

INTEGRACIÓN SANITARIA DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

José Emilio Ortega
Cintia Goddio

Sumario: 1.Introducción. 2.Generalidades. 3. La búsqueda del consenso y la planificación. 4. Bases para la integración Sanitaria. 5. Bases para un Pacto Sanitario. 5.1. Características enunciadas. 5.2. La integración y el “Pacto Sanitario”. 5.3. Propuestas específicas. 5.3.1. Visión Global. 5.3.2. Primera Pauta. El desarrollo de instrumentos institucionales y jurídicos eficaces. 5.3.3. Segunda pauta. La evaluación como cultura y como práctica. 5.3.4. Tercera pauta. Hacia la conformación de un sistema de información. 5. Corolario: la integración está ocurriendo. Bibliografía.

1. Introducción

Sabido es que la Provincia de Córdoba, tal como ocurre en el resto del país, presenta un panorama municipal muy heterogéneo. A lo largo y a lo ancho de su superficie territorial, se asientan comunas, municipios y ciudades de muy diversas características, tamaño, perfil, mayor o menor desarrollo demográfico, más o menos dificultades para su vinculación o aislamiento, con mejores o peores posibilidades de acceso a los servicios esenciales, etc.

Tal heterogeneidad exige, al momento de trazar las grandes políticas públicas, firmeza en los objetivos o metas a alcanzar; pero también flexibilidad y capacidad de adaptación, para moldear esos objetivos -y las acciones para alcanzarlos- a la cambiante y desigual realidad local, integrando el accionar público provincial con el local.

Las bases constitucionales para la determinación de esas políticas públicas de amplio alcance, que combinen la capacidad de respuesta provincial y

municipal, descansan en gran medida, dentro de nuestro Estado Federal, sobre la consagración de la autonomía municipal. La descentralización del poder que deriva de aquella, “... puede contribuir a la democratización y a abrir cauces a la integración y participación de sectores tradicionalmente manipulados y marginados” ¹.

La reforma constitucional de 1994, que determinó la inclusión del artículo 123, instituye un status jurídico e institucional uniforme para los municipios, pero su alcance y contenido -establecido en definitiva por las constituciones y la legislación vigente en cada provincia- pueden ser diversos. En definitiva, el constituyente “fijó un parámetro sensato para la regulación de los municipios (...) resulta sensato porque evita caer en la tentación de explayarse hacia lo mutable, derivando a cada jurisdicción provincial la responsabilidad de explicitar el contenido concreto de dicho parámetro en los ámbitos institucional, político, administrativo, económico y financiero” ².

La Reforma de 1994 tuvo lugar en un contexto signado por el por entonces relativamente reciente retorno del país al Estado de Derecho, y fue precedida de un firme proceso de ejercicio de poder constituyente provincial derivado, que renovó tanto la parte orgánica como la dogmática de las leyes fundamentales vigentes hasta 1976. Así, en un importante grupo de Provincias, la actualización de los contenidos o condiciones institucionales, se complementó -al menos desde la constitución formal- con la inclusión de nuevos derechos -de segunda, tercera y hasta de cuarta generación-.

En el constitucionalismo de la realidad, es muy difícil articular los contenidos dogmáticos y orgánicos para desarrollar objetivos y acciones que permitan combinar la capacidad provincial y la municipal en la solución de los problemas ciudadanos. El orden democrático debería generar condiciones institucionales aptas para resolver de una manera más equitativa los conflictos o los problemas; pero si esto no sucede y las instituciones son incapaces de cumplir con su cometido, se producen crisis que pueden afectar seriamente la organización del Estado de que se trate ³.

¹ IURBURU, Mónica Silvana, “Administración y ciudadanía en los municipios argentinos” en <http://www.clad.org.ve/fulltext/0038109.html> (07-10-08)

² ROSATTI, Alfredo, “Ciudad y Municipio” en *Revista de Derecho Público*, 2004-2, Editorial Rubinzal Culzoni, Santa Fe, pág. 21.

³ ZARINI, Horacio, *Constitución Argentina, Comentada y Concordada*, Astrea, Buenos Aires, 1996, pag. 145, citado por IURBURU, Mónica Silvana, ob. cit.

Esta necesidad de equilibrar el sentido y alcance de los contenidos dogmáticos y orgánicos de la Constitución, mediante los instrumentos que el Estado utiliza para satisfacer el bien común -y por lo tanto legitimar su existencia y condición-, encuentra un interesante caso testigo, dentro de la Provincia de Córdoba, con su sistema de salud pública.

2. Generalidades

En la actualidad, el esquema público de salud cordobés ofrece una cartera de servicio amplia y diversificada, basada fundamentalmente en efectores públicos (de hecho, 277 localidades del interior provincial no poseen servicios privados). La estructura, conforme los artículos 19 inciso 1º y 59 de la Constitución Provincial, y las leyes 9.133⁴ y 8.835⁵ garantiza una atención de tipo universal, con un presupuesto promedio si lo comparamos con los del resto del país, parámetros de calidad y prestigio tanto nacional como internacional, y una aplicación del gasto sanitario relativamente eficiente, en relación con otras jurisdicciones⁶.

A la vez, Córdoba ha cumplido con varias etapas del proceso de descentralización de la prestación sanitaria, a través de las transferencias efectuadas desde la órbita federal a la provincial y desde ésta a la municipal, en la década de 1990, luego de dictarse en la Provincia la ley 7.850⁷ y sus decretos reglamentarios⁸.

El gran objetivo actual, en cuanto a políticas públicas se refiere, es que en la Provincia exista un verdadero sistema sanitario. La plena vigencia del derecho a la salud -de variada proyección en el campo social e incluso económico, y de rica consideración en la doctrina y especialmente la jurisprudencia-, el

⁴ B.O. 13-11-03, Sistema Integrado Provincial de Atención a la Salud, artículo 1.

⁵ B.O. 28-03-00, Carta del Ciudadano, artículo 6

⁶ El Balance de la Economía Argentina 2007, capítulo IV, en particular punto 4.8, pág. 191 y sgtes.

⁷ B.O. 17-11-89, Reforma del Estado.

⁸ Decretos reglamentarios N° 1495/92 (B.O. 30-07-92), 1645/94 (B.O. 27-07-94), 540/97 (15-05-97), 619/98 (B.O. 15-05-98), 6454/89 (B.O. 09-01-90), 6455/89 (B.O. 11-01-90) y 6457/89 (07-02-90).

constante crecimiento de la demanda y de la expectativa de los usuarios, la incorporación de nuevas tecnologías cada vez más costosas, la diversificación de las prestaciones, exigen que se reduzca el desacople político institucional en la toma de decisiones sobre cuáles son los nuevos servicios a ofertar, definiendo una nueva visión para el sector que contemple la diversidad jurisdiccional y la desarticulación entre actores comprometidos.

En este marco constitucional y legal, y frente a esta realidad institucional y socioeconómica, la Provincia de Córdoba propone avanzar hacia un modelo sanitario planificado, consensuado, eficaz y eficiente, a partir de su integración.

3. La búsqueda del consenso y la planificación

En ambos casos, la renovación constitucional que hemos referido párrafos arriba (inclusión de nuevos derechos, y reformas o creación de nuevos esquemas institucionales) no se vio reflejada aún en la actualización de los mecanismos y procedimientos para obtener profundos acuerdos y planificar con mejores resultados.

Trabajos de reciente factura, como el Plan Estratégico Barcelona -Etapa 2006-2010, proponen una profunda revisión sobre algunos lineamientos esenciales, tales como la búsqueda de ámbitos más atemporales (sin soslayar la coyuntura pero tratando de no quedar atrapado en ella), el replanteamiento del esquema visión-objetivos-medidas-proyectos que ponga mayor énfasis en los proyectos y en su impacto territorial o en la propia comunidad, el replanteo del esquema gerenciador de la planificación (apto para contener liderazgos compartidos), etc.

Por otra parte, es interesante destacar que, además de los cuatro desafíos centrales que la OMS señala para los sistemas nacionales de salud⁹, aún hay otro reto más trascendente que el sistema de salud debe superar en el siglo XXI: el propio concepto de la “salud pública”¹⁰. Sin duda ello impactará sobre

⁹ En el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2003, la OMS señala que los cuatro desafíos centrales para los sistemas nacionales de salud son: la crisis mundial de la fuerza laboral de salud, la falta de pruebas apropiadas, la falta de recursos financieros y, el desafío que enfrenta la rectoría al ejecutar las políticas de salud de pro equidad en un ambiente pluralista.

¹⁰ A pesar de que la OMS ha definido la salud no sólo como un estado de la ausencia de la afección o enfermedad, sino como un estado total de bienestar, las actividades de las autoridades

la visión que, desde el campo institucional y jurídico, se tenga de la salud, en su doble carácter de derecho y deber ciudadano.

A la hora de empezar esta tarea, surge como antecedente de principal consulta el Plan Federal de Salud 2004-2007, que señala:

*“Argentina enfrenta dos fuertes desafíos en salud: en lo inmediato, es preciso superar la aún vigente emergencia sanitaria (...) garantizando el acceso de toda la población a servicios y medicamentos esenciales. A largo plazo, el objetivo consiste en cerrar aquellas brechas que suelen esconder los promedios estadísticos y que delimitan los márgenes de la inequidad: de un lado los sectores más ricos y del otro los que menos tienen”*¹¹.

El Plan Federal, hace hincapié en la “fragmentación del sistema”¹², que origina una dispar y poco eficiente utilización de los recursos, con grandes asimetrías en el gasto. Señalándose además que será la jurisdicción provincial la que deberá establecer las pautas y los consensos para revertir la desarticulación¹³.

des y las estructuras sanitarias internacionales todavía están focalizadas en detectar y extinguir las patologías de todo tipo. En otras palabras, se concentran más que en el “bienestar”, en la “enfermedad”.

¹¹ Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Comité Federal de la Salud, “Bases para el Plan Federal de Salud 2004-2007”, Mayo de 2004, pag. 3.

¹² La “fragmentación del sistema” alude a que éste se compone por 24 Sistemas Públicos Provinciales; 280 Obras Sociales, con 24 Obras Sociales Provinciales y el PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados); más de 200 Empresas de Medicina Prepaga, Seguros Privados, Mutuales, etc.

¹³ *“Más allá de los acuerdos que se instalan en el Consejo Federal de Salud (COFESA), la responsabilidad final sobre la búsqueda de la eficiencia del modelo de atención corresponderá a las jurisdicciones provinciales: como consecuencia de los procesos de descentralización, la organización de los diferentes sistemas provinciales de salud es muy diversa y, en función de esta condición, el camino efectivo y particular para aumentar la eficiencia del área prestacional será una elección de las provincias en forma autónoma” (...)* “El desafío futuro, entonces, es la búsqueda de consensos, la definición de prioridades claras y la articulación de las distintas iniciativas en una estrategia de mediano plazo. Si esos requisitos no se cumplen, podría significar una desarticulación aún mayor de la política de salud en Argentina, con el consiguiente despilfarro de recursos. Se trata de construir una estrategia que paulatinamente constituya la nueva visión de un sistema federal, flexible, consensuado, que respetando la autonomía provincial logre un alto grado de eficiencia y equidad” Plan Federal, pág. 35.

Entre los ejes estratégicos se señalan: priorizar la equidad¹⁴ en el acceso y financiamiento, sostener a la Atención Primaria de la Salud como eje organizador del sistema y favorecer la participación comunitaria (control social). Como instrumentos se proponen: Redes regionales de servicios de salud; Categorización y acreditación de servicios; Jerarquización de las acciones de prevención y promoción; Seguro de Salud para la madre y el niño; Programa Remediar; Seguro de enfermedades catastróficas; Formación y regulación de los RRHH; Población bajo responsabilidad nominada; Fortalecimiento del Hospital Público; Profundización de la política de medicamentos; Desarrollo de sistemas de gestión e información; Regulación de tecnologías; Unificación de Seguridad Social.

4. Bases para la integración sanitaria

Las propuestas sobre la integración sanitaria en la Provincia, requieren una previa reflexión sobre algunos aspectos básicos que determinan y condicionan los horizontes de los posibles *procesos de reforma*¹⁵. Debemos considerar las competencias delegadas al Estado Federal, las conservadas por la jurisdicción provincial y las que involucran al ámbito municipal; así como también, imaginar o proyectar la paulatina integración de los subsectores, dentro de un sistema *federal* de salud¹⁶.

¹⁴ Siguiendo a Tobin, a la concepción paternalista de equidad basada en la idea de que todos los individuos tienen derecho a consumir ciertas cantidades mínimas de determinados bienes preferentes se la denomina “equidad categórica”. La equidad categórica es una justificación básica de la provisión pública de los bienes preferentes.

¹⁵ Conforme la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LACRSS), la reforma del sector salud “... es un proceso que aspira cambiar de manera significativa las políticas, programas y procedimientos nacionales a través del cambio de las prioridades, leyes, reglamentos, estructura administrativa y organizativa y ordenación financiera del sector salud. Las metas centrales a menudo buscan mejorar el acceso, la equidad, la calidad, la eficiencia y/o la sustentabilidad del sector”. “Indicadores de medición de desempeño del sistema de salud”, Washington 1997, pág. 2.

¹⁶ Plan Federal, ob. cit., pág. 19. Ello al efecto de mejorar la equidad regional, logrando la integración y articulación del sector alrededor de la reforma de la atención pública y promoción de la atención primaria

Las políticas sanitarias no pueden eludir el componente municipal para su formulación e implementación, en tanto el municipio *constituye “la organización política y administrativa de la sociedad local”*¹⁷, poseyendo su configuración institucional la propia naturaleza de un estado con las notas de autonomía ya referidas. Pero ello, a su vez, exige al municipio no propiciar, en aras de su autonomía, la adopción de políticas sanitarias absolutamente desvinculadas del contexto jurisdiccional provincial y federal.

No todas las medidas a adoptar, para mejorar la sustentabilidad del sistema de salud, se circunscriben al financiamiento: todo incremento de fondos debe acompañarse de la mejora de la eficiencia y eficacia en su aprovechamiento. Es necesaria, en consecuencia, una revisión de los instrumentos y criterios utilizados para la prestación de servicios asistenciales, como también de la visión y conducta de los operadores sanitarios e integrantes del equipo de salud, además de promover un cambio de actitud de cada individuo y colectivo ciudadano respecto al disfrute del derecho-deber a la salud¹⁸. En contrapartida, el Estado en sus distintos niveles jurisdiccionales, deberá mejorar las estrategias y acciones de prevención, promoción, educación sanitaria, información, garantizando instancias de participación en el seguimiento de la integración.

A la hora de promover la integración sanitaria, partimos de un lineamiento inmovible: el respeto al modelo de Atención Primaria de la Salud (APS)¹⁹,

¹⁷ Conforme la definición de Adriano Carmona Romay, citada por HERNÁNDEZ ANTONIO, “El régimen municipal cordobés” en *Revista de Derecho Público* 2005-2. Editorial Rubinzal Culzoni, pág. 49.

¹⁸ Sin perjuicio de la amplitud con la que se ha receptado la vigencia del derecho a la salud, no debe soslayarse -sin perjuicio de que todo derecho se ejerce conforme las leyes que reglamentan su ejercicio- que la Constitución Provincial prescribe “*a toda persona*” el deber de “*cuidar de su salud como bien social*”, conforme el artículo 38, inciso 9.

¹⁹ Concebimos a la Atención Primaria de la Salud como a un conjunto coherente y dinámico de actividades de prevención y contención de conflictos o problemas sanitarios; primer nivel de la asistencia sanitaria, primer contacto del ciudadano con el sistema. Esta concepción importa reconocer a la Atención Primaria de la Salud, un rol central en el desarrollo económico y social, conforme a los siguientes principios: Cobertura universal de la población; Prestación de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación; Servicios eficaces y accesibles tanto en lo estrictamente médico sanitario como en su dimensión administrativa; Interrelación fluida y pertinente de las acciones sanitarias con las impulsadas desde otros sectores componentes del desarrollo económico y social; Participación segura y responsable de la comunidad en el desarrollo y evolución de los servicios de salud.

concertado en la Declaración de Alma Ata de 1978, tomando como referencia las posteriores recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud respecto a su implementación, así como los consensos surgidos del Acuerdo Sanitario de 2003 y las pautas brindadas por Plan Federal de 2004, en lo que se refiere a nuestro país.

La iniciativa de asociación de esfuerzos en el campo sanitario, presenta en nuestra Provincia una adecuada base constitucional, brindada por los artículos 19 inciso 1° (derecho), 38 inciso 9 (deber), 59 (política especial del estado), 174 y 176 (principios y procedimiento en materia de Administración Pública Provincial), 175 (regionalización), 180, 184, 186 (autonomía, régimen y competencia territorial municipal), 190 (convenios intermunicipales), 191 (convenios entre municipio y provincia), 192 (deber de cooperación).

A su vez, el plexo normativo que rige en Córdoba al campo sanitario, promueve decididamente la articulación de los servicios y los subsistemas que los prestan. A la legislación precitada agregamos las previsiones de la ley 6.222 (ejercicio de las profesiones de la salud), dictada casi una década antes de la reforma constitucional de 1986/87, que en su capítulo IV establece el marco para la integración sanitaria, prescribiendo el modo en el cual el Estado deberá implementar el financiamiento de la salud, en el marco de su función subsidiaria ²⁰.

Por otra parte, el régimen municipal cordobés establece el cauce adecuado para la instrumentación de las acciones de integración, en particular conforme sus artículos 183 y 185 ²¹. Asimismo, la Ley de Ministerios 9.454, pone

²⁰ Ley 6.222 (B.O. 30/11/78). Capítulo IV: “Artículo 74°.- Los sistemas de financiación destinados a posibilitar las distintas acciones de salud encuadradas en la presente Ley, deberán satisfacer las expectativas de la población según lo especificado en el Capítulo I y especialmente las previsiones del Artículo 5, incisos a), b) y c), reconociendo el derecho a la libre elección del profesional, técnico o auxiliar de la salud en las mismas condiciones previstas para los profesionales inscriptos o propios de la institución. Artículo 75°.- Los sistemas financieros a que se refiere el Artículo o anterior deberán prever recursos suficientes para retribuir al personal incluido en esta Ley, en relación con las jerarquías que suponen las distintas acciones de salud. Artículo 76°.- El Estado Provincial destinará sus recursos principalmente a los sectores más vulnerables o de menores posibilidades, cumpliendo con su función subsidiaria.

²¹ Ley 8.102, B.O. 15/11/91. “Artículo 183° -modificado por artículo 9 Ley 8864 (B.O. 09.08.00).- Las Municipalidades y Comunas coordinarán sus relaciones entre sí, con la Provincia, el Estado Nacional y los organismos descentralizados mediante convenios, con

en cabeza del Ministerio de Salud un conjunto de competencias que habilitan su intervención en esta instancia ²².

En este sentido, siguiendo precedentes que son la base de esta iniciativa, como el Pacto de Saneamiento Provincia Municipios de 1999, aprobado por la ley 8.864, es que a los fines de efectivizar la política de integración sanitaria, se crearon e impulsaron los instrumentos que explicitamos a continuación.

5. Bases para un Pacto Sanitario

5.1. Características. Enunciación

La doctrina y la práctica institucional, al referirse al sistema sanitario (entendido como un todo articulado) lo caracterizan como: enfocado en el ciudadano; operado en forma segura; accesible; percibido como oportuno; eficaz; eficiente; equitativo; sustentable e integrado.

Es esta última característica la que propicia la reducción de la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud y, la que se procura profundizar en nuestra provincia, respetando una pauta básica de nuestra organización institucional: el federalismo cooperativo o de concertación.

arreglo a lo dispuesto por el Artículo 190 de la Constitución Provincial. Los Convenios deberán ser aprobados por las Municipalidades intervinientes mediante Ordenanza y por las Comunas mediante resolución fundada. Podrán crearse organismos intermunicipales bajo la forma de asociaciones, organismos descentralizados autárquicos, empresas o sociedades de economía mixta u otros regímenes especiales constituidos de conformidad a las normas de la presente Ley. Artículo 184°.- Las Municipalidades podrán formar parte de entidades de carácter provincial, nacional o internacional que tengan por finalidad la cooperación y promoción municipal. Artículo 185°.- Las Municipalidades y Comunas podrán solicitar asesoramiento y asistencia técnica a los Poderes Públicos del Estado Provincial, siempre en el área especializada respectiva y sin que se afecte la autonomía municipal”.

²² B.O. 27-12-07, artículo 26, incisos 1, 23 y concordantes del Decreto 2174/07 ratificado por la ley 9.454 e incorporado a la misma como Anexo I.

5.2. La integración y el “Pacto Sanitario”.

Se ha caracterizado a la integración como al proceso que a partir del retiro de la significancia de ciertas fronteras o límites, permite el desarrollo de escalas de base más amplia, con posibilidades de generar una movilidad social y estructural apta o suficiente para consolidar estándares cualitativamente superiores de desarrollo, empleando técnicas de concertación que, a partir de la firma de un acuerdo originario, organizan gradualmente un sistema institucional y normativo destinado a regular ese proceso, con sentido armonizador y convergente, y con vocación de permanente profundización.

La idea de concertación interjurisdiccional puede aplicarse a todo nivel, tanto entre países como hacia adentro de los estados soberanos, entre sus entes colectivos. En este caso, trabajamos sobre dos niveles autónomos, uno de mayor envergadura (el ente colectivo “provincia”) y otro que goza de una autonomía “subordinada” o “menos plena”, aunque de amplio campo de actuación (el municipio), nivel jurisdiccional que a su vez presenta en nuestra provincia dos grandes categorías, de acuerdo a su tamaño (municipio y comuna).

Advierte Horacio Rosatti, al analizar la relación entre la región y el municipio, respecto de la incidencia de la primera sobre el segundo:

“Con las leyes orgánicas municipales de las provincias argentinas a la vista, no es fácil detectar ejemplos de correspondencia regional-municipal. La impresión que se tiene al examinar esta legislación es la de una cierta monotonía jurídica, una especie de plagio que no se justifica en un país que, como el nuestro, no es homogéneo en su estructura geográfica, económica y cultural. Ha faltado realismo jurídico también en este aspecto, lo que equivale a decir que se ha carecido de una vocación comprometida con las múltiples y heterogéneas necesidades que las regiones argentinas poseen” ²³.

En orden a revertir este estado de cosas, se ha intentado considerar al municipio como “*polo de desarrollo*” (apostando a su capacidad expansiva de crecimiento socioeconómico) o como “*polo de integración*” (apostando a su capacidad de atracción al conjunto sociocultural del territorio más poblado o desarrollado) ²⁴.

²³ ROSATTI, Horacio D., *Tratado de Derecho Municipal*, Tomo 1, Rubinzal Culzoni, Santa Fe, 2006, pág. 219.

²⁴ *Ibidem*, págs. 224 a 226.

Mediante un acuerdo institucional marco, multilateral, de profundo alcance, base de instrumentos particulares -bi o multilaterales dentro de una escala sub regional- a partir de los cuales se vayan concertando, implementando, evaluando y redefiniendo objetivos sanitarios generales y particulares, entendemos que podrán municipio y provincia cooperar y concertar estrategias sanitarias, promoviendo “polos de integración”.

El instrumento empleado, se denomina “Acuerdo de Integración Sanitaria entre la Provincia de Córdoba con Municipios y Comunas para el fortalecimiento de los servicios públicos de la salud en la jurisdicción municipal”²⁵.

5.3. *Propuestas específicas*

5.3.1. *Visión global*

Desde hace no menos de cinco décadas, las regiones son consideradas instrumentos estratégicos del desarrollo; sin embargo, las desigualdades y brechas entre y dentro de cada una de ellas han sido cada vez mayores, como irregular su performance a lo largo y a lo ancho del planeta, generalidad de la cual ni nuestro país, ni la provincia de Córdoba, son excepción.

Ante esos resultados, estudiosos del desarrollo regional proponen conformar una “plataforma común y alternativa” de pensamiento y acción para el desarrollo regional, cuyos seis elementos fundamentales es enumeran a continuación.

1. La asunción de una perceptiva relacional (en lugar de territorial) de las regiones.
2. Una perspectiva multiescalar del desarrollo regional para formular políticas.
3. Una incorporación sistemática de las formas de existencia y funciones del poder.
4. Una incorporación al análisis de la inclusión, cohesión y calidad social.
5. Una incorporación del Estado y los espacios nacionales.

²⁵ Suscripto por el Gobernador de la Provincia de Córdoba y el Ministro de Salud el 19 de Junio de 2008.

6. Las trayectorias históricas locales, regionales y nacionales y las matrices de poder económico-institucional conformadas en esas trayectorias.

En lo que se refiere al primero de los elementos, se trata de concebir a estos espacios sin enfocarse exclusivamente en la idea de “territorialidad” -en la que las regiones se encuentran delimitadas por fronteras-. Esta perspectiva toma muy en cuenta a los vínculos que se producen, además que la estricta pertenencia o subordinación al ámbito físico, y se complementa con una visión multi escalar del desarrollo, abandonando la tendencia a depositar la mirada dentro de un compartimiento estanco o *container* local/regional desconociendo las demás escalas.

El Pacto Sanitario, intenta materializar ese enfoque “relacional” de las regiones, procurando una perspectiva más amplia y realista de las mismas ²⁶.

Otro de los aspectos centrales para repensar el desarrollo regional es el poder, sus formas de existencia y sus funciones, la indagación de las reglas que de él se desprenden y los escenarios que las mismas generan. Así, para el caso concreto de la prestación de servicios de salud, un programa de acción estratégico demanda al menos evaluar la concentración o descentralización de los actores -en este caso concreto, de los efectores-, su origen, financiamiento, la función desempeñada por cada uno de ellos y sus distintos niveles de alcance.

Un diagnóstico completo y articulado, que considere estas escalas múltiples y la referida dinámica de relaciones, es esencial para formular programas de intervención estatal que procuren revertir las situaciones de asimetría tanto entre como dentro de cada una de las regiones, o para nuestro caso las denominadas “Zonas de Integración Sanitaria (ZIS)” ²⁷.

²⁶ En general, en todos los casos analizamos relaciones en movimiento. Relaciones que son protagonizadas por diversos actores de carne y hueso, quienes actúan o interactúan en nombre de instituciones. Funcionarios electos o designados, integrantes de equipos de gestión, directivos de instituciones de la salud, representantes de la sociedad civil, ciudadanos, todos tienen algún lugar en esta trama, y sin perjuicio de su aportación individual, mantienen “entidad” y vigencia en tanto y en cuanto su conducta se vincula a la dinámica del conjunto.

²⁷ Las Zonas de Integración Sanitaria son las unidades o nodos geográficos estratégicos de la integración sanitaria y se las define como el conjunto de municipios, comunas y/o zonas bajo jurisdicción provincial sitas entre radios locales, bajo influencia de uno o varios hospitales provinciales, alrededor de los cuales se estructura el sistema sanitario del espacio del que se trate.

Otro aspecto que no se debe eludir, es la forma en que las pautas de organización se integran con las condiciones de vida de la población local - inclusión, cohesión y calidad social-. Para actuar sobre los problemas de inclusión, sobre todo en el campo de la salud, es esencial abordar por lo menos aspectos tales como el porcentaje de la fuerza de trabajo que no cuenta con trabajos formales, la distribución de la renta, las condiciones de hábitat y, básicamente, cuál es la población que posee cobertura de obras sociales; como así también, cuáles son los factores generadores de esos procesos de no inclusión. En nuestro caso, el relevamiento realizado en la Provincia en forma previa a la construcción conceptual e instrumental de la integración sanitaria y el análisis estadístico de los datos obtenidos resultó un insumo fundamental para estudiar tales aspectos y trabajar sobre los mismos, orientando las políticas a la generación de una convergencia en las ZIS.

5.3.2. Primera pauta. El desarrollo de instrumentos institucionales y jurídicos eficaces.

Se ha concertado un acuerdo sanitario amplio, el cual ha sido rubricado por la Provincia de Córdoba con aproximadamente trescientos municipios y comunas, en proceso que continua. Asimismo, ya se han formalizado alrededor de ciento cincuenta convenios²⁸ específicos, en la mayoría de los casos bilaterales, aunque muchos de ellos han sido suscriptos e influyen en las condiciones sanitarias de varios municipios. Las tareas de relevamiento y diagnóstico realizadas por la Provincia, en el marco de la legislación vigente, ha permitido que la negociación con los municipios se haga por zona de integración sanitaria, con lo que más allá de los compromisos bi o multilaterales, el impacto sanitario de todo el conjunto es articulado, en definitiva integrado.

Las ZIS toman como referencia a cada uno de los hospitales del interior provincial. El objeto de los convenios se orienta básicamente a los siguientes rubros:

a) Contratación de recursos humanos en salud: personal para radicación permanente o aún no radicados, con cumplimiento de horas de servicio que amplíen las especialidades de atención. También se han suscriptos acuerdos con la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.C., en el marco del convenio aprobado por la ley 8.371, para incorporar a personal bajo capacitación super-

²⁸ Al mes de Junio del año 2010 se han formalizado 1150 convenios en el marco del Pacto Sanitario.

visada (profesionales médicos que están haciendo su especialidad) y a estudiantes que están realizando la práctica final obligatoria. Además, también se está reorientando el destino de personal comprendido por programas financiados por el Estado Federal para coadyuvar al mismo objetivo sanitario.

b) Equipamiento: sobre las necesidades detectadas, se transfieren recursos y se realiza la asistencia técnica para que el municipio adquiera equipamiento e instrumental de diverso carácter.

c) Remodelación o ampliación de establecimientos: de igual modo se transfieren recursos, con un importante componente de asistencia técnica, para mejorar la capacidad instalada de efectores municipales.

d) Unidades de traslado (para emergencia o prestaciones programadas): a los fines de la organización de un sistema único de derivación de pacientes, se convienen comodatos bi o multilaterales (aunque siempre con compromiso interjurisdiccional) de unidades equipadas con distinta complejidad, y se transfieren recursos para sostener gastos de utilización y sueldos de personal afectado a la unidad ²⁹.

5.3.3. Segunda pauta. La evaluación como cultura y como práctica:

Los convenios, prevén la evaluación del cumplimiento de las metas sanitarias, y la asignación de los siguientes tramos previa materialización del acto evaluativo. Dentro de la estructura ministerial, un área específica, la Subsecretaría de Integración Sanitaria, tiene a cargo esta tarea, no sólo desde el punto de vista administrativo y financiero (rendición de los gastos), sino también desde la adecuada valoración respecto a los cambios verificados en la jurisdicción beneficiada con la transferencia de los recursos y su articulación dentro de la estrategia sanitaria global.

5.3.4 Tercera pauta. Hacia la conformación de un sistema de información

La tarea de elaboración de esta propuesta de integración sanitaria y su instrumentación, generó una importante producción y cruce de información.

²⁹ En este supuesto, también se incluye una modalidad hasta ahora aplicada sólo en un convenio -Municipalidad de Villa María-, mediante el cual, en el marco de las previsiones del artículo 26 de la ley 8.836, se ha reasignado personal provincial para brindar en la localidad un servicio de traslado único, el cual operativamente estará a cargo de la Municipalidad.

La provincia posee normativa y numerosos registros generales y específicos –también en temas sanitarios–, aunque sólo en los últimos años se advierte una tendencia en materia de empleo de sistemas de información para la elaboración de políticas públicas en general y de salud en particular.

Aún no se ha consolidado la utilización regular de instrumentos que permitan recopilar de manera continua la información; y sin perjuicio de que las tecnologías de la información y de la comunicación aún no han sido plenamente organizadas para lograr mejoras en la salud colectiva en ningún país en vías de desarrollo (más allá de experiencias exitosas en algunos segmentos), tal como lo señalan Figueras y Saltaman, “*sin información no hay competencia en términos de contribución a la salud*”.

Es imprescindible que el estado organice un sistema sanitario sobre la base de un sistema informativo, que se nutra permanentemente con datos respecto a las necesidades y la aplicación de los recursos a tales necesidades, lo que requiere de un esquema articulado en el cual los centros sanitarios de todo nivel produzcan y suministren mejor información, además de lograr coordinar otras fuentes informativas.

6. Corolario: la integración está ocurriendo

Una característica común de los análisis sobre desarrollo regional, posiblemente atribuible a cómo se ha concebido ésta desde su origen hasta nuestros días, es que se enfocan en el estudio de un ámbito físico o espacio en el que interactúan componentes estratégicos del crecimiento económico, otorgando prioridad a las relaciones, ubicación, cooperación y articulación de los distintos actores.

Ese enfoque determina que las experiencias de desarrollo regional y su exploración u observación, estén pensados desde la perspectiva de los intereses de la producción, y más específicamente de los sectores industriales o comerciales, tanto cuando explicitan posturas favorables a su consolidación, diversificación, expansión, etc., como cuando expresan posiciones críticas a su desenvolvimiento. Aun bajo distintos ropajes o formatos, y no obstante se tengan en cuenta ciertos ámbitos no específicamente industriales o de servicios (como el educativo, el cultural, etc.), siempre es a partir de algún elemento que roce con aquellos, que se concibe la conformación de las regiones y explica su papel en el desarrollo.

Es una novedad pensar en espacios regionales que tomen como referencia al campo de la salud. Y resulta innovador alentar la implementación de una propuesta de integración del sistema sanitario, posicionando a las zonas-regiones o a los espacios territoriales micro-regionales, como forjadoras de su propia dinámica de desarrollo humano, cuya evolución supone el crecimiento y el mejor aprovechamiento -desde una perspectiva transversal- de un cúmulo de bienes y servicios capaces de mejorar, a la par de la calidad de vida, cualquier estadística socioeconómica.

La integración sanitaria se concibe como herramienta para iniciar una nueva etapa en el progreso de los servicios de salud, en su accesibilidad y su disfrute. También amplía los horizontes de operadores y profesionales del equipo de salud. Permite una más equitativa distribución de la oferta, y acerca las soluciones que requieran mayor complejidad a la demanda local. Posibilita que a partir de la generación de un campo de la salud más homogéneo, los subsectores públicos y el sector privado planifiquen conjuntamente su evolución. Determina una mejor organización del esfuerzo estatal llevado a cabo en los niveles jurisdiccionales nacional, provincial y municipal, tanto en la prestación asistencial en sí misma como en el financiamiento y gestión de programas y en las actividades regulatorias o fiscalizatorias. Mejora la generación y aprovechamiento de la información sanitaria.

La integración sanitaria de la Provincia de Córdoba genera ventajas en tiempo presente, pues ya está ocurriendo. No hizo falta una revolución legislativa para implementarla, pues el ordenamiento jurídico y el enclave institucional, ya contenían los cauces en los cuales asentarla.

El desafío de la integración sanitaria es lograr su sustentabilidad. Pues ejecutados sus primeros compromisos entre la Provincia y la heterogénea variedad de ciudades, municipios y comunas sitas en su extenso y cambiante territorio, la evaluación precisa del cumplimiento de los acuerdos, la determinación de metas viables, la organización de una base informativa apta para su empleo regular, el desarrollo de nuevos compromisos jurídicos, irán sumando escalas en este camino, que aún cuando ha sido concebido para no tener retorno, puede presentar dificultades y requerir adaptaciones, a los fines de alcanzar las metas que, en suma, propicien una mejor calidad de vida para los ciudadanos, plenamente compatible con la caracterización de la salud como derecho-deber y con el fortalecimiento de las instituciones públicas.

En ese contexto, los operadores provinciales y municipales del sistema -quienes toman decisiones, planifican, articulan, y los equipos de salud que brindan el servicio-, y los ciudadanos-usuarios, habrán conseguido sostener la

integración y con ese logro, posibilitar que, en el constitucionalismo de la realidad, se exhiba un adecuada vigencia y equilibrio entre las previsiones dogmáticas y orgánicas formales, desafío liminar de los hombres y sus instituciones, en tanto el paradigma estatal mantenga su vigencia.

Bibliografía

- IURBURU, Mónica Silvana, “Administración y ciudadanía en los municipios argentinos” en <http://www.clad.org.ve/fulltext/0038109.html> (07-10-08)
- El Balance de la Economía Argentina 2007, capítulo IV.
- HERNÁNDEZ, Antonio, “El régimen municipal cordobés” en Revista de Derecho Público 2005-2, Rubinzal Culzoni.
- Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Comité Federal de la Salud, “Bases para el Plan Federal de Salud 2004-2007”, mayo de 2004.
- ROSATTI, Alfredo, “Ciudad y Municipio” en *Revista de Derecho Público*, 2004-2, Rubinzal Culzoni, Santa Fe.
- *Tratado de Derecho Municipal*, Rubinzal Culzoni, Santa Fe, 2006.
- ZARINI, Horacio, *Constitución Argentina, Comentada y Concordada*, Astrea, Buenos Aires, 1996.

