

## PROVINCIA DE SANTA FE - CFI

### INFORME FINAL

Ref.: Expte. 15941 0501 - "Estudio socio-sanitario para la radicación de médicos en el norte santafesino. Diagnóstico contextual de los Dptos. Gral. Obligado, Vera y 9 de en relación con el sistema de salud" (Prov. de Santa Fe)

#### **Autores**

Dra. Gisela Signorelli

Lic. Catalina Bressán

Lic. Agustina Bernardi



Abril 2018

## INDICE

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....	3
1. RESUMEN .....	4
2. INTRODUCCIÓN .....	5
3. MARCO CONCEPTUAL, SITUACIONAL Y METODOLÓGICO .....	9
3.1 Algunas consideraciones conceptuales .....	9
3.2 Del contexto .....	11
3.3. <i>La cocina del proyecto</i> .....	23
a. <i>Visitas Departamento General Obligado y Vera</i> .....	30
b. <i>Visitas al SAMCO de Villa Minetti y Tostado</i> .....	34
4. COSAS DICHAS: RECONSTRUYENDO EL PROBLEMA .....	37
4.1 Análisis de Entrevistas .....	37
4.2 Análisis Polígono de Valoraciones .....	44
4.3 Análisis Encuestas .....	53
5. FODA. Diagnóstico Contextual y líneas estratégicas .....	64
6. CONSIDERACIONES GENERALES .....	70
7. BIBLIOGRAFIA .....	75
7.1 Otras fuentes .....	77
8. ANEXOS .....	79
a. Cuestionarios entrevistas Senadores .....	79
b. Cuestionario Entrevistas Directores de Efectores .....	83
c. Cuestionario entrevistas Coordinadores de Nodo .....	88
d. Polígono de Valoraciones .....	93
e. Cuestionario Encuestas .....	94
f. Fotos .....	100

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Características Departamentos de Norte .....	12
Ilustración 2: Sistema de Salud en los Departamentos 9 de Julio, Vera y General Obligado .....	13
Ilustración 3: Población con cobertura de salud .....	14
Ilustración 4: Principales causas de muerte .....	14
Ilustración 5: Médicos y enfermeros en efectores de dependencia provincial. Provincia de Santa Fe. Año 2011 .....	16
Ilustración 6: Cantidad de médicos c/ 10 mil habitantes Santa Fe .....	17
Ilustración 7: obras del Plan del Norte.....	21
Ilustración 8: Mapa localidades Acueducto Villa Ana .....	22
Ilustración 9: Tramo nuevo de la RP N°3 .....	23
Ilustración 10: Sala de espera Hospital de Villa Ocampo .....	31
Ilustración 11: Reparaciones Hospital Central Reconquista.....	32
Ilustración 12: Sala de espera Guardia Hospital del Vera .....	32
Ilustración 13: Sanitarios Hospitales de Villa Ocampo y Vera.....	33
Ilustración 14: SAMCO Tostado y Villa Minetti .....	35
Ilustración 15: Temas capacitaciones demandadas .....	60

## INDICE DE POLIGONOS

Polígono 1: Directores de Efectores .....	46
Polígono 2: Funcionarios Políticos .....	47
Polígono 3: Médicos .....	49
Polígono 4: Residentes cupos jerarquizados .....	50
Polígono 5: Valoración general .....	51
Polígono 6: valoraciones promedio de todos los grupos de actores .....	52

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cuota de Encuestas .....	27
Tabla 2: efectores encuestados .....	28
Tabla 3: Tipo de Actores Encuestados.....	54
Tabla 4: Incentivos para los profesionales .....	62

## 1. RESUMEN

Este escrito tiene por objeto presentar los resultados del "Estudio socio-sanitario para la radicación de médicos en el norte santafesino. Diagnóstico contextual de los Dptos. Gral. Obligado, Vera y 9 de Julio, en relación con el sistema de salud" (Prov. de Santa Fe). La investigación se propuso elaborar un diagnóstico contextual de las características estructurales de los departamentos de General Obligado, Vera y 9 de Julio, ubicados en el norte de la Provincia de Santa Fe, en relación al sistema de salud provincial, mediante la recolección de información proveniente de fuentes primarias y secundarias.

Se considera que la descripción sistemática de las condiciones del norte santafesino en distintas dimensiones de la vida social (socio-demográfica, laboral, cultural y educativa, desarrollo urbano y territorial, salud), constituye la antesala del análisis de incentivos para la radicación de médicos generalistas y especialistas en el norte santafesino, ya que impactan en la decisión de radicarse en la zona.

Por otra parte, se proponen estrategias de intervención concretas en relación a este último tema en base a dicho relevamiento y el diagnóstico aquí esbozado.

Se trata de un estudio cualitativo y sincrónico cuya base fundamental es la reconstrucción del problema a partir de la voz de los propios actores involucrados. Para ello, principalmente se han utilizado como herramientas: entrevistas en profundidad (23); encuestas (70); polígono de valoraciones (6) y observaciones directas a través de visitas a efectores de Reconquista, Vera, Villa Ocampo, Tostado y Villa Minetti.

Como resultado principal de este estudio cabe señalar que este equipo considera que el problema vinculado a las dificultades para conseguir que médicos se radiquen en el Norte, es factible de ser saldado en un alto porcentaje cubriendo falencias del propio sistema de salud y que, además, se trata de un problema de movilidad antes que de radicación.

## 2. INTRODUCCIÓN

Este escrito tiene por objeto presentar los resultados del "Estudio socio-sanitario para la radicación de médicos en el norte santafesino. Diagnóstico contextual de los Dptos. Gral. Obligado, Vera y 9 de Julio, en relación con el sistema de salud" (Prov. de Santa Fe). La investigación se propuso elaborar un diagnóstico contextual de las características estructurales de los departamentos de General Obligado, Vera y 9 de Julio, ubicados en el norte de la Provincia de Santa Fe, en relación al sistema de salud provincial para elaborar estrategias de intervención que incentiven a los médicos a radicarse en dichos territorios. Para ello se propusieron los siguientes objetivos específicos:

- Recolectar información secundaria disponible sobre aspectos sociales, educativos, laborales, urbanos y de salud del norte santafesino.

- Producir información primaria sobre las percepciones que distintos actores construyen sobre las características y funcionamiento del sistema de salud en el norte santafesino (con especial énfasis en cantidad y características de la población usuaria de los efectores de salud y necesidades sanitarias, alcance territorial de los efectores, recursos humanos y materiales disponibles en el sistema de salud, necesidades de los recursos humanos en materia de insumo y capacitación).

- Comparar la descripción objetiva con la subjetiva, mediante un análisis FODA, que identifique fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de las características contextuales del norte santafesino en relación al problema de la radicación de profesionales.

- Elaborar estrategias de intervención a realizar por parte del Ministerio de Salud para mejorar el funcionamiento de la red y conseguir incentivar a que los profesionales de la medicina opten por radicarse o movilizarse a los departamentos del norte.

Se trata de una investigación sincrónica, con un fuerte enfoque cualitativo basado en las percepciones de los actores sobre el funcionamiento de la red de salud pública, las dificultades de trabajar en el norte santafesino y los posibles incentivos para la radicación de profesionales de la medicina en dicho territorio. Según Gadamer la comprensión constituye el modo del ser de “estar ahí”. Las experiencias de vida son las que van formando nuestra visión del mundo u horizontes de sentido, reafirmando nuestro carácter “situado” para comprender los hechos. Dicho en palabras de Bourdieu: de acuerdo a los recursos de capital simbólico que poseemos y el *habitus*(lugar en donde nos posicionamos en el espacio social)<sup>1</sup>, tenemos una representación subjetiva de las cosas que trabaja en forma dialéctica con la concepción objetiva de las mismas. Los sujetos tienen una captación activa del mundo y de allí la importancia de “reintroducir la experiencia inmediata y vívida de los agentes con el fin de explicarlas categorías de percepción y apreciación (disposiciones) que estructuran su acción desde el interior (Bourdieu y Wacquant, 2008:35).

Se utilizaron como fuentes primarias de recolección de datos: 23 entrevistas en profundidad; 70 encuestas a directores y personal de efectores; 6 polígono de valoraciones sistematizados de la opinión de los 23 entrevistados; y observaciones directas a través de visitas a efectores de Reconquista, Vera, Villa Ocampo, Tostado y Villa Minetti. Cabe señalar la necesidad manifestada por los actores de ser escuchados y la satisfacción frente a un estudio que incluya sus voces, las que intentamos reflejar de la manera más genuina posible sin comprometer sus identidades.

Otro dato a destacar es que, si bien todos los instrumentos aplicados tenían por finalidad conocer y evaluar el funcionamiento macro de la red de salud en el norte santafesino, el eje articulador de los mismos ha sido entender la complejidad de lo visualizado como problema en relación a la *radicación de médicos en los departamentos 9 de Julio, Vera y General Obligado*. Nos adelantaremos a los resultados al afirmar que existen vinculados a éste último,

---

<sup>1</sup>Bourdieu define al *habitus* como el sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones (...) (Bourdieu, 1991:92).

problemas de otra índole que de saldarse podrían solucionar en gran parte el déficit de profesionales que no siempre es la variable independiente.

En ese sentido nos parece de utilidad en esta introducción situar al lector desde un comienzo con la enumeración de los principales resultados alcanzados por esta investigación:

- El problema de la falta de médicos (y por tanto estudiar las motivaciones para su radicación en el Norte) es un eje importante y es visualizado como tal por los actores en el territorio. Sin embargo, no parece ser la variable independiente sino que, por el contrario, se encuentra asociado a otros factores claves relacionados con el funcionamiento de la red de salud. A su vez, creemos que debería pensarse el problema más asociado a la movilidad que a la radicación de los profesionales de la medicina.

- En ese sentido, ampliar la mirada hospitalocéntrica y medicocéntrica contribuiría a conseguir mejoras rápidamente.

- En ese marco, el formato de médico único y/o médico full time no colabora al funcionamiento del sistema. Los profesionales se sienten solos (con poca contención), agotados (con una demanda que los excede y que hace que trabajen los 365 días del año). Eso podría ser poco motivador para incentivar a que nuevos profesionales lleguen a la zona.

- Las derivaciones en lo que hace al funcionamiento de la red del sistema de salud en niveles, se perciben como un problema importante en el Departamento 9 de Julio por la lejanía y la falta de móviles (o malas condiciones); y, en General Obligado y Vera, por su parte, por la mala recepción en el Hospital Nodal.

- Las demoras burocráticas en la resolución de problemas y, sobre todo, en la generación y efectivización de nuevos cargos se manifiestan como un problema recurrente. Es poco motivador tener que esperar años para lograr una efectividad o bien meses para cobrar el primer sueldo o reemplazo.

- Aunque se reconocen las mejoras en las condiciones infraestructurales del Norte en la última década, sobre todo, en lo que hace a asfalto y a mejoras en las condiciones edilicias y de recursos en los efectores, el atraso es significativo en materia de servicio eléctrico, telecomunicaciones y red de agua.

- La falta de acceso a buenas capacitaciones, la imposibilidad de viajar para tenerlas (médico único), el hecho de que el Ministerio no las costee y, por tanto, la sensación de estacarse profesionalmente es un problema prioritario.

- Con sus fallas, el sistema de salud de la Provincia es reconocido por sus méritos, sobre todo, fuera de nuestro territorio provincial. La cercanía de los Departamentos del Norte con otras provincias argentinas (como Santiago del Estero, Chaco y Corrientes) es un potencial a aprovechar en ese sentido para atraer a profesionales de la salud.

- La creación de un sistema de escalafón (carrera médica), que puntúe de buena manera a quienes decidan residir en el Norte o cualquier otra zona desfavorable (más allá de la remuneración adicional) y un sistema de rotación tanto de residentes como de especialistas que fomente la atención en APS sobre todo en localidades de mediana y pequeña escala, es una alternativa requerida por el cuerpo de profesionales actuales y que podría ser de incentivo para otros.

Ahora bien, para poder dar cuenta del exhaustivo trabajo de campo realizado y comprender de dónde derivan las afirmaciones antes expuestas, el presente trabajo se estructura en tres grandes apartados. El primero de orden contextual y metodológico; el segundo, en relación al análisis de la información relevada; el tercero y último, donde se esbozan las líneas de intervención estratégica en base al análisis FODA y se explayan los resultados obtenidos por esta investigación.



### 3. MARCO CONCEPTUAL, SITUACIONAL Y METODOLÓGICO

#### 3.1 Algunas consideraciones conceptuales

La práctica médica se ha diversificado ampliamente. Los niveles de especialización son cada vez mayores y a su vez, las estadísticas muestran la reducción de interesados en realizar residencias. Todo ello trae aparejado el deterioro de la práctica clínica, frente al claro avance de la tecnología.

A su vez, las lógicas institucionales propias de los ámbitos médicos y de los espacios de formación tienen una incidencia significativa en la creación de la imagen de “el médico”. Aunque la población cada vez en mayor medida se atreve a cuestionar el saber médico, sigue siendo fuerte la tendencia a la reverencia de los profesionales de la salud. Ello impacta no sólo en la relación médico-paciente sino también en la distancia que el primero toma en contextos que requieren cada vez más de otra calidez humana del profesional.

A dichos cambios de época se suman, por un lado, la importancia de las trayectorias personales por sobre las profesionales; por el otro, el impacto de una profesión pensada para ser ejercida por hombres y cada vez más desempeñada por mujeres.

Como contrapartida, la salud en las últimas décadas ha ganado protagonismo como derecho social. Las políticas de salud pública entendidas como intervenciones específicas para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios, garantizando el acceso universal y promoviendo actividades transversales de prevención de la salud son demandadas por la población a todos los niveles del Estado.

Entre las cuestiones que se ponen en juego entonces está la capacidad resolutive de los niveles intermedios (1º y 2º nivel de salud). Se trata de consolidar la red de salud y trabajar fuertemente en Atención Primaria (APS). En ese sentido Rovere (1999:14) afirma la importancia de que los niveles trabajen en cinco líneas: de reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. En ese contexto, sugiere el autor: “*El hospital*

*adquiere una nueva funcionalidad; no es menos importante. Es tan importante, en primer lugar, porque todos sabemos que el hospital tiene incluido actividades de centro de salud porque no hay forma de que la demanda se comporte como nos gustaría y en segundo lugar, porque tiene una función de referencia, una especie de segunda línea de trincheras donde “ataja” lo que desborda la capacidad resolutoria del primer nivel”.*

Fortalecer la APS implica además, acceso a la salud para una mayor cantidad de población porque se focaliza en su promoción y en la prevención en contraposición de la lógica del mercado: “mientras que para nuestra lógica sanitaria más vale prevenir que curar, probablemente para el mercado más vale curar que prevenir (Rovere, 1999:11).

Detrás del concepto de derecho a la salud aparece el concepto de equidad (Rovere, 1999):

- Equidad de atención: el hecho de que las personas accedan eventualmente a la misma posibilidad de servicios, y que estos servicios sean de calidad semejante
- Equidad en la distribución de riesgos: de los riesgos de enfermar, de discapacitarse o de morir por causas evitables.
- Equidad del saber y del poder en salud: el saber de la medicina debe circular de manera más democrática.

Es por ello que la salud se constituye en un tema clave de las políticas sociales. Y en ese sentido es que cuando hablamos de APS en este trabajo lo pensamos como una estrategia de promoción de la salud, de vidas más saludables y la consecuente reducción de los comportamientos de riesgo. Los primeros niveles de atención trabajando en un sentido preventivo y en clara articulación con los otros actores de la comunidad. Desde ese enfoque, y ante la multiplicación de las demandas sociales, la atención primaria requiere de un equipo interdisciplinario que aborde las complejidades del territorio.

Para profundizar en estos temas puede verse; Mario Rovere, 1999 y 2012a; Capiello, 2013; Stolkiner, Alicia, Yamila Comes y Garbus, Pamela,

2011; Beltramino, Susana y Carlos Bloch, 1994; Bascolo, Ernesto y Yavich Natalia, 2015; Spinelli, Hugo, 2010, entre otros.

### 3.2 Del contexto

Como lo demuestran las estadísticas socio-económicas<sup>2</sup>, el Norte de la Provincia de Santa Fe ha tenido un crecimiento dispar e inequitativo que lo convierte en un territorio prioritario para afianzar su desarrollo. Con un número de habitantes inferior a la media provincial (260 mil personas, aproximadamente de las cuales un tercio vive en zona rural), los departamentos de General Obligado, Vera y 9 de Julio, sólo cuentan con nueve localidades con escala de ciudad y 36 comunas de menos de 10 mil habitantes, en 50 mil kilómetros cuadrados. En consecuencia, algunos poblados quedan muy distantes del más próximo y las ciudades cabeceras de Departamento (Reconquista, Vera y Tostado) concentran servicios e infraestructura.

En ese contexto de desequilibrio territorial, surge la voluntad de planificar a mediano y largo plazo con el Plan del Norte (en adelante el Plan) que se propone como un instrumento *para fortalecer la presencia del Estado, reforzar la inversión pública en obras de infraestructura e implementar políticas fundamentales para el desarrollo social, económico y productivo del norte santafesino.*

---

<sup>2</sup> INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, resultados por provincia.

## Ilustración 1: Características Departamentos de Norte



Fuente: Plan del

Norte

Aunque los datos referidos a NBI son del Censo 2001 y por tanto, se encuentran desactualizados, señalan otra tendencia interesante: General Obligado, población con NBI 26,1%; Vera 32,1%; 9 de Julio 31,1%. El grupo etario principal en los tres departamentos es el que va de los 5 a los 19 años (aproximadamente un 33%).

En el marco del cumplimiento de los tres objetivos generales del Plan, el sistema de salud se convierte en un eje vertebral no exento de dificultades asociadas a las distancias y necesidades de ampliar estratégicamente sus recursos humanos para satisfacer las necesidades de la población local. La característica de inframunicipalismo en una gran extensión territorial, asociados a fuertes componentes de pobreza y cuestiones culturales muy arraigadas que dificultan las tareas de APS, completan el combo de dificultades al que se enfrenta el sistema de salud provincial en estos Departamentos en estudio.

## Ilustración 2: Sistema de Salud en los Departamentos 9 de Julio, Vera y General Obligado



Fuente: Mapa de Recursos Ministerio de Salud

La red de salud en estos tres Departamentos se compone por un total de 104 efectores en sus tres niveles (84 del primero; 19 del segundo; 1 del tercero)<sup>3</sup>, es decir, con un fuerte predominio de atención primaria de la salud. De ellos, 14 en el Departamento 9 de Julio, o sea, dependientes del Nodo Rafaela; mientras 90 lo son del Nodo Reconquista (26 del Departamento Vera; 64 General Obligado). Otro dato que reviste interés para esta investigación es que en varias de estas localidades no existen efectores de salud privados, por lo que toda la población acude al sistema de salud público. Además casi la mitad de la población de cada Departamento de por sí no posee obra social/prepaga.

<sup>3</sup> La idea fundamental es la de Red. La misma está conformada por tres niveles de atención: El primer nivel se constituye en el espacio de mayor resolutiveidad y está conformado por los Centros de Salud Provinciales, Municipales y vecinales, distribuidos estratégicamente en toda la Provincia y organizados distritalmente. El segundo nivel de atención está constituido por hospitales de mediana complejidad a donde se derivan casos con alguna dificultad. El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad y está conformado por los grandes hospitales provinciales y municipales (en el caso específico de Rosario).

### Ilustración 3: Población con cobertura de salud

Departamento	Nueve de Julio		Vera		General Obligado	
Tipo cobertura	Publica exclusiva	Seguro obligatorios y/o voluntarios	Publica exclusiva	Seguro obligatorios y/o voluntarios	Publica exclusiva	Seguro obligatorios y/o voluntarios
Total	15441	14264	25611	25336	78390	97024

Fuentes: IPEC. Censo Nacional de Población y Viviendas 2010

Nota. Seguro obligatorio y/o voluntario incluye: Obra social, Prepaga, Programas nacionales.

En relación a las principales causas de muerte, según datos del año 2008, el orden es el mismo en los tres Departamentos: enfermedades cardiovasculares, tumores, causas externas, enfermedades respiratorias y diabetes.

### Ilustración 4: Principales causas de muerte

DEPARTAMENTO	CAUSAS	DEFUNCIONES	TASAS	POBLACION
<b>9 DE JULIO</b>	CARDIOVASCULARES	48	16,48	29.123
	TUMORES	37	12,70	
	EXTERNAS	25	8,58	
	RESPIRATORIAS	15	5,15	
	DIABETES	8	2,75	

DEPARTAMENTO	CAUSAS	DEFUNCIONES	TASAS	POBLACION
<b>GRAL OBLIGADO</b>	CARDIOVASCULARES	327	18,33	178.393
	TUMORES	251	14,07	
	EXTERNAS	116	6,50	
	RESPIRATORIAS	105	5,89	
	DIABETES	42	2,35	

DEPARTAMENTO	CAUSAS	DEFUNCIONES	TASAS	POBLACION
<b>VERA</b>	CARDIOVASCULARES	101	18,72	53.945
	TUMORES	68	12,61	
	EXTERNAS	38	7,04	
	RESPIRATORIAS	24	4,45	
	DIABETES	10	1,85	

Fuente: Informe Gobierno Provincia de Santa Fe, 2011

Entre la causa Tumores cabe resaltar que según el mismo informe para el año 2008 la Mortalidad por cáncer de mama y de cérvix según tasa por 10.000 mujeres en la población mayor de 15 años, en el Departamento 9 de Julio superaba la media provincial. Vale aclarar la asociación de la mortalidad por cáncer de mama y cérvix con el acceso inoportuno a los servicios de salud para su detección temprana y posterior tratamiento así como con la necesidad de contar con toco-ginecólogos entre las especialidades médicas.

La tuberculosis es otra enfermedad a tener presente en esta zona provincial. La tasa de incidencia en el año 2009 era del 27,50% en 9 de Julio; 29,40% en General Obligado y 29,30% en Vera.

Argentina es un país sin inconvenientes en cantidad de profesionales de la salud en relación a su cantidad de habitantes. La provincia de Santa Fe en ese sentido posee tasas similares a lo sugerido por la OMS. Sin embargo, su distribución geográfica se torna inequitativa como se ilustra en la siguiente tabla. De allí la necesidad de fortalecer las políticas de planificación de los recursos médicos en base a las necesidades de la población y la densidad demográfica.

La disparidad en la distribución de médicos en el territorio provincial es más que evidente. La brecha se agiganta cuando hablamos de especialidades médicas básicas como pediatría, cardiología y toco-ginecología. Para que las referencias numéricas sean aún más esclarecedoras cabe señalar que por ejemplo, mientras en el Departamento Rosario hay para cada 294 niños, un pediatra; en el Departamento 9 de Julio hay un profesional cada 9340 potenciales pacientes; 3848 en Vera y 2314 en General Obligado (datos de IPEC, 2014).

**Ilustración 5: Médicos y enfermeros en efectores de dependencia provincial. Provincia de Santa Fe. Año 2011**

Departamentos	Nº de médicos	Médicos por 1000 habitantes	Nº de enfermeros	Enfermeros por 1000 habitantes	Relacion enfermeros /médicos
9 de Julio	32	0,03	47	1,58	1,47
Belgrano	78	0,49	50	1,14	0,64
Caseros	148	1,73	110	1,38	0,74
Castellanos	213	1,17	194	1,07	0,91
Constitución	88	0,49	89	1,04	1,01
Garay	22	0,35	46	2,20	2,09
General López	285	13,64	245	1,26	0,86
Gral. Obligado	216	4,22	268	1,50	1,24
Iriondo	147	2,20	249	3,73	1,69
La Capital	1.423	17,75	1.528	2,93	1,07
Las Colonias	107	0,55	126	1,18	1,18
Rosario	1.814	16,99	1.336	1,11	0,74
San Cristóbal	61	1,38	90	1,35	1,48
San Javier	29	0,06	72	2,35	2,48
San Jerónimo	107	2,63	123	1,53	1,15
San Justo	56	1,88	49	1,20	0,88
San Lorenzo	149	2,24	83	0,52	0,56
San Martín	160	5,22	111	1,74	0,69
Vera	77	0,97	130	2,54	1,69
<b>Total Provincia</b>	<b>5.212</b>	<b>1,63</b>	<b>4.946</b>	<b>1,55</b>	<b>0,95</b>

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

Según detallan Gonnet y García (2014), 23 médicos, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes, es la cifra que la OMS ha establecido como mínimo necesario para prestar servicios esenciales de salud materna e infantil. La tasa provincial supera ampliamente esta referencia casi en un 50% y en ocho Departamentos esta situación es similar; con lo cual podríamos suponer que el recurso es suficiente. Sin embargo, en los Departamentos como los que estudiamos las tasas son menores a la referencia, siendo incluso la mitad de lo recomendado y de allí la necesidad de promover la **rotación de profesionales hacia el Norte santafesino**.



**Ilustración 6: Cantidad de médicos c/ 10 mil habitantes Santa Fe**

Departamento	Habitantes		Medicos		Medicos/10000	
	2008	2014	2008	2014	2008	2014
Belgrano	43453	44788	72	84	16,57	18,76
Caseros	83014	82100	224	251	26,98	30,57
Castellanos	177032	178092	532	565	30,05	31,73
Constitución	86238	86910	158	190	18,32	21,86
Garay	21866	20890	20	30	9,15	14,36
Gral_Lopez	191074	191024	478	524	25,02	27,43
Gral_Obligado	178392	176410	336	279	18,83	15,82
Iriondo	67730	66675	135	168	19,93	25,20
La_Capital	538257	525093	2292	2763	42,58	52,62
Las_Colonias	102029	104946	209	146	20,48	13,91
Nueve de Julio	29123	29832	41	47	14,08	15,75
Rosario	1231109	1193605	8441	10042	68,56	84,13
San_Cristobal	67364	68878	102	95	15,14	13,79
San_Javier	32013	30959	30	33	9,37	10,66
San_Jeronimo	81943	80840	162	122	19,77	15,09
San_Justo	42527	40904	91	91	21,40	22,25
San_Lorenzo	151377	157255	312	412	20,61	26,20
San_Martin	64065	63842	143	161	22,32	25,22
Vera	53945	51494	76	80	14,09	15,54
TOTAL	3242551	3194537	13854	16083	42,72	50,35

Fuente: IPEC- Colegio médicos 1º y 2º circ. Año 2014

En relación a la mencionada estrategia de rotación de los profesionales de la salud, desde el año 2015 existe por Resolución 0023, el Programa de Cupos Jerarquizados para las residencias del sistema de salud provincial. El objetivo de disponer de "cupos jerarquizados", es promover que quienes sean formados por el Sistema de Residencias de la Provincia, ejerzan posteriormente la especialización en el territorio y conlleva para el postulante la prioridad de acceder a un cargo de carácter legal de acuerdo al Decreto 3202105 en la Red Provincial de servicios de salud, en efectores dentro del territorio de la Región de Salud a la cual se inscribió una vez concluido el período de formación. Aún no hay egresados de dicha modalidad de formación (recién en mayo de 2018) y por tanto, no se pueden evaluar resultados pero

sus residentes en el Nodo Reconquista y Rafaela han sido incorporados como población objeto de este estudio para tener presente sus percepciones sobre el sistema de salud provincial y sus posibles incentivos para radicarse en el Norte provincial (lo cual veremos en el análisis de polígonos).

Sobre lo que sí podemos hacer una evaluación es sobre los cargos full time, es decir de 44 horas, para fomentar la radicación de médicos. Por Decreto se establece que: “en orden a la exigencia de una mayor ocupación, a los nombrados se les generará, además, una incompatibilidad legal total para el libre ejercicio profesional, por lo que deberán asimismo percibir una bonificación especial del 100% de sus haberes, según lo previsto en el art. 17 inc. 4, parágrafo b), del mencionado texto legal (...); que no obstante desempeñarse dichos profesionales con una **dedicación tiempo completo**, el *estar a disposición permanente del servicio* ante requerimientos que excedan los horarios habituales, justifica un reconocimiento extraordinario...”.

Aunque los entrevistados<sup>4</sup> coinciden en señalar la importancia de una buena remuneración como incentivo, dado los altos costos de vida en el Norte y sus condiciones desfavorables; también mayoritariamente acuerdan en que el formato de médico full time ha sido contraproducente, más aún en los casos en que se trata de médico único. Esto es a razón de que:

- por un lado, en el caso del médico único produce un fuerte agotamiento en el profesional que está en funciones sin reemplazo (“*no hay médico que aguante eso*”); en general en localidades pequeñas con una alta demanda y dependencia: “*en el Norte sos full time*”, es importante que haya por lo menos dos cargos. Las opiniones al respecto son de fuerte contundencia:

*Yo sé que en el norte es distinto porque es médico único, y cuando vos decís full time se confunde, creen que el médico tiene que estar de lunes a lunes, todas las semanas de su vida atendiendo pacientes a toda hora. Eso es inviable, no existe en ningún lado (Médico Tostado)*

<sup>4</sup> Pedimos disculpas por la extensión de las citas pero consideramos apropiado reflejar sin recortes las opiniones contundentes de los actores entrevistados.

*Un médico full time cuando pasan los años, la calidad de atención tiene que desmejorar. Porque no puedes aguantar de lunes a lunes 24 horas disponible (Médica Santa Margarita).*

*Desde que nosotros entramos se planteo la teoría de que se daban cargos de 36 horas. A nosotros nos dieron cargos de 36 horas y trabajamos full time. Ni siquiera de 44. Es totalmente diferente la realidad de Villa y de Tostado, que de Margarita, Nocheros y Gato. No tenemos un sistema de guardias y médicos que rotan. Nosotros somos los médicos del pueblo que tenemos que estar las 24 horas nosotros (Médico del Nochero).*

- por el otro lado, genera situaciones de inequidad con otros colegas que trabajan en el mismo efector o localidad, incluso visualizándose conflictos interpersonales por ello:

*full time, si bien la palabra lo dice, tiempo completo, no es así, tiene sus horarios y todo. Pero, si no entiendo mal, en lo económico es mucho más que cualquier médico de planta. Entonces, yo con ese dinero, con ese recurso económico para un solo médico, iría y le ofrecería por lo menos a dos médicos. Al nosotros trabajar generalmente el 80 % con problemas de la gente, llega un momento que empezamos a desgastar, necesitamos ese aire, ese recambio...(Médico Tostado)*

*No estoy de acuerdo con los cargos full time. A ver. No estoy de acuerdo con los cargos full time en la forma en que están manejados, porque fueron dados en un momento dado a dedo, sin criterio. Eso hace que no podamos manejarlo, es un sueldo, comparado con los otros, muy importante. Y quien cobra ese sueldo no puede cubrir la demanda que se espera de un full time, que tampoco está especificada. (...) y tampoco se puede exigir porque por más que sea full time es una persona y una persona tiene un límite de capacidad de funcionamiento y no se puede pasar ese límite (Médico Villa Minetti)*

*El cargo full time, no. Verdaderamente no estoy de acuerdo, si me remito a la palabra full time, a mí no me alcanza el tiempo con mis 36 horas. Es un trabajo*

*full time prácticamente lo que se está haciendo. Cambiaría la parte económica, en ese caso (Médico Santa Margarita)*

*Yo creo que es bueno no tener un médico full time. El médico full time tiene una paga importante que supera por lejos lo que gana un médico de planta de 24 horas; al cual le han hecho firmar un contrato donde dice que ese médico no puede trabajar en el sector privado, es exclusivo para la salud pública. Pero también dice yo no voy a estar de lunes a lunes, no voy a hacer todas las guardias, no voy a hacer todos los consultorios. Genera como una especie de conflicto interno. Entonces, mejor no tenerlo (Médica Las Toscas).*

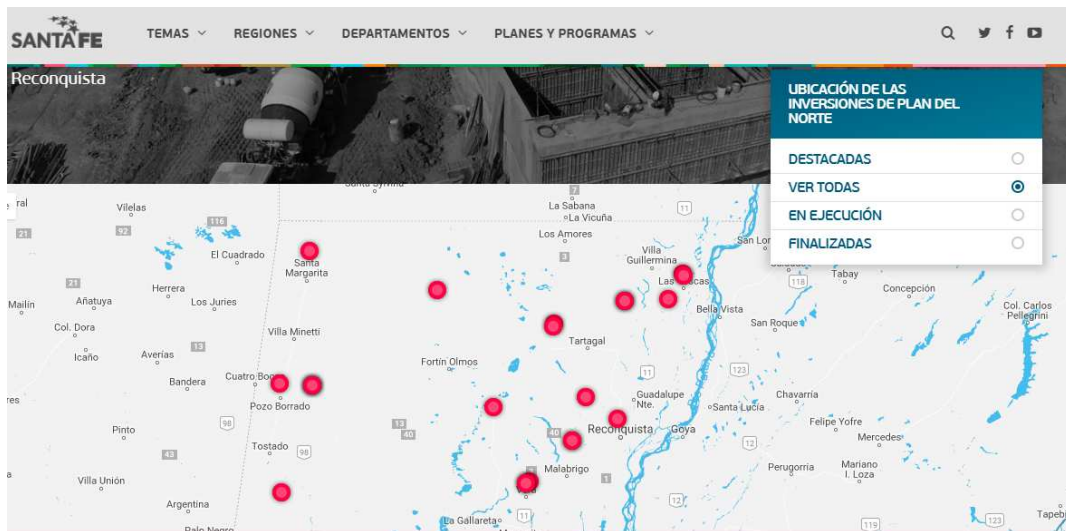
*Creo que no hacen más full time, porque vieron que no es efectivo eso (Médico, Reconquista)*

Entendemos que el formato de médico full time fue una solución que encontró el Ministerio para promover la radicación en el norte. Sin embargo, y sin negar la importancia de una remuneración similar, creemos que es necesario repensar este formato. Se podrían asignar más de un cargo con un plus por zona rural o desfavorable que compense la inhospitalidad del lugar pero a la vez permitiendo la movilidad por cursos o congresos, vacaciones y, por tanto, reemplazos. Eso sin desconocer que el alcance de la medicina privada en la zona es nulo o muy precario y que, por tanto, son pocas las oportunidades laborales por fuera del ámbito público, lo que exige una compensación económica. Volveremos sobre este tema.

Retomando algunas consideraciones contextuales del norte santafesino, es importante decir que en el marco del Plan del Norte, son varias las obras de infraestructura que se vienen realizando en pos del desarrollo de la zona. Los proyectos encarados son de diversa índole, todos ellos tendientes a mejorar la calidad de vida de la población en la región. Entre ellos, se pueden mencionar desde la construcción de jardines de infantes, hasta la dotación de red de tendido eléctrico en zonas rurales, obras de pavimentación y de provisión de agua potable, entre otras.

La siguiente imagen, extraída del sitio oficial del gobierno de la provincia, así lo muestra:

### Ilustración 7: obras del Plan del Norte



Fuente: <https://www.santafe.gob.ar/ms/presente/programa/plan-del-norte/>

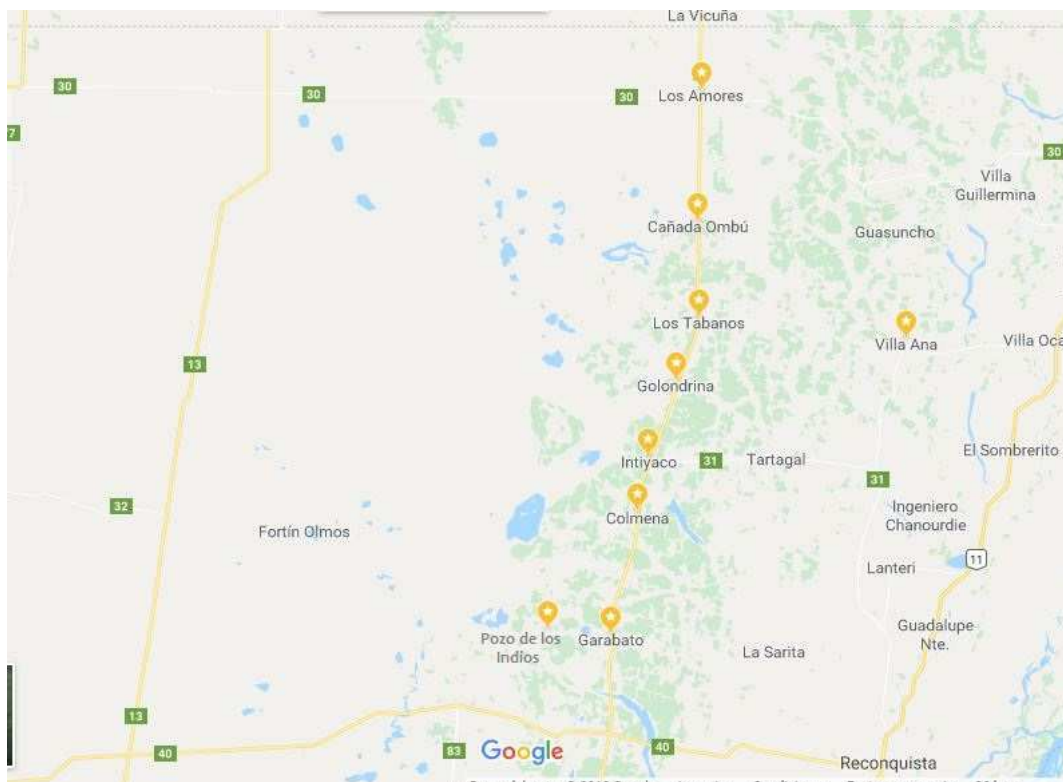
Entre las que nos interesan resaltar porque las consideramos de alto impacto para pensar el problema de la movilidad y radicación de profesionales de la salud, se encuentran los acueductos y la pavimentación de grandes extensiones de rutas a saber:

- Acueducto San Javier: Tramo A-B-C Abastecimiento de agua potable para Villa Minetti y El Nochero. Fuente transitoria: Río Salado. 2º etapa: Acueducto Tostado – Villa Minetti.

- Acueducto Villa Ana: brinda agua potable a ocho localidades de los departamentos de Vera y General Obligado: Los Amores, Cañada Ombú, Los Tábanos, Golondrina, Intiyaco, Colmena, Garabato y Villa Ana.

En la siguiente imagen se pueden observar las localidades alcanzadas. Por otra parte, están en ejecución obras de igual envergadura como ser el acueducto Reconquista – Avellaneda que alcanzará a 24 localidades y parajes, beneficiando a unos 187.000 habitantes

### Ilustración 8: Mapa localidades Acueducto Villa Ana



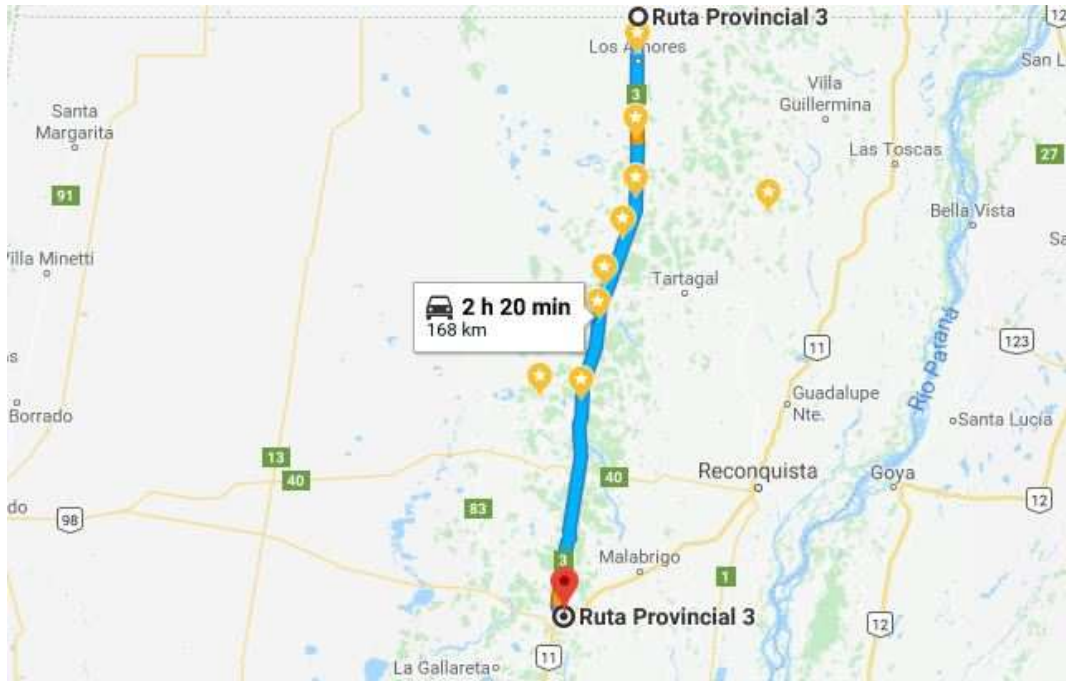
Fuente: Google Maps, Elaboración propia

A su vez, se han retomado las obras de pavimentación de la Ruta Provincial N° 3, que une Vera con los Amores y llega hasta el límite con la provincia del Chaco, la misma tiene una extensión total de 168 km.

Hasta este nuevo inicio, el tramo pavimentado iba desde Vera hasta Intiyaco, completando 90 km. de su recorrido. En mayo de 2009, se había concluido la pavimentación del tramo de casi 12 km. que une las localidades de Colmena con Intiyaco y la continuidad del trabajo había quedado parado desde entonces. Actualmente se avanzó desde Intiyaco a Golondrina y continúan las labores hacia Los Tábanos.

La obra cuenta con un presupuesto de \$ 169.000.000. Constituyéndose en un gran avance en la integración provincial de localidades de la Cuña Boscosa, que como los propios actores señalaban oportunamente, quedan aisladas cuando llueve.

### Ilustración 9: Tramo nuevo de la RP N°3



Fuente: Google Maps, elaboración propia

En la misma línea, se comenzó con el trabajo de pavimentación y mejora desde la ruta 96 S, que va a La Sarita, en el departamento General Obligado. Este trabajo se extiende por 25 km en total. Hasta el kilómetro 15 será asfaltado y desde allí en adelante se hará un ripiado con material pétreo.

#### **3.3. La cocina del proyecto**

El proyecto dio inicio el 1 de Noviembre de 2017. Todo el trabajo de campo realizado tuvo lugar entre diciembre de dicho año a febrero del corriente. Se trabajó de manera coordinada con el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (la contraparte) para identificar actores claves y luego se usó la mecánica de bola de nieve, es decir, por sugerencia de los propios actores entrevistados.

El período de trabajo conllevó algunas complicaciones no previstas dado que se atrasó la fecha de comienzo por motivos ajenos a este equipo. En primer lugar, el recambio de algunas autoridades ministeriales a partir del 10 de diciembre de 2017, lo que afectó la logística prevista e incluso obstaculizó que

pudiéramos realizar entrevistas. En segundo lugar, las vacaciones de enero, sumado a las condiciones climática del norte santafesino. No obstante, las dificultades fueron sorteadas.

Cabe destacar, además, que la contraparte puso a disposición toda la información disponible aunque en algunos casos ésta se encuentra desactualizada o dispersa. Al ser el área de salud tan sensible en materia de políticas públicas, se sugiere como primordial la realización de estadística básica actualizada respecto de la población objeto de la atención así como de los recursos humanos propios y la sistematización de los datos básicos de los efectores de la red.

Realizado el mapeo de actores, se trabajó intensamente en la construcción de instrumentos metodológicos para poder dar inicio a las entrevistas en profundidad antes de mediados de diciembre. Se adjuntan los formularios de preguntas semi-estructuradas aplicados (Ver anexo a, b y c).

El muestreo pretendió ser exhaustivo en lo territorial, profesional y roles institucionales. Se ha aplicado el cuestionario de entrevistas a los siguientes actores:

1. Senador Miguel Ángel Capiello (ex Ministro de Salud Provincia de Santa Fe; Senador Joaquín Gramajo (Departamento 9 de Julio); Senador José Marcón (Departamento General Obligado).<sup>5</sup>

2. Ernesto Bosco y Vanesa Cipolatti. (ex)<sup>6</sup> Coordinador y Sub coordinadora Nodo Rafaela.

3. Maria Zulema Furrer y Raúl Medina. Coordinador y (ex)<sup>7</sup>Subcoordinador Nodo Reconquista.

4. Dr. Carlos Ferrari. Director SAMCO. Villa Minetti.

5. Dra. Marcela Saravia. Médica SAMCO, Villa Minetti.

<sup>5</sup>Aunque hemos intentado en numerosas oportunidades dar con el Senador Sosa del Departamento Vera, no hemos podido concretar un encuentro.

<sup>6</sup>En ejercicio al momento de ser entrevistado.

<sup>7</sup>En ejercicio al momento de ser entrevistado.



6. Dr. Edmo Mingo. Encargado CAPS, Gato Colorado.
7. Gabriel Vaca (Agente Sanitario) y Maricel Rienel (Promotora de Salud). CAPS, Gato Colorado.
8. Dra. Guadalupe Martínez. Médica CAPS, Santa Margarita.
9. Dr. Fabio Gómez. Encargado de CAPS, Santa Margarita.
10. Dra. Daiana Mendoza. Encargada de CAPS. El Nochero.
11. Dra. Evangelina Soledad López. Médica SAMCO, Tostado.
12. Dr. Mariano Redondo. Médico SAMCO, Tostado.
13. Dra. Araceli Redondo. Pediatra, SAMCO, Tostado.
14. Dr. Andrés Cagliero. Director SAMCO, Tostado.
15. Dra. Paola Zapata Molas. Directora Hospital Vera.
16. Dra. Viviana Thomas. Directora SAMCO Calchaquí.
17. Dr. Mariano Trucco. Director Hospital Villa Ocampo.
18. Dra. Stella Maris Stride. Directora Hospital Las Toscas.
19. Dr. Jorge Fiant. Director Hospital de Reconquista.
20. Dr. Horacio Burgos. Director Hospital de Intiyaco.
21. Fernanda Boriotti – Presidenta SIPRUS
22. Emiliano Melero – Coordinador de Gabinete Min. de Salud
23. Zulma Basler y Norma Villa – AMRA

Junto a las entrevistas se decidió utilizar la técnica del polígono de valoraciones para analizar seis dimensiones claves sobre el sistema de salud provincial a la hora de evaluar posibles incentivos y dificultades para la radicación de médicos en el norte santafesino: trabajo coordinado en red; condiciones de infraestructura e insumos de trabajo; nivel de desarrollo de las localidades del norte; profesionalización de los Recursos Humanos y trabajo en equipo; eficiencia en la comunicación interna del Ministerio; y, alcances de la comunicación externa del Ministerio. El polígono también fue distribuido entre residentes del programa de cupos jerarquizados del propio Sistema Provincial de Residencias (Resolución 0023/2017).<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup>El objetivo de los cupos "jerarquizados" es PROMOVER la RETENCION de aquellos que egresan de la residencia en la provincia que se capacitaron de acuerdo a las necesidades del territorio provincial. Esta posibilidad que se les otorga a los postulantes, conlleva un

- **Trabajo coordinado en Red:** hacemos referencia a la dimensión institucional-organizacional de la coordinación del trabajo entre niveles de atención, Ministerio y coordinadores de región y subregión para dar respuesta a la demanda ciudadana. También observamos si los actores del sistema de salud comparten propósitos y valores de trabajo en cuanto a la forma de organización y el modo de funcionamiento del sistema de salud.

- **Condiciones de infraestructura e insumos de trabajo:** hacemos referencia a la planta física, el mobiliario y el confort en el ambiente de trabajo; al estado de mantenimiento de los establecimientos, la limpieza y la adecuación de los espacios al destino de uso. Con respecto a los insumos, a la disponibilidad continua de materiales sanitarios (algodón, gasa, guantes, jeringas, otros), de medicamentos, de medios diagnósticos (Rx, ecografía, mamografía, otros).

- **Nivel de desarrollo de las localidades del norte:** hacemos referencia a las condiciones de infraestructura disponible en el territorio en cuanto a: rutas, sistemas de transporte, acceso a internet y servicios públicos.

- **Profesionalización de los RRHH y trabajo en equipo:** hacemos referencia a la educación y formación permanente de los RRHH. A las oportunidades de actualización (asistencia a cursos, congresos, acceso a publicaciones) y a la producción científica de los agentes del sistema. Asimismo, nos interesa medir la percepción acerca de la forma de trabajo, si está basado en la cooperación y el trabajo colaborativo o si predominan lógicas de competencia/obturación del trabajo.

- **Eficiencia en la comunicación interna:** hacemos referencia a la calidad de la comunicación institucional al interior de los efectores de salud. La existencia de reuniones o instancias de trabajo promovidas por la gerencia, la dirección, los equipos de trabajos para la difusión de estrategias de información para el trabajo cotidiano y el buen llevar de la gestión. También en lo que hace a la fluidez de la comunicación entre las unidades en el territorio, las autoridades de Nodo y Ministeriales.

---

compromiso de permanencia en la Región de Salud en la cual se inscribieron, para el posterior desempeño laboral (Resolución 0023/2017).

- **Alcances de la comunicación externa:** hacemos referencia a la cobertura y efectividad de las estrategias de comunicación que se realizan desde las instituciones de salud con otras instituciones, especialmente las referidas a las del área central del Ministerio con la comunidad en forma directa, con los medios de comunicación, por ejemplo en las convocatorias para cubrir cargos, etc.

Dicha herramienta es útil para disponer, de manera más o menos inmediata, de información sobre la posición de varios actores con relación a un tema, en este caso, la radicación de médicos en los territorios de la red de salud de los Departamentos de 9 de Julio, Vera y General Obligado (Santa Fe). Se trata de un instrumento de relevamiento y análisis cualitativo de la valoración relacional, donde el propio instrumento constituye una representación gráfica de dicha valoración, que facilita la tarea de análisis (Vigier, Pierre, Dos Santos, Carlos y Tantalean, Javier; s/f). Se adjunta modelo aplicado (Ver anexo d).

Por otra parte, y para garantizar la representatividad como criterio de la muestra, se realizaron setenta (70) encuestas a directores y personal de efectores de los tres departamentos en estudio, lo que equivale al 67% en la distribución territorial de los mismos, habiéndose realizado en algunos casos más de una encuesta por efector.<sup>9</sup> Se respetó un criterio de representación por Departamento dada la disparidad de efectores en cada uno para así poder realizar generalizaciones. Dicho trabajo de campo fue realizado en el mes de febrero y no estuvo exento de dificultades. Principalmente asociadas a la desactualización de los datos de los efectores<sup>10</sup> y las malas conexiones de red de los mismos que complicaron las llamadas para la aplicación del cuestionario que en muy pocos casos pudo hacerse vía online por las mismas razones.

**Tabla 1: Cuota de Encuestas**

Departamento	Cantidad de	Cuota	% según total de efectores
--------------	-------------	-------	----------------------------

<sup>9</sup> El margen de error máximo es del 6,7%.

<sup>10</sup> La base de datos con la que cuenta el área de estadística del Ministerio y el mapa online, poseen teléfonos equivocados e inexistentes y algunos directores han cambiado.

	<b>Efectores</b>		
9 de Julio	14	8	68%
Vera	26	20	70%
General Obligado	64	42	58%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>70</b>	<b>67%</b>

Fuente: elaboración propia

Los efectores alcanzados por el cuestionario de encuesta son:

**Tabla 2: efectores encuestados**

<b>EFECTOR</b>	<b>Nivel</b>
CS ESTEBAN RAMS	1
SAMCO LOGROÑO	2
SAMCO TOSTADO DR. ALFREDO LUIS ROSETANI	2
CS POZO BORRADO	1
CS MOCOVÍ	1
CIC DR NESTOR KIRCHNER	1
CS PUERTO RECONQUISTA	1
CS BARRIO LA CORTADA	1
CS DR JORGE CANIZA	1
SAMCO DR BARTOLOME B PARMA	2
CS SAN ANTONIO DE OBLIGADO	1
CS BERNA	1
CS LOS LAURELES	1
CS SIETE PROVINCIAS	1
CS CAMPO HARDY	1
CS ARROYO CEIBAL	1
CS EL ARAZA	1
CS BARRIO EL OMBUSAL EMA BEATRIZ CABRAL	1
CS PEDRO VICENTIN AVELLANEDA	1
CS BARROS PAZOS	1
CS LOS LAPACHOS	1
CS SAN MANUEL	1

CS BARRIO CHAPERO	1
CS GUADALUPE NORTE	1
CS JULIA CAPOZZOLO BARRIO CARMEN LUISA	1
CS CEFERINO VICENTIN	1
CS SANTA ANA	1
ROMANG	1
CS BARRIO FONAVI - MALABRIGO	1
CS BARRIO VIRGEN DE GUADALUPE	1
CS DR ANTONIO JOSÉ LUIS MARTINELLI	1
CS AVELLANEDA	1
CS EL RABON	1
CS EL SOMBRERITO	1
SAMCO FLORENCIA JUAN FACUNDO GIL	2
SAMCO CARLOS HARTENECK	2
CS INGENIERO CHANOURDIE	1
SAMCO LANTERI	2
CS LA SARITA	1
CS LAS GARZAS	1
CENTRO ASISTENCIAL NUEVA FE	1
CS EL CARMEN	1
CS LA LOLA	1
CIC BARRIO AMERICA	1
CIC VILLA OCAMPO	1
CS BARRIO SUR – V. OCAMPO	1
CS BARRIO ITATI - LAS TOSCAS	1
SAMCO ALEJANDRA. HOSP RURAL N°11- ALBERT	2
CS TOBA	1
SAMCO FORTIN OLMOS	2
SAMCO LA GALLARETA	2
SAMCO MARGARITA	2
CS GOLONDRINA - ALDAO	1
CS CAÑADA OMBU	1

SAMCO INTIYACO	2
HOSP RURAL DR SERGIO ROS DEL WUESKI	2
SAMCO TARTAGAL	2
CS COLMENA	1
CS LOS TABANOS	1
SAMCO VERA	2
SAMCO RICARDO ALDAO	1

Fuente: elaboración propia

Se realizó además trabajo de campo con visitas en las ciudades de Reconquista, Vera, Villa Ocampo, Tostado y Villa Minetti. Gracias a una tarea articulada con las coordinaciones del Nodo 1 y 2 de la Contraparte.

#### ***a. Visitas Departamento General Obligado y Vera***

Durante el trabajo de campo en las localidades Reconquista, Vera y Villa Ocampo se observó una gran disposición de los directores de los efectores entrevistados por participar de la investigación y aportar sus experiencias. Esto facilitó la labor, al tiempo que la enriqueció.

Todos fueron muy abiertos en compartir información, y en algunos casos hasta se mostraron deseosos de que se conozca su realidad y cooperar en lo que esté a su alcance para continuar avanzando.

Se pudo constatar que la afluencia de personas a los efectores visitados es alta. Consecuentemente, la demanda del servicio de salud, es bastante grande, como se ve en esta imagen del hospital de Villa Ocampo.

**Ilustración 10: Sala de espera Hospital de Villa Ocampo<sup>11</sup>**

El edificio de este hospital es bastante nuevo y el estado general –de los espacios a los que se tuvo acceso-, es bueno.

Por su parte, los hospitales de Reconquista y Vera, funcionan en construcciones muy antiguas. En el primer caso, próximamente se trasladarán al nuevo edificio que está en construcción, sin embargo, se vio que se continúa haciendo tareas de mantenimiento en él, como es posible apreciar en la siguiente imagen.

---

<sup>11</sup> Todas las fotografías utilizadas en este informe son propias.

### Ilustración 11: Reparaciones Hospital Central Reconquista



Por su parte, el Hospital de Vera, cuenta con un edificio que se encuentra en muy buen estado de conservación.

### Ilustración 12: Sala de espera Guardia Hospital del Vera



En Vera y en Villa Ocampo, llamó la atención el mal estado de los baños de uso público, tanto por las condiciones de mantenimiento, como por la falta de limpieza de los mismos que también va en detrimento de la asepsia del lugar. A continuación, imágenes de ellos:



### Ilustración 13: Sanitarios Hospitales de Villa Ocampo y Vera



*A la izquierda, los sanitarios del Hospital de Villa Ocampo. A la derecha, los de Vera.*

Con relación al acceso a los efectores, depende en gran medida de si están ubicados sobre una vía asfaltada o no. Verbigracia, los hospitales de Reconquista, Villa Ocampo y Calchaquí sí lo están. No es el caso del de Vera. Para el acceso a este último hay ripio. Según comentarios de algunos lugareños cuando llueve mucho no es sencillo llegar hasta el hospital en auto. De hecho, el día de la visita a esa localidad había llovido copiosamente durante alrededor de dos horas, por lo que se pudo ver que las calles se anegan con facilidad, estén asfaltadas o sean de tierra.

En esa línea, los entrevistados hicieron referencia a que, a los efectores que están sobre caminos de tierra es casi imposible su acceso cuando llueve. Y aunque sea por asfalto, a la población de zonas rurales y alejadas de éste, les es difícil salir para concurrir a una consulta en el efector que les corresponda. Según los dichos de los propios entrevistados:

*“Por ahí sí, hay dificultad en el acceso en localidades pequeñas, en parajes, como por ejemplo, el 17 el 101, o sea... donde el acceso es de tierra. Obviamente no hay transporte público, porque no hay transporte público. Y el que hay que es por ejemplo el colectivo, bueno... La cuña Boscosa, que va, pero por ruta 3 o sea asfalto. O sea que la gente que vive adentro, en el campo tiene que salir o caminando o a caballo o en tractor, depende la situación o por ahí la gente como que se llevan... coordinan con el vecino y bueno, el que tiene vehículo los lleva hasta el acceso a la ruta”*(Entrevista, Paola Zapata Molas, Directora Hospital de Vera)

Por otra parte, en general, los profesionales consideran que sus efectores están bien, porque han mejorado mucho en los últimos años, pero que queda mucho por hacer porque fue mucho tiempo de abandono del norte provincial:

*“mejoró en cuanto a años anteriores, digamos. Eeeeh... se está poniendo como una visión más mirando hacia acá, hacia el norte. Se le está dando importancia a cosas que por ahí se dejaban pasar, que no son intrascendentes, digamos. Y se está logrando estructurar un poquito más todo esto, ¿sí? Si vos me decís comparativamente con el sur, estamos muy por debajo de lo que es el sur, digamos. Sé que se está tratando de acomodar eso y se están viendo cambios. Pero, obviamente, es un proceso que es lento. Requiere mucha inversión y muchas cosas, entonces es lento. Hay que darle tiempo también”*  
(Entrevista, Viviana Thomas – Directora SAMCO Calchaquí)

### **b. Visitas al SAMCO de Villa Minetti y Tostado**

En relación a la planta física y mobiliario, podemos decir que los establecimientos presentaban una adecuación de los espacios al destino de uso. Las instalaciones estaban en un buen estado de mantenimiento (algunos en proceso de construcción) y limpias como pueden ver en las fotografías. Según nos relataron el director y autoridades del SAMCO de Villa Minetti, las mejoras en la infraestructura edilicia fueron financiadas mediante el apoyo de la comunidad. Este punto reviste un aspecto a tener en cuenta dado

que deja entrever el financiamiento privado para atender las cuestiones edilicias y de infraestructura.

Con respecto a los espacios comunes de los establecimientos (salas de espera, salas de reunión, pasillos de circulación. etc.) se aprecia una buena utilización del espacio para la difusión de la información, funcionando como ámbitos útiles para la comunicación. Con respecto a los mensajes para los usuarios notamos que resultan atractivos, actuales y sus contenidos referidos a temas de interés de la población.

#### **Ilustración 14: SAMCO Tostado y Villa Minetti**



Una cuestión a resolver de forma prioritaria en Villa Minetties la referida a la ambulanciada que la misma se encontraba funcionando sin aire acondicionado. Es urgente garantizar un confort mínimo en la movilidad ya que debe considerarse el contexto ambiental y ecológico de los territorios del norte (el cual alude a las altas temperaturas, la dispersión geográfica y dificultades de acceso y comunicación). En estos territorios, muchas veces la ambulancia es el único medio de transporte del que dispone la población.

Al respecto todos los entrevistados del Departamento 9 de Julio coinciden en señalar una dificultad geográfica: *“siempre digo que el principal enemigo nuestros es la distancia”*“(…) *la distancia también no solo hablada desde el lado de la salud sino también del perfeccionamiento, capacitaciones.*

*Se dificulta todo” (Médico Tostado).Las afirmaciones son contundentes: “Tememos el problema de las distancias, tenemos el problema del clima, tenemos el problema de las comunicaciones y tenemos el problema del aislamiento al que estamos sometidos todo el sistema de salud que rige este departamento” (Médico Villa Minetti). Y continúa una colega del mismo efector: “El tema es las distancias de la gente, se les hace dificultoso llegar. Cuando estás de guardia decís, eso no es una urgencia, pero es gente que viene de la ruta allá, de 70 kilómetros, todo de tierra, barreando, porque le dolía la muela. No es una urgencia y llegan a las 12 de la noche, pero es la hora que pudo llegar esa gente”.*

En cuanto a los vínculos entre el equipo técnico y los diferentes actores consultados no se presentaron resistencias, cuestión que suele haber frente a una intervención de este tipo. Por el contrario, se resalta el trato cálido y amable durante la estadía y la realización de las entrevistas, que fueron imprescindibles para el buen llevar del trabajo de campo.

En las charlas más informales con algunos actores (específicamente aquellos profesionales de establecimientos que ocupan algún cargo de autoridad) se detectaron ciertos imaginarios que les enturbian la motivación y el impulso requerido para el trabajo. Expresiones como: “*Nadie viene al Norte*”; “*El Norte atrasa*” o algunas frases que, según los actores, suelen ser utilizadas por personas asentadas en los grandes centros urbanos de la provincia “*Si te portas mal te mandamos a trabajar a Gato Colorado*”, lo que da cuenta de los aspectos valorativos que condicionan las conductas y las relaciones entre los diferentes actores sectoriales y de estos con la comunidad. Este tipo de expresiones, bastante arraigadas en los actores, conforman horizontes de significación que se vuelve imperioso trabajar y sobre los que volveremos.

## 4. COSAS DICHAS: RECONSTRUYENDO EL PROBLEMA

### 4.1 Análisis de Entrevistas

Las entrevistas en profundidad son un instrumento central para conocer las percepciones de los sujetos sobre el asunto investigado. La diversidad de la muestra garantiza la pluralidad de voces<sup>12</sup> y es por ello que asombran los puntos de coincidencia no sólo entre los actores entrevistados sino en relación a los encuestados dado que la base de las consignas (como puede verse en los anexos) es similar. De este modo, podemos chequear la información y garantizar cierta ecuanimidad en los resultados que proponemos.

Para ser lo más esquemáticos posible dado el volumen de información nos interesa resaltar algunos conceptos y/o ideas que se repiten, tomando como referencia algunos fragmentos significativos de las entrevistas. Se hace de manera anónima porque lo significativo en este caso son las palabras y en todos los casos sabemos que se trata de médicos de distintos efectores lo que nos sitúa en su contexto o habitus. Se seleccionan las frases más contundentes pero es oportuno señalar que la idea es tomada como manifestación de varios actores de maneras similares.

- **Tiempo/burocracia:** hay una queja constante respecto de las demoras en la resolución de problemas o las trabas burocráticas: *“los tiempos en el Ministerio son de terror, por más voluntad que haya”*; *“Creo que el ministerio es verticalista, burocrático, con problemas no resueltos desde hace décadas y que siguen los problemas”*. La cuestión de la demora en el pago a los médicos que ingresan es mencionado como desmotivante: *“cuando yo ingresé estuve 6 meses sin cobro”*. Lo mismo el pedido de cargos y la demora en su otorgamiento: *“Yo sé que no es fácil pero se necesitan cargos. Del cargo nace que esa persona cobre, porque voluntarios podemos conseguir pero el voluntario se cansa, se cansa de ser voluntario, nadie, nadie trabaja gratis”*.

<sup>12</sup> Puede reverse en la página 23 el listado de actores entrevistados.

Asociado a este tema aparece las promesas: *“se propone mucho y después se demora en cumplir”*; *“(…) en mi caso trato de conseguir gente que venga, viene esa gente, pero no tengo el cargo de manera inmediata. No te hablo de manera inmediata, no tengo el cargo en el tiempo que yo necesito, porque ese personal se me entra a desgastar, entra a ver que no hay una respuesta, entonces se quita compromiso hasta que lo terminas perdiendo”*.

En las voces tanto de AMRA como SIPRUS aparece mencionado nuevamente este problema. Los representantes sindicales reconocen avances pero los creen insuficientes:

*“No hay cargos, no se consiguen, que es la raíz de todo el problema también. La raíz del problema es que si viniera alguien, tuviera un cargo y ya empezara a cobrar al mes siguiente, capaz se quedaría. Pero como a veces pueden estar años con un monotributo, con un contrato, se tarda mucho en cobrar la primera vez” (Delegada AMRA)*

*“Del dicho al hecho hay un largo trecho; porque es muy difícil hacer una salud pública de calidad con estos salarios, es muy difícil hacer salud pública de calidad cuando siempre hay trabajadores precarizados, siempre hay monotributistas. (...) Pero sí se necesita que esté en determinada zona, pasar a otra, y es difícilísimo, el traslado, hay gente que de los hospitales quiere irse a los pueblos, porque se fue a vivir a los pueblos. Es una realidad, hay gente que salió de la ciudad y empieza a habitar la periferia. Y hay otros que están trabajando a 150 kilómetros y quieren venir a la ciudad. Y es sumamente complejo el movimiento de profesionales, muy complejo desde lo burocrático básicamente. Porque no hay un orden, no hay un escalafonamiento” (Delegada SIPRUS).*

- **Recursos:** la cuestión de los insumos y el personal médico aparece como uno de los principales problemas: *“lo más dificultoso que tenemos es la falta de recursos, tanto recursos humanos como recursos materiales”*; la sensación es que hacen mucho con poco: *“estamos siempre al límite”*. Veremos en las encuestas y polígonos como resalta como una constante. Esto incluye sobre todo la falta de médicos pero también administrativos, choferes, agentes sanitarios y de otras profesiones vinculadas a la salud.

- **Red:** aunque se reconoce el trabajo de los últimos años y aparece una esperanza en la tarea que la nueva Ministra pueda desarrollar dada su trayectoria en los primeros niveles de salud (*“ella conoce”*), las falencias en la red son muchas. Sobre todo en las derivaciones y en la sensación de que no se reconoce su labor: *“Si del otro lado yo tengo un receptor que entiende, que se puede ubicar en donde yo estoy, que puede entender la situación, creo que la red va a funcionar mejor”*. La descentralización y el trabajo con los coordinadores de Nodo es resaltado como positivo: *“Nos pasa con los coordinadores de Nodo, que ellos conocen, vienen, entienden las dificultades, ahí la red se facilita. Sin conocimiento y con negación la red siempre se termina cortando. El sistema es bárbaro pero que funcione depende de nosotros”*. La demanda es por mayor conocimiento de sus realidades sobre todo desde el área central y de los efectores más grandes, creen que eso agilizaría mucho otros procesos dentro y fuera de cada Departamento: *“Es una deuda pendiente y es algo que tenemos que coordinar. Tanto funcionamiento en red como coordinación de funciones de la salud del departamento”*. Principalmente en lo que hace a las derivaciones. Se asegura que si los grandes centros que reciben los pacientes tuvieran consciencia de la realidad en la que se trabaja en algunos efectores serían más solidarios: *“(…) uno supone que uno va al sistema de red, llama al 107 y ya está pero los operadores no saben dónde queda Tostado por ejemplo y te piden que el paciente venga con médico donde acá no tenemos médico para subir a la ambulancia...”*

A su vez, esa mejor coordinación apuntalaría el trabajo que se hace en APS y que aparece mencionada como una fortaleza del sistema: *“Creo que ese trabajo lo están haciendo muy bien en los centros de salud. Se han referenciado muy bien con barrios más fuertes y de difícil acceso, los centros de salud lo están haciendo”*.

- **Agotamiento:** se explica con claridad en numerosas ocasiones que trabajar en localidades pequeñas implica ser médico las 24 hs todos los días del año: *“Formas parte de su vida porque te los encontrás en el supermercado, “mirá la doctora, saludala, dale un beso”. O vas a llevar a la escuela tus hijos y*

*están los pacientes, o en el club... dónde vas, nunca dejas de ser médica”.* Y la disponibilidad en horas, es como que el médico del norte tiene que estar a disposición las 24 horas del día”. A su vez las problemáticas con las que trabajan son muy sensibles: “Al nosotros trabajar generalmente el 80% con problemas de la gente, llega un momento que empezamos a desgastar, a desgastar, necesitamos ese aire, ese recambio”. En algunos casos no están garantizados los reemplazos y marcan que cuesta viajar a congresos, capacitaciones o simplemente tener vacaciones: “Las vacaciones, otro tema grave, me están debiendo vacaciones del 2006, no hay médico para que te cubra”.

- **Distancias:** sobre este tema ya avanzamos arriba y volveremos pero la sensación de aislamiento o soledad es claramente condicionada por las largas distancias que deben recorrer pacientes para llegar a los efectores; ambulancias para llegar a las derivaciones; profesionales para capacitarse o volver a sus casas, etc. Asociado también al mal estado de las carreteras y las dificultades de movilidad: “Por otra parte tenemos el aislamiento de que todo lo que viene acá, muere acá. Porque es imposible acceder a un montón de cosas”. Si bien las distancias no pueden acortarse la sensación de soledad puede ser compensada. Se trata de mejorar la comunicación y el funcionamiento de la red. Es constante el reclamo de mayor presencia física de las autoridades: “A lo mejor uno desde acá se siente tan lejos que uno tiene la necesidad de que haya mayor presencia física. La presencia física del nodo es insuficiente. No pongo el nivel central, pongo el nodo porque es el que tiene que estar. Digo nodo y digo nivel central. El nodo debe estar físicamente más presente”.

- **Paradigma medico-céntrico:** si bien la falta de médicos es un problema importante muchos coinciden en señalar que no es el único déficit en materia de RR.HH. Las complejidades sociales a las que se enfrentan los efectores, sobre todos aquellos que son únicos en sus territorios, requieren de la presencia de otros profesionales: “Nosotros no tenemos nombrados psicólogos, no tenemos nombrados kinesiólogos, ni pediatras, ni psicopedagogos, es decir



*no tenemos gabinete psicosocial*". La ausencia de ellos genera más sensación de soledad y de desborde frente a la demanda social. A su vez, en algunos casos se señalan problemas para cargos administrativos, de agentes sanitarios y choferes.

- **Presencia/idiosincrasia:** cabe señalar que la mira descalificadora sobre el Norte y sus habitantes es una expresión frecuente: *"estamos solos"*; *"es como que para la provincia el norte no existe"*; *"la provincia termina en San Justo"*; *"hay un tabú con el Norte"*. Expresiones similares se repiten y creemos que es una cuestión a trabajar internamente a nivel ministerial y, posteriormente, en su comunicación externa. El gobierno provincial tiene la capacidad y los recursos de promocionar el norte santafesino desde sus potenciales y cualidades.

- **Acceso:** una fortaleza del sistema resaltado en casi todas las entrevistas es la posibilidad de acceso de las personas al sistema de salud público. Más allá de las dificultades de comunicación y el estado de los caminos, hay una llegada de la población a los efectores y en otros casos, incluso una salida del personal del efector al territorio que refuerzan el acceso: *"La gente, al sistema de salud, en eso sí, acceso tiene"*; *"el paciente viene. Aunque muchas veces nos vemos superados"*. En relación a ello, igual se señala que la asistencia está generalmente asociada a la urgencia y que cuesta más la cuestión de la prevención en salud. Lo cual incluso sobrecarga las guardias cuando podrían ser patologías resueltas en consultorio.

El acceso a turnos para especialidades si aparece como una dificultad y de allí la necesidad de llevar más médicos especialistas aunque sea itinerantes: *"El acceso a algunas especialidades es muy difícil. Desde acá no se puede resolver. Creo que sí se resuelven cosas interesantes"*.

- **Capacitación:** aunque sobre este tema también volveremos más adelante, es un eje prioritario. Luego de las menciones al incentivo económico aparece la cuestión del perfeccionamiento y las negativas sensaciones: *"el norte atrasa"*; *"acáte estancias profesionalmente"*. El factor distancia que ya mencionamos se entrelaza: *"Otra de las dificultades es el gran problema que*

*tenemos para poder perfeccionarnos o para poder mantener un perfeccionamiento en lugares de mayor complejidad". Y otro factor es la falta de presencia, se propone rotar las capacitaciones y llevarlas al Norte: "No creo que se tenga problemas planificar 3 reuniones con el director de infecciosas de la provincia, una por mes o cuando él pueda, en un punto o lugares distintos para que nos movamos distinto y coordinar una serie de cosas que a nosotros nos serviría para coordinar en cosas prácticas y coordinar la función nuestra a través de ellos. Y eso se repetiría con todo".*

### **“¿Quién va a querer vivir acá?”**

La frase *hay que venir a vivir acá...* dicha con tristeza y hasta cierto padecimiento es una constante. Así como también en la mayoría de los casos reconocen haberse arraigado en el lugar o por lo menos defender el sistema público de salud desde las convicciones y creer que aportan desde su lugar a ello. A su vez aparece como común denominador que muchos profesionales son de la zona o de pueblos de similares características: *"Generalmente, la gran mayoría de los trabajadores del hospital somos oriundos de acá o de la zona, que conocemos, que ya venimos sabiendo cuáles son las dificultades y no nos asustan".* Aún así, *"no se puede vivir del amor"* nos dice un director.

Las falencias en materia de servicios son una preocupación mayoritaria: *"No hay agua. Tenemos un problema muy serio de agua".* A su vez se describen como lugares con un alto costo de vida: *"No hay capacidad inmobiliaria y es cara por la poca oferta".* En el Departamento 9 de Julio el panorama se agrava al igual que en la cuña boscosa: *"Tememos el problema de las distancias, tenemos el problema del clima, tenemos el problema de las comunicaciones y tenemos el problema del aislamiento al que estamos sometidos todo el sistema de salud que rige este departamento".*

Además los problemas de conectividad son mencionados con preocupación: *"Muchas veces tenemos la dificultad de que Internet está cortado o que no tenemos luz eléctrica, de que no tenemos el mismo servicio que se tiene constantemente en una ciudad entonces, eso por ahí dificulta el*

*trabajo nuestro, porque no tenemos la fluidez del Internet todos los días. Fluidez que se me corta cuando quiero hacer un curso a distancia, que es algo que ata a muchos médicos a venir por estos lados, porque uno no puede seguir formándose”.*

Los sueldos se resaltan apenas un poco superiores en relación a otros sitios pero no lo suficientemente motivadores sobre todo para los profesionales jóvenes: *“Entonces, por un sueldo, por más que vos digas 44 horas, 32 mil pesos a un médico, se queda en la ciudad. ¿Quién va a venir acá, con las rutas como están?”.* A eso se le suma la responsabilidad que se duplica por la escasez de instrumentos y tecnologías así como por la fuerte demanda: *“la guardia está muy sobrecargada y no da a basto. El mismo médico de guardia tiene que subirse a una ambulancia cuando tiene que salir con un paciente”.*

La sensación de soledad aparece nuevamente: *“yo creo que el profesional se entra a sentir desprotegido, ese temor te espanta”.* Se reconoce que la problemática para conseguir médicos atraviesa a toda la provincia pero se complejiza en el norte: *“Si en Santa Fe te faltan médicos en el hospital de niños, te faltan en el Iturraspe, por esa razón que te acabo de decir. A eso, sumale mandarlo 500 kilómetros al norte, a la nada, sin luz, sin Internet, sin rutas, sin comunicaciones, sin casa, sin agua. ¿Qué querés? Viene el que no puede agarrar otra cosa”.* Esa impresión desprestigia el ejercicio de la medicina en la zona y tampoco colabora a que se sumen voluntarios para radicarse.

Si bien está claro que *“nadie hace una carrera para terminar en Gato Colorado”*, varios de los puntos mencionados pueden ser intervenidos por la contraparte para disminuir sus efectos sobre la decisión en la movilidad de los médicos. Al respecto, insistimos con la posibilidad de pensar un formato de carrera médica en la cual la movilidad (por períodos cortos) en zonas desfavorable califique de manera superior y se den posibilidades de mejores lugares e incluso ascensos.

Otro hecho favorable, es la buena imagen que tiene nuestro sistema de salud en Santa Fe en comparación con otras provincias vecinas. Tal vez una buena opción sea dirigir las convocatorias a profesionales del Chaco, Santiago del Estero y Corrientes. En muchos casos se trata de localidades más cercanas a los lugares con vacancias en Santa Fe que la propia capital provincial. *“Con lo que nos cuesta conseguir profesionales para cubrir las guardias. Imagínate ¿quién va a venir a hacer una guardia a Villa Minetti? Estamos trayendo gente de Corrientes, para que te des una idea. Acá tenemos la misma distancia a Corrientes que a Santa Fe”.* *“En la parte de la guardia, la doctora L por ejemplo, que es la que está de guardia hoy, dice yo vengo acá porque con ustedes aprendo, porque ella trabaja aparte en Santiago del Estero. Ella dice que viene porque aprende, no viene porque la atrae el sueldo. Viene porque tiene un poco de cada servicio, ve el manejo...”.*

## 4.2 Análisis Polígono de Valoraciones

### *Breve descripción del instrumento y la metodología de trabajo*

Aunque ya hemos explicado algunas consideraciones generales, por no tratarse de una técnica habitual, nos parece importante avanzar sobre la utilidad del instrumento. El polígono de valoraciones un instrumento de relevamiento y análisis cualitativo de la valoración relacional que realiza un actor, grupo o grupos de actores, respecto a un cierto número, limitado, de variables que son componentes esenciales de un tema o acontecimiento y, donde el propio instrumento constituye una representación gráfica de dicha valoración, que facilita la tarea de análisis (Vigier Dos Santos, s/f).

De esta manera la representación del polígono nos permite analizar el posicionamiento de los actores en relación a ciertos temas a partir de observar las jerarquías de las variables. Se parte del supuesto que la calificación que una variable reciba da cuenta de su significación al evidenciar la importancia subjetiva que la misma tiene para el actor.

Así, al valorar escalarmente una variable, el instrumento permite medir las percepciones de los actores a partir de las bajas calificaciones reiteradas en

determinadas variables o, a la inversa, detectar el reconocimiento de las fortalezas que pueden ser objeto de acción comunicacional por parte del gobierno.

Para la lectura del instrumento es necesario aclarar que el perímetro del polígono de base representa la situación ideal. En tanto el polígono formado por las valoraciones del entrevistado/a representa la situación observada.

La escala que se utilizó en la investigación para la valoración es de 1 a 6 siendo: 1 muy malo; 2 malo; 3 regular; 4 bueno; 5 muy bueno; 6 excelente.<sup>13</sup>

- Referencias de los **directores de efectores** entrevistados:

Dr. Carlos Ferratti: SAMCO Villa Minetti

Dr. Andrés Cagliero: SAMCO Tostado

Dr. Jorge Fiant: Hospital Reconquista

Dr. Edmo Mingo: Centro de Salud Bety Griselda Flores

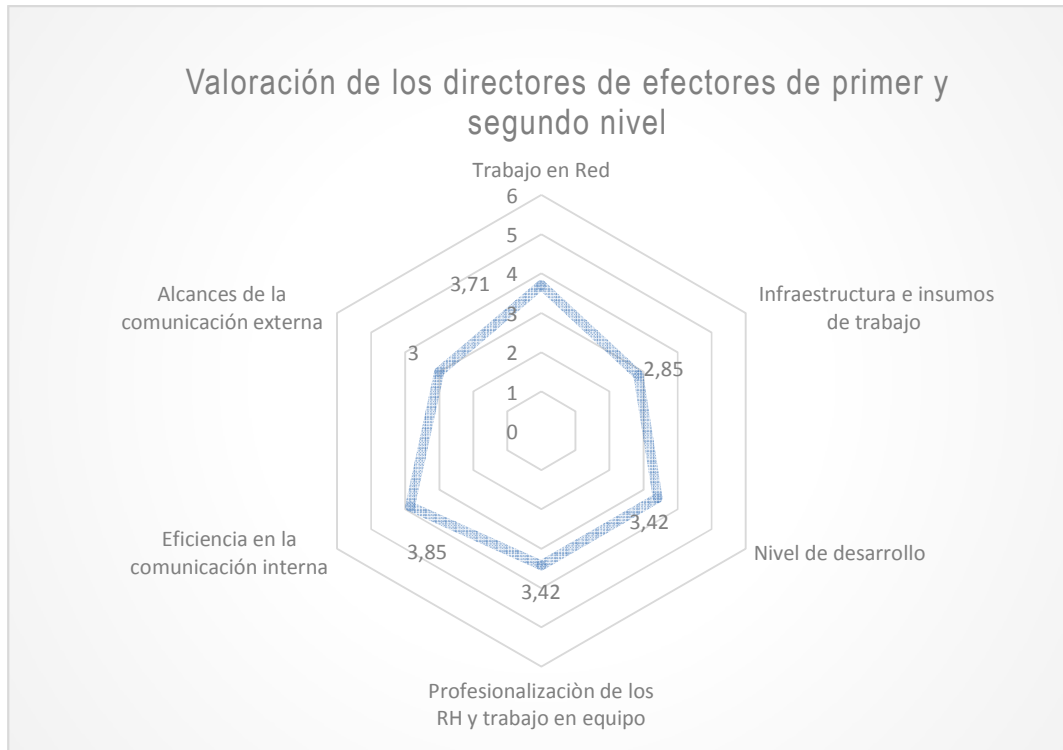
Dr. Fabio Gómez: Centro de Salud Santa Margarita

Dra. Daiana Mendoza: Centro de Salud El Nochero

---

<sup>13</sup> En la pág. 25 se encuentran detalladas las variables del Polígono.

## Polígono 1: Directores de Efectores



Fuente: realización de entrevistas 2017

La valoración promedio del funcionamiento del sistema de salud del grupo de médicos es percibida como Regular. La variable que recibe mejor valoración es “Eficiencia en la comunicación interna”. A la inversa, la peor valorada es la de “Condiciones de Infraestructura e Insumos de Trabajo”.

Los niveles de coincidencia en torno a la ponderación de la variable “Trabajo en red” resulta llamativa, dado que todos los actores la califican con un 4 (bueno) a excepción de uno que la califica con 3 (regular), por lo que podemos deducir las posiciones de homogeneidad de los directores en torno a la valorización positiva del funcionamiento de la red.

- Referencias de los **funcionarios políticos** entrevistados:

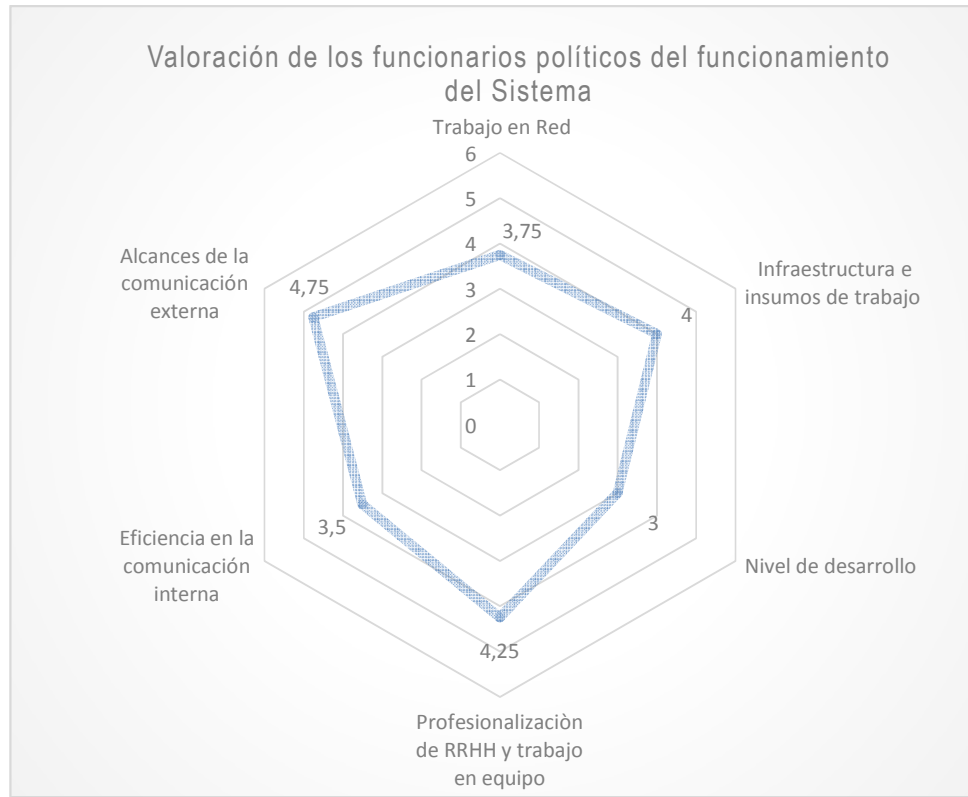
Zulema Furrer: Coordinadora de Nodo Rafaela

Raúl Medina: Sub-coordinador Nodo Rafaela

Ernesto Bosco: Coordinador de Nodo Rafaela

Vanessa Cipoletti: Sub-coordinadora Nodo Rafaela

## Polígono 2: Funcionarios Políticos



Fuente: Realización de entrevistas, 2017

El polígono de los funcionarios políticos es el que mayor distancia presenta con relación al resto de las percepciones. Desde una mirada global, una valoración positiva del sistema de salud es lo que emerge, donde la calificación promedio es de bueno (4).

Una lectura por temas nos muestra que la variable mejor valorada es la referida al “Alcance de la Comunicación Externa”, cuestión que recibe por uno de los actores, la calificación de un excelente, calificación que no se repite en el resto de los polígonos y que explica vagamente el por qué luego no hay respuestas positivas a dicha comunicación. Este representa un dato de valía para el estudio dado que esta puntuación eleva el promedio general.

La variable que recibe bajas calificaciones es “Nivel de desarrollo de las localidades del norte”, tema que se constituye para los funcionarios políticos

como el principal problema del funcionamiento del sistema de salud. En algún punto esto parece deslindarlos de ciertas responsabilidades.

Los niveles de coincidencia en torno a la valoración de un 4 (bueno) de la variable “Infraestructura e insumos de trabajo” muestra la existencia de la homogeneidad de la percepción de los funcionarios en este punto pero se contrapone con la percepción de los directores de los efectores. Un contrapunto que amerita mejoras en la comunicación.

- Referencias de los **médicos** entrevistados:

Dra. Evangelina Soledad López: SAMCO Tostado

Dr. Redondo Mariano: SAMCO Tostado

Dra. Marcela Saravia: SAMCO Tostado

Dra. Pediatra Araceli Redondo: SAMCO Tostado

Dra. Guadalupe Martínez: SAMCO Tostado

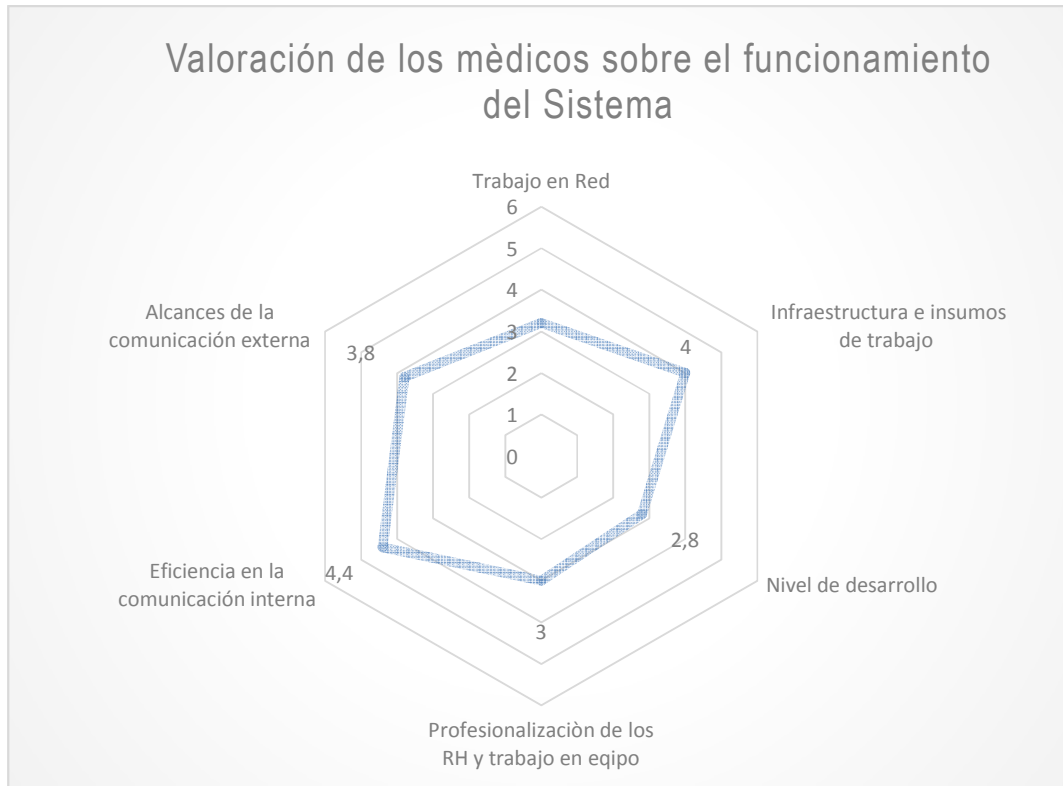
Dra. Tania Mian: Instructora de Residentes de Reconquista

La observación del polígono del grupo de médicos nos permite realizar una lectura por temas. Así, observamos que la ponderación más baja se encuentra en la variable “Nivel de desarrollo de las localidades del norte”. En tanto la mejor ponderación se realiza en la variable “Eficiencia en la comunicación interna” que es calificada como buena (4).

En tanto, los mayores niveles de coincidencia se presentan en la valoración de “Infraestructura y condiciones de trabajo”, donde la mayoría de los actores otorgan un 4 (bueno). Donde se evidencian posiciones de heterogeneidad es en la variable “Profesionalización de los RH y trabajo en equipo” donde algunos la califican con 1 (muy malo) y otros con 5 (muy bueno).



### Polígono 3: Médicos



Fuente: Realización de entrevistas, 2017

#### - Referencias de los **residentes** entrevistados:

Se entrevistaron a 12 residentes de Reconquista

En el polígono de los residentes el funcionamiento del sistema es calificado como Regular (3). Haciendo una lectura por temas, la variable mejor valorada es la “Eficiencia en la Comunicación interna”. En tanto que la variable “Nivel de desarrollo” es la que recibe la ponderación más baja siendo calificada como mala (2). Dicha percepción no es menor si tenemos en cuenta que es la mirada de quienes deben optar por radicarse en el Norte luego de terminada su especialidad.

Asimismo, y al igual que en los polígonos restantes, la dimensión de la comunicación siempre es mejor calificada en relación a las otras.

Lo que notamos en este grupo, es la existencia de una mayor disparidad de la percepción, donde las posiciones entre los miembros son muy heterogéneas.

#### Polígono 4: Residentes cupos jerarquizados



Fuente: Realización de entrevistas, 2017

De la observación del polígono podemos deducir algunos aspectos importantes acerca de las percepciones de los actores sobre el funcionamiento del sistema de salud en los departamentos del norte.

En primer lugar, una lectura por grupos de actores, nos permite detectar que el polígono que presenta una valoración promedio más positiva del actual funcionamiento del sistema es el de los funcionarios políticos, en donde la percepción es asumida como “Buena” (4).

Si comparamos el polígono de los funcionarios con el de los residentes observamos que es el que más distancia presenta respecto de las valoraciones entre los entrevistados. Así, podemos decir que hay una brecha entre las

percepciones de estos grupos donde las variables de los residentes reciben siempre bajas calificaciones en relación a la de los funcionarios.

Si comparamos los polígonos de los residentes con el de los directores observamos que muestran un nivel de coincidencia en torno a la valoración de algunos temas pero aparecen percepciones diferenciales en el “trabajo en red” y el “nivel de desarrollo de los departamentos del norte”, que son mejor valoradas por los directores. Asimismo, es valioso destacar que en ambos polígonos las valoraciones promedio son compartidas por ambos grupos calificando el actual funcionamiento del sistema como Regular (3). Así, observamos una homogeneidad en el posicionamiento de las percepciones de ambos grupos de actores (residentes y directores).

### Polígono 5: Valoración general



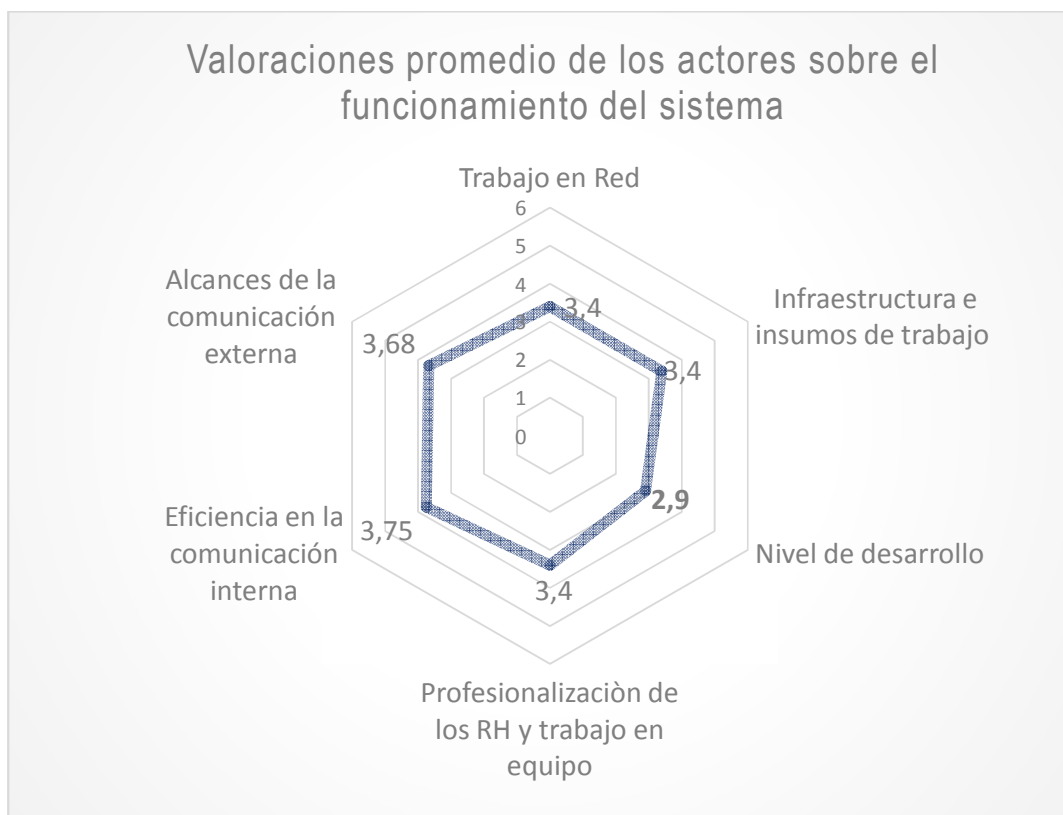
Fuente: Realización de entrevistas, 2017

Siguiendo con la comparación del polígono de funcionarios con la de directores y residentes y observando el polígono por temas notamos que la variable mejor valorada por los funcionarios es “la Eficiencia en la comunicación externa”, siendo percibida como Muy buena. Esto contrasta

fuertemente con la percepción de los residentes y directores quienes valoran esta dimensión como regular (3).

En cuanto al polígono de los médicos la valoración promedio acerca del funcionamiento actual del sistema es de bueno (4). Ahora bien, observando el polígono por temas la valoración es regular en la variable “Profesionalización y trabajo en equipo” y en la variable “Trabajo en red” lo que acerca sus percepciones a la valoración de los residentes y los directores.

### Polígono 6: valoraciones promedio de todos los grupos de actores



Fuente: Realización de entrevistas, 2017

La observación del polígono 6 nos permite determinar el promedio de valorización de cada variable por el conjunto de actores. A partir de las bajas calificaciones obtenidas en la variable “Nivel de desarrollo de los departamentos del Norte” podemos decir que este se presenta como el mayor obstáculo para el correcto funcionamiento del sistema de salud. En tanto la mejor valorada es “La eficiencia en la comunicación interna” presentándose

como una ventana de oportunidad lo cual puede constituirse como una fortaleza y objeto de acción por parte del Ministerio.

Resultan llamativos los niveles de coincidencia en torno a las valoraciones promedio de las variables “trabajo en red”; “Condiciones de infraestructura e insumos de trabajo” y “profesionalización de los RH y trabajo en equipo” que reciben una calificación de regular (3).

En la lectura global del polígono de las valoraciones promedio se desprenden áreas de intervención con mayor y menor injerencia por parte de la contraparte. Las cuestiones macro de infraestructura claramente no son competencia directa aunque inciden con fuerza en la decisión de radicarse en los departamentos del Norte, sobre todo teniendo presente el factor de la distancia y las pocas oportunidades de movilidad. Los avances en obras en el marco del Plan del Norte se constituyen en una ventana de oportunidad en ese sentido en el mediano plazo.

Ahora bien, lo referido al trabajo en red y las condiciones e infraestructura de los efectores de salud e insumos son dos cuestiones nodales sobre las que sí se tiene capacidad de acción desde el propio Ministerio de Salud y que se sugerirán como líneas de intervención inmediata.

### **4.3 Análisis Encuestas**

A fin de complementar los datos cualitativos obtenidos de las entrevistas antes mencionadas se realizaron encuestas en los distintos efectores de los departamentos General Obligado, Vera y 9 de Julio.

Las 70 encuestas realizadas fueron administradas casi en su totalidad de manera telefónica por miembros del equipo investigador, salvo algunas excepciones aisladas en que el actor solicitó que le sea enviada por mail. Lo que fue viable en gran medida porque para la tarea de recolección y procesamiento de datos se utilizó Google Forms.

Con el propósito de alcanzar una representatividad de la muestra y de los actores miembros de sistema de salud se encuestaron: directores, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, administrativos y agentes sanitarios, entre otros. En el cuadro siguiente se describe la muestra en función de la ocupación de los encuestados:

**Tabla 3: Tipo de Actores Encuestados**

Puesto/Ocupación	Porcentaje
Médicos	33 %
Directivos	21 %
Enfermeros	20%
Agentes Sanitarios	7 %
Trabajadores Sociales	6 %
Administrativos	6%
Otros <sup>14</sup>	7%
TOTAL	100 %

Fuente: elaboración propia

Para comenzar, se pidió a cada encuestado que caracterice el funcionamiento del efector del cual forma parte: el 57% considera que es **Bueno** “porque siempre hay algo para mejorar”, agregaban. En tanto que, el 26% consideró que es **Muy Bueno**, tan solo el 17% lo calificó como **Regular**. En términos generales, lo que también apareció en las entrevistas, hay una coincidencia en la cuestión de “la falta”. Aseguran que en Salud siempre se puede mejorar y eso también estimula la demanda constante.

*¡Falta! Falta servicio. Te puedo nombrar un montón de déficits, pero creció. Siempre falta. Pero hay cosas que no deben faltar. Y hay cosas que no se deben demorar (Director Reconquista).*

*Un funcionamiento bueno, con faltantes, pero con un equipo de trabajo con el cual estoy conforme porque me responden (Médico Santa Margarita).*

<sup>14</sup> Se incluyen aquí psicólogos, kinesiólogos, choferes de ambulancia.

En esa línea, cuando se indagó respecto de las problemáticas que enfrentan cotidianamente en los efectores, fueron explayándose sobre ellas. En primer lugar con 43 respuestas aparece la *Baja cantidad de profesionales de la salud en relación a la demanda*; seguida de *falta de comunicación con otros organismos de la red de salud*(32.9%); *Escasez de insumos* (30%); *Falta de capacitación en el personal* (24.3%) y *conflictos internos* con apenas 14 menciones.

La escasez de profesionales de la salud, de todas las áreas y sectores claramente marcó una tendencia. En general los encuestados aclaraban en este punto que se estaban refiriendo no solo a médicos generalistas y especialistas, sino también a personal de enfermería, técnico, choferes y de administración como ya hemos hecho mención de lo que se desprende de las entrevistas.

En algunos casos hasta hicieron referencia a que cuentan con ciertos equipamientos, pero que no pueden utilizarlos debidamente por no contar con técnicos que los utilicen ni secretarios que tomen los turnos debidamente. *“Faltan cargos, incluso por fuera de la medicina. Hay promesas de cargos eternas, estamos esperando pero seguimos como estamos”* (Médico Tostado). *“Faltan cargos, con promesas no trabaja nadie”* (Médico Santa Margarita). *“Existen muchos problemas pero el tema de la carencia o falta de gente que te cubra las guardias es desesperante”* (Médica Vera).

Seguidamente, se impuso la falta de comunicación con otros organismos de la red de salud, que fue solo uno de los cuestionamientos que se hicieron al funcionamiento del sistema. Por su parte, los problemas en las derivaciones fueron señalados como prioritarios: el 43% de la muestra lo indicó como la principal problemática. Esta respuesta toma aún más relevancia, al considerar que el 44.3% de los encuestados indicó una sola problemática en el funcionamiento de la Red. Y además, se ve enriquecida por los comentarios de los actores respecto de que el mayor problema no está en las urgencias sino en los turnos programados para estudios o consultas con especialistas en el Hospital Central de referencia.

En las entrevistas ya habían aparecido con alta frecuencia comentarios del mismo tipo, también asociado al factor de las distancias: *“la parte de la derivación es un drama” “las derivaciones están cada vez peor”.* *“El principal problema es el centro de derivación, no tenemos especialistas, no tenemos laboratorio, no tenemos rayos x, eso sería lo más. El efector más cercano para efectuar está a 120 kilómetros. No tenemos movilidad porque o se rompió o porque está excedida de kilómetros. Ese sería más el inconveniente”*

En esa línea, el 9% marcó tener algún tipo de problema con los turnos programados, sea por la demora en el otorgamiento –en algunos casos 4 o 5 meses- o por la ausencia de una contra referencia de la consulta que fue derivada. Algunos encuestados llegaron a calificar de *“demasiado burocrático”* el funcionamiento, que hace que en muchos casos los pacientes desistan –y opten por la atención en otros sitios, si pueden hacerlo- o cambien su condición: se conviertan en madres, si se trataban de controles pre-natales o dejen de sentir alguna dolencia que los aquejaba.

Al parecer, sea por un motivo o por otro, las derivaciones en casi todos los casos acarrear alguna cuestión. El traslado de los pacientes fue señalado como otra de las problemáticas, y mucho más grave se puede tornar cuando no se cuenta con un chofer para que conduzca el vehículo. En ese sentido, al consultarles a los encuestados acerca del servicio del SEIS 107 las respuestas fueron mayoritarias en que debería mejorar la calidad del servicio prestado. Puntualmente hacían alusión que esa mejora debería hacerse aumentando la dotación de personal en todas las ocupaciones: operadores, choferes, enfermeros; como así también mejorar la capacitación de los mismos a fin de atender mejor los casos.



### Gráfico 1: Funcionamiento SIES

¿Cuenta su efector con servicio del SEIS 107?

69 respuestas



Fuente: encuestas 2018 a 70 efectores de la red de salud del norte

La infraestructura disponible en cuanto a redes de comunicación, vías de acceso y servicios públicos, es otro de los aspectos que más pesan en el óptimo desempeño del Trabajo en Red. El 91% de los encuestados coincide en señalar el impacto de las condiciones de los caminos, la falta de acceso a agua potable, la mala prestación del servicio de energía y la baja calidad de señal en internet y telefonía como problemas que influyen en el desempeño de la red. En las entrevistas resuena en ese sentido una frase sobre la que ya avanzamos: “¿Quién va a querer vivir acá?”.

Al consultar respecto de las cuestiones que son necesarias resolver para mejorar trabajo en red, un 35.7% de los encuestados marcó los problemas de conectividad y telefonía móvil como prioritarios o segundos en orden de importancia. Más allá de que en algunos casos admiten que estas cuestiones de infraestructura exceden al sistema de salud, en muchos casos entorpece el trabajo al punto de, por ejemplo, no poder consultar en el SICAP la cartilla de vacunación de un niño durante su visita al efector.

Independientemente de lo anterior, al hacer referencia al nivel de comunicación interna existente en el efector, en líneas generales fue calificada positivamente: el 45.7% cree que es bueno, el 30% muy bueno,

mientras que 22.9% sostiene que es regular y el 1.4% malo. Lo mismo sucedió al hablar de comunicación externa, es decir con otras instituciones, los medios de comunicación y la comunidad en forma directa el 55.7% la calificó como es buena, el 25.7% asegura que es muy buena, en tanto que solo el 15.7% dijo que es regular y el 2.9%, mala. La comunicación vuelve a aparecer como una fortaleza del sistema que debe aprovecharse.

Sin embargo, podría haber algunas cuestiones a fortalecer en la comunicación descendente, es decir, desde los niveles superiores del Ministerio de Salud provincial hacia los propios efectores. Por ejemplo, en este sentido, 22.9% cree que hay una falta de comunicación clara por parte del Ministerio de Salud respecto del funcionamiento del trabajo en red, acotando en algunos casos que existe un desconocimiento acerca de cómo debe trabajarse entre niveles.

Eso asociado a un reclamo permanente: la necesidad que se conozca la realidad en la que trabajan. En palabras de los propios actores: *“Necesitamos que vengan, nos llamen, nos escuchen”* (Director de efector). *“El Ministerio nos está dando mucho y está visualizando la problemática de acá pero ellos tienen que bajar de allá y ver la problemática real de acá”* (Directora efector). *“El que está allá, está sentado en un oficina y no sabe cuáles son las necesidades que hay en el Norte”* (Director efector).

En lo vinculado a las capacitaciones, el 82.9% manifestó asistir frecuentemente a las promovidas por el Ministerio de Salud provincial. Inclusive el 88.6% cree que serían necesarias mayores capacitaciones. Al margen de esto, en algunos casos puntuales, señalaron que los efectores del norte están muy lejos de las capacitaciones y actualizaciones y que concurrir a ellas en muchas ocasiones les implica viajar a 400 o 500 km. De distancia, dejando descubierto su trabajo por falta de reemplazos. O bien, coordinar con algún colega que acaba sobrecargado de trabajo por suplirlo: *“Tras que somos pocos nos hacen viajar a las capacitaciones”* (Pediatra).

A su vez, la necesidad de capacitación es una demanda constante. La sensación de que el norte los estanca profesionalmente es una cuestión a ser abordada con urgencia. Consultado sobre este tema, el coordinador de gabinete ministerial reconoce la problemática:

*Yo entiendo al médico o al equipo de salud qué se refiere a capacitaciones, si bien vos podés acceder online, y lo mismo en la oferta privada podés acceder a cualquier curso online de cualquier parte del mundo hoy en día, por lo tanto si garantizamos computadoras y conectividad, vos tenés acceso a capacitarte, si es tu interés capacitarte. Pero ellos a veces reclaman lo que yo te decía, la presencia. Ahí sí hay una dificultad con el tema de que cuando vos estás en un lugar te convertís en el equipo único, nosotros tenemos que garantizar por un lado, la continuidad asistencial de los pacientes y por otro lado, tenemos que ver cómo te permitimos que vos te formes en lo que a vos te gusta.*

Y continúa:

*Pero igualmente creo que la principal falla que tenemos es en lo comunicacional, que nosotros tenemos que hacer saber a todos estos profesionales que disponen en las plataformas del Ministerio de cursos gratuitos continuos y tienen acceso a todas las revistas científicas del mundo. Por eso yo digo a veces el reclamo de la capacitación es encubierto en una cuestión de “che, quiero salir un poco de acá, quisiera estar rotando, quisiera estar viajando” y que es válido también porque si los compañeros de las grandes ciudades tienen acceso a esto por qué no tenerlo los compañeros que están haciendo un mayor sacrificio, porque así lo consideramos, te remuneramos más porque sabemos que el lugar es de difícil acceso (Emiliano Melero, Coordinador de Gabinete Ministerio de Salud).*

Las temáticas de capacitación propuestas por los actores, resultaron diversas, como es posible observar en el siguiente esquema:

### Ilustración 15: temas capacitaciones demandadas



La imagen anterior es el resultado del uso de la herramienta <https://www.databasic.io/es/wordcounter/>. En ella se cargaron todas las respuestas dadas por los encuestados y arrojó las más significativas. Otorgándoles un tamaño determinado en función de cuántas veces hayan sido mencionadas.

La actuación en emergencias, temáticas como vacunación y actualizaciones en vacunas, prevención y promoción de la salud resultaron ser de las más recurrentes. También las vinculadas a enfermedades diversas: de transmisión sexual, de estación –por ejemplo, gripes, o alergias-, hipertensión, diabetes o distintos tipos de cáncer.

Por otra parte, las vinculadas a embarazo y parto. Vinculada a esta última temática, la han solicitado, por ejemplo, miembros de efectores de la Cuña Boscosa. Lo hicieron manifestando que se sentirían más seguros cuál es el correcto accionar cuando les toca actuar en esos casos. Porque, por más que en sus efectores no tengan las instalaciones para atender esos casos, muchas veces les toca hacerlo porque no llegan a derivar a la parturienta hasta el lugar donde debería ser atendida. O bien, acaba dando a luz por el camino.

No solo refirieron a temas médicos, sino también a cuestiones administrativas, relacionadas, por ejemplo, al uso del SICAP. También demandan ser capacitados en temáticas vinculadas a la administración de personal y motivacionales. Sobre todo, apuntando a quienes ocupen posiciones de mando en los efectores, pero no solo limitado a ellos sino haciéndolo extensivo a todos sus miembros.

Puntualmente en lo que hace a las cuestiones motivacionales, resultaron recurrente las expresiones del tipo “falta motivación hacia el trabajo”, “no hay motivación para capacitarse” o “solo van cuando son obligatorias”. Así algunos encuestados mencionaban que casi siempre “son los mismos” los que concurren a las capacitaciones, por lo que no son todos los miembros de los efectores los que participan.

Los encuestados también desean que se aborden temáticas vinculadas a la diversidad sexual y los pacientes transgénero, a los fines de contar con mayor información. Algunos otros, por su parte, consideraron importante conocer acerca del alcance legal de las actuaciones de médicos y enfermeros, así como sus derechos y obligaciones. Mencionando que a veces dudan en su proceder si hacer o no hacer algo por lo que luego puedan acabar siendo cuestionados.

Como se puede observar, los temas fueron sumamente variados. Por eso, se podría decir que, por más que la mayoría considere que la oferta de capacitaciones es mucha, capacitaciones, deseos de formación, demandan más.

Al solicitarles a los encuestados que señalen las dos cuestiones que ellos consideran prioritarias para que los profesionales de la salud se radiquen en el norte, la posibilidad de capacitaciones frecuentes fue señalada como relevante, pero quedó ubicada en un tercer nivel de importancia, detrás del aumento de sueldos y el trabajo en red.

La temática del aumento de las remuneraciones fue mencionada por el 70% de los encuestados. En tal sentido, agregaban que no solo se estaban

refiriendo a los médicos, sino a todos los actores miembros del sistema de salud. Poniendo como ejemplo, que algunos de ellos no reciben ningún plus por “zona desfavorable” o algo similar, por el sitio donde desempeñaban sus labores. Muchos afirman que si recibieran mejor paga dejarían de trabajar en el privado y podrían dedicarse mejor al efector.

En segundo lugar, el 34% hizo mención al trabajo en red. Lo que muestra en gran medida el valor que tiene para los interesados este sistema y el porqué de la importancia de que funcione correctamente. Se resalta el valor del trabajo realizado por los coordinadores de Nodo aunque en el caso del Departamento 9 de Julio se reclaman sub-coordinadores con presencia territorial dada la distancia a Rafaela (algo en lo que también coincidieron los coordinadores del Nodo 2). Por otro lado, el reclamo es que el área central también conozca las particularidades de sus territorios y les den más contención. Acuerdan en que conocer la realidad en la que trabaja el otro entre todos los que integran la red de salud del Norte simplificaría las cosas, incluso mejorando las derivaciones y la recepción de los niveles más altos sobre la labor que realizan los otros con muy pocos recursos en proporción.

En el cuadro siguiente, aparecen sintetizadas las principales respuestas:

**Tabla 4: Incentivos para los profesionales**

<b>Dimensión</b>	<b>1°</b>	<b>2°</b>	<b>Total</b>
<b>Aumento en los sueldos</b>	48.6 %	21.4 %	70.0%
<b>Trabajo en Red</b>	18.6 %	15.7 %	34.3%
<b>Posibilidad de capacitaciones frecuentes</b>	4.3 %	18.6 %	22.9%
<b>Cargos Full Time</b>	14.3 %	7.1 %	21.4%
<b>Otros motivos</b>	14.3 %	20.0 %	34.3%
<b>NS/NC</b>	0.0 %	17.1 %	17.1%
<b>Total</b>	100.0 %	100.0 %	

Fuente: elaboración propia en base a encuestas 2018

El 21.4% de los encuestados marcó la disponibilidad de cargos full time. Ubicándolo en una cuarta posición. Sobre todo, fueron personas miembros de efectores de primer nivel ubicados en zonas alejadas de las urbes, donde el profesional médico es único o son unos pocos. En realidad se trata de la paga. Aunque en general, la primera reacción era decir: “cargos full time no”, o “los cargos full time no sirven”, algo sobre lo que ya hemos avanzado.

Como se ve claramente en el cuadro que antecede, en este punto, el 34.3% de los encuestados dieron motivos distintos a los propuestos en la consigna. Fue así que mencionaron las cuestiones de infraestructura –no solo en lo que hace a servicios públicos, sino también edilicia de los efectores-; el desarrollo tecnológico; la estabilidad laboral; la regularización de los haberes, entre otras.

En algunas encuestas, incluso mereció un acápite particular la gremial médica de Reconquista. En virtud de lo que expusieron varios de los actores, los aranceles que cobra a los médicos para el ingreso a ella es muy elevado y casi prohibitivo para muchos profesionales. Se pudo notar que esta temática era recurrente en encuestas a médicos de los centros urbanos de Reconquista y la zona. Donde los problemas de la accesibilidad, las redes de comunicación y el aislamiento eran inexistentes.

Otra tendencia que se marcó fue la de que la amplia mayoría de los encuestados opinan que el nivel de desarrollo económico, social, cultural, incluso tecnológico, de los departamentos General Obligado, Vera y 9 de julio, influye en la decisión de los médicos para radicarse en ellos. Un 80% afirma que sí. En la misma línea, sintetizando el 91.4%, considera que nivel de infraestructura disponible en cuanto a: rutas, sistema de transporte, acceso a Internet y servicios públicos, influye en el desempeño del Sistema de Salud.

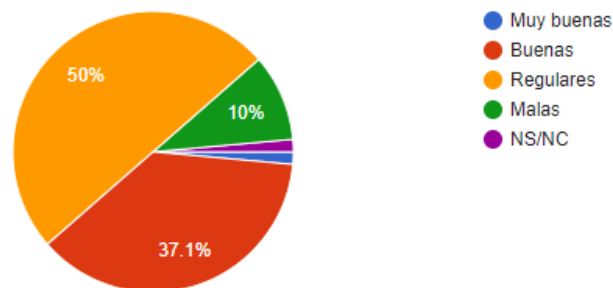
Estas dos variables, los lleva a considerar que las condiciones de vida de la población en la región son regulares o a lo sumo buenas, como se puede observar en la siguiente gráfica. La falta de agua es la principal carencia

señalada junto a los problemas de movilidad asociada a caminos y la falta de transporte público. A pesar de esto, el 91.4% de los encuestados considera que en general los habitantes de la región tienen acceso al sistema de salud.

## Gráfico 2: Calidad de vida

Según su percepción, las condiciones de vida de la población en la Región, son:

70 respuestas



Fuente: encuestas 2018 a 70 efectores de la red de salud del norte

Insistimos en este punto con promocionar en todo el territorio provincial lo que significa el Plan del Norte y los avances que ya se han alcanzado y se prevén obtener en el corto y mediano plazo. Incluso de explotar su potencial turístico.

## 5. FODA. Diagnóstico Contextual y líneas estratégicas



La sigla FODA, es un acrónimo de Fortalezas (factores críticos positivos con los que se cuenta), Oportunidades, (aspectos positivos que podemos aprovechar utilizando nuestras fortalezas), Debilidades, (factores críticos negativos que se deben eliminar o reducir) y Amenazas, (aspectos negativos externos que podrían obstaculizar el logro de nuestros objetivos).



La matriz FODA es una herramienta de análisis que puede ser aplicada a cualquier situación, individuo, producto, política, etc. que esté actuando como



objeto de estudio en un momento determinado del tiempo. Es como si se tomara una “radiografía” de una situación puntual. Luego de analizarlas, se pueden esbozar líneas de intervención para la toma de decisiones estratégicas que mejoren la situación actual en el futuro.

Según lo presentado en el proyecto originario como demanda de la contraparte, el problema del cual partimos para realizar nuestro FODA es: la dificultad para conseguir que médicos se radiquen en los Departamentos de 9 de Julio, General Obligado y Vera de la provincia de Santa Fe.

<b>FORTALEZAS</b> 	<b>DEBILIDADES</b> 
<p>Percepción positiva de los profesionales respecto del buen acceso a la salud por parte de la población.</p> <p>Acuerdo en el reconocimiento como problema de la falta de médicos y especialistas en la zona por parte de los directores de efectores y las autoridades del Ministerio.</p> <p>Manifiesto interés de los Recursos Humanos por formarse y capacitarse en áreas claves del sistema de salud.</p> <p>Existencias de actores comprometidos con las instituciones de la salud pública.</p>	<p>Insuficientes conocimientos de formación sobre los fundamentos y las acciones de APS.</p> <p>Ausencia de una visión más global en lo relativo a la definición del problema de la radicación de médicos por parte del Ministerio.</p> <p>Percepción de los médicos de estancamiento y bajo desarrollo profesional por radicarse en el norte.</p> <p>Dificultades en el trabajo en red por desconocimiento de los actores sobre sus circuitos.</p> <p>Falta de rotación de médicos únicos en cargos alejados de los centros</p>

<p>Reconocimiento de la trayectoria del trabajo en el sistema público de salud en Santa Fe (prestigio y seguridad del empleo público).</p> <p>Existencia de centros comunitarios que tienen potencial para ser agentes/operadores comunitarios de APS.</p> <p>Experiencia del dispositivo Intiyaco como disparadora para pensar la movilidad de los profesionales de la salud.</p> <p>Exhaustivas regulaciones legales que promueven la movilidad de los profesionales (ley nº 13.520).</p>	<p>urbanos.</p> <p>Contradicción entre la demanda de una mejor remuneración y la cantidad de horas dedicada a la tarea como es el caso de los cargos full time.</p> <p>Ausencia de un dispositivo que permita la movilidad entre médicos y especialistas en estadías cortas.</p> <p>Baja llegada de la comunicación de las convocatorias que realiza el Ministerio.</p> <p>Inexistencia de una carrera profesional o médica que garantice ascensos, premios y movilidad por mérito.</p>
<p style="text-align: center;"><b>OPORTUNIDADES</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>AMENZAS</b></p> 
<p>Existencia de infraestructura hospitalaria en buenas condiciones.</p> <p>Existencia de 2 (dos) Universidades Nacionales (UNL – UNNE) para acceder a capacitaciones, programas y asistencia técnica de todo tipo con presencia territorial próxima en distancias.</p>	<p>Prevalencia del “Modelo médico” de atención hospitalaria, contrapuesto a la filosofía de APS.</p> <p>Ausencia de equipos interdisciplinarios para contener las demandas sociales emergentes (violencia de género, embarazo adolescente, discapacidad, adicciones, etc.).</p>

<p>Disponibilidad de capacitaciones ofrecidas por el Ministerio y acceso a las principales revistas científicas.</p> <p>Percepción por parte de los actores (médicos y directores de efectores) de una comunicación fluida y constante con autoridades ministeriales.</p> <p>Iniciativa de mejoras infraestructurales en el marco del Plan del Norte.</p> <p>Existencia de recursos endógenos de los territorios para el fortalecimiento de corredores turísticos.</p> <p>Prestigio del sistema de salud provincial y mejores condiciones que en otras provincias cercanas al norte santafesino.</p>	<p>Reducida convocatoria de la población a la cual dirigir la oferta de radicación/movilidad de profesionales.</p> <p>Falta de personal administrativo y de servicios en algunos efectores de baja y media complejidad.</p> <p>Demora en la efectivización de cargos y liquidación de sueldos para ingresantes.</p> <p>Baja densidad poblacional en grandes extensiones territoriales.</p> <p>Percepción peyorativa por parte de los funcionarios centralizados en torno a cierto imaginario del norte, reforzado por la falta de presencia en el territorio.</p> <p>Escasa existencia de desarrollos inmobiliarios y de viviendas particulares para alquileres.</p> <p>Debilidad institucional y comunicacional de la superestructura que provoca el desaprovechamiento del potencial de trabajo.</p> <p>Ausencia de acompañamiento profesional y personal del médico que se siente aislado y sin contención ante la urgencia.</p>
--	---

	Falta de datos estadísticos, diagnósticos e investigaciones relativas a las problemáticas de la salud.
--	--

### Líneas de intervención:



1. Generar estímulos para la movilidad y radicación de los RRHH en el sistema público de salud en el norte de la provincia, no sólo de carácter económico sino de distinta índole, por ejemplo de formación, actualización y carrera profesional.
2. Reglamentar una Carrera Profesional para el personal de salud, que contemple aspectos de capacitación/actualización continua, formas de ingreso, progreso y egreso, así como un sistema de incentivos y sanciones para los ascensos y rotaciones.
3. Desarrollar, con la base del Dispositivo Intiyaco, un modelo similar de movilidad, no ya para una situación de emergencia, si no, por una lado, como postas de salud móviles de especialistas y otros profesionales de la salud; por el otro, con plazos no mayor a dos años, que permitan la movilidad de profesionales de la salud ya en planta de la provincia como una rotación que dé puntos para ascensos (por ej. en computo de años de antigüedad; puesto de mayor jerarquía; rotación a un lugar en que se desee establecerse, etc.).
4. Un modelo similar a éste último puede pensarse para los residentes de toda la provincia en las especialidades consideradas prioritarias. Incentivarlos a realizar una estancia corta (de 2 a 5 años) en los lugares de vacancia a cambio del ingreso a planta, los ascensos, etc. Mejorando también, el sistema de cupos jerarquizados (post evaluación de la generación que egresa este año).
5. Por otra parte, hay un grupo de médicos que no fue objeto de este

estudio que son aquellos que deciden no realizar una residencia. En general, motivados por los beneficios económicos de, por ejemplo, trabajar en una empresa de emergencias. Aunque a modo de supuesto, consideramos pertinente indagar sobre sus intereses porque es dable pensar que con incentivos económicos similares, más los propuestos en el punto tres, decidan movilizarse por algunos años. Tal vez, no para ser médico único en un territorio (por la cuestión de la soledad y distancia) pero sí para refuerzos. En ese sentido la provincia puede ofrecer alguna formación en APS que consolide su formación inicial y les dé las herramientas deseadas. En general, se trata de una población más joven que la de los residentes y es posible pensar que en el marco de sus trayectorias personales sea más sencillo conseguir que se radiquen en el norte por algunos años si los incentivos son prometedores. Un buen modo de acceso a ellos es a partir de un mailing de egresados de las universidades de medicina de la provincia.

6. Pensar en incentivos vinculados a objetivos colectivos (por productividad, por población a cargo y cantidad de controles efectuados, por la cantidad de personas que cubren con acciones preventivas según normas, u otras formas).
7. Considerar el otorgamiento de beneficios para acceder a vivienda y viáticos para volver a sus lugares de origen y para capacitarse.
8. Recomponer la escala salarial, sin olvidar la jerarquización de los RRHH no médicos, particularmente en zonas alejadas o desfavorables; establecer un sistema de puntos o escalafones preferenciales para incentivar la movilidad de los profesionales hacia estos territorios.
9. Repensar la comunicación interna, especialmente a lo referido al funcionamiento de la red; a que los actores se conozcan y conozcan la realidad en la que trabaja el otro; en las capacitaciones y acceso a revistas científicas disponibles.
10. Realizar acuerdos con la UNL (con sede ya en Reconquista) para dictar cursos de posgrados o especialidades médicas en el marco del Hospital Nodal y de los centros de referencia (Villa Ocampo, Vera, Tostado, etc.).

11. Implementar un programa de fortalecimiento de las capacidades gerenciales de funcionarios que se desempeñan en cargos de conducción, incluidos los jefes de nodo y sub-coordinadores. No necesariamente se hace referencia a una capacitación de tipo tradicional, sino que incluya pasantías por otros sistemas sanitarios, metodologías a distancia, modalidades de acompañamiento, entre otras. Los directores de efectores en general son de formación médica pero no poseen conocimientos sobre gestión. Herramientas de este tipo podrían contribuir a hacer más simple sus tareas y aceitar el funcionamiento de la red.
12. En el mismo sentido que el último punto, desde el nivel central y con la intervención de las jefaturas zonales; desarrollar procesos de planificación estratégica y con la participación de los trabajadores profesionales y no profesionales, y miembros de la comunidad. Asimismo, incorporar la programación local participativa y la actualización normativa.
13. Implementar estrategias de comunicación y difusión de convocatorias (institucionales y hacia el público). Realizar campañas comunicacionales utilizando las redes sociales (facebook, twitter, etc.). Pensar la posibilidad de desarrollar materiales propios como publicaciones, boletín informativo, newsletter, etc. con suscripción gratuita. Es importante llegar a provincias aledañas como Chaco, Santiago del Estero, Corrientes y Misiones.
14. Acortar los tiempos de los procesos administrativos para la resolución de cargos nuevos y reemplazos.

## 6. CONSIDERACIONES GENERALES

Como bien se señala en el Plan “El norte de la provincia de Santa Fe pertenece a la región chaqueña y, como tal, comparte características edafológicas, climáticas, ambientales, de costumbres, poblacionales y productivas con provincias del norte del país” (p.17). Esas diferencias culturales también se vinculan con el acceso a la salud, con los patrones cotidianos y con las normas

institucionales. La mirada de algunos funcionarios asentados en la capital provincial parece reconocer esas diferencias pero con una mirada peyorativa, en palabras tales como “*el Norte aplasta, achata*”... Esta mirada debe ser modificada y una buena manera es acercándose a los efectores y dialogando de cerca con ellos desde las áreas centrales. Reformulando la presencia también, de los coordinadores de regiones. La mayor dificultad es la distancia que se halla agravada por la sensación de soledad y falta de contención que con pequeñas acciones puede modificarse.

La posibilidad de crear una aplicación o dispositivo de contención con otros profesionales en línea para urgencias es una alternativa viable y con algunas experiencias en la medicina privada.

Las características similares con la región chaqueña son una oportunidad para conseguir que médicos y otros profesionales de localidades vecinas decidan arraigarse en las de nuestro norte. Es importante encontrar los medios de difusión adecuados para llegar a ellos, utilizando a favor el fuerte prestigio que tiene nuestro sistema de salud público provincial así como las reales mejores condiciones de trabajo que ofrece en relación a las que se dan en sus lugares de origen. En ese sentido usar como canales a los profesionales de la salud que ya son parte de la red provincial y que son oriundos del norte del país puede ser de utilidad para lograr convocatorias exitosas en rincones de las provincias de Santiago del Estero, Corrientes, Tucumán, Entre Ríos, Misiones, Chaco, etc. Por otro lado, puede invertirse en publicidad en redes sociales que abarquen dichas zonas en el pago. Es decir, ampliar la zona de influencia de la noticia. Por supuesto, también pueden agotarse las vías formales como colegios de profesionales.

Si bien existen en el Norte de Santa Fe deficiencias estructurales (redes de agua, luz, comunicaciones, etc.) y de desarrollo cultural, hay un mito sobre dichas localidades sobre el cual hasta comunicacionalmente el gobierno provincial puede trabajar. Primero desde lo que es el norte, segundo desde lo que se proyecta en él (de lo cual la actual gestión es motor) y tercero, como

potencial turístico por ejemplo en la zona de la cuña boscosa. Dicha promoción debe llegar a todo el territorio provincial.

A su vez, la rotación de profesionales ayudaría a que se conozcan las verdaderas realidades del Norte y ello asociado a una carrera médica (o escalafón) podrían ser incentivos claros de rápida ejecución (incluso SIPRUS manifiesta su acuerdo en dicho sentido). En base a esa carrera también podrían diseñarse las capacitaciones y las posibilidades de realizar especialidades, asistir a Congresos, etc. con colaboración de la Contraparte.

En cuanto al funcionamiento macro de la red, se puede trabajar en el procedimiento de derivaciones y en la organización por niveles de atención; los actores reclaman la necesidad de redefinir la complejidad de los establecimientos de segundo nivel cercanos para posibilitar una mayor contención local de las problemáticas, sin requerir derivaciones hacia la capital u hospitales cabeceras de nodo. En ese sentido fortalecer los efectores de primer y segundo nivel es primordial y bajaría los costos considerablemente.

Aunque no queremos ser repetitivas respecto de lo planteado al inicio, nos parece fundamental profundizar sobre el primer punto de los resultados. Si bien el eje articulador del plan de trabajo original ha sido entender la complejidad de lo visualizado como problema en relación a la *radicación de médicos en los departamentos 9 de Julio, Vera y General Obligado*, todos los instrumentos aplicados tenían por finalidad además *conocer y evaluar el funcionamiento macro de la red de salud en el norte santafesino*. Dado que se partía del supuesto de que otros problemas podrían estar impactando sobre la decisión de la movilidad y/o radicación.

En ese sentido, la radicación de los médicos se constituye en una variable dependiente de otras, asociadas al funcionamiento de la red y las condiciones de empleo. Eso no deja de constituirlo en un problema reconocido por todos los actores sino que posibilita pensar la solución de otras falencias que sí dependen de la Contraparte como parte de la solución a la vacancia de profesionales. Como muestra la estadística, en la Provincia de Santa Fe, la media



de médicos supera la recomendada por la OMS. Es por ello que, además de afirmar que la radicación no es la variable independiente, queremos concluir este informe sosteniendo que:

- en primer lugar, se trata más de un problema de movilidad que de radicación. El término radicar implica establecerse en un lugar determinado. En tanto que aquí, por las características de zona desfavorable, es preferible pensar en dispositivos que promuevan la movilidad (puntos 1 a 6 de las líneas de intervención del análisis FODA).

- en segundo lugar, que es necesario ampliar la mirada sobre el problema de la vacancia de médicos. Por un lado, pensando la salud de una manera holística e integral y conformando equipos interdisciplinarios. Por el otro, en localidades de pocos habitantes, pensar en Licenciados en Ciencias Médicas o en Médicos generalistas, con herramientas en APS (línea 5 del análisis FODA).

- en tercero y último lugar, garantizar reemplazos para vacaciones y capacitaciones así como la presencia mínima de dos médicos por localidad en aquellas que superan los 3 mil habitantes. Garantizando el ingreso acorde pero sin la carga del full time. Insistimos en este punto, en la creación de una carrera médica tal como existe, por ejemplo, para los docentes en el Ministerio de Educación con sus especificidades, por supuesto.

No pretendemos en este trabajo ser exhaustivas sobre este punto pero desarrollar una carrera profesional médica implica que se contemplen mucho más las necesidades actuales de los actores. En líneas generales, podría decirse que la carrera profesional es la sucesión de puestos en la jerarquía organizacional, donde cada movimiento ascendente conlleva un aumento de responsabilidad y de salario (Valle Cabrera, 2004; Gan y Soto, 2007; Chiavenato, 2007; Bohlander y Snell, 2008; y Dessler, 2009).

Coexisten en el mercado de trabajo actual personas de distintas edades y generaciones con intereses y expectativas diversas. Por tanto, mediante una carrera profesional, como señala Dessler (2009) “(...) el individuo adquiere consciencia de sus habilidades, intereses, conocimientos, motivaciones y otras

características personales; obtiene información sobre oportunidades y opciones; identifica metas relacionadas con la carrera, y establece planes de acción para alcanzar esas metas específicas”.

Por lo cual, las carreras estarían dejando de ser lineales, estructuradas, con formas específicas y hacia un solo sentido, volviéndose más flexibles, planas, dinámicas, discontinuas, menos predecibles y adaptadas a los intereses y motivaciones individuales. El sector salud no está exento de esto, motivo por el cual es imperioso responder a esta nueva realidad y pensar dispositivos de movilidad que sean de utilidad para el Ministerio cubriendo las necesidades en el sector público de salud y, a su vez, contemplando las motivaciones e intereses de quienes trabajar en él o de quienes son objeto de sus convocatorias.

Finalmente, y en relación a este último punto, resaltar que si bien es cierto que hay “un clima de época” que apunta a la mercantilización de las profesiones y la acentuación de la individualidad, existen formas de compensarlo (punto 6 análisis FODA). Si bien es evidente que las trayectorias personales influyen sobre la decisión de radicarse en el Norte y, por tanto, hay que promover el retorno en el caso de los nativos y detectar profesionales que deseen la estabilidad laboral junto a la vida tranquila de un lugar pequeño; creemos que está en manos del Ministerio de Salud, en articulación con otras áreas del Gobierno Provincial, promocionar las ventajas que ofrecen (utilizando las propias fortalezas del sistema en la promoción y las oportunidades que impactan en la decisión de radicación o movilidad). Dado que aunque la cuestión salarial aparece priorizada (ver tabla 4), las motivaciones para la movilidad y la radicación dependen de otros incentivos de tipo no económicos.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- BASCOLO, Ernesto y YAVICH, Natalia (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Revista Salud Pública*. 12(1): 89-104.
- BELTRAMINO, Susana y BLOCH, Carlos (1994). El Sector Salud en la Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana Regional de la Organización Mundial de la Salud. Publicación N° 40.
- BOHLANDER, G. y SNELL, S. (2008). *Ampliación de la Reserva del talento. Reclutamiento y Carrera Profesional*. En: Administración de Recursos Humanos. 14° Ed. Ed.: CengageLearning. México.
- BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Loic. (2008). Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CAPIELLO, Miguel Ángel (2013). *La construcción de un sistema de salud para la Argentina: La experiencia Rosario y los cambios en la Provincia de Santa Fe*. En International Workshop for Latin-America Leaders: Quality improvement in Health Service Organizations, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, Estados Unidos.
- CHIAVENATO, I. (2007). *Remuneración (Administración de Sueldos y Salarios)*. En: Administración de Recursos Humanos. El Capital Humano de las Organizaciones. - 8va. Ed. (pp.281-318). Ed.: Mc Graw Hill. México.
- DESSLER, G. (2009). *Administración de Carreras*. En: Administración de Recursos Humanos. 11° Ed. Ed.: Pearson. México.
- GADAMER, H.G (1977). *Verdad y Método*. España, Ed. Sígueme.
- GAN, F. y SOTO, R (2007). *Carrera Profesional: Claves, Competencias y Vitaminas*. Ed: Diaz de Santos. España.
- GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE (2011), Análisis de situación de la salud en la Provincia de Santa Fe. Sala de situación del Ministerio de Salud.

- GONNET, María Isabel y GARCÍA, Gabriela (2014). *Distribución de profesionales médicos en especialidades básicas en la provincia de Santa Fe*. Trabajo inédito. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2014). *Imaginarlos y decisiones migratorias de los jóvenes profesionales de la salud; una perspectiva de análisis para la carencia de recursos humanos especializados en el subsector público. Estudio Exploratorio cuali-cuantitativo*. Comisión Nacional Salud Investiga. Argentina.
- ROVERE, Mario (1999). *Redes en salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- ROVERE, Mario (2012a). *Atención primaria de la salud en debate*. Revista “Saude en debate” Rio de Janeiro v. 36, n. 94, p. 327-342.
- ROVERE, Mario (2012b). *Práctica innovadora en la educación médica y la APS*. Universidad de La Matanza.
- SPINELLI, Hugo (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, 6(3):275-293.
- STOLKINER, Alicia; COMES Yamila y GARBUS Pamela (2011). *Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina*. Ciencia & Saude Colectiva, 16 (6):2807-2816.
- TREVIGNANI, Virginia y otros (2018), *Estudio socio-sanitario para la radicación de médicos en el norte santafesino 02. Análisis de los incentivos para la radicación de médicos y becas para estudiantes de medicina en los departamentos de General Obligado, Vera y 9 de Julio*. Segundo Informe Parcial. Inédito. CFI. Buenos Aires.
- VALLE CABRERA, R. J. (2004). *La gestión de carreras desde una perspectiva estratégica*. En: Valle Cabrera R.: *La Gestión Estratégica de los Recursos Humanos*. (2da. Ed. - pp. 115-136). Ed. Pearson Penetice Hall, Madrid.
- VIGIER, Pierre, DOS SANTOS, Carlos y TANTALEAN, Javier (s/f). *Capítulo III: Instrumentos de apoyo a la programación estratégica*. En “La acción política de gobierno. Metodología de Planificación y gestión estratégica”.

SIGOB- PNUD. Disponible en:  
[http://www.sigob.org/sigob/pag\\_servicios/documentos/RLA%20docs%20sustantivos/RLA%20La%20accion%20politica%20de%20gobierno%20-%20Cap%20III.pdf](http://www.sigob.org/sigob/pag_servicios/documentos/RLA%20docs%20sustantivos/RLA%20La%20accion%20politica%20de%20gobierno%20-%20Cap%20III.pdf)

## 7.1 Otras fuentes

- Diario El Litoral: “Licitarán la pavimentación del tramo Intiyaco-Golondrina de la Ruta 3”. 31 de julio de 2016. Disponible en: <http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2016/07/31/regionales/REGI-01.html> Consultado el 17/04/2018.

- Gobierno de Santa Fe: Acueducto del Norte Santafesino: Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/ms/presente/inversion/acueducto-del-norte-santafesino/> Consultado el 17/04/2018.

- Gobierno de Santa Fe (6 de marzo de 2018): Plan del norte: avanza la pavimentación de la ruta provincial 3 entre Intiyaco y Golondrina. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/260793/> Consultado el 17/04/2018.

- Gobierno de Santa Fe (30 de enero de 2018): Plan del Norte: La provincia avanza en la pavimentación del acceso a La Sarita. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/260493/> Consultado el: 19/04/2018

- Info Vera (12 de mayo de 2009): “Binner inauguró la pavimentación del tramo de la ruta provincial N° 3 entre Colmena e Intiyaco”. Disponible en: <http://www.infovera.com.ar/2009/05/binner-inauguro-la-pavimentacion-del-tramo-de-la-ruta-provincial-n%C2%BA-3-entre-colmena-e-intiyaco/> . Consultado el 17/04/2018.

- Radio EME (19 de marzo de 2018): “Intiyaco; la provincia inauguró el acueducto del Norte Santafesino”.- Disponible en: <http://www.radioeme.com/2018/03/19/intiyaco-la-provincia-inauguro-el-acueducto-del-norte-santafesino/?r=1&an=998> Consultado el 17/04/2018.

- Reconquista.com (08 de febrero de 2018): “Ya opera el acueducto del norte santafesino”. Disponible en:

<http://www.reconquista.com.ar/2018/02/08/ya-opera-el-acueducto-del-norte-santafesino/> Consultado el 17/04/2018.

## 8. ANEXOS

### a. Cuestionarios entrevistas Senadores

Fecha: / /2017

Nº de entrevista:

#### **Datos generales:**

Entrevistado:.....

Cargo del entrevistado: .....

#### **Información de contacto:**

Teléfono o celular: .....

Correo electrónico:.....

#### **Preguntas introductorias, rompe hielo**

**1- ¿Cuáles cree que son las mayores dificultades del Sistema de Salud en su departamento?**

Abierta.....

**2- ¿Cómo vincularía estas dificultades con otras que aquejan al departamento?**

Abierta.....

#### **Preguntas sobre Comunicación e institucionales**

**3- ¿Cuál es su relación con el Ministerio de Salud y cómo trabajan las principales necesidades en la material?**

Abierta.....

**4- ¿Cree que los canales de comunicación y la coordinación entre los efectores de salud y el Ministerio son eficientes?**

Cerrada (Si;No).Fundamente.....

**5- ¿Qué opinión tiene sobre la regionalización en la provincia y las relaciones entre los organismos centralizados y descentralizados? ¿Cómo queda su rol de Senador frente a eso?**

Abierta .....

**Preguntas acerca de los Recursos Humanos**

**6- ¿Conoce la realidad de los RRHH de los efectores de todos los niveles de su departamento? ¿Qué podría decirnos sobre su nivel de profesionalización y capacidad para resolver la demanda en salud?**

Cerrada (Si;No).Fundamente.....

**7- ¿Cómo describiría las necesidades en materia de profesionales de la salud en el Departamento que representa?**

Abierta.....

**8- ¿Cómo calificarías las condiciones de trabajo y de empleo actualmente existentes en los efectores que conoce? (Opciones) Regular-Bueno- Muy bueno.**

Fundamente:.....

**Preguntas acerca del contexto**



9- ¿Cómo crees que influye el nivel de desarrollo de los departamentos del Norte de la provincia en el Sistema de Salud y en la elección de los médicos para radicarse en ellos?

Abierta.....

10- ¿Cómo crees que influye el nivel de infraestructura disponible en el territorio en cuanto a: rutas, sistema de transporte, acceso a internet, servicios públicos, en el desempeño del Sistema de Salud y en la radicación de trabajadores de la salud?

Abierta.....

11. Cómo cree Ud. que puede colaborar Ud. desde el Senado para mejorar lo anterior?

Abierta.....

**Preguntas acerca del trabajo en RED**

12- ¿Qué grado de vinculación tiene Ud. con los coordinadores de Región, subregión y Plan del Norte?

Abierta.....

13- ¿En su rol de mediador territorial entre la Provincia y los Municipios y Comunas cuáles son las principales dificultades en el área salud?

Abierta.....

**Preguntas acerca de los Recursos Simbólicos**

14- En líneas generales ¿Cómo describiría las condiciones de vida de la población en la Región?

Abierta.....

**15- ¿Qué percepción tiene Usted acerca del acceso a la Salud que tienen los habitantes de la Región?**

Abierta.....

**16. ¿Cuál cree que es la representación social de los médicos en esos territorios?**

Abierta.....

**Radicación**

**17- Porque cree Usted que es difícil que los médicos quieran radicarse en el norte de provincia de Santa Fe?**Abierta.....

.....

**18- ¿Cómo describiría las condiciones laborales que se le pueden ofrecer a los especialistas médicos y residentes?**

Abierta.....

**19- ¿Cuál cree que podría ser un buen sistema de incentivos para la radicación de médicos y dónde lo considera prioritario?**

Abierta.....

**Ultima consulta de valoración**

**20- Siendo 1 muy malo, 2 malo, 3 regular, 4 bueno, 5 muy bueno y 6 excelente...**

Cómo calificaría las siguientes cuestiones para pensar el funcionamiento del sistema de salud pública en el Norte de Santa Fe

Dimensión	Puntuación
Trabajo coordinado en Red (niveles, Ministerio y Coordinadores de Región y Subregión)	
Condiciones de infraestructura e insumos de trabajo	
Nivel de desarrollo de las localidades del Norte	
Profesionalización de los RH y trabajo en equipo	
Eficiencia en la comunicación interna	
Alcances de la comunicación externa (ej. Convocatorias)	

**b. Cuestionario Entrevistas Directores de Efectores**

Fecha: / /2017

Nº de entrevista:

**Datos generales:**

Entrevistado:.....

Cargo del entrevistado: .....

**Información de contacto:**

Teléfono o celular:.....

Correo electrónico:.....

**Preguntas introductorias, rompe hielo**

**1- ¿Cuáles cree que son las mayores dificultades del Sistema de Salud en la Región?**

Abierta.....

**2- ¿Cómo caracterizaría Ud. el funcionamiento del Hospital/ Centro de Salud que dirige?**

Abierta.....

**Preguntas sobre Comunicación**

**3- ¿Cree que los mecanismos de comunicación interna (dentro del efector de salud) son los apropiados?**

Cerrada

(Si;No).Fundamente.....  
.....

**4- ¿Cree que los canales de comunicación y la coordinación entre el efector y el Ministerio son suficientes?**

Cerrada

(Si;No).Fundamente.....

**5- ¿Usted considera que debería haber otros canales de comunicación? ¿Para qué fin?**

Cerrada

(Si;No).Fundamente.....

**Preguntas acerca de los Recursos Humanos**

**6- ¿Cómo es la situación actual de los Recursos Humanos en el efector que dirige? (sobre todo, en materia de profesionalización y capacidad de respuesta a la demanda). ¿Cuáles son las principales dificultades que visualiza?**

Abierta.....

**7- ¿Cómo es el funcionamiento de las residencias en el Hospital? (solo para el director del Hospital Nodal)**

Abierta.....

**8- ¿Cómo es el funcionamiento en líneas generales del Centro de Salud? ¿Cuáles son las principales dificultades que visualiza? (solo para el director de Intiyaco y otros de 1º y 2º nivel)**

Abierta.....

**9- ¿Cómo calificarías las condiciones de trabajo y de empleo actualmente existentes en el efector? (Opciones) Regular- Bueno- Muy bueno.**

Fundamente:.....

**Preguntas acerca del contexto**

**10- ¿Cómo crees que influye el nivel de desarrollo de los departamentos del Norte de la provincia en el Sistema de Salud y en la elección de los médicos para radicarse en ellos?**

Abierta.....

**11- ¿Cómo crees que influye el nivel de infraestructura disponible en el territorio en cuanto a: rutas, sistema de transporte, acceso a internet, servicios públicos, en el desempeño del Sistema de Salud y en la radicación de trabajadores de la salud?**

Abierta.....

**Preguntas acerca del trabajo en RED**

**12- ¿Qué grado de desarrollo tiene el trabajo en Red en el funcionamiento de su efector?**

Abierta.....

**13- ¿Cómo cree Usted que deberían funcionar las REDES?**

Abierta.....

**Preguntas acerca de los Recursos Simbólicos**

**14- En líneas generales ¿Cómo describiría las condiciones de vida de la población en la Región?**

Abierta.....

**15- ¿Qué percepción tiene Usted acerca del acceso a la Salud que tienen los habitantes de la Región?**

Abierta.....

**16. ¿Cuál cree que es la representación social de los médicos en esos territorios?**

Abierta.....

**Radicación**

**17- Porque cree Usted que es difícil que los médicos quieran radicarse en el norte de provincia de Santa Fe? ¿Qué potencial tiene el Hospital en ese sentido?**

Abierta.....

**18- ¿Cómo describiría las condiciones laborales que se le pueden ofrecer a los especialistas médicos y residentes?**

Abierta.....

#### Ultima consulta de valoración

**19- Siendo 1 muy malo, 2 malo, 3 regular, 4 bueno, 5 muy bueno y 6 excelente...**

Cómo calificaría las siguientes cuestiones para pensar el funcionamiento del sistema de salud pública en el Norte de Santa Fe

Dimensión	Puntuación
Trabajo coordinado en Red (niveles, Ministerio y Coordinadores de Región y Subregión)	
Condiciones de infraestructura e insumos de trabajo	
Nivel de desarrollo de las localidades del Norte	
Profesionalización de los RH y trabajo en equipo	
Eficiencia en la comunicación interna	
Alcances de la comunicación externa (ej. Convocatorias)	

c. Cuestionario entrevistas Coordinadores de Nodo

Fecha: / /2017

Nº de entrevista:

**Datos generales:**

Entrevistado:.....

Cargo del entrevistado: .....

**Información de contacto:**

Teléfono o celular: .....

Correo electrónico:.....

**Preguntas introductorias, rompe hielo**

**1- ¿Cómo describiría Usted la situación actual del Sistema de Salud en Reconquista teniendo en cuenta los distintos niveles de atención (1,2 y 3 nivel)?**

Abierta.....

**2- ¿Cuáles cree que son las mayores dificultades del Sistema de Salud en la Región?**

Abierta.....

**Preguntas sobre Comunicación**

**3- ¿Cuáles son los canales de comunicación interna entre los órganos centralizados y los descentralizados del Sistema de Salud? ¿Cómo cree que funcionan?**

Abierta.....



4- ¿Cuáles son los canales de comunicación externa (con otras instituciones, con la comunidad en forma directa, con los medios de comunicación) que utilizan habitualmente? ¿Cómo cree que funcionan?

Abierta.....

5- ¿Usted considera que debería haber otros canales de comunicación?

Cerrada (Si;No).Fundamente.....

**Preguntas acerca de los Recursos Humanos**

6- ¿Cómo es la situación actual de los Recursos Humanos en la Región 1 con respecto al nivel de profesionalización existente? (diferenciar Hospital Nodal de los otros efectores de la Región)

Abierta.....

7- ¿Cuándo hay una situación de vacancia cómo se resuelve este asunto?

Abierta.....

8- ¿Cómo calificarías las condiciones de trabajo y de empleo actualmente existentes en los efectores de la Región 1? (Opciones) Regular- Bueno- Muy bueno (Diferenciar Hospital Nodal de los otros efectores de la Región).

Fundamente:.....

**Preguntas acerca del contexto**

9- ¿Cómo crees que influye el nivel de desarrollo de los departamentos del Norte de la provincia en el Sistema de Salud y en la elección de los médicos para radicarse en ellos?

Abierta.....

**10- ¿Cómo crees que influye el nivel de infraestructura disponible en el territorio en cuanto a: rutas, sistema de transporte, acceso a internet, servicios públicos, en el desempeño del Sistema de Salud?**

Abierta.....

**Preguntas acerca del trabajo en RED**

**11- ¿Qué grado de desarrollo tiene el trabajo en Red en el funcionamiento del Sistema de Salud en su territorio?**

Abierta.....

**12- ¿Cómo cree Usted que deberían funcionar las REDES?**

Abierta.....

**Preguntas acerca de los Recursos Simbólicos**

**13- En líneas generales ¿Cómo describiría las condiciones de vida de la población en la Región?**

Abierta.....

**14- ¿Qué percepción tiene Usted acerca del acceso a la Salud que tienen los habitantes de la Región?**

Abierta.....

**15. ¿Cuál cree que es la representación social de los médicos en esos territorios?**

Abierta.....

### Radicación

**16- ¿Porque cree Usted que es difícil que los médicos quieran radicarse en el norte de provincia de Santa Fe?**

Abierta.....

**17- ¿Cómo describiría las condiciones laborales que se le pueden ofrecer a los especialistas médicos y residentes?**

Abierta.....

### Ultima consulta de valoración

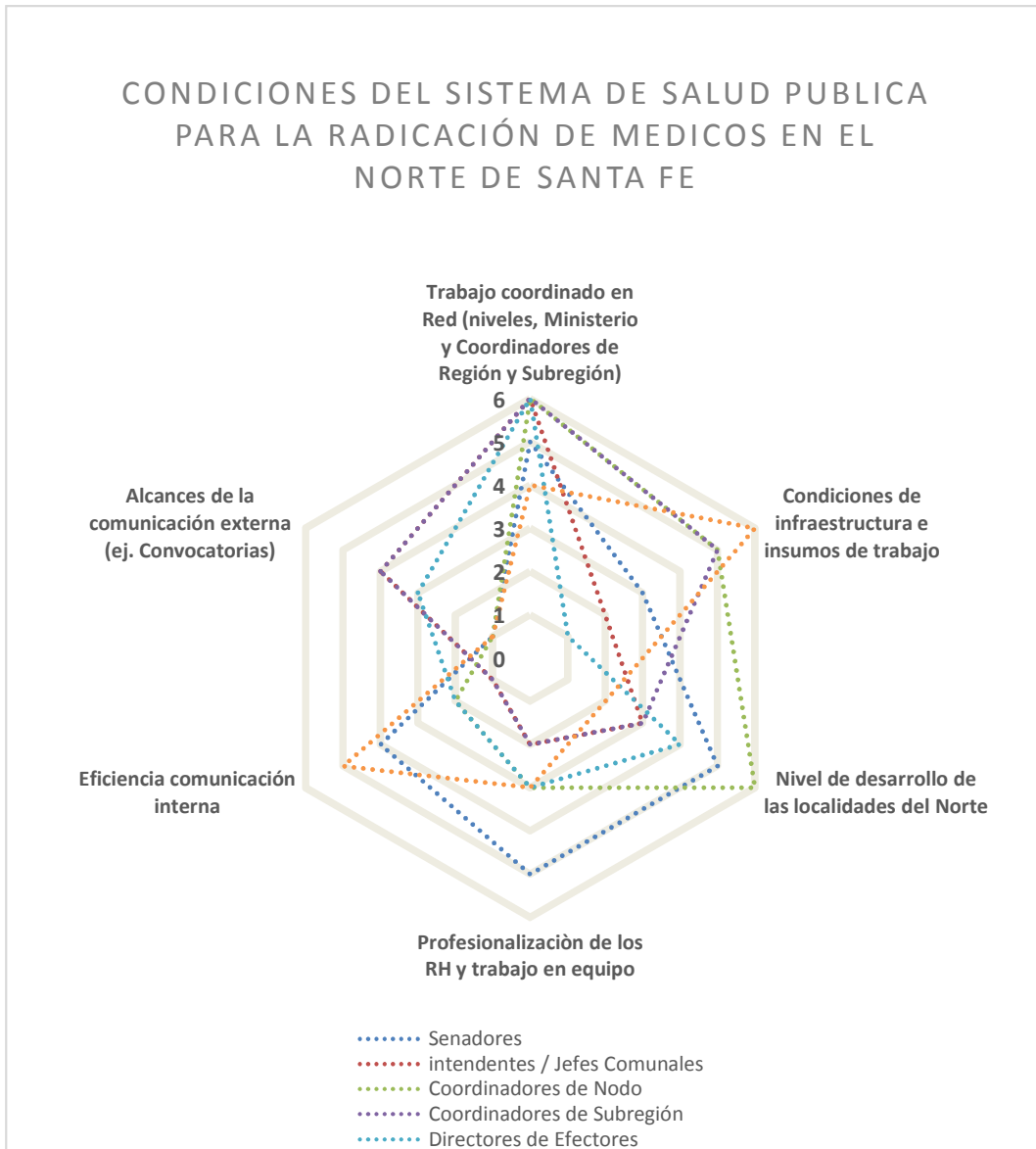
18- Siendo 1 muy malo, 2 malo, 3 regular, 4 bueno, 5 muy bueno y 6 excelente...

Cómo calificaría las siguientes cuestiones para pensar el funcionamiento del sistema de salud pública en el Norte de Santa Fe

Dimensión	Puntuación
Trabajo coordinado en Red (niveles, Ministerio y Coordinadores de Región y Subregión)	
Condiciones de infraestructura e insumos de trabajo	
Nivel de desarrollo de las localidades del Norte	
Profesionalización de los RH y trabajo en equipo	
Eficiencia en la comunicación interna	

Alcances de la comunicación externa (ej. Convocatorias)	
--	--

d. Polígono de Valoraciones



### e. Cuestionario Encuestas

Buenos Días! Estamos haciendo una investigación que tiene por objetivo realizar un diagnóstico del sistema de salud de los departamentos del norte de la provincia de Santa Fe, para elaborar un sistema de incentivos y poder estimular que profesionales médicos se radiquen en los departamentos del norte de nuestra provincia. El proyecto es financiado por el Consejo Federal de Inversiones. La finalidad de esta encuesta es que nos permita conocer un poco más acerca del Sistema de Salud en estos territorios. Asimismo, le garantizamos que los resultados de esta encuesta serán utilizados de forma anónima y confidencial. Desde ya le agradecemos su colaboración en este proyecto!

Fecha: / /2017

Nº de entrevista:

#### **Datos generales:**

Entrevistado:.....

....

Cargo del entrevistado:

.....

#### **Información de contacto:**

Teléfono o celular:

.....

Correo

electrónico:.....

#### **Preguntas Introdutorias, rompe hielo**

1) ¿Como caracterizaría el funcionamiento del Hospital/Centro de Salud del que forma parte?

1- Muy Bueno

2- Bueno

3-Regular

4- Malo

5- Ns/Nc

2) ¿Cuál cree que son las principales dificultades con las que se enfrenta a diario en el efector?

1- Escasez de insumos

2- Falta de capacitación en el personal

3- Baja cantidad de profesionales de la salud en relación a la demanda

4- Conflictos internos entre el personal

5- Falta de comunicación con otros organismos de la red de salud

### **Preguntas sobre comunicación**

3) ¿Cómo calificaría el nivel de comunicación que existe dentro del efector?

1- Muy bueno

2-Bueno

3- Regular

4- Malo

5-Ns/Nc

4) De los siguientes medios de comunicación ¿Cuáles son los que habitualmente emplea para comunicarse con el personal?

1- Reuniones informativas

2- Correo electrónico

3- Mensaje de texto/Watsapp

4- Comunicación oral boca a boca

5- Llamadas telefónicas

6- Otro

5) ¿Cómo calificaría la comunicación externa del efector (con otras instituciones, con la comunidad en forma directa, con los medios de comunicación)?

1- Muy buena

2- Buena

3- Regular

4- Mala

5- Ns/Nc

### **Preguntas acerca de los Recursos Humanos**

6) ¿Se realizan desde el efector frecuentemente actividades de capacitación tales como talleres, charlas, seminarios, etc.?

1- Si

2- No

3- Ns/Nc



7) ¿Asisten con frecuencia a capacitaciones promovidas por el Ministerio de Salud provincial?

1- Si

2-No

3-Ns/Nc

8) ¿Cree que serían necesarias mayores capacitaciones?

1- Si

2-No

3-Ns/Nc

Si su respuesta es sí, ¿en qué áreas?.....

9) ¿Cómo calificaría las condiciones de trabajo y de empleo que existen actualmente en el efector?

1- Muy buena

2-Buena

3- Regular

4- Mala

5-Ns/Nc

10) Usted ¿considera que la situación de los Recursos Humanos en cuanto al nivel profesionalización existente y la capacidad de respuesta es la adecuada?

1-Si

2-No

3-Ns/Nc

**Preguntas acerca del contexto**

11) Usted considera que el nivel de desarrollo de los departamentos del Norte de la provincia influye en la elección de los médicos para radicarse en ellos?

1- Si

2-No

3- Ns/Nc

12) ¿Usted considera que el nivel de infraestructura disponible en cuanto a: rutas, sistema de transporte, acceso a internet, servicios públicos, influye en el desempeño del Sistema de Salud?

1- Si

2-No

3- Ns/Nc

13) De las siguientes opciones, seleccione dos (2) que considera prioritarias en el incentivo necesario para que los profesionales de la salud se radiquen en los Departamentos del Norte de Santa Fe: Trabajo en Red; Aumento en los sueldos; Cargos full time; Posibilidad de capacitaciones frecuentes; otra/s

**Preguntas acerca del trabajo en RED**

14) En su efector se trabaja habitualmente en Red? (derivaciones, contacto con otros médicos para consultas, turnos a especialistas, etc.)

1- Si

2-No

3- Ns/Nc

15) De las siguientes dificultades, seleccione aquellas dos (2) que Ud. Considera que son prioritarias para mejorar el trabajo en red: Problemas en las derivaciones; Problemas de conectividad y telefonía móvil; Ausencia de un médico de referencia para consultas; Falta de comunicación clara por parte del Ministerio de Salud respecto de su funcionamiento; otra/s

16) ¿Cuenta su efector con servicio del SEIS 107?

1. Sí y lo hace correctamente
2. Sí, pero creo que debería mejorar la calidad del servicio prestado
3. Sí, pero sería bueno mejorar el equipamiento o contar con una unidad de mayor complejidad
4. No, pero creo que sería necesario contar el servicio
5. No y no creo que sea necesario
6. NS/NC

#### Preguntas acerca de los Recursos Simbólicos

17) Según su percepción, las condiciones de vida de la población en la Región, son:

- 1- Muy buenas
- 2-Buenas
- 3- Regular
- 4- Mala
- 5-Ns/Nc

18) En líneas generales ¿Usted considera que los habitantes de la región tienen acceso al Sistema de Salud?

1- Si

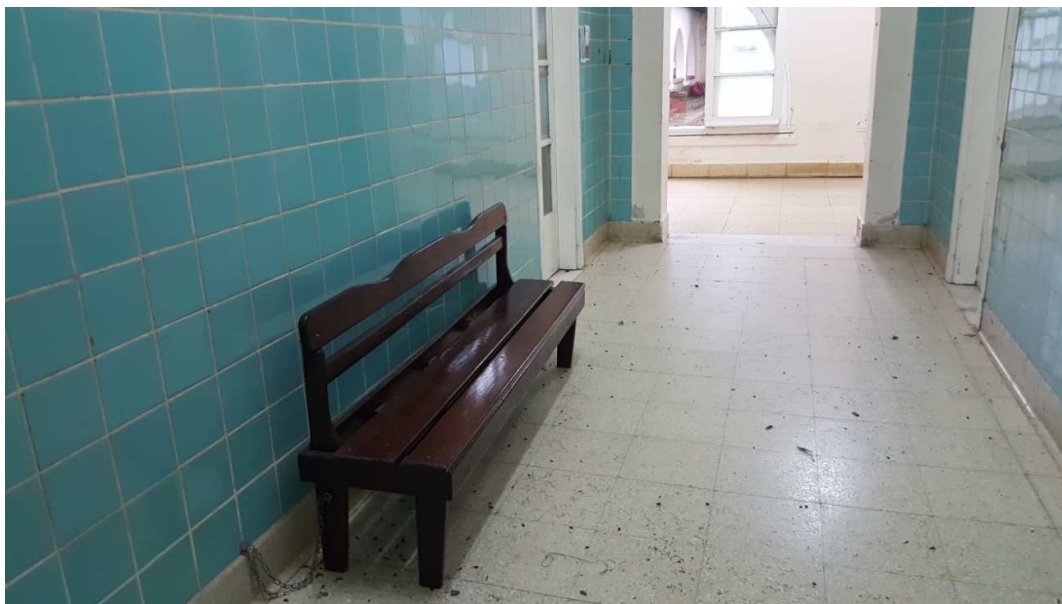
2-No

3- Ns/Nc

Hemos finalizado la encuesta. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!!!

#### f. Fotos

Las mismas fueron tomadas por el equipo en el marco del trabajo de campo realizado en las distintas localidades de los Departamentos Vera, 9 de Julio y General Obligado visitadas así como en la ciudad de Santa Fe.



Hospital de Vera



Sala de Espera Hospital Reconquista



Hospital Vera



Salas de espera Villa Minetti



Ala despachos Senadores departamentos del Norte de la Provincia de Santa Fe a la izquierda, del Centro Sur a la derecha. Fotos sin efectos.



Entrada Sala Pediatría SAMCO Tostado



Archivo Historias Clínicas SAMCO Tostado