecto al segundo punto, la relación Estado-Sociedad, en tanto el diseño organizativo incide en las diversas etapas de elaboración de las respuestas (políticas) que satisfacen las demandas y necesidades de la comunidad, por ende aquel influye decididamente en la calidad y modalidad del vínculo entre el Estado y la Sociedad. En resumen, en tanto la manera como el Estado se organiza para administrar y resolver los conflictos sociales influye en la calidad de su gestión, influye también en su relación con la sociedad.

Esta última problemática, la de la relación Estado-Sociedad, ha ido cobrando un interés creciente en el discurso político y las investigaciones de los últimos años. Este hecho no es casual.

Fenómenos tales como el excesivo burocratismo, la gran distancia de los aparatos administrativos centralizados respecto de los beneficiarios de las políticas estatales, la real imposibilidad

de éstos de participación efectiva en un esquema de tales características, aparecen, entre otras, como manifestaciones evidentes de una relación que ha entrado en crisis. En otras palabras, muchas veces se tiene la impresión de que la relación entre el Estado y su Sociedad se ha ido distorsionando, impresión basada en una cierta convicción acerca de que la organización estatal hoy vigente no le permite a aquel cumplir su rol de intérprete e instancia ejecutora de las demandas y necesidades que le plantea la comunidad en la cual se inserta.

Es en el centro de este debate donde se inscribe la presente investigación, la cual supone un estudio de las relaciones entre nación y provincia pero desde el nivel de análisis de la dinámica interorganizacional a través de la cual las políticas estatales son mediadas.

Concretamente, el objetivo de la investigación en curso consiste en la identificación y el análisis del tipo de relación y participación de los distintos niveles de gobierno en la elaboración y gestión de una política sectorial concreta: la concerniente al área de salud. Ello implica, a su vez, la clarificación de la forma y modalidades que asumen las relaciones intergubernamentales y la naturaliza de los arreglos administrativos que afectan el delineamiento de las políticas públicas.

En este sentido, un estudio de las relaciones intergubernamentales debería constituirse en el punto de partida para detectar los aciertos y desaciertos, beneficios o perjuicios que existen en la manera como aquellas están planteadas y que pueden contribuir o afectar el normal desarrollo de la gestión gubernamental.

Una vez satisfecho este paso, se estará en condiciones de ratificar/rectificar cursos de acción existentes, o delinear nuevas estrategias y formas de acción. Esto es importante en tanto, como será desarrollado más detalladamente en apartados posteriores, no sólo el rol del estado ha cambiado sustancialmente, viéndose obligado a asumir funciones no tradicionales; sino que la propia sociedad se ha ido complejizando en todos sus aspectos. Ambos fenómenos han exigido al Estado adaptar su diseño organizativo para poder cumplir sus funciones correctamente de modo tal de acercarlo a su propia sociedad.

Es en el marco de las transformaciones sufridas por el Estado donde se inscribe la necesaria e inmediata reformulación del diseño institucional vigente. Y es a raíz de esta necesaria actualización institucional que se ha vuelto a activar una vieja polémica de la sociedad argentina, directamente relacionada con uno de los puntos centrales, tanto en lo que respecta al tema de las relaciones intergubernamentales como a la organización estructural y funcional adoptada en nuestro país para el Estado: centralización versus descentralización. Ambas opciones representan formas diferentes de estructuración de dichas interrelaciones y de los procesos de toma de decisiones entre las distintas instancias administrativas que conforman el sistema organizacional estatal global.

En nuestros días, y frente a una necesaria redefinición del diseño institucional del aparato gubernamental en todos sus niveles, la descentralización aparece como una característica y condición necesaria que posibilitaría acortar la brecha entre el nivel en que se toman las decisiones y el nivel donde se pre-

sentan los problemas o demandas de modo tal de evitar, por ejemplo, mediaciones burocráticas excesivas y tender a favorecer con ello un acercamiento y sinceramiento de las relaciones entre las organizaciones públicas y la comunidad. La descentralización, en sus dimensiones política, económica, geográfica, administrativa, etc., hace necesario tanto el replanteo del rol a que deben ser convocados los distintos niveles de gobierno, sus mutuas relaciones, atribuciones y competencias, como el de la participación de las instancias sociales en la toma de decisiones sobre las políticas a adoptar.

La cuestión de la descentralización resulta esencial en aquellas áreas de políticas públicas donde el Estado es un prestador directo de servicios a la comunidad; áreas entre las cuales se encuentra la seleccionada como caso de estudio del presente proyecto: el área de salud.

En el caso particular de la descentralización de las prestaciones estatales se entrelaza una compleja trama institucional del sistema de atención global dentro del cual el Estado es un actor más entre otros. Los dos actores restantes alrededor de los cuales se estructura dicho sistema son el subsector de las obras sociales y el subsector privado. El rol que juega cada uno de los actores involucrados en la prestación de servicios a la comunidad se ha ido definiendo en base a concepciones particulares acerca de la responsabilidad que le cabe a cada uno de ellos en la prestación y regulación de los servicios sociales.

En un caso extremo, se considera al mercado como el mejor asignador de los recursos, reservando para el Estado la provisión de

servicios destinados a grupos de menores ingresos. En otro caso, el Estado aparece como el responsable de la salud de toda la población garantizando la distribución equitativa y asumiendo la organización y coordinación de los recursos del sector.

Cabe resaltar que, el presente estudio se limitará al análisis de las organizaciones y estructuras gubernamentales involucradas en la atención de la salud de la comunidad. Aún reconociendo la parcialización del tema que ello implica, el hecho de que las relaciones intergubernamentales sean nuestro punto central de estudio, avala tal decisión.

Como sostuviéramos en párrafos iniciales, las metas de eficiencia y equidad en la prestación de servicios destinados a la atención de la salud que el Estado hace, está íntimamente relacionados con la manera cómo éste se organiza y estructura para desempeñar dicha función. Ambas condiciones (organización y diseño institucional) son, a su vez, un desafío político desde el momento en que afectan la elaboración, coordinación e implementación de políticas de salud, actividades basadas en procesos políticos de negociación y concertación tanto entre las instancias gubernamentales de distintos niveles (nacional, provincial, municipal) como entre los sectores estatales y no estatales prestadores y/o financiadores de la política de salud. En el proceso de su concreción surgen los condicionantes y dificultades derivadas de las modalidades específicas adoptas por la organización de la estructura administrativa estatal.

II) UN ANALISIS DEL SECTOR SALUD A PARTIR DE LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES

2.1) Reflexiones iniciales: el contexto

Cualquier análisis y posible redefinición acerca de las relaciones intergubernamentales vigentes en una sociedad contemporánea debe tener en cuenta, como fuera expuesto en apartados iniciales, dos problemáticas centrales íntimamente relacionadas :

- a) por un lado, la relación entre el Estado y la Sociedad, en tanto el rol que a aquel le ha tocado desempeñar, modificado sustancialmente durante los últimos cincuenta años, le ha obligado a reformular su organización;
- b) por el otro, y en relación al punto anterior, la descentralización como característica fundamental de un Estado que ha debido complejizar su diseño organizativo y funcional para poder asumir el rol que, por la misma evolución de la historia, le ha tocado desempeñar; descentralización indispensable para posibilitar un mayor acercamiento entre Estado y Sociedad.

Sin pretender agotar el planteamiento de ambas problemáticas, es importante señalar la relevancia que las mismas tienen para la definición del contexto en el cuál el aparato estatal, prestador de servicios a la comunidad, debe entablar las relaciones intergubernamentales que le permitan una interacción permanente entre los tres niveles de agregación de gestión gubernamental.

En otras palabras, un diagnóstico de las relaciones intergubernamentales en momentos en que una redefinición del diseño institucional del aparato administrativo nacional resulta impostergable, deberá tener en cuenta que la descentralización de la gestión gubernamental como un progresivo acercamiento entre el Estado y la Sociedad, vializado a través de la instauración de canales de participación de la comunidad en los procesos decisorios, son condiciones necesarias para que un Estado administre satisfactoriamente la complejidad social.

En este sentido, un proceso de descentralización real implica, necesariamente, un modelo de gestión y decisión verdaderamente democrático, es decir, un modelo que conciba tanto la intervención de los distintos niveles gubernamentales como la de los actores sociales (sea en forma directa o a través de organizaciones de intermediación de intereses) en la gestión gubernamental. Así "democratización del Estado" y participación de la comunidad aparecen como cuestiones centrales en el tema de la descentralización e indispensables para que la sociedad se acerque al estado y viceversa.

2.1.1.) La relación Estado-Sociedad en nuestros días

El Estado ha experimentado una transformación fundamental en su estructura y funciones, lo que le ha otorgado una configuración típica de nuestra época.

Durante las últimas décadas, la organización administrativa del Estado no sólo ha aumentado en extensión, haciéndose más comple-

ja, sino que ha debido asumir la resolución de problemas políticos que antes se encontraban fuera de su área de incumbencia. Esto es así, como consecuencia de las crecientes y heterogéneas demandas y estímulos provenientes de la sociedad.

El Estado, al hacerse cargo de actividades no tradicionales fundamentales para la promoción económica y social de la comunidad afecta, de modo directo, los intereses de los distintos grupos sociales. Ello lleva a que éstos se muestren permanentemente interesados en influir las políticas que el Estado adopta en general y con más interés las que los afectan en particular. Más concretamente, influir en los procesos así como en las estructuras de toma de decisiones.

En la actualidad el Estado y la Sociedad son dos actores fuertemente interrelacionados e interdependientes en su accionar, situación ésta a la que se llegó debido, por un lado, a la necesidad de una progresiva y creciente intervención del Estado en pos de dar soluciones a cuestiones y satisfacer demandas que la Sociedad por sí sola se encontraba y se encuentra imposibilitada de satisfacer. Por el otro, y de manera simultánea, debido a la necesidad del Estado de contar con la presencia activa de la sociedad, intermediada por los grupos sociales organizados, para la transmisión de información certera acerca de las demandas y necesidad de la comunidad, información en base a la cual, se formularán y elaborarán las políticas más adecuadas.

Así, podemos decir que se ha ido produciendo una transformación simultánea del Estado y la Sociedad, reflejada en el hecho que,

aquel ha sumado^a sus funciones tradicionales la responsabilidad de nuevas áreas sustantivas, por lo que la Sociedad tratará constantemente de influir en los centros de toma de decisiones en tanto la creciente y diversificada acción del Estado es decisiva para los intereses de los distintos grupos que la conforman.

Hay que destacar que, la representación de los intereses sociales frente al Estado queda mediatizada por las organizaciones legitimándose éstas como actores indiscutibles en la negociación política. Así, si bien es cierto que las organizaciones de interés no pueden cumplir sus objetivos sin la acción e intervención del Estado (que también actúa a través de sus organizaciones y estructuras) en el delineamiento de las políticas tanto globales como sectoriales; también podemos afirmar que el Estado sólo puede actualizarse y acercarse a la realidad social a través de dichas organizaciones intermediadoras de intereses.

Ahora bien. Hemos sostenido, por un lado, que nos encontramos frente a un Estado que ha complejizado su organización y funciones, y que, más que nunca, debe dar respuesta a las demandas sociales que llegan a través de los grupos sociales organizados.

Por el otro, una sociedad incapaz de autosatisfacer sus necesidades y que requiere también más que nunca de la acción del Estado.

Quedan así expuestos, aunque muy sintéticamente, la clara interdependencia existente entre ambas partes. Pero existe una cuestión que no queda igualmente claro y que debería dar lugar a una profunda reflexión tanto de estudiosos y especialistas, como de aquellos políticos directamente responsables de la toma de decisio-

nes. Nos referimos al proceso de mutua adaptación de ambas partes en dicha relación. Así, un posible "desencuentro" entre Estado y Sociedad motivado por la falta de comunicación entre estructuras gubernamentales y organizaciones representativas de los intereses sociales puede ser el motivo central de una crisis o deterioro del vínculo entre ambos actores.

Este desencuentro o falta de comunicación puede tener su origen en dos factores, entre muchos otros, que, aunque estrechamente vinculados significan modos diferentes de abordar el análisis. Específicamente, la falla o deficiente adaptación entre Estado y Sociedad para ejecutar su rol en una interacción de mutua dependencia puede tener su origen en:

- 1) las características del diseño organizativo del aparato estatal, por ejemplo, una excesiva centralización en la toma de decisiones que demore las respuestas a la población; la inexistencia de estructuras o funciones especializadas en algún área sustantiva particular o etapa del proceso que genere la indefinición inadecuación o inexistencia de interlocutores válidos entre los responsables del aparato gubernamental;
- 2) la falta de representatividad y/o organización de la intermediación de intereses lo que le resta operatividad en su función de ser los "comunicadores" de las demandas o intereses sociales.

Como resulta evidente, el presente trabajo se centrará en el primero de los dos factores citados. Concretamente, en aquellas características de la organización de la atención de la salud pública por parte del Estado que pudieran afectar el normal desarrollo y la calidad de dicho servicio ofrecido a la comunidad y, como consecuencia de ello, su relación con ésta última.

2.1.2) La descentralización como característica esencial de un Estado moderno contemporáneo

Como sostuviéramos en la sección anterior, la inadecuada organización institucional del aparato estatal para la prestación de servicios a la comunidad, puede constituirse en un factor crucial de la deficiente relación entre el Estado y la Sociedad. Cuando hablamos de inadecuación hablamos, fundamentalmente, a la no complejización progresiva y simultánea del aparato administrativo del Estado para adecuar su rol a la creciente complejización de la Sociedad.

La sociedad se ha complejizado en términos de cantidad y calidad de problemas que requieren solución inmediata. El Estado ha debido asumir la resolución de muchas de esas cuestiones lo que le significó incrementar y complejizar (también en términos de cantidad y calidad) sus funciones, para lo cual, simultáneamente debe o debió complejizar su organización estructural y funcional. Las características de esta última condición radican en tres elementos básicos: diferenciación y especialización estructural y funcional y descentralización. Solo así, un Estado podrá administrar más o menos satisfactoriamente la complejidad de una sociedad contemporánea.

Sin quitarle importancia a las restantes características mencionadas, la cuestión de la descentralización política tanto del aparato administrativo del Estado como de la gestión por él desempeñada, es una problemática central en la vida político-administrativa del país. Esto es así en tanto proponerse un proceso de descentralización como política a implementar implica la reorganización del aparato y acción del Estado con el fin de lograr su pro-

pia democratización en particular y la refederalización de la Nación en general.

Mucho se ha escrito y debatido acerca de la excesiva y consolidada centralización del Estado Nacional y de la indiscutible necesidad de su descentralización. El objetivo aquí no consiste en realizar una reseña de todo lo escrito y debatido al respecto. Sino, por el contrario, simplemente resaltar algunos puntos centrales a modo de reflexión.

Un auténtico proceso de descentralización del Estado Nacional sólo es posible si se basa en el objetivo explícito de alcanzar una gestión democrática que le permita entablar un estrecho vínculo con el cuerpo social en el sentido de convertirse en un agente receptivo de sus demandas y requerimientos. Sólo así es posible que los actores sociales encuentren una correspondencia clara en la acción estatal.

Por otra parte, la desconcentración puede ser sólo territorial o funcional, o reunir ambas condiciones simultáneamente. Es territorial cuando un nivel superior transfiere la ejecución de determinadas actividades a niveles inferiores distribuidos en un espacio geográfico determinado. Es funcional cuando se traspasa la responsabilidad de determinada/s función/es de una organización a otra unidad específica sin que exista dispersión territorial. En sus diversas modalidades la desconcentración simplemente "autoriza" a funcionarios de niveles inferiores locales o provinciales a actuar en nombre del poder/gobierno o instancia superior lo que significa para éste pérdida alguna de poder ya que lo que se realiza es una simple delegación.

Si bien la desconcentración, cuando es más que una mera reorganización, otorga cierto nivel de discrecionalidad a los agentes locales representantes del nivel superior, solo se refiere a la planificación y decisión sobre cuestiones exclusivamente operativas.

Varios autores (Boisier, S., 1987; OPS/OMS, 1987) señalan que no se puede hablar de un continuum que va de la desconcentración a la descentralización ya que cada una de estas modalidades implican diferentes formas de distribución del poder. De alguna manera, estas precisiones a los conceptos descansan en tipos ideales que, como tales, intentan aprehender en categorías teóricas amplias, procesos que en la realidad no se dan en forma tan pura.

Desde esta perspectiva, se sostiene que "cualquier sistema existente, exhibe normalmente una combinación de aspectos centralizados y descentralizados, sea en la fijación de políticas o en la gestión de instituciones y programas" (OPS/OMS, 1987). Por ejemplo, si se considera que la centralización "no remite sólo a la acumulación de facultades decisorias" sino también "a la posibilidad de ejercer influencia en el proceso decisorio. De esta manera, una facultad decisoria, como competencia explícita, puede corresponder a una determinada autoridad nacional, provincial o municipal en el ordenamiento institucional, pero las premisas valorativas y fácticas que le dan contenido a las decisiones, por diversas razones, pueden emanar de otro nivel distinto al que tiene la competencia normada" (ESTESO, R. 1986). En esta línea se inscribirían las reiteradas propuestas del Estado Nacional que apuntan a mantener esquemas de centralización

normativa-descentralización ejecutiva en los procesos de formulación de políticas.

La democratización del Estado exige un replanteo y redefinición del actual diseño de la estructura funcional y organizativa del Estado central. No es suficiente democratizar el Estado si, en forma paralela, no se adecúan sus estructuras y funciones para llevar adelante una gestión verdaderamente democrática. En esta democratización, la cuestión de la descentralización es insoslayable.

Con respecto a ello, el punto central radica en adoptar un diseño institucional descentralizado tal que, por un lado, incremente la capacidad operativa del sistema elevando los niveles de eficiencia de la gestión gubernamental y, por el otro, viabilice un contacto estrecho entre las distintas instancias del Estado (fundamentalmente, las provinciales y municipales) y los sectores sociales que requieren de las acciones del Estado para satisfacer sus necesidades mínimas. En otras palabras, la descentralización del aparato Nacional debe proponerse como objetivo indiscutible contribuir a un acercamiento entre aquellas instancias gubernamentales con las cuales (y por las cuales) los individuos están más directa e inmediatamente involucrados, en otras palabras, tienen más probabilidades de interactuar.

Dicho acercamiento se logra fundamentalmente, entre otras cosas, otorgando capacidad autónoma de decisión a los niveles gubernamentales provinciales y municipales pues son las instancias: 1) más cercanas al ámbito de actuación de la comunidad, por lo tanto más imbuídas de las problemáticas urgentes de ésta; 2) más

inmersas en las problemáticas locales y provinciales; 3) que al estar más inmediatamente vinculadas con la comunidad, son las más expuestas a las presiones e influencias de estas; en otras palabras, son las instancias sobre cuyo accionar la comunidad tiene más probabilidades de influir.

Habiendo coincidido en que la descentralización debe perseguir como objetivos mínimos incrementar los niveles ideales de capacidad operativa del Estado y acercar/reencausar la relación entre la Sociedad y sus instituciones, de modo de no aparecer como dos sujetos que se contraponen; el paso inmediato posterior consiste en clarificar y operativizar el concepto de descentralización. Solo así, podrá diagnosticarse su existencia o inexistencia y/o pensarse en su implementación.

En este sentido, sostendremos que descentralizar el aparato de la Administración Pública Central significa pasar determinados procesos decisorios a instituciones y organismos de inferior nivel jerárquico, ya existentes o creados específicamente para cumplir con determinadas responsabilidades, que se delegan, permitiendo así que las resoluciones o acciones que surjan de ellos sean productos de sus propias valoraciones de la realidad y no producto de imposiciones emanadas de un nivel superior.

Lo anterior supone la transferencia de poderes del nivel central a una autoridad de un área o de una función determinada que goza de personalidad jurídica propia perdiendo así, el poder central, toda jurisdicción y atribuciones ya sobre los nuevos organismo o estructuras que surjan de la nueva distribución o sobre los poderes delegados a los ya existentes. En este caso estaríamos hablando de descentralización política.

A diferencia del caso anterior, la transferencia de responsabilidades de ejecución/operación desde una instancia de gobierno centralizada a instancias inferiores constituye simplemente una descentralización administrativa o desconcentración. Esta implica la concesión de ciertas atribuciones por parte del nivel superior a un nivel inferior pero sin que éste cuente con la posibilidad de actuar independientemente de las definiciones y directivas emanadas del nivel superior del cual depende. La transferencia de responsabilidades de ejecución u operación no está acompañada de capacidad autónoma de decisión sobre las materias en las que se trabaja.

La forma de Estado Federal centralizado de nuestro país conserva como característica distintiva la de concentrar en lo político-administrativo las decisiones de la autoridad central. Aún así, muchas veces, se ha confundido la desconcentración o deslocalización con políticas de descentralización, distorsionando el eje central sobre el que se asientan dichos conceptos en lo que se refieren a relaciones intergubernamentales y por lo tanto el debate político y académico respectivo.

Una vez más, reiteramos que descentralización significa que, determinados procesos decisorios pasan a organismos no subordinados jerárquicamente, ni de otro modo, permitiendo que las resoluciones y acciones que emanen de ellos sean producto de un conjunto de premisas que no le son impuestas por el nivel superior. Situación que no se verifica en el caso de la desconcentración, la que trata de la concesión de determinadas competencias de una instancia superior a otra inferior, quedando las decisiones de ésta, sujetas a las premisas que le impone la autoridad

de la cual depende. En cuanto a la deslocalización, da cuenta de la simple ubicación/reubicación físico-geográfica de una actividad o proceso de una organización, sin que implique delegación de competencia alguna y menos aún capacidad decisoria.

Ahora bien. Al margen de todo debate teórico acerca de los conceptos de descentralización, desconcentración, etc., sobre los cuales existe gran coincidencia, lo cierto es que una profunda y auténtica reorganización del Estado Nacional que lo transforme en un agente cuya descentralización beneficie una progresiva y creciente representación de los intereses de la vasta mayoría de la población, requiere llevar adelante un proceso de descentralización estructural y funcional que signifique, fundamentalmente, la ampliación de la base de la estructura decisoria. Ello implica, como primera medida, la incorporación a dicha estructura de instancias provinciales, locales y municipales de modo tal de acercar la función pública a los grupos o sectores sociales en las distintas etapas de formulación e implementación de las políticas públicas que los afectan.

Así, democratización, como ampliación e incorporación de actores de diversos niveles a los procesos de toma de decisiones requiere (a la vez que supone) la participación de la comunidad en dichos procesos constituyéndose ambos elementos en factores inseparables e indispensables de una política de descentralización institucional.

En este sentido, la descentralización, al implicar la transferencia de derechos y obligaciones de un poder central superior a otro/s inferiores favorece el acercamiento entre el Estado y la

Sociedad. Aquí, la dimensión territorial y geográfica cobra especial importancia: es imprescindible delegar en instancias de decisión local aquellas cuestiones que tienen su origen y/o que afectan exclusivamente los intereses de los grupos o sectores insertos en dicho ámbito local. Existen cuestiones gubernamentales que pueden desarrollarse a nivel provincial o municipal, a costos menores, y que permiten el desenvolvimiento de una verdadera reconstrucción de la participación ciudadana, proceso que lleva, consecuentemente, a mejorar y estrechar los vínculos entre Sociedad y Estado.

2.2) Las relaciones intergubernamentales: el marco teórico

Se parte del supuesto que el tipo de procesos interactivos, arreglos administrativos y/o conflictos surgidos entre unidades gubernamentales de distinto rango territorial (nación, provincia, municipios), imponen una dinámica que influye en las modalidades de distribución de los bienes y servicios que produce el sector público.

Características tales como fragmentación, superposición y falta de coordinación de las acciones emprendidas desde el Estado serían algunas de las manifestaciones más visibles surgidas en las relaciones entre las unidades organizacionales que actúan en un marco institucional complejo.

En efecto, el marco institucional del Estado constituye un escenario complejo que involucra el desempeño de una estructura administrativa y niveles organizacionales definidos horizontal y verticalmente a partir de un proceso histórico de diferenciación funcional y/o delegación de competencias.

Este proceso, que no es lineal, está abierto a múltiples conflictos y negociaciones básicamente por el dominio específico de cada área y nivel de gobierno y por el poder y los recursos que se manejan.

La problematización de las relaciones entre niveles de gobierno, fundamentalmente entre los estados provinciales y el gobierno central, ha sido y sigue siendo objeto de polémica y reflexión desde tiempo atrás y desde distintas vertientes teóricas tanto

económicas como políticas y jurídicas.

Desde su constitución, los estados provinciales han interactuado disputando tendencias hegemónicas del estado Nacional. La centralización/ descentralización de recursos y decisiones es el eje alrededor del cual pivoteó parte de la historia argentina. En este contexto, ¿qué dimensiones nuevas se proponen a la reflexión sobre las relaciones intergubernamentales?

Un análisis de las relaciones intergubernamentales debe proponerse entre sus objetivos realizar una evaluación del desempeño político (performance) de las instituciones y estructuras que intervienen en la administración y resolución de los conflictos que surfen y se manifiestan en la sociedad. Dicha evaluación permitirá detectar tanto los aciertos como las deficiencias o anomalías que su organización presenta y que servirá como punto de partida para una posterior ratificación o rectificación del diseño implementado. La confirmación de determinadas pautas institucionales o la introducción de modificaciones para revertir o transformar situaciones inconvenientes debe fundarse sobre la base del incremento de la capacidad operativa del sistema.

Para un estudio de la naturaleza del citado en el párrafo anterior se ha seleccionado una perspectiva de análisis que permitirá confeccionar un primer diagnóstico de la manera cómo se vinculan las estructuras gubernamentales en sus tres niveles de agregación (nacional, provincial y municipal). Como adelantáramos, el mismo se planteará como un estudio de caso acotado a un área sustantiva específica: el de las relaciones intergubernamentales en el área de la salud a partir de los municipios de

Ro-

sario, Rafaela y Venado Fuerte (Provincia de Santa Fe).

El enfoque propuesto en la presente investigación concibe a las relaciones intergubernamentales como procesos dinámicos de intercambio en los que los modos de vinculación entre actores gubernamentales trascienden los marcos formales de relación entre unidades que operan en distintos niveles de la jerarquía institucional.

Dicho enfoque propone abordar el tema de las relaciones intergubernamentales a partir del estudio de los agentes (instituciones) que intervienen en los procesos políticos de formulación, elaboración e implementación de políticas de salud, teniendo en cuenta, fundamentalmente, sus funciones, atribuciones y competencias. En este nivel, las relaciones intergubernamentales ^{se} consideran como un importante cuerpo de actividades e interacciones que ocurren entre las unidades gubernamentales de todo tipo y nivel, dentro del sistema nacional y a partir de las cuales podremos describir:

- 1) la inserción/ubicación del aparato estatal provincial en un entorno más amplio y complejo como lo es el nacional;
- 2) la modalidad de la relación entre el Estado Provincial tanto con las instancias gubernamentales nacionales como con las instancias gubernamentales municipales;
- 3) el grado de descentralización existente en el diseño organizativo del aparato estatal nacional con respecto al aparato estatal provincial y entre éste último y las instancias muni-

cipales;

- 4) el carácter descentralizado, participativo y democrático de la gestión gubernamental nacional y provincial.

El tema del diseño organizativo adoptado en un país afecta/ condiciona la elaboración e implementación, así como la calidad de las políticas públicas adoptadas. En otras palabras, las modalidades específicas de organización e interrelación institucional afectan el éxito en el desempeño de las funciones que los responsables de la gestión gubernamental deben llevar a cabo.

La variedad de factores que modelan las decisiones y acciones de los distintos organismos que componen la estructura gubernamental se convierten en determinantes de las respuestas dadas tanto a las demandas y acciones de las instancias que la componen como a las de la propia comunidad.

Entre estos factores, el que interesa directamente, a los efectos del presente proyecto, es el alcance diferencial que tienen los organismos para la decisión y acción autónoma de gobierno. Dicho factor incluye elementos que dan cuenta del entorno formal y estructural dentro del cual los actores operan como son, por ejemplo, funciones, responsabilidades, poder formal conferido desde arriba, limitaciones contextuales de todo tipo, acceso a recursos (legales, tecnológicos, humanos, financieros, etc.), en una palabra, todos aquellos elementos que configuran el contexto en el cual se desarrollan los procesos tendientes a la negociación de políticas públicas.

De esta manera, habrá variables de tipo contextual y estructural que actuarán limitando el campo de acción de los distintos organismos y/o el posicionamiento que asumen los diferentes actores en el sistema de relaciones a partir de su inserción en el aparato estatal global; posicionamiento que toma la situación estructural como un hecho definido.

Como también ya lo adelantáramos en párrafos precedentes, lo anterior se vincula de manera inmediata al tema de la relación del Estado con su comunidad, en tanto los vínculos intergubernamentales afectan la calidad de los resultados de la gestión del Estado (en nuestro caso el provincial), gestión a través de la cuál el Estado se acerca a su sociedad. La relación entre ambos actores dependerá, entre otras cosas, de la manera como el Estado se estructura y organiza para desarrollar las actividades que darán respuesta a las demandas de la sociedad.

Esta caracterización lleva a consideraciones acerca de las manifestaciones que asumen las relaciones de poder y a tener en cuenta dos de sus modalidades íntimamente asociadas: la mutua dependencia entre niveles de gobierno y la discrecionalidad de los funcionarios y organismos.

En el caso de las relaciones intergubernamentales, la mutua dependencia se da porque, por ejemplo, si bien las provincias necesitan de los fondos nacionales, para diseñar sus políticas, estructurar su presupuesto de modo tal de poder implementar sus programas, etc., el gobierno central necesita a su vez de los sistemas de distribución de servicios que están bajo jurisdicción provincial para llevar adelante políticas de interés nacional.

En tanto los organismos provinciales tienen muy pocas fuentes financieras alternativas, el nivel nacional tiene poder sobre las provincias. A la inversa, sin embargo, las provincias tienen poder sobre el gobierno nacional en la medida que representan el único mecanismo viable de distribución del servicio en cuestión. El mismo razonamiento se puede hacer respecto a la relación entre gobiernos provinciales y municipios.

La discrecionalidad es un concepto utilizado en la implementación de políticas en general referido a los límites inherentes a la posibilidad de control de los funcionarios.

En las discusiones particulares respecto a los niveles de gobierno no se lo enfoca como la modalidad de toma de decisiones que es defendida por unidades de menor nivel (provincias y/o municipios).

La discrecionalidad de los organismos está ligada a dos dimensiones: a) una dimensión política que se relaciona con el tema de la mutua dependencia y con la capacidad de los organismos de menor nivel para tomar ciertas decisiones que afectan o se relacionan con decisiones tomadas en instancias de mayor nivel; b) una dimensión tecnológica que se relaciona con el tipo de decisiones que, por sus características, son difíciles de estandarizar y acerca de las cuales la organización debe definir por su cuenta. ("Se denomina tecnología a todo conocimiento utilizado o utilizable capaz de transformar a personas, cosas o símbolos en bienes o servicios", Suárez, F. 1980).

Las áreas de servicios y fundamentalmente las políticas sociales son ilustrativas del alcance de la discrecionalidad en ambas di-

mensiones. En efecto, cuando un organismo de nivel central necesita que se desarrolle una tarea compleja mediante expertos o efectores que operen en el campo, el balance en las relaciones de poder puede cambiar significativamente.

Respecto a la dimensión tecnológica, existen ámbitos en áreas como salud, promoción de la comunidad, educación, que no pueden ser estandarizadas y exigen una acomodación al entorno y a la clientela particular. Tal como plantea Crozier, M. (1984) refiriéndose a servicios tales como salud, cultura, problemas sociales, etc "Lo que se vende en este tipo de actividades no es, en efecto un producto, sino la satisfacción de una necesidad... El comprador es el verdadero productor. Ya este título forma parte del sistema de organización de la actividad del servicio..."

Aunque no será analizada en profundidad, no podemos dejar de mencionar la discrecionalidad de los funcionarios que se relaciona con lo anterior y hace referencia al hecho de que "Un funcionario público tiene discreción cuando los límites efectivos a su poder lo dejan libre para hacer una elección entre posibles cursos de acción u omisión (Davis, 1969)". Este fenómeno se vincula con el tema del control y la autonomía. En las áreas de la política social, donde la relación entre los funcionarios y la comunidad atendida es muy fluida y las tecnologías incorporan como insumo principal al usuario, el funcionario actúa como agente central de la distribución de la política y su discrecionalidad se amplía inevitablemente.

Siguiendo a Crozier, M. (1984), "Todas estas tareas (concernientes a la gestión, el desarrollo, la salud, las comunicaciones,

los problemas sociales , el tiempo libre , la cultura), tienen en común tratar problemas humanos relativamente complejos, que implican una simbiosis parcial entre el funcionario que es también el prestatario de los servicios y sus administrados que son sus clientes".

La complejidad del marco institucional dada por la confluencia de una variedad de intereses tanto nacionales, provinciales, locales y privados; la multiplicidad de dependencias económicas, materiales y humanas lleva a que dicha interacción se desarrolle como un proceso de negociación y renegociación de espacios en busca de una acción autónoma. En este contexto, la ideología y los valores, el poder que moviliza cada organismo y los recursos se transforman en elementos claves de la forma y el producto de la negociación, del conflicto o de cualquier tipo de relación entre dos o más organismos.

Las apelaciones a una mayor coordinación de las acciones chocan con el hecho que la coordinación es un problema de interacción política y que su ausencia se relaciona al hecho de que las organizaciones o los funcionarios perciben los objetivos desde su propia posición en el sistema de formulación de políticas usando criterios que dan cuenta de sus propios intereses (Randinelli, 1978).

Desde esta perspectiva, la presente investigación se plantea analizar las modalidades que asumen las relaciones entre la Nación y la Provincia de Santa Fe y entre ésta y los municipios haciendo énfasis en el estudio, de tipo exploratorio, de las características y significación de las relaciones intergubernamentales de la atención de la salud en la Provincia citada.

En tanto proceso social, las relaciones intergubernamentales constituyen interacciones entre actores con percepciones y estrategias particulares, con el objeto de obtener recursos, autonomía, discrecionalidad y ampliar clientelas.

2.2.1) La importancia del diseño organizativo

Como sostuviéramos en secciones anteriores, hablar de relaciones intergubernamentales significa hablar de diseño organizativo (estructural y funcional) del aparato estatal tanto en términos verticales (relaciones entre instancias gubernamentales de distinto nivel de agregación) como horizontales (relaciones entre instancias gubernamentales de similar nivel de agregación).

También quedó expuesta la incidencia que tiene el modelo institucional adoptado en un país sobre la gestión gubernamental de las diversas instancias del Estado y, como consecuencia de ello, sobre la relación entre aquel y la sociedad.

Por último, se habló de determinadas características con que debe contar dicho diseño organizativo para que el Estado pueda cumplir con un rol sumamente complejo e inserto en una sociedad también compleja, que presiona para lograr la resolución de problemas políticos que, sin la participación del Estado, no podría alcanzar.

A esta altura de nuestra exposición, podemos sostener que:

HIPOTESIS 1: Para que el Estado Provincial esté en condiciones de satisfacer las necesidades y demandas más inmediatas que le plantea su propia comunidad, debe estar inserto en un diseño institucional verdaderamente descentralizado.

HIPOTESIS 2: Sólo a partir de un diseño institucional descentralizado podrá el Estado Provincial acercarse a la comunidad en la cual está inmediatamente inserto.

HIPOTESIS 3: Para que el Estado Provincial logre desempeñar una gestión gubernamental satisfactoria la descentralización, en todos sus aspectos, debe concebirse en términos de su relación con el Estado Nacional y en su relación con las instancias gubernamentales municipales.

2.3) Aspectos metodológicos.

Teniendo en cuenta la naturaleza del tema analizado, la presente investigación fue planteada como un estudio de caso de las relaciones intergubernamentales en el área salud a partir de los municipios de Rosario, Venado Herito, Rafaela, Provincia de Santa Fe.

La elección del método de estudio de caso surge a partir de la compatibilización entre el enfoque planteado en el marco teórico y las fortalezas de este método de investigación.

En tanto proceso social, las relaciones intergubernamentales constituyen interacciones de negociación entre actores con distintos objetivos, estrategias propias y en defensa de intereses mutables veces contrapuestos.

El estudio de caso se suscita al análisis de los procesos sociales y se centra en el estudio de los proyectos como de sus acciones multivariantes (Harriman, A. 1980) y permite pasar de generalizaciones acerca del sujeto de estudio a un seguimiento más detallado de la problemática, particularizando en organismos o unidades organizacionales concretas alrededor de una política específica. El objetivo es llegar a una comprensión empírica de los procesos, la suma de las versiones de los mismos acordes con sus propios usos, intereses y/o conflictos desde su propia percepción del problema.

Los motivos que llevaron a la elección de las políticas de salud para el estudio de la dinámica de las relaciones intergubernamentales se derivan de consideraciones planteadas en el marco conceptual:

- El área de salud es relevante para la gestión de gobierno en los tres niveles: nacional, provincial y municipal, los cuales concurren a la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población.
- La distribución de la mayoría de los programas de salud de interés o con financiamiento del gobierno central necesitan de los sistemas de distribución provincial y/o municipal.
- Muchas de las tecnologías utilizadas en el área de salud son tecnologías no estandarizadas, dependiendo de la discrecionalidad de los organismos y/o funcionarios y de las características de la población usuaria.
- Se presume que existen serias discrepancias entre las prioridades que fija cada nivel de gobierno.
- Las políticas de salud se encuentran entre las demandas prioritarias de la comunidad por los que constituye un área que pone a prueba la calidad de la relación entre el Estado y la sociedad.

- Finalmente, salud es un área que, al tocar aspectos de justicia distributiva en un ámbito privilegiado de competencia entre los actores gubernamentales en búsqueda de su legitimidad "... las agencias compiten por clientes y por fuentes de apoyo político ..." (Self, P. 1977).

La propuesta aquí realizada radica en no sólo analizar el marco normativo-legal sino también las actividades y acciones de los funcionarios, sus percepciones ya que son ellos los reales determinadores de lo que son las unidades de gobierno. Su comportamiento implica una intencionalidad, una modalidad de acción que trasciende los estatutos o acuerdos formales para incluir los arreglos y modos de relación cotidiana y de interacción continua con otros funcionarios del mismo nivel, de otros niveles de gobierno, grupos de interés y clientelas particulares.

El interés deriva de la necesidad de elucidar la participación y modalidades de gestión en los tres niveles de gobierno, las características y diferenciaciones internas en el funcionamiento de cada una de ellas y los medios específicos por los cuales grupos sociales y organizaciones públicas se relacionan e influyen.

La compleja trama de distribución de recursos, la relación entre las distintas instancias gubernamentales, las modalidades de los núcleos decisorios y operativos de las organizaciones públicas y los mecanismos de la acción estatal en las políticas y acciones, sustentan la necesidad de profundizar en análisis críticos que puedan ir más allá de generalizaciones teóricas, orien

tándose hacia estudios detallados que permitan conocer la variedad a partir de la observación de la práctica y desarrollar teoría a partir de una base empírica, en un enfoque basado en los datos (Barret and Fudge, 1981; Ravinovitz, et al, 1976).

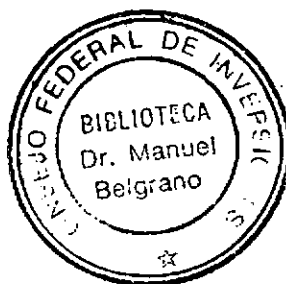
Para poder confeccionar un diagnóstico lo más certero posible del diseño organizativo estructural y funcional adoptado por el Estado para la atención de la salud de la comunidad, haciendo énfasis en las relaciones intergubernamentales mantenidas entre los tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal) fue necesario recolectar información de dos tipos:

- 1) Datos primarios: incluyen, fundamentalmente, entrevistas-realizadas a funcionarios de los tres niveles de gobierno, vinculados al área de la salud, en tanto responsables de la gestión estatal, además de estar insertos en las distintas estructuras que componen el aparato administrativo.
- 2) Datos secundarios: consistentes en toda documentación existente a nivel central, provincial y municipal: decretos, boletines oficiales, estructuras orgánicas, presupuestos programados y ejecutados, memorias ministeriales, etc.

Ambos tipos de datos posibilitaron el análisis de aspectos directamente vinculados con nuestro tema de estudio tales como:

- los vínculos administrativos formales y las relaciones de control entre las organizaciones y/o unidades en un área de políticas públicas determinada;

- las modalidades de dependencia material (recursos tecnológicos, económicos, humanos, profesionales, etc.) entre organismos o unidades administrativas que están relacionadas funcionalmente al contenido de las políticas sectoriales;
- los aspectos informales de la organización de la atención de la salud, no contenidos en el material normativo-legal que rige tal actividad sustantiva.



2.4) Bibliografía

- BARRET, S. and FUDGE, G.: "Policy and Action, Essays on the Implementation of Public Policy"; Methuen, London and New York (1981).
- CROZIER, M.: "No se cambia la sociedad por decreto". Instituto Nacional de Administración Pública, Alcalá de Henares, Madrid (1984).
- DAVIS, K.C.: "Discretionary Justice". Louisiana State University Press, Baton Rouge (1969).
- ESTESO, R.: "Descentralización estatal o Desestatización: reflexiones sobre el federalismo centralista argentino". Ponencia 1986 - Mimeo.
- HILL, M.: "The Policy-Implementation Distinction: a quest for rational control?" en: Barret, S. and Fudge, G., (1981).
- HILL, M. and HAM Ch.: "The Policy Process in Modern Capitalist State". Havester Press Brighton (1984).
- KONTERLLNIK, I.: "Dinámica de las relaciones interorganizacionales en la gestión de un programa social: el caso del programa de Emergencia en la Provisión de Agua (PROAGUA)". Mimeo, Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), Buenos Aires (1986).

- MEAD, L.: "Institutional Analysis for State and Local Government" en: Public Administration Review, January-February (1979)
- NUÑEZ MIÑANA, H. y PORTO, A.: "Distribución de la coparticipación Federal de impuestos, análisis y alternativas". mimeo, C.F.I. (1983).
- PIREZ, F.: "La coparticipación Federal; negociación por los recursos y descentralización del Estado Nacional". INAP, Buenos Aires (1986) 2 tomos.
- SUAREZ, F.: "Procesos de evaluación de una organización y un programa de una Asociación Voluntaria. Simposio de Análisis Organizacional". Buenos Aires (1980).
- RONDINELLI, D.: "Policy Coordination in Metropolitan Areas" en: Administration and Society", vol. 10 nro. 2, August 1978.
- ROSENTHAL, S.: "New Directions for Evaluating Intergovernmental Programs" en: Public Administration Review, November-December (1984).
- RAVINOVITZ, F., PRESSMAN, J., REIN, M.: "Guidelines: a plethora of forms, authors and functions", en Policy Sciences, vol. 7 nro. 4, 1976.
- WEILENMANN, A.: "Evaluation Research and Social Change". UNESCO (1980).

- WILLIAMS, W.: "The Implementation Perspective. A Guide for Managins Social Service Delivery Programs". University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London (1980).
- WRGHT, D.: "Understanding Intergovernmental Relations". Duxbury Press, Massachusetts, 1978.
- YOUNG, K.: "Values in the Policy Process" en Policy and Politics, vol. 5, nro. 3, march 1977.

III) LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES EN EL SECTOR SALUD: SU DISEÑO FORMAL

Si bien la problemática de la salud como competencia del Estado Nacional no se encuentra formalizada en la Constitución Nacional de 1953, las transformaciones que el rol del Estado Nacional y/o Provincial ha sufrido en las últimas décadas le han obligado a asumir funciones no tradicionales. Es así que las instancias gubernamentales han ido involucrándose cada vez más en aquellos problemas concernientes a la promoción económica y social de la población entre los cuales se ubican los relacionados con la salud de la comunidad. La injerencia del Estado en dicha área se fue concretando en aspectos tanto vinculados a la protección del medio ambiente como a la prevención y asistencia directa de las personas. En pocas palabras, la atención de la salud de la población, como actividad directa del Estado, se expandió a lo largo del país a partir de la década del cuarenta.

En este contexto, el Ministerio Nacional, a través de la Secretaría de Salud, conserva para sí "la potestad normativa y coordinadora" función que, en lo que se refiere a la relación con las provincias, se expresa por medio de instancias de articulación y coordinación interjurisdiccional.

Aún así, en la actualidad el desempeño del sector público como prestador de servicios a la comunidad se estructura, principalmente, alrededor de los sistemas provinciales convirtiéndose cada provincia en un actor central del sistema público de atención de la salud.

Un reflejo de lo anteriormente expuesto radica en el hecho de que, según datos relevados durante 1980, la Provincia de Santa Fe maneja el 65.4% de los establecimientos asistenciales con internación mientras que sólo un 1.8% permanecen bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (MSAS/OPS, 1985). Dicha distribución es producto de una atendencia hacia la descentralización generada a partir de 1955 y concretada, fundamentalmente, hacia 1980.

Si bien a simple vista datos de la naturaleza de los citados en el párrafo inmediato anterior pueden considerarse válidos, un análisis más profundo del sistema de atención de la salud requiere ante todo diferenciar el concepto de descentralización real de las políticas de transferencia de establecimientos asistenciales.

Concretamente, se debe discernir hasta que punto medidas adoptadas del tipo de las transferencias de infraestructura de jurisdicción nacional al ámbito provincial, fueron acompañadas (o significaron) una descentralización en el sentido de transformación sustancial del diseño organizativo, funciones y responsabilidades y de una reasignación de capacidad decisoria; o, simplemente, consistió en una delegación de responsabilidades o recursos sin por ello afectar minimamente la estructura decisoria tradicionalmente centralizada.

Haciendo un poco de historia, podemos decir que la iniciativa "descentralizadora" comienza en 1957 cuando el gobierno de tur-

no, basándose en conclusiones de una comisión de consultores de la O.P.S., contratados para realizar un diagnóstico del sector salud, pone en marcha los instrumentos legales que inician la transferencia de hospitales a las provincias (Decreto/Ley 13711 del 8 de febrero de 1957 modificado por Decreto/Ley 11562 del 25 de septiembre de 1957). Sin embargo este traspaso de infraestructura sin una transferencia simultánea de asistencia técnica ni refuerzo presupuestario motivó que, abierto el juego político con las elecciones de 1958, los establecimientos fueran reabsorbidos por la Nación (Ley 14475 de 1958). Este proceso de transferencia hospitalaria continuó posteriormente con marchas y contramarchas, impulsados por gobiernos de facto y concretándose finalmente casi en su totalidad hacia el año 1980.

Cabe destacar que, a pesar de toda intencionalidad, el principal rasgo de esta política de "descentralización" se manifestó en el carácter unilateral impuesto desde arriba que asumieron las transferencias realizadas, perfilando las condiciones en que las mismas se llevaron a cabo. En todos los casos, las decisiones se tomaron en medio de fuertes críticas al carácter centralista que subsistía en tanto se impulsaba la descentralización ejecutiva pero se mantenía la centralización normativa y decisoria de la política de salud.

Tal como lo señala VERONELLI, J.C. (1975) respecto a los intentos de 1957: "En el momento en que el volumen del sistema nacional hace posible la ansiada coordinación, un gobierno militar, con interventores en todas las provincias, decide la disolución

del sistema nacional, con la confianza de que se podrá luego establecer una centralización normativa que no tiene tradición ni soporte legal en el país".

Por su parte, los gobiernos constitucionales manejaron el tema con más moderación intentando fortalecer las instancias de planificación provinciales a través de asistencia técnica en la comprensión de que "descentralizar no significa desentenderse" (Neri, A., 1982).

A ello apuntó el reforzamiento técnico presupuestario de las Delegaciones Sanitarias Federales en las distintas provincias durante la presidencia del Dr. Arturo Illia. El tema de las transferencias quedó formulado con un enfoque cuidadoso en el Decreto por el cual se crean esos organismos (Decreto 8115/65): "Las delegaciones Sanitarias Federales estudiarán las condiciones necesarias y propondrán las medidas adecuadas para las transferencias progresivas de los servicios asistenciales a organismos provinciales, municipales y/o privados. Durante el tercer gobierno peronista la relación con las provincias se canalizó a través del diseño del Sistema Nacional de Salud (SNS) que planteaba un objetivo a largo plazo constituyéndose como objetivo inmediato el reordenamiento, rehabilitación e integración del subsector público estatal.

La dirección del sistema sería llevada a cabo por un Consejo Federal compuesto por autoridades nacionales y provinciales de salud junto a representantes de las universidades, la CGT, la CGE y entidades privadas que se adhieran al sistema. A su vez, la ley contemplaba la creación de Consejos Provinciales para la ela

boración de programas de salud en adecuación al plan nacional. La ley en este caso no hace mención a las transferencias tema que vuelve a actualizarse a partir del golpe de estado de 1976 y que se concreta casi en su totalidad hacia 1980, quedando bajo jurisdicción nacional unos pocos establecimientos hospitalarios.

En el caso concreto de la Provincia de Santa Fe, las transferencias fueron dispuestas a partir de la sanción de dos leyes nacionales que incluyeron en total casi cinco establecimientos hospitalarios. Por un lado, se sancionó la Ley 21833/79 por la cual se pasaron a jurisdicción provincial los hospitales que a continuación se detallan:

- Hospital Nacional "Jaime Ferré", Localidad de Rafaela
- Hospital Vecinal "San Cristóbal", Localidad de San Cristóbal
- Hospital Vecinal en Esperanza, Localidad de Esperanza

Por otro lado, por Ley 22356/80 se transfirieron dos establecimientos pertenecientes a la Universidad Nacional de Rosario a saber:

- Hospital Centenario
- Policlínico Escuela Granadero Baigorria

La ley 22356 reconoce como antecedente el convenio suscripto anteriormente entre la Universidad Nacional de Rosario, la Provincia de Santa Fe y la Secretaría de Salud Pública de la Nación en los que se definían los términos de la transferencia que incluir bienes muebles, equipos, instrumental y vehículos.

Se dispuso también la transferencia del personal a la jurisdicción provincial reservándose la Universidad Nacional de Rosario el pago a los profesionales de la función docente asistencial. Para ello, la Provincia debía fijar en su presupuesto del ejercicio 1980 los créditos para gastos de personal, obras, mantenimiento, equipamiento fijo y móvil y todo otro gasto pertinente.

Es decir, la descentralización de los servicios planteada como política del gobierno Nacional implicó que, en forma inmediata al traspaso, la Provincia debía hacerse cargo del mantenimiento de la infraestructura hospitalaria y desplazar fondos provinciales ya que el convenio no contemplaba una simultánea transferencia de recursos para hacer frente a las nuevas erogaciones.

Nuevamente, el escenario político en que se realizaron las transferencias supuso la exclusión de las fuerzas políticas y sociales provinciales en los procesos decisivos, participación que hubiese significado lograr su implementación como resultado de un proceso negociado, con apoyo técnico y financiero de la Nación.

Así, la descentralización entendida como asignación de capacidad decisoria sobre programas y normas a las autoridades provinciales y locales, quedó reducida al traspaso jurisdiccional y a un cierto grado de "desentendimiento" de la Nación en los aspectos relacionados con la problemática asistencial pública.

Simultáneamente, tampoco la tan mentada centralización normativa en manos de la Nación, propugnada en reiteradas oportunidades

se consolidó como modalidad de relación, reduciéndose la misma a simples mecanismos parciales de articulación de intereses y objetivos comunes.

En la actual etapa, en un escenario político abierto al conflicto y a la negociación de acuerdos básicos, siguen vigentes los mismos mecanismos. En este caso, parecerían mantenerse a la espera de una reformulación global del sector que permita integrar tanto la dimensión intresectorial como interjurisdiccional en un mismo sistema.

A continuación, se exponen los rasgos centrales del diseño formal de los principales mecanismos que se han ido implementando para la regulación de la relación entre el Estado Nacional y el Estado Provincial en lo que a políticas de salud pública se refiere.

3.1) Mecanismos reguladores de la relación entre el Estado Nacional y el Estado Provincial

El punto central de este apartado consiste en realizar una descripción y diagnóstico de los mecanismos formales a través de los cuales se intenta regular la relación entre las estructuras nacionales involucradas en las decisiones acerca de las políticas de salud (en este caso, la Secretaría de Salud) y las estructuras provinciales con igual responsabilidad. En otras palabras, las estrategias institucionales implementadas y a través de las cuales la Secretaría de Salud de la Nación perfila su presencia en las provincias.

Dichas estrategias implican modalidades de relación que, de acuerdo a sus enunciados, suponen la finalidad de articular intereses y objetivos interjurisdiccionales en el marco de un diseño institucional descentralizado que debería tender a beneficiar el federalismo. Si bien es cierto que muchas de estas intenciones se encuentran claramente expresadas en los contenidos de leyes, decretos, resoluciones, planes, etc., que avalan dichos mecanismos, no menos cierto resulta el hecho de que en más de una oportunidad la realidad demuestra lo contrario.

Aún así, es indispensable realizar un análisis de los aspectos formales de los mecanismos implementados, siendo los más significativos los que a continuación se detallan.

3.1.1) Transferencia de recursos de la Nación a la Provincia

Aiuden a la redistribución de recursos que realiza la Nación en apoyo de la gestión que la Provincia debe llevar adelante.

Al respecto podemos citar:

A) Programas asistidos

La asistencia nacional para el desarrollo de actividades concernientes a la atención de la salud de la población se fue redefiniendo en su concepción y en sus modalidades de implementación. A los programas directamente ejecutados por las instancias nacionales (programas verticales) se le sumaron modalidades de apoyo financiero y técnico dirigidos a programas resultantes de la planificación provincial.

En 1969 se acordaron con cada una de las provincias las bases generales a las que deberían ajustarse el estudio, contenido, aprobación y aplicación de los programas sanitarios que se llevaran a cabo en las provincias con asistencia nacional.

Dichos acuerdos evidencian la intención de la Secretaría de Salud de conservar un rol normativo respecto a los lineamientos de la política de salud provincial ya que se plantea que "los programas sanitarios a realizar en la provincia se formularán de acuerdo a las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional" (ver anexo I). Siguiendo a Veronelli, J.C. (1975) los programas estarían "basados en el slogan normas contra fondos".

Los Decretos aprobando los Acuerdos (6812/69 para las Provincias de Santa Fe, San Juan y San Luis y 6811/69, 7228/69, 179/72 para las provincias restantes) se encuentran aún en vigencia conformando los principios que pautan la relación interjurisdiccional. Los programas acordados con las provincias que se fueron sucesivamente implementando variaron en las características que asumieron sus pautas.

El Programa Unico de Salud (P.U.S.), antecedente inmediato al programa actualmente en curso (Programa de Apoyo en Salud), requería, por ejemplo, el diagnóstico sanitario provincial y la programación de actividades incluyendo en estas últimas el anteproyecto de presupuesto y los documentos técnicos desagregados todos a un nivel tal que respondía más a una programación detallada de interés operativo local que a una programación general que es la que en realidad tiene interés para la Nación.

Las provincias debían elaborar su Programa Unico de Salud a través del cual la Secretaría de Salud prestaba la asistencia técnica y financiera que coadyuvara a su concreción. Cada programa se consignaba separadamente en el presupuesto de la Secretaría y se enviaban las remesas de cada uno a las provincias (ver anexo I).

El programa de asistencia vigente desde 1985 hasta el momento es el Programa de Apoyo en Salud (P.A.S.) surgido por resolución 2531/84. El mismo tiene mayor vinculación con la programación general y presupuestaria que con la etapa de programación detallada del proceso de gestión de las jurisdicciones, reduciendo la presentación a la elaboración del anteproyecto de presupuesto, su justificación y pautas de evaluación.

Entre sus objetivos, e. P.A.S. contempla "la necesidad de un desarrollo homogéneo del campo sanitario en la estructura federal argentina " y de otorgar "apoyo a ciertas acciones de prioridad nacional" aconsejando la canalización de los fondos transferidos hacia "programas provinciales que hagan al desarrollo de la salud y no hacia actividades regulares o de rutina que hacen al sostenimiento de componentes estructurales. Para ello, la Nación envía un modelo de programas, subprogramas y actividades al que las provincias deben atenerse para solicitarle el apoyo financiero.

El P.A.S. en su versión para 1987 presenta la misma apertura de segregada en programas, subprogramas y actividades de los períodos 1985 y 1986 (ver anexo 1). Al respecto, los programas y subprogramas son:

1. Apoyo a la conducción control de salud

- 1.1. Fortalecimiento de la capacidad administrativa y de gestión
- 1.2. Programa Nacional de Estadísticas de Salud
- 1.3. Desarrollo de Recursos Humanos
- 1.4. Desarrollo Físico de la Red
- 1.5. Educación para la Salud

2. Apoyo a la atención de las personas en primer nivel de atención

- 2.1. Salud materno-infantil
 - 2.2. Atención de las personas discapacitadas
 - 2.3. Vigilancia y control de enfermedades transmisibles.
 - 2.4. Control de zoonosis, parasitarias y enfermedades transmitidas por vectores
 - 2.5. Control de enfermedades no transmisibles
 - 2.6. Salud mental
 - 2.7. Salud bucal
 - 2.8. Visita domiciliaria programada y atención médica y odontológica en áreas rurales y periurbanas
3. Apoyo a la atención de las personas en nivel especializado
 - 3.1. Salud materno-infantil
 - 3.2. Atención a las personas discapacitadas
 - 3.3. Salud mental
4. Apoyo para la atención al medio
 - 4.1. Saneamiento básico urbano
 - 4.2. Saneamiento rural y periurbano
 - 4.3. Calidad ambiental
 - 4.4. Desarrollo institucional
 - 4.5. Visita domiciliaria programada en áreas rurales y periurbanas

A diferencia del P.U.S., actualmente todos los programas están fundidos en el P.A.S. el cual se halla discriminado como un programa particular en el presupuesto de la Secretaría de Salud.

El aporte de la Nación a través del P.A.S. es transferido por la Secretaría de Hacienda de la Nación a Rentas Generales de la Provincia para ser incorporados a su presupuesto. Este flujo financiero sufre las mismas vicisitudes que el resto de remesas que la Nación envía a las provincias en cuanto a las prórogas en los envíos y recortes a los presupuestos. Este hecho reduce las posibilidades de la Secretaría de Salud de articular sus propias políticas y la somete a definiciones surgidas en otros ámbitos del aparato nacional.

Los montos del P.A.S. para la Provincia de Santa Fe en los últimos dos años han disminuido en términos relativos. Esto se puede observar si se comparan los datos de los presupuestos asignados para salud por la provincia en los años 1985 y 1986.

	<u>Presupuesto en Salud provincial</u>	<u>P.A.S.</u>	<u>%</u>
1985	A 22.855.462	3.309.000	14
1986	A 61.100.053	5.431.000	9

Tomando como referencia este 9% del presupuesto provincial en salud, se observa que para la Provincia de Santa Fe "la incidencia de lo que gira la Nación es mínima".

Si bien en la Provincia de Santa Fe se acepta que el "pase del P.U.S. al P.A.S. supone una mayor descentralización de las decisiones permitiendo que las provincias actúen con criterios propios y no por directivas nacionales, también se plantea que la solicitud de asistencia "se ha transformado en un trámite bu-

rocrático más en el que el ministerio nacional vuelve a copiar los lineamientos del año anterior".

Se debe tener en cuenta que en provincias económicamente más deprimidas que la Provincia de Santa Fe, la significación de la asistencia económico-financiera es sensiblemente mayor. Aún así, los programas asistidos parecerían tener en la actualidad poca capacidad de articular intereses y objetivos comunes. Representarían más bien intentos por mantener una presencia nacional en las provincias y conservar el ejercicio de un rol normativo (ver Veronelli, J.C., 1975; Neri, A., 1982).

B) Recursos económicos internacionales: Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud - Crédito BID

En ciertas oportunidades el Gobierno Nacional cuenta con acceso a recursos internacionales de los que hace partícipe, en algunos casos, a las provincias. En este sentido, resulta de interés comentar el Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de la Salud (crédito BID) de reciente creación ya que el total del crédito otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo tiene como destinatario a las provincias, comprometiendo parte de los fondos que les corresponde por el P.A.S..

El objetivo general del programa es el de "contribuir a la puesta en marcha de un proceso de modernización de hospitales basado en el desarrollo progresivo de un sistema de servicios provincia

les que mejore la calidad de atención y asegure cobertura universal" (Documento Banco Interamericano de Desarrollo, Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud, noviembre de 1986).

A los efectos de lograr dicho objetivo, el Programa mencionado prevé el reemplazo de hospitales de alta complejidad, que tienen una marcada obsolescencia física y funcional (82 años de vida en promedio). Sobre el total de las provincias argentinas, exceptuando Buenos Aires que quedó fuera del programa del BID, se decidió la implementación del mismo en doce de ellas,

Algunos de los criterios de elegibilidad para la ubicación de los nuevos hospitales son, a grandes rasgos, los que a continuación se detallan:

- 1) Localización de acuerdo al volumen de la demanda, déficit de servicios de internación y consulta ambulatoria.
- 2) Existencia de facilidades de acceso por parte de la población de bajos ingresos.
- 3) Existencia de servicios públicos como, por ejemplo, gas, luz, cloacas, etc.
- 4) Nivel de complejidad: no puede ser menos de complejidad 6 ni más de complejidad 8.

Varios de estos criterios como por ejemplo volumen de la demanda, nivel de complejidad, existencia de servicios públicos, determinaron que la mayoría de los hospitales sean proyectados en las capitales de provincia por ser las localidades que reunirían los requisitos demandados. Es así, que muchas veces, la ubicación de los establecimientos hospitalarios no estuvo de acuerdo a las prioridades que manifestaba la realidad.

Otras de las pautas establecidas y que definen el Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud son:

Financiamiento: el monto total del crédito asciende a (dólares estadounidenses de 1986) U\$S 300.000.000. Las Provincias participantes comprometen como parte de pago los fondos que les corresponden en el rubro bienes de capital a través del P.A.S. durante cinco años, el resto del crédito lo devuelve directamente la Nación a través de fondos del Tesoro Nacional.

Monto: el convenio de participación de la Provincia de Santa Fe fue firmado el 16/7/87. El monto asignado para la construcción y equipamiento del Hospital Cullen de la Ciudad de Santa Fe asciende a U\$S 22.000.000.

Estructura decisoria del Programa: el programa tiene caracter nacional y el Estado asume la responsabilidad del préstamo. Se proyecta la creación de una Unidad Ejecutora Nacional, dependiente de la Secretaría de Salud, formada por sesenta personas, con

el objeto de administrar los recursos, llamar a licitación y dirigir y supervisar las acciones.

A nivel provincial se proyecta la creación de Unidades Ejecutoras provinciales como contraparte del programa nacional.

Existen coincidencias entre funcionarios de las instancias nacionales y de instancias provinciales acerca del carácter centralizado y verticalista del programa del BID.

C) Fondo de Asistencia en Medicamentos (F.A.M.)

Si bien la ayuda de la Nación en medicamentos se canaliza a través del P.A.S., el F.A.M. fue creado inicialmente por dos años (Ley 23102/84) en carácter de "programa de emergencia dirigido a atender gratuitamente las necesidades de medicamentos destinados a grupos sociales y económicamente desprotegidos".

El fondo se compone de recursos económicos que provienen de la asignación del 2% de los impuestos sobre productos farmacéuticos y sobre el tabaco. Las prioridades de medicamentos así como los mecanismos operativos de su distribución son decididos conjuntamente con los representantes provinciales. El programa se basa en la coordinación de compras a proveedores quienes envían las partidas a las provincias siendo sus establecimientos los encargados de suministrarlos a la población atendida.

Dicho programa aún continúa en vigencia siendo conducido por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación el cual normativiza y evalúa las acciones a través de la Secretaría de Salud.

En la Provincia de Santa Fe, la cual adhirió al Programa mediante convenio del 4/7/85 y Ley Provincial 9851/85, la distribución de los medicamentos se realiza vía la Delegación Sanitaria Federal quien recibe, controla y entrega al responsable del F.A.M. provincial los medicamentos asignados a la Provincia en cumplimiento de las leyes respectivas. Si bien la Provincia plantea la existencia de ciertos problemas operativos en su implementación, considera que el programa tiene, desde el punto de vista técnico, un manejo aceptable.

3.1.2) Instancias de coordinación interjurisdiccional

A) Consejo Federal de Salud

El Consejo Federal de Salud (COFESA), cuyo actual diseño fue formulado en 1981 (Ley 22373/81; B.O. del 19/1/81), se estructuró en rremplazo de las Reuniones de Autoridades de Salud realizadas entre 1976 y 1980 las que, por su parte, reemplazaron al Consejo Federal del Sistema Nacional Integrado de Salud creado bajo el Gobierno Constitucional Justicialista.

El nuevo organismo implicó la ampliación de la convocatoria ya que se consideró la inclusión entre sus asistentes de organismos provinciales, nacionales y privados, la Academia Nacional de Medicina, entidades médicas, escuelas de Salud Pública y organismos internacionales.

En los considerandos del proyecto de ley de creación se plantea nuevamente el tema del mantenimiento de la presencia nacional en ámbitos provinciales siempre dentro del esquema "centralización normativa-descentralización ejecutiva". Ante la culminación de las transferencias de establecimientos asistenciales a las provincias, el Gobierno Militar instaurado en 1976 consideró la necesidad de apuntalar la descentralización que dicha política suponía a través de la coordinación del sector en todo el país.

De acuerdo a la Ley pertinente el COFESA está presidido por el Secretario de Salud de la Nación debiendo ser aplicado a:

- 1) la apreciación de problemas comunes de salud del país, de cada provincia y cada región en particular;
- 2) determinar sus causas;
- 3) efectuar un análisis de las acciones desarrolladas en materia de salud para ratificarlas o modificarlas;
- 4) definir los postulados básicos para caracterizar una política sectorial estable y los cursos de acción aconsejables para su instrumentación;

- 5) compatibilización de las tareas inherentes a la diagramación y ejecución de los programas asistidos, estimulando la regionalización de los servicios;
- 6) contribuir al desarrollo de un sistema federal de salud.

En cuanto a la evaluación de su funcionamiento desde su creación hasta la finalización del gobierno de facto en 1983, existen coincidencias acerca de su relativa eficacia en el logro de una real coordinación de la política de salud.

De una fuente consultada se extrajeron citas representativas de la afirmación realizada en el párrafo inmediato anterior: "... las reuniones sirvieron básicamente para intercambiar información y opiniones, pero la meta de la coordinación nunca se alcanzó realmente"; "La preocupación por la situación financiera del sector y la prevención ante el poder nacional, trajo como consecuencia el uso de las reuniones para reclamar el refuerzo de los fondos o el tratar de defender situaciones particulares frente a la Nación, más que la búsqueda de la formulación de una política nacional de salud" (Neri, A., 1982).

Durante el actual gobierno constitucional, el COFESA mantiene su estructura tradicional la que es cuestionada por algunas provincias, entre las cuales se encuentra Santa Fe, que plantea modificaciones en su reglamentación de modo tal de transformarlo en un verdadero ámbito de participación y decisión. Para ello, auspicia la creación de una Secretaría Permanente con la participación de tres provincias.

B) Delegaciones Sanitarias Federales

Si bien la existencia de las Delegaciones Sanitarias Federales data de la gestión peronista del Ministro R. Carrillo, su estructura y funciones fueron formuladas en 1965 (Decreto Nro. 8115, B.O. 6 Mo/65) durante el gobierno constitucional del Dr. Arturo Illia, que se propuso recuperar para el sector estatal su rol. En los considerandos del decreto se planteaba que las Delegaciones deberían ser "intérpretes de la política sanitaria nacional en cada provincia, ejerciendo su jurisdicción en esta materia y manteniendo una permanente coordinación con el Ministerio Nacional y las autoridades provinciales en materia de salud pública" además de "vehículo apropiada para alcanzar, progresivamente, la máxima descentralización ejecutiva de la sanidad nacional a nivel regional (provincial) y local (municipios y comunidades)".

También se aludía al fracaso de la política de transferencias implementada con el gobierno anterior, fracaso surgido por la imposibilidad de las provincias de absorber servicios asistenciales deficitarios tanto en sus presupuestos como en su organización técnico-administrativa.

Este antecedente, junto a la necesidad de coordinar con otros subsectores prestadores de servicios de salud, coadyuvó a plantear la jerarquización de las Delegaciones como estructuras capaces de promover, capacitar y asesorar a las provincias. Se propusieron como organismos de asesoramiento, cooperación y control

en las áreas de promoción, protección y recuperación de la salud así como en docencia e investigación en salud pública. Para ello se preveía la creación de un plantel de funcionarios técnicos de cierta envergadura. La orientación técnica se completaba con una mayor asignación de recursos financieros que sirvieran para llevar adelante los objetivos propuestos.

El decreto de creación, aún en vigencia, enumera las siguientes funciones para las Delegaciones Sanitarias Federales:

- 1) servir de enlace entre el Ministerio de Salud y Acción Social y los organismos provinciales, municipales y privados que tengan relación con la salud pública;
- 2) asesorar a organismos provinciales y coordinar con ellos las actividades relacionadas con la asistencia social así como promoción, protección, reparación, rehabilitación, capacitación, educación e investigación en el campo de la salud;
- 3) se constituye en la instancia jerárquica superior de todos los organismos del Ministerio de Salud Pública y Acción Social en la jurisdicción;
- 4) cumplir y hacer cumplir las normas de organización y procedimientos formuladas por los organismos centrales;
- 5) administrar la totalidad de servicios del Ministerio Nacional en la Provincia;

- 6) asesorar en lo concerniente a la producción y el empleo de la información estadística.

En la actualidad, a pesar de su continuidad en términos formales, las Delegaciones Sanitarias han quedado reducidas a una mínima expresión en lo que a funciones respecta. En el caso de la Provincia de Santa Fe, su función consiste en administrar lo que resta de los servicios nacionales aún dependientes de la Secretaría de Salud de la Nación (ver anexo 1) con una estructura presupuestaria y planta de personal muy acotadas.

3.2) Modalidad de la relación entre el Estado Provincial y los Municipios

La actuación del Estado Provincial en el ámbito del área de salud está contemplada en la Constitución de la Provincia, más específicamente, en sus artículos 19 y 21.

En el artículo 19 se establece que "la provincia tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad" y determina en el artículo 21 que el Estado debe procurar a sus habitantes, entre otras cosas, "los cuidados médicos y los servicios sociales necesarios". Previo a esta formulación constitucional que data del año 1962, la provincia mantenía un rol activo en este área de políticas públicas. Dicho rol se fue plasmando en la creación de la Comisión de Hospitales en el año 1938 la cual proyectó la implementación del sistema hospitalario provincial y en la creación del Ministerio de Salud Pública Y Bienestar Social (Ley 3546/49).

El Ministerio surge como "organismo técnico-administrativo encargado de la dirección como encargado de la dirección y control de la salubridad pública, previsión de enfermedades, asistencia médica y servicios sociales propios sustituyendo en sus funciones a toda Repartición Provincial, municipal y Comunal".

Dicha ley sienta las bases de la atención de la salud pública bajo jurisdicción provincial y define el marco de las relaciones de la provincia con los municipios y las comunas en esta materia'

La excepción en este proceso centralizador fue el municipio de Rosario que conservó una red de efectores propios de envergadura dando lugar a la actuación simultánea en esa jurisdicción del nivel provincial y municipal, situación que se mantiene hasta el presente.

En este contexto, el marco institucional del sistema público de salud de la Provincia de Santa Fe presenta dos situaciones que, a los efectos del Presente Informe, fueron enfocadas como variaciones organizacionales con problemáticas particulares en lo referente a las relaciones entre la provincia y unidades políticas menores (municipios).

Por un lado, importa revisar los efectos derivados de un esquema decisorio centralizado en la capital de la Provincia, con actividades territorialmente desconcentradas pero sin participación alguna de las unidades políticas menores (municipios y comunas) en los procesos de toma de decisiones. Ello genera una serie de interrogantes tales como: cual es el rol del municipio en un esquema de tales características; e cómo se sitúan los delegados provinciales respecto al entorno en el que actúan.

Por el otro, la actuación simultánea de la provincia y el municipio en el área de salud pública da lugar a la estructuración de instancias de atención que muchas veces se superponen en su accionar. En este caso, los problemas entre ambas instancias gubernamentales surgen por la ausencia de mecanismos de coordinación u otros arreglos administrativos que eviten/impidan la duplicación de actividades y el mal uso de los recursos.

El presente estudio realizado en la Provincia de Santa Fe supuso la revisión de ambas situaciones, para lo cual se utilizaron, fundamentalmente dos fuentes de datos. Por un lado, se analizó la organización formal del sector público en salud a partir de los contenidos de decretos, normas, proyectos y planes oficiales, etc., información secundaria que permite tener un diagnóstico de los aspectos legales del tema tratado.

En segundo lugar, y como será expuesto en una sección posterior, se evaluaron los problemas, limitaciones e inconvenientes del sistema de atención de la salud tomando como fuente de información la opinión y perspectiva de los actores responsables involucrados en los procesos políticos de formulación e implementación de las acciones del áreas.

La importancia y necesidad de contar con ambos tipos de información fue expuesta en apartados precedentes concernientes a los aspectos metodológicos del proyecto en curso.

3.2.1) Organización formal de la atención de la salud pública provincial

Las actividades en salud en todo el ámbito provincial dependen de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social.

Para el desarrollo de las actividades sanitarias a cargo del Ministerio, el territorio provincial se encuentra dividido en ocho Zonas de Salud (Resolución 3132/85) con la misión de representar a la Subsecretaría en la conducción de la política sanitaria.

ria provincial (Ver Anexo 2).

El control presunuestario, provisión de suministros y la administración de personal se realiza desde las distintas dependencias administrativas del Ministerio en la capital de la provincia que, en la mayoría de los casos se encuentra a gran distancia del lugar de ejecución.

A través de un sistema de programación anual el Ministerio evalúa y cuantifica metas anuales en materia de prestaciones finales a brindar así como los requerimientos de recursos humanos, financieros y materiales.

Para ello, el Ministerio recibe la información estadística que envía la Zona de Salud y los establecimientos dependientes (ver Anexo 2).

La estructura administrativa de la Zona de Salud contempla (además del Jefe), un subjefe, secretarios técnicos: un equipo técnico formado por educador sanitario, antropólogo, asistente social, supervisora de enfermeras, estadígrafo y personal de administración.

A los efectos de cumplir objetivos asistenciales y de prevención, cada Zona se constituye en áreas Programáticas con su respectivo Hospital Base Referencial y Centros de Salud y Acción Social dependientes (ver Anexo 2).

Los centros están diseñados con el fin de funcionar como la entrada obligada al sistema de salud y resolver los problemas de

baja complejidad derivando los que no puede resolver para así formalizar una red de servicios de complejidad creciente .

El concepto complejidad describe la existencia de recursos en operación, el grado de armonía con que están combinados para poder funcionar según normas de atención y apuntando a facilitar, a través del análisis de las necesidades de salud de la población y de la localización de los servicios, la estructuración de un sistema regionalizado.

Aunque en la práctica existe una asociación entre tamaño y complejidad, ésta se define con independencia de aquel. Por lo tanto, no necesariamente un establecimiento será más complejo por tener más camas, más médicos o más pacientes atendidos.

Los elementos que caracterizan la complejidad son la organización, el equipamiento y el grado de capacitación y especialización del recurso humano que desarrolla la actividad, en tanto permitan, por su existencia, la posibilidad de llevarla a cabo (Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1981).

Surgen por una demanda de la comunidad que crea una comisión representativa para gestionar su puesta en marcha o bien el equipo técnico de la Zona de Salud, detectada la necesidad de crearlo en determinado lugar crítico.

En términos generales, se intenta que los Centros tengan el mismo nivel de complejidad, si bien ello no se cumple. Asimismo, en cuanto al plantel profesional, el mismo debería estar constituido por un clínico, un pediatra, un asistente social y una enfermera

Uno de los objetivos privilegiados de la política sanitaria del gobierno provincial se centra en la extensión de cobertura de salud mediante la implementación de la estrategia de atención primaria.

Los objetivos de la misma comprenden el Saneamiento Ambiental (Medicina Sanitaria y medidas higiénico-dietéticas, agregadas a la protección y promoción de la salud y a la asistencia médica (Medicina Asistencial) para baja complejidad (Clínica General, Control de embarazo, Vacunación, et.)

Desde esta perspectiva, concurren en la definición de sus líneas programáticas un Coordinador de Atención Primaria quien junto a representantes de las distintas direcciones de la Subsecretaría de Salud (Recursos Humanos, Odontología, Saneamiento Ambiental, Promoción de la Salud, salud Mental, Recuperación de la Salud) componen un Comité de Atención Primaria (ver Anexo 2).

Las jefaturas de las Zonas de Salud son responsables de las actividades asistenciales en su jurisdicción y de la ejecución de la Atención Primaria.

La misma se implementa con criterios de descentralización operativa a través de los Centros Comunitarios que funcionan como prolongación extramural del Hospital Base Referencial. Este debe prestarles su apoyo en todos los aspectos: técnico-profesionales, administrativos, contables, de mantenimiento y supervisar su funcionamiento.

Este esquema prevé el apoyo de la comunidad a través de entidades intermedias sin fines de lucro y debidamente reconocidas por el Ministerio Provincial.

3.2.2) Participación/inserción de los municipios y comunas en actividades de salud

Como ya se ha visto, las Zonas Sanitarias son las responsables de las políticas de salud en ámbitos territoriales que abarca una serie de jurisdicciones municipales.

sin embargo, los gobiernos municipales no están incluidos en aspectos de planificación o implementación de acciones de salud. Este tema reviste singular interés en lo que hace a los mecanismos de control y responsabilidad.

Las Zonas de Salud y/o Areas Programáticas son niveles desconcentrados de una estructura organizativa centralizada, funcionalmente sectorial cuyo desempeño se rige por pautas jerárquicas de subordinación ascendente a una autoridad lejana territorialmente de la comunidad específica a quien sirve.

Los municipios, en cambio son unidades políticas que articulan en un área territorial una variedad de funciones complementarias. Dentro del esquema de representación democrática configuran la instancia de representación más cercana y susceptible de control por parte de la comunidad. Desde esta perspectiva, lo que aquí se plantea no es evaluar la competencia de la provincia para actuar como articulador y agregador de la problemática sanitaria provincial (que por otro lado no es el objeto de un trabajo de esta na-

turalidad, sino analizar instancias de convergencia entre dos racionalidades que permitan acercar la toma de decisiones al ámbito donde se dan los problemas.

Para indagar sobre el tema, se analizó el sistema de Servicios de Atención Médica de la Comunidad (SAMCO) y se visitaron tres municipios: Rafaela, Venado Tuerto, Rosario, con el fin de revisar cómo se sitúa el municipio frente a la problemática sanitaria.

A) El servicio de Atención Médica de la Comunidad (S.A.M.C.O.)

Si bien la política asistencial y de atención primaria es conducida por la Subsecretaría de Salud Pública e implementada por esa misma unidad a través de las Zonas sanitarias, los Municipios y las Comunas tienen alguna posibilidad de entrada al sistema de atención.

En efecto, a través de la Ley N° 6312/67 y sus modificaciones se crea el servicio para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCO).

La Ley provincial tiene como antecedente una Ley nacional (17.102/67) la que a su vez, con algunas modificaciones, recoge un proyecto de reforma al régimen técnico administrativo de los hospitales públicos elaborado durante la gestión del Dr. IDLIA (NEM, A.1982).

La existencia de esta modalidad cobra significación dado que Santa Fe es una de las únicas provincias del país que mantiene aún

este sistema.

Bajo la denominación de S.A.M.C.O. dicha ley promueve la constitución de Entes Comunitarios estructurados sobre la base de los organismos asistenciales existentes o a crearse que dependieran o debieran depender del por entonces Ministerios de Salud Pública y Bienestar Social.

Los entes dependen funcionalmente del Departamento de Entes Comunitarios que a su vez depende del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social. La creación de estos entes significa la incorporación de la comunidad a la administración de los mismos a través de sus representantes: Comisiones de Fomento y/o Municipalidad.

En el aspecto técnico están a cargo de un Médico-Director designado y rentado por la provincia, y en el aspecto administrativo a cargo de un Consejo de Administración formado por una representación igualitaria de las instituciones que gestionaron su puesta en marcha.

Con respecto a los recursos, los entes cuentan entre otros, con créditos que le asigna del presupuesto general de la Provincia de Santa Fe, por medio del Ministerio de Salud; el presupuesto de las Municipalidades y/o comunas respectivas.

En la actualidad existen aproximadamente 220 SAMCO a lo largo de todo el territorio, que con excepción del Municipio de Santa Fe y Rosario se distribuyen de la forma que lo indica el Cuadro 1.

Cuadro 1Distribución de los SAMCO según zonas de Salud - Santa Fe

	Zonas de Salud								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Hospital Comunitario	14	15	7	14	9	11	12	11	93
Hospital Provincial	1	1	-	1	10	3	1	5	22
Centros Comunitarios	29	9	-	18	30	17	12	30	145
Centros de Salud Provincial	23	48	7	5	61	5	7	37	193
TOTAL	67	73	14	38	110	35	32	83	453

Los datos ofrecidos en el Cuadro 1 fueron tomados en base al documento guía de Hospitales y Centros de Salud por Zona de Salud; Dirección de Recuperación de la Salud, Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social, Provincia de Santa Fe.

Cabe consignar que de acuerdo a información verbal suministrada por funcionarios del ministerio provincial, el número de entes comunitarios asciende a 220. Sin embargo, de acuerdo al cuadro 1, ascenderían a 93 los hospitales y 145 los centros de salud administrados por la comunidad, es decir, un total de 238. La diferencia posiblemente en el hecho de que en cuadro la unidad de análisis es el hospital o el centro de salud en particular que se administra de una u otra manera. En ciertos lugares, existen en realidad una red de centros administrados por un solo SAMCO (por ejemplo Rafaela); motivo por el cual si solo se toma como referencia el cuadro, se estaría repitiendo información.

De todas maneras, analizado en términos relativos, las diferencias no son significativas y el porcentaje de organismos de salud administrados por la comunidad ronda en el 50%.

La distribución es medianamente homogénea, predominan hospitales y centros de salud administrados por entes comunitarios, con excepción de las zonas 2, 5 y 8 en que se invierte la relación.

En la zona 2 la diferencia significativa en el tipo de administración se da en el caso de los centros:

Las zonas 5 y 8 contienen a las ciudades de Santa Fe y Rosario respectivamente, que están excluidas de los beneficios de la Ley 6312 (SAMCO).

Desagregando la información por departamentos en dichas zonas, se observa una distribución similar a las otras zonas de salud de la provincia.

Cuadro 2

Distribución de los SAMCO por departamento: zona 5

	De. La Capital	Dep. Las Colonias	Dep. San Justo
Hospital Comunitario	1	5	3
Hospital Provincial	10	-	-
Centro Comunitario	9	13	8
Centro de Salud Provincial	52	5	4

Cuadro 3Distribución de los SAMCO por departamento: zona 8

	Dep. Rosario	Dep. V. Constitución	Dep. San Lorenzo
Hospital Comunitario	4	4	3
Hospital Provincial	5	-	-
Centro Comunitario	11	10	9
Centro de Salud Provincial	31	4	2

A.1) Venado Tuerto

En el Municipio de Venado Tuerto funciona la Administración de la Zona VII, el cual cuenta con el Hospital Base Referencial "A. Gutiérrez" complejidad 6, con una dotación de 152 camas y de 127 camas disponibles. Dependen del Hospital dos consultorios periféricos, uno de ellos formalmente incorporado al área programática del hospital.

El otro, S.E.R., sin status formal pero que de hecho funciona con personal y medicamentos provistos por el hospital. Este centro surgió como iniciativa de algunos vecinos que solicitaron insertarse en el ámbito provincial de salud.

La proyección del hospital hacia la población, que cuenta con 46.775 (censo 1980) habitantes es la que se presenta en el cuadro 4.

Cuadro 4Proyección Hospitalaria

<u>Internación</u>		<u>Consulta Externa</u>	
Total egresos	2.673	Consulta	78.838
Total de camas disponibles (diario)	89.6 %	Consulta por la vez	49.253 (62,4%)

FUENTE: Dirección de Estadística, Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social, Pcia. de Santa Fe.

El Hospital se maneja con fondos exclusivamente provinciales, no está arancelado y, por el momento no tiene convenio con

obras sociales para la utilización de la infraestructura con que se cuenta.

Si bien existe un delegado que fue nombrado por la provincia a fines de 1985 para organizar el SAMCO, el ente aún no cuenta con un Consejo de Administración integrado por las asociaciones intermedias de la comunidad.

Aparte de las acciones que la provincia desarrolla en esa jurisdicción, el municipio implementa actividades de salud por su propia cuenta.

Las mismas se canalizan a través de la Dirección de Salud que fue creada en 1983 ampliando las funciones y dotación de la ya existente Asistencia Pública Municipal.

Los programas y servicios que administra la dirección están centrados en la atención primaria:

- Programa de educación para la salud
- Consultorio odontológico social
- Programa de detección de cáncer ginecológico
- Unidad sanitaria móvil (consultas, enfermería, vacunaciones)
- 1 Centro de Salud Tiro Federal
- 1 Laboratorio

El personal rentado para estas acciones de salud es el siguiente:

10 médicos
2 odontólogos
1 bioc químico
1 técnico en odontología
8 enfermas

La población cubierta en el año 1986:

Consultas: 15.092

Urgencias domiciliarias: 3.456

Análisis de laboratorio: 14.000

Fuente: Secretaría de Acción Social, Municipio de Venado Tuerto.

A.2) Rafaela

El Municipio de Rafaela, que contaba con una población de 53.954 habitantes (según datos Censo 1980), se encuentra dentro de la Zona de Salud 1 y a su vez sirve de asiento administrativo de la Jefatura de dicha Zona.

Dentro de sus límites jurisdiccionales está el Hospital Provincial "Dr. Jaime Ferré" de nivel complejidad 6 con una dotación de 107 camas y 98 disponibles (el hospital, anteriormente nacional fue provincializado en el año 1980). El área programática de este Hospital Base Referencial trasciende el ámbito de Rafaela y abarca establecimientos asentados en otras comunas.

De él depende un solo consultorio periférico: el Centro de Salud Barrio FONAVI, 17 de Octubre.

Los otros Centros de Salud públicos dentro del Municipio, no se hallan comprendidos dentro del Área Programática del Hospital y su Director depende directamente de la provincia a través del Jefe de Zona. Ello significa que la supervisión, suministros, pedido de leche y medicamentos y apoyo de las actividades sustantivas se implementan directamente desde la Zona 1.

Esta situación se debe a que, por su anterior pertenencia a la jurisdicción nacional, no se modificó el esquema administrativo anterior. A su vez, los Centros de Salud mencionados, que totalizan cinco, se hallan incorporados al sistema SAMCO. Atienden el 63% de las consultas de la ciudad, canalizándose el resto a través del Hospital y su consultorio periférico.

El SAMCO está actualmente presidido por el ex Secretario de Gobierno de la Municipalidad e integrado en su mayoría por entidades vecinales (15 barrios se encuentran representados en la Comisión), CARIAS, el Rotary Club, el SEOM (Sindicato de Obreros y Empleados Municipales) y una Parroquia.

Los fondos que administra provienen de la Tasa General de Inmuebles cuya boleta contiene un ítem especial para el SAMCO. El monto es de escasa significación, representando a 0.01 por boleta.

La actividad que desarrolla parecería destinada a remediar inconvenientes que se van produciendo en el desempeño de los servicios: refacciones, mantenimiento de la infraestructura, pago de haberes de profesionales por vacantes no cubiertas por la provincia y gestiones ante la administración provincial.

Respecto a este último aspecto, de acuerdo a lo manifestado por el presidente del SAMCO, las autoridades del Ente siguen las vías jerárquicas formales solicitando sus demandas al Departamento de Entes Comunitarios, sin embargo, dado la reducida capacidad de dicha instancia, arbitran los medios a su alcance (contactos políticos) para llegar directamente al Ministro.

La relación del Municipio con el Hospital es escasa y se reduce a algunas actividades que esporádicamente realizan algunas de sus Direcciones con profesionales de la Zona 1: campañas de vacunación, de difusión para la potabilización del agua o nutrición.

Si bien el Municipio aporta al mantenimiento del SAMCO a través de las tasas que recauda, además opera de "salvavidas" en caso de urgencias prestando recursos económicos, deuda que en muchas oportunidades termina condonando.

A.3) Rosario

Dentro del esquema de centralización provincial de los servicios de salud, Rosario es uno de los pocos municipios de país junto con el de Córdoba y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, que posee efectores de salud que mantienen recursos económicos propios.

A su vez, al encontrarse comprendido en la Zona de Salud VIII, la Provincia también presta servicios en establecimientos pertenecientes a jurisdicción provincial y la Universidad Nacional de Rosario paga los haberes del personal asistencial, docente y de investigación que otorgaba servicios en los hospitales universitarios al momento de ser transferidos a la órbita provincial.

Todo ello conforma una compleja red institucional con adscripciones jurisdiccionales diversas operando en el municipio. lo que genera prácticamente la estructuración de dos sistemas públicos de atención parcialmente superpuestos.

Con respecto a la red asistencial, el nivel municipal, dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, cuenta con seis efectores, mencionados a continuación:

- Hospital de Emergencia Clemente Alvarez, el único en la ciudad que atiende todo tipo de emergencias médicas y quirúrgicas las veinticuatro horas;

- Hospital de Niños 'Víctor J. Vilela', único hospital pediátrico de la ciudad;
- Hospital 'Dr. Roque Saenz Peña', especializado en atención materno-infantil (recién nacidos), localizado en la zona sur de la ciudad;
- Maternidad 'Martín' de Obstetricia y Neonatología;
- Hospital 'Carrasco de Infectocontagiosas y crónicas;
- Hospital 'Alberdi' de crónicos.

Además, la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario cuenta con Estaciones Sanitarias y Unidades Vecinales de Salud, las que prestan servicios ambulatorios con especialistas.

La Zona III en la ciudad de Rosario tiene tres Áreas Programáticas, cada una de las cuales posee hospital de base referencial y centros periféricos de atención. Al respecto las tres áreas citadas son:

- Área I: Hospital de Granadero Baigorria, para atención de agudos, cubre la zona norte de la ciudad.
- Área II: Hospital de Centenario, para la atención de pacientes agudos, cubre la zona central de la ciudad.
- Área III: Hospital Provincial, para la atención de pacientes agudos, cubre la zona sur de la ciudad, la de mayor concentración poblacional (ver anexo 2).

Los centros periféricos, que tienen a su cargo la atención primaria de la salud, funcionan también como derivadores a su hospital de base, de aquellos pacientes que lo requieran.

El cuadro 5 incluido en el presente apartado, detalla la mayor incidencia (58%) de las consultas realizadas en establecimientos de jurisdicción municipal, como consecuencias de los requerimientos diferenciales en Emergencia, Emergencia Pediátrica y Odontología.

La cantidad de internaciones, medida por el número de egresos es similar en los efectores de jurisdicciones provincial y municipal, según lo muestra el cuadro 6.

La presencia simultánea de efectores provinciales y municipales en Rosario que no estructuran una red única coordinadora y la duplicación de oferta de servicios que ello genera, ha sido objeto de análisis en una variedad de oportunidades. Entre ellos, se citan las conclusiones del Prediagnóstico del Proyecto de Investigación+Acción encarado por la provincia, el municipio y la Universidad.

- Utilizaciones de las instituciones de más alta complejidad en costo y recursos para la atención de morbilidad que podría atenderse en centros periféricos o en otras unidades hospitalares de menor costo operativo.
- Innumerables hospitalizaciones innecesarias, tanto en servicios

Cuadro 5Total de consultas según especialidades y administraciones
Rosario 1983

<u>Administraciones</u> <u>Especialidades</u>	<u>Consultas</u>		<u>total</u>
	<u>Municipalidad</u>	<u>Provincial</u>	
Clínica	117.233	106.452	223.685
Cirugía (1)	66.777	63.637	130.414
Pediatría (2)	191.768	186.731	378.499
Obstetricia	24.243	28.962	53.225
Emergencia	116.777	76.922	193.699
Emergencia Pediátrica	54.621	8.298	62.919
Odontología	123.906	20.311	144.217
TOTAL	695.315	419.333	1.186.658

(1) Cirugía incluye Cirugía Pediátrica

(2) Pediatría incluye todas las especialidades Pediátricas
Clínicas

FUENTE: Proyecto Rosario de Coordinación Decente Asistencial,
1985

Cuadro 6Total de egresos según efectores y administracionesRosario - 1983

<u>Efectores Minicipales</u>	<u>Número egresoso</u>
Hospital de Emergencia	3.304
Hospital Carrasco	830
Hospital Alberdi	379
Hospital Roque S. Peña	3.533
Hospital de Niños	2.675
Maternidad Martín	3.294
<hr/> Subtotal	<hr/> 14.015
 <u>Efectores Provinciales</u>	 <u>Número egresos</u>
Baigorria	4.321
Centenario	4.302
Provincial	4.936
<hr/> Subtotal	<hr/> 13.559
<hr/> TOTAL SUBSECTOS PUBLICO	<hr/> 27.574

FUENTE: Proyecto Rosario de Coordinación Docente Asistencial,
1985.

provinciales como municipales, por causas sociales o crónicas.

- Demanda injustificada de los servicios de colaboración diagnóstica
- La totalidad de los hospitales (provinciales y municipales) se encuentran en crisis por déficit presupuestario.
- La población cubierta por obras sociales y/o mutuales, no utiliza los servicios de las entidades prestatarias, canalizándose esta demanda hacia el subsistema público.
- Las instituciones de la municipalidad cuentan con una organización y administración dependientes de la Intendencia Municipal, ubicada en la misma ciudad de Rosario, mientras que las instituciones provinciales dependen administrativamente del Ministerio de Santa Fe, cuya sede dista 170 km., con todas las dificultades que ello acarrea para la administración de los hospitales base.

Por todo lo anterior, se concluye que la duplicación existente en el Sector Público no ha permitido una adecuada prestación de servicios a la población, lo que, sumado a la utilización exagerada de los recursos de mayor complejidad y más alto costo operativo, dificulta la eficiencia global del sistema.

Los intentos de coordinación interjurisdiccional se han ido estructurando a distintos niveles.

En primer lugar, a través de instancias de articulación política tales como el Consejo de Planeamiento Asistencial, Docente y de Investigación integrado por autoridades de la provincia, la Univer-

sidad Nacional de Rosario, la Secretaría de Salud Pública de la Nación y la Municipalidad de Rosario.

El mismo tuvo un funcionamiento activo durante los años 1982-1983 no siendo continuado posteriormente por las autoridades constitucionales.

Los motivos parecerían radicar en que dicho Consejo fue en realidad creado en función de las nuevas circunstancias surgidas en 1980 por las transferencias de hospitales a la provincia.

El Consejo no fue sustituido por ninguna otra instancia formal de coordinación.

En segundo lugar, la iniciativa de coordinación a partir de la implementación conjunta de la estrategia de atención primaria. Para ello uno de los esfuerzos de mayor envergadura lo constituye el Proyecto de Desarrollo y de Articulación Docente Asistencial en el Área Rosario en el que convergen la Universidad, la Provincia y el Municipio.

El objetivo global de este proyecto intersectorial es el de contribuir a mejorar los niveles de salud de las familias en general y del grupo materno-infantil en particular, a través de un trabajo coordinado entre los servicios de salud, el sistema formador de recursos humanos y la comunidad, con miras a satisfacer los requerimientos de atención primaria por medio de la articulación intra e intersectorial, para alcanzar el cumplimiento de la meta de "salud para todos en el año 2000".

Con relación al financiamiento de la atención municipal, a raíz de la variedad de servicios que presta, la Municipalidad realiza ingentes esfuerzos para su mantenimiento. En el Proyecto de Presupuesto para 1986, las erogaciones previstas para el sistema de salud municipal fueron del 15,5% del presupuesto consolidado, debido a la importancia relativa de las unidades hospitalarias y demás componentes del sistema de salud municipal. (Ver Anexo 2).

El mantenimiento de la red asistencial es fuente de conflictos para el municipio en sus relaciones con la provincia.

Los funcionarios municipales, amparándose en la Ley Nro. 3546/49, que, en su momento provincializó los servicios de salud, plantean la necesidad de actualizar su vigencia, de cuyos beneficios se excluyó a Rosario, o bien que se cumpla el Artículo 13 de la misma Ley que dispone que "el Poder Ejecutivo fijará en la Ley de Presupuesto una partida de ayuda provincial a las municipalidades y comunas... que mantengan servicios sanitarios y sociales". El Municipio realizó gestiones frente al gobierno provincial pidiendo la "provincialización de los servicios de salud, ya que la Constitución provincial establece la obligación de la provincia de tutelar la salud de sus habitantes". "Los servicios de salud son indiferenciados, por lo tanto sus gastos deben cubrirse con lo recaudado por vía impositiva". Al no cumplirse esto, Rosario realiza "un esfuerzo milagroso para atender la salud de sus habitantes con los recursos que provienen de las tasas municipales".

La situación se agrava porque la provincia, que por el Artículo 9 de la Ley, retiene a las municipalidades el 5% del porcentaje que les corresponde en concepto de coparticipación para mantener el

Fondo de Salud, aplica esta norma también al municipio de Rosario. Por esto manifiestan que 'la Ley de provincialización hace justa la quita del 5% a los municipios que no prestan salud, pero es injusta en Rosario, que es la única municipalidad. El personal afectado a salud comprende el 35% del personal municipal. Por eso pedimos que no nos retengan el 5% para el Fondo de Salud y que nos apoyen con la coparticipación'. 'el 30% de los que se asisten en hospitales municipales, no viven dentro del municipio, solicitamos que se nos compense por eso'.

IV) LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES EN EL SECTOR SALUD:
LA PERCEPCION DEL FUNCIONARIO PUBLICO

Todo diseño organizativo, en sus dimensiones estructural y funcional está generalmente respaldado por la sanción de leyes, decretos resoluciones y elaboración de memorias, boletines, o documentación que dan cuenta de la puesta en marcha del aparato institucional pertinente y de las prácticas políticas correspondientes. Si bien es cierto que los aspectos formales y normativo/legales de las relaciones intergubernamentales que el diseño institucional del Estado suponen, son muy importantes para entender el tema del presente proyecto, no menos relevante es la información suministrada por los individuos que desempeñan las funciones directamente relacionadas con el Sector Salud e insertar en las estructuras específicamente ideadas para dicha gestión.

La importancia de este último tipo de información, relevada fundamentalmente a partir de entrevistas a funcionarios públicos, debe ser destacado. Esto es así por varios motivos:

- a) Los datos primarios son esenciales para complementar los datos surgidos a partir del análisis de información secundaria.
- b) Existen características/aspectos, estructurales y de funcionamiento que no pueden ser inferidos de los contenidos existentes en datos referidos a los aspectos formales de una organización.
- c) Los efectos funcionales o disfuncionales de un determinado diseño organizativo, sólo pueden ser detectados a partir de la experiencia personal de los agentes responsables de la puesta en práctica de aquel.

Es así que, las entrevistas realizadas a funcionarios de los dis-

tintos niveles gubernamentales resultaron fundamentales en el sentido expuesto en los tres ítems anteriores. Concretamente, sirvieron para detectar los beneficios o perjuicios que para los funcionarios públicos tiene la manera como se plantean las relaciones entre los distintos niveles gubernamentales en lo que a políticas de salud se refiere.

En el contenido de la presente sección se resumen y analizan la percepción y opinión recogidas en el trabajo de campo realizado.

Por último, las entrevistas, como fuente de información, son muy útiles como metodología pues permiten contar, en un lapso breve de tiempo, con una descripción de las características más saliente del fenómeno analizado. Más que duplicar información, las entrevistas complementan los datos agregados secundarios, ya que, como se dijo, existen rasgos de comportamiento y funcionamiento institucional que difícilmente puedan ser detectados en decretos, leyes, resoluciones, etc.

Explícitamente, las entrevistas permiten describir e interpretar la opinión que tienen los funcionarios públicos directamente involucrados en el manejo de la Administración Pública acerca de diversos temas sustantivos vinculados con las relaciones establecidas entre Estado Nacional, Estado Provincial y los municipios para llevar adelante la política sanitaria.

No pueden obviarse la percepción de quienes experimentan la puesta en práctica del diseño con que cuentan las relaciones intergubernamentales, ya que son quienes pueden contar cuales son las ventajas y aciertos, inconvenientes y limitaciones que van surgiendo.

En síntesis, la utilización conjunta y simultánea de información primaria y secundaria permite reunir datos acerca de los aspectos tanto formales como informales del tema tratado.

111111
111111
111111

4.1) LAS CARACTERISTICAS GENERALES DEL SISTEMA

Las exposiciones de los funcionarios entrevistados con cargos nacionales, muestran a las claras algunas diferencias relacionadas con la organización estructural y funcional de la Administración Pública Central que, en forma directa, afectan la gestión del Gobierno Provincial. Concretamente, nos referimos a:

- 1) La inexistencia o deficiencia de técnicas de coordinación entre dos actividades integradoras no sólo de las diversas áreas sustantivas de la gestión gubernamental nacional, sino entre ésta última y las políticas provinciales, como lo son los procesos de planificación y presupuestación.
- 2) La inexistencia o deficiencia de canales de comunicación entre las áreas nacionales en relación a la manera como deberían conducirse con las provincias; como ejemplo, en lo que se refiere al manejo de los fondos que le transfiere la Nación.
- 3) El diseño centralizado tanto para la elaboración de políticas y planes o programas como para la distribución y manejo de los fondos.

Estas deficiencias, surgidas de la interacción concreta entre las distintas instancias gubernamentales, generan conflictos, demoras, inadecuaciones, durante la gestión; gestión que, en última instancia, es la respuesta que el Estado le debe a la Sociedad.

Las consecuencias más inmediatas de las deficiencias enunciadas en el primero y segundo de los puntos, pueden sintetizarse de la si-

guiente manera: inadecuación de las políticas adoptadas en tanto no respondan a las prioridades sociales; inadecuación de la asignación y distribución de los recursos; condicionamiento de los planes y programas a las pautas presupuestarias; contradicciones, superposiciones, conflicto de jurisdicciones, omisión de actividades, responsabilidades de las distintas instancias decisorias.

El efecto más negativo que acarrea la centralización en la toma de decisiones, es a la vez el más profundo: la falta de participación de instancias provinciales y sectores sociales en la elaboración de políticas públicas.

Resulta significativo reproducir las opiniones que sobre el tema tienen unos y otros funcionarios.

En la Secretaría de Hacienda se muestran preocupados porque 'la Secretaría de Salud no tiene posibilidades de ejercer control sobre el verdadero destino de los fondos. Por eso Hacienda lucha para que no se incrementen los fondos! Consideran, además, que los funcionarios del área de salud se comprometen con los requerimientos provinciales y avalan pedidos desmesurados: los que tienen a su cargo los programas de salud, son los que hacen relación con las provincias, generan compromisos con ellas y después no hay posibilidad de financiamiento. En este momento lo que hacemos es repetir el crédito del año anterior, actualizado, aplicando las pautas de la Secretaría de Hacienda para cada año, que para el año 87, fue la de reducir en un 15% el total de las remesas.

Los funcionarios de Salud Pública, en cambio, no creen que deban realizarse controles sobre el uso de los recursos que la nación en-

via, fundados en que 'debemos tener respeto por el crecimiento de las provincias. La Nación podría realizar el control del gasto de los fondos, pero por respeto a la institucionalización del país no se realiza. El P.A.S. no se puede convertir en un mecanismo coercitivo, sino en un instrumento de cooperación técnico-financiera, con madurez técnico-administrativa en el manejo de los fondos. En realidad cada provincia tiene su proyecto, a través de los programas piden lo que les falta para cumplirlo. Creer en la gente no es mala política. Esto se 'refleja en los buenos indicadores de rendimiento hospitalario'.

Este tipo de posiciones encontradas parecería ser una característica de los programas de acción social. Siguiendo a FRANCO R., y PALMA E. (1979), "Los organismos que diseñan política social deben enfrentar a otros centros de poder burocrático que tienen preeminencia en las fases de ejecución o que controlan recursos de mayor gravitación como los ministerios de finanzas y los bancos centrales, siendo poco frecuente que logren imponer su propia perspectiva en tales desacuerdos. El presupuesto es uno de los campos de ese enfrentamiento..." Estos problemas tenderían a reducir la incidencia del programa sobre el desarrollo de la salud provincial.

Como puede observarse, los problemas señalados por funcionarios nacionales, fueron más claramente expuestos por funcionarios provinciales, ya que son quienes se ven más directamente afectados por las deficiencias apuntadas, en párrafos anteriores. Estos remarcan nuevamente:

- Problemas de coordinación entre planificación y presupuestación:

problemas de diseño presupuestario: plazos en el envío de fondos y actualización de los mismos.

- Diseño centralizado de la estructura de toma de decisiones lo que implica: a) la no participación del nivel provincial en los procesos decisorios de políticas; b) el riesgo de generar una brecha importante entre las políticas adoptadas y las prioridades sociales; c) en relación a los dos puntos anteriores, la probabilidad de que surjan dificultades al Estado Provincial para convertirse o demostrar en la práctica que es el fiel representante de los intereses de su propia comunidad.

En el caso de Santa Fe, los funcionarios del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social que fueron entrevistados plantean que 'no se cumplen los plazos de los aportes'. "Las remesas no tienen continuidad y por la inflación no se produce una financiación de acuerdo a los requerimientos, ya que la nación nunca aplica los mismos índices de reajuste que preveen las provincias". Ante esto, 'la coyuntura prima sobre cualquier planificación'.

Desde los niveles provinciales se critica la no-participación provincial en las decisiones, el verticalismo de las mismas y 'el desconocimiento de las verdaderas necesidades provinciales'. 'Se tomó una mala decisión al proyectarlo en la ciudad de Santa Fe'. 'Nos veíamos con claridad el planteo, la Nación impuso todas las condiciones, impuso el proyecto, el perfil del hospital, el lugar'. Queríamos que fuera para emergencias quirúrgicas, y debía ser emplazado en Rosario o Tostado, que no tenemos ese tipo de hospital'. 'Nos dieron los planos, no nos dejaron cambiar nada, el planteo era que lo tomáramos o lo dejáramos. Propusimos un órgano federal

conducción de los proyectos, ni lo pudimos discutir, están totalmente centrados en Buenos Aires, hasta las licitaciones las realizan ellos'. 'Con ese crédito pondríamos a punto toda la red sanitaria'. 'Los fondos P.A.S. no alcanzan a cubrir el 60% que teníamos que poner, el resto se hace con aportes del Tesoro Nacional no reintegrables'.

La diferente adscripción política de la Provincia y el Gobierno Nacional no parecería haber sido el motivo de disidencia ya que se planteó como ejemplo el hecho que "en el tema de los hospitales B.I.D., coincidíamos con Misiones que es radical igual que el Gobierno Nacional".

Desde la instancia coordinadora del Programa en Nación fue admitido que "nadie consultó a las provincias" a la vez que se planteó el hecho "que el programa es nacional y los recursos económicos son nacionales: el que quiere lo toma; el que no lo tome".

La justificación acerca de la Administración directa por parte de la Nación es que "fue una condición del préstamo BID el hecho de que la administración de todos los recursos los haga nación, las provincias no tienen como avalar el préstamo".

Así, la Secretaría de Salud de la Nación reaparece como actor central en el proceso decisorio.

La dependencia funcional de dicho proyecto fue en algún momento discutida por la Secretaría de Obras Públicas de la Nación, responsable normalmente de toda construcción en esta línea.

La definición por una dependencia directa del Secretario de Salud podría interpretarse, entre otras cosas, como un intento por recuperar esa presencia nacional dentro de los esquemas provinciales de atención de la salud pública.

En relación a lo hasta aquí expuesto, muchos podrán sostener que no se necesitan demasiadas pruebas para confirmar el excesivo centralismo de la mayoría de los procesos decisorios desarrollados en nuestro país, o deducir las dificultades que ello acarrea a la gestión gubernamental, fundamentalmente, la provincial.

Por otro lado, surgirán quienes traten de resaltar las buenas intenciones implícitas en los intentos de descentralización tanto a partir de programas o planes como de las políticas de transferencia de fondos que realiza o realizó la Nación en beneficio de las provincias.

Lo cierto es que, más allá de los arreglos formales contenidos en leyes, decretos, planes y programas, la puesta en marcha de los mismos y su experimentación en la práctica por parte de los responsables de llevar adelante la gestión, no pueden subestimarse.

Estas afirmaciones pueden parecer obvias y generales; más aún, podría decirse que la percepción y experiencia de los funcionarios entrevistados y presentadas en este informe no son suficientes para respaldar muchas de las críticas que de ellas surgen. Es por este motivo que se decidió abordar el diagnóstico y análisis de los problemas existentes en la manera como están planteadas las rela-

ciones gubernamentales focalizando la atención en dos ítems que hacen al diseño organizativo de aquellas: por un lado, el rol que le toca jugar a los jefes de las zonas de salud; por el otro, las experiencias recogidas como resultado de la implementación de los SAMCO.

Si bien es cierto que un análisis del rol que desempeñan los jefes de zonas sanitarias remite más inmediatamente a la organización funcional del sistema de salud, y una evaluación de los SAMCO en primera instancia nos acerca al modelo estructural a partir del cual se intenta organizar dicho sistema, cabe resaltar que desde ambos temas (si los tomamos como puntos de partida) podremos contar con datos precisos de las características estructurales y funcionales del diseño organizativo de la atención de la salud de la población.

Concretamente, podremos contar con un primer diagnóstico de la situación en relación a temas críticos para el desarrollo de la gestión gubernamental en una sociedad compleja como es la argentina. Nos referimos a: la problemática de la centralización-descentralización; la relación e identificación entre necesidades/demandas de la comunidad y resolución de conflictos como responsabilidad de los organismos y estructuras gubernamentales; el carácter participativo y democrático del Estado.

4.2) El rol de los jefes de zona de salud.

El jefe de Zona de Salud, en su calidad de representante del Subsecretario de Salud, tiene como función adecuar las normas emanadas del nivel central a la realidad zonal, supervisando su cumplimiento. En este sentido, es el funcionario que, mediante el contacto directo con las más altas autoridades en salud y con la posibilidad de un contacto fluido y directo con los directores de los establecimientos, vehiculiza el flujo de información y coordina el sistema a su cargo.

Sin embargo, la jefatura de Zona encuentra restricciones derivadas de su desempeño dentro de una organización administrativa que concentra en los niveles superiores la casi totalidad de las decisiones, aún las de escasa relevancia.

En este sentido, la experiencia de dichos funcionarios es concluyente. Si bien se definen a sí mismos como "gerentes de los planes de provincia, en todos los aspectos que hacen a la toma de decisiones, los Jefes de Zona entrevistados describen sus funciones en un sentido negativo. En síntesis, estas son algunas de las apreciaciones recogidas:

- no pueden nombrar ni redistribuir personal;
- no manejan recursos ni manejo autónomo del presupuesto;
- no manejan elementos legales en forma autónoma para, por ejemplo, sancionar a profesionales que incurren en faltas en el cumplimiento de sus servicios;

- no cuentan con recursos para incentivar el desempeño del personal bajo su supervisión.

Además, el rol que desempeñan en la práctica concreta los hacen aparecer como mediadores puramente administrativos ya que:

- reciben información estadística a través de resúmenes mensuales de hospitales y centros que se limitan a enviar inmediatamente a Santa Fe.
- reciben las demandas de, por ejemplo, leche y medicamentos, que realizan los distintos establecimientos, demanda que los jefes de zona se encargan de enviar al Ministerio;
- distribuyen medicamentos a los Hospitales Referenciales de su jurisdicción.

Las limitaciones aludidas tienen consecuencias contraproducentes pues restringen su capacidad de acción como representantes de la Subsecretaría de Salud en la conducción de la política sanitaria provincial y, por lo tanto, su actuación inmediata en el terreno donde surgen los problemas concretos.

Más específicamente, por un lado, lo anterior genera demora y gran lentitud en las decisiones que, en la mayoría de los casos, terminan dándose a destiempo en relación al momento en que se manifiesta la necesidad. Como ejemplo, resulta ilustrativa la descripción dada por un Jefe de Zona en oportunidad del nombramiento de un profesional trámite que, por una cuestión de sentido común, parecería de simple resolución:

"Un problema grave en materia de administración de salud en la provincia es la burocracia. Por ejemplo, se va un pediatra de un centro de salud y se debe elevar el pedido del nombramiento de otro. El trámite va desde el Director del hospital al jefe de zona, de éste al Subsecretario de Salud de la Provincia, de éste al Ministerio que lo deriva al jefe de personal y éste al Subsecretario de Logística quien, normalmente, dice que no debiéndose especificar si el pedido es urgente. Luego, el trámite hace el camino inverso llegando al Director del Hospital quien manifiesta la urgencia del reclamo repitiéndose, a partir de aquí, nuevamente todo el camino". El funcionario entrevistado concluye sosteniendo terminantemente: "En la zona no hay poder de decisión, ni de ejecutividad. Estamos a merced de la burocracia que dificulta cualquier decisión que se quiera tomar".

4.3) Los S.A.M.C.O., ¿instancias de descentralización y participación?

La evaluación acerca del funcionamiento de los S.A.M.C.O. se realizó en base a opiniones surgidas en las entrevistas hechas a funcionarios de nivel provincial, municipal, directores de hospital y un legislador del partido opositor al gobrenante.

Las percepciones no resultaron homogéneas, presentando discrepancias valorativas que parecieran estar relacionadas con la visión o acción particular producto de su inserción e intereses políticos y/o profesionales.

Es por ello, que se consideró importante tener en cuenta el cargo opinión en el momento de exponer las opiniones recogidas.

A continuación se ofrece la opinión de dos Directores de Hospitales que funcionan dentro del sistema S.A.M.C.O.:

"El objetivo de los S.A.M.C.O. es derivar el problema de los hospitales a otras instancias. Así, la Provincia reproduce con los municipios la actitud que tuvo la Nación al transferir los los hospitales".

"Los S.A.M.C.O. no tienen por que existir ya que implican y hablan de la Provincia para atender la salud de la gente más carenciada. Existen problemas pues los miembros del Consejo de Administración se creen los dueños de los hospitales; viven el sueño del sanatorio propio. El S.A.M.C.O. existe por el déficit que soporta la Nación y que no le permite distribuir a las provincias

lo que realmente debe. Es por eso - continúa el funcionario entrevistado - que los S.A.M.C.O. perduran y trabajan bien por necesidad. En esta comuna, por ejemplo, sin dicho servicio se tendría que cerrar el hospital" pues éste, por sí sólo, no podría pagar al personal".

Por el contrario, la opinión de un político del interior se diferencia bastante de la anterior. El mismo sostuvo:

"Haría S.A.M.C.O. en toda la provincia. La ley 6312 (de creación del servicio) es perfecta. El único problema es el área gris que genera la poca claridad que existe entre la competencia del director y la autoridad del S.A.M.C.O. Existe acuerdo con la Federación Médica de modificar el artículo correspondiente.

Otro tema, es que hubo un intento por parte del Ministerio de incorporar un delegado suyo en los Consejos. Se consideró inadecuado ya que no sólo agregaba un elemento corporativo sino que el manejo de la elección de miembros por parte de la comunidad iba a perder espontaneidad".

La opinión del Secretario de Hacienda de un municipio donde funciona dicho sistema de servicios a la comunidad es la siguiente:

"La Provincia no concurre como debiera y como es su responsabilidad a la atención de la salud de la comunidad. Poco a poco va transfiriendo a las instancias locales una parte cada vez mayor de los presupuestos de salud, erogaciones que el gobierno provincial debería cubrir con sus recursos".

La opinión de autoridades del Ministerio provincial es la que a continuación se detalla:

"El espíritu inicial de la ley era que la provincia se desligara del problema. Actualmente, lo retomamos para mejorar los servicios sanitarios y poder hacer participar a la comunidad. Concretamente, pretendemos que se convierta en una instancia participativa de la comunidad".

"En la realidad se ve que el Presidente del S.A.M.C.O. tiene mucha autoridad y choca con el director. Además, falta relación con las políticas del Ministerio, es decir, falta información sobre las prioridades políticas que la provincia fija para la atención de la salud".

Con relación a la evolución que el sistema de los S.A.M.C.O. ha tenido, también las afirmaciones son significativas:

" El desarrollo de los entes constituídos es muy dispar. En distintos lugares aquellos se han transformado en los únicos y verdaderos prestadores de servicios de salud, con franco y continuo desarrollo en donde el gremio médico ha podido desempeñar la totalidad de sus acciones y, además, donde se ha visto apoyado por un organismo de insteración que cubre convenientemente las necesidades exigidas. En estos lugares, no existen efectores privados o se han cerrado por instancia propia. Estos casos son numerosos en la Provincia, particularmente, se han desarrollado en el norte de la Provincia y en las comunidades más importantes del sur. Esta situación cambia cuando la realidad es otra, por ejemplo, cuan

do existen importantes instituciones privadas que entran en colisión con el Ente de la Comunidad; cuando las Comisiones Ejecutivas no coinciden con el planteo del Médico Director; o cuando la totalidad o alguno de los miembros del Ente utilizan la institución con otros fines".

Podemos decir que el desarrollo de los S.A.M.C.O de alguna manera está condicionado a su integración con el subsector de obras sociales en tanto fuente de financiamiento importante para los establecimientos público-asistenciales permitiendo, entre otras cosas, el estímulo para una concentración de trabajo profesional en los mismos. Esto último, es uno de los objetivos centrales de la creación de los entes comunitarios".

"En caso de no integración, los S.A.M.CoO. estarían cumpliendo la función de ser y posibilitar un nivel de flexibilidad necesario para las decisiones de tipo operativo planteadas en terrenos tales como el nombramiento de personal, suministros, mejoramiento de la infraestructura y, en algunos casos, asignación de recursos como leche y medicamentos los cuales, muchas veces no llegan a tiempo."

Si bien la Provincia apoya el crecimiento del sistema, el área (organismos) del cual dependen los Entes Comunitarios, el Departamento de Entes Comunitarios cuenta con una planta de personal muy reducida sin capacidad decisoria o de asesoramiento en tecnologías administrativas y de gestión.

De la lectura y análisis de las opiniones de los funcionarios entrevistados surgen una serie de reflexiones que merecen la

atención de analistas y funcionarios interesados en incrementar la capacidad operativa de las instituciones políticas.

La atención de la organización de la salud a través del sistema de los S.A.M.C.O. (Servicios de Atención Médica de la Comunidad) tuvo como objetivo la incorporación de Municipios y Comunas en el Sistema de atención de la salud.

Ahora bien. Al margen de las intenciones, implícitas o explícitas, de participación y descentralización de la gestión gubernamental en lo referente a la salud, lo cierto es que la experiencia de quienes se vieron involucrados en esta nueva modalidad se contradice con lo realmente esperado.

En este sentido, es evidente que han surgido problemas que atañen directamente a la organización del sistema de salud, específicamente, los que a continuación se detallan:

- 1) no ha existido una transferencia simultánea de recursos o un incremento presupuestario al momento de implementarse la transferencia de establecimientos hospitalarios. Así, las políticas de descentralización han sido percibidas como un deslinde de responsabilidades, fundamentalmente económicas, por parte de la Nación;
- 2) falta de mecanismos de coordinación y canales de comunicación entre las distintas instancias gubernamentales, por ejemplo, entre el Ministerio y los organismos que conforman los SAMCO

acerca de las políticas que fija el primero; y entre instituciones gubernamentales y el resto de las organizaciones sociales de intermediación (por ejemplo, las privadas).

Al respecto, hubo coincidencia entre los funcionarios acerca de la falta de relación entre las instancias municipales y la provinciales. Algunas de las respuestas vertidas fueron: "no tenemos relaciones óptimas con salud-provincia, existen diferencias"; "los medicamentos que se distribuyen por el FAM llegan directamente desde nación, a través de funcionarios, sin pasar por las instancias provinciales correspondientes. Algunas partidas van directamente al hospital".

- 3) falta de integración y coordinación en las políticas de desarrollo de los S.A.M.C.O. lo que significa, de alguna manera, una dispar evolución, eficiencia y respuesta en los resultados de cada uno de los centros. Esto trae como consecuencia la imposibilidad de llevar adelante un control de gestión efectivo y una evaluación adecuada de los resultados ya que, en tanto los factores que permiten o perjudican el desarrollo de los S.A.M.C.O. muchas veces no son similares, las experiencias no son comparables ni sistematizables.

Muchos de dichos servicios evolucionan gracias a esfuerzos personales lo que no permite llevar adelante análisis o mediciones en base a objetivos y medios establecidos por los precursores del plan. En términos generales, pareciera que la creación de los S.A.M.C.O. no está integrada en un plan global de desarrollo y promoción de la salud pública en particu-

lar y tampoco conforma parte de la planificación provincial en general;

- 5) es evidente que sólo a partir de la práctica surge la convicción de que la sola existencia de legislación que pauté la vigencia de estructuras y funciones, defina las relaciones inter-institucionales y avale la implementación de planes y programas no es suficiente para garantizar la funcionalidad y eficiencia de los procesos e instituciones que se desea organizar.

Esto se vio reflejado en opiniones tales como: "EL S.A.M.C.O. si bien funciona desde 1985, no se llamó a asamblea constituyente porque se prefirió terminar los consultorios externos (actualmente en construcción) para que comiencen desde cero"; "El S.A.M.C.O. prevé la integración de la comunidad, sin embargo, hace dos años que hay un delegado normalizador y la municipalidad no ha tenido intervención. Es una cuestión política".

- 6) quedó expuesto claramente que el área de salud es un sector crítico en el acercamiento entre el Estado y la Sociedad. Por lo tanto, una mala gestión en dicha área dificulta la interacción entre ambos actores, fundamentalmente, por la ineficiencia del primero en la prestación de servicios que la comunidad percibe como afectándola directa e inmediatamente, la cual, frente a dicha ineficiencia, reacciona también en forma directa e inmediata.

En otras palabras, tanto la gestión gubernamental en el área de salud como los resultados de ella obtenidos, permiten per-

cibir, evaluar y rectificar las políticas (por parte del Estado y la población) en un término más o menos inmediato. Además, desde el punto de vista de los funcionarios, significa un área validad desde la cual despertar el apoyo de la población y su interes en un gestión participativa.

- 7) se percibe una falta de precisión en la diferenciación y especialización de estructuras y funcionaes, creando superposiciones y conflictos jurisdiccionales.

De la síntesis realizada y ofrecida en los puntos precedentes surge que el tipo de información recolectada a partir de las entrevistas realizadas es esencial para conocer cuales son los nudos problemáticos que los funcionarios consideran que deben revertirse. De esta manera, se pudo detectar los temas que merecen más atención y aquellos a los cuales los entrevistados son más sensibles, para así estar en condiciones de ratificar o rectificar lineamientos previamente establecidos.

V) CONCLUSIONES

Una de las premisas centrales del presente trabajo se basó en el hecho de que la manera como están planteadas (o, las pautas que definen) las relaciones intergubernamentales entre el Estado Nacional y el Estado Provincial y entre éste último y las instancias gubernamentales municipales en lo concerniente a la atención de la salud de la comunidad, afectan/condicionan directamente la calidad y eficiencia del desempeño en la gestión gubernamental. Esto, a su vez, influye en la relación mantenida entre el Estado (tanto nacional como provincial) y la Sociedad a la cual le debe dar respuestas.

Para poder realizar una evaluación del desempeño gubernamental se propuso un análisis del tipo de diseño establecido para las relaciones gubernamentales de forma tal de poder detectar el tipo de inserción y participación de los distintos niveles de gobierno en el área seleccionada.

Es de destacar que, para poder llevar adelante dicha evaluación se partió de algunos supuestos que resumiremos de la siguiente manera: para que el Estado, fundamentalmente el provincial, logre desarrollar una gestión satisfactoria que le permita establecer una relación armónica y de mutua identificación con su sociedad, debe poder contar con un diseño organizativo, estructural y funcional, descentralizado política, económica y administrativamente, y participativo, única forma de administrar la complejidad social de nuestra época.

La importancia de las características que para el Estado se señalan en el párrafo anterior (descentralización, democratización, participación de la comunidad en la gestión gubernamental e interacción e interdependencia mutua y permanente entre estado y sociedad) son mucho mejor perceptibles en un área sustantiva que, como la de salud, pone a prueba constantemente al Estado frente a su sociedad.

Para poder detectar si los mencionados son los rasgos característicos de la modalidad de organización de la gestión político/administrativa del Estado Provincial santafesino en relación a instancias nacionales y municipales, organizaciones sociales de intermediación, etc., fue necesario basar el análisis en datos primarios y secundarios dada la relevancia de contar con información referida tanto a aspectos formales como informales del fenómeno estudiado.

Cabe destacar que el presente informe no agotó la complejidad del tema en cuestión. Aún así, la calidad y sustantividad de la información recogida, posibilitó la elaboración de una serie de reflexiones que deberían servir como puntos de partida para la corrección y delineamiento de futuros cursos de acción.

5.1) Las relaciones entre El Estado Nacional y el Estado Provincial

De las modalidades descriptas en la sección III del presente trabajo se deduce que el Estado Nacional pretende mantener la potes

tad normativa sobre las políticas provinciales a través de las instancias de articulación y coordinación interjurisdiccional, centrando el sistema de atención alrededor de las instancias provinciales a partir del retiro, por parte de la Nación de la administración directa de servicios y centralizando la mayor parte de los procesos decisorios en las administraciones públicas provinciales.

Así, la Nación plantea relacionarse con las provincias a partir de instancias que se proponen como canales que permitan llevar adelante los objetivos de centralización normativa-descentralización ejecutiva.

Ahora bien. Como fuera sostenido, los aspectos formales establecidos para reglamentar organizaciones y procesos no garantizan la puesta en marcha de ellos ni, en caso de llevarse adelante, su adecuación operativa. Este hecho quedó evidenciado a la luz del material recolectado del cual se pudo deducir que resulta muy difícil mantener una relación de centralización normativa-descentralización ejecutiva cuando:

- 1) si bien se consideró la posibilidad de llevar adelante la transferencia de establecimientos asistenciales a jurisdicción provincial como inicio de una política de descentralización, ésta no llegó a ser tal ni pudo llevarse a la práctica totalmente sin un traspaso simultáneo de recursos que le permitan al gobierno provincial ejercer un manejo adecuado de la nueva infraestructura bajo su responsabilidad;

- 2) la centralización normativa es impuesta desde arriba sin ser el resultado de la integración de las pautas y lineamientos provenientes de las realidades provinciales con principios aceptados como generales y comunes más allá de las particularidades y diferencias regionales. Así, existen programas sanitarios provinciales acordados según normas sanitarias nacionales y/o según criterios de elegibilidad que, muchas veces, no coinciden con las prioridades provinciales. Esto acarrea conflictos de intereses pues varios de esos programas de carácter nacional, a pesar de contar con unidades ejecutorias provinciales como contrapartes de las instancias nacionales, siguen manteniendo un diseño centralizado y verticalista;
- 3) no existen mecanismos de coordinación entre, por un lado, los procesos de planificación y presupuestación lo que condiciona la primera a las pautas presupuestarias; y, por el otro, instancias de planificación y presupuestación nacional y las áreas de planificación y presupuestación de la provincia. En este sentido, la ausencia de coordinación manifiesta una grave deficiencia en la interacción política intergubernamental lo que lleva a que las diversas instancias y organizaciones perciban los objetivos a alcanzar desde su propia posición en el sistema de formulación de políticas, usando criterios que dan cuenta de sus intereses y sin que mantengan relación alguna con las posibilidades presupuestarias;
- 4) se observa una relativa eficacia en la organización y funcio-

namiento de las instancias de articulación y coordinación interjurisdiccional que son, en última instancia, los agentes de mantenimiento de la presencia nacional en el ámbito provincial. Por ejemplo, el COFESA y las Delegaciones Sanitarias aparecen como instancias institucionales que permanecen inercialmente en el aparato burocrático desvinculadas de los motivos que inicialmente les dieron origen. La falta de una redefinición de sus funciones limita su alcance como mecanismos de articulación de intereses y objetivos interjurisdiccionales

5.2) Las relaciones entre el Estado Provincial y los Municipios

La atención de la salud pública se apoya, fundamentalmente, en el sistema de atención provincial el cual reproduce el esquema centralizado en su relación con los municipios y comunas.

El ministerio ejerce el control presupuestario, administrativo y de asignación de recursos y suministros concentrando sus dependencias administrativas en la capital provincial muchas veces muy alejadas de las zonas sanitarias.

El tipo de relaciones de las Zonas de Salud con el Ministerio Provincial pertinente es de total dependencia por lo cual el esquema regionalizado no ha avanzado hacia una verdadera desconcentración o descentralización ejecutiva/administrativa, es decir, aquella que implique el manejo de recursos aún en base a normas definidas centralmente.

La falta de instrumentos que permitan el ejercicio del control y la autoridad estaría convirtiendo a los Jefes de Zonas Sanitarias en meros transmisores burocráticos. Si bien habría una cierta coincidencia acerca de las limitaciones que implica este esquema, por el momento, no parecería entreverse formas de organización alternativas que permitan acercar la toma de decisiones en los ámbitos donde se enfrentan los problemas específicos.

El logro de mayor flexibilidad en dicho esquema se ha logrado gracias a estrategias y esfuerzos personales de los propios Jefes zonales en función de aspectos aleatorios tales como la personalidad, la proximidad a la capital o sus fluidas interrelaciones con autoridades. Esto contribuyó a un desarrollo diferencial de las actividades y políticas de salud llevadas adelante en los distintos municipios. Así, por ejemplo, en el caso del Municipio de Venado Muerto, el sector salud aparece como un ámbito de competencia y conflicto entre la Provincia y el Municipio; en el Municipio de Rafaela, además de no constituirse en un ámbito de competencia entre actores en búsqueda de consenso y legitimación política, el sector salud es subsidiado con la participación conjunta de la Zona de Salud y del Municipio.

En el esquema de relaciones donde, como se dijo anteriormente, el Ministerio ejerce un rol centralizador, las zonas sanitarias son los representantes de la Subsecretaría provincial en la conducción abarcando varios municipios, lo llamativo del caso es que las Municipalidades están incluidas (no participan) en las actividades de planificación y e implementación de las acciones de salud. Así, existe una grave deficiencia en la coordinación e inte-

gración entre los responsables de llevar adelante actividades del área salud, en este caso Jefes de Zona y Municipios, ya que mientras a los primeros les incumben tareas de planificación sanitaria, son las segundas las que reciben directamente las demandas de la comunidad.

Es a través de los SAMCO/Entes Comunitarios que las comunas tienen posibilidades de ingresar al sistema de atención. Pero, no sólo la organización y funcionamiento de los SAMCO son deficientes sino que los que desarrollan sus actividades ni se organizan ni funcionan de la misma manera.

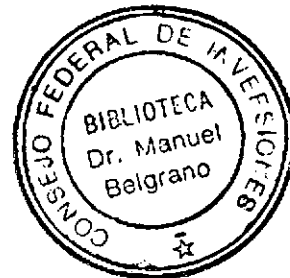
Las reflexiones que surgen de la observación del esquema de atención de la salud en la provincia no se diferencian demasiado del modelo centralizado de la relación Estado Nacional-Estado Provincial. Entre ellos, debemos mencionar:

- centralización normativa y decisoria en las instancias provinciales, las cuales, además, han visto incrementadas sus responsabilidades así como la infraestructura que debe mantener sin recibir/percibir un incremento para cubrir las mayores exigencias que ello implica. Además, con un presupuesto en el cual los aportes recibidos desde la Nación son, cada vez, menos significativos. Si sumamos a estas dificultades aquellas citadas en el apartado anterior, entonces se podrá inferir las trabas que experimenta el Estado Provincial y que, de alguna manera, perjudican y/o condicionan su relación con los niveles municipales;

- Falta de coordinación e integración entre los distintos agentes, gubernamentales y de intermediación social, que deben interactuar en la gestión del área salud;
- ineficiencia en el funcionamiento de las estructuras provinciales que deberían coordinar e integrar las pautas sanitarias a aplicarse en el distrito;
- en relación a los dos puntos inmediato anteriores, ineficiencia de las estructuras que permiten la incorporación/participación de la comunidad en la gestión pública de salud. (por ejemplo, los SAMCO). Esto es relevante y debe ser tenido en cuenta en cuenta ya que la inadecuación o falta de canales de transmisión y participación de las demandas sociales idóneos puede perjudicar, directamente, la relación entre el Estado y su comunidad en tanto los intereses y necesidades de ésta no son correctamente articulados;
- la falta de coordinación, integración y comunicación en y entre las distintas etapas e instancias que intervienen en los procesos de elaboración e implementación de políticas de salud impide un desarrollo armónico y equitativo de la atención de la población en dicha área sustantiva.

Las características que pautan la relación Estado Provincial-Estado Provincial y Estado Provincial-Municipalidades son, aunque no la únicas, las principales trabas y dificultades que ambas relaciones podrían experimentar.

En este sentido, no resulta arriesgado sostener que, frente a tales condiciones el Estado Provincial encuentre serias dificultades para satisfacer las necesidades y demandas más inmediatas que le plantea su propia comunidad perjudicando, de esta manera su acercamiento a ella y restándole probabilidades de desempeñar una gestión gubernamental satisfactoria.



ANEXO 1.

Cuadro 4

Sector público
Establecimientos por tipo y dependencia administrativa (1960)

Tipo de establecimiento	Nacional	Provincial	Municipal	Otras dependencias cívicas	Total
Con internación	24	873	770		1667
Ambulatorio exclusivamente	27	2070	712		2809
Diagnóstico	1	24	4		29
Producción	1	1		5	7
Investigación	1	1		1	3
Fiscalización	11	49	27		87
TOTAL	75	2569	874	48	5123

Fuente: En base a Ministerio de Salud y Asistencia Social (M.S.A.S.) - Organización Panamericana de la Salud (OPS) "Argentina: descripción de su situación de salud (1959)" (Buenos Aires, 1965, pag. 452)

Cuadro 5

Sector público
Establecimientos con internación y camas disponibles por dependencia administrativa (1960)

Dependencia administrativa	Establecimientos	%	Camas	%	Camas/Establecimiento
Nacional	24	1,6	11.590	11,1	481
Provincial	873	66,4	57.270	53,2	65
Municipal	770	58,5	17.415	16,3	22
Otras dependencias cívicas	24	1,8	9.911	9,4	41
TOTAL	1334	100,0	94.663	100,0	71

Fuente: En base a (idem), pag. 452

Cuadro 6

Sector público
Número de establecimientos con internación y camas disponibles según dependencia administrativa, por estado predominante de pacientes (1960)

Estado predominante de pacientes	Nacional		Provincial		Municipal		Otras dependencias cívicas		Total	
	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas
Alrededor del 50 días	9	2.125	1	8.481	1,2	10.000	11	9.420	1201	70.667
Entre 30 días y 50 días	13	8.452	11	18.511	14	11.558	12	7.500	105	20.958
Correspondientes									2	48
TOTAL	24	10.577	22	26.992	25	21.558	23	16.920	1334	94.663

Fuente: (idem), pag. 453



Buenos Aires, 18 de Mayo 1979

En uso de las atribuciones conferidas por el artículo 5° del Estatuto para el Proceso de Reorganización Nacional.

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

SANCIONA Y PROMULGA CON FUERZA DE LEY:

ARTICULO 1°.- Apruébase el Convenio de transferencia a la Provincia de Santa Fe, del Policlínico Escuela "Granadero Baigorria" y del "Hospital Nacional Centenario", celebrado en la ciudad de Santa Fe, el 29 de noviembre de 1979, entre el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Santa Fe, la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación y la Universidad Nacional de Rosario, cuya copia forma parte de la presente Ley.

ARTICULO 2°.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

LEY Nº 22353

Secret. General
Presidencia
Subs. Leg. y Juris.
Secret. General

Handwritten signature: Juan P. Sarney

Handwritten signature: Jorge A. Fraga

Handwritten signature: Juan P. Sarney

BRAS. DE... H. GUMDEGUY
MINISTRO DEL INTERIOR

M.C.E.
83
<i>Handwritten signature</i>
<i>Handwritten signature</i>

Contralme... (R. E.) JORGE A. FRAGA
Ministro de Bienestar Social

JUAN P. SARNEY
MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACION

Handwritten signature: Jorge A. Martínez de Hoz

JORGE A. MARTINEZ DE HOZ
MINISTRO DE ECONOMIA

Servicios dependientes de la Delegación Sanitaria
Federal - Feia. de Santa Fe

- Servicio de Oftalmología: se trata de un Servicio médico asistencial que funciona en las instalaciones del Hospital Provincial "Dr. José María Cullen" de la ciudad de Santa Fe. Sin embargo el cuerpo médico que lo integra depende de la provincia y la presencia de Nación se reduce al pago de dos agentes nacionales que "controlan y custodian el patrimonio nacional".
- Servicio de Higiene Social: este servicio es un centro especializado en la práctica de análisis serológicos y bacteriológicos de las enfermedades sexuales y de Chagas.
- Servicio Nacional de Chagas-Jurisdicción Santa Fe: Coordinación de los dos niveles de ejecución del Programa Nacional y Provincial mediante reuniones con los responsables de ambos, a efectos de la conducción. En este caso la Delegación tiene intervención a nivel de la ejecución técnica y administra el presupuesto de nación destinado a tales efectos.
- Centro Nacional de Reconocimientos Médicos-Santa Fe: Su función es la de ejecución de exámenes para ingresos a la Administración Pública Nacional, exámenes por incapacidad, otorgamiento de la libreta de trabajo, becas al exterior, jubilación por invalidez, etc.
- Centro Nacional de Reconocimientos Médicos-Rosario: las mismas funciones que en Santa Fe.
- Unidad Sanitaria Santa Fe.
- Unidad Sanitaria Rosario: ambas unidades ejercen acciones de fiscalización y control en el ámbito portuario.

CAPITULO IV: EJECUCION DE LOS PRESUPUESTOS- AÑO 1986.

DEPENDENCIA		A S I G N A D O		E J E C U T A D O
Delegación Sanitaria Federal.....	#	8.800.--	#	5.037,36
Servicios Dependientes de la Delegación ..	#	57.600.--	#	12.590,40
Vacunaciones	#	1.620.--	#	--
Centro Nac.Reconoc.Médicos-Santa Fe.....	#	1.250.--	#	231,03
Centro Nac.Reconoc.Médicos-Rosario	#	3.350.--	#	1.417,43
Unidad Sanitaria-Santa Fe	#	600.--	#	96,74
Unidad Sanitaria-Rosario	#	4.000.--	#	2.445,18
Servicio Nacional de Chagas-Jurisd.Ste.Fe.	#	28.800.--	#	28.608,95
TOTALES.....	#	106.020.--	#	50.577,10

DELEGACION SANITARIA FEDERAL EN SANTA FE-
Memoria Anual, 1986

PROVINCIA DE SANTA FE

RESUMEN GENERAL DE PRESUPUESTO - P.A.S. - AÑO 1968

PROGRAMAS	EROGACIONES CORRIENTES	EROGACIONES DE CAPITAL	TOTAL DE EROGACIONES
1.- APOYO A LA CONDUCCION CENTRAL DE SALUD.	95.000.-	1.297.340.-	1.392.340.-
2.- APOYO A LA ATENCION DE LAS PERSONAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.	3.645.500.-	100.600.-	3.746.100.-
3.- APOYO A LA ATENCION DE LAS PERSONAS EN NIVEL ESPECIALIZADO.	12.500.-	14.000.-	26.500.-
4.- APOYO A LA ATENCION DEL MEDICO	91.000.-	72.000.-	163.000.-
TOTALES :	3.844.000.-	1.544.000.-	5.431.000.-

20



Ministerio de Salud y Acción Social

PROGRAMA UNICO - AÑO 1984 -
- "ASISTENCIA A PROVINCIAS PARA PROGRAMAS DE SALUD" (en Pesos Argentinos)

JURISDICCION: SANTA FE - 120 -

ACTIVIDAD	EROGACIONES CORRIENTES	EROGACIONES DE CAPITAL	T O T A L
Atención primaria de la salud.	32.078.200	7.516.410	39.594.610
Tuberculosis.	10.902.005		10.902.005
Centros de Diagnóstico de rabia.	172.848	217.976	390.824
Hidatidosis.			
Brucelosis.			
Parasitosis.			
Educación para la salud.	58.683	478.317	537.000
CO. TE. SAL.	62.865		62.865
Materno Infantil - Asistencia Alimentaria.	99.323.960		99.323.960
Medicamentos.	32.813.707		32.813.707
Capacitación regular.	366.688		366.688
Educación médica continua.			
Equipamiento.		1.276.423	1.276.423
Salud escolar.	91.652		91.652
O-Fluoración.	9.321.000		9.321.000
O-Asistencia técnica financiera.		102.497	102.497
Atención primaria salud mental.			
Rehabilitación.			
Enfermedades de Transmisión Sexual - - Medicamentos y antígenos.	687.390		687.390
Enfermedades de Transmisión Sexual - - Capacitación.			
Nutrición (encuestas).	458.260		458.260
Saneamiento.	454.594	3.138.406	3.593.000
Automotores.		11.388.500	11.388.500
Estadísticas de salud.	435.348	273.324	708.672
Programación.	320.790		320.790
Capacitación.	21.100.960		21.100.960
Chagas.	4.906.150	1.545.647	6.451.797
Construcciones sanitarias.	6.873.900	34.165.500	41.039.400
T O T A L:	224.116.000	60.193.500	284.309.500
A DISTRIBUIR:	3.624.000		3.624.000
T O T A L:	224.116.000	60.193.500	284.309.500

DE LA SECRETARÍA DE SALUD - S.S. Y A.S.

PARA EL PERIODO 1967

PROGRAMAS	SUB-PROGRAMAS	ACTIVIDADES
1.- Apoyo a la conducción central de salud.	1.1.- Fortalecimiento de la capacidad administrativa y de gestión (promoción y control).	1.1.1.- Capacitación de recursos humanos específicos. 1.1.2.- Adquisición de medios de transporte y comunicación.
	1.2.- Programa Nacional de Estadísticas de Salud (ENES):	1.2.1.- Estadísticas Vitales. 1.2.2.- Estadísticas Hospitalarias. 1.2.3.- Estadísticas de recursos y servicios. 1.2.4.- Procesamiento de datos. 1.2.5.- Capacitación de recursos humanos auxiliares.
	1.3.- Desarrollo de recursos humanos.	1.3.1.- Preparación para la formación de agentes de nivel profesional, técnico y auxiliar. 1.3.2.- Especialización o perfeccionamiento de agentes en modalidades de residencia, capacitación y pasantías a nivel profesional y técnico y auxiliar. 1.3.3.- Actualización de agentes en modalidades de educación continua a nivel profesional, técnico y auxiliar.

Continúa

Continuación

PROGRAMAS	SUB-PROGRAMAS	ACTIVIDADES
	1.4.- Desarrollo físico de la red de servicios.	1.4.1.- Construcción de obras nuevas. 1.4.2.- Obras de mejoramiento y remodelación. 1.4.3.- Equipamiento de la red de servicios. 1.4.4.- Mantenimiento y conservación. 1.4.5.- Capacitación de recursos humanos específicos.
	1.5.- Educación para la Salud.	1.5.1.- Educación a nivel individual, grupal y comunitario de la población. 1.5.2.- Asistencia a programas educacionales a nivel primario y secundario. 1.5.3.- Elaboración de material audiovisual. 1.5.4.- Capacitación, difusión y apoyo a acciones de prevención y control del alcoholismo. 1.5.5.- Capacitación de recursos humanos específicos.
2.- Apoyo a la atención de las personas en primer nivel de atención.	2.1.- Salud materno infantil	2.1.1.- Control y atención perinatólogica. 2.1.2.- Control de crecimiento, desarrollo y nutrición. 2.1.3.- Control y atención de diarreas y enfermedades respiratorias. 2.1.4.- Control y atención del escolar. 2.1.5.- Capacitación de recursos humanos específicos.
		Continúa

PROGRAMAS	SUB - PROGRAMAS	ACTIVIDADES
	2.2.- Atención de las personas discapacitadas	2.2.1.- Prevención primaria de daños discapacitantes a través de visitas domiciliarias programadas ejecutadas por centros sanitarios y supervisores. 2.2.2.- Aplicación de tecnologías simplificadas para discapacitados locomotores. 2.2.3.- Apoyo a servicios de medicina física y rehabilitación en hospitales generales. 2.2.4.- Capacitación de recursos humanos específicos.
	2.3.- Vigilancia y control de enfermedades transmisibles.	2.3.1.- Enfermedades humano-prevenibles. 2.3.2.- Enfermedades de transmisión sexual 2.3.3.- Tuberculosis y otras enfermedades respiratorias. 2.3.4.- Lepra. 2.3.5.- Capacitación de recursos humanos específicos.
	2.4.- Control de zoonosis, parasitarias y enfermedades transmitidas por vectores.	2.4.1.- Apoyo a laboratorios y centros de referencia para control de hidatidosis, uncincolosis y rabia. 2.4.2.- Vigilancia y control de paludismo. 2.4.3.- Chagas. 2.4.4.- Vigilancia de fiebre amarilla. 2.4.5.- Vigilancia y control de hidatidosis y rabia. 2.4.6.- Capacitación de recursos humanos específicos.-

PROGRAMAS	SUB - PROGRAMAS	ACTIVIDADES
	2.5.- Control de enfermedades no transmisibles.	2.5.1.- Control de enfermedades cardiovasculares. 2.5.2.- Accidentes de tránsito. 2.5.3.- Cáncer. 2.5.4.- Capacitación de recursos humanos específicos.
	2.6.- Salud mental.	2.6.1.- Prevención primaria en salud mental a través de visitas domiciliarias programadas y supervisadas a cargo de agentes sanitarios. 2.6.2.- Capacitación específica de psiquiatras y psicólogos en psiquiatría clínica, atención domiciliaria, terapia familiar, manejo de crisis, etc. 2.6.3.- Capacitación específica de agentes sanitarios en acciones de prevención primaria en salud mental. 2.6.4.- Capacitación específica de maestros y docentes en acciones de prevención primaria en salud mental.
		Continúa

PROGRAMAS	SUB - PROGRAMAS	ACTIVIDADES
	2.7.- Salud Bucal.	2.7.1.- Prevención primaria y atención odontológica en escolares. 2.7.2.- Fluoración de aguas de abasto público. 2.7.3.- Capacitación de recursos humanos específicos.
	2.8.- Visita domiciliaria programada y atención médica y odontológica en áreas rurales y periurbanas.	2.8.1.- Atención de la salud por agentes sanitarios, supervisores, médicos y odontólogos. 2.8.2.- Capacitación específica de agentes sanitarios y supervisores, médicos y odontólogos en primer nivel de atención a las personas.
3.- Apoyo a la atención de las personas en nivel especializado.	3.1.- Salud materno infantil.	3.1.1.- Apoyo a servicios de perinatología. 3.1.2.- Capacitación de recursos humanos específicos.
	3.2.- Atención de las personas discapacitadas.	3.2.1.- Apoyo a servicios de medicina física y rehabilitación en hospitales generales. 3.2.2.- Capacitación de recursos humanos específicos.
	3.3.- Salud mental.	3.3.1.- Apoyo y supervisión de salud mental en hospitales generales y centros de salud. 3.3.2.- Capacitación de recursos humanos específicos, a través de seminarios para profesionales en salud mental.
		Continúa

Contribución

PROGRAMAS	SUB-PROGRAMAS	ACTIVIDADES
4.- Apoyo para la atención al medio.	4.1.- Saneamiento básico urbano.	4.1.1.- Provisión y control de agua y desechos. 4.1.2.- Gestión de residuos sólidos.
	4.2.- Saneamiento rural y periurbano.	4.2.1.- Atención del medio rural. 4.2.2.- Atención de las áreas marginales.
	4.3.- Calidad ambiental.	4.3.1.- Monitoreo y control de la calidad del aire. 4.3.2.- Monitoreo y control de la calidad del agua. 4.3.3.- Atención a la salud ocupacional. 4.3.4.- Manejo de sustancias riesgosas y productos residuales. 4.3.5.- Protección radio sanitaria.
	4.4.- Desarrollo institucional.	4.4.1.- Apoyo a la coordinación central de los programas de salud ambiental. 4.4.2.- Capacitación de recursos humanos específicos.
	4.5.- Visita domiciliar programada en áreas rurales y periurbanas.	4.5.1.- Instrucción de la vivienda rural. 4.5.2.- Tratamiento sanitario de la vivienda, potabilización del agua de consumo y control de vectores. 4.5.3.- Capacitación de recursos humanos específicos.

ANEXO 2.

MINISTRO

SUBSECRETARIOS

COMITE DE ATENCION PRIMARIA
Coordinador de Atención Primaria
Dirección de Recursos Humanos (Inferm.)
Dirección de Odontología
Dirección de Saneamiento Ambiental
Dirección de Promoción de la Salud
Dirección de Salud Mental
Dirección de Recuperación (Inferm.)

COMITE ATENCION EXTRAORINA
Jefe y/o Sub-Jefe de Zona
Director y/o Sub-Director
del H.B.R.

ZONA DE SALUD
Comité Asesor de Atención Prima
Jefe y/o Sub-Jefe de Zona
Saneamiento Ambiental
Enfermería
Educación Sanitaria
Estadística
Servicio Social
Farmacia
Administración
Contaduría
Odontología

Comunidad
Soc. Intermedias
Soc. Cooperadoras
Soc. Beneficencia
Soc. Gremiales de prestadores
y usuarios

revisoras
P.S.

Comunidad
Soc. Vecinales
Cooperadoras
Soc. Fomento

HOSPITAL BASE REFERENCIAL

Dirección
Jefes de:
Arca Programática
Enfermería
Estadística
Servicio Social
Farmacia
Salud Mental
Odontología
Administración
Clínica Médica
Pediatria
Ginecología
Jefes Residentes de:
Clínica Médica
Pediatria
Ginecología
Médicos Generalistas

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD y A

Médico Director
Cuerpo Médico
Odontología
Enfermería
Asistente Social
Administrativo
Servicios Generales
Área Comunitario

COMUNIDAD
(Población Total)



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

RESOLUCION N° 3132

Santa Fe, 5 OCT 1985

VISTO que para el desarrollo de las actividades sanitarias a cargo de este Ministerio se encuentra dividido el territorio porvincial en Areas de Salud, cada una de ellas con un límite geográfico determinado y la estrategia de Atención Primaria adoptada; y

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con lo dispuesto por Resolución Ministerial n° 2.616/72, la misión de las Areas de Salud consiste en representar a la Subsecretaría de Salud en la conducción de la Política Sanitaria Provincial a los niveles zonales y/o distritales;

Que mediante Resolución n° 2.481/72, se reemplazó la denominación de "Regiones Sanitarias" por la de "Zonas Sanitarias", imponiéndose posteriormente a las mismas Resolución n° 1.546/75 - el nombre de "Áreas de Salud";

Que a los fines de una mejor designación de la política seguida en este campo de las actividades públicas se estima conveniente adecuar la terminología a las actuales condiciones de funcionalidad y organización del sector salud;

Que atento a la estrategia adoptada por este Ministerio, corresponde establecer las Areas Programáticas, teniendo en cuenta el marco físico-geográfico y distributivo que la provincia presenta;

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD, MEDIO AMBIENTE Y ACCION SOCIAL
R e s u e l v e ;

- 1º.- Reemplazar la denominación de las Actuales Areas de Salud, dependientes de la Subsecretaría de Salud, por la de "Zonas de Salud";

VICTOR FELL
Ministro de Salud, Medio Ambiente y Acción Social



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

Salud".

2º.- Establecer que cada Zona de Salud se constituirá para su mejor funcionamiento en Areas Programáticas con su respectivo Hospital Base Referencial y sus Centros de Salud dependientes, a saber:

ZONA DE SALUD I

DEPARTAMENTO 9 DE JULIO

Area Programática del Hospital de Villa Minetti - Nivel I

- Colonia Margarita - Nivel II
- El Nochero - Nivel II
- Gato Colorado - Nivel II

Area Programática del Hospital de Tostado - Nivel IV

- Pozo Borrado - Nivel II
- Logroño - Nivel III
- Montefiore - Nivel I
- Esteban Rams - Nivel I

DEPARTAMENTO SAN CRISTOBAL

Area Programática del Hospital de Ceres - Nivel IV

- Hersilia - Nivel III
- Ambrosetti - Nivel II

Area Programática del Hospital de Juanquecos - Nivel III

- Aguará Grande - Nivel III
- El Lucero - Nivel I

Area Programática del Hospital de Arrufó - Nivel III

- La Rubia - Nivel II

Dr. ...
Ministerio de Salud
y Acción Social



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

- Villa Trinidad - Nivel II
- San Guillermo - Nivel II
- Suarái - Nivel II
- Monigotes - Nivel II
- Curapaití - Nivel I

Area Programática del Hospital de San Cristobal - Nivel I

- Soledad - Nivel II
- Capivara - Nivel II
- Villa Saralegui - Nivel II
- La Lucila - Nivel II

DEPARTAMENTO CASTELLANOS

Area Programática del Hospital de Humberto 1º - Nivel III

- Moines Ville - Nivel III
- Ataliva - Nivel II
- Constanza - Nivel I

Area Programática del Hospital de Sunchales - Nivel III

- Las Palmeras - Nivel II
- Palacios - Nivel II
- Colonia Aldao - Nivel II

Area Programática del Hospital de Rafaela - Nivel VI

- San Vicente - Nivel III
- Santa Clara de Sagüer - Nivel III
- San Antonio - Nivel II
- Vila - Nivel II
- Ramona - Nivel II
- Bauer y Sigel - Nivel II
- Egusquiza - Nivel II
- Lehmann - Nivel II
- Frontera - Nivel II
- Sagüer - Nivel II

Dr. Víctor
M. S. de
2000



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

- Barrio Villani - Nivel III
- Zenón Pereyra - Nivel II
- María Juana - Nivel II
- Angélica - Nivel II
- Plaza Clucellas - Nivel II
- Colonia Cello - Nivel II
- Presidente Roca - Nivel I

ZONA DE SALUD II

DEPARTAMENTO VERA

Area Programática del Hospital de Garabato - Nivel III

- Los Amores - Nivel III
- Cañada Ombú - Nivel I
- Los Tábanos - Nivel I
- Golondrina - Nivel I
- Intiyaco - Nivel III
- Colmena - Nivel I
- Pozo de los Indios - km.101 - Nivel I
- Fortín Olmos - Nivel II
- Paraje 29 - Nivel II
- Paraje 17 - Nivel I
- Fortín Charrúa - Nivel I

Area Programática del Hospital de Vera - Nivel IV

- Calchaquí - Nivel III
- La Gallareta - Nivel III
- Margarita - Nivel III
- Las Camas
- Santa Felicia
- El Toba - Nivel I
- Santa Lucía - Nivel I
- km. 30

DEPARTAMENTO GENERAL OBLIGADO

Area Programática del Hospital de Villa Ocampo - Nivel III

- Florencia - Nivel III
- Campo Hardy - Nivel I
- El Rabón - Nivel I

[Handwritten Signature]
 Dr. *[Name]*
 Ministerio de Salud, Medio Ambiente
 y Acción Social



Provincia de Santa Fe
 Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

- El Yaguaretó - Nivel I
- Villa Guillermina - Nivel III
- Paraje San Juan - Nivel I
- Las Toscas - Nivel III
- San Antonio de Obligado - Nivel II
- Tacuarendí - Nivel II
- La Reserva - Nivel I
- Villa Ana - Nivel III
- El Sombrerito - Nivel I
- Arroyo Ceibal - Nivel I
- Campo Las Siete Provincias - Nivel II

Area Programática del Hospital de Reconquista - Nivel

- Los Laureles - Nivel I
- Malabrigo - Nivel III
- Berna - Nivel I
- Puerto Reconquista - Nivel II
- Barricos Pasos - Nivel I
- Nicenor Molinas - Nivel I
- Avellaneda - Nivel V
- El Araza - Nivel II
- Moussy - Nivel II
- Guadalupe Norte - Nivel I
- La Sefita - Nivel I
- San Manuel - Nivel I
- Las Charitas - Nivel I
- Lanteri - Nivel III
- Las Garzas - Nivel I
- Ingeniero Chanourdié - Nivel II
- Tartagal - Nivel III

ZONA DE SALUD III

DEPARTAMENTO SAN JAVIER

Area Programática del Hospital de San Javier - Nivel

- La Brava - Nivel II
- Cacique Ariacaiquín - Nivel II

Dr. VICTOR PEREZ
 DIRECTOR GENERAL DE SALUD



Area Programática Hospital Romang - Nivel III

- Alejandra - Nivel III
- Colonia Durón - Nivel I
- Colonia San Roque - Nivel I

DEPARTAMENTO GARAY

Area Programática Hospital Santa Rosa - Nivel III

- Cayastá - Nivel III

Area Programática Hospital Helvecia - Nivel III

- Colonia Mascías - Nivel III

ZONA DE SALUD IV

DEPARTAMENTO SAN MARTIN

Area Programática Hospital San Jorge - Nivel IV

- Castelar - Nivel II
- Crispá - Nivel II
- Las Petacas - Nivel II
- Sastre - Nivel
- Traill - Nivel II
- San Martin de las Escobas - Nivel III
- Colonia Belgrano - Nivel II

Area Programática Hospital Carlos Pellegrini - Nivel III

- Landeta - Nivel II
- Piemonte - Nivel III
- Cañada Rosquín - Nivel III

Area Programática Hospital El Trébol - Nivel IV

- Las Bandurrias - Nivel I



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

- María Susana - Nivel III
- Casas - Nivel II
- Los Cardos - Nivel II

DEPARTAMENTO SAN JERONIMO

Area Programática Hospital Galvez - Nivel IV

- López - Nivel II
- Gessler - Nivel II
- Irigoyen - Nivel III
- Bernardo de Irigoyen - Nivel II
- Centeno - Nivel II
- San Genaro - Nivel II
- San Genaro Norte - Nivel II

Area Programática Hospital Coronda - Nivel IV

- Desvío Arijón - Nivel I
- Larrechea - Nivel II
- Rocana - Nivel II
- Puerto Caíma - Nivel I

Area Programática Hospital de Barrancas - Nivel IV

- San Fabián - Nivel II
- Puerto Aragón - Nivel I
- Díaz - Nivel III
- Fonjo - Nivel II
- Puerto Gaboto - Nivel III
- Raciol - Nivel III

ZONA DE SALUD V

DEPARTAMENTO SAN JUSTO

Area Programática Hospital de San Justo - Nivel IV

- Marcelino Escalada - Nivel II
- Ramayón - Nivel II

Dr. VICTOR FELIX REVIGNIO
Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

- Maré - Nivel II
- Videla - Nivel II
- Cayastacito - Nivel II

Area Programática del Hospital Gobernador Crespo - Nivel II

- Pedro Gómez Cello - Nivel I
- Vera y Pintado - Nivel III
- La Criolla - Nivel II
- San Martín Norte - Nivel I
- Colonia Dolores - Nivel I

DEPARTAMENTO LAS COLONIAS

Area Programática del Hospital de Esperanza - Nivel IV

- La Pelada - Nivel II
- María Luisa - Nivel II
- Felicia - Nivel II
- Grutly - Nivel II
- Hipatia - Nivel II
- Progreso - Nivel II
- Santo Domingo - Nivel III
- Sarmiento - Nivel III
- Pilar - Nivel III

Area Programática del Hospital San Carlos Centro - Nivel III

- San Jerónimo - Nivel II
- Sa Pereira - Nivel II
- Mariano Saavedra - Nivel II
- Santa Clara de Buena Vista - Nivel III
- San Carlos Norte - Nivel II
- San Carlos Sur - Nivel II
- San Jerónimo del Sauce - Nivel I
- San Agustín - Nivel II
- Matilde - Nivel II

DEPARTAMENTO LA CAPITAL

Area Programática del Hospital de Recreo - Nivel II

Dr. VÍCTOR FÉLIX
Ministro de Salud, Medio Ambiente y Acción Social



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

- Sandford - Nivel II
- Chabás - Nivel III
- Villada - Nivel II

Area Programática Hospital Arequito - Nivel III

- Arteaga - Nivel II
- San José de la Esquina - Nivel III

Area Programática Hospital Chañar Ladeado - Nivel III

- Codeken - Nivel II
- Beravebú - Nivel III
- Los Quirquinchos - Nivel II

DEPARTAMENTO BERGRANO

Area Programática Hospital Las Rosas - Nivel IV

- Las Parejas - Nivel III
- Montes de Oca - Nivel III
- Bouquet - Nivel II

ZONA DE SALUD VII

DEPARTAMENTO GENERAL LOPEZ

Area Programática del Hospital Firmat - Nivel III

- Cafinda de Uelo - Nivel II
- Miguel Torres - Nivel II
- Chovet - Nivel II
- Melincué - Nivel II

Area Programática del Hospital de Hughes - Nivel III

- Carreras - Nivel II
- Labordeboy - Nivel II
- Wheelwright - Nivel III

Area Programática del Hospital Venado Tuerto - Nivel VI

Dr. VÍCTOR FÉLIX REINA
 Ministro de Salud, Medio Ambiente y
 Acción Social



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

- Elortondo - Nivel III
- Maggiolo - Nivel III
- Cafferatta - Nivel II
- San Francisco - Nivel II
- La Chacra - Nivel II
- San Eduardo - Nivel II
- Garçon - Nivel II

Area Programática del Hospital Villa Cañas - Nivel III

- Santa Isabel - Nivel III
- Chapuy - Nivel I
- Teodelina - Nivel III
- María Teresa - Nivel III
- Christophensen - Nivel

Area Programática del Hospital Rufino - Nivel IV

- Aaron Castellanos - Nivel II
- Sancti Spiritu - Nivel III
- Amenábar - Nivel II
- Lazzarino - Nivel
- San Gregorio - Nivel III
- Diego de Alvear - Nivel II

ZONA DE SALUD VIII

DEPARTAMENTO SAN LORENZO

Area Programática Hospital San Lorenzo - Nivel V

- Jesús María
- Pto. San Martín - Nivel II
- Alga - Nivel II
- Fray Luis Beltran - Nivel II
- Capitán Bermúdez - Nivel III
- La Salada - (Luis Palacios) - Nivel II

Area Programática Hospital Roldán - Nivel III

- Carcarañá - Nivel III
- San Jerónimo - Nivel II

Director General de Salud
 Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

- Nuevo Alberdi
- Ibarlucea - Nivel II
- Zavalla - Nivel II
- Pujato - Nivel II

DEPARTAMENTO ROSARIO

Area Programática Hospital Acebal - Nivel III

- Coronel Arnold - Nivel II
- Fuentes - Nivel II
- Mañóz - Nivel II
- Alvarez - Nivel II
- Arminda - Nivel II
- Villa Mugueta - Nivel II
- Pavón Arriba - Nivel II
- Uranga

Area Programática Hospital Villa Gdor. Gálvez - Nivel V

- Arroyo Seco - Nivel III
- Fighiera - Nivel I
- Villa Amelia - Nivel III
- Albarellos - Nivel II

Area Programática de la Ciudad de Rosario

Area Programática Hospital Policlínico Escuela Granadero

- Corria - Nivel VIII
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 7 (Francisco Renda al 4200)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 8 (Barrio Pique Field)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 18 (Casieros 970)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 19 (Onganía 2899)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 20 (Manuel Cía y Freyre)

Dr. VÍCTOR FELIX BARRERA
Ministro de Salud, Medio Ambiente
y Acción Social



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

Area Programática Hospital Centenario - Nivel IX

- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 1 (Campbell y Pasco)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 2 (Donado y Dergui)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 3 (Ayala Gauva 7600)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 16 (Av. Génova 3700)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 17 (French 2500)

Area Programática Hospital Provincial de Rosario - Nivel VII

- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 4 (Lainez y Múdoz)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 5 (Franciana y bobo)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 6 (Rueda y rútti) - En Trámite
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 9 (Caffera y Taffí)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 10 (Güiraldes 330 - Pueblo Nuovo)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 11 (Buenos Aires vil - Callao 4451)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 12 (Unidad 6000)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 13 (Evard. 2400)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 14 (Godoy 7400)
- Centro Comunitario de Salud y Acción Social nº 15 (San Nicolás)

DEPARTAMENTO VILLA CONSTITUCION

- Area Programática Hospital Villa Constitución - Nivel IV
- Theobald - Nivel I

Director General de
 Ministerio de Salud, Medio Ambiente y
 Acción Social

Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

- Cochoy - Nivel II
- Vanguardia - Nivel II
- Coronel Bogado - Nivel II
- Cepeda - Nivel II
- S. Cabral - Nivel II
- J.B. Molina - Nivel III
- Cañada Rica - Nivel II
- Gral Gelly - Nivel III
- Pavón - Nivel II

Area Programática Hospital Santa Teresa - Nivel II

- Juncal - Nivel II
- Alcorta - Nivel III
- Máximo Paz - Nivel III
- Peirano - Nivel II
- Bombal - Nivel II

3º - Previa tramitación de estilo, archívese.

VICTOR FELIX REVELLIO
Ministro de Salud, Medio Ambiente
y Acción Social

Santa Fe, 14 OCT 1985

VISTO que para el desarrollo de las actividades sanitarias a cargo de este Ministerio se encuentra dividida el territorio provincial en Areas Programáticas, cada una con un límite geográfico determinado; y

CONSIDERANDO Que, de acuerdo con lo dispuesto por Resolución Ministerial n° 2.616/72, la misión de las Areas Programáticas de Salud consiste en representar a la Subsecretaría de Salud en la conducción de la Política Sanitaria Provincial a los niveles zonales y/o distritales;

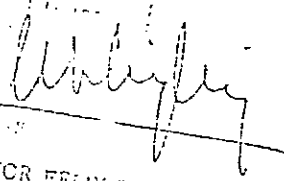
Que mediante Resolución n° 2.481/72, se reemplazó la denominación de "Regiones Sanitarias" por la de "Zonas Sanitarias", imponiéndose posteriormente a las mismas por Resolución n° 1.546/75 el nombre de "Areas Programáticas de Salud".

Que, a los fines de una mejor designación de la política seguida en este campo de las actividades públicas, se estima conveniente adecuar la terminología a las actuales condiciones de funcionalidad y organización del sector salud.

Por ello, -

EL MINISTRO DE SALUD, MEDIO AMBIENTE Y ACCIÓN SOCIAL
Resuelve:

1. Reemplazar la denominación de las actuales Areas Programáticas de Salud, dependientes de la Subsecretaría de Salud, por la de "ZONAS DE SALUD".
2. Previa tramitación de estilo, archívese.


Dr. VICTOR FELIX REVILGIO
Ministro de Salud, Medio Ambiente
y Acción Social

GOBIERNO

RED DE SALUD
ACCION AMBIENTE Y
ACCION SOCIAL

SALUD Y
MEDIO AMBIENTE

DESARROLLO
RURAL

SEGURIDAD
SOCIAL

LOGISTICA

SEGURIDAD
PATRIMONIO

ACCIDENTES
Y EMERGENCIAS
SARIZABENA
RECUPERACION
DE LA SALUD
DE LOS POBRES
CONSOLIDACION

RIÑORIBAY
Y
FAMILIA
ACCION
SOCIAL
ASOCIACION
VIVIENDA
Y
URBANISMO

CAJA DE
SUBSIDIOS
Y PENSIONES
T.A.P.O.S.

PLANTAS
IGUAY

CAJA PENSIONES
SOCIALES
CIV. DEL ESTERO

SALUD INFANTIL
Ginecología
PARTICION Y
TRATAMIENTO DE LA
SALUD
REHABILITACION
DE LA
SALUD
NUTRICION Y
SALUD
SANEAMIENTO
AMBIENTAL
AUDIENCIA
MEDICA
PEDIATRIA Y
GINECOLOGIA

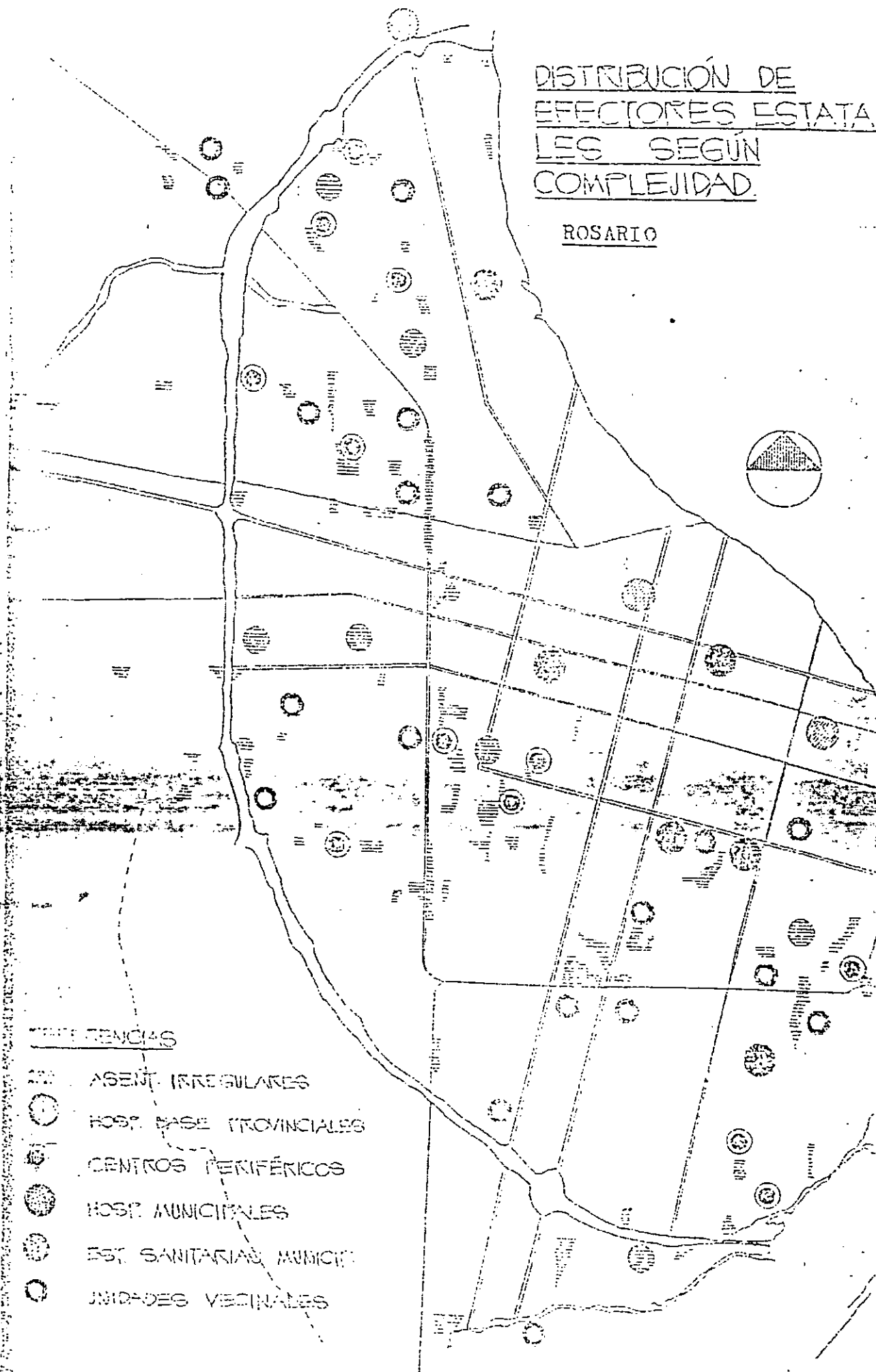
DEPORTES Y
TURISMO SOCIAL

CAJA DE PENSIONES
SOCIALES
SEGURIDAD
SOCIAL

PLANTAS
Y CONTROL
DE COSTOS
ANALISIS Y
SERVICIOS
CENTRALES
ESTADISTICA
ADMINISTRACION
PERSONAL
MANTENIMIENTO Y
REPARACION
MATERIALES
CONTABILIDAD
ADMNISTRACION

DISTRIBUCIÓN DE EFECTORES ESTATALES SEGÚN COMPLEJIDAD

ROSARIO



REFERENCIAS

- ASENT. IRREGULARES
- HOSP. BASE PROVINCIALES
- CENTROS PERIFÉRICOS
- HOSP. MUNICIPALES
- EST. SANITARIAS MUNICIP.
- UNIDADES VECINALES

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO - 1986
Distribución Jurisdiccional de las Erogaciones
 (Cifras en Australes)

JURISDICCION	Importe	%
01 - Departamento Ejecutivo	244.409	0,20
02 - Hacienda	3.521.320	4,30
03 - Pleneamiento	3.143.191	3,84
04 - Gobierno y <i>CULTURA</i>	6.705.254	8,19
05 - Obras Públicas	18.946.573	23,12
06 - Servicios Públicos	21.516.204	26,26
07 - Salud Pública	12.791.790	15,61
08 - Promoción Social	2.741.965	3,35
09 - Gastos Generales de Administración	11.008.012	13,53
20 - Consejo Municipal	1.788.553	2,18
SUB-TOTAL	82.488.211	100,00
Financiamiento de Inversión	555.932	0,68
TOTAL	81.932.279	100,00

151

SECRETARIA

SUBSECRETARIA

DIREC. GENERAL ATENCION MEDICA

HOSPITALES

- TEHUACANA
- TIERRA NUEVA
- TIERRA NUEVA
- TIERRA NUEVA
- TIERRA NUEVA
- TIERRA NUEVA

RESERVA DE TIERRAS

- TIERRA NUEVA
- TIERRA NUEVA
- TIERRA NUEVA
- CASAS CASAS
- TIERRA NUEVA
- TIERRA NUEVA
- TIERRA NUEVA
- TIERRA NUEVA

CONSULTORIOS PERIFERICOS

INTERFACON VINCULARIA

CLINICA MEDICA

LABORATORIO

DIREC. GENERAL PROG. Y COORD.

DIRECCION DE BIOESTADISTICA

DIRECCION DE CONDICIONES DE VIDA

DIRECCION DE ENFERMEDADES

COMITÉ NACIONAL DE HIGIENE

COMITÉ NACIONAL DE NUTRICION

COMITÉ NACIONAL DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

COMITÉ NACIONAL DE REPOSICION DE FUERZAS

COMITÉ NACIONAL DE VIGILANCIA

COMITÉ NACIONAL DE INVESTIGACIONES

COMITÉ NACIONAL DE ENFERMEDADES

COMITÉ NACIONAL DE ENFERMEDADES

COMITÉ NACIONAL DE ENFERMEDADES

COMITÉ NACIONAL DE ENFERMEDADES

COMITÉ NACIONAL DE ENFERMEDADES

DIREC. GENERAL PALETRIO INFANTIL

PROG. Y COORD. DE LAS ACTIV. PALETRIO INFANTIL

CONTROL DE EMBAZAZADAS

VACUNACION

HISTORIA LOGICA

INSTRUMENTOS

VEGETARIAS DE HIGIENE

VEGETARIAS DE SALUD

ASISTENTES SOCIALES

DIREC. GENERAL DE ADMON. Y CONTROL

SECRETARIA

SECRETARIA

SECRETARIA

SECRETARIA

SECRETARIA

SECRETARIA

SECRETARIA

SECRETARIA

DIREC. GENERAL DE SOCIAL Y PERS.

DIREC. REGIONAL DE MEXICO

DIREC. REGIONAL DE MEXICO

DIREC. REGIONAL DE MEXICO

DIREC. REGIONAL DE MEXICO

DIREC. REGIONAL DE MEXICO

DIREC. REGIONAL DE MEXICO

DIREC. REGIONAL DE MEXICO

DIREC. REGIONAL DE MEXICO

DIREC. REGIONAL DE MEXICO

DIREC. REGIONAL DE MEXICO

DIREC. REGIONAL DE MEXICO

BIBLIOGRAFIA

- Anales de Legislación Argentina
- Asignación de recursos para la Salud. Aportes para la toma de decisiones. Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente. Buenos Aires, 1981.
- ESTESO, R; "Descentralización estatal o desestabilización: reflexiones sobre el Federalismo centralista argentina, Mimeo 1986.
- BOISIER, Sergio: Centralización y Descentralización territorial en el proceso decisorio del sector público (Mimeo), de: Area Infraestructura de Servicios de Salud OPS/OMS Washington 1987.
- FRANCO, R. y PALMA, E: Política Social y Pobreza: "Lecciones de la experiencia" de "Pobreza y Programas de Acción Social" OEA, 1979.
- ISUANI, E., y MERCER, H.: "La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: pluralismo o irracionalidad? Revista de la Organización Techint, Buenos Aires, 1986.
- Ministerio de Salud y Acción Social/OPS/OMS: "Argentina: descripción de su situación de salud". Buenos Aires, 1985.
- NERI, Aldo: "Salud y Política Social". Hachette, Buenos Aires, 1982.
- OPS/OMS: Descentralización de servicios de salud. Tema: el estado y los servicios de salud. OSZLAK, O; BONEO, H. y otros. Buenos Aires, 1987.
- VERONELLI, Juan Carlos: "Medicina, Gobierno y Sociedad". Editorial El Coloquio, Buenos Aires, 1975.

Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

- Ctro. Comunitario San Martín - Nivel II
- Ctro. Comunitario San José - Nivel

Area Programática Hospital Psiquiátrico

- Ctro. Comunitario Villa Yapeyú - Nivel II
- Ctro. Comunitario San Agustín - Nivel II
- Ctro. Comunitario Estanislao López - Nivel
- Ctro. Comunitario Las Flores - Nivel II
- Ctro. Comunitario Juventud Unida del Norte - Nivel

ZONA DE SALUD VI

DEPARTAMENTO IRIOWDO

Area Programática Hospital Cañada de Gómez - Nivel IV

- Villa Eloísa - Nivel III
- Correa - Nivel II
- Bustanza - Nivel II
- Tortugas - Nivel II
- Armstrong - Nivel III

Area Programática Hospital Totoras - Nivel III

- Salto Grande - Nivel III
- Lucio V. López - Nivel II
- Classon - Nivel II

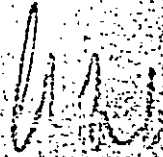
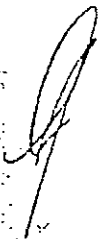
Area Programática Hospital Serodino - Nivel II

- Andino - Nivel II
- Clarke - Nivel II
- Oliveros - Nivel II

DEPARTAMENTO CASEROS

Area Programática Hospital Casilda - Nivel IV

- Los Molinos - Nivel II
- Bigand - Nivel III



Ministro de Salud



Provincia de Santa Fe

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social

- Monte Vera - Nivel II
- Gdor. Candiotti - Nivel II
- Nelson - Nivel II
- Emilia - Nivel II

Area Programática del Hospital Laguna Paiva - Nivel III

- Campo Andino - Nivel I
- Constituyentes - Nivel
- San Pedro - Nivel

Areas Programáticas de la Ciudad de Santa Fe

Area Programática Hospital "J.B. ITURRASPE" - Nivel VIII

- Ctro. Comunitario Villa del Parque - Nivel II
- Ctro. Comunitario Barranquita Oeste - Nivel II
- Ctro. Comunitario Club Quilmes - Nivel II
- Ctro. Comunitario Los Hornos - Nivel II
- Ctro. Policlínico Vecinal - Nivel V
- Ctro. Comunitario Guadalupe Oeste - Nivel II

Area Programática Hospital "J.M. CULLEN" - Nivel VIII

- Ctro. Policlínico Centenario - Nivel V
- Ctro. Comunitario Oratorio San Lorenzo - Nivel II
- Ctro. Comunitario Alto Verde - Nivel II
- Ctro. Comunitario Mendoza Oeste - Nivel II

Area Programática Hospital de Niños "R. GUTIERREZ"

- Ctro. Comunitario La Guardia - Nivel II
- Ctro. Comunitario San José del Rincón - Nivel II
- Ctro. Comunitario Colastiné Norte - Nivel
- Ctro. Comunitario Gutierrez Este - Nivel I

Area Programática Hospital Sayago

- Ctro. Comunitario Hipódromo - Nivel II
- Ctro. Comunitario Nueva Pompeya - Nivel II

Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social