

Una ciudad modelo en salud pública

Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática

Por Mario Rovere¹

¹ Con la colaboración de la licenciada María del Carmen Tamargo y el aporte de funcionarios de los equipos técnicos de la Secretaría de Salud, coordinados por Nora Redondo.

Guía de lectura:

I. Sumario

II. Introducción

III. Algunas precisiones

IV. Los antecedentes

La Asociación Médica de Rosario, un actor y un escenario significativo

V. El marco referencial

VI. La Experiencia Rosario: un relato institucional

a. 1989-1995: Una etapa fundacional o “hay todo por hacer”

La recuperación de los hospitales

El fortalecimiento de la atención primaria

La vocación por el debate y la participación

b. 1995-1999: Una etapa de institucionalizar o ¿cómo armar el rompecabezas?

Creación del Instituto de la Salud Juan Lazarte

Fortalecer las redes, más allá de la referencia y la contrarreferencia

Calidad centrada en el ciudadano

c. 2000-2004: Inventando el futuro y capeando una crisis que pone a prueba

En 1999 se inaugura el Centro Médico Asistencial de Rosario

Una “sala de situación”

La descentralización de la ciudad

VII. Conceptos clave en los postulados de política de salud

Pensar y hacer desde los derechos

La transición desde lo normativo a lo estratégico

VIII. Conceptos clave en la gestión de la política de salud

IX. Resultados y desafíos

I. Sumario

Se presenta a consideración del lector una experiencia de desarrollo en salud impulsada por la gestión municipal de Rosario que exhibe quince años de un rumbo sostenido y estabilidad política. Se trata de una apuesta fuerte por la salud, considerada como un bien público.

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

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

Se suma a ello la creación del Centro de Especialidades Medicas Ambulatorias (Cemar), de referencia para los servicios de primer nivel; el Instituto Lazarte, centro especializado en la investigación, docencia y cooperación técnica en el campo de la salud pública; un centro propio de producción de fármacos (el Laboratorio de Especialidades Medicinales); la asociación con otras ciudades de América (Mercociudades), Europa (a través de las relaciones con Barcelona o con el proyecto Urbal), y de otros lugares, a través de redes internacionales como las de municipios saludables, hospitales amigos de la madre y el niño o las redes argentina y panamericana de secretaríos municipales de salud. Éstas, entre otras, constituyen un conjunto de iniciativas, prácticas y aportes que merecen conocerse y que, brevemente, recorreremos en este trabajo.

Otras dinámicas menos visibles que el modelo de gestión del trabajo en salud –como la gestión de calidad centrada en el ciudadano, unidades centralizadas de abastecimiento de alimentos y lavandería para toda la red– se complementan con iniciativas globales del gobierno municipal y tienen alto impacto sobre la salud. Podrían citarse entre ellas el Presupuesto Participativo, los Centros Crecer, el Programa Rosario Hábitat, y el proyecto La Ciudad de los Niños.

Estos y otros rasgos han hecho de Rosario una ciudad que ha concentrado la atención de quienes están interesados en la construcción de nuevas formas de gobernabilidad democrática, con inclusión plena de la salud pública en el logro de ese cometido.

II. Introducción

La experiencia de gobierno desarrollada por la Municipalidad de Rosario durante los últimos quince años incluye de manera singular su componente de salud pública, no sólo por la relevancia de este área –que se manifiesta en una apreciable proporción del presupuesto–, sino porque en muchos aspectos la propia gestión de gobierno ha construido parte de su identidad a partir de la importancia otorgada a la salud pública en una década en la que el gobierno nacional se desentendía de ella.

Esto no quiere decir que la acción en salud se encuentre necesariamente en el centro de la escena. Al contrario: una parte relevante de los resultados en salud justamente se han logrado por formar parte integral de una acción mancomunada que ha generado múltiples sinergias entre diferentes áreas de gobierno. En este contexto la inclusión plena de salud en un modelo de desarrollo humano sustentable ilustra adecuadamente hasta qué punto se trata de un nuevo paradigma de desarrollo en el cual no hay a priori un sector dinámico, sino que es en la relación entre ellos la que genera las mencionadas sinergias necesarias.

Dar testimonio y reflexionar sobre esta extensa experiencia y la invitación a escribir este capítulo en el marco de la Feria de Gobernabilidad me sorprenden gratamente, pero me plantea un complejo desafío, ya que a pesar de acompañar durante varios años con simpatía los esfuerzos e inclusive haber participado en algunos momentos de la gestión de salud del municipio, no resulta nada sencillo ofrecer una mirada justa, ponderada; si no neutral, al menos lo más objetiva posible, sobre un caso que sin lugar a dudas se destaca en el marco de la salud pública de la Argentina y que ha movilizado la voluntad y el entusiasmo de miles de personas, trabajadores de salud de todos los niveles y organizaciones barriales y comunitarias.

He acompañado la gestión de Rosario con particular intensidad entre los años 96 y 99, retomando en 2002, siempre desde el ámbito académico y de cooperación generado por el Instituto de la Salud Juan Lazarte, una institución portadora, protagonista y a la vez testigo de las transformaciones que aquí se produjeron.

Una duda inicial se presentó al pensar cómo seleccionar un enfoque que pueda ofrecer al lector –interesado en la problemática de la salud pública y/o las nuevas tecnologías de gestión y gobierno– una mirada y un conjunto de información que le permita sacar sus propias conclusiones sobre esta experiencia, a la vez que mover la curiosidad para visitar personalmente las instituciones o los programas de su interés, hablar con los protagonistas, intercambiar experiencias y formarse su propio juicio sobre las cosas.

En estos casos la balanza suele inclinarse hacia la provisión de información estadística que la gente habitualmente asocia con la mirada objetiva. Sin embargo, desde otro punto de vista, las modificaciones favorables en la producción de servicios y en los resultados sanitarios no constituyen los principales rasgos para comprender esta experiencia.

La variedad de rasgos en la construcción del “caso Rosario” es muy amplia e incluye desde la producción de insumos, provisión de servicios, accesibilidad, articulación entre los servicios y gestión del trabajo, hasta la propia producción simbólica o discursiva; muy relevante ésta por ser no sólo un reflejo de lo que se ha realizado, sino también un producto-proceso en sí mismo, de carácter contracultural en el marco de los discursos sanitarios dominantes de los 90.

La dificultad requirió establecer una precisión del punto de vista de quien esto escribe: un analista interno-externo que, como tal, será seguramente injusto en términos de la mirada exhaustiva que se requiere para describir el esfuerzo de más de 3.800 trabajadores de salud durante casi quince años de gestión; una pérdida que intentaré compensar con una mirada externa, más panorámica, en cierto modo comparativa, que coloque a la gestión Rosario en perspectiva, dentro de lo que ocurría en la Argentina, y también fuera de ella, durante los años que nos ocupan.

III. Algunas precisiones

La experiencia de salud que se presenta se inscribe dentro de una gestión de la Municipalidad de Rosario llevada adelante por un gobierno de orientación socialista que se extiende desde 1989 hasta la fecha.

Pero, ¿cuál es la pertinencia de este recorte?, ¿hasta qué punto la definición del período no resulta arbitraria o no expresa un simple posicionamiento político?, ¿en qué medida no se trata de un clásico “borrón y cuenta nueva”, desconociendo el valor de lo que se hizo antes?

En este caso particular parece que el corte puede explicarse por la existencia de un real punto de inflexión, en parte construido por el gobierno inmediatamente precedente.

Para ello quizás resulte útil precisar que diversas fuentes coinciden en relatar que el gobierno anterior al que nos ocupa había hecho público su deseo de deshacerse, es decir de cerrar, algunos servicios públicos de salud y de transferir otros de la Municipalidad (en ese momento básicamente hospitales) al ámbito del gobierno de la provincia de Santa Fe.

Este hecho resulta muy relevante por al menos dos consecuencias inmediatas. Por un lado, muestra que hubo un cambio marcado respecto del rumbo que había tomado el anterior gobierno municipal en materia de política de salud: la diferencia entre querer “deshacerse” y querer “hacerse cargo” de la salud. Por otro, muestra que la decisión de brindar servicios de salud –al menos en el marco constitucional y político vigente en la provincia de Santa Fe– constituía y en buena medida aún constituye para un Municipio una verdadera opción política; mucho más llamativa en una época y en un contexto en el que casi no existen otros municipios en la provincia de Santa Fe que se hagan cargo de la producción directa de servicios de salud, y los pocos casos existentes se limitan a prestar servicios en centros sanitarios.

Estos hechos ilustran hasta qué punto –a diferencia de las otras provincias grandes del país como Buenos Aires o Córdoba, que presentan una experiencia más extendida de municipios brindando servicios de salud– la decisión de fortalecer y desarrollar un sistema de salud municipal constituyó para la gestión que recién se iniciaba una decisión política alejada de una simple obligación política o constitucional.

Debe además incluirse en el análisis que el intento de desmantelamiento del gobierno precedente ayudó a crear un clima de debate y una fuerte resistencia de los trabajadores de salud, especialmente en el caso del Hospital Carrasco, un efector especializado en el tratamiento de enfermedades transmisibles que se pensaba cerrar para cambiarle su destino sanitario. Esto galvanizó la conciencia sanitaria de los profesionales y los funcionarios, y marcó más fuerte aún el compromiso de quienes posteriormente resultarían sus sucesores, muchos de los cuales participaron activamente de los movimientos de defensa del dicho hospital.

Comenzaba la década del 90 y con ello un clima nacional e internacional muy poco propicio para la salud pública. Las reformas estructurales propuestas con inusual dureza y una abundante oferta de créditos blandos por parte de los organismos internacionales de crédito a determinados países encontraban en la Argentina una fervorosa adhesión por parte del gobierno nacional, decidido a sobreactuar un alineamiento sólido con Estados Unidos y a aplicar todas las políticas de ajuste prescriptas para la época.

La crisis de la hiperinflación –que tuvo en Rosario uno de los escenarios más intensos– otorgaba una legitimidad excepcional a esos primeros años de gobierno nacional, que luego se reafirmaría al cortarse drásticamente una historia inflacionaria de más de 30 años.

En ese contexto Rosario, desde el inicio de la gestión del Partido Socialista Popular, mostró una orientación diferente: la salud pública se constituía en uno de los ejes

centrales de la gestión y así lo que podría suponerse en otros tiempos una decisión razonable adquiriría en ese caso el carácter de un desafío de carácter contracultural para la época que nos ocupa.

IV. Los antecedentes

Rosario había padecido durante las décadas del 70 y 80 una reducción significativa de la presencia del sector público en números absolutos y relativos, a expensas de un crecimiento de la capacidad instalada de los sectores privado y de la seguridad social (especialmente los hospitales del PAMI).

La infraestructura de hospitales de la ciudad tiene una larga tradición de más de cien años, asociada al carácter de ciudad puerto, y combina una relación que se ha mantenido pareja en complejidad, camas y centros de primer nivel entre la infraestructura municipal y la provincial.

Las políticas de salud en la provincia y el municipio sufrieron los diversos avatares que a lo largo de las décadas condujeron a la configuración de un sistema de salud fragmentado, con sobreoferta de factores, exclusión creciente en la cobertura de la seguridad social, y con programas nacionales y provinciales parcelares.

La recuperación de la democracia no trajo para la década del 80 medidas significativas que revirtieran este panorama, y en el caso específico de la gestión municipal esto se vio agravado por una falta de intencionalidad política de resolverlo.

La Asociación Médica de Rosario, un actor y un escenario significativo.

Ya en plena dictadura, la Asociación Médica de Rosario había sido un caso excepcional de resistencia, habiéndose constituido en su seno un núcleo de estudios sobre la realidad, en buena medida integrado por académicos e investigadores que habían sido marginados de la Universidad por razones claramente ideológicas. Fue en este contexto que el Centro de Estudios Sociales y Sanitarios —el CESS— desarrolló en algunos campos una fuerte tarea de investigación y problemáticas que, luego, resultaron temas clave de la agenda pública de Rosario.

Me refiero a temas tales como recursos humanos y mercado de trabajo en salud, epidemiología y atención primaria, entre otros. El mismo CESS sostuvo en épocas muy difíciles una revista que llegó a ser muy influyente en el campo de la salud pública y las ciencias sociales, llegando a constituirse en la publicación argentina sobre temas de salud pública más conocida en el extranjero: los Cuadernos Médico Sociales de Rosario. Esta publicación llegó en dos épocas diferentes a los ochenta números, cumpliendo un rol trascendente, haciendo accesible al ámbito de Rosario y de la Argentina el conocimiento de la producción intelectual de autores relevantes del mundo entero, representantes de un pensamiento progresista en campos como la salud pública, la epidemiología y las ciencias sociales.

No es un secreto que la Asociación Médica —especialmente desde la recuperación de la democracia— intentó erigirse en un actor relevante e influyente en la constitución de las políticas de salud en Rosario y en Santa Fe, pero fue más precisamente durante el gobierno socialista en la Municipalidad de Rosario cuando y donde ello se concretó. Al respecto Néstor Arroyo, por entonces secretario general de la Asociación Médica de Rosario, relata: “la Asociación Médica de Rosario, entre otros principios históricos, siempre ha entendido a la salud como un bien social y como un derecho innegociable de la población toda. No puede ni debe ser campo de disputa de ningún sector ni estar sujeta a intereses fragmentarios o partidistas”.

Desde este enunciado explica luego: “En esta oportunidad (se refiere a la asunción del gobierno de Héctor Cavallero ocurrida luego de la crisis nacional de 1989, que golpeó a Rosario con particular intensidad) podemos decir con satisfacción que fuimos escuchados por las autoridades municipales y esto nos motivó para profundizar la tarea en una acción interdisciplinaria e interprofesional estructurada en cinco grupos: recursos humanos, epidemiología, hospitales (los mismos que en el gobierno anterior se pretendían transferir) atención primaria de la salud y carrera sanitaria municipal...”

Al mismo tiempo, las autoridades del Ejecutivo requirieron de la Asociación Médica la participación activa en la tarea a desarrollar, mediante el aporte de un importante grupo humano en cargos de diversos niveles y responsabilidades. Fiel a su trayectoria, la Asociación Médica aceptó esta convocatoria, concretando así una participación permanente, reclamada, y que por distintas circunstancias histórico-políticas nunca hasta entonces habíamos logrado”.

El CESS había comenzado durante los años previos una tarea de capacitación avanzada en temas como planificación estratégica y desarrollo de recursos humanos, este último en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud. En este programa de capacitación –que constituye un antecedente importantísimo para la posterior creación del Instituto Lazarte– participaron varios de quienes serían luego funcionarios del gobierno municipal.²

V. El marco referencial

Resulta un desafío poder aportar desde estas páginas una mirada original para la lectura de un proceso que, entre muchas de sus peculiaridades o rasgos distintivos, se ha pensado a sí mismo desde sus propios responsables político-técnicos y ha plasmado muchas de sus reflexiones en documentos y publicaciones que reflejan y relatan la experiencia de formulación y gestión de la política de salud en estos últimos quince años.

Por ello, esta reflexión se sustenta en algunos ejes conceptuales que creo además han impregnado la experiencia de gestión de la Municipalidad de Rosario en general y, en particular, la gestión en el ámbito de la salud pública de Rosario: por un lado el enfoque estratégico y por otro algunas consideraciones que apuntan a caracterizar tanto la gobernabilidad como las prácticas de buen gobierno.

Desde el enfoque estratégico se parte del supuesto de que cualquier acción o intervención en el ámbito de la salud es necesariamente una intervención en el campo de lo social, y esto supone inevitablemente establecer un espacio multidimensional, heterogéneo, fragmentado, en el cual es relevante la presencia de otros que actúan, piensan, deciden. Esa relación con otros se vuelve entonces un eje vital que dinamiza y da sentido y direccionalidad a los procesos.

Podría decirse que desde la mirada de quien es responsable de la acción política en un territorio dado esa presencia de los otros puede ser considerada o no, pero desde un enfoque estratégico ese juego de vinculación y de relación entre actores constituye la arena en la cual se confrontan y acuerdan visiones, objetivos y acciones, poniendo en juego la propia identidad y subjetividad de cada actor.

Es decir que no se pueden ignorar las subjetividades si se pretende alcanzar algún grado de objetividad; no se podría ser riguroso en el conocimiento de la realidad si se ignora algo que la realidad hace evidente. Por lo tanto, la consideración de los otros es un punto de partida significativo en ese cálculo que “precede y preside” la acción. Es decir: es una premisa central en la planificación-gestión-evaluación de la política.

El enfoque estratégico imprime un sentido de transformación de las prácticas, de democratización y creatividad en los espacios de formulación y gestión de políticas, ampliando el espacio de incidencia a partir de abrir el juego a la diversidad, representada y expresada a través de los actores sociales. Pensar y actuar desde el enfoque estratégico requiere o provoca un cambio en la cultura de la organización, generando en el transcurso del proceso resistencias y conflictos, pero en los casos en los que logra superar los obstáculos promueve espacios de mayor autonomía y de democratización de los ámbitos de decisiones y de saberes.

² En noviembre del 89 este trabajo en colaboración se plasma en un documento, “Propuesta de reorganización de la atención médica del Municipio de Rosario”, que explicita muchas de las discusiones iniciales de la gestión.

En otro plano de análisis es importante considerar que la formulación y ejecución de políticas es un proceso en el cual los fines y los medios –al menos desde el punto de vista teórico– se integran de manera coherente como un todo organizativo, de modo tal que una mirada reflexiva sobre un proceso de construcción y ejecución de política no puede dejar de considerar los propósitos – el sentido de la política –, los procedimientos o métodos o tecnologías de gestión, y las formas de organización de las instituciones responsables de dicha política. A esta integración coherente entre sentidos/propósitos, procedimientos y organización se le podría agregar también los resultados, ya que toda acción planificada se justifica en gran parte a partir de los resultados, es decir a partir de lo que logra transformar en torno a los propósitos de los cuales parte.

La planificación es considerada desde mi perspectiva de análisis como una herramienta, resignificada, para la transformación, y se pueden destacar algunas cuestiones sustantivas a tener en cuenta:

- Concebir la planificación como un campo interactivo de actores
- Concebir el poder como una categoría vincular que circula en ese campo
- Detectar y poner resguardos al *etnocentrismo* “entre hacer planes para otros y planificar con los otros”
- Poner el énfasis en el futuro como objeto de construcción y de sentido para la práctica cotidiana de la planificación, más que como instancia de predicción o previsión
- Incorporar la dimensión histórica de los procesos sociales para la comprensión y explicación de las situaciones del presente en relación con la intervención,
- Identificar mecanismos aptos para desarrollar la cooperación y competencias a favor de los destinatarios de las acciones
- Fortalecer los grados de libertad y autonomía que la planificación puede generar por sobre los determinantes más estructurales, institucionales y políticos
- Rescatar la autocrítica como proceso complejo a partir del cual se definen permanentemente nuevas alternativas
- Apostar a la innovación en las formas organizativas establecidas que son las que ponen restricciones a la autoría, la creatividad e iniciativas de los sujetos.

¿Cuánto de ello es posible en el ámbito público? El caso de Rosario es atractivo para calibrar y dimensionar cuánto y cómo es posible, y cuáles son las condiciones necesarias para que algunos de los rasgos de estos procesos puedan ser efectivamente implementados.

La producción de políticas, las relaciones sociales y los procesos de trabajo son aspectos significativos que se interrelacionan y pueden dar cuenta del éxito o fracaso de una experiencia de gestión en el ámbito público.

Estas consideraciones que se proponen desde el enfoque estratégico permiten establecer nexos con las ideas y caracterizaciones que se han venido discutiendo en torno a las nociones de gobernabilidad y buen gobierno.

La noción de gobernabilidad –según documentos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)– entraña el ejercicio de la autoridad económica, política y administrativa en la gestión de los asuntos de un país. Y comprende los mecanismos, los procesos y las instituciones mediante las cuales los ciudadanos expresan sus intereses y ejercen sus derechos.

Existe una asociación estrecha entre ambas nociones y el fortalecimiento de los procesos de democratización en América latina, y con los postulados que orientan el paradigma “desarrollo humano sustentable”.

La experiencia de Rosario se inscribe en este proceso de transición y consolidación del proceso democrático en Argentina y se asocia fuertemente a la búsqueda de un modelo de desarrollo social, económico y cultural que se presenta como contracultural

en el contexto de predominio de los postulados neoliberales sostenidos por el gobierno nacional y buena parte de los gobiernos provinciales.

Según Naciones Unidas, el desarrollo humano sustentable y el buen gobierno son conceptos indivisibles. El desarrollo humano sustentable implica que las personas, los ciudadanos, están en el centro de la concepción de política, son el eje del desarrollo, y significa además la ampliación de las oportunidades para todas las personas de una sociedad.; implica la generación de un ámbito que haga posible que todos puedan disfrutar de vidas largas, saludables y creativas. Implica además construir una ética de la diversidad en un contexto de justicia social y equidad en el acceso a los bienes y servicios.

Es una forma de entender las políticas sociales – entre ellas la de salud– como vínculos entre el crecimiento económico y la distribución equitativa de los beneficios del crecimiento, en convivencia armónica con el medio ambiente.

El fortalecimiento y la consolidación de sistemas que promuevan el desarrollo humano sustentable entraña la necesidad de apuntalar la gobernabilidad de las sociedades y desarrollar prácticas de buen gobierno.

El buen gobierno define los procesos y estructuras que orientan las relaciones políticas y socioeconómicas. Esto se refiere a la asignación y gestión de los recursos para responder a problemas colectivos, y parece haber coincidencia en que entre las características principales asociadas a las prácticas de buen gobierno se cuentan las siguientes:

- Participación
- Orientación hacia el consenso (hace que las decisiones acerca de las prioridades políticas, sociales y económicas sean resultado de acuerdos en la sociedad)
- Transparencia
- Respuesta a las necesidades de los interesados
- Equidad, eficacia y eficiencia
- Perspectiva estratégica (de largo plazo) en relación con la gobernabilidad y el desarrollo humano

Estas premisas, que definen y caracterizan el desarrollo humano sustentable, a su vez requieren la implementación de acciones consistentes de modo tal de evitar las contradicciones entre los postulados y las prácticas, entre el diseño de políticas y la expresión programática de las mismas. En suma, requiere estrategias coherentes que velen por el sentido y la direccionalidad del desarrollo. Algunas de las estrategias consistentes con dicho paradigma son:

- Coordinación de políticas desde un enfoque integral (articulación de sectores sociales, actores y estrategias)
- Desarrollo de sistemas de información integrales (mejora de los sistemas de identificación y caracterización de la población vulnerable, la oferta de servicios, las condiciones de accesibilidad y el monitoreo de las acciones programáticas)
- Desarrollo de capital humano (acceso y mejora del ingreso de las familias, de la salud y la educación)
- Desarrollo de capital social (fortalecimiento de la capacidad de organización y participación social)
- Desarrollo de marcos regulatorios que garanticen accesibilidad (normas)

Por otra parte, no se puede dejar de señalar que en el marco de la globalización la gobernabilidad no es una cuestión que queda acotada al ámbito específico y particular de un Estado ya sea nacional, provincial o municipal. Como proceso histórico remite a una creciente vinculación e interdependencia de las sociedades entre sí. Esta se expresa en el campo económico, financiero y cultural, fortalecida por la inmediatez de las comunicaciones.

Según algunos autores, en las últimas dos décadas dos tendencias mundiales cambiaron radicalmente el contexto macroeconómico: la globalización de las economías nacionales y la democratización de las sociedades civiles.

La globalización tiende a desgastar la capacidad de los estados nacionales, particularmente aquellos alejados de los centros globales del poder económico, para manejar las economías nacionales con efectividad dentro de sus propios límites territoriales, porque ya no tienen control de las variables macroeconómicas cruciales que los afectan.

La democratización, por otra parte, estimula nuevas aspiraciones para una efectiva participación en todos los aspectos de la toma de decisiones y el ejercicio del poder del Estado por todos los sectores de la sociedad expandida en comunidades locales y zonas subnacionales. El desacuerdo entre estas dos fuerzas necesita armonizarse sin que los estados enfrenten la posibilidad de una nueva crisis de legitimidad.

Otros sostienen que la globalización aumenta los problemas de gobernabilidad ya que los estados-nación se encuentran atendiendo las demandas externas de los mercados y acreedores, al mismo tiempo que deben responder también a la ampliación y fragmentación de las demandas internas.

Este proceso global impregna y condiciona todos los espacios, impactando también en la redefinición de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil en un contexto social signado por la heterogeneidad y la fragmentación.

La sociedad argentina ha vivido un proceso creciente de heterogeneización de sus estructuras sociales en relación con un sistema económico, político y cultural excluyente, que alteró la relativa homogeneidad estructural alrededor de las relaciones salariales, acompañado todo esto por una fuerte desvalorización de lo público en el Estado, en aras de una privatización de la vida económica.

El crecimiento del papel del mercado ha implicado procesos de privatización de lo público, en los que se ha observado una individualización de la sociedad que convierte la solidaridad en individualismo, la cooperación en competencia y la homogeneidad en fragmentación. Se ha provocado un proceso de descomposición del tejido social donde la vida familiar, el accionar comunitario y la solidaridad social se fueron erosionando.

La tarea del Estado, en todos sus niveles, es la de encontrar los equilibrios entre los efectos (positivos y negativos) de la globalización y “proporcionar un ámbito social y económico nacional estable, particularmente para las personas más vulnerables”.

En muchos casos esta es una deuda pendiente entre muchas otras, pero en el caso de Rosario se pueden leer varias de las premisas que definen y sustentan un marco de desarrollo humano sustentable y buenas prácticas de gobierno; en el recorte específico que nos convoca, es la gestión de salud en los últimos quince años de gestión municipal.

Por último, resulta necesario reseñar algunas cuestiones que atañen específicamente a las ideas fuerza en pugna en el campo de la salud pública durante ese período, permitiendo esto, también, situar el grado de distancia que la propuesta de Rosario significaba en ese contexto.

Los 90, para los analistas de las políticas de salud, constituyó una de las épocas más complejas y difíciles por la cantidad de rasgos contundentes que en parte son fruto de una estrategia discursiva tendiente, intencionadamente, a someter a una suerte de canibalismo a los conceptos y nociones más caras al pensamiento sanitario.

Así, se ha visto incrementar la exclusión social con argumentos que propiciaban la equidad; hemos visto transferir el costo de los servicios a quienes menos tienen con líneas argumentales que hablaban de justicia social; se ha escuchado que la solidaridad no tenía que ser entre pares ni entre generaciones, sino de uno consigo mismo en el tiempo (argumento utilizado para privatizar los aportes jubilatorios).

A pocos años del lanzamiento de “Salud para todos” y de la promoción de la atención primaria como una estrategia prioritaria para su logro, los cambios políticos de la denominada revolución conservadora, corporizada por la fuerte asociación de los

gobiernos de Estados Unidos y Gran Bretaña, mostraron señales contundentes de que no estaban dispuestos a tolerar las políticas liberales e igualitarias de los organismos internacionales, utilizando como símbolo y como mensaje para las otras agencias a la Unesco, a la que le quitaron el apoyo político y económico. De este modo se dispusieron rápidamente a cambiar la correlación de fuerzas en el ámbito de las Naciones Unidas, concediendo al Banco Mundial un rol de cooperación técnica y formación de políticas que hasta entonces no había tenido y que rompía las reglas de juego entre organismos de cooperación técnica (Pnud, OMS, Fao, Unesco), los fondos (Unicef, Unfpda) y las instituciones monetarias y crediticias de Breton Woods (FMI, Banco Mundial).

En ese contexto el Banco Mundial comenzó a construir una línea propia de influencia en salud que adquirió fuerte visibilidad en 1993, año en que lanza su informe anual totalmente dedicado a salud bajo el nombre “Invertir en salud”.

El gobierno nacional, luego de una etapa de indefinición en la que ensayó con varios ministros ajenos al sector, terminó por hacer suyas las recomendaciones del Banco Mundial, lo que ayuda a entender un poco más cabalmente el nivel de osadía y de contraste de este por entonces pequeño actor –el gobierno local de Rosario– que pretendía tomar el derecho a la salud como bandera.

Un escenario en el que se puede poner de manifiesto cómo se trabajaban estas contradicciones es justamente frente a una de las iniciativas que llegó a ser una nave insignia de la política nacional de salud: el hospital de autogestión.

Inspirado en las modificaciones que los gobiernos conservadores intentaron aplicar al Servicio Nacional de Salud en Gran Bretaña –medidas allá conocidas como *internal markets*– el hospital de autogestión fue una ingeniosa ingeniería, años después mejor explicada por la propia representante del Banco Mundial en Argentina, Myrna Alexander: “Se trata, cuando no se puede privatizar, de propiciar un comportamiento privado en el sector público”.

El plan del Banco Mundial tenía varias dimensiones que involucraban diversos ministerios; por un lado un ingenioso sistema de registro que permitiría identificar a los realmente pobres, únicos que merecían ser subsidiados por la atención gratuita; por el otro, se proclamaba una serie de rasgos que debía tener un hospital que se auto privatizaba y comenzaba a competir por la incorporación de recursos genuinos.

A sabiendas de que en un país federal es difícil obligar a las provincias, se generó un sistema de estímulos para la incorporación voluntaria y se aprovechó para ello una audaz jugada del Ministerio de Economía de la Nación, que obligaba a ingresar todos los aportes a la seguridad social por la Dirección General Impositiva/Administración Federal de Ingresos Públicos; de esa manera se creaba un circuito previo en el cual, si una obra social no justificaba técnicamente el no-pago a un hospital del sistema de autogestión, el Ministerio de Salud de la Nación procedería a pagarlo, descontándolo de sus ingresos. Una posibilidad que el ministro de la época luego reconoció fue muy poco utilizada³.

Para esa época, la Municipalidad de Rosario estaba interesada en expandir su base de recursos y generó para ello desde sus inicios una instancia: el Centro Único de Facturación (Cuf), por lo que al principio se vio interesado en las ventajas ofrecidas por el gobierno nacional, aunque pronto percibió los efectos deletéreos para la accesibilidad y para el funcionamiento en redes que el modelo de hospital de autogestión entrañaba, razón por lo cual el acuerdo no fue ratificado.

Se decidía así pagar el precio por la autonomía para fijar políticas de salud en un contexto desfavorable en que además los recursos no sobraban. Así y todo, una mejor organización del Cuf acompañando la tendencia de mediados de los 90 –que se benefició por un clima favorable al pago de los servicios–, generó un aumento de la

³ Nos referimos a declaraciones al diario Clarín del doctor Mazza, el ministro de Salud que cubrió íntegramente el segundo período presidencial de Menem.

recaudación⁴ que duró hasta que los sindicatos lograron desbalancear la correlación de fuerzas y hacer caer al ministro de Economía.

Independencia de criterios sin confrontaciones innecesarias, balance ajustado de pros y contras de cada iniciativa de política de los gobiernos nacional y provincial, y un excelente diálogo técnico con las instancias programáticas, basado en un ajustado apego a las normas técnicas adecuadamente sustentadas, comenzaron a configurar un patrón que emergió como estrategia.

Cuando uno reconstruye el conjunto de conocimientos que componen el “corpus académico” de la salud pública tiene la sensación de estar frente a un conjunto de saberes, experiencias, tecnologías, instrumentos, dispositivos que parecían tan considerablemente universales, tan arraigados en la historia de los países, que tal vez ni los propios sanitarios estábamos preparados para enfrentar una época tan desestructurante, que hizo que la defensa de estos valores pasara en poco tiempo de ser pro culturales a ser fuertemente contraculturales.

Por eso, no ha sido infrecuente que mientras las conducciones políticas de los ministerios se ocupaban de crear obstáculos y preparar jugadas en general descritas como de la vieja política (poner un centro de salud provincial a dos cuadras de uno municipal, inaugurar centros con equipamiento “prestado” o anunciar la construcción de hospitales fantasmas), los cuadros técnicos y los jefes de programas de esos mismos ministerios manifestaran su entusiasmo y reconocimiento por la seriedad y responsabilidad con que se hacían las cosas y hasta por el aporte extra de recursos que Rosario aportaba.

Es que en muchos casos la iniciativa antisana no conseguía permeabilizar ni las estructuras tecno-burocráticas de los propios ministerios.

Oszlack lo señala de una manera más gráfica, indica que hay una época en la que “el Estado quiere, aunque no puede”, garantizar el derecho a la salud, lo que abre un gran espacio político para las herramientas técnicas que construyan esa posibilidad, ese hacer posible. El problema es cuando uno ingresa a otra época en la que el Estado ni quiere ni puede garantizar –en nuestro caso– la salud. Para la época que nos ocupa podría decirse lo mismo de muchos otros derechos sociales como el derecho a la educación o a la alimentación.

Las reformas sectoriales en salud de los 90 han generado una enorme cantidad de estudios generalmente orientados a la polémica sobre los aciertos y los errores en la aplicación de las propuestas. No existen sin embargo estudios igualmente extensos sobre las resistencias múltiples, reticulares y hasta heroicas a esas reformas desde el campo popular y desde experiencias de gobierno de diferente escala que pagaron el precio de desalinearse de la arrolladora operación cultural, económica y política de los 90.

En ese sentido, la Reforma Sanitaria Brasileña mostró para la misma época una alternativa de construcción del derecho a la salud y de un Sistema Único de Salud, que naturalmente no tuvo la misma difusión, pero cuyas experiencias y avances estuvieron de alguna manera presentes y formaron parte del caudal de experiencias internacionales aprovechadas por la gestión sanitaria de Rosario.

A pesar de y quizás por lo acontecido en dicha década, hoy se piensan redefiniciones y actualizaciones que señalan la vigencia, a veinticinco años, del documento de Alma Ata, hecho que contrasta con el olvido de otros documentos emblemáticos de esa década del 90.

Muchas gestiones municipales, frente a la opción o la alternativa de involucrarse más activamente en el campo de la salud pública, retroceden ante la complejidad del tema, la incertidumbre, o el propio rédito político, comparado con otras acciones de gobierno más visibles.

⁴ Asenjo M.: “Inserción del subsistema público municipal en el modelo prestacional de salud”. Tesis de maestría del Instituto Lazarte

Sin embargo, la incorporación de la salud pública a las gestiones municipales es un campo muy promisorio y será con mucha probabilidad parte de la agenda de los próximos años. En el contexto de las políticas de los 90, sobre las que ya hemos abundado, pasó desapercibido, o al menos con poca visibilidad, que para 1996 el gasto consolidado de los municipios en la Argentina –aún sin incluir entre los municipios a la Ciudad de Buenos Aires– ya había superado al gasto nacional en salud. Un dato importante desde el punto de vista económico, sin correlato en el campo político, ya que los municipios no logran reunirse como para hacer jugar ese peso relativo, e incluso han sido desplazados del lugar que habían logrado en el Consejo Federal de Salud en años recientes.

Nuevamente el contraste con Brasil es muy interesante, ya que ese país definió a mitad de los 90 una política activa de municipalización de la salud que incluye convenios que involucran activamente a los municipios en las políticas, generando múltiples espacios de participación social en salud y traspasando recursos genuinos nacionales y provinciales (estadales) a los municipios. Una municipalización activa de la salud por parte de la Reforma Sanitaria Brasileña, contrastada con lo que bien podríamos llamar una municipalización pasiva (casi por default) en el caso de la Argentina, o al menos de algunas de sus provincias. Por último, la combinación de una fuerte orientación hacia la salud pública con gobernabilidad democrática y estabilidad es una mezcla muy interesante que merece ser considerada.

La historia sanitaria argentina muestra algunos ejemplos como el caso de la provincia de San Juan o la provincia de Buenos Aires en los 60s o Neuquén en los 70 y 80 en donde se conjugan estos rasgos. Se trata de provincias, pero resulta interesante recorrer su historia para detectar ese punto clave a partir del cual se instala una suerte de círculo virtuoso que hace que las iniciativas en vez de competir entre ellas generen sinergias y se potencien. Hasta los programas verticales nacionales o internacionales –por definición generadores de disfluencias y generalmente monotemáticos– consiguen ser adecuadamente reabsorbidos por sistemas de salud coherentes, responsables y razonablemente organizados.

Desde estas consideraciones preliminares elegimos algunas coordinadas que recuperan los relatos de los mismos protagonistas, recogen sus convicciones y sus reflexiones acerca de la experiencia compartida, y los colocan en un esquema de interpretación que pretendemos muestre algunas conexiones y entramados que les permita a los protagonistas, y a quienes estén deseosos de intentar desafíos similares, visualizar los ejes sustantivos sobre los cuales pensar el diseño y la gestión de la política de salud.

VI. La Experiencia Rosario: un relato institucional

La experiencia en salud de Rosario cuenta con varios trabajos que la describen en sus diferentes dimensiones y es nuestra intención tomar, en tres momentos diferentes de la gestión, algunas medidas, dispositivos o institucionalidad generadas que consideramos particularmente relevantes o pertinentes para los objetivos de este trabajo.

Disto de ser un trabajo exhaustivo y es muy probable que deje de lado otros aspectos tan o más importantes desde la perspectiva de los actores o el interés de los lectores; previendo ello se añaden algunos apartados con resúmenes técnicos de las iniciativas que aquí no se mencionen y resulten de mayor interés para el lector.

La idea del surgimiento de las iniciativas por orden de aparición no significa dejar confinadas las mismas a ese período. Por ejemplo, en el caso de la atención primaria es evidente que puede y debe trazarse su historia en los tres períodos ya que se ha constituido en un ámbito de resonancia específico de las diversas contingencias y coyunturas por las que atravesó la ciudad, la gestión y el país.

a. 1989-1995: Una etapa fundacional o “hay todo por hacer”

Los primeros rasgos de la gestión de salud de Rosario señalados por todos los relatos hacen referencia a los ejes que se acuerdan aun antes de asumir formalmente el gobierno y que marcan una direccionalidad que se conserva hasta el presente.

En la apertura del II Congreso “La salud en el Municipio de Rosario”, en 1991, Hermes Binner señalaba: “Rosario no está desprotegido de recursos naturales, científicos y tecnológicos. Pero requiere de un sistema de salud solidario, participativo que permita arribar a la equidad. Necesitamos ordenar los servicios de salud partiendo de temas clave, como la descentralización, participación, red de servicios, atención primaria, epidemiología, carrera sanitaria, hospitales”.

Testimonios de los doctores Hermes Binner, Mónica Fein o C. Bloch, en distintas entrevistas, resultan ilustrativos de la transición del 89: “No había día en que los hospitales municipales no salieran en el diario por problemas o quejas de los usuarios”; “si uno se internaba había que llevarse todo, le daban una lista de medicamentos y otra con los insumos y el material sanitario que tenía que traer”; “más que centros de salud existían viejos dispensarios que se denominaban estaciones sanitarias”; “un cartel con una disculpa por la ausencia de profesionales era el espectáculo más frecuente que uno podía encontrar en los dispensarios”; “la centralización era tan importante que durante los encuentros para la transición se encontraron con que los medicamentos estaban guardados en el despacho del secretario de Salud”; “cuidalos, le dijeron al secretario entrante, porque es todo lo que hay”.

La recuperación de los hospitales

Aunque parezca un conjunto de acciones poco visible la rehabilitación de los hospitales en términos de planta física, equipamiento, insumos, regularización de guardias, descentralización administrativa, actualización tecnológica, erradicación de pequeños o grandes focos de corrupción, regularización de planteles y educación permanente representó un trabajo inicial y de mantenimiento imprescindible para ganar credibilidad en la sociedad y en los propios equipos de salud.

Una concepción que guió a la gestión, dentro de un marco de austeridad, era que si existía una tecnología eficaz para resolver un problema de salud, la Municipalidad debía tenerla, porque para muchos vecinos los servicios públicos representan la única oportunidad de resolver sus problemas. De tal manera que la Municipalidad se volcó a conseguir ello con el mismo ahínco con el que trabajó la expansión y el fortalecimiento de la atención primaria hacia la rehabilitación de sus seis hospitales. Las direcciones de hospitales fueron confiadas a personas con ascendente profesional dentro de los mismos, convocados por una gestión que se precia de no haber puesto ningún cuadro político en esa tarea.

La idea era profesionalizar la gestión de los servicios de salud, una concepción que luego sin dudas influiría a la hora de concretar la fundación del Instituto de la Salud Juan Lazarte, que entre otras tareas se concentró en la formación de recursos humanos en el campo de salud pública, gestión de servicios de salud y epidemiología. El trabajo en el desarrollo de gestión hospitalaria contó con el precoz apoyo del doctor Pablo Bonazzola –un experto en administración hospitalaria que ya había sido director del Hospital Ramos Mejía en Buenos Aires–, quien trabajó en varias dimensiones relevantes, incluyendo los proyectos más ambiciosos como el nuevo Hospital de Emergencias Clemente Álvarez y el Cemar.

Otro apoyo sistemático fue el brindado por el doctor Adolfo Chorny en el área de costos hospitalarios, una herramienta a través de la cual se establecieron significativas modificaciones en la organización y eficiencia de los servicios de salud.

El fortalecimiento de la atención primaria

Con respecto a la atención primaria, se hace mención como antecedente una investigación evaluatoria del CESS. Esa investigación se hizo en dos hospitales y sus

correspondientes centros de salud, en ella participaron dos personas que fueron muy influyentes en definir el sentido de este desarrollo: María del Carmen Troncoso y Ena Richinger, que será la primera directora de Atención Primaria y continúa hasta el momento como asesora de la Dirección. María del Carmen tenía una sólida formación en salud pública, graduada de la prestigiosa Escuela de Salud Pública de Chile, había sido consultora de la Organización Panamericana de la Salud en Centroamérica y ya era un referente en el área de epidemiología. Ena se encontraba trabajando en uno de los servicios incluidos en la investigación. En parte a raíz de esto, después es propuesta para hacerse cargo de la Dirección de Atención Primaria.

La situación inicial no era muy auspiciosa; en la práctica había un muy escaso desarrollo de la información epidemiológica, graves deficiencias de la infraestructura física, tecnologías de diagnóstico y administrativas inexistentes u obsoletas, personal desmotivado y/o castigado, bajos salarios, unidades asistenciales aisladas; más que Centros de Salud el nombre de “estaciones sanitarias” o “dispensarios” expresaba la concepción desde la cual se trabajaba hasta ese momento; la localización de los centros era hecha en base a criterios guiados por el clientelismo político y existía un predominio absoluto del enfoque de atención de la demanda espontánea.

Los trabajos de esta época eran también particularmente críticos respecto del modelo que había adoptado la provincia y que con la experiencia de Rosario había introducido por primera vez en una gran ciudad del país el modelo de agentes sanitarios. Este modelo, al que en Santa Fe se asocia con razón con la dictadura del 76, había nacido en realidad de la experiencia de salud rural promovida por Alvarado en Jujuy a mitad de los 60, a partir de su amplia experiencia internacional, especialmente en programas de paludismo –de allí su énfasis en trabajar casa por casa–. En 1978, tomando las resonancias de Alma Ata estos programas que ya habían excedido con mucho los ámbitos rurales cambiaron de nombre y comenzaron a denominarse de atención primaria.

Para 1989, un dilema bastante razonable era el siguiente: crear una Dirección o crear un área de responsabilidad territorial de cada hospital y desarrollar la atención primaria de la salud (que de aquí en más denominaremos con la sigla APS) en su dependencia. Rosario optó por el primer camino y parece haber acertado si se lo compara con la ciudad de Buenos Aires, que dos años antes había decidido crear Áreas Programáticas, lo que en la práctica retrasó en más de diez años su desarrollo de la atención primaria.

Mientras Buenos Aires, que tenía en 1985 una meta de cincuenta centros de salud y apenas logró incrementar entre 1987 y 2004 de ocho a treinta y cuatro el número de los mismos, Rosario, con un tercio de la población porteña, ya se acercaba a los cincuenta centros en la mitad de ese tiempo.

El 15 de Mayo de 1990 se creó la Dirección de Atención Primaria (Decreto municipal N° 0769) en dependencia de la Dirección General de Atención Médica, que en 1993 completó su estructura, conformada por una Subdirección, la Dirección de APS y los Departamentos de Formación y Capacitación Profesional, de Epidemiología, de Salud Mental; coordinaciones zonales, una unidad administrativo contable y los jefes de centros de salud.

A partir del 90,⁵ la Dirección de APS funcionó como una instancia de coordinación de los distintos niveles con jerarquía equivalente al resto de las direcciones centrales de la Secretaría de Salud, y a partir de 1993 obtuvo asignación presupuestaria específica. Se conformaron equipos interdisciplinarios y se los capacitó en APS.

En 1993 la Dirección de APS presentó una propuesta organizativa: consejo asesor (epidemiología, formación y capacitación, asesores en programación, representantes

⁵ Taboada, E, “Construcción de salud según sus protagonistas. Principios orientadores. Ejes de Gestión. Entrevistas”. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. UNR Editora, 2003.

de la comunidad), subdirección administrativa, subdirección de atención de la salud, subdirección de atención comunitaria, servicio de estadística y centros de salud. La búsqueda permanente de nuevos marcos referenciales por parte de la gestión se verificó durante el II Congreso “La salud en el Municipio de Rosario”, de 1991, cuando la discusión se amplió, incorporando al debate el concepto de Sistemas Locales de Salud (Silos) que venía siendo impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde fines de los 80.

El tema de atención primaria adquirió tal entidad que en 1995 y 1998 se realizaron congresos-seminarios independientes que sirvieron además como un ejemplo de la vocación por el intercambio internacional, ya que el primer seminario se realizó en conjunto con las autoridades sanitarias de Cataluña. Las actas de ambos seminarios dieron origen a publicaciones que pueden con toda justeza ser utilizadas como material didáctico, tan carente en el ámbito de la APS.

El trabajo en atención primaria de los primeros años no es independiente de la lógica de recursos humanos que se concreta en la generación de grupos y equipos interdisciplinarios y en la residencia de medicina general.

Entre las concepciones que fueron utilizadas para definir este campo pueden mencionarse, como hitos, los siguientes, según da cuenta el trabajo de Tabeada citado anteriormente:

- APS es considerada como una filosofía para la acción y una estrategia –y no el primer nivel de atención– para la reorganización de los recursos integrados en un sistema regionalizado.
- El grupo técnico-profesional que formula el enfoque y diseña la propuesta de APS la define así: “Un conjunto de acciones programadas y evaluadas, de baja complejidad tecnológica, con énfasis en la promoción y protección de la salud y en la atención médica básica, identificadas a partir de estudios socio-epidemiológicos y con activa participación de la comunidad en todo su proceso”. (Asociación Médica de Rosario, 1989)
- Débora Ferrandini, directora de Atención Primaria, habla, en el mencionado libro “Construcción de salud según sus protagonistas”, de direccionalidad y no de modelo: “Dirección de la práctica, un reordenamiento del proceso de trabajo, de las prácticas, que implica otra constitución, un cambio en la constitución subjetiva de quienes la sostienen... a partir de eso se está construyendo un cambio cultural que sostenga esta dirección en el tiempo”.
- Esa dirección o direccionalidad tiene tres líneas directrices: equidad (igual utilización de servicios a igual necesidad); clínica contextualizante (privilegiar el ámbito domiciliario ambulatorio y considerar a los sujetos en su historia y contexto, promoviendo su autonomía) y participación (construcción colectiva del conocimiento epidemiológico).
- Estas directrices imponen una gestión descentralizada, que plantea el desafío de definir el espacio de autonomía de los equipos locales (hay un reconocimiento de que este proceso llevó mucho tiempo), sin que se convierta en una anarquía corporativa: la función de la coordinación es sostener esas directrices y asegurar que todo lo que se haga transcurra en ese marco.
- El centro de salud es concebido como eje del sistema y el sistema es concebido como red.
- Se constituyeron “equipos de referencia” (clínico, o pediatra, o generalista y un enfermero) con población a cargo (se diferencia del concepto de médicos de cabecera, porque ponen el eje en el paciente ambulatorio y en su autonomía como sujeto)⁶. Esto se complementó con un proceso de “adscripción”, que no es una asignación burocrática de un listado a un profesional, sino que se va construyendo desde el vínculo. Esta tarea la asumió el equipo, priorizando inicialmente a los que

⁶ Ferrandini discute el concepto de médico de cabecera porque alude al paciente acostado/pasivo.

estaban en mayor riesgo. El resto de los profesionales (psicólogos, trabajador social, odontólogo, ginecólogo) operaban desde una organización matricial. Estos equipos cumplieron un rol de “agencia”, en relación a garantizar un vínculo longitudinal con los otros niveles de atención.

- Se constituyeron equipos de gestión local (abiertos a todos los profesionales de los centros que quieran involucrarse, o sea que no los gestionaba sólo el jefe) y equipos de gestión distrital. Se formaron grupos promotores de asambleas con la comunidad, de espacios de programación local y nivel distrital, y un espacio distrital de red.
- “Vecinos participando” fue una iniciativa muy discutida en el seno de la Dirección de APS, porque fue un intento de direccionalizar y homogeneizar la participación, pero sirvió para aprender y facilitar las nuevas propuestas de participación social en salud; instancias independientes, pero estrechamente ligadas a la experiencia de presupuesto participativo.

Las prácticas innovadoras que se identificaron fueron: las visitas domiciliarias, la internación domiciliaria, el hospital de día, la cirugía ambulatoria, la gestión de turnos desde el centro de salud. Esto redefinió el vínculo con las familias y hacia el interior del sistema.

Entre los principales rasgos que caracterizan el desarrollo de esta área pueden mencionarse:

- Que define su población-objetivo con un criterio ampliado (toda la población de la ciudad) y establece criterios que priorizan en base a la identificación de grupos más vulnerables a través de los estudios socio-epidemiológicos.
- Esfuerzo concentrado en reorganizar el proceso de trabajo haciendo eje en los centros de salud, para lo cual la capacitación es una estrategia fundamental asociada a la instalación de un enfoque epidemiológico como herramienta básica de conocimiento y acción. Esta reorganización se sustenta además en el desarrollo de dispositivos técnico-burocráticos, tales como: historias clínicas, carné infantil perinatal y de planificación familiar, formularios de interconsulta, implementación de la referencia y contrarreferencia, normas de entrega de alimentos, turno programado para las actividades de prevención y control terapéutico, talleres como instancias de formación y coordinación.
- Se desarrollaron programas a través de los centros de salud, promoviendo la participación comunitaria: control del embarazo, inmunizaciones, detección del cáncer femenino, planificación familiar, crecimiento y desarrollo del niño sano, desnutrición, hipertensión, tuberculosis.
- En 1995 se desarrolló una propuesta de zonificación reforzando la noción de descentralización, intentado descentralizar el establecimiento de prioridades y la asignación de los recursos (presupuesto por centro, control y rendición de gastos mensuales por centro) a través de la programación local participativa.
- Recuperación edilicia y construcción de nuevos centros y re equipamiento de los mismos.
- Incremento del número de personal asignado a APS, capacitación y definición del perfil.

Como hemos mencionado, bajo estos rasgos fundantes, la atención primaria adquirió una dimensión y un protagonismo que la tiene como un actor relevante de los momentos que continúan, en un nivel de desarrollo que plantea nuevos desafíos vinculados a la gobernabilidad interna y a las relaciones con el sistema como un todo. En referencia a lo primero, Débora Ferrandini, en el texto citado, expresa: “Ahora la tensión en la que transcurre la Dirección es (pensar en) cuánta es la máxima descentralización posible, habida cuenta de que estas directrices (equidad en la atención, clínica contextualizante y participación popular) tienen que mantenerse. Nos llevó varios años definir cuál es el espacio de autonomía de un equipo local y definir cómo sostener esa autonomía sin que se convierta en una anarquía corporativa, en

donde cada centro de salud decide a través de sus trabajadores sin rendir cuenta a nadie qué es lo que hace con su tiempo. Entonces, lo que planteamos es que justamente la función de la dirección como tal es sostener esas directrices y asegurar que todo lo que se haga transcurra en el marco de esas directrices". Las relaciones de la atención primaria con el sistema, integralmente, es una necesidad evidente a partir de que el referencial de redes fue clave en el momento siguiente, al ofrecer un dispositivo analítico y operativo que se mostró adecuado para articular heterogeneidades y evitar que las acumulaciones en el ámbito de los servicios hospitalarios y de la atención primaria se desarrollaran en forma independiente e incrementaran sus tensiones recíprocas. En la última etapa esta misma noción de redes contribuyó a plasmar el Cemar, una instancia a partir de la cual se facilitó considerablemente la articulación entre los diversos efectores de la red.

La vocación por el debate y la participación

Un aspecto llamativo y relevante, y en cierta forma sorprendente, es el que refiere a la realización, sistemática y desde comienzos de gestión, de congresos anuales que, bajo la denominación "La salud en el Municipio de Rosario", funcionaron como espacios de difusión de ideas, de encuentro con expertos y, al mismo tiempo, como ámbitos de reflexión y planificación. Ya durante el segundo congreso, realizado entre el 11 y el 15 de noviembre de 1991, la doctora María del Carmen Troncoso expresaba: "Creo que es una de las pocas veces, sino la primera, que nos reunimos para reflexionar sobre nuestros problemas y ponerlos sobre la mesa para que sean debatidos por el conjunto de la gente que trabaja en salud y a la que le interesa encontrar un camino para el sistema de salud de la ciudad de Rosario".

El entonces secretario de Salud, Hermes Binner, dejaba muy en claro, en el mismo ámbito, la expectativa de usar el espacio como una instancia de planificación: "Las conclusiones a las que se arribó el primer congreso configuraron los puntos de partida de las realizaciones en el transcurso del año. Hoy podemos afirmar que cada uno de los temas tratados en su desarrollo contribuyó a la definición del sistema de salud. El avance que propone la temática del presente congreso nos hace pensar, con fundado optimismo, que las conclusiones a que se arribará constituirán la herramienta fundamental para avanzar en el sentido propuesto. El tema central del congreso estaba vinculado a la búsqueda de estrategias necesarias para el desarrollo de un sistema local de salud, cuyo eje central estaba orientado a lograr dignidad y equidad en la utilización de los recursos, tanto naturales como profesionales y tecnológicos. Todo esto tiene que ver con la provisión de agua en cantidad y calidad, con la integración de toda la comunidad a los programas de salud existentes, así como el acceso a todos los avances de la medicina moderna".

Vale la pena señalar que a nivel nacional el debate de salud pública estaba, y está, tan postergado que, en una década en la que se había retrocedido mucho, "el Congreso de Rosario" se constituyó no sólo en el principal, sino en el único debate de salud pública abierto, y por ello generó la presencia de muchos participantes provenientes de otros lugares del país y del extranjero. Esto "nacionalizó" alguno de los congresos y generó, naturalmente, condiciones para que las diversas iniciativas adquirieran una mayor visibilidad.

En referencia a la presencia de voces de otras ciudades o de otros países, vale destacar referentes del campo sanitario como Gastón de Souza Campos, Saúl Franco, Mario Testa, Pablo Bonazzola, o Adolfo Chorny, entre otros.

La sensación es que el clima de debate y discusión que se daba en el ámbito de los congresos, parecía influir en forma decisiva en la marcha y difusión de las acciones. Una saludable tradición es que la mayoría de los congresos, seminarios y eventos relevantes del Municipio fueron grabados, editados y publicados, generando así una serie de más de veinte publicaciones que sirven como material de estudio, como fuente y testimonio de los debates, y, al mismo tiempo, como registro de la evolución de las ideas y prioridades de cada momento. Vale la pena aquí señalar el rol cumplido

por Juan Paradiso, un editor involucrado y participante que con su aporte permitió que las “cosas dichas” (parafraseando el afortunado título de uno de los libros de Bourdieu) trascendieran más allá del ámbito estricto temporal y espacial en que fueron enunciadas.

Resulta ilustrativo por ello enumerar los diversos eventos científicos generados y organizados por la Secretaría de Salud Pública a lo largo de la gestión .

- Primer Congreso, 12 al 16 de noviembre de 1990
- Segundo Congreso Interinstitucional Multidisciplinario “La Salud en el Municipio de Rosario-Sistemas locales de salud “, 11 al 15 de noviembre de 1991
- Tercer Congreso “Calidad de Vida”, 18 al 20 de noviembre de 1992
- Jornada “Salud mental, práctica interdiscursiva”, abril 1994
- Cuarto congreso “El hospital, su rol en la red “, 1º al 3 de junio 1994
- Quinto Congreso “Intersectorialidad e interdisciplinariedad “, 9 al 13 de octubre de 1995
- Primer seminario “Atención primaria. En asociación con Servei Catalai da Salut”, 27 al 31 de marzo 1995
- Sexto Congreso “Nuevos escenarios, nuevos modelos de atención: 100 años de hospitales públicos”, 22 al 25 de abril de 1997
- Séptimo Congreso “Redes y salud “, 1º al 5 de setiembre de 1998
- Segundo seminario “Atención Primaria de la Salud”, 1998
- “Adicciones: desafíos y abordajes”, recopilación de actividades científicas, mesas redondas y simposios sobre el tema, encarado por el Centro de Prevención de Adicciones del Municipio.
- Octavo Congreso “Una década apostando a la salud como derecho”
- Noveno Congreso “La salud y la calidad de vida en la ciudad”
- Cuarto Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas, “Equidad local y equidad global para la salud en América”, 25 al 27 de noviembre de 2002
- Primeras jornadas de salud y participación popular “La salud, un mismo lenguaje para el encuentro”, 11, 12 y 13 de abril de 2003

La lectura de conjunto da cuenta de que, además de un enorme espacio de prácticas, Rosario se convirtió en una verdadera usina de producción simbólica en el campo de la salud pública.

b. 1995-1999: una etapa de institucionalizar o ¿cómo armar el rompecabezas?

Creación del Instituto de la Salud Juan Lazarte

Resulta por demás interesante reconstruir el origen y el desarrollo posterior del Instituto de la Salud Juan Lazarte, una institución única en su tipo. Se trata de una idea madurada desde el diálogo entre la gestión de la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional de Rosario y la Asociación Médica, básicamente a partir del CESS, y que permite capitalizar de esta última institución la fuerte tradición de casi dos décadas de investigación en el campo social y sanitario, las experiencias de capacitación avanzada de mitad de mitad de los 80, y las redes internacionales generadas entre autores, editores y lectores de los Cuadernos Médico Sociales.

Estas conexiones llegaron hasta la Fundación Oswaldo Cruz –una de las instituciones más importantes de América latina en el campo de la salud– que incluye entre sus instituciones señeras a la Escola Nacional de Saude Pública, que por esa época estaba ofreciendo un curso de planificación estratégica de salud orientada a un público internacional, con mucha participación de alumnos argentinos.

Desde las primeras conversaciones entre las autoridades municipales, la Asociación Médica y la Universidad a nivel de Rectorado, se hizo e special hincapié en que la nueva institución no sería una Escuela de Salud Pública, un tipo de institución

paradigmática de los 60 y muy desprestigiada, al menos tal como se las percibía en ese momento en la Argentina.⁷

La experiencia internacional mostraba la necesidad de pensar las instituciones de formación de salud pública con otro modelo, básicamente por fuera de las facultades de medicina y con un rol que incluyera un componente fuerte de investigación y una usina de pensamiento para fortalecer el proceso de formulación de políticas. Este debate es el que se tomó en cuenta para reafirmar el nombre de Instituto y para propiciar que el mismo se constituyera a partir de un acuerdo entre tres instituciones diferentes pero complementarias. El Instituto fue inaugurado en octubre de 1995, pero antes de esa fecha ya brindaba algunos seminarios.

Fortalecer las redes, más allá de la referencia y la contrarreferencia

Entre las dimensiones que sin dudas generaron un cambio cualitativo aparece fuertemente la noción de redes o del sistema como red.

Mario Testa, en su conferencia durante el Cuarto Congreso “La salud en el Municipio de Rosario”, de 1994, señaló que el problema planteado por la lógica de redes, como la de muchos otros dispositivos o artefactos altamente valorados en el ámbito de la salud pública, mostraba una paradoja: resulta muy fácil su enunciación, pero con frecuencia no se aplica o no se sostiene en el tiempo, más allá del tiempo político de quien lo promueve.

“Cuando tenemos que pensar en la red de servicios de salud, en cómo se conforma la organización de la salud, sabemos cómo hay que organizar una red de servicios. Tanto sabemos –dice Testa– que podemos rápidamente explicarle a cualquiera que una red debe organizarse en forma regionalizada, descentralizada administrativamente y operativamente, que tiene que tener un sistema de referencia y contrarreferencia, etcétera. Y así vamos acelerando hasta que contamos todo lo que es una red de servicios, y que esto debe funcionar de tal y cual manera. Yo nunca tuve la suerte de ver una red funcionando así –ironizaba y, a la vez, abría una enorme brecha para pensar y proponer–: Entonces la pregunta que me hago es por qué, con toda la sabiduría con respecto a la organización de redes de servicios, nunca con seguimos armar una red de servicios como dicen muchos libros”.

Hay allí, en esta diferencia, en esta distancia, un punto relevante, ya que con frecuencia las iniciativas no alcanzan el tiempo mínimo como para poder influir en la cultura, especialmente en un país en donde las gestiones en salud duran menos aún que los períodos de gobierno. Esto podría significar que se trata de un problema que sólo se resuelve con estabilidad, pero naturalmente esta puede ser una condición necesaria pero no suficiente.

La combinación que se pone de manifiesto en el caso de Rosario y que crea condiciones para desarrollar una red combina al menos las siguientes cuestiones:

- Firmeza en establecer el rumbo general
- Consistencia ética
- Compromiso con lo público
- Estabilidad política
- Gestión austera
- Convicción para cerrar el espacio a la corrupción
- Constitución de sistemas que aprenden
- Incorporación y/o readecuación crítica de dispositivos
- Relación firme pero pragmática con otras jurisdicciones
- Sólidas relaciones internacionales

⁷ Por ese entonces y luego de una dificultosa reconstrucción posterior a la dictadura, las dos escuelas de salud pública, de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de Córdoba, respectivamente, se encontraban en una continua crisis de gobernabilidad y sobre todo no tenían redefinido un proyecto para los años que corrían.

El trabajo en redes es uno de esos rasgos o dispositivos que se pueden considerar afines o en sintonía con la propuesta general de la experiencia.

Como hemos visto, para 1995 la sensación que despertaba la noción de redes era que se trataba de una buena idea pero impracticable. En oportunidad de mi primera entrada en contacto con la salud pública de Rosario se planteaba una interesante tensión que parecía estar ganando la idea de una descentralización de la ciudad. El modelo global aún no estaba listo, pero la Secretaría de Salud se sentía en condiciones de salir a liderar un proceso de reasignación de recursos con criterio geográfico-poblacional como el que efectivamente se concretaría varios años después. Sin embargo, el análisis de situación para mitad de los 90 era que se había configurado un nuevo escenario y que el crecimiento de la atención primaria en la ciudad había creado una nueva correlación de fuerzas que podía llegar a generar un incremento en la fricción entre diferentes instancias del mismo sistema.

En este contexto se pensó la posibilidad de profundizar la noción de redes e intentar generar dispositivos concretos que transformaran esta noción en acciones y mecanismos.

Por este motivo se plasmó una experiencia que ha quedado adecuadamente documentada en un texto de la secretaría del cual mencionaremos apenas una pequeña ficha técnica.

Se preparó una propuesta de capacitación en forma de cinco encuentros con una convocatoria a la que respondieron unos ciento veinte funcionarios. Estos funcionarios representarían de alguna forma a los 3.600 agentes con que contaba la Secretaría en aquel momento, para lo cual se estableció cupos por efector y tipo de servicio, dejando abierto a los efectores la decisión de quiénes ocuparían esos cupos. Así un heterogéneo grupo de profesionales y no profesionales que trabajaban en Centros, Hospitales, Programas especiales o en el nivel central, participaron activamente de ejercicios basados en el reconocimiento recíproco, en la detección de necesidades comunes y en la generación de acuerdos.

Como toda la actividad se grababa, se la transcribía y distribuía entre los participantes con antelación a cada encuentro, a partir de esto se verificó una difusión más amplia de esos materiales y varios casos de repetición de las actividades en el interior de los efectores, alcanzando de alguna forma a quienes no podían participar en forma directa de la actividad.

Es difícil poder medir el impacto de esta actividad, pero varios años después existen fuertes evidencias de que el referencial de redes constituye uno de los rasgos que otorgan identidad y código de comunicación interno dentro del sistema municipal de salud.

En esta actividad como en muchas previas y posteriores puede percibirse hasta qué punto se corporiza la idea de constituir, más que un modelo, un sistema que aprende. Quizás uno de los rasgos más interesantes de la gestión Rosario es que, lejos de un comportamiento dogmático, está sistemáticamente revisando y buscando innovaciones para hacer diferencia.

En 1996, luego de una crisis política que parecía toda una prueba, el doctor Hermes Binner asumió como intendente, dejando la fuerte impresión de que no sólo era posible en los 90 apostar a la salud pública, sino que con ello se podía obtener el reconocimiento de la ciudadanía, una noción que fue reforzada en las contiendas electorales posteriores.

Calidad centrada en el ciudadano

La experiencia de trabajo en cooperación sobre calidad centrada en el ciudadano representa para mí algo poco usual. Reunirse sistemáticamente durante un año con los directores de todos los hospitales, la Dirección de Atención Primaria, la Dirección de Salud Mental, la Dirección de los Institutos Especializados como el ILAR y el programa de Salud Bucal, entre otras instituciones, es algo poco frecuente y menos aún su sostenimiento en el tiempo.

La noción de gestión de calidad centrada en el ciudadano fue una construcción del propio grupo. Una vez que se definieron los ejes de trabajo quedó claro que la centralidad tenía que estar en los beneficiarios de los servicios, pero la mayoría de las denominaciones hacía referencia a quienes efectivamente utilizaban esos servicios. La idea de responsabilidad sanitaria hizo extender esta noción también a quienes en forma permanente o circunstancial no se atendían, pero que de una forma u otra financiaban los servicios y formaban parte del espacio-población de responsabilidad.

Fue seguramente esta construcción la que llevó a priorizar en el trabajo la preocupación por la accesibilidad. El trabajo colectivo puso el foco entonces en aspectos poco visibles de los servicios de salud: colas de espera, precios económicos y extra-económicos, barreras legales geográficas o financieras, procedimientos, discrecionalidad.

Los resultados fueron muy alentadores. Bajo la lógica de que “la mejor manera de no tener un problema sanitario es no investigarlo” se visibilizó el problema del rechazo y se generaron mecanismos concretos para estudiarlo y medirlo. Los resultados no fueron alarmantes, pero el solo hecho de estudiarlo puso el foco en las puertas de entrada y en el personal no siempre jerarquizado que administra el proceso de admisión. Una segunda preocupación en ese recorrido de “afuera para adentro” o siguiendo el camino del paciente, fue el de las colas de espera, en algunos casos justificadas, pero en otros no.

c. 2000-2004: Inventando el futuro y capeando una crisis que pone a prueba

En 1999 se inaugura el Centro Médico Asistencial de Rosario (Cemar)

La capacidad de producción simbólica y la gestión cultural de la ciudad cumplen un rol en esta obra, que vino a revertir lo que en el imaginario popular se denominaba “el monumento al pozo”. En la práctica era un monobloque abandonado, situado a metros de la Secretaría de Salud y al lado de la Maternidad Martín, y representaba para los vecinos de Rosario un símbolo del fracaso y de la acción de gobierno.

La discusión sobre el destino del edificio y el plan sanitario arquitectónico recuperó un tipo de establecimiento de salud que a grandes rasgos ya era conocido en la historia sanitaria del país. Era básicamente lo que en la categorización de “establecimientos de la Nación” se conocía como “nivel siete”, un policlínico complejo sin camas.

En la década del 60 se habían construido algunos de estos edificios en capitales de provincia y en muchos casos (Salta, Catamarca) terminaron siendo aplicados a otros usos.

¿Por qué en Rosario podía dar otros resultados? Se exploró en busca de experiencias internacionales (Hermes Binner comenta en este sentido la observación de la experiencia en Haifa, Israel). En primer lugar porque era evidente que el fuerte crecimiento cualitativo y cuantitativo de la atención primaria requería una carga creciente de prestaciones de diagnóstico y tratamiento e interconsultas de segundo y tercer nivel que respaldaran la labor y su constante extensión de cobertura.

Como la generación de un establecimiento para estos fines específicos podía provocar una suerte de desentendimiento de los profesionales de los hospitales, se optó por una medida que terminaría dándole uno de sus rasgos más sorprendentes a la propuesta: destacar médicos seleccionados de los propios hospitales para que cumplieran parte de su horario de prestación en el Cemar.

La experiencia demuestra que el Cemar funciona efectivamente sólo como una institución a la que se accede por referencia. Ha dinamizado y fortalecido la atención primaria, ha bajado considerablemente los rechazos y acortado los tiempos de espera de las derivaciones, ha generado contrarreferencia en proporciones hasta ese entonces nunca alcanzadas, y ha generado un nivel de involucramiento de los profesionales que se extiende hasta el clima de los propios hospitales.

En un sentido más general, los Centros de Salud de la ciudad han expandido su respaldo, las consultas se transforman así en verdaderas interconsultas visibilizando y resolviendo el rechazo y el doble discurso que los sistemas de salud le plantean a la población. Nos referimos a estos casos frecuentes de redes en donde por un lado se invita a la población a acceder a la red a través de los Centros de Salud, pero luego existen barreras sutiles que hacen que los pacientes derivados de dichos centros no sólo no tengan garantizado el acceso, sino que en ocasiones terminan sancionados en relación a quienes concurren por demanda espontánea a los hospitales.

La red de hospitales ya estaba trabajando en esta línea, pero la apertura del Cemar consolidó la creación de verdaderos canales de acceso de la población derivada a la atención de mayor complejidad.

La referencia y contrarreferencia se vuelven así nociones más multidimensionales. Así es común ver en Rosario a madres que egresan con sus bebés de las maternidades con el turno de seguimiento, ya otorgado, para el Centro de Salud más cercano a su domicilio.

Una “sala de situación”

Cuando la Alianza asumió el gobierno nacional en diciembre del 99 era bastante razonable pensar que la gestión municipal de Rosario saldría de su aislamiento relativo; quedaban atrás los años del menemismo y había razonables expectativas de un cambio de política en donde pudiera capitalizarse la experiencia de gobierno en la ciudad.

No es objeto de este trabajo explorar por qué esas expectativas no se concretaron o no se satisficieron en la medida que se esperaba. Es difícil explicar las razones políticas y económicas por las cuales, a pesar del cambio de estilo, no se modificaron por entonces los ejes fundamentales de la política económica nacional del período anterior y cómo un golpe de mercado, combinado con ineficacia de gobierno, terminaron desencadenando una crisis social y económica sin precedentes en la historia argentina. Crisis que iba a poner a prueba, también, la gestión de municipal de Rosario. Eran para Rosario casi las mismas condiciones externas del 89, pero básicamente con otra gobernabilidad.

Durante la crisis del 2001-2002 las relaciones con el gobierno provincial habían mejorado circunstancialmente como consecuencia de una gestión muy orientada al fortalecimiento técnico-político del Ministerio de Salud de Santa Fe y de la Región Sanitaria VIII, lo que sumado al clima particular generado por la misma crisis facilitó la apertura de un espacio conjunto de gobernabilidad que se denominó “sala de situación”.

La “sala de situación” conjunta municipio-provincia, representada básicamente por equipos técnicos de la Región Sanitaria VIII, priorizó rápidamente cuatro áreas: atención primaria, salud materno-infantil, medicamentos y urgencias.

Los funcionarios de máxima responsabilidad de ambas instituciones y de cada una de estas áreas sesionaron en el ámbito del Instituto Lazarte, identificando rápidamente las siguientes preocupaciones y sus correspondientes indicadores:

- Atención primaria: cobertura de medidas preventivas básicas. Se detectó que como efecto riesgoso de la crisis la atención de la demanda espontánea había postergado la preocupación por las acciones preventivas, dentro de ellas las inmunizaciones, generando un riesgo potencial agregado. Se instrumentaron medidas para reparar rápidamente esta situación.
- Salud materno infantil: el centro de la atención se colocó en la problemática del bajo peso al nacer, recordando que la bibliografía internacional recomienda prestar atención a este indicador, que puede ser utilizado a efectos de monitoreo para tomar medidas y priorizar la atención del embarazo y el seguimiento de los lactantes y niños en edad pre escolar. La exploración permitió confirmar la sensibilidad del indicador, al verificar importantes diferencias entre las maternidades de diferentes lugares geográficos de la

ciudad y del Departamento Rosario. En la comparación de los primeros cuatrimestres de 2002 respecto del mismo período de 2001, todas las maternidades públicas registraron un incremento de este indicador. Este dato hizo más meritoria la gestión en salud, ya que la ciudad, e incluso el sur de la provincia, no incrementaron la mortalidad infantil en 2002, a diferencia de lo ocurrido en el promedio nacional y en otras grandes jurisdicciones como la provincia de Buenos Aires.

- **Medicamentos:** la crisis de medicamentos, agravada por la devaluación súbita, generó una crisis de tal magnitud que fue imprescindible generar una base de medicamentos vitales, es decir medicamentos cuya carencia ponía en riesgo inmediato la vida de los pacientes. La complementariedad de medidas entre ambas jurisdicciones permitió verificar la potencialidad de producción directa, tomando en cuenta la tradición de casi diez años del Laboratorios de Especialidades Medicinales (Lem) de la Municipalidad, y también que el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe contaba con una gran capacidad de producción (que por decisión política sólo se estaba utilizando, hasta ese momento, como estructura de depósito). En la coyuntura se llegó a comprar droga básica por parte de una jurisdicción para la producción de medicamentos por parte de la otra. Un aspecto muy relevante que puso a prueba la capacidad de escucha de las expectativas poblacionales se dio en esta área específica, ya que las prioridades técnicas habían postergado otros asuntos, como la provisión de anticonceptivos. La consulta y la cercanía de los centros de salud con la población permitió corregir muy rápidamente este error, que no es menor, considerando que en el ámbito nacional, durante la crisis de 2002, aumentó la natalidad, una de las razones que empujó para arriba la mortalidad infantil.
- **Urgencia:** se incrementó la complementariedad de los servicios de alta complejidad de ambas jurisdicciones y se monitoreó la demanda por causas externas: lesiones, suicidios o intento de suicidios, accidentes, homicidios, etcétera. A pesar del clima periodístico, ambas jurisdicciones coincidieron en que no se verificó ningún incremento en la comparación entre el primer cuatrimestre de 2002 y el mismo cuatrimestre del 2001.

A pesar de la transitoriedad de esta experiencia queda el aprendizaje y la experiencia como para saber lo que podría lograrse en la ciudad de Rosario y en el sur de Santa Fe si se generaran las condiciones políticas para un trabajo armónico y complementario.

La descentralización de la ciudad

Si pensamos en ese proceso constante de búsqueda, de apropiación de las mejores prácticas, resulta al menos conceptualmente importante señalar que en ocasiones no hay opción; es decir, hay veces que no se pueden aplicar recetas basadas en lo que otros han hecho, sino que le toca a uno pagar el precio de esa experimentación.

Algo así se abrió con el proceso de construcción de los distritos en la ciudad. La experiencia de descentralización y de trabajo territorial no es nueva para muchos de los sectores de gobierno municipal. Sin embargo, la idea de hacer surgir el distrito como un nuevo territorio sub municipal con identidad, con participación activa de los vecinos, con una propuesta de desarrollo local y con respuestas articuladas de todos los sectores de gobierno representaba todo un desafío.

La obra física que sostiene estas nuevas instancias representaba de por sí una muestra de la importancia que se le asignaba y del compromiso con que se encaraba esta nueva etapa.

Para el área de salud era una experiencia fuerte de articulación reclamada desde la experiencia de los propios centros de salud, sobre todo de aquellos que estaban más cerca de los problemas de la población y que venían solicitando una acción conjunta de gobierno. Sin embargo, la articulación no es una tarea limitada a las cabezas

organizacionales. Se requiere también una articulación de todos los equipos de la gestión municipal que operan en el territorio, conectando culturas organizacionales que con frecuencia se han desarrollado por separado. Salud tiene allí también una larga y dificultosa tarea por delante que sabrá enfrentar como lo ha hecho con tantos desafíos.

VII. Conceptos clave en los postulados de política de salud

Pensar y hacer desde los derechos

Al partir de la noción de proceso de construcción de una política de salud, y hacer el recorrido que este texto intenta ilustrar, es decir atravesar la experiencia desde los postulados pasando por las formas de gestión política para llegar a los resultados, queda una inquietud intelectual y también práctica para un decisor político que intenta extraer lecciones de otras experiencias.

Al definir este eje referido específicamente a los postulados de política de salud para releer la experiencia de Rosario se intenta capturar, desde la lectura de los documentos que ilustran las acciones en salud, aquellas ideas fuerza que le dieron un sentido y una direccionalidad.

Casi como el concepto que es “el Norte” de dicha política aparece una fuerte afirmación de la noción de los derechos de las personas a vivir una vida digna, entre los cuales se inscribe el derecho a la salud. Es decir que trabajar desde y para los derechos sociales se presenta como una idea fuerza que impregna, determina y modela las líneas específicas de intervención en el campo de la salud.

Una de las preguntas que surgieron fue: ¿Qué significa o qué implicancias tiene esto a la hora de decir y hacer en salud desde un espacio de responsabilidad pública como lo es gobierno local?

Para intentar alguna respuesta es útil colocar esta noción en un contexto histórico. Así podemos ver que en el siglo XIX comenzó a instalarse la idea y la reivindicación de los derechos sociales, frente a la insuficiencia de los derechos individuales de origen laboral que los conflictos de clase experimentados durante ese siglo evidenciaban. Incluidos entre los derechos humanos fundamentales que reivindican fuertemente el principio de libertad, los derechos económicos y sociales introducen exigencias de igualdad. Es decir que los derechos sociales tratan de garantizar una igualdad esencial, como atributo de la persona y presupuesto de su libertad, que facilite la autonomía y desarrollo integral del ser humano en las esferas en que se desarrolla su vida real.

De esta forma, la reivindicación de los derechos sociales se conecta con el desarrollo de principios democráticos y con el reconocimiento de igualdad de los ciudadanos, que se extiende así de la esfera política a los ámbitos social y económico. De este modo se va produciendo un viraje en la postura abstencionista de los Estados a lo largo del siglo XIX, comenzando éstos a asumir una nueva función social que apela a su intervención para configurar un orden social equilibrado.

La dinámica social indicaba que ya no eran suficientes las declaraciones en torno a la libertad y la igualdad, sino que estas fórmulas de igualdad y justicia tenían que ser rellenas con el contenido material de unos servicios públicos que garantizaran a las clases bajas un mínimo de seguridad económica y justicia social. Así, la coyuntura permitió que se incorporaran estos derechos y el resultado de ese proceso fue que las exigencias de una mayor seguridad económica y justicia social quedaron concretadas en los derechos fundamentales de contenido social y económico.

El Estado social, en esta evolución, desarrolló preceptos que regularon su intervención tanto en el orden económico como en el orden social.

Estos nuevos derechos y los anteriormente declarados parten de la dignidad humana; son derechos que nacen de este presupuesto e imprescindibles para el desarrollo de la persona en condiciones que aseguren un digno del proyecto de vida. Por un lado,

estos derechos garantizan la libertad individual, y por otro obran como instituciones que persiguen fines sociales y colectivos.

Los derechos sociales son entonces el fruto del tránsito del Estado de derecho liberal al Estado social de derecho. Han ido abarcando a lo largo de la historia un conjunto de ámbitos que hacen al desarrollo de las personas, tales como el derecho a la educación, la salud, la vivienda, el respeto por la diversidad cultural, religiosa y lingüística, la eliminación de todo tipo de discriminación contra la mujer, las personas de edad avanzada y los discapacitados, el derecho a gozar de adecuadas condiciones de trabajo, el respeto por la seguridad, la dignidad, la prohibición del trabajo infantil, el derecho de información y consulta, la protección de datos de carácter personal e inclusive el derecho a una buena administración.

Por ello hoy no aparece tan clara la diferenciación entre los derechos individuales y los derechos sociales, sino que más bien se produce una integración que promueve una mejor tutela del conjunto de los derechos, y de las exigencias y demandas de la sociedad.

En el contexto de la Guerra Fría, estos elementos fueron puestos en contradicción y en el mismo pacto de San José de Costa Rica –una referencia tan frecuente al hablar de derechos– se reconoció que la presión de los países occidentales logró que los derechos individuales y políticos resultaran taxativos y de cumplimiento inmediato, mientras que para los derechos económicos y sociales basta que los países mostraran voluntad de ir mejorando paulatinamente las condiciones de los grupos más desfavorecidos.

El Protocolo de San Salvador, recientemente ratificado por el gobierno argentino, incrementó el compromiso, al considerar a la salud como un bien público y exigir el cumplimiento inmediato de garantías en una serie de prestaciones, desde las más básicas hasta las más complejas.

Es sin embargo una observación de perogrullo afirmar que a la política no le gustan los derechos, probablemente porque cuantos más derechos tienen los ciudadanos menos opciones tiene la política.

Nuevamente en el marco de estos debates, las líneas directrices de la política de salud de la Municipalidad de Rosario encontraron algún modo de diferenciación y de expresión, conciliando antes que antagonizando entre derechos políticos y derechos sociales. Esto se concretó en:

- Acciones programáticas específicas que apuntan a respetar los derechos de género (el Programa de Salud Reproductiva)
- Mejora de la infraestructura y el equipamiento de los hospitales con el propósito de brindar servicios gratuitos de calidad a la población
- Descentralización como herramienta que garantiza mayor acceso y por lo tanto respeta el derecho a la atención de la salud de la población y en especial de los más vulnerables
- Producción de medicamentos tendiendo a facilitar el acceso a los mismos y abonando con ello a hacer efectivo también ese derecho a la salud
- Reorganización de los procesos de trabajo y de toma de decisiones (diagnósticos locales desde una perspectiva epidemiológica) que impulsaron la puesta en acto del derecho a la participación y al acceso a la información por parte de los trabajadores y de la población
- Reorganización del sistema de atención desde la noción, sosteniendo como eje del mismo a la atención primaria de la salud en tanto estrategia que permite hacer real el ejercicio del derecho a la salud
- Esfuerzos por una correcta administración de los recursos, que redundó en beneficio del derecho a la atención de la salud de las personas, en la medida que ello hizo posible el financiamiento de acciones programáticas específicas.
- Participación social que alcanzó una de sus máximas expresiones en el presupuesto participativo; con agenda abierta, la población decide sobre casi el

7 por ciento del presupuesto municipal y establece prioridades que se utilizan para reorientar las acciones de todas las áreas de gobierno

Por último, es interesante reflexionar acerca de qué significa pensar una política desde los derechos. En primer lugar surge una imagen que remite a poner el eje en el afuera de la organización o institución desde la cual se formula y gestiona la política, porque en ese afuera están los ciudadanos. Son sus derechos expresados en sus demandas y necesidades los que se convierten en objeto y meta de la política, en este caso de salud.

Este pensar de afuera hacia adentro lleva necesariamente a apelar a mecanismos abiertos que justamente les den un lugar y un espacio a nuevos actores, a conciliar necesidades, prioridades, intereses, perspectivas y propuestas de acción.

Este pensar de afuera hacia adentro también lleva a hacer práctica la noción de proceso dinámico, en construcción permanente, porque intenta incorporar la complejidad, heterogeneidad y movimiento permanente de la vida social. Implica también una noción de los tiempos, que necesariamente debe conciliar lo inmediato y el largo plazo.

Aparecen entonces algunos conectores de sentido entre los diferentes rasgos que hemos identificado como característicos de la política de salud de Rosario. Es decir, parece haber una vinculación estrecha entre esta perspectiva de derechos y la adopción del enfoque estratégico como uno de los pilares del proceso.

La transición desde lo normativo a lo estratégico

Según algunos analistas, el estilo político de quien gobierna define las fronteras de lo permitido y prohibido, y estructura sus propias normas de ética; define así el modo de hacer y aceptar la política. Podría decirse que quien gobierna pone una impronta que impregna el conjunto de las decisiones y acciones

Partiendo de este supuesto, el estilo político definiría también la estrategia; o, en otros términos, la estrategia es vacía fuera del contexto del estilo político al cual sirve. Parecería que hay una consideración respecto de que la forma de gestionar la política –a partir de ese precepto centrado en los derechos– también le otorga legitimidad al objetivo de política. De allí que se advierta esa preocupación por la gestión y los procedimientos y mecanismos sobre los que se cimienta, subordinando de algún modo los medios a los objetivos.

En un estilo político orientado por los derechos, “el otro” está siempre presente, por consiguiente se privilegia una estrategia que desarrolla el diálogo, el consenso, la cooperación, el no apego a dogmas, la motivación por el trabajo en común, el desarrollo de conocimiento como práctica ligada a la acción.

En los documentos revisados aparece en forma recurrente el reconocimiento de la necesidad de aprendizaje que la gestión de la política de salud requeriría. En palabras de los propios responsables del área de salud del Municipio, esta necesidad parece poder expresarse y concretarse a partir de pasar de la planificación normativa a la estratégica.

Esa transición de un paradigma estructurado, casi rígido, de planificación a otro desestructurado, que concibe la planificación como un campo interactivo de actores – que potencia los espacios de debate y construcción conjunta, incorpora lo diverso y básicamente considera la existencia de los otros– permite una serie de decisiones acerca de desencadenar ciertos procesos que pasan a comportarse como ejes o vectores transversales de soporte a la gestión de la política.

Una de las claves de la transición de lo normativo a lo estratégico es la necesidad de reestablecer el vínculo e integrar aquello que el modelo de planificación tradicional separa, y que de hecho se mezcla. Es decir que esa transición supone acercamiento y acción, integrar la política con las técnicas de gestión de la política, vincular los distintos saberes y hacerlos complementarios; en suma: tecnificar lo político y politizar lo técnico.

Esta tarea, compleja en parte, está dada por la necesidad de descentrarse que los decisores políticos y también los técnicos deben asumir, sin resignar o lesionar una función de coordinación que no implica la subordinación de los otros, sino la integración de miradas y prácticas; es decir, planificar con los otros. Esto requiere espacios abiertos a la participación, al debate desde una lógica de construcción basada en el consenso y la cooperación, y fundamentalmente de vincular permanentemente las visiones desde lo técnico con las visiones desde lo político, y viceversa.

En el campo de la salud, a su vez, se agrega una complejidad adicional que es la existencia de un diverso conjunto de saberes o conocimientos médicos (las especializaciones), así como también las prácticas encarnadas en esos saberes especializados. Estos campos de saber podríamos sumarlos a ese corpus de los saberes técnicos que necesariamente deben hacerse compatibles o funcionales a los postulados de política para adecuarse y viabilizarlos.

Descentralizar, abrir espacios de participación, iniciar procesos de diálogo, compartir información, desarrollar conocimiento e información epidemiológica, programar en el nivel local-barrial, todo ello en el marco de líneas directrices, permite integrar no sólo las miradas políticas y técnicas, sino los diferentes niveles de administración y gestión de gobierno.

Se vislumbra en la experiencia analizada un recorrido por todos estos ejes. Algunos se cumplieron con más éxito que otros, pero parece evidente que quizás una de las claves que lo diferencia de otros es que al menos hubo una toma de conciencia de la potencialidad de la noción de integralidad de la gestión de gobierno, y por ello se pueden identificar numerosas acciones que tendieron permanentemente a establecer puentes entre lo que habitualmente estaba desvinculado: lo central y lo local, entre el saber especializado y el saber generalizador, entre quien administra y quien ejecuta, entre la asistencia y la promoción, entre lo técnico y lo político.

Procesos de sensibilización, formación y capacitación de los recursos humanos fueron también uno de los pilares en los que se expresaba esta visión. De hecho, el énfasis puesto en la formación fue uno de las claves para construir acuerdos hacia adentro y hacia fuera, en el campo de la salud.

De algún modo, lo que se observa en Rosario es un intento de innovación en el esquema organizativo de las instituciones en función de esa noción de reivindicación y protección de los derechos de los ciudadanos, es decir que esos cambios organizativos y de metodologías sólo tienen sentido en la medida que contribuyen a ser más efectivos en la transformación de las condiciones de vida de la población.

VII. Conceptos clave en la gestión de la política de salud

La fuerte impronta del enfoque estratégico en la definición y formulación de los postulados de política aparece visible también a la hora de analizar la gestión de dicha política. Y esto no es menor ya que, por lo general, estamos más acostumbrados a gobiernos y gestiones que discursivamente adhieren a los conceptos centrales del pensamiento estratégico, pero rara vez esas premisas se expresaron de modo concreto en la gestión de las políticas. Más bien podemos enumerar experiencias que pensaron desde lo estratégico, pero actuaron desde lo normativo.

Rosario se presenta como un caso en el cual no sólo se pensó desde lo estratégico, sino que se gestionó y actuó en consonancia con dicho enfoque.

Un dato no menor, y casi fundante y explicativo del proceso experimentado en estos quince años, es que quien ejerció en la génesis de la experiencia el cargo de secretario de Salud Pública (Hermes Binner) expresaba y expresa en diversas entrevistas y documentos una profunda convicción acerca de que pasar de lo normativo a lo estratégico fue casi la decisión política más importante para darle una clara direccionalidad y sentido a la propuesta de trabajo en el ámbito de la salud pública.

En una de las numerosas publicaciones que sistematizan los recorridos de la experiencia, Hermes Binner define a la salud pública de Rosario como “una construcción alejada de fórmulas normativas, basada en dos vigas maestras: la descentralización y la participación”.

Esta convicción, compartida por el equipo de trabajo que lo acompañaba, demarca un posicionamiento, una mirada y una forma de hacer las cosas que va generando un espacio de producción grupal de conocimientos, prácticas, dispositivos operativos, marcos regulatorios. En suma, ideas fuerza y formas de organización del proceso de trabajo consecuente con algunas premisas básicas que la planificación estratégica propone y promueve: la descentración del sujeto que planifica, la constitución de un sujeto colectivo, la consecuente democratización y participación de quienes son actores del proceso de trabajo en todos sus niveles y funciones, la puesta en acto de procesos abiertos con una mirada de largo plazo y de proceso que va construyendo una política y una práctica sin cristalizarla.

Lo peculiar de la experiencia es que se advierte un equilibrio que hace que se prioricen tanto las ideas o postulados centrales como los modos operativos de hacerlos, de ponerlos en acto. Es decir, hay una percepción clara acerca de la necesidad de encontrar y generar los dispositivos y procedimientos que hagan posible tornar operativos esos postulados de política logrando eficacia y eficiencia.

Esta coherencia entre lo político y aquello que es cuestión de procedimientos se presenta como relevante ya que, según lo descrito anteriormente, es uno de los ejes que hacen a la gobernabilidad y al buen gobierno. En otros términos, podría afirmarse que se produjo un buen balance entre lo político y lo técnico, produciendo un “equilibrio operativamente adecuado”, según observa Pablo Bonazzola en “Construcción de salud”.

La planificación de estructuras participativas es una premisa que recurrentemente aparece mencionada en diferentes documentos y entrevistas realizadas por los funcionarios que en las distintas etapas asumieron funciones de conducción en la Secretaría de Salud Pública.

En palabras de varios de los que desempeñaron funciones de conducción se enfatiza el hecho de que la lógica de construcción es lo que más diferencia a Rosario, y obviamente esta afirmación remite a los procesos de reorganización de las prácticas, del proceso de trabajo, lo cual fue gestando a su vez un cambio cultural que se refleja en la constitución y consolidación de los equipos de trabajo y de las modalidades alternativas de gestión.

Esto expresaba de manera operativa otra de las convicciones sostenidas por la conducción de la salud pública municipal, que era la apuesta a la participación como herramienta de transformación y la voluntad de aprendizaje permanente.

La planificación de estructuras participativas se observa en dos planos: por un lado, dentro de la propia Secretaría, en relación con algunos dispositivos y formas organizativas que abren un espacio al involucramiento de los profesionales, técnicos, trabajadores del sector en instancias de reflexión, debate y decisión. Por otro, en la relación entre la Secretaría y la población, cambiando el eje de este vínculo, centrándolo en la población destinataria de las acciones y no en los efectores, abriendo un espacio para la producción de un conocimiento del proceso de salud - enfermedad desde los propios sujetos.

Respetar y promover una lógica de construcción de abajo hacia arriba, a su vez conectaba con la noción de descentralización; ambas cuestiones se vinculan en la idea de la creación de una nueva centralidad que establece directrices y sentidos y abre el juego a la participación en ese marco, garantizando de ese modo la retroalimentación del plan. Pero, a su vez, esta modalidad participativa descentralizada fue acompañada por una clara noción de coordinación.

En ese marco de propuesta y operatividad, es interesante revisar algunos de los dispositivos formales y no formales⁸ que reorganizaron el proceso de trabajo. Cabe señalar que sólo seleccionamos algunos de los muchos que a lo largo de los quince años jugaron el rol de “instrumentos de soporte” de la gestión; esta selección no responde a un establecimiento de prioridades, sino simplemente a poner al alcance del lector algunos ejemplos que resaltan distintos planos de la gestión, tales como:

Dispositivos formales

- Se estableció un nuevo Reglamento General de Hospitales, incorporando el Consejo Institucional de los Establecimientos de Salud, y los comités y comisiones especiales.
- Se creó la Dirección de Atención Primaria con asignación específica de presupuesto.
- Se creó el Centro Único de Facturación (Cuf).
- Se creó el Departamento de Formación y Capacitación Profesional

Dispositivos informales

- Coordinación entre los distintos niveles de atención.
- Responsabilidad del primer nivel de atención respecto de la atención de cada paciente en todos los niveles que se requieran, asumiendo la derivación y obtención de turnos.
- Énfasis en la calidad de los servicios (calidad centrada en el ciudadano).

Analizando los dispositivos formales, cada uno de ellos parecen indicar que quizás una de las peculiaridades de este proceso es haber atravesado todos los planos de la gestión de gobierno de manera de hacer de ella un corpus consistente y, desde esa consistencia o coherencia o trabajo integrado, producir resultados.

¿Qué queremos decir con esto? Si repasamos los dispositivos apuntados más arriba, vemos que algunos remiten al plano de lo “administrativo”, que es aquello que pone reglas, insta procedimientos y circuitos, asigna responsabilidades funcionales, etcétera.

En este plano se inscriben cuestiones tan diversas como el Reglamento de Hospitales –que comenzó a institucionalizar espacios de trabajo en equipo, apuntando a promover procesos laborales más colectivos y participativos – hasta decisiones administrativas que inciden sobre el manejo y asignación de los recursos de financiamiento. Por caso, mejorar el sistema de facturación de los efectores públicos parece presentarse como una herramienta propicia para generar ahorros que pudieran ser redireccionados hacia las “líneas directrices” de política (por ejemplo atención primaria).

Otro ejemplo en este sentido es haber tomado ciertas decisiones de asignación de presupuesto en contextos de emergencia (años 2001/2002), que permitieron no resentir el funcionamiento del sistema (postergar la construcción del Hospital de Emergencias Clemente Álvarez).

Otros dispositivos, en cambio, se ubican en lo que podríamos denominar un plano técnico, como por ejemplo las nuevas formas de intervención en el campo de la atención de la salud hasta la institucionalización y planificación de la formación y capacitación de los recursos humanos existentes, que son aquellos de quienes se requieren adecuaciones y compromiso con las nuevas modalidades de intervención y con las líneas directrices.

La incorporación de la modalidad de internación domiciliaria, la propuesta de creación de una carrera profesional, no concretada, son ejemplos en esta dirección.

Los dispositivos identificados en estos planos parecen entonces guardar una alta coherencia con los postulados de política –plano político –; esta integración entre los

⁸ Denominamos formales a aquellos que se convirtieron en “normas técnico -administrativas”, y no formales a aquellas modalidades de trabajo que se instalaron sin alcanzar un nivel de formalización normativo.

diferentes planos puede leerse desde el punto de vista de la gestión como un eje transversal que hace que los recursos de todo tipo estén alineados y se potencien, y esto haga que algunos resultados entonces sean posibles.

En cuanto a aquellos que denominamos dispositivos informales, parecen haber impactado en otro nivel de la reorganización del proceso de trabajo, fuertemente centrado en la relación con los ciudadanos y entre ellos con los más vulnerables. Centrar el eje del sistema de atención de la salud en el primer nivel de atención en forma independiente de los hospitales, incorpora un nuevo rol en los Centros de Salud, que se convierten en el centro de un sistema que se va transformando en una red de atención. Promueve mayor accesibilidad para la población, readecua la función de los hospitales, crea nuevas instancias institucionales (como el Cemar) manteniendo una función central de coordinación del sistema en red. Es decir, desde el primer nivel se trabaja y refuncionalizan todos los niveles, apareciendo de nuevo esta noción subyacente de gestión integrada.

No hacer cargo al sujeto demandante de los servicios de salud de garantizarse su circuito y derrotero por el sistema, habla de una preocupación no sólo por encontrar formas organizativas más racionales y eficaces, sino también por respetar los derechos de las personas a recibir una adecuada atención.

En la experiencia de Rosario se advierte que se parte de una mirada que indica que esa atención no sólo se juega en la calidad del acto médico, sino en la fluidez de los canales institucionales que le permiten al sujeto-paciente acceder a los recursos de atención que requiera.

Instalar una modalidad de asignación de turnos que no depende del sujeto sino que es gestionada desde el Centro de Salud, o la preocupación por analizar y optimizar los tiempos de espera de los usuarios en los efectores hablan de una preocupación por ofrecer una mejor atención al ciudadano y garantizar de mejor manera que esa atención se haga efectiva.

En otras palabras, parece que desde esta mirada integral de los diversos planos de la gestión, Rosario muestra una brecha corta entre lo que se dice y lo que se hace. Retomando la perspectiva de análisis desde el pensamiento estratégico y desde el buen gobierno, las cuestiones apuntadas nos llevan a pensar en la importancia que en la gestión de una organización – sea esta gubernamental, no gubernamental, de alcance nacional o local–, adquiere la construcción de viabilidad de una propuesta política. Y también cómo esto se construye tanto en un plano de vinculación política, en el sentido más amplio del término, con actores externos e internos a dicha gestión, como desde la arquitectura normativa formal e informal que da soporte a la gestión, en tanto encuadra, asigna, visibiliza actores y modalidades, en tanto contribuye a consolidar algunos procesos innovadores.

IX. Resultados y desafíos

En la búsqueda de resultados a quince años de la Experiencia Rosario resulta válido reflexionar y desestructurar la forma clásica como éstos se piensan: a veces el resultado son los mismos procesos que se desencadenan.

En la participación social, por ejemplo: ¿es más importante el resultado que el proceso? ¿En qué esfera medimos los resultados? Porque una acción de salud puede tener resultados en otras esferas como educación o producción o cultura o una acción de otros sectores tener un resultado en salud. Y además la lógica de resultados se complica, porque se incluyen los resultados subjetivos ¿Qué ocurre, si no, con la satisfacción del paciente, con la adhesión o el rechazo del vecino? ¿Es siempre la consecuencia de resultados objetivables? Y sus propias necesidades, ¿no son subjetivas y socialmente construidas?

Y hasta hay que considerar que tal vez los vecinos de Rosario consideren normal e incluso un derecho prestaciones que en otros lugares no existen, y si se retrocede en alguna de esas prestaciones, como ocurrió transitoriamente con la provisión de

anticonceptivos en la crisis del 2002, pueden reaccionar muy rápidamente y acaso ¿no sería esa reacción un resultado?

En la búsqueda de respuestas a quienes buscan indicadores duros y sectoriales:

- Se puede decir que hubo una priorización clara en salud, si se pasa de menos del 8 % del presupuesto municipal en 1989 hasta superar en varios ejercicios el 25 % del presupuesto para salud.
- Se puede decir que la mortalidad infantil bajó de 25,9 por mil en 1988 a 13.8 en el 2001 y a un estimado de 11.4 en el 2003, y que Rosario transcurrió la crisis del 2002 sin desmejora de estos indicadores, como en cambio ocurrió a nivel de país y de muchas grandes jurisdicciones.
- Se puede decir que el sarampión bajó de 371 casos en 1992 –primer año en que se cuenta con cifras confiables de vigilancia epidemiológica– a 2 casos en 1999 y que se ha mantenido sin casos en el 2002 y 2003 (incluyendo que Rosario se protegió de la gran epidemia de sarampión que azotó al país en 1998-99).
- Se puede decir también que se brindan de manera gratuita métodos anticonceptivos y control periódico a todas las mujeres que se asisten en los centros de salud y hospitales municipales, que hoy 22.000 mujeres reciben asistencia en anticoncepción, que se han implementado consejerías en salud sexual y reproductiva en cinco de los seis hospitales, que todo esto ha permitido además que la captación temprana de la embarazada subiera de un 37 % en 1995 a un 60 % en el 2003. Que entre el 95 y el 2001 se logró una reducción del embarazo adolescente en las maternidades del municipio, que aún es insuficiente si se piensa que más del 40 % de estas madres precoces enfrentan sin pareja el cuidado de su hijo.
- En el programa municipal de Sida, cuya existencia es de por sí toda una definición, se viene brindando atención complementaria al programa nacional, monitoreando gratuitamente y logrando resultados importantes en la reducción de la transmisión vertical (transmisión madre-hijo antes de nacer). La promoción es también un eje central pasando de una distribución gratuita de 40.000 preservativos en 1998 a 350.000 en 2003.
- Sin un aumento significativo en el total de camas se han incrementado los egresos de un promedio mensual de 1.500 en 1992 a un promedio mensual de 2.200 en 2004, con alrededor de un 15 por ciento de egresos de pacientes residentes fuera del municipio.
- En la atención ambulatoria, las consultas de los hospitales pasaron de 366.000 en 1989 a 764.500 en 2004, lo que representa un incremento de un 108 por ciento; en relación a las consultas en centros de salud se pasó de 152.300 en 1989 a 630.254 en 2004, lo que representa un incremento de 314 por ciento; obviamente incrementos muy superiores al crecimiento demográfico de la ciudad. La proporción de consultas en centros de salud también cambió pasando de un 29,3 por ciento en el 89 a un 45,2 del total en 2004.

El Cemar se ha incorporado paulatinamente a la oferta ambulatoria desde julio del 99 y ya llegaban a las 66.000 consultas en el 2004. Como entre 1999 y 2004 el número total de consultas del municipio se mantuvo estable, el crecimiento de consultas del Cemar parece haber generado un aumento de las consultas en centros de salud y una merma en las consultas del Heca, de la Maternidad Martín y del Hospital de Niños, lo que hace suponer una primarización de la atención materno infantil y una transferencia de consultas clínicas al Cemar con reducción de la búsqueda de atención de urgencias.

Podríamos imaginar, en cambio, que los resultados más importantes están en el ámbito de la participación y que es allí en donde se avanzó sólidamente, generando instancias, primero micro y luego más colectivas, de participación a través del foro, cambiando la relación entre los centros de salud distribuidos por toda la ciudad con su

población de referencia, pero aun allí deberíamos ver qué relación existe entre este crecimiento cualitativo y cuantitativo y el propio presupuesto participativo, dos procesos en paralelo que no son los mismos pero que tienen obvias interrelaciones. En las relaciones interinstitucionales no podríamos ignorar que la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario se encuentra abocada a uno de los procesos de reforma más significativos en el panorama de la educación médica del país, y que difícilmente ese proceso podría ser pensado en forma independiente de lo que ha venido ocurriendo en Rosario en los últimos quince años. La interrelación Universidad-Municipio es múltiple: a nivel de formación de grado, en los posgrados y residencias, en la capacitación avanzada, en la investigación, en la cooperación técnica y hasta en la producción de fármacos y hierbas medicinales.

Todas estas serían líneas argumentales por dentro del sector salud, porque además necesitamos pensar qué resultados se producen por la propia construcción de un estilo de gobierno en donde la salud pública forma parte sustancial de su propia identidad.

Podríamos decir que la imagen positiva de salud como parte de la acción de gobierno se distribuye en forma similar tanto en los sectores sociales que lo utilizan como en quienes no lo utilizan por tener otras coberturas, y sin embargo lo tienen como resguardo para situaciones de emergencia, para situaciones de virtual carencia (como pasó con la crisis del 2002) o que simplemente se sienten protegidos pensando en la presencia de una autoridad preocupada por el ambiente, por la calidad alimentaria, por la seguridad.

Más aún, podría pensarse que esta misma imagen se extiende cuando hablamos de municipio saludable, es decir cuando no sólo pensamos en recuperar la salud o atender la enfermedad o en la prevención específica, sino que pensamos en la mejora de la calidad de vida en esas vacunas universales para la promoción de la salud como la protección del ambiente, los cambios alimentarios, el ejercicio físico, la recreación, la seguridad vial, la fuerza de una agenda de municipios saludables.

Y es la adhesión de Rosario a esta filosofía en el 2001 en cierta manera una ratificación. Es cierto que la idea de utilizar la palabra saludable como adjetivo puede hacer parecer que salud se apropia de toda la acción de gobierno, con el mismo derecho se podría hablar de municipio educable o de municipio productivo y reabsorber la acción de salud en ese cometido.

En realidad es estrictamente así. Hemos citado con frecuencia la frase “la realidad tiene problemas, la Universidad tiene departamentos y el Estado tiene sectores”; no le pidamos a la realidad que se organice según los sectores del Estado ni tal vez podamos imaginar un Estado que pueda estar todo el tiempo reformándose como para adecuarse al continuo cambio de agenda propuesto por la realidad.

Por eso la evolución de las técnicas de gobierno demanda cada vez mayor intersectorialidad y se han adoptado nuevas formas organizacionales. Así es posible pensar en un Estado descentralizado, dividido en distritos, para acercarse a la escala de los problemas locales, y en un Estado-red, en el cual los problemas pueden acceder por cualquier puerta de entrada y rápidamente encuentran su solución, aunque para ello tengan que conjugarse la tarea de dos, tres o más áreas de gobierno. Y tampoco el liderazgo o la coordinación son funciones fijas; es la propia naturaleza del problema la que indica quién debe liderar; unas veces toca conducir y otras toca apoyar y es en eso en que Rosario también ha avanzado sin caer en esas complejas ingenierías políticas en las que se compartimenta el Estado y se crean feudos para pagar precios políticos o para mantener alianzas que estabilizan por arriba, pero hacen totalmente ineficientes la acción de gobierno.

En más de quince años las conducciones políticas de salud de Rosario tuvieron siempre presente esta filosofía y aun conduciendo una estructura que se acerca a un cuarto de los recursos de la ciudad han tenido siempre en claro que el único éxito imaginable es la acción integrada de gobierno y la respuesta integral a los ciudadanos.

Pero en todo caso, y tal vez por mi sesgo de recursos humanos, de educación, si yo tuviera que elegir el resultado que más me impacta, diría que encuentro ello en sentir que cada vez que estoy en Rosario, que cada vez que entro en contacto con cualquier nivel de la organización, tengo la sensación de encontrarme con personas que aprenden, con equipos que aprenden, con organizaciones que aprenden, orientados por una permanente insatisfacción, por un fuerte compromiso con la población, fuentes inagotables de motivación, curiosidad, innovación y creatividad.

Haciendo referencia a la doctora Ena Richinger, primera directora de Atención Primaria y ahora asesora de esa Dirección, Débora Ferrandini menciona: "Creo que es un ejemplo, un indicador de lo motivante que puede ser este proceso, porque ella misma ha ido cambiando y prestándose al cambio cuando ya estaba jubilada o cuando empezó con la Dirección. Así que podría haber dicho que tenía todo claro y que se hacía lo que ella dijera. Y sin embargo sigue siendo una de las principales promotoras de la búsqueda de otra cosa, nunca está satisfecha. Siempre todo está por hacerse. Revisemos esto. Esto es lo que entusiasma y alienta a los que somos más jóvenes. Bueno, si ella no está satisfecha, nosotros menos".

No significa que sea un proceso masivo; la misma Ferrandini estima que tal vez un 20 o hasta un 25 por ciento al menos del plantel de Atención Primaria se involucra, pero ese clima es contagioso y puede hacer la diferencia.

Por eso mismo los desafíos para adelante son un combustible que energiza la gestión; quizás algunos de los más inmediatos puedan ser cómo desarrollar sistemas de información y una epidemiología comunitaria más local, que se incorpore como parte del diálogo de los equipos de salud con la población y contribuya a la programación local, a dar precisión a los acuerdos, a definir metas colectivas, a facilitar el control de la acción de gobierno.

Cómo generar sinergias e incorporarse de una forma más integral y complementaria a esta nueva configuración de gobierno que significan los distritos, contribuyendo significativamente a construir y sostener ese Estado en red.

Cómo reforzar la lógica de crecimiento y desarrollo, garantizando la igualdad de oportunidades, complementando los esfuerzos locales de salud y acción social y apoyando especialmente a quienes más necesitan o presentan desventajas para colocar definitivamente la mortalidad infantil por debajo de los dos dígitos y crear condiciones de educación universal.

Cómo avanzar hacia nuevos patrones de calidad centrada en el ciudadano, interpretando adecuadamente necesidades objetivas y subjetivas.

Cómo hacer para que las mejoras dinamicen mejoras en otras jurisdicciones, al menos del sur de Santa Fe y, desde la habilitación del puente Rosario-Victoria, en Entre Ríos, para que no caigan en un contexto estático y generen flujos de pacientes desde lugares cada vez más alejados de la ciudad, saturando capacidad de respuesta a veces inadecuada, justamente por estar tan lejos del domicilio.

Cómo hacer para financiar ese aumento de la demanda sin romper el principio de gratuidad y cómo hacer efectiva la referencia y contrarreferencia con otros municipios y jurisdicciones.

Cómo generar y mantener actualizado un modelo de gestión del trabajo y estilos de gestión que permitan un adecuado equilibrio entre derechos y responsabilidades, que asegure una carga de trabajo equitativa y equitativamente remunerada, un sistema de estímulos que no destruya los equipos, una expansión de la motivación que alcance con la lógica de organizaciones comprometidas y abiertas al aprendizaje a toda la fuerza laboral de la Secretaría de Salud.

Cómo hacer para articularse más estrechamente y generar consorcios operativos para temas específicos con tantos otros municipios del país, grandes o pequeños, pero igualmente comprometidos con el derecho a la salud.

Cómo hacer para que las provincias y la Nación comprendan la importancia de los municipios en materia de salud, para que abran espacios comunes y se sienten a

discutir seriamente incumbencias, marcos constitucionales, reglas claras, distribución equitativa de recursos, etcétera.

Desafíos interesantes para una organización abierta al aprendizaje, para una organización que apuesta a la participación, para una organización que busca construir ciudadanía para poner el Estado al servicio de la población.