

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA



**Tema:** Área de salud de Villa Gobernador Gálvez. Calidad de la prestación médica brindada por el Municipio.

**Tutor:** Gerbaudo, Silvina.

**Alumno:** Martínez, Federico.

**Título a obtener:** Licenciado en Ciencia Política.

## INDICE:

Introducción	5
<b>1- Análisis Macroambiental</b>	<b>9</b>
1.a.Ambiente Socio-Económico	11
1.b.Ambiente Político	28
1.c.Ambiente Legal-Institucional	32
1.d.Ambiente Tecnológico	47
1.e.Ambiente Cultural	49
1.f.Ambiente Demográfico	55
1.g.Síntesis Análisis Macroambiental	67
1.h.Matriz Amenazas-Oportunidades	68
<b>2-Análisis Microambiental</b>	<b>86</b>
<i>2.a.Mercado</i>	<i>87</i>
2.a.1.Oferta	90

2.a.2.Demanda	104
2.a.3.Síntesis Análisis del Mercado	110
2.a.4.Factores Críticos de Suceso	111
<i>2.b.Sistema de Producto</i>	111
2.b.1.Servicios	116
2.b.1.1.Servicio Central	116
2.b.1.2.Servicios Periféricos	129
2.b.1.3.Servicio de Apoyo	129
2.b.2.Personal y Organigrama del Hospital	131
2.b.3.Imagen Institucional	133
2.b.4.Cultura Organizacional	135
2.b.5.Síntesis del Análisis del Sistema de Productos	137
2.b.6.Matriz Ventajas/Desventajas	

Comparativas	138
<i>2.c. Estructura Organizacional</i>	
2.c.A.Reseña Histórica	140
2.c.B.Misión	149
2.c.C.Visión y Estrategia	150
2.c.D.Estructura Organizativa	151
2.c.E.Presupuesto	156
2.c.F.Recursos Humanos	157
2.c.G.Cultura	158
2.c.H.Descripción de las Instalaciones	159
2.c.I.Redes	160
2.c.J.Dificultades	162
2.c.K.Síntesis de la Estructura	163

2.c.L.Competencias Distintivas	164
<b>3.Matriz FODA</b>	166
<b>4.Etapa Propositiva</b>	168
<i>Bibliografía</i>	175
<i>Anexos</i>	179

## **Introducción**

---

Dentro de la Ciencia Política, la Administración Pública es una de las áreas más importante para el cientista político, lo cual me ha motivado a realizar un trabajo que tenga como finalidad realizar un relevamiento y análisis del servicio brindado por el **Área de Salud de la Municipalidad de Villa Gobernador Gálvez** para, posteriormente presentar posibles alternativas que mejoren la prestación de dicha área.

Como primera y fundamental tarea dividiré el trabajo en dos grandes momentos. El primero referido al **Macroambiente** que rodea a la organización, a las realidades externas con las cuales debe convivir y lidiar pero no puede modificar. En este apartado se incluyen los Ambientes Socio-Económico, Político, Legal-Institucional, Tecnológico, Cultural y Demográfico. Este momento culmina con la identificación de Amenazas y oportunidades para la organización.

La segunda parte, el **Análisis Microambiental**, refiere a la composición de la organización, a sus características, su lugar dentro del mercado, sus posibilidades y potencialidades, como así también ventajas y desventajas, para ello centraré la mirada en: la Estructura Organizacional, el Mercado (comprendido por oferta y demanda de servicios de salud) y por último el Sistema de Producto. Esta segunda parte culminará con un cuadro de

fortalezas y debilidades identificadas en la organización. Terminado el análisis pertinente, una vez que se logre un diagnóstico preciso que determine las distintas falencias, si las hay se plantearán posibles cambios, mejoras, alternativas que la beneficien, la fortalezcan y le permitan crecer y sobrevivir en una realidad cada vez más veloz y cambiante.

La ciudad de Villa Gobernador Gálvez<sup>1</sup> está separada de la ciudad de Rosario por el arroyo Saladillo. Actualmente es la 3ª localidad más poblada de la provincia. Tiene una superficie aproximada de 31 km<sup>2</sup>. Los determinantes geográficos que circunscriben su extensión son: el límite Este está bañado por el río Paraná que es netamente fluvial y barrancoso, al Norte arroyo Saladillo y la ciudad de Rosario, al Sur Alvear y al Oeste de la ex Ruta Nacional N° 178, actual 18, la cual es la continuación de la calle Ovidio Lagos, que la separa del distrito Piñero.

A esta región antiguamente se la denominaba “Pago de los Arroyos” (nombre del territorio comprendido entre el río Paraná y la Cañada de las Hermanas), surcado por muchos cursos de agua: San Lorenzo, Ludueña, Saladillo, Frías, Seco, Pavón, Del Medio y Ramallo; que se extendía entre el río Carcarañá y el arroyo Ramallo. Cuando en dicha zona fue creciendo la riqueza ganadera se estableció el límite en arroyo del Medio: al Norte la jurisdicción del Cabildo de Santa Fe y al Sur la jurisdicción del Cabildo de Buenos Aires.

Fue fundada por Ingeniero Enrique Mosconi (1852-1910), el día 25 de febrero de 1888. El origen del nombre se atribuye a la gran amistad que unía al fundador con el entonces gobernador de la provincia de Santa Fé, José Gálvez (1852-1910).

---

<sup>1</sup> Mapa de la provincia de Santa Fe, anexo I.

En 1891 el Ministerio de Agricultura, Justicia e Instrucción Pública del Gobierno Provincial creó una Comisión de Fomento. A partir de ese momento se sucedieron los nombramientos de los integrantes que eran elegidos por caracterizados vecinos, la gran mayoría inmigrantes. Esto ocurrió hasta que se convocó a elecciones, el 31 de marzo de 1912, esto obedecía a la aplicación de la ley Sáenz Peña que propiciaba el voto secreto y la libre participación.

Ascendió a la categoría de ciudad el 12 de abril de 1962, mediante Decreto Provincial Nro.03925, siendo gobernador el doctor Carlos Silvestre Begnis, calculándose en esa fecha en unos 18.000 habitantes. A partir de allí se modificó su estructura de gobierno, o sea de Presidentes de Comisiones de Fomento se pasó a la conformación de un Poder Ejecutivo Municipal, con un intendente encabezándolo y un cuerpo colegiado deliberativo. Se nombró el 31 de diciembre de 1966 a Sebastián Andreu como primer intendente municipal.

En la década del '60 y en las sucesivas se produjo un gran crecimiento demográfico, producto del arribo de personas del interior de nuestro país, sobre todo del Litoral (Corrientes, Entre Ríos y Chaco) que en su mayor parte se ubicaron en los alrededores de los asentamientos urbanos, provocando esta migración interna modificaciones culturales significativas. El aumento y desarrollo de las industrias metalúrgicas y frigoríficas ayudó a este proceso. Como resultado se produjo un aumento de la población del 173% en un lapso de 20 años. Según proyecciones y estimaciones del INDEC, los censos indican las siguientes cifras:



Cuadro N° 1: Población VGG.

<b>AÑO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>AUMENTO CON %</b>
<b>1960</b>	18.468	--
<b>1970</b>	30.805	66.80%
<b>1980</b>	50.589	64.00 %
<b>1991</b>	63.078	24.11%
<b>2001</b>	74.658	18.4%
<b>2008</b>	90.000 (estimación de la gestión actual)	20,55%

Fuente: IPEC, CNPV de los años respectivos.

## **1. MACROAMBIENTE**

Comenzaré por analizar el ambiente macro, o contexto donde se halla inserto el sector salud de la Municipalidad de Villa Gobernador Gálvez. Esta primera aproximación nos permitirá obtener información sobre las variables externas que afectan de manera positiva o negativa el funcionamiento de la organización, y las presentaremos como amenazas y oportunidades al final del capítulo, en un cuadro para su mejor visualización.

En primer lugar, describiré el *ambiente socio-económico* con el modelo de acumulación nacional vigente, la trayectoria y actual estado del mercado laboral, de la tasa de actividad, los salarios y la inflación. Asimismo analizaré los efectos de estas variaciones sobre la distribución del ingreso, la pobreza y la cobertura de salud de la población, dimensión fundamental dada la especificidad de la organización bajo análisis. Con estos objetivos, haremos una comparación entre el modelo actual y el aplicado en la década anterior e investigaremos las derivaciones de la crisis de los años 2001-2002.

Una vez estudiada la economía a nivel nacional, analizaré el ambiente económico a nivel provincial, sobre todo de la región sur de Santa Fe que es donde está inserta la ciudad de V GG. Las actividades de frigoríficos y empresas cerealeras, fábricas de carrocías, de bicicletas, serán tenidas en cuenta por ser las principales actividades económicas de la zona.

Concluida la descripción de esta dimensión, detallaré las características del *ambiente político*, lo que nos permitirá conocer la influencia de esta variable sobre nuestro objeto de estudio a través de las políticas públicas implementadas en el área de salud en los últimos años, tanto en la nación y en la provincia como en la municipalidad. El comportamiento de

los partidos políticos de Villa Gobernador Gálvez, los gobiernos peronistas y la actual conducción de otro color partidario serán brevemente comentados.

A continuación, el *ambiente legal-institucional*, presentaré las normativas que rigen la organización y el funcionamiento del Sistema de Salud nacional y provincial, y sus principales instituciones.

En el *ambiente tecnológico*, la importancia de Internet, el avance de las comunicaciones y los sistemas de servicios; en el *ambiente cultural* tendré en cuenta la relación de la comunidad con el Sistema Público de Salud y los cambios sufridos en ambos en los últimos años. En último lugar arribaré al *ambiente demográfico*, cuya descripción estará basada en los datos obtenidos de los últimos censos, observando el crecimiento poblacional y la importancia de las migraciones internas en la región.

Debemos aclarar que si bien el énfasis del trabajo estará puesto sobre el sistema público de salud, también tendremos en cuenta para su realización la prestación privada del servicio, dada la complementariedad existente entre ambos sistemas en el área de salud.

Finalmente, con toda la información recabada en este capítulo, confeccionaré un cuadro donde podremos observar las *amenazas y oportunidades* que el contexto le proporciona a nuestra organización.

## **I. A. AMBIENTE SOCIOECONÓMICO**

### **Modelo Económico Nacional.**

Para comprender la situación socioeconómica y política de la municipalidad de Villa Gobernador Gálvez, es necesario realizar un análisis de la actual situación económica en la que se encuentra la provincia de Santa Fe, que nos permitirá elaborar un cuadro de situación mas acabado del contexto que rodea al Área de Salud.

Mas allá del federalismo proclamado por nuestra constitución, en las últimas décadas se ha producido un creciente deterioro del mismo. Es decir, las provincias son cada vez más dependientes del poder central, sobre todo en relación al reparto de recursos fiscales. Las transferencias automáticas en concepto de coparticipación a las provincias desde marzo de 2002 a diciembre de 2007 estuvieron por debajo del 34 % de lo recaudado por la Nación<sup>2</sup>.

Esta situación está agravada ya que se prevé que las provincias perciban una proporción menor de los recursos tributarios nacionales que se explicaría por “el fuerte crecimiento que presentarían durante 2008 los tributos ligados al comercio exterior (con un alza del 64 % anual), los cuales son exclusivos del gobierno nacional”<sup>3</sup>

Es fundamental realizar una descripción del modelo económico nacional para luego pasar a comentar lo que ocurre en la provincia y la región sur de Santa Fe. Sobre todo, teniendo en

---

<sup>2</sup> La Nación recauda cada vez más pero coparticipa menos. Diario La Capital [diario online] 2008 Enero 28. Disponible desde: [http://www.lacapital.com.ar/contenidos/2008/01/28/noticia\\_0020.html](http://www.lacapital.com.ar/contenidos/2008/01/28/noticia_0020.html)

<sup>3</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

cuenta la importancia que tiene la misma en cuanto a la actividad agroindustrial, el comercio y los servicios, y los aportes que le significa a la nación en la producción y las exportaciones.

El actual modelo económico, surge de la crisis de los años 2001-2002. Durante la década del 90 se impuso la idea del mercado como asignador de recursos y un Estado menos participativo, sobre todo a partir de las políticas de privatizaciones de los servicios públicos; y transferencia de funciones a las provincias y municipios. El denominado “plan de convertibilidad”, implicaba un tipo de cambio fijo en el que un peso era igual a un dólar.

El modelo económico adoptado trajo aparejado consecuencias negativas para amplios sectores de la población, los cuales quedaron excluidos del mercado y desprotegidos del Estado.

Se realizaron inversiones productivas en sectores como las comunicaciones, que necesitaban modernizarse, y también en otros rubros, sobre todo los servicios. Sin embargo la mayor parte de las mismas se dirigieron al sector financiero, haciendo a la economía del país, muy vulnerable a los vaivenes de los mercados externos. La crisis del tequila en el año 1995 (México), es claro ejemplo de ello.

En un primer momento, la convertibilidad logró frenar la inflación estabilizando el sistema de precios, elevando los salarios y permitiendo un marco previsible para la realización de inversiones. Sin embargo el tipo de cambio poco competitivo provoca una suba de las importaciones que sumado al bajo precio de los productos primarios que exporta el país desmantela la industria nacional y perjudica fuertemente al sector agro industrial. La

consecuencia fue el desempleo, la informalidad, la subocupación, la pobreza, la indigencia, que llegaron a niveles nunca vistos en la historia del país.

La crisis de diciembre de 2001 puso fin a la convertibilidad a través de la devaluación y la pesificación asimétrica que tuvo lugar durante el gobierno de Eduardo Duhalde. La misma se realizó de manera desprolija, provocando un aumento en los precios, incrementando el número de pobres e indigentes.

El nuevo modelo económico iniciado en la gestión de Duhalde y seguido por las administraciones de Néstor y Cristina Kirchner, aunque con algunas variaciones, son similares, y tuvieron resultados diversos. El Estado volvió a tomar protagonismo como un actor importante en la economía dejando de lado el rol subsidiario de la década anterior.

El abandono del modelo, planteó una modificación en la relación cambiaria, adoptándose uno de cambio flotante. Esta situación modificó los índices de precio, generando un crecimiento inflacionario y en detrimento de los salarios reales. La adopción de este sistema de “dólar alto” conllevó un disparo de los índices de pobreza e indigencia, los cuales han sido reducidos posteriormente por el crecimiento económico que ha experimentado el país.

Independientemente de la reducción de estos guarismos, la pobreza sigue siendo un tema pendiente en la agenda del gobierno y de la sociedad civil.

El PBI creció en estos últimos años a un ritmo del 8 % anual, según datos oficiales, permitiendo disminuir la cantidad de pobres y desocupados.

Pese al gran crecimiento de la economía argentina en estos últimos 6 años, el problema de la pobreza y la desocupación sigue siendo grave. Los bolsones de pobreza se observan en

todas las ciudades del país, y las condiciones de exclusión siguen siendo importantes en amplios sectores de la población

La presión impositiva es del 30 % del PBI.<sup>4</sup> Por un lado permite que el Estado pueda mantener el superávit fiscal reforzándose ante las dificultades provenientes del mercado mundial, pero por otro lado, influye de manera negativa en los contribuyentes quienes ven disminuir sus salarios por el pago de impuestos. Sobre todo los sectores más vulnerables de la población quienes pagan el 21% de IVA, ya que utilizan la mayor parte de sus ingresos en productos de primera necesidad, los pequeños productores rurales, y los dueños de PYMES que ven aumentar sus costos dando menos trabajo a la población o contratando trabajadores “en negro”.

La mayor parte de lo que recauda el Estado proviene de impuestos directos como el IVA y ganancias.

El crecimiento del PBI tiene que ver con varios factores: las condiciones externas favorables del mercado mundial que demandan productos que Argentina ofrece, sobre todo, lo referido al sector agroindustrial; el crecimiento de países como China e India, con millones de consumidores que se vuelcan al mercado; y el notable precio de los commodities, como la soja.

Con el aumento de las exportaciones se han logrado sanear y fortalecer las finanzas del Estado Nacional y las provincias. Esta masa de dinero con la cual cuenta el gobierno

---

<sup>4</sup> La presión tributaria, en su punto más alto. Diario La Nación [diario online] 2008 Enero 12. Disponible desde: <http://www.lanacion.com.ar/978372-la-presion-tributaria-en-su-punto-mas-alto>

anualmente le permite proyectar obra pública (uno de los pilares de la reactivación según las proyecciones de la administración Kirchner) y además elevar las partidas presupuestarias, principalmente las destinadas a salarios. Este tema sigue siendo la encrucijada entre Estado y Trabajadores/Sindicatos, ya que los sueldos de muchos sectores aún se mantienen rezagados con respecto al nivel de inflación.

Otro factor que explica el crecimiento es la reactivación del sector industrial, fuertemente golpeado durante la convertibilidad. En ese período, muchas fábricas se transformaron en importadoras dejando de producir y disminuyendo el personal en su interior.

La nueva paridad cambiaria trajo a la industria sus pros y sus contras. Si bien al encarecerse los productos importados, muchas fábricas comenzaron a producir nuevamente contratando personal, la ausencia de insumos básicos en el país hace que estos tengan que traerse de afuera a un precio mayor, lo que implica un incremento de los costos de los empresarios, que generalmente se termina trasladando al consumidor en el precio final, y también impide expandir la producción.

A esto se le suma la crisis energética, que en ciertos momentos del año, impiden a las fábricas el normal funcionamiento y producción. Pese a estos inconvenientes el sector creció a un ritmo de 9,7% en el año 2007.<sup>5</sup>

Otro de los rubros que encabeza la economía es el de la construcción, que si bien en 2007 cayó un poco respecto del año anterior, sigue en fuerte expansión (8,6%)<sup>6</sup>. La inversión en

---

<sup>5</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

<sup>6</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.



obra pública e infraestructura es importante debido a la cantidad de mano de obra que ocupa.

La balanza comercial tiene por quinto año consecutivo superávit (11.200 millones de dólares). Las exportaciones crecieron un 20% con respecto al año 2006 y las importaciones un 31%. Sin embargo los precios de los productos que exporta el país han crecido más que el de los bienes que importa lo que ha permitido mantener la balanza comercial favorable.<sup>7</sup>

Este crecimiento económico que se está dando en el país ha generado una cantidad importante de puestos de trabajo. La desocupación fue del 7,3% en el tercer trimestre del año 2007, menor que en el mismo periodo del año anterior (8,4%). La subocupación también se redujo en el tercer trimestre del año 2007 (7,4%), con respecto a idéntico período del año anterior (9,5%).<sup>8</sup>

Cuadro N°:2 Tasas económicas

Tasas						
Actividad	Empleo	Desocupación	Subocupación	Subocupación demandante	Subocupación no demandante	
	42,6	39,5	7,3	7,4	5,8	1,6

**Fuente:** INDEC/EPH

Esta tasa toma en cuenta a los beneficiario de Plan Jefas y Jefes de Hogar como ocupados, para captar mejor la situación real de estas tasas, se han recalculado los valores, sin tomar como ocupados a quienes reciben planes. Los resultados se expresan a continuación.

<sup>7</sup> Diario Clarín 2008 Enero 10

<sup>8</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

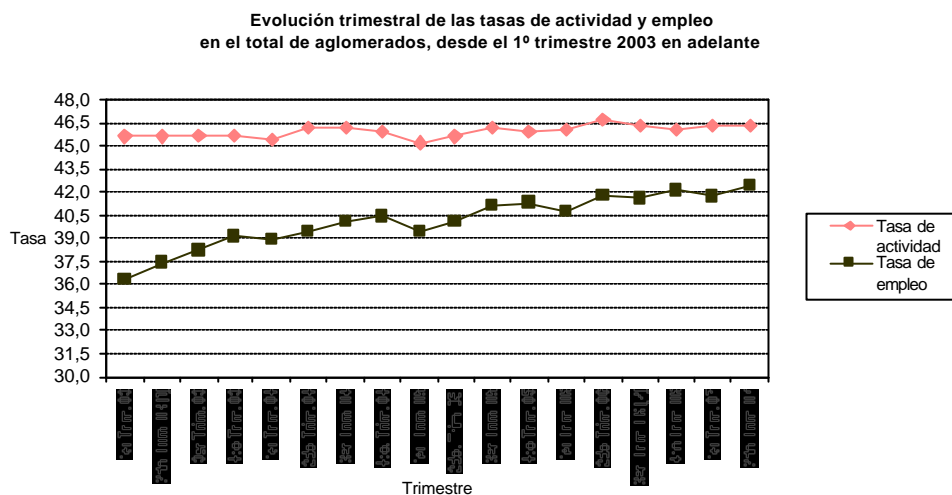
### Cuadro n° 3: Tasas económicas

Principales Indicadores: Recálculo para Total 31 aglomerados urbanos\* - 3° trimestre de 2007

Tasas					
Actividad	Empleo	Desocupación	Subocupación	Subocupación demandante	Subocupación no demandante
46,2	42,4	8,1	9,3	6,7	2,6

Fuente: INDEC/EPH

### Grafico N° 1: tasas de actividad y empleo



Fuente: INDEC/EPH

### Cuadro N° 4: Tasas económicas.

Aglomerados relevados en el tercer trimestre de 2007. Principales indicadores: evolución trimestral.

Tasas	Año 2006		Año 2007		
	Trimestre		Trimestre		
	3°	4°	1°	2°	3°
Actividad	43,1	42,9	42,7	42,8	42,6
Empleo	39,4	39,9	39,2	39,5	39,5
Desocupación	8,4	7,1	8,2	7,7	7,3
Subocupación	9,5	9,1	8,2	8,0	7,4
Subocupación Demandante	7,2	6,7	6,2	6,2	5,8
Subocupación No Demandante	2,3	2,4	2,0	1,8	1,6

**Fuente:** INDEC/EPH

En estas últimas dos tablas queremos mostrar la evolución que estos indicadores presentaron en los últimos años, los cuales han estado marcados por la reducción del desempleo y el logro de llegar a una tasa de desempleo que se ubica por debajo de los dos dígitos. Esto último es un hecho muy relevante, puesto que hacía más de 10 años que los mismos se ubicaban en tasas muy altas, que llegaron a tocar el 21%.

### Cuadro N° 5: Tasas económicas.

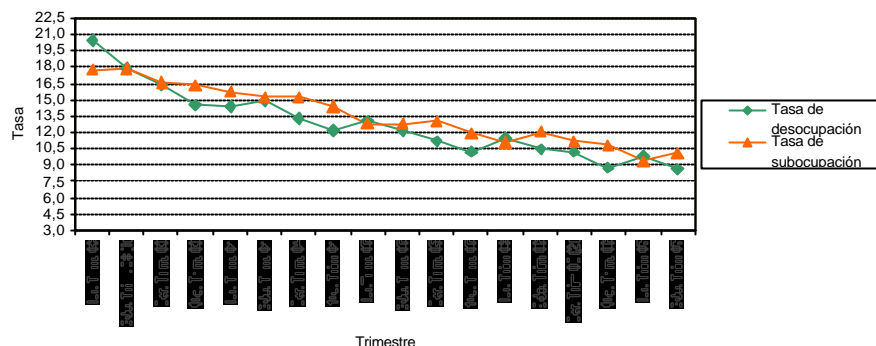
Impacto del Plan Jefas y Jefes de Hogar sobre las tasas básicas<sup>1</sup>, Recálculo A de Tasas Básicas<sup>2</sup>.  
Recálculo para Total 31 Aglomerados urbanos<sup>3</sup>. Años 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007

Tasas de:	Año 2003				Año 2004				Año 2005				Año 2006				Año 2007		
	Trimestre				Trimestre				Trimestre				Trimestre				Trimestre		
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°
Actividad	44,2	44,4	44,7	44,6	44,3	45,3	45,1	45,0	44,4	44,7	45,3	45,2	45,3	45,1	45,8	45,7	45,9	45,9	45,8
Empleo	33,5	35,1	35,9	36,7	36,6	37,4	38,0	38,5	37,7	38,4	39,7	40,1	39,5	40,7	40,7	41,4	41,1	41,8	41,9
Desocupación	24,3	21,0	19,6	17,7	17,4	17,4	15,7	14,5	14,9	13,9	12,5	11,4	12,8	11,6	11,2	9,3	10,5	9,0	8,5

**Fuente:** INDEC/EPH

Grafico N° 2: tasas de desocupación y de subocupación.

Evolución trimestral de las tasas de desocupación y subocupación en el total de aglomerados urbanos, desde el 1º trimestre 2003 en adelante



Fuente:

INDEC/EPH

El aumento de la inflación es actualmente un tema muy preocupante, ya que diariamente se suscitan enfrentamientos por la mejora salarial en muchos sectores, tanto públicos como privados, que exigen una urgente recomposición con el fin de hacerle frente a la constante inflación.

La escalada en los precios afecta con mayor vigor a las capas más pobres de la sociedad, siempre más vulnerables a variaciones de este tipo. En cuanto a las capas medias, la inflación genera imprevisibilidad, impidiendo la estabilidad en la planificación del consumo familiar - la falta de transparencia de la Canasta Básica, muestra la irregularidad con la que conviven diariamente los consumidores - como así también inseguridad en los inversores para instalarse dentro del país.

### Economía Provincial, Regional y local

La economía de la Provincia de Santa Fe es una de las más beneficiadas por el actual modelo debido a su producción agroindustrial. Es un polo productivo importante para el país dado la cantidad de exportaciones que efectúa. Además, recibe un nivel importante de inversiones tanto públicas como privadas, nacionales y extranjeras. “Santa Fe es la primera productora de soja, leche, aceite, vegetales y maquinarias agrícolas, segunda en cereales y bovinos, y tercera en auto partes”<sup>9</sup>.

Rosario se ha convertido en una atracción para las inversiones, sobre todo por ser un importante centro comercial y de servicios. El boom turístico, la construcción, el comercio, el aumento de los servicios hacen que la economía de la ciudad y lo que se denomina el Gran Rosario tenga un crecimiento sostenido en los últimos años. Sin embargo este crecimiento se debe en gran medida a la producción agroindustrial del sur de la provincia de Santa Fe, que genera los bienes que Argentina está exportando y que, hoy en día, gozan de un alto precio internacional (sobre todo la soja). Armstrong, Arteaga, Cañada de Gómez, Venado Tuerto son algunas de las localidades que permiten el crecimiento de la provincia a través de su producción.

Santa Fe ha recibido en el período que abarca del año 2004 al 2006 una cifra cercana a los 3.600 millones de dólares en inversión.<sup>10</sup> En el rubro inversiones se ubica segunda, detrás de Buenos Aires. La mitad de las mismas fueron dirigidas a la ciudad de Rosario.

Las exportaciones son cercanas a los 9.000 millones de dólares, lo que significan un 20% del total de las exportaciones nacionales. Además, desde la salida de la convertibilidad las

---

<sup>9</sup> Página Web de la Provincia de Santa Fe [www.santafe.gov.ar](http://www.santafe.gov.ar)

<sup>10</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

exportaciones de la provincia se incrementaron en un 105% a diferencia de la Nación que lo hizo a niveles inferiores (75%).<sup>11</sup> Por ejemplo: “en el caso de la industria láctea, las exportaciones de la Provincia en el rubro son del 55% del total que exporta el país”.<sup>12</sup>

La mayor parte de las mismas van dirigidas a China, India y Europa. Los productos que mas se exportan son los primarios con valor agregado (agroindustria), seguidos por los productos industriales, y luego las materias primas.<sup>13</sup>

El boom de la construcción también llegó a la Provincia. Durante 2006 se pidieron casi 10.500 permisos de edificación<sup>14</sup> y si bien no existen datos oficiales relativos al año 2007 se cree que los niveles se mantuvieron estables.

Esto no implica que no existan problemas, la Provincia no se encuentra aislada de las dificultades que tiene el país. Existen serios problemas económicos de distribución de la renta, informalidad laboral, bolsones de pobreza en las grandes ciudades, entre otros.

Refiriéndonos puntualmente a la ciudad de Villa Gobernador Gálvez<sup>15</sup>, su actividad económica gira entorno a grandes empresas, ello responde a la existencia de industrias tradicionales para la ciudad, como Swift, Paladini (la cual alberga la mayor cantidad de trabajadores de la ciudad), Unilever, Cargill.

A ello se suma el Área Industrial Oficial de Desarrollo, cuyos antecedentes datan del año 1995, cuando mediante ordenanza se declara de interés municipal su creación,

---

<sup>11</sup> Diario El Litoral. 8/07/2007

<sup>12</sup> Diario La Capital [diario online] 2007 Noviembre 11. Disponible desde: [http://www.lacapital.com.ar/ed\\_impresa/2008/11/edicion\\_21/contenidos/noticia\\_5160.html](http://www.lacapital.com.ar/ed_impresa/2008/11/edicion_21/contenidos/noticia_5160.html)

<sup>13</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

<sup>14</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

<sup>15</sup> Fuente: [www.vggmunicipalidad.gov.ar](http://www.vggmunicipalidad.gov.ar)

considerando el desarrollo industrial y comercial de la ciudad, su ubicación geográfica estratégica y la legislación vigente en cuanto a beneficios diferenciales para las empresas que se radicaran. Sobre finales del año 2000 se remite al Ministerio de Agricultura, Ganadería, Industria y Comercio de la Provincia de Santa Fe el Estudio de Viabilidad para Áreas Industriales. Finalmente, se aprueba su ejecución mediante la Resolución 521/04 del 07-12-04.

En la actualidad se trabaja para dotar al área de la infraestructura básica para su normal funcionamiento (cierre perimetral, seguridad, acondicionamiento de suelos, iluminación, habilitación del camino hacia el área de acondicionamiento de residuos sólidos urbanos, etc.) y la definitiva implantación de las industrias que ya han adquirido parcelas. Las empresas ya radicadas son, entre otras, Mecall Constructora S.R.L. dedicada a la fabricación de montajes que cuenta con 120 empleados, Scheimberg Vidrios S.A. (vidrios templados) con 40 operarios, Anticorrosivos VGG (fábrica de pinturas líquidas) con 17 empleados, Plásticos Sudamérica S.A. (fábrica de plásticos-envases plásticos) con 20 operarios y Prosavíc S.R.L. (fabricación de harinas proteicas de origen animal) con 15 empleados, la fábrica de envases plásticos descartables Manplar S.R.L y otras empresas ya han adquirido sus parcelas.

Por iniciativa de un grupo de empresas interesadas en realizar inversiones productivas en la ciudad y no quedando plazas disponibles en el área Industrial Oficial de Desarrollo, el Concejo Deliberante por Ordenanza N° 1736/2007 declara de interés municipal la creación de una Nueva Área Industrial. Algunas de estas empresas se dedican a la fabricación de

guardabarros y llantas para bicicletas, mobiliario para el hogar, establecimientos metalúrgicos, fábrica de cascos, la empresa Cachamai, una procesadora avícola, etc.

## Desocupación

La provincia de Santa Fe y sus aglomerados urbanos más importantes sufrieron el impacto de la crisis socioeconómica de los años 2001-2002. En áreas como el Gran Rosario la desocupación superó la media nacional del 21,5%, y el 18,6% de subocupación.<sup>16</sup>

Con el crecimiento sostenido desde al año 2003, los niveles de desempleo han descendido de manera importante, aunque, la cantidad de ciudadanos que todavía no logran insertarse en el mercado laboral es numeroso si lo comparamos con los países desarrollados o si tenemos en cuenta los planes jefes y jefas de hogar.

En el Gran Rosario la desocupación es del 10,4% y la subocupación del 7,3%, es decir 3% más que la media Nacional. En el Gran Santa Fe es de 7,9% la desocupación y 7,3% la subocupación.<sup>17</sup>

Por lo tanto si se toman las tasas de desocupación en la Provincia se puede observar que el desempleo fue disminuyendo desde el año 2003: 16% en 2003, 14% en 2004, 12% en 2005 y 10% en la actualidad.<sup>18</sup>

## Informalidad

---

<sup>16</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

<sup>17</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

<sup>18</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.



En Santa Fe, si bien se logró bajar la tasa de desempleo, todavía no se ha podido resolver este flagelo, la tasa de informalidad sigue siendo superior a la media nacional del 40%.

En Santa Fe la informalidad se da en los rubros mas variados, pero se puede observar que un número importante de los trabajadores afectados por esta situación participan en empresas familiares o en PYMES, que muchas veces, debido a los altos impuestos, prefieren tener sus trabajadores no registrados para evadir los aportes argumentando que no dan los costos.

### Salarios, tasa de actividad y tasa de empleo

La tasa de actividad, es decir, el número de personas que están buscando empleo ha ido en incremento junto con el crecimiento económico. Los especialistas creen que es debido a las mayores expectativas de encontrar empleo.

En el Gran Rosario la tasa de actividad se mantiene alrededor del 46%, en cambio en el Gran Santa Fe el número es menor y ronda entre el 39 y el 40%. Sin embargo, la creación de nuevos puestos de trabajo logró que el mercado laboral pudiera absorber ese incremento de la tasa de actividad dado que la tasa de empleo en el Gran Rosario subió del 38,1% al 41,9% en el último trimestre de 2007, mientras que en el Gran Santa Fe se mantiene entre el 37 y el 38%.<sup>19</sup>

Se puede decir entonces que el mercado laboral de la región está en gran medida absorbiendo la demanda de trabajo de aquellas personas que forman parte de la PEA.

---

<sup>19</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

Los salarios en la provincia es otro de los temas que genera conflictos. En general los sueldos de los trabajadores son bajos, sin contar aquellas personas que lo hacen en condiciones de informalidad o están subocupadas. Los salarios de la Provincia, en promedio, son similares a la media nacional (\$1.700).

La inflación según el gobierno fue del 8,3% lo que implicaría que los salarios, que este año se incrementaron en un 20%, duplicarían los índices inflacionarios. Pero las consultoras privadas creen que la inflación es cercana al 20%, y otros que incluso la superaría ampliamente, por lo que los salarios reales de los trabajadores se habrían deteriorado.

En Santa Fe los sueldos más elevados se obtienen en los sectores de pesca, minas, intermediación financiera, electricidad, gas y agua. Los de enseñanza, hotelería y servicio doméstico siguen siendo los más bajos.<sup>20</sup>

### Inflación

Según números del INDEC la inflación del año 2007 fue menor a un dígito. Teniendo en cuenta que la inflación se incrementa en el interior del país, donde los controles son menores, Santa Fe como Mendoza y San Luís han sufrido una escalada mayor en los precios. En 2007 los casos paradigmáticos fueron los de la papa, el tomate y los limones, pero en general el incremento fue generalizado, desde los lácteos hasta la carne y el pollo, de la misma manera que la mayoría de los servicios privados.

### Pobreza y distribución del ingreso

---

<sup>20</sup> Diário La Capital [diario online] 2007 Septiembre 27. Disponible desde: <http://archivo.lacapital.com.ar/2007/09/27/region/index.shtml>

El modelo de convertibilidad trajo aparejado una inequitativa distribución de la riqueza. Los sectores más humildes quedaron excluidos sin ningún tipo de planificación por parte del Estado para ellos. La devaluación y la pesificación asimétrica empeoraron más esta situación en la medida que los salarios reales de los sectores más pobres y de aquellos que reciben subsidios del Estado se deterioraron más aun.

Para el año 2006, el 10% de la población más rica tiene 30 veces más recursos que el 10% más pobre.<sup>21</sup> Esto se observa en la Provincia de Santa Fe, y no solo por la diferencia existente entre quienes habitan en el norte y quienes lo hacen en el sur de la Provincia, sino también en las grandes ciudades, como Rosario, en donde los ciudadanos que residen en la periferia se encuentran, muchos de ellos, en situaciones degradantes.

A los bajos salarios o subsidios de los sectores más humildes, se le suma una estructura impositiva regresiva. El IVA (21%) lo sufren más los pobres, dado que consumen productos de la canasta básica.

La Región fue una de las más afectadas en cuanto a los niveles de pobreza. Si bien la cifra ha disminuido a partir del crecimiento económico, todavía la cantidad de pobres e indigentes sigue siendo considerable. En la Provincia el 20% de los habitantes se encuentran bajo la línea de pobreza, mientras que el 6% bajo la línea de indigencia, esto

---

<sup>21</sup> Diálogo Clarín [diario online] 2008 Febrero 2. Disponible desde [http://edant.clarin.com/diario/2008/02/06/index\\_diario.html](http://edant.clarin.com/diario/2008/02/06/index_diario.html)

implica que el 14% de los hogares son pobres y el 4% indigentes. Sin embargo en el Gran Rosario este numero es mayor llegando la pobreza casi al 25%.<sup>22</sup>

Es necesario destacar que en la región la pobreza esta por debajo de la media nacional, que se sitúa en un 24% y un 8% de indigentes.

### Cobertura de Salud

Según el investigador y profesor de Economía en Salud Martín Morgenstern, quien asesora a la Cadime, de los casi 39 millones de habitantes de Argentina cerca de 25 millones cuentan con coberturas de salud. Entre ellos, 12 millones son de obras sociales nacionales, 5 millones de obras sociales provinciales y 3.700.000 de prepagas. Hay además 4 millones de personas que cuentan con doble cobertura, o sea que están afiliados a una obra social y que también están asociados a una prepaga, mientras que unas 14 millones de personas carecen de cualquier tipo de cobertura de salud.

Es decir que el 35.9 % de la población del país no cuenta con más cobertura sanitaria que la que presta el Estado en sus distintos niveles. Por otro lado, en Rosario, la población sin cobertura asciende al 40%<sup>23</sup>.

## **I. . B. AMBIENTE POLÍTICO**

La reforma del Estado, implicó cambios muy profundos en las diferentes provincias, pero también en municipios y comunas, ya que los mismos tuvieron que hacerse cargo de nuevas

---

<sup>22</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

<sup>23</sup> www.redcame.org.ar .Diferencia récord: los ricos ganan 26,4 veces más que los más pobres 22/ 12 / 2007.

demandas y funciones para las cuales no estaban acostumbrados, ni preparados de acuerdo a los recursos y la infraestructura con la que contaban.

Este nuevo escenario, modificó las relaciones Estado-sociedad, y tuvo como epicentro de demandas a los municipios, quienes canalizaron las complejas problemáticas de una ciudadanía más vulnerable. La municipalidad ya no solo debe cumplir con sus funciones históricas y tradicionales (bacheo, alumbrado público, recolección de residuos, transporte), sino también debe comenzar a incluir en su agenda, temas como seguridad, salud, educación y pobreza. A esto se le suma que se transfirieron funciones y servicios, con la misma estructura obsoleta, y a su vez con menos recursos humanos, materiales y financieros debido al ajuste que las provincias tuvieron que hacer.

A partir de este nuevo escenario, el gobierno socialista que conduce el municipio de Rosario, comenzó a realizar algunas reformas: la descentralización, la organización de la ciudad en distritos, el trabajo en red, la capacitación de personal y la participación de los vecinos a través del Presupuesto Participativo. Mas allá de los errores, las dificultades y los problemas que tiene la ciudad, tales como el transporte, o algunas diferencias que existen entre el centro y los barrios (“las dos Rosario’s” como lo llama la oposición), el Partido Socialista logró a través de su gestión en la ciudad establecerse como un actor fuerte a nivel provincial. Esto provocó confrontaciones permanentes con el Partido Justicialista, que gobernó Santa Fe desde el regreso de la democracia hasta las elecciones pasadas.

Las diferencias entre provincia y municipio fueron muchas y variadas. Desde la coparticipación que envía la provincia a Rosario, hasta la discusión por la autonomía.

Pero también en temas más pequeños como el uso de los terrenos del batallón 121, en donde el partido justicialista quería instalar un hospital público, mientras que el partido socialista se oponía pidiendo que se mejore el hospital Roque Sáenz Peña que queda a unas pocas cuadras. Los cortocircuitos permanentes entre provincia y municipio o entre partido justicialista y socialista se pudieron notar en la última campaña electoral. El slogan del Frente Progresista Cívico y Social que lideraba Binner era un claro ejemplo de que las relaciones nunca fueron buenas: “ciudad y provincia para el mismo lado” o “queremos hacer en la provincia lo que hicimos en Rosario”.

Estas divergencias, también se observaron en materia de salud, no fueron pocas las veces que desde los ministerios provinciales se creaban obstáculos, tales como, poner un centro de salud provincial a dos cuadras de uno municipal, inaugurar centros con equipamiento “prestado”, o anunciar la construcción de hospitales fantasma.

La crisis de 2001-2002 hizo que las relaciones mejoraran como consecuencia de una gestión orientada al fortalecimiento técnico-político del ministerio de Salud de Santa fe y de la Región Sanitaria VIII, lo que sumado a la atmósfera generada por la crisis facilitó la apertura de gobernabilidad conjunta denominada “sala de situación”.

Este desentendimiento entre provincia y municipio parece cambiar a partir del triunfo de Binner en las últimas elecciones a gobernador en la Provincia. Estamos en un contexto político en donde el partido socialista gobierna una provincia por primera vez en su historia, dentro de una coalición donde también hay peronistas, radicales, gente del ARI, demócratas progresistas e incluso dirigentes de Federación Agraria. El partido justicialista

ha sufrido una derrota electoral muy importante por lo que se encuentra en plena reorganización y con discusiones muy fuertes al interior del mismo.

Por último, es necesario hacer mención a los conflictos gremiales que se están dando y que están teniendo un alcance mediático importante, sobre todo antes de las paritarias, en donde los gremios quieren llegar a la negociación con un piso salarial más alto. Hay gremios con gran cantidad de afiliados y que cuentan además con una importante capacidad de movilización, por lo que los conflictos se tornan muchas veces irreconciliables.

Hubo medidas de fuerza de los trabajadores municipales en Rosario, que paralizaron la prestación de servicios de la municipalidad. El mismo se extendió a Villa Gobernador Gálvez y a Cañada de Gómez, por ejemplo.

En cuanto al sector de la salud, los trabajadores municipales tomaron medidas de fuerza el año pasado y entraron varias veces en conflicto con el gobierno municipal.

En Villa Gobernador Gálvez, el ambiente político parece ir en paralelo con el de la provincia, ya que, se dio un hecho histórico contra el peronismo, Jorge Murabito obtuvo el 50,99% o contra el 38,03% del candidato del kirchnerismo, Pedro González, quien había detentado el poder durante 16 años consecutivos.

La intendencia de Pedro González fue paralela al desarrollo de la presidencia de Carlos Menem. El desempeño político llevado a cabo por el intendente González tuvo como características el innegable apoyo popular.

Ahora bien, el intendente entrante Jorge Murabito se encontró con varias sorpresas al asumir la intendencia, como por ejemplo la superpoblación del personal, una clara falta de organización y descontrol administrativo y de los servicios.

Murabito llegó a la Intendencia de Villa Gobernador Gálvez de la mano del Frente Cívico, el cual cuenta con el apoyo de Juan Carlos Zabalza, senador provincial por el departamento Rosario y dirigente del Partido Socialista Popular, lo que marca la relación que se procura tener con la provincia. Es a partir de esta relación con el gobernador Binner que se realizaron diferentes reuniones y se celebraron distintos pactos, donde se acordó la realización de obras, principalmente de escuelas, instituciones.

El intendente de Villa Gobernador Gálvez, enrolado en el Frente Progresista, Cívico y Social y con origen socialista tiene una fluida relación con el gobierno socialista de la provincia de Santa Fe, encabezado por el gobernador Hermes Binner, quien apoya fehacientemente el proyecto político puesto en marcha por el intendente Murabito, que consiste en abandonar la vieja práctica clientelar e implementar políticas que promuevan una mayor inclusión social.

Ahora bien la relación que mantiene el gobierno santafecino con el ejecutivo es de diálogo civilizado y constructivo, a pesar de tener proyectos políticos diferentes según afirma el senador Zabalza.

### **I.C. AMBIENTE LEGAL-INSTITUCIONAL**

Para hablar de políticas públicas en materia de salud hay que comenzar haciendo un poco de historia. A partir del año 1991, bajo el gobierno de Carlos Menem, se produjo una reforma que consistió en un conjunto de privatizaciones de empresas públicas, con el fin de *achicar al Estado*. Esto se logró a través de las llamadas Leyes de Reforma del Estado y Emergencia Económica, que permitieron privatizaciones, transferencias de



responsabilidades, descentralizaciones, la terciarización y desregulación de los mercados.

De ésta manera se fueron modificando las tradicionales relaciones Estado-Sociedad Civil.

A partir de la sanción de estas leyes, no sólo se privatizaron los servicios públicos (gas, petróleo, los ferrocarriles, aguas, aerolíneas, entre otras), sino también, se transfirieron a las provincias responsabilidades que anteriormente eran del Estado Nacional. La seguridad, la educación y la salud fueron las principales transferencias. Las mismas se realizaron con el objetivo de disminuir el gasto público, condición impuesta por los organismos internacionales de crédito para acceder fuentes de financiamiento externo.

### Sistema de Salud Nacional.

Según el Ministerio de Salud de la Nación, el sistema de salud argentino esta organizado en tres subsistemas o subsectores: el público, el de seguridad social y el privado.

- El subsector público: opera en los tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal). Las provincias y municipios brindan servicios directos de asistencia a la población. Por lo tanto, la responsabilidad por los servicios públicos de salud permanece en la esfera provincial y “las autoridades sanitarias provinciales poseen competencias relativas a la fiscalización del funcionamiento de los servicios y administración de las instituciones y establecimientos públicos, formación y capacitación de los recursos humanos, coordinación intersectorial, regulación de actividades relacionadas con la investigación, entre otras funciones. Por su parte la Nación tiene a su

cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas y el dictado de normas”.<sup>24</sup>

Este subsector se financia con recursos provenientes de rentas generales. Cada provincia tiene potestad de definir qué porcentaje de su presupuesto (y de los recursos coparticipados) gastará en salud.

La población que se comporta como demanda natural del sector público, en general, es aquella que carece de cobertura de seguros asistenciales obligatorios (obras sociales) o voluntarios (prepagas).

- Seguridad social en salud: esquema de múltiples seguros sociales de afiliación obligatoria denominada Obras Sociales. Se financian mediante contribuciones obligatorias obrero-patronales y de pensionados.

- El subsector privado: está conformado por un conjunto de empresas de afiliación voluntaria que cobran una mensualidad a sus afiliados y les brindan acceso a una red de servicios médicos y al conjunto de prestaciones establecidas por regulación nacional a través del Programa Médico Obligatorio. Las mismas son denominadas *Empresas de Medicina Prepaga*.

También existe un amplio mercado de prestadores médicos privados que venden servicios a los seguros médicos, sean estos sin fines de lucro (obra social) o privados (prepagas) y en algunos casos cobran copagos a la población beneficiaria.

### Recursos Humanos y capacidad instalada del Sistema de Salud Público Argentino

---

<sup>24</sup> El sistema de salud en Argentina. Acuña Carlos y Chudnovsky Mariana. Pág. 9. Año 2002.

“Argentina es uno de los países con mayor oferta de médicos en el mundo”<sup>25</sup>. Ejercen en él más de 120.000 médicos. La razón de médicos del subsector público por cada diez mil habitantes es de 21,7 si se considera a la población total del país y de 123 si se considera sólo a los pobres estructurales (NBI). Detrás de estos números existen grandes inequidades regionales. En ciudad autónoma de Bs. As el número es de 100 médicos, mientras que en Formosa la cifra baja considerablemente a 14.<sup>26</sup>

En el caso de la Red Pública de Atención Primaria de la Salud (CAPS), la distribución de los médicos resulta más equitativa. En total ejercen unos 21.695 médicos en los CAPS de todo el país. Esto representa un 18,7% del total del país y un 28% de la dotación del total de médicos del subsistema público.<sup>27</sup>

En todo el país existen cerca de 1.319 hospitales públicos, de los cuales un millar pertenecen al ámbito provincial. Los mismos totalizan 76.000 camas disponibles. Además la red pública cuenta con 6.290 establecimientos sin internación denominados Centros de Atención Primaria de Salud. La capacidad instalada del sistema argentino se completa con 1.500 instituciones prestadoras privadas con aproximadamente 67.000 camas.<sup>28</sup>

La Atención Primaria de Salud se entiende como “una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad en la atención de las personas y del conjunto social,

---

<sup>25</sup> Ministerio de Salud. Dossier Nacional de Atención Primaria en Salud y la integración con otros niveles de atención. Pág. 6. Año 2006.

<sup>26</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Página Web: [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar). Estadísticas.

<sup>27</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

<sup>28</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe .

considerando al mismo tiempo, la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación”.<sup>29</sup>



El total de recursos humanos que se desempeña en los centros de atención primaria de es de 67.797 trabajadores, siendo en promedio, 11 profesionales por cada centro de atención.

El total de centros asistenciales del subsector oficial se incremento de 567 en el año 1990 a 666 en el año 2004, de los cuales 137 son con internación y 529 sin internación. El promedio de camas disponibles descendió de 6.530 en 1990 a 5.570 en la actualidad.<sup>30</sup> Sin embargo el número de establecimientos con capacidad de internación es de 356 con más de 11.000 camas disponibles lo que implican unas 69 camas por cada mil habitantes.

### Sistema de Salud Provincial








Hasta el año pasado (2007), se encontraba integrado por 9 (nueve) Zonas de Salud, cada una de las cuales estaba compuesta por Áreas Programáticas, que incluían Hospitales de Base Referencial. Villa Gobernador Gálvez se hallaba en la denominada Zona VIII.

Cuadro N° 6: Áreas Programáticas del sistema de salud de Sta. Fe.

<b>Zonas de Salud</b>
I. Departamentos Castellanos / San Cristóbal. 
II. Departamentos Gral. Obligado / Vera 

<sup>29</sup> Ibidem 29. Pág. 8.

<sup>30</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe.

III. Departamentos Garay / San Javier	
IV. Departamentos San Jerónimo / San Martín	
V. Departamentos La Capital / Las Colonias / San Justo	
VI. Departamentos Belgrano / Caseros / Iriondo	
VII. Departamento General López	
<b>VIII. Departamentos Constitución / Rosario / San Lorenzo</b>	
IX. Departamento 9 de Julio	



**Fuente:** Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. 30 de julio 2007

Cada Zona debía programar actividades compatibles con la política de salud provincial, dirigiendo su ejecución y evaluación de resultados. Además, le correspondía organizar las Áreas Programáticas, estableciendo los Hospitales Base Referencial y los Servicios de Salud que la componen, así como el ámbito geográfico de competencia.

Este esquema organizativo fue modificado con el cambio de gobierno que se produjo en diciembre de 2007. A partir de allí, la Provincia pasó a estar compuesta por “Regiones de

Salud”, que en total suman 5 (cinco). Villa Gobernador Gálvez, está incluido en la Región IV (cuatro), denominada “Nodo Rosario” compuesta por las ex Zonas IV, VI y VIII.

A nivel departamental, Rosario, General López y la capital cuentan con mayores establecimientos para la internación, representando casi el 45 % del total.<sup>31</sup> Esto puede explicarse por los grandes asentamientos poblacionales localizados en dichos departamentos.

El total de consultas en la provincia aumentaron de 3.038.011 en 1990 a 8.181.898 en el año 2004, y 180.000 por mes en el año 2007.<sup>32</sup> Esto no solo se debe a la mayor población que existe en la provincia y la nación, sino también a factores tales como las migraciones de ciudadanos que provienen de otras provincias y países limítrofes, y de los problemas sociales tales como la pobreza y la indigencia.

Otros de los indicadores importantes es el del estado de salud de aquellas personas mayores de 18 años. Según datos del INDEC en la provincia de Santa Fe el estado de salud del 8,9% del total de la población es excelente, el 25,4% muy bueno, el 47,4% bueno, el 16,4% regular y el 1,4% es malo.

Uno de los grandes problemas es la población que no tiene la cobertura de obra social. En Santa Fe, donde la población es de más de 3.000.000 de habitantes el porcentaje de población sin obra social es del 42%. Si bien es menor que la media nacional (48,1%),

---

<sup>31</sup> Salud: desequilibrios y demandas insatisfechas. Bolsa de Comercio. Pág. 1 y 2. 2006.

<sup>32</sup> Ídem

sigue siendo un numero alto. Sobre todo si tenemos en cuenta que el 52% de los niños/as y adolescentes de 0 a 14 años no tienen cobertura.<sup>33</sup>

Las últimas estadísticas datan del año 2005 y establecen que en el aglomerado del Gran Santa Fe el porcentaje de población sin cobertura se ha incrementado un 1,74% entre el segundo semestre de 2004 y el mismo periodo de 2005, mientras que para el aglomerado Gran Rosario la tendencia muestra una disminución de dicho indicador de 8,45%.<sup>34</sup>

Este problema, y otros, de diferente índole y características, han hecho que la política en materia de salud (mas allá de los resultados dispares) sea política de Estado. La aprobación de leyes, normas, reglamentos, y la creación de organismos e instituciones es una clara muestra de ello. Podemos citar entre los organismos e instituciones más importantes: La Dirección Provincial de Bromatología y Química, la Dirección Provincial de Accidentología y Emergencias Sanitarias (DIPAES), la Dirección Provincial del Centro Único de Donación, Ablación e Implante de Órganos (CUDAIO), la Dirección Provincial del Instituto Provincial de Obra Social (IAPOS), La Dirección Provincial de Gestión Medico Social PROFE y Casos Sociales, y la Dirección provincial de Promoción y Protección de la Salud.

La Provincia en materia de salud afronta problemáticas de desigualdades y disparidades regionales. En el norte la participación del Estado en la oferta de asistencia médica (78%) es mucho más importante que en el sur (30%), debido a la escasa presencia del sector

---

<sup>33</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe .

<sup>34</sup> Instituto Provincial de Estadística y Censo de la Provincia de Santa Fe .

privado en aquellas zonas menos desarrolladas de la provincia. El porcentaje de personas sin cobertura social es del 60% en el norte, mientras que en el centro y sur ese indicador disminuye a menos del 40%. A su vez las condiciones socioeconómicas muestran que los niveles de NBI son mayores en aquella zona (30% de la población), que en esta última (12%), a lo que se le debe sumar que el promedio de no acceso a servicios de infraestructura (agua potable, desagüe, gas, energía eléctrica, pavimento, transporte público y otros) es del 50% en las familias del norte provincial, mientras que es de un 28% aproximadamente en el centro y sur.

Los departamentos del norte tales como Vera y General Obligado muestran las tasas más altas de mortalidad infantil, 18 y 13% respectivamente.<sup>35</sup>

Estos datos no hacen más que demostrar que las variables relacionadas con el sector de la salud están íntimamente ligadas a las variables socioeconómicas y a las desigualdades territoriales.

Los problemas del área salud, también tienen que ver con carencias de infraestructura básica en algunos centros y hospitales. En el invierno pasado, que fue uno de los más fríos de los últimos 50 años, el sistema se vio colapsado porque se conjugaron la ola polar, el comienzo de las clases después de las vacaciones de invierno que produjo mayores contagios entre los niños (afecciones respiratorias), y el paro de los médicos provinciales y municipales. Incluso el sector público tuvo que atender pacientes con obra social que no

---

<sup>35</sup> Salud: desequilibrios y demandas insatisfechas. Bolsa de Comercio. 2006. Cuadro de tasa de mortalidad infantil. Pág. 6.



tenían camas en los sanatorios privados, y también habilitar a los SAMCOS regionales con la finalidad de que se deriven menos pacientes a Rosario.

Otra de las dificultades tiene que ver con la atención ya que el pedido de un turno o la realización de un trámite pueden demandar horas. Como se informó en una investigación realizada por el diario La Capital el 26 de noviembre del año pasado: “casi nadie se sorprende al enterarse que por un estudio o cirugía deberá esperar como mínimo dos meses”.<sup>36</sup>

No hay que olvidar los conflictos permanentes por los pedidos de aumento de sueldo. Los médicos, en general, tienen un haber básico bajo para un profesional encargado de salvar vidas. A esto se suma que a los médicos residentes no becados no se les paga por su servicio. Estos médicos carecen hasta de seguro por accidente de trabajo.

Hay que decir que la salud pública de la provincia es buena si la comparamos con otras provincias del país. Se cuenta con recursos humanos sumamente capacitados y con gran preparación profesional. Muchos de los hospitales son modernos y cuentan con tecnología de última generación. Los hospitales de emergencia son de los mejores del país, y Rosario es vista como ejemplo en esta materia.

### El caso Rosario

El gobierno socialista ha construido parte de su identidad a partir de la trascendencia que le ha otorgado a la *salud pública*. Sobre todo en una década en la que el gobierno nacional se

---

<sup>36</sup> Diario La Capital. 26/11/2007

desentendía de la misma. El *hospital de autogestión* es el mejor ejemplo: “se trata, cuando no se puede privatizar, de propiciar un comportamiento privado en el sector público”<sup>37</sup>

Desde 1989 se comenzó a trabajar en una reforma pensada desde dos ejes fundamentales, la *participación* (profesionales, técnicos, trabajadores y el sector de la población destinataria) y la *descentralización* (trabajo en redes). Se destacan diferentes instituciones, organizaciones, actores, proyectos y programas tales como: la preservación, recuperación y ampliación de la infraestructura edilicia de los hospitales propios, la reafirmación de la atención primaria y la expansión de los servicios de primer nivel, la generación de redes de servicios con cambios en la cultura de la organización, un sistema centralizado de emergencias, sistema de turnos programados, desarrollo de programas dirigidos a la salud de la mujer, a la prevención y control del sida, a la prevención y tratamiento de adicciones, a la asistencia integral a las personas con capacidades especiales. A esto, debemos sumarle la creación del Centro de Especialidades Ambulatorias (CEMAR), el Instituto Juan Lazarte (entre otras tareas tiene las de formación de recursos humanos en el campo de la salud pública, gestión de servicios de salud y epidemiología), y la asociación con otras ciudades de América (Mercociudades), Europa (por ejemplo Barcelona), la Asociación Médica de Rosario y la importancia que tuvo el Centro de Estudios Sociales y Sanitarios (CESS), sobre todo en tareas como la planificación estratégica, el desarrollo de recursos humanos y la investigación.

El fortalecimiento de la atención primaria fue uno de los logros más importantes. El diagnóstico era desalentador: escaso desarrollo de la información epidemiológica, graves

---

<sup>37</sup> Mario Rovere. La Salud en el Municipio de Rosario. Experiencia Rosario. Políticas para la gobernabilidad. Myrna Alexander. Banco Mundial. Pág. 122.

deficiencias de la infraestructura física, tecnologías de diagnóstico y administrativas inexistentes u obsoletas, personal desmotivado, unidades asistenciales aisladas, más que centros de salud el nombre de “estaciones sanitarias” o “dispensarios” expresaba la concepción desde la cual se trabajaba.

El 15 de mayo de 1990 se creó la Dirección de Atención Primaria de la Salud. “Mientras Buenos Aires logró incrementar de 8 a 34 el número de centros de salud, entre 1987 y 2004, Rosario, con un tercio de la población porteña, ya se acercaba a los 50 centros en la mitad de ese tiempo”.<sup>38</sup> La Dirección de APS funcionó como 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.

El Centro de Salud es concebido como eje del sistema y el sistema es concebido como red, se constituyeron “equipos de referencia”, equipos de gestión local y equipos de gestión distrital, y se le dio impulso a la iniciativa “vecinos participando”.

Las prácticas innovadoras fueron: las visitas domiciliarias, la internación domiciliaria, el hospital de día, la cirugía ambulatoria, la gestión de turnos desde el centro de salud. Esta reorganización se sustenta en el desarrollo de dispositivos técnico-burocráticos, tales como historias clínicas, carné infantil perinatal y de planificación familiar, formularios de interconsulta, normas de entrega de alimentos, además se desarrollaron programas a través de los centros de salud: control del embarazo, inmunizaciones, detección del cáncer

---

<sup>38</sup> Mario Rovere. La Salud en el Municipio de Rosario. Experiencia Rosario. Políticas para la gobernabilidad. Pág. 129.

femenino, planificación familiar, crecimiento y desarrollo del niño sano, desnutrición, hipertensión, tuberculosis.

Se incrementó el número de personal asignado a la atención primaria de la salud, con posteriores capacitaciones.

Se realizan congresos anuales, seminarios y debates que funcionan como espacios de difusión de ideas, de encuentros con expertos, y al mismo tiempo como ámbitos de planificación.

Para la gestión de los cambios y las políticas públicas que se dieron en materia de salud en la ciudad de Rosario hubo según Mario Rovere, “dispositivos formales e informales”.<sup>39</sup> Dentro de los dispositivos formales se pueden nombrar; un nuevo Reglamento General de Hospitales (trabajo en equipo, procesos laborales colectivos y participativos), incorporando el Consejo Institucional de los Establecimientos de Salud, y los Comités y Comisiones Especiales, la creación de la Dirección de Atención Primaria, el Centro Único de Facturación (CUF) y el Departamento de Formación y Capacitación Profesional. En cuanto a los dispositivos informales que sirvieron de instrumentos de soporte de la gestión se puede hablar de la coordinación entre los distintos niveles de atención, el énfasis en la calidad de los servicios y la responsabilidad del primer nivel de atención respecto de cada paciente en todos los niveles que se requieran, asumiendo la derivación y obtención de turnos.

---

<sup>39</sup>. Mario Rovere La Salud en el municipio de Rosario. Experiencia Rosario. Políticas para la gobernabilidad. Pág. 153

Hay estadísticas y datos, constatables en los distintos presupuestos provinciales a través de los años, donde se puede verificar la prioridad que tuvo la materia de salud para el municipio de Rosario. Se pasó del 8% del presupuesto en 1989 a superar en varios ejercicios el 25% del presupuesto para Salud.

Otros datos oficiales que pudimos observar son, entre otros, que el sarampión bajó de 371 casos en 1992, a 2 casos en 1999, y se ha mantenido sin casos en el 2002 y 2003 (incluyendo que Rosario se protegió de la epidemia de sarampión que azotó al país en 1998-99).

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. 22.000 mujeres reciben asistencia en anticoncepción, se han implementado consejerías en salud sexual y reproductiva en 5 de los 6 hospitales.

Entre el año 1995 y el año 2001 se logró una reducción del embarazo adolescente en las maternidades del municipio

Se estableció el Programa Municipal de Sida (Promusida). En la distribución de preservativos, se pasó de 40.000 en 1998 a 350.000 en 2003.

El promedio mensual de egresos se han incrementado de 1.500 en el año 1992 a 2.200 en el año 2004, sin un aumento significativo del total de camas.

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%. Con relación a las consultas

de los centros de salud se pasó de 1.523.000 en 1989 a 630.254 en 2004, lo que implica un crecimiento del 341%.

El CEMAR se ha incorporado a la oferta ambulatoria desde 1999 y ya llegaban a 66.000 las consultas en 2004. Según algunos analistas, 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.

La interrelación municipio-UNR (Facultad de Medicina), por lo que hemos observado a lo largo de este trabajo en las diferentes entrevistas es, como mínimo, trascendental, 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.

Si bien los cambios son innegables y el sistema de salud municipal es reconocido no solo a nivel país, sino también por algunas organizaciones internacionales, esto no significa que esté libre de problemas, conflictos y nuevos desafíos. Si bien la mortalidad infantil bajó de 25,9 por mil en 1998 a 11,4 en el 2003, en la actualidad no se puede colocar definitivamente por debajo de los dos dígitos. Se logró una reducción en las maternidades del municipio del embarazo adolescente, sin embargo es insuficiente si se piensa que más del 40 % de estas madres precoces enfrentan la vida y el cuidado de sus hijos sin la figura paterna.

En cuanto al tema de la participación se estima que solo un 20% del plantel de atención primaria se involucra.

La carencia de material e infraestructura básica en hospitales públicos como el Roque Sáenz Peña, el colapso de los mismos ante el brote de enfermedades en distintas estaciones del año, la espera de los pacientes para adquirir turnos y ser atendidos, y las continuas demandas salariales por parte de médicos, enfermeros y distintos trabajadores de la salud, son algunos de los problemas a resolver.

Esto trae nuevos desafíos para la ciudad. Cómo incorporarse de una forma más integral a esta configuración de gobierno organizado en distritos. Cómo hacer para que las mejoras obtenidas dinamicen mejoras en otras jurisdicciones, al menos del sur de Santa Fe, para que no caigan en un contexto estático y generen flujos de pacientes desde lugares cada vez mas alejados de la ciudad, saturando la capacidad de respuesta a veces inadecuada, por estar tan lejos de su domicilio. Cómo hacer para financiar ese aumento de la demanda sin romper el principio de gratuidad.

### **1.D. AMBIENTE TECNOLÓGICO**

En los últimos 20 años, se sucedieron cambios trascendentales en el campo de las comunicaciones y la informática que trajeron aparejados modificaciones en la manera de trabajar y desempeñarse al interior de las diferentes organizaciones públicas y en empresas privadas, como en la forma de relacionarse externamente con otros actores. Pero este impacto no solo se dio en las diversas instituciones u organizaciones de la sociedad civil, sino también el ciudadano como individuo modificó sus pautas de comportamiento para

adaptarse a las nuevas tecnologías y los cambios que se fueron dando en el mundo de los servicios.

La llegada de Internet, los soportes computacionales y los servicios diversos como las telefonías, le dieron una dinámica al mercado y al comportamiento de las organizaciones privadas y públicas hasta este momento inexistente.

De esta manera las instituciones tuvieron que modernizarse cambiando estructuras y capacitando a su personal. Las mayores dificultades estuvieron en los trabajadores de los diferentes niveles del Estado, los cuales recibieron cursos de capacitación para manejar las nuevas herramientas tecnológicas. En este sentido los cambios no se produjeron solamente en relación a las nuevas tecnologías cambiando maquinas de escribir por ordenadores o los escritorios por archivos en redes informáticas, sino también en lo concerniente a la atención al cliente e incluso la manera de “vender” la organización en un mundo globalizado y de competencia permanente.

La transformación del soporte tecnológico de la administración, se realizó por medio de una importante inversión en la informatización de la administración tanto municipal como provincial, a nivel de hardware como de software. Hoy en día los municipios más importantes y la provincia cuentan con sus páginas Web, y el trabajo en red permite mejorar la comunicación en aquellas áreas que fueron descentralizadas.

Las nuevas formas de gestión trajeron importantes cambios en los servicios al ciudadano. Una importante cantidad de trámites se pueden realizar a través de Internet, de la misma forma que se puede encontrar información de la más variada.



En cuanto a la Salud pública se produjeron modificaciones similares, sobre todo, teniendo en cuenta la competencia con el sector privado.

Los cambios en salud implicaron la compra y aprovisionamiento de material de última generación. El tipo de cambio impuesto por la convertibilidad permitió importar tecnologías y herramientas fundamentales para la atención de los ciudadanos. Sin embargo muchos hospitales quedaron rezagados en cuanto a infraestructura, y no sólo con graves deficiencias en cuanto a infraestructura física, sino también en tecnologías de diagnóstico y administrativas.

Se puede decir entonces que los cambios tecnológicos, además de los recursos humanos con los que cuenta la provincia en el área de salud, sumada a la relación que mantiene el área con organizaciones como las universidades, permitieron que la provincia tenga tecnologías importantes que permiten el desarrollo normal del sistema de salud, llevar adelante acciones programáticas específicas, la producción de medicamentos tendiendo a facilitar el acceso a los mismos, reorganizar los procesos de trabajo, los sistemas de atención, mejorar lo relativo al sistema ambulatorio, entre otros. Sin embargo la salud de la provincia cuenta con hospitales y centros de salud que no tienen los insumos básicos, ni la tecnología de última generación, sobre todo en el interior de la provincia. Por lo tanto deben hacer un máximo esfuerzo para prestar un servicio digno a la comunidad.

### **I.E. AMBIENTE CULTURAL**

La percepción que tiene la población en general, y sobre todo el usuario, del Sistema de Salud Pública es un buen indicador que refleja su nivel de satisfacción con relación al

servicio que se le presta. Los usos, valores, costumbres y comportamientos no solo de la población, sino también de la clase dirigente (política, gremial, empresarial), sumado a las políticas públicas llevadas adelante en el área de la salud, permiten observar este ambiente

En la década del '90 lo público comenzó a ser "mal visto". El consenso que tuvieron las privatizaciones en gran parte de la población es el mejor ejemplo. Imperaba un clima nacional e internacional muy poco propicio para la salud pública. Incluso en la ciudad de Rosario, había sectores que pretendían, deshacerse, o cerrar algunos servicios públicos de salud y transferir otros de la municipalidad al ámbito del gobierno de la provincia de Santa Fe.

La salud pública ha tomado relevancia a partir del deterioro que sufrió el Estado con las políticas neoliberales de la década del 90. El debate por el tema de la salud no solo se está dando en la Argentina sino también en otras partes del mundo. EEUU por ejemplo tiene serios problemas con su sistema.

Hoy, después del fracaso de las políticas implementadas anteriormente, la salud vuelve a ser un derecho humano prioritario en la que todos los ciudadanos puedan utilizar la prestación de un buen servicio.

Más allá de los problemas que tienen los hospitales públicos, y que van desde la atención (turnos) hasta la infraestructura, los pacientes y ciudadanos que se atienden en los mismos creen que se les da buena atención y que el personal médico que tienen es bueno. De hecho no son pocos los casos de personas pobres del norte del país que emigran hacia Santa Fe, aduciendo que una de las causas de su emigración es el buen servicio de salud que tiene la

provincia. Otro de los ejemplos es la cantidad de personas que elijen por diferentes motivos los hospitales públicos a los privados (más allá de contar con obra social).

Por último, nos parece importante remarcar que el sistema de salud está compuesto por organizaciones que tienen los mismos problemas que otras organizaciones públicas. Muchos de ellos son problemas culturales. El clientelismo, las cuestiones partidarias o sindicales, el no ingreso por concurso en muchos casos, los malos salarios o la baja eficiencia al administrar recursos, son algunos de ellos.

Esto impide el normal desempeño de la gestión, provocando desconfianza en la población.

#### Situación sanitaria a nivel nacional y provincial.

Según Jorge Katz<sup>40</sup>, los niveles de salud de la población mundial han experimentado grandes avances en las últimas décadas en todos los países del mundo, se ha notado una mejoría en los indicadores globales de salud, como lo son las tasas de *mortalidad infantil*, *esperanza de vida al nacer* y *mortalidad general*. Pero al mismo tiempo, al contrario de estos resultados favorables, se siguen suscitando insuficiencias que derivan de la transición demográfica y los nuevos perfiles epidemiológicos que se traducen en morbilidades de mayor complejidad.

A pesar de los notables avances en la medicina se ha dado también un mayor incremento de los costos, los cuáles han crecido por encima de la eficacia. Y si bien el desarrollo de la conciencia sobre la importancia de la salud, en cuanto componente significativo del bienestar de las personas, está llevando gradualmente a las sociedades a enfatizar las

---

<sup>40</sup> KATZ, J y MIRANDA, E. Reforma del sector Salud. Satisfacción del Consumidor y Contención de costos.

acciones encaminadas a brindar mayor equidad en la salud: todavía persiste una creciente disparidad en el acceso a la salud y en la calidad de las atenciones de salud que logran los distintos sectores de la población. Todo esto considerando que los mercados de salud son dificultosamente regulados y que persiste, por lo tanto, una constante incitación al consumo por parte de los proveedores y una sobredemanda por parte de los usuarios.

Nuestro país y nuestra provincia no son la excepción y es por ello que en la visión del PLAN FEDERAL DE SALUD<sup>41</sup>, que se desarrolló a partir de la asunción del Ministro Gines González García, durante la presidencia del Dr. Kirchner, se contempló y se dio relevancia al tratamiento de estas cuestiones.

“Al tratarse de un mercado imperfecto, que responde a lógicas particulares, la presencia del Estado resulta necesaria y deseable (...). En Argentina hay niveles razonables, aunque insuficientes, de recursos como para garantizar mejores y mayores posibilidades de salud para todos, lo que se plantea a largo plazo es un sistema de salud equitativo e integrado, con un rol activo, de un “Estado garante” del bienestar de la población. El sistema posibilitará el acceso a una canasta de bienes y servicios esenciales en salud”.

Por ello el objetivo planteado por el Plan para el período 2004 – 2007 buscó encarar directamente las dimensiones de *equidad* y *eficiencia* para que se mejore la calidad de vida y se promuevan condiciones y hábitos saludables de todos los argentinos. Todo ello reconociendo su base primordial en la estrategia de *atención primaria de la salud*.

“La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud–enfermedad, atención de las personas y del conjunto social, a través de la

---

<sup>41</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Plan Federal de Salud.

integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes, su cultura) con la medicina científica.”

En conclusión siguiendo los programas y proyectos ejecutados actualmente en la Argentina y en la provincia de Santa Fe, se puede apreciar que la Atención Primaria de la Salud y las acciones de Promoción y Prevención obtienen un lugar cada vez más relevante en la agenda gubernamental y en la asignación de recursos.

A nuestro entender este énfasis de las actuales administraciones, tanto nacional como provincial, de dedicar grandes proporciones de esfuerzos y recursos a la APS y en la misma medida a las acciones de Prevención y Promoción de la Salud está muy relacionado a los comportamientos de la población en cuanto a los *hábitos de alimentación y hábitos de salud*.

La vertiginosidad y creciente complejidad de nuestros tiempos influye en los comportamientos de la población y en la salud de la misma. Y si bien estamos en el siglo XXI, y disponemos de tecnología de punta, de inmensas cantidades de recursos y de la experiencia y sabiduría acumulada a los largo de milenios, no hay una utilización acorde a todo ello, no existe un aprovechamiento ni equitativo, ni racional, que permita mejorar la calidad de vida de la población. Debido a diferentes motivos, la sociedad está encaminada por senderos que contienen pautas culturales de carácter cada vez más nocivo para su salud

y que hacen que el cuidado de la misma sea tratado de manera irresponsable o directamente sea ignorado.

Éste es además el motivo de la tendencia al aumento de las ENT (enfermedades no transmisibles: patologías cardiovasculares, tumores, cánceres gastrointestinales, etc.) como causa principal de muerte y enfermedad tanto en el mundo como en nuestro país. Y con esto, el correlativo incremento en el gasto público.

En el 2001 aproximadamente el 60% de las muertes en el mundo se debieron a las ENT; se ha proyectado que para el 2020 éstas explicarán el 75% de las muertes. En nuestro país las patologías cardiovasculares y cánceres explicaron el 52% de los fallecimientos<sup>42</sup>.

En este contexto, las pautas socioculturales relacionadas con la comida van derivando en prácticas alimentarias inapropiadas, poco nutritivas y -a la larga- peligrosas: la comida “chatarra”, los productos de alto contenido glucémico o la moda del break food -por citar algunos ejemplos-, incorporar en la dieta cotidiana unos pocos alimentos, con altos valores en grasas y colesterol y poco proteínicos. El acostumbramiento a esta forma de comer (no de alimentarse), la falta de variedad dietaria y el abandono de las frutas y verduras repercuten dramáticamente en el organismo. Ello sin dejar de mencionar los efectos del estrés y los ritmos acelerados que impone la sociedad moderna.

En síntesis el cigarrillo, las condiciones estresantes de vida y, fundamentalmente, la mala alimentación, son las causas que conducen al principal motivo de muerte en nuestro país: las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares. En 2002, murieron un total de

---

<sup>42</sup> Diario El Santafesino [diario online] 2007 Noviembre 27. Disponible desde: <http://www.elsantafesino.com/vida/2007/11/20/6600>

291.190 argentinos, de los cuales, 94.877 fallecieron por alguna enfermedad del sistema circulatorio, entre las que se destacan los problemas cardiovasculares y cerebro vasculares. Siguiendo las estadísticas oficiales, la segunda causa que más muertes produjo en 2002 en Argentina fueron los tumores malignos (53.349); la tercera, las enfermedades del sistema respiratorio (36.019), mientras que las denominadas “causas externas” –entre las que prevalecen los accidentes– generaron 19.701 y las enfermedades infecciosas y parasitarias 13.522.<sup>43</sup>

Por lo tanto a esta altura de nuestro siglo la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad parecieran haberse constituido en el desafío de las Ciencias de la Salud, y la realidad muestra que en las naciones occidentales, tanto desarrolladas como en Argentina, una de las primeras medidas a tomar para disminuir los índices de mortalidad y morbilidad de las personas es vivir sanamente.

### **1.F. AMBIENTE DEMOGRÁFICO**

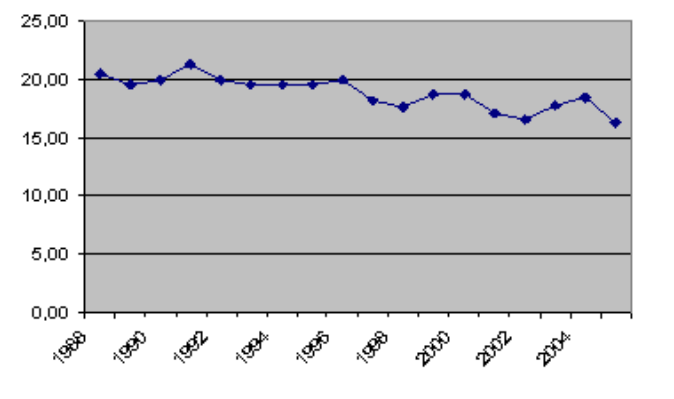
Los cantidad de habitantes de la provincia de Santa Fe es actualmente de **3.000.000**, esta cifra marca una leve reducción en la media de crecimiento de la provincia, la cual desde 1970 hasta el último censo era de aproximadamente 300.000 nuevos habitantes entre mediciones intercensales, marca que se redujo, en el último censo a aproximadamente

---

<sup>43</sup> Diario El Santafesino [diario online] 2006 Enero 9.. Disponible desde: <http://www.elsantafesino.com/economia/>

240.000 habitantes. Esta situación se condice con la tendencia a la reducción de la tasa de natalidad que viene registrándose a lo largo de los últimos años, debido a las redefiniciones culturales que implican la conformación de familias de número más reducido, en lugar de la típica “familia grande” de décadas pasadas.

Grafico N° 3: Tasa Natalidad

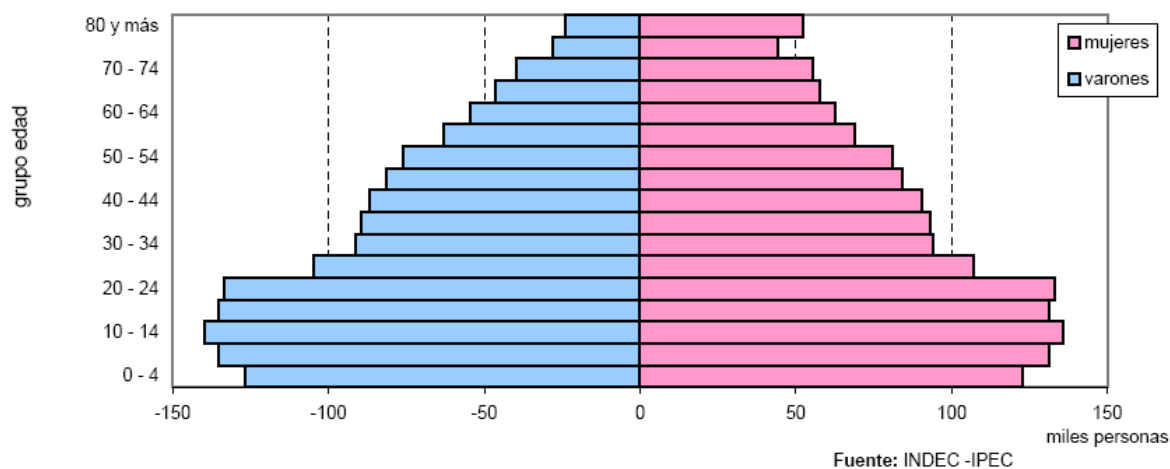


Fuente: IPEC

En el año 2004 la composición demográfica de la provincia se estructuro de la siguiente manera:

Grafico N° 4: Estructura por edad y sexo de la población. Santa Fe año 2001



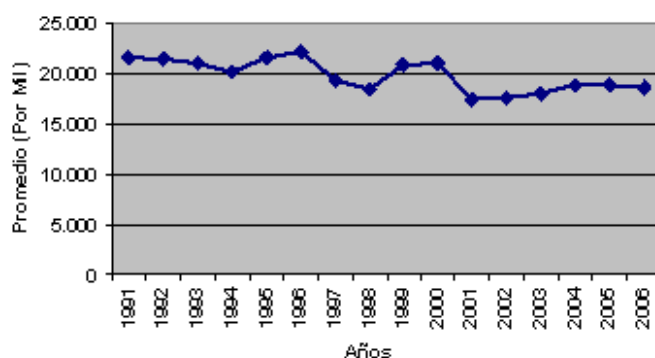


En esta pirámide poblacional, encontramos que las mujeres manifiestan, claramente, una esperanza de vida mayor a la de los hombres, a partir de los segmentos que se ubican de 60 a 64 años: cuando la franja que representa a los hombres tiende a reducirse notoriamente, en las mujeres, la merma es mucho menos marcada, con notoria diferencia en los últimos rangos de la pirámide. La reducción poblacional en el segmento de hombres se manifiesta más abruptamente, a diferencia del femenino, donde la situación es paulatina y más moderada.

La tendencia de natalidad del Departamento Rosario, el cual incluye además de la ciudad de Rosario, a las ciudades de Villa Gobernador Gálvez, San Lorenzo, Pérez, Capitán Bermúdez, Granadero Baigorria, Fray Luis Beltrán, Funes y Puerto General San Martín. En este último, se registra una constante desaceleración de la misma a partir de año 2001, ya que desde 1991 hasta 2000 la media se ubicaba en 20,74 por mil, marcando su punto más álgido en el año 1996 con un registro de 22.17 por mil. Recién es a partir de 2001 donde se comienza a notar una marcada tendencia a la baja; en este año se registró el promedio más

bajo de la última década: 17,49 por mil, arrojando los últimos 6 años una media de 18,63 por mil, guarismo que se ubica notablemente por encima de la media provincial, incluso tomando en cuenta la propensión que marca el departamento a desacelerar su natalidad.

Grafico N° 5: Tasa de Natalidad Departamento Rosario

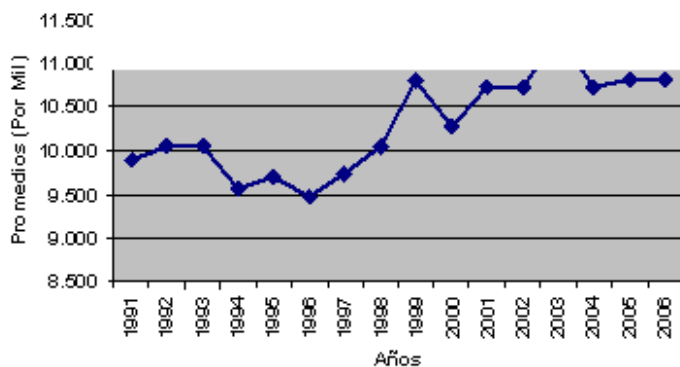


Fuente: IPEC

El departamento Rosario, del cual la Ciudad de Rosario es cabecera, presenta índices relativamente estables entre los años 1991 – 1996, para empezar a crecer considerablemente a partir de 1997, ubicándose en 2003 en el nivel más alto de los últimos quince años. Así, mientras en 2006 fue de 10,87 –al igual que en 2005– en 1991 el mismo guarismo se ubicaba en 9,89 por mil. Estos datos corroboran la tendencia al alza que se ha venido manifestando a lo largo de los años.<sup>44</sup>

<sup>44</sup>IPEC (Instituto Provincial de Estadística y Censo). Publicación Anual en [www.santafe.gov.ar](http://www.santafe.gov.ar)

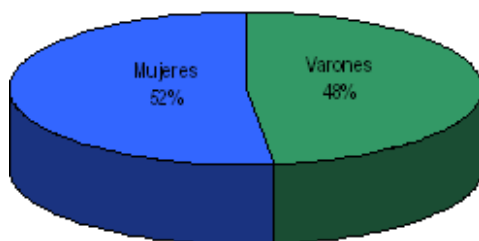
**Grafico N°6: Tasa de mortalidad Departamento Rosario**



**Fuente: IPEC**

En cuanto a la composición por sexo del departamento, la misma se distribuye en 584.895 varones y 631.422 mujeres, estas últimas representan un 52% de la población total que compone al departamento Rosario.

**Grafico N° 6: distribución por sexo. Departamento Rosario**



**Fuente: IPEC**

La población total de VGG de acuerdo al CNPV de 2001 es de 74.658 habitantes; de los cuales el 49.64% son hombres, y el 50.35% son mujeres. <sup>45</sup> Respecto del CNPV de 1991, hubo un *crecimiento poblacional* del 18.36% (este dato es muy relevante, ya que está muy por encima del crecimiento medio nacional). Pero en realidad, la población total, de

<sup>45</sup> El porcentaje de hombres en la población total de VGG está por encima del Total departamental: **47.74%**.

acuerdo a los datos que maneja la actual gestión municipal, es de 90.000 habitantes. La diferencia sustantiva tiene su razón de ser en que la mayor parte de los asentamientos irregulares no fue censada. De este total, entre un 40% y un 50% son pobres que viven en las áreas suburbanas.

En el censo anterior de 1.991 la población total de dicha ciudad era de 63.078 habitantes, siendo el 97% población urbana y el 3% restante rural. En el último censo que se realizó en 2001, la población aumentó un 18.35%, siendo en su totalidad urbana.

**Cuadro N°7: Datos Demográficos.**

	Varones	Mujeres	Sup. En Km2	Densidad
Departamento total 1.121.558	535.703	585.855	1.890	593,42
Villa Gobernador Gálvez 74.658	37.061	37.597	31	2.408,32

**Fuente:** INDEC/EPH

En esta ciudad convive la exclusión social y un sector reducido de grandes empresarios, que en su mayoría residen en Rosario y tienen su casa de fin de semana en la ciudad. El sector de clases medias es bastante insignificante, existen muy pocos profesionales que habiten allí, muchos de ellos se quedan en Rosario a vivir y acuden a su ciudad natal una o dos veces a la semana a atender su estudio contable, estudio jurídico, consultorio, etc.

Este municipio cuenta con 74.658 habitantes, representando un 6,65% de la población total que posee el departamento Rosario (1.121.558 hab.). Estos son los datos del último censo realizado por el INDEC, pero en realidad posee más de 90.000 habitantes, dado que muchos de los asentamientos irregulares no fueron censados.

VGG ha sido un lugar de arribo para numerosas familias que, dejando sus provincias o ciudades de origen, escapando a las crisis regionales, y del fuerte incremento del costo de vida en ciudades muy desarrolladas se convierten en pobladores de esta ciudad. Gran parte de la población migrante no tuvo acceso a los mercados formales de tierra y vivienda y produjo modos de ocupación informal tanto en lo legal como en lo físico-territorial, tomando predios libres, marginales o indeseados del proceso de desarrollo urbano formal de la ciudad.

Más del 65% de la población (37.000 personas) vive en asentamientos irregulares, también conocidos como "villas miseria". Esto representa en términos relativos, la mayor incidencia de asentamientos irregulares en la Provincia y el País; a su vez posee el nivel más alto de viviendas inadecuadas del interior del país (25%).

Los asentamientos irregulares más grandes de la ciudad son tres: Los Eucaliptos, La Ribera, El Triángulo y después existen otros con más baja densidad poblacional como Cancha de Remo, Costa Esperanza y El Fonavi. (*Ver anexo 2*)

Todos estos asentamientos, cuentan con una situación constructiva y de materialidad heterogénea, podemos observar en ellos viviendas muy precarias de chapa y cartón y viviendas de material o con mejor calidad en sus materiales.

En los tres primeros mencionados se encuentra trabajando el Gabinete Social (S.O.S), conformado por personal de diversas áreas de la Municipalidad y personal de diversos ministerios de la Provincia, ellos tienen a su cargo generar ciudadanía entre los pobladores y afianzar los vínculos intrafamiliares, sin llevar asistencialismo.

Las políticas de hábitat, que adoptaron, entendidas desde una visión integral y formando parte de las estrategias de desarrollo urbano sustentable, se caracterizan por impulsar el logro simultáneo de objetivos de desarrollo social y económico a partir de niveles sustentables en el uso de los recursos naturales.

Quieren destacar que la situación habitacional es crítica, y ya se está trabajando en la presentación de Planes de Viviendas gestionados por el municipio a través de la Nación y la Provincia, pero a su vez y a partir de la intervención del Gabinete Social en el Territorio, están comenzando la etapa de evaluación para un proyecto urbano, más complejo de Regularización Dominial.

La población que vive en hogares posee: 11,07% desagüe a red (cloaca); 98,62% agua de red (potable); 98,21% energía eléctrica de red; 56,35% gas de red; 95,19% alumbrado público; 71,82% pavimento; 92,22% recolección de residuos; 81,75% transporte público; 70,21% teléfono público.

### Necesidades Básicas Insatisfechas

Los datos sobre Necesidades Básicas Insatisfechas son una variable de mucha incidencia para tener en cuenta desde la perspectiva del área salud, ya que nos indica una cantidad de personas que demandan más atención y recursos por parte de la misma.

Los hogares con Necesidades básicas Insatisfechas (NBI) son los hogares que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación:

- 1- Hacinamiento: hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto.

- 2- Vivienda: hogares en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).
- 3- Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.
- 4- Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela.
- 5- Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe no haya completado tercer grado de escolaridad primaria.

VGG presenta un 22,9% de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Todos estos datos son del censo del 2001, realizado por el INDEC, pero hoy en día se calcula que el 45% de la población posee Necesidades Básicas Insatisfechas.<sup>46</sup>

Los hogares particulares con NBI en VGG según el CNPV de 2001 son 4.245, esto es, el 22.9%. Este porcentaje está muy por encima del total departamental, que comprende un 11.8%.

En cuanto a la población con Necesidades Básicas Insatisfechas, en la ciudad de VGG es de 19.672 personas, esto representa un 26.4% de su población total. (Un 11.7% por encima del total departamental)

Cuadro N°8: Población por Tipos de NBI 1991-2001 (Ver nota al pie sobre tipos de NBI)

---

<sup>46</sup> Esto según las cifras brindadas por la gestión a mediados del 2008.

<b>Año</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>1991</b>	<i>13.005</i>	<i>8.736</i>	<i>1.495</i>	<i>2.379</i>	<i>1.786</i>
<b>2001</b>	<i>9.689</i>	<i>6.309</i>	<i>1.625</i>	<i>1.132</i>	<i>6.502</i>

De acuerdo a los datos del cuadro 1.1<sup>47</sup>, podemos observar que ha disminuido sensiblemente el Hacinamiento (1), como así también los hogares en viviendas inconvenientes (2). Es importante la disminución de los hogares que presentan inasistencia escolar (4), que disminuyó más de la mitad, respecto del '91. A su vez es preocupante el aumento de hogares con cuatro o más personas por miembro ocupado (5), cuyos valores aumentaron un 33,9% aproximadamente.

También podemos decir lo siguiente:

La población total en hogares particulares de Villa G. Gálvez sin NBI es de 54.878; con algún tipo de NBI es de 19.672; con NBI 1 es de 9.689; con NBI2 es de 6.309; con NBI 3 es de 1.625; con NBI4 es de 1.132 y con NBI 5 es de 6.502.

La mayor cantidad de población con algún tipo de NBI se ubica entre los 15 y 59 años.

El mayor porcentaje de hacinamiento (12%) y de vivienda precaria (11,82%) ocurre en la franja etaria de los 30 y 39 años.

El mayor porcentaje (11,8%) que vive con malas condiciones sanitarias se da en la franja etaria de 20 a 24 años.

---

<sup>47</sup> Téngase en cuenta que en el análisis del cuadro 1.1 se están teniendo en cuenta valores absolutos, no porcentajes de la población total.



Los porcentajes más altos de hogares que tienen niños en edad escolar y no asisten a la escuela son aquellos que comprenden las siguientes franjas etarias: 15 a 19 años (10,7%), 30 a 39 años (9,1%) y 40 a 49 años (10,5%).

El mayor número de hogares con dificultades de subsistencia se ubican en los grupos de población que abarcan de los 15 a los 79 años.

### Tipo de vivienda

Del total de hogares se desprende que:

☆ 16.150 representan casas, de las cuales el 74,57% son viviendas con salida al exterior (sus habitantes no pasan por pasillos o corredores de uso común) y el 25,43% son casas que presentan algunas de las siguientes características: tiene piso de tierra o ladrillo suelto, no tiene cerámica, baldosa, mosaico, madera, alfombra, cemento, etc.; o no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda o no dispone de inodoro con descarga de agua.

☆ 327 son ranchos, es decir una vivienda con salida directa al exterior, generalmente tiene paredes de adobe, piso de tierra y techo de chapa o paja.

☆ 1.449 son casillas, habitualmente construida con materiales de baja calidad o de desecho.

☆ 600 departamentos, forman parte de un edificio o estructura común que contiene por lo menos dos unidades de habitación a las que se accede por medio de pasillos, escaleras, ascensores de uso común.

☆ 37 piezas en inquilinato

☆ 2 piezas de hotel o pensión

☆ 8 no construido para habitación, lugar que no ha sido construido para que habiten personas.

☆ 2 vivienda móvil, o sea aquella estructura que es utilizada como vivienda, construida para ser transportada o que constituye una unidad móvil (barco, vagón de ferrocarril, casa rodante, etc.).

La clasificación de hogares según el *servicio sanitario* que poseen es la siguiente:

♣ Inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública ? 5,50%

♣ Inodoro con descarga de agua a desagüe a cámara séptica y pozo ciego? 27,47%

♣ Inodoro con descarga de agua y desagüe a pozo ciego u hoyo, excavación en la tierra, etc.  
? 41,28%

♣ Inodoro con descarga de agua o sin inodoro ? 25,75%

Respecto de los servicios sanitarios presentes en la ciudad, podemos observar que hay un muy bajo porcentaje de desagües cloacales, lo cual constituye una falencia infraestructural importante para la ciudad, que demandará muchos recursos para ser subsanada.

La **Población Económicamente Activa (PEA)**<sup>48</sup> es de 30.100 habitantes, 18.255 varones y 11.845 mujeres<sup>49</sup>.

Los estudiantes son 5.206, (**7%**) y los jubilados y pensionados son 4.824, (**6.5%**).

La población que sólo trabaja representa el 90,57%, la que trabaja y estudia es el 5,72% y la que trabaja y percibe jubilación o pensión es el 3,71%. La población que sólo busca trabajo representa el 82,73%, la que busca trabajo y estudia es 13,14% y la que busca trabajo y percibe jubilación es 4,13%.

---

<sup>48</sup> Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

<sup>49</sup> Sólo se considera la población que posee 14 años o más.

En cuanto a la población de 15 años o más que posee algún nivel de instrucción es de 50.761, (70%) siendo 24.973 varones y 25.788 mujeres. Los habitantes sin ninguna educación son 26.660, (35,7). En cuanto a la educación primaria el 35,13% de la población lo completó, mientras que el 20,86% lo tiene pero incompleto. Sólo el 12,62% completó la escuela secundaria, mientras que el 22,64% lo tiene incompleto. La población que posee un título superior no universitario representa el 2,24% y el 1,72% no lo ha concluido. Y por último, la población que posee una educación universitaria alcanza sólo el 0,63% y el 2,36% no ha concluido sus estudios universitarios.

El porcentaje de habitantes que posee algún tipo de cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual es 46,31%, mientras que el 53,69% restante no posee cobertura alguna, representando el 3,18% con respecto a la provincia y el 8,76% con respecto al departamento de Rosario.

### **I.G. SÍNTESIS ANÁLISIS MACROAMBIENTAL**

Como primeras conclusiones encontramos la existencia de un modelo de acumulación nacional que ha favorecido la expansión del empleo y la reducción paulatina de las tasas de pobreza e indigencia; sin embargo el proceso inflacionario esta deteriorando ciertas variables que tenían una presencia indudable dentro de la realidad socioeconómica, entre los efectos mas remarcables podemos citar, subida paulatina de la indigencia, licuación de los salarios, como así también una difusa distribución del ingreso.

En relación directa con esto encontramos a nivel demográfico la existencia de poblaciones vulnerables que presentan altos índices de natalidad y mortalidad, situadas en zonas

periféricas, con asentamientos de emergencia y sin ningún tipo de cobertura social, lo que las remite en su mayoría a la utilización del servicio de salud público (ya sea este Municipal, Provincial o Nacional). Dentro de esta realidad, los más afectados son los niños (en primera y segunda infancia).

Mención particular es necesario hacer a la problemática del desempleo y sub empleo, y su relación directa con la falta de cobertura social, que arroja a muchos ciudadanos fuera del sistema de salud (aproximadamente un 40% de la población total del país carece de algún tipo de cobertura médica), presionando la demanda sobre los efectores públicos.

En relación a estos, los mismos deben enfrentar en la actualidad nuevos desafíos en materia de salud, impuestos por las contingencias de la globalización y el desarrollo de nuevas afecciones que exigen de las viejas organizaciones nuevas respuestas, sumado a ello, estas reacciones deben lidiar con contextos sociales heterogéneos y complejos signados en parte por carencia de recursos y bajos niveles de instrucción que dificultan implementación y logro de resultados de las políticas sanitarias.

Por último, en relación al sistema político, encontramos la fuerte corporativización de las entidades públicas representadas en sindicatos y partidos, como así también en colegios profesionales, lo que genera al interior del sistema de salud tensiones que amenazan constantemente la prestación y la dinámica propia de un sistema caracterizado por la urgencia.

**CUADRO N° 9: MATRIZ DE AMENAZAS Y OPORTUNIDADES**

Ambiente/ Variables			AMENAZAS			OPORTUNIDADES		
			ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA
AMBIENTE SOCIO-ECONÓMICO	TIPO DE CAMBIO	<u>Oportunidad:</u>						
		Reactivación de la industria local. En relación con ello, aumento considerable del nivel del empleo. Aumento de las exportaciones, saldo positivo en balanza comercial, generando mayores recursos para el Estado.						

		<p><b><u>Amenaza:</u></b> Presión hacia el alza en aquellos productos cuyos insumos deben importarse por no producirse en el país.</p>						
	<p>AUMENTO DE LAS EXPORTACIONES</p>	<p><b><u>Oportunidad:</u></b> Aumento de la recaudación del Estado (Nacional) por retenciones a las exportaciones.</p>						

	ECONOMÍA REGIONAL	<p><u>Oportunidad:</u> Las expectativas sobre el crecimiento en la región son positivas; esto alienta el ingreso de nuevas inversiones estimulando el crecimiento.</p>						
--	-------------------	--	--	--	--	--	--	--

	INFLACIÓN	<p><b><u>Amenaza:</u></b> al disminuir los salarios reales por la inflación, se produce un deterioro de las condiciones socio-económicas, provocando la caída de un mayor número de personas en la pobreza y el encarecimiento de los servicios de salud.</p>						
--	-----------	---	--	--	--	--	--	--



	INVERSIÓN	<p><b><u>Amenaza:</u></b> Se está llegando al límite de la capacidad productiva, lo cual recalienta la economía. Aunque se registraron aumentos en los niveles de inversión, siguen estando por debajo de los niveles recomendados por los analistas para el nivel de crecimiento que registra el país.</p>						
--	-----------	---	--	--	--	--	--	--

		<p><b><u>Oportunidad:</u></b> El descenso de la desocupación implica que una mayor parte de la población tiene cobertura social.</p>						
	MERCADO LABORAL	<p><b><u>Amenaza:</u></b> Si bien se está creando empleo, buena parte de él es informal, y mal remunerado, no le otorga al trabajador los beneficios sociales y previsionales y no le permite escalar por encima de la línea de pobreza.</p>						

	SALARIOS	<u>Oportunidad:</u> Aumentos de salarios concretados permiten cubrir el salario real.						
		<u>Amenaza:</u> Aquellos sectores con menor poder de negociación ven rezagados sus salarios respecto del crecimiento de la inflación.						

	POBREZA	<p><b><u>Amenaza:</u></b> Debido al aumento de la precarización de las condiciones de vida de la población, el sector público de la salud ve aumentado la demanda de su servicio, provocado una sobrecarga en el sistema.</p>						
--	---------	---	--	--	--	--	--	--

	COBERTURA DE SALUD	<p><b><u>Amenaza:</u></b> El 43,6% de la población del país no cuenta con cobertura sanitaria y el 50% de la población de V.G.G. está en las mismas condiciones. Esta población se atiende en el servicio público, por lo cual se prevé un aumento de la demanda en los centros de salud y hospitales y una mayor saturación de los servicios.</p>						
--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--

	REDISTRIBUCIÓN DEL INGRESO	<p><b><u>Amenaza:</u></b></p> <p>insuficiente  disminución de la  brecha de ricos-  pobres puede llega  a generar altos  niveles de  disconformidad  que puede acarrear  un aumento de la  violencia social.</p>						
--	----------------------------	--	--	--	--	--	--	--

<b>AMBIENTE POLÍTICO</b>	ROL DEL ESTADO	<p><u>Oportunidad:</u></p> <p>Retracción del mercado y avance del estado en el ordenamiento social, esto implicaría una revalorización de la salud pública, que se podría observar en la asignación de mayores recursos para el sector.</p>						
	RELAC. PCIA. MUNICIPIO	<p><u>Oportunidad:</u></p> <p>coincidencia partidaria entre provincia y municipio</p>						
<b>AMB. LEG</b>	REC URS	<p><u>Oportunidad:</u></p> <p>Importante oferta</p>						

		de médicos y buena formación de los profesionales.						
		<b><u>Amenaza:</u></b> Bajos sueldos de los profesionales de la salud, que pueden afectar directamente a la prestación de servicios.						
		<b><u>Amenaza:</u></b> Conflictos gremiales que pueden afectar en la prestación de servicios.						
	INFRAEST RUCTURA	<b><u>Amenaza:</u></b> insuficiencias infraestructurales						



CERCANÍA A ROSARIO	de algunos centros y hospitales.						
	<u>Amenaza:</u> Colapso del sistema de salud en algunos períodos del año.						
	<u>Oportunidad:</u> accesibilidad a los servicios que en la ciudad no se prestan. Posibilidad de coordinar políticas de salud entre las dos ciudades						
	<u>Amenaza:</u> Pertener a esta región metropolitana puede desalentar el						

		desarrollo de un sistema de salud en la ciudad.						
	PROGRAMAS Y PLANES	<p><u>Oportunidad:</u> El desarrollo de planes y programas tanto nacionales como provinciales pueden ser importantes oportunidades para mejorar y ampliar servicios de salud en la ciudad.</p>						
AMB.TECNOLÓGICO	AVANCES	<p><u>Oportunidad:</u> los avances científicos, de información y de nuevos sistemas de gestión pueden contribuir</p>						

		significativamente a eficientizar el sistema de salud; como así también a ampliar sus servicios.						
AMB. CULTURAL	REVALORIZACION	<u>Oportunidad:</u> la revalorización de la salud pública (a nivel nacional, provincial, evidenciado en la cantidad de programas de salud que están actualmente vigentes)						
		<u>Amenaza:</u> mayor demanda de servicios de salud						

	HÁBITOS	<p><b><u>Amenaza:</u></b> hábitos irresponsables que son perjudiciales para la salud: stress, alimentación, consumo de alcohol, cigarrillos).</p> <p>Aumento de las enfermedades no transmisibles, principales causas de muerte de la población.</p>						
	TENDENCIA	<p><b><u>Oportunidad:</u></b></p> <p>fortalecimiento de las acciones humanitarias y de la atención primaria de la</p>						

		salud.						
	PRESTACIÓN	<u>Oportunidad:</u> Búsqueda desde el Estado, de mayor equidad. Lo cual puede aumentar las posibilidades de obtener recursos para el sector salud.						
		<u>Amenaza:</u> Creciente disparidad en las prestaciones de servicios.						
DEMANDA	<u>Amenaza:</u> sobredemanda de los servicios de salud, que se ven							

		desbordados						
AMBIENTE DEMOGRÁFICO	SECTOR PÚBLICO	<u>Amenaza:</u> el 50 % de la población no tiene cobertura de salud y necesita atenderse en el sistema público.						
	ZONAS VULNERABLES	<u>Amenaza:</u> Aumento de la población en zonas vulnerables (asentamientos irregulares y villas de emergencia), la realidad socioeconómica de las mismas es precaria, lo cual es un riesgo para la						

		salud.						
	TASA DE NATALIDAD	<u>Amenaza:</u> tasa de natalidad alta, especialmente en sectores de bajos recursos. Redunda en mayor demanda de servicios de salud.						

## 2. MICROAMBIENTE

Esta etapa comprende el análisis del mercado, del sistema de productos y de la estructura de la organización.

Para relevar el mercado debemos considerar su lógica de funcionamiento, el comportamiento del usuario final y la dinámica de la competencia. Asimismo el proceso

comprende la identificación de la oferta y la demanda. Todo ello nos permitirá identificar factores críticos de sucesos.

El análisis del sistema de producto implica identificar el paquete competitivo distintivo de la organización, las características del proceso de producción, la exportación de productos al medio.

El abordaje de la estructura de la organización permite identificar las competencias distintivas de la organización, el “know how” de la misma y diagnosticar las capacidades para atender el mercado. Para ello relevaremos distintos aspectos: la estructura funcional, el presupuesto de la institución, su capacidad productiva, la estructura física y de valores imperantes, el esquema de toma de decisiones, el organigrama institucional y de hecho, los grados de planificación, niveles de institucionalización de los conflictos, entre otros.

## **2.a. MERCADO**

Siguiendo a Jorge Katz, consideramos que “...El mercado de salud tiene características particulares que diferencian su funcionamiento respecto de otros mercados [...] la demanda revelada en el mercado no siempre constituye un buen indicador de las necesidades reales de salud que tiene determinada comunidad [...] En toda comunidad existen individuos que no llegan a demandar servicios de salud a pesar de formar parte de la población de riesgo y en estado de necesidad. Esto se debe a problemas de percepción, de distancia y accesibilidad a los servicios, de recursos económicos, etc. Es sabido que la percepción de lo que es salud y lo que es enfermedad varía entre las clases sociales y sectores de la comunidad. Por ello la demanda revelada refleja fuertemente la posición social de cada



individuo. En el campo de la salud el consumidor opera con información imperfecta y la demanda suele tener un carácter pasivo y estar sobredeterminada por la figura del médico que diagnostica una enfermedad y decide el camino terapéutico para enfrentarla, reemplazando al consumidor como tomador de decisiones...”<sup>50</sup>.

Esta situación genera primeramente una pérdida progresiva de la salud de quien está afectado, por lo cual, la atención demandada es generalmente “restauratoria” de la situación previa a la afección.

En la construcción del mercado, específicamente en lo referido a salud, la oferta y la demanda, tienden a presentarse con límites difusos, puesto que el camino que toma la demanda, ya está signado por el mismo oferente, es el mismo médico, quien ofrece el servicio y a la vez especifica el camino a seguir.

La ciudad de Villa Gobernador Gálvez, cuenta con una estructura sanitaria que implica no sólo a prestadores estatales, sino también a una amplia oferta de servicios de salud privados, que van desde consultorios hasta clínicas, que compiten para captar un mercado que aún cuenta con un 50 % de la población sin cobertura. “... En una etapa temprana el hospital fue concebido como una institución destinada a atender a sectores sociales de bajos ingresos. Pasa luego a una fase de rápido crecimiento y progreso tecnológico en la inmediata posguerra, momento en que se visualiza al hospital público como eje de un proyecto de desarrollo de la solidaridad y de la previsión social que involucra la expansión de la cobertura médica. El proceso finaliza en nuestros días en una situación en la que el

---

<sup>50</sup>KATZ, J y MUÑOZ, A., Organización del sector salud: Puja distributiva y Equidad. Pág. 7.

sector público se va haciendo cargo de las patologías y tecnologías de atención o prevención consideradas como no rentables por el sector privado o que no cubre la seguridad social...”<sup>51</sup>.

Es por ello que nombraremos rápidamente los prestadores privados de servicios y nos concentraremos sólo en el sector público, es decir aquél que comparte el objetivo de mantener un acceso equitativo al servicio de salud y, además, conservar y mejorar la salud de la población.

Dentro del ámbito público coexisten dos jurisdicciones de salud: la Provincia de Santa Fe a través del Área VIII de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, y la Municipalidad de VGG por intermedio de la Secretaría de Salud Pública -en ambos casos con sus respectivas complejidades tecnológicas, capacidades de resolución, administración de recursos y fuentes de financiamiento.

El mercado es el conjunto de consumidores potenciales que comparten una necesidad o deseo y que podrían estar dispuestos a satisfacerlo a través del intercambio. A los fines del análisis de una institución pública es necesario además remarcar otro concepto, el de mercado público<sup>52</sup>. Esto hace referencia a todas las personas físicas y jurídicas que pueden usar los servicios públicos de un territorio definido administrativamente. En este sentido el ámbito de actuación, mercado, de la Secretaría de Salud y Medio Ambiente de la Municipalidad de VGG es la población total de dicha ciudad.

---

<sup>51</sup> KATZ, J y MUÑOZ, A., Organización del sector salud: Puja distributiva y Equidad. Pág. 7.

<sup>52</sup> CHIAS, Joseph, “Marketing Público. Por un gobierno y una administración al servicio del público”, 1995, Mc Graw-Hill

Podemos analizar desde la lógica del mercado una organización pública porque en base a los procesos de modernización del Estado el rol de la administración pública se percibe desde una nueva concepción de carácter igualitario en la que la relación administración-administrados deja paso a la relación servicio-público. Es así que existen intercambios entre las partes, hay competencias entre los diversos actores que participan en la oferta, y hay un precio, entendido como el coste de accesibilidad, monetario, espacial, temporal o de participación en el proceso.

### **2.a.1. Oferta**

#### **2.a.1.1- Algunas consideraciones acerca de la Red de Salud Provincial**

La red provincial de salud depende directamente del Ministerio de Salud y Acción Social del Gobierno Provincial de Santa Fe que tiene a su cargo la organización de la estructura de la Red de Salud Provincial. Es la Subsecretaría de Salud la que dirige y coordina las zonas de salud en las que está subdividido el territorio provincial.

La provincia posee nueve zonas de salud. La zona ocho, que es de nuestro particular interés para el análisis, comprende los efectores ubicados en los departamentos de San Lorenzo, Rosario y Villa Constitución (ver gráfico pág. 28).

Al interior de cada una de las zonas de salud se encuentran diversos establecimientos (cada uno es el encargado de un área programática, que refiere a los centros de salud con los cuales trabaja y coordina acciones), con niveles de complejidad heterogéneos que,

interactuando, conforman la oferta de salud que la Provincia brinda para cada área. El sistema provincial clasifica a sus efectores según nueve categorías:

- **Nivel I -atención exclusivamente ambulatoria -**

Mediante la consulta realizada por médico general, en forma periódica y programada. Efectúa además acciones de promoción y protección de la salud. Cuenta con atención diaria de enfermería.

- **Nivel II -atención exclusivamente ambulatoria-**

Mediante la consulta realizada por médico general en forma diaria, y odontológica en forma periódica. Efectúa además acciones de promoción y de protección de la salud. Cuenta con atención diaria de enfermería.

- **Nivel III -con internación-**

Realiza prestaciones en consultorio e internación de medicina general y obstetricia, excluida la cirugía obstétrica. Cuenta con laboratorio y radiología como actividad con personal no especializado. Atención odontológica en forma periódica, efectúa además acciones de promoción y protección de la salud.

- **Nivel IV -con internación-**

Se realizan las actividades correspondientes a las cuatro clínicas básicas: Médica, Quirúrgica, Tocoginecológica y Pediátrica, por medio de médicos generales especialmente adiestrados, tanto en consultorio como en internación. Concurren periódicamente médicos de las especialidades críticas: Otorrinolaringología, Oftalmología y Traumatología. A este nivel se practica cirugía como actividad regular y

existe una mayor complejidad en los servicios de apoyo. Atención odontológica en forma permanente. Realiza reconocimientos médicos y certificación de ausentismo. Acciones de promoción y protección de la salud.

▪ **Nivel V -atención exclusivamente ambulatoria-**

Prestaciones por médicos Clínico, Pediatra y Tocoginecólogo. Cuenta con laboratorio y radiología, elementales, y atención odontológica permanente. Realiza además acciones de promoción y protección de la salud.

▪ **Nivel VI -con internación-**

Brinda atención en consultorio y en internación en las cuatro clínicas básicas: Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Tocoginecológica y especialidades críticas: Oftalmología, Otorrinolaringología y Traumatología. Realiza prestaciones de rehabilitación programadas para este nivel. Entre los servicios intermedios se cuentan: laboratorio, radiología, hemoterapia, anatomía patológica y anestesiología. Se incorporan a este nivel los siguientes profesionales: dietista o nutricionista y farmacéutico. Cuenta con odontología en forma permanente y se realizan acciones de promoción y protección de la salud.

▪ **Nivel VII -atención exclusivamente ambulatoria-**

Se atiende en las cuatro clínicas básicas y en las especialidades críticas. Realiza prestaciones de laboratorio, radiología y fisioterapia. Realiza además acciones de promoción y protección de la salud.

▪ **Nivel VIII -con internación-**

Cuenta con una amplia gama de especialidades, apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que en este nivel incluyen servicios de radioterapia, medicina nuclear y cuidados intensivos. Presenta un alto grado de complejidad, que le otorga una autosuficiencia casi completa respecto a las actividades finales e intermedias. Realiza además acciones de promoción y protección de la salud.

- **Nivel IX -con internación-**

Este nivel constituye el servicio de máxima complejidad. Cuenta con todos los recursos necesarios para realizar la totalidad de las actividades de atención médica integrada, acorde a los adelantos de la ciencia médica y la tecnología moderna.

Los niveles I, II, V y VII -sin internación- deben ser periféricos de otros de mayor complejidad con internación, con los que establecerán una relación de coordinación y derivación.

La Red Provincial, cuenta en su totalidad con 509 establecimientos, de los cuales, 130 cuentan con internación y los 379 restantes sin la misma. Dentro de nuestra área de estudio, encontramos, en los niveles I y II, cincuenta y un centros de salud que refieren a los cuatro hospitales de referencia. Entre los mismos encontramos: el de mayor nivel (IX) el Hospital del Centenario, a continuación el Eva Perón de Granadero Baigorria y el Provincial (nivel VIII), y el S.A.M.C.O de Villa Gobernador Gálvez (de nivel III).

#### 2.a.1.2-Competidores

Para comenzar consideramos importante hacer la salvedad siguiente, al momento de definir competidores, en lo que refiere al sistema de salud de carácter público, es particularmente dificultoso ver a los demás efectores como tales –en el concepto clásico liberal de competidores dentro del mercado-, más bien se los puede ver como complementarios o sino, como vías que liberan y/o saturan el sistema de demanda de una organización particular; muchas veces un efector “competidor” puede favorecer a descargar el sistema de demanda por medio de un accionar rápido y eficiente, o, por el contrario, sobrecargarlo si no es capaz de cubrir con la cuota de demanda que le corresponde, repercutiendo negativamente en la velocidad de respuesta de nuestra organización.

Los competidores que identificamos son los siguientes:

#### **2.a.1.2.1. Centros de Salud Provinciales:**

- 1) 4 de junio CIC Itati.
- 2) Barrio Talleres.
- 3) C.M.I. N° 11.
- 4) 17 de octubre.

Los servicios que allí se prestan son los siguientes: clínica, pediatría, tocoginecología, obstetricia, enfermería, psicología, odontología.

La mayor cantidad de usuarios de los mismos son mujeres y niños. Se atienden entre 1200 a 1500 consultas mensuales, teniendo en cuenta las diferencias en las mismas de acuerdo al tamaño de los centros.

Cabe destacar que los mismos prestan un servicio de Atención Primaria de la Salud al igual que los Centros de Salud Municipales, por lo tanto teniendo en cuenta las aclaraciones realizadas al principio podemos decir que los mismos son más bien complementarios de aquellos, porque están distribuidos por la ciudad, colaborando y evitando que el sistema de salud municipal se sature.

#### 2.a.1.2.2. Clínicas ambulatorias:

Realice un relevamiento de los centros de salud de VGG, para obtener información acerca de los servicios que brinda la medicina privada en la zona, así como la cantidad de pacientes y las distintas tarifas que se cobran.

En primer lugar los centros de salud relevados fueron los siguientes:

- Centro de especialidades Médicas Mitre
- Centro Médico Cruz del Sur
- Centro Médico Luis Pasteur
- Centro Regional Médico
- Clínica Cooperativa de la luz
- Centro Óptico



Podemos observar que el sector privado se ocupa de brindar las diferentes especialidades requeridas por la sociedad y que se complementan entre si trabajando con diferentes obras sociales.

A continuación mencionamos algunos de los servicios que brindan las clínicas privadas:

- » Diagnóstico por Imágenes
- » Ergometría
- » Fisiatría y Kinesiología
- » Hemodinamia / Card. Interv.
- » Laboratorios
- » Medicina Laboral
- » Obstetricia
- » Odontología
- » Pediatría
- » Servicio de Atención Domiciliaria
- » Traumatología y Ortopedia
- » Unidad de Terapia Intensiva
- » Unidad Coronaria

Lo que pudimos constatar es que no existe un servicio de internación en ninguno de los centros relevados.

Por otra parte, el precio de las consultas particulares es muy variado, partiendo desde 60 pesos hasta 180 pesos o más. Con respecto a las obras sociales prepagas pudimos ver que existen diferentes tarifas que oscilan entre los 100 pesos en adelante por mes, mientras que la consulta ronda los 30 pesos dependiendo el plan que contrata el asociado.

Finalmente mediante diferentes entrevistas realizadas pude observar que el sector privado atiende mensualmente alrededor de 10 mil pacientes.

#### 2.a.1.2.3. Hospital Provincial de Rosario<sup>53</sup>.

Atiende especialmente a los habitantes de la zona sur de la ciudad de Rosario, parte del centro (fundamentalmente debido a su ubicación geográfica) y de localidades cercanas de la región sur del Departamento Rosario. Actúa como referente regional de la zona VIII de Salud.

Dentro de la población atendida el 69 % son mujeres. Podría señalarse una relación de concordancia entre este dato y la gran cantidad de especialidades pediátricas que brinda el Hospital, debido a patrones culturales según los cuales la madre es la que cuida de los niños en la familia.

Tiene la mayor cantidad de centros de salud a su cargo dentro del universo de efectores de la Zona VIII: un total de dieciséis.

---

<sup>53</sup> Los efectores de salud correspondientes a los puntos 3 y 4 fueron incluidos como competidores ya que los mismos son quienes atienden a gran porcentaje de habitantes de Villa Gobernador Gálvez.

La forma en que se organiza el servicio al interior de esta institución incluye las siguientes especialidades Médicas: Alergia, Anestesia y Tratamiento del dolor, Cardiología, Cirugía bucal, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía general, Cirugía Plástica y Quemados, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular, Clínica, Dermatología, Endocrinología, Fisiatría, Gastroenterología, Genética, Ginecología, Hematología, Infecto-contagiosas, Maternidad, Medicina General, Nefrología, Neumonología, Neurología, O.R.L., Oftalmología, Oncología, Proctología, Psiquiatría, Reumatología, Toxicología, Traumatología, Urología.

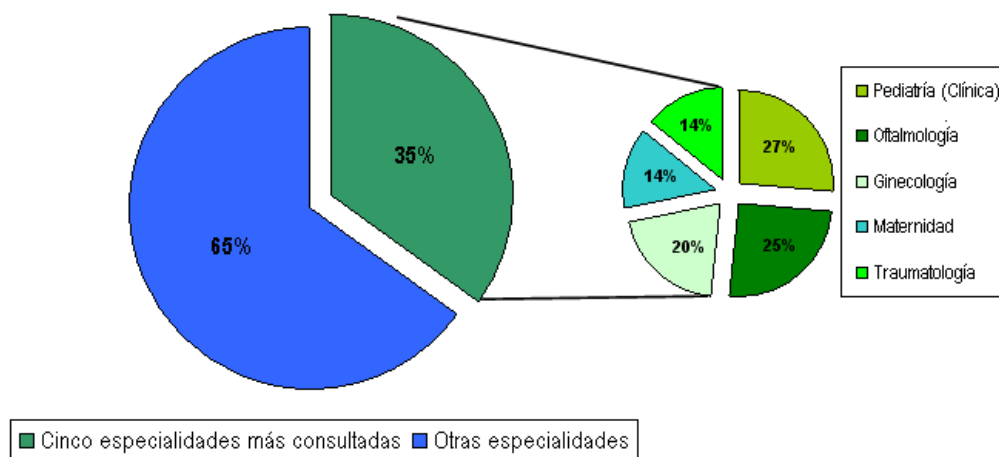
Cabe destacar la excelencia en oferta de servicios que tiene esta organización en cuanto a los servicios pediátricos –existe casi un correlato total entre las especialidades que brinda para adultos y neonatos y niños-.

- Cardiología infantil.
- Cirugía Pediátrica.
- Dermatología Pediátrica.
- Endocrinología Pediátrica.
- Fisiatría Pediátrica.
- Gastroenterología Pediátrica.
- Ginecología Pediátrica.
- Hematología Pediátrica.
- Infecto-contagiosas Pediátrica.
- Inmunología Pediátrica.
- Nefrología Pediátrica.
- Neonatología.

- Neumonología Pediátrica.
- Neurología Pediátrica.
- Oncología Pediátrica.
- Pediatría (Clínica).
- Psiquiatría Pediátrica.
- Traumatología Pediátrica.
- Urología Pediátrica.

Dentro de las 10.181 consultas mensuales que presenta el Hospital, las cinco que mayor peso relativo tienen son: Pediatría (clínica), Oftalmología, Ginecología, Maternidad y Traumatología; éstas representan un 35% del total, un importante guarismo considerando que el total de especialidades es de cincuenta y tres.

Grafico N° 7: Consultas por Especialidades



**Fuente:** datos brindados por la secretaria de salud de VGG.

Posee un Área de Internación con seis especialidades: Clínica Médica, Cirugía, Maternidad, Pediatría, Neonatología y Oncología. Tiene en total 133 camas, y 8 dedicadas exclusivamente a las áreas de U.T.I (Unidad de Terapia Intensiva) y U.C.I.C. (Unidad de Cuidados Intensivos).

La mayoría se utiliza para clínica y cirugía; siendo los casos de maternidad y neonatología otros de los mayores destinos. Esto se debe también a que este efector es receptor de muchas madres de las afueras de Rosario que deben trasladarse para dar a luz, debido a la escasez de salas de maternidad en sus localidades de origen.

Cuadro N° 9: Disponibilidad de camas

Servicios	N° de camas
Maternidad	18
Pediatría	14
Clínica Médica	39
Cirugía	41
Neonatología	13
Oncología	8
U.T.I.	4
U.C.I.C.	4

**Fuente:** datos brindados por la secretaria de salud de VGG.

El Hospital se complementa con los siguientes servicios no médicos:

- Odontología Adultos
- Kinesiología
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiología
- Odontología Pediátrica
- Kinesiología Pediátrica
- Podología
- Psicopedagogía
- Estimulación temprana
- Psicología y Psicología Pediátrica
- Dietología y Nutrición.
- Rayos X.

Hospital Escuela (en este aspecto, es uno de los efectores que mayor estructura presenta para el desarrollo de esta actividad, trabajando en conjunto con la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.R.).

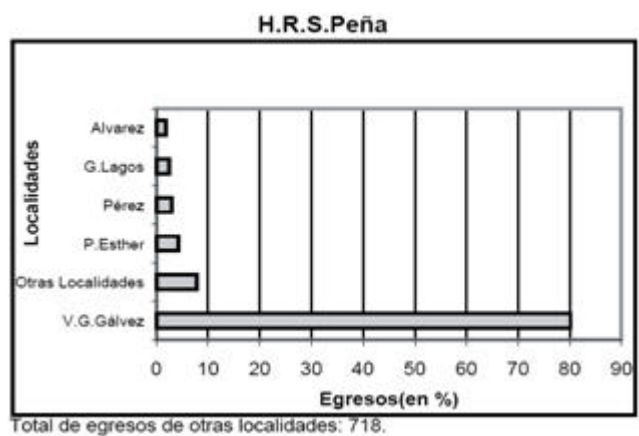
#### 2.a.1.2.4. Hospital Roque Sáenz Peña:

Pertenece al segundo nivel de complejidad que existe en la Red Municipal de la ciudad de Rosario. Las instituciones que pertenecen a este nivel de atención, son los hospitales zonales o de referencia de los centros de salud.

Con respecto a su nivel de complejidad se ubican como las instituciones de mediana complejidad, contando a diferencia de los centros de salud, con camas de internación. En estas instituciones se suman otras especialidades que no existen en el primer nivel, tales como Neurología, Toxicología, Cardiología, Nefrología, etc., como así también servicios de apoyo como Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes (Rayos, Tomografía, Ecografía, etc.). Forman parte de los efectores públicos de este segundo nivel los Hospitales Roque Sáenz Peña, Intendente Gabriel Carrasco, Juan Bautista Alberdi; el Instituto de Rehabilitación (ILAR); y el Centro de especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA)

Este hospital es referente de los distritos Sur y Sudoeste, aunque también atiende demandas de localidades vecinas, principalmente de Villa Gobernador Gálvez

Grafico N° 10: Egresos por localidades.



**Fuente:** datos brindados por la secretaria de salud de VGG.

Áreas de atención:

*Niños:* Neonatología, Pediatría, Cirugía Pediátrica y Guardia pediátrica las 24 Hs. Programa SANAR que tiene por finalidad la coordinación de programas varios que se orientan a la prevención y tratamiento de niños con discapacidades.

*Adultos:* Consultorios externos con especialidades clínicas y quirúrgicas (Ginecología; Cardiología; Oftalmología; O.R.L; Cirugía General; Cirugía plástica y quemados; Dermatología; Endocrinología; Neumonología; Psiquiatría; Traumatología y Urología), guardia 24 hs. e Internación con áreas de aislamiento. Cuenta en total, actualmente con 90 camas, con un plan de ampliación de 30 camas y 10 plazas para Terapia Intensiva y Quirófanos.

*Mujer:* Maternidad (realiza aproximadamente 1800 partos al año), ginecología, guardia tocoginecológica y obstetricia. Ha ampliado su oferta con la instalación de salas para trabajo de parto y posparto, habitaciones de alojamiento para madres que tengan a sus hijos allí internados; además se ha inaugurado un quirófano para cirugía general programada y gineco-mamaria.

Al interior de este efector podemos encontrar, la Maternidad Roque Sáenz Peña, que junto con la Maternidad Martín son los dos prestadores de este servicio a nivel de la Red Municipal, la cual le ha dado a la atención materno infantil una atención especial y configurándola como una de las prioridades que debe atender y desarrollar el Estado al interior del sistema de salud.

- Otros Servicios: Rehabilitación.
- Fonoaudiología.



- Salud mental.
- Trabajo social.
- Hemoterapia, Laboratorio y Banco de Sangre.
- Diagnóstico por imágenes.
- Salud Bucal.
- Estudios Patológicos.

Este hospital también cuenta con una Consejería de Salud Sexual y Reproductiva, la cual configura uno de los ejes fundamentales del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

### **2.a.2. Demanda**

La demanda será analizada a través de la perspectiva del usuario. Como sostiene Chias, si la administración pública gestiona servicios públicos es pertinente hablar de usuarios y no de clientes. Los usuarios son los ciudadanos y colectivos que tienen derechos como potenciales beneficiarios de los servicios, y demás obligaciones generales como contribuyentes de los mismos.

Este análisis debe reflejar la calidad total de los servicios brindados por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de VGG, la cual será estudiada desde la calidad técnica o de resultado (qué), la calidad funcional o de proceso (cómo) y la imagen que brinda la organización y la que es percibida por los usuarios.

Aunque todos los vecinos constituyen el segmento poblacional que recibe la oferta de servicios de la organización y por lo tanto, forman parte de la demanda, también participan activamente en el proceso generador del servicio ya que, siguiendo a Grönroos, “los servicios son básicamente procesos más o menos intangibles y experimentados de manera bastante subjetiva, en los que las actividades de producción y consumo se realizan de forma simultánea. Se producen interacciones que incluyen una serie de momentos de la verdad entre el cliente y el proveedor del servicio.”<sup>54</sup> Por lo tanto, lo que suceda en esas interacciones será crucial para la percepción de los mismos por parte de los usuarios.

Los actores que se caracterizarán en este análisis son quienes perciben los servicios brindados por la organización.

La demanda está compuesta por todos los usuarios de los Centros de Salud Municipales y del Hospital Anselmo Gamén.

Para definir la característica del usuario realice una encuesta en cinco Centros de Salud municipales (San Enrique, Evita, Mortelari, Constancio Vigil y Andreu) y en el Hospital; en donde enfocamos algunas variables que consideramos fundamentales. (Ver anexo 3: encuestas realizadas).

De los resultados de las encuestas realizadas podemos observar que:

La población concurre para realizar diversas consultas médicas, retirar medicamentos (el 75 % respondió que en el centro le proveen los medicamentos que necesita, y el 10 % dijo

---

<sup>54</sup> **GRÖNROOS, Chistian** “Marketing y gestión de servicios. La gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios”, 1990, Ed. Díaz de Santos., pág. 37

que a veces no hay medicamentos y si no se consiguen en el hospital local, tienen que comprarlos) o leche, y realizar trámites administrativos como certificados, recetas, etc.

En el momento de realizada la encuesta, la mayoría de las consultas estaban dirigidas al médico clínico, el pediatra y la ginecóloga.

Las personas que acuden son, en su mayoría, ciudadanos de clase media baja, fundamentalmente, los sectores más humildes de la ciudad. Son excepcionales los casos de personas con mayor nivel socioeconómico que utilizan estos servicios. Es necesario dejar en claro que cuando se realizan campañas de vacunación, todos los interesados concurren a los Centros para recibir las dosis.

Se pudo observar que en los centros, el mayor porcentaje de las personas que reciben la prestación de servicios son mujeres, o niños que son acompañados por sus madres. Casi no se observan personas de sexo masculino.

La edad de los usuarios es bastante dispar. Como mencione anteriormente, hay muchos niños en edad escolar, y algunos jubilados. Sin embargo, la mayor parte de los usuarios está compuesto por mujeres de entre 18 y 60 años.

En relación a las principales necesidades y la opinión de los vecinos sobre el funcionamiento del Hospital y de los centros podemos describir algunos aspectos que creemos importantes.

Los beneficiarios, en general, recurren ocasionalmente. El 40 % de los encuestados manifestaron que asisten al centro una vez por mes, es decir que tienen una continuidad en

la asistencia (comprende principalmente los casos de las madres que llevan a sus niños por controles de salud normalizados, desnutrición y entrega de leche).

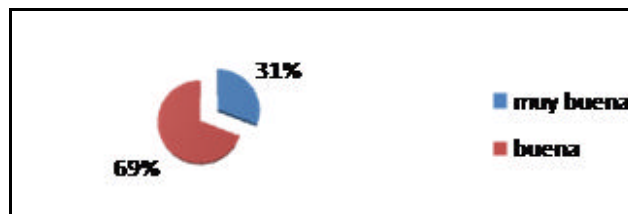
Con respecto a la cercanía a los Centros la mayoría también destacó que no viven a más de cinco cuadras de los mismos. Con respecto al tipo de dolencias por las que concurre al centro, en primer lugar se encuentra la de los chicos, los usuarios valoran el servicio de pediatría que les brindan. Se destacan la concurrencia para la atención pediátrica y ginecológica. Pero además de estas dos prácticas pertenecientes a la atención primaria de la Salud es interesante hacer hincapié sobre el hecho de que muchos destacaron la atención psicológica como mayor motivo de consulta. Las personas que destacaron esta atención, en su mayoría, poseían obra social, lo que ocurre es que las obras sociales cubren un par de sesiones al psicólogo y generalmente el tratamiento es más largo, debiendo hacerse cargo el usuario del resto de las sesiones; entonces acuden a los centros en busca de atención psicológica ya que allí es en forma gratuita.

La mayor parte de los usuarios no cuentan con obra social. Esta es una de las causas principales por las cuales van a atenderse al mismo. Solo el 21 % de los encuestados manifestó tener obra social.

Casi el 21 % de los encuestados exteriorizaron haber sido rechazados alguna vez en los centros de salud. Cabe destacar, sin embargo, que quienes respondieron que fueron rechazados califican como buena o muy buena la atención de la administración y de los médicos.

La atención médica fue aprobada por los pacientes del Hospital. El 69 % contestó que es buena, mientras un 31 % muy buena. Es decir, el 100 % de los encuestados se encuentra satisfecho con la atención por parte del personal médico.

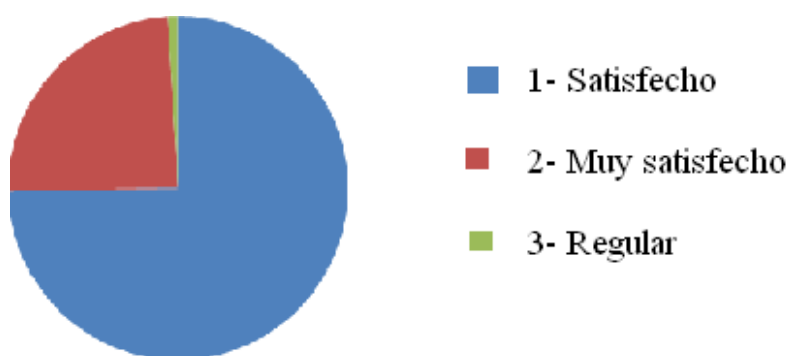
Grafico n° 10: atención médica.



**Fuente:** datos relevados en la encuesta

Pese a que la opinión sobre el trato y la atención hacia los usuarios, por parte del personal administrativo indica números altamente positivos, el porcentaje de vecinos que contestó estar muy satisfecho con los servicios representa un 24 %. El 75 % dice estar satisfecho y sólo un caso calificó como regular dicha atención.

Grafico n° 11: atención de la administración.



**Fuente:** datos relevados en la encuesta

En general, los usuarios valoran algunos de los servicios brindados, los que más se destacaron fueron: pediatría, ginecología, psicología y la buena atención del personal.

En cuanto a los pedidos de mejoras o implementación de servicios, los usuarios remarcaron: “ampliar servicios en tiempo y cantidad”, esto comprende: más especialistas (otorrinolaringólogos, oculistas, psicólogos), más pediatras, más médicos, más estudios, entrega de medicamentos, atención 24 hs, guardias el fin de semana, emergencias, ampliar los turnos, y ampliar el espacio físico de los centros.

Cuando se pregunto sobre las derivaciones hacia un nivel de complejidad más elevado (teniendo en cuenta que los centros de salud hacen atención primaria), casi el 60 % respondió que se deriva al hospital local (GAMEN).

Una vez descriptas las características principales de la población de la ciudad de VGG, destacamos que la mayor demanda del servicio de Salud está localizada en la Atención Primaria de la misma. Es importante tener en cuenta que más del 47 % de la población carece de cobertura social. Pero a su vez es importante destacar que si bien la mayoría de los usuarios del servicio de salud que brinda la Municipalidad de VGG se encuentran entre aquellos, en entrevistas realizadas se comprobó que había usuarios de los servicios que sí tenían cobertura social, pero utilizaban ciertos servicios de la salud municipal debido a su facilidad de acceso, por ejemplo Psicología.

### **2.a.3. Síntesis de Análisis de Mercado**

En una primera instancia se debe observar la existencia de un mercado de salud público dual, compuesto por el Municipio y la Provincia, y también por algunos centros de carácter privado que atienden algunas obras sociales, los cuales se han mencionado muy brevemente.

Una de las características más importantes a destacar es el carácter complementario de la prestación de servicios de salud tanto provinciales como municipales.

La mayor demanda del servicio de Salud está localizada en la Atención Primaria de la misma. Como se menciona anteriormente, aproximadamente el 50 % de la población carece de obra social y utilizan el servicio público de salud, pero además es interesante destacar que muchas personas que si poseen obra social también utilizan el servicio de salud que brinda la Municipalidad de VGG debido a su facilidad de acceso, por ejemplo Psicología. En cuanto a la estructuración geográfica se observa una distribución relativamente equitativa de los efectores en su totalidad, cubriendo tanto zonas centrales como periféricas.

También se puede subrayar que muchos sectores de la población migran hacia otros centros de atención de la salud, principalmente de la ciudad de Rosario. Esto se debe al hecho de que básicamente allí se presta un tipo de atención primaria de la salud, la cual supone el primer nivel de complejidad. Y se busca otros lugares cuando se requiere mayor complejidad, principalmente en los partos y en pacientes que requieren asistencia en la unidad de cuidados intensivos, dado que el hospital local no cuenta con la complejidad necesaria para atender tales casos.

Por dicha razón se plantea que, tanto el Hospital Provincial (efector de salud provincial) como el Hospital Roque Sáenz Peña (efector de salud municipal) mayoritariamente, situados en la ciudad vecina de Rosario, en lugar de calificarlos como competidos, debemos observarlos como complementarios a los servicios de salud brindados en la ciudad de VGG.

#### **2.a.4. Factores críticos de Suceso**

En los factores críticos de sucesos se hace referencia a aquellas condiciones *sine qua non* que deben cumplirse para que la organización pueda efectuar satisfactoriamente la prestación de sus servicios.

Desde mi perspectiva, ellos son:

- Recursos humanos calificados.
- Buena comunicación interna y externa.
- Infraestructura básica.
- Equipamiento e insumos básicos.
- Ambulancia equipada para urgencias.
- Buen clima laboral.
- Guardias Médicas.
- Asignación eficiente de recursos presupuestarios
- Implementación de tecnologías de gestión

#### **2.b. SISTEMA DE PRODUCTO** (servicio)



En el presente apartado hacemos referencia a todos los servicios que ofrece la Secretaría de Salud de la Municipalidad de VGG desde sus centros de salud municipales y el Hospital Provincial Anselmo Gamén. Pero también, de acuerdo a lo que pudimos observar, dichos servicios se complementan con los que ofrecen los Centros de Salud Provinciales y los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario, ya que los servicios brindados en dicha ciudad corresponden al primer nivel de complejidad.

El sistema de productos abarca la gama de productos y/o servicios brindados por la organización. El enfoque actual considera que el servicio es inherente a todos los procesos de intercambio y por tanto constituye el elemento central de la transferencia, que se concreta de dos formas: una sola (servicio en sí mismo) u otra mixta (servicio añadido a un producto)<sup>55</sup>.

Existen varias definiciones de servicios, según Grönroos “un servicio es una actividad o serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que por regla general, aunque no necesariamente, se generan en la interacción que se produce entre el cliente y los empleados de servicios y/o los recursos o bienes físicos y/o sistemas del proveedor de servicios, que se proporcionan como soluciones a los problemas de los clientes.”<sup>56</sup>

La administración pública brinda servicios públicos<sup>57</sup>, por tanto se definen y caracterizan en base a tres elementos:

-Son intangibles, se perciben en forma subjetiva de acuerdo a los criterios del usuario (seguro, rápido, importante, interesante, etc.); son inseparables, su valor se produce en la

---

<sup>55</sup> CHIAS, Joseph. El mercado son personas. Pág. 25.

<sup>56</sup> GRÖNROOS, Christian. Marketing y gestión de servicios. Pág. 27.

<sup>57</sup> CHIAS, Joseph, “Marketing Público. Por un gobierno y una administración al servicio del público”, 1995, Mc Graw-Hill

interacción del prestatario con el usuario, por tanto, producción y consumo son procesos simultáneos; y son heterogéneos, porque implican la participación del cliente en la producción.

-Son de interés general, su prestación se basa en los principios de igualdad, continuidad, movilidad y adaptación a las necesidades del público. Esto conlleva su independencia del mercado, puesto que si el interés general existe el servicio debe prestarse aunque sea deficitario.

-Poseen un régimen jurídico especial, se fijan mediante una reglamentación.

Para estudiar los productos de la organización debemos enfocarnos en el “qué” realiza, esto es lo que el usuario recibe, y el “cómo” lo hace, la calidad de lo que el usuario recibe, relevar no sólo los procesos mediante los cuales se brinda el servicio sino la calidad como medio de prever el valor que recibe el consumidor y la manera como se organiza la institución para brindarlo.

En esencia un servicio es una actividad o un proceso y su núcleo de valor se produce en la interacción prestatario- usuario, es decir los clientes participan en el proceso de producción, ya que se da simultáneamente al consumo.

### *Especificidad de los servicios públicos*

Los elementos que diferencian al servicio público de uno privado son que los servicios públicos son *de interés general* y que están regulados por un *régimen jurídico especial*.

Según Chías<sup>58</sup>, desde el punto de vista del marketing, el interés general del servicio público es el punto fundamental que lo diferencia del privado y caracteriza la gestión pública del mismo. Éstos constituyen actividades que han devenido indispensables y esenciales para la supervivencia y funcionamiento de la comunidad. Y se caracterizan por una serie de principios:

- ✓ Principio de igualdad de tratamiento para todos los relacionados con el servicio. La administración pública no puede generar modelos excluyentes, sino que sólo debe servirse de la segmentación para la fijación de prioridades entre públicos y para la optimización del servicio a cada colectivo.
- ✓ Principio de continuidad espacial y temporal en la prestación del servicio. El funcionamiento del servicio público debe ser regular y continuo. En algunos significa un servicio permanente, mientras que en otros significa que el usuario pueda acceder al servicio.
- ✓ Principio de movilidad o cambio continuo. En virtud de este principio el servicio público debe adaptarse a las necesidades del público.

Siguiendo a Chías, pueden establecerse tres resultados buscados por la oferta de servicios públicos:

- ✓ La utilidad colectiva, inherente al objetivo de interés general, que justifica su existencia.
- ✓ La utilidad finalista, ligada a la prestación del servicio, que puede ser general o individual.

---

58 CHIAS, Joseph. Marketing público. Pág. 25.

- ✓ El resultado administrativo, basado en la adecuación al marco jurídico que regula los procedimientos y comportamientos del Estado.<sup>59</sup>

En primer lugar es importante entender que el producto de la organización que se analiza es un servicio, cuya esencia es la intangibilidad y que, como decíamos anteriormente, si bien incluyen obviamente elementos tangibles “...normalmente un servicio se percibe de forma subjetiva...”<sup>60</sup>. La mayor parte del proceso productivo es invisible. Lo verdaderamente importante para el cliente (usuario) es la parte visible de las actividades de producción; éste sólo puede experimentar el resultado. Sin embargo desde la óptica de la generación del servicio no debemos dejar de lado que el descuido de la parte invisible del proceso puede afectar sobre manera la experiencia básica del usuario y convertirla en negativa, trayendo a colación muchas consecuencias del mismo signo.

Como explica Christian Grönroos, “un modelo del servicio como producto tiene que estar orientado al cliente. Dicho modelo tiene que reconocer todos los aspectos del servicio que perciben los clientes. Hay que tener en cuenta cómo perciben los clientes las interacciones con el proveedor de servicios (la calidad funcional del proceso del servicio), así como qué reciben los clientes (la calidad técnica del resultado). Y además de esto hay que comprender también el impacto de la imagen y de la comunicación en la percepción de la calidad de los servicios. Lo que hay que planificar y vender a los clientes no es sólo un paquete de servicios, sino una oferta de servicios total y más extensa”<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> *Ibíd.*, Pág. 27.

<sup>60</sup> GRÖNROOS, Cristian. “Marketing y Gestión de Servicios”. Pág. 29.

<sup>61</sup> *Ibíd.*, Pág. 73.

Este modelo de servicio debe estar orientado al cliente-ciudadano y reconocer todos los aspectos del servicio que perciben los clientes. Por lo tanto hay que tener en cuenta:

- ✓ Cómo perciben los clientes el servicio (calidad funcional del proceso)
- ✓ Qué reciben los clientes (calidad técnica del resultado)
- ✓ Comprender el impacto de la imagen, satisfacción y de la comunicación

Por ello para comenzar el estudio, el primer punto que se analizara es la *imagen del Sistema de Producto* que se proyecta y que es percibida por el usuario, ya que es allí donde surge “*el momento de la verdad*”. Una vez ofrecido el servicio en el mercado, éste se forma una imagen de la organización, que se convierte en una referencia central de todo, desde la cultura organizacional hasta la calidad.

El servicio que se analizara, es un *servicio público de salud*, responsabilidad del Estado, que éste no puede dejar de cumplir, independientemente de lo que suceda en el proceso de producción que no se percibe.

### **2.b.1. Servicios**

#### ***2.b.1.1 Servicio central***

El servicio central que brinda el área de salud de la Municipalidad de VGG es la Atención Primaria de Salud (A.P.S.), brindado a través de los ocho Centros de Salud Municipales y el Hospital Provincial “Anselmo Gamen” SAMCO, que corresponde al Tercer Nivel de Atención.

Dicho modelo está basado en la prevención y promoción de la salud, curando las enfermedades, pero además guiando las acciones necesarias para la eliminación de las causas que las provocan.

El sector salud puede considerarse como un sistema que produce servicios para toda una sociedad concreta con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud y prevenir la ocurrencia de la enfermedad.

“...La estrategia de *Atención Primaria de la Salud*, como opción política, significa centrar la organización de los servicios en las necesidades poblacionales. Esto implica asegurar tanto la participación popular como la de los trabajadores de la salud, la acción intersectorial, la tecnología apropiada y, fundamentalmente, acercar lo máximo posible las decisiones al contexto en el que los problemas se sufren. Esta manera de entender y resolver los problemas sanitarios de la población se plasman desde una mirada integral en la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación...”<sup>62</sup>.

Se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios. Favorece la accesibilidad geográfica y administrativa, evitando largas colas, esperas o trámites complejos. Se trata de una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados y en busca de una máxima efectividad.

La APS propone una organización de los servicios de salud que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de

---

<sup>62</sup> FEIN, Mónica. La Salud en Rosario, un derecho de todos.

alta calidad y en forma continua e integral. El primer nivel de la atención de la salud, en el marco de la APS puede resolver un 80% de los problemas de salud de la población abordándolos en forma interdisciplinaria, dentro de la perspectiva familiar y social.

Se pueden definir ocho elementos básicos que constituyen la estrategia de APS:

1-PARTICIPACION SOCIAL: mediante ella habrá de lograrse que los protagonistas y garantes de la meta sean sus propios destinatarios, fortaleciendo su capacidad de autogestión y transformándose para el ejercicio del derecho que les corresponde.

La participación social se refiere al proceso por el cual todos los actores sociales de un territorio determinado intervienen en la identificación de problemas locales; se unen para diseñar, probar y poner en práctica soluciones; son actores o jueces de procesos de evaluación de políticas y programas; e intervienen en la toma de decisiones políticas que afectan el bienestar de la comunidad.

2-INTERSECTORIALIDAD O ARTICULACION INTERSECTORIAL: su presencia se hace impostergable toda vez que el logro de la meta no puede ser alcanzado con la acción unilateral del sector salud. La intersectorialidad se entiende como el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar calidad de vida a la población. La acción intersectorial es consecuencia de entender a la salud como causada por varios determinantes.

3-ADECUACIÓN DEL RECURSO HUMANO: se debe analizar hasta qué punto la formación universitaria es compatible con este modelo de atención primaria de salud, se

debe tener en cuenta la integralidad de la persona en el proceso de salud-enfermedad y la educación para la salud.

Es sumamente difícil desarrollar la APS en un contexto de Modelo Médico Hegemónico, tan vigente, modelo basado en la enfermedad, la unidireccionalidad de la relación médico-paciente.

**4-PROGRAMACIÓN INTEGRADA POR NECESIDADES:** la programación de las necesidades es imprescindible, pues la escasez relativa de recursos y lo trascendente de sus objetivos lo requieren. Se requiere de una concertada programación que permita conocer permanentemente el grado de avance que se obtiene; integrada debido a que problemas globales como los que se han de abordarse necesitan del concurso de múltiples enfoques que superen el tratamiento de problemas puntuales. Pensar en necesidades rompe la idea de un primer nivel de atención que opera con demanda espontánea, y que en sentido estaría copiando el modelo hospitalario.

La experiencia señala cada vez que las necesidades son más diversas, más divergentes. La programación de los servicios de salud por necesidades propone disminuir la exclusión de aquellos que necesitan y por diversas razones no pueden acceder a la atención.

También debemos pensar en la **ATENCIÓN LOCAL CON PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD**; es decir que la sociedad civil se siente a planificar con las autoridades sanitarias del área, con un sistema de información comunitaria para que conozcan de que manera el servicio se pone a disposición de ellos, a su vez ellos le puedan acercar al servicio de salud cuáles son sus necesidades.



5-TECNOLOGÍA APROPIADA: el concepto de tecnología apropiada supone la selección crítica de la que se haya disponibles, así como la reorientación del esfuerzo investigativo que tenga como eje la satisfacción de verdaderas necesidades de la comunidad. APS nace de un cambio de valores, la selección crítica de tecnología le es instrumental y se basa en la ecuanimidad de lo apropiado antes que en ineficiencia.

6-NUEVAS MODALIDADES DE ORGANIZACIÓN: se basa en la idea de un redimensionamiento estructural y funcional de las diferentes organizaciones de la salud entorno a las necesidades.

7-COBERTURA TOTAL: el concepto de cobertura total se relaciona con el de exclusión e inclusión desarrollados en el componente Programación Integrada por Necesidades, cobertura total pone el énfasis en incluir.

El hecho de que existan propuestas focalizadas que dan respuestas específicas a problemas de sectores de extrema pobreza, en situación crítica, no debe hacer perder de vista la necesidad de dar respuesta sanitaria a todos los integrantes de la sociedad.

8-REORIENTACIÓN DEL FINANCIAMIENTO SECTORIAL: se debe lograr una asignación eficiente de los recursos en el sector salud, es decir que los recursos sean utilizados para la mejora de las prestaciones, generando modelos de gestión que produzcan mayor eficiencia y eficacia.

La inversión en salud en este modelo se basa en la idea de que es menor en el primer nivel de atención, donde circula el mayor número de pacientes y por lo tanto se maximiza, mientras que en tercer nivel es mayor, donde el daño es casi irreversible.

*2.b.1.1.1. Centros de Salud Municipales:*

*Cuadro N°10: Centros de Salud*

<b>CENTRO DE SALUD</b>	<b>SERVICIOS</b>
San Martín	Pediatría, Clínica, Ginecología, Enfermería.
San Enrique	Pediatría, Clínica, Ginecología, Enfermería, Odontología, Nutricionista, Guardia Médica.
Constancio C. Vigil	Pediatría, Clínica, Ginecología, Enfermería, Odontología, Obstetricia, Otorrinolaringología, Psicología, Fonoaudiología, Enfermería y Laboratorio de Análisis.
Intendente Andreu	Pediatría, Clínica, Ginecología, Enfermería.
María Auxiliadora	Pediatría, Clínica, Ginecología, Enfermería.
Barrio Mortelari	Pediatría, Clínica, Ginecología, Enfermería
Evita	Pediatría, Clínica, Ginecología, Enfermería, Odontología, Laboratorio de Análisis
Niño Jesús	Pediatría, Clínica, Ginecología, Enfermería.

**Fuente:** datos brindados por la secretaria de salud de VGG.

Un dato importante para destacar es la creciente evolución que han tenido los Centros de Salud municipales en las últimas dos décadas, ya que en el año 1983 la ciudad sólo contaba con dos dispensarios, atendiendo a una población de un poco más de 50.000 habitantes.

Actualmente posee ocho Centros de Salud Municipales, complementándose con los cuatro Centros Provinciales, asistiendo a algo más de 90.000 habitantes.

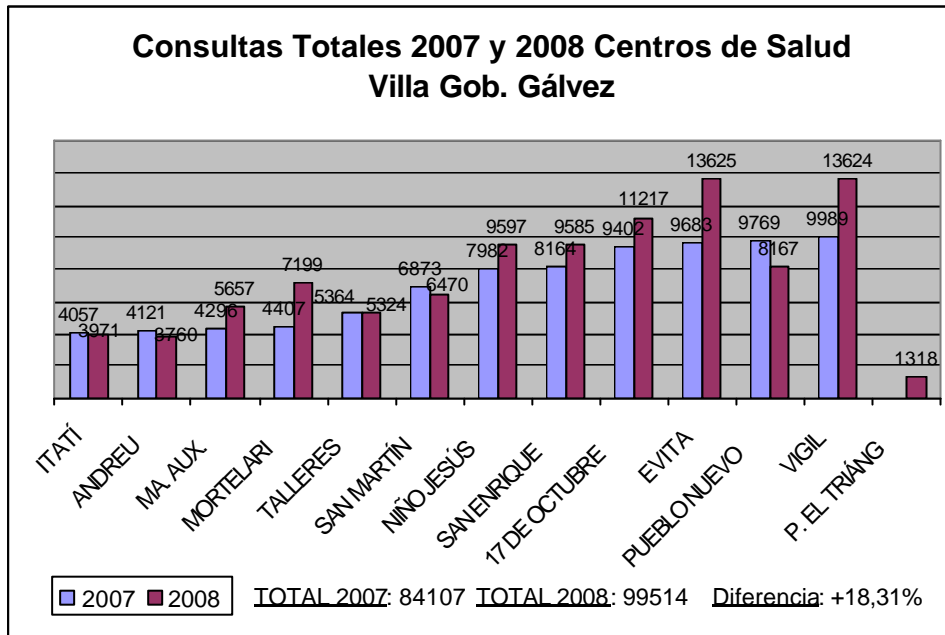
Dichos Centros de Salud ejercen una responsabilidad activa en relación a su área de influencia, potenciando el contacto con la comunidad. Están distribuidos estratégicamente de manera de cubrir todas las áreas de la ciudad (ver anexo mapa ciudad) y cuentan como mínimo con los cuatro servicios básicos de: Tocoginecología, Pediatría, Clínica General y Enfermería. Además, en algunos de ellos desde hace algún tiempo se brindan servicios tales como: Odontología, Obstetricia, Laboratorio de Análisis, Salud Mental y Fonoaudiología, que atienden los pedidos de consulta sólo por Consultorios Externos, no existe internación. También tienen un espacio destinado al Vacunatorio.

Es desde aquí donde surgen las derivaciones, en caso que así lo considere el profesional, a los centros de atención de media y alta complejidad. Cabe destacar que, como primer eslabón, no sólo son importantes en cuanto a que proveen salud, sino también contención social, y son ejecutores de las políticas públicas relacionadas a la salud de los sectores menos favorecidos. Los centros derivan a sus pacientes al Hospital local y en caso de no estar en condiciones de ofrecer la atención necesaria recurren al Hospital Provincial, que asiste a una gran cantidad de usuarios provenientes de VGG, y en menor medida asisten al Hospital Roque Sáenz Peña.

Con respecto a la cantidad de consultas que se atienden en los centros, los coordinadores nos manifestaron que están entre las 800 y las 1100 mensuales. Predomina la edad pediátrica en atención Y las consultas son mayormente a causa de enfermedades estacionales.

Grafico N° 12: consultas totales 2007 y 2008 en los Centros de Salud de Villa

Gob. Gálvez



**Fuente:** datos brindados por la secretaria de salud de VGG.

2.b.1.1.2. Hospital Provincial “Anselmo Gamén” SAMCO Villa Gobernador

Gálvez

Ubicación: Balcarce 1355. Villa Gobernador Gálvez.



Nivel de complejidad: III

Atiende fundamentalmente a la población de Villa Gobernador Gálvez.

El S.A.M.C.O: es un organismo administrado conjuntamente por la comunidad por un lado, y por el estado municipal y provincial por el otro , pero básicamente lo administra un Consejo conformado por la sociedad civil, es decir las diferentes organizaciones locales, presidida oralmente por un representante municipal y el director provincial que es el asesor técnico. En este caso en particular, el representante de la municipalidad que conforma el consejo administrativo, siendo el presidente es el mismo Secretario de Salud, el Dr. Ignacio Gómez.

En cuanto a la conformación del Consejo Directivo, según la Ley Provincial de Autogestión Hospitalaria<sup>63</sup>, se faculta al poder ejecutivo a organizar a los establecimientos asistenciales con internación dependientes del Ministerio de Salud y Medio Ambiente a efectos de constituirlos en personas jurídicas públicas estatales, con el consiguiente grado de capacidad administrativa y financiera. (Art. 1).

A través de dicho ministerio, el poder ejecutivo, establecerá la política de salud a la que deberán ajustarse dichos establecimientos (prevención, recuperación, rehabilitación, docencia e investigación), garantizando de esta manera la asistencia total y gratuita a las personas imposibilitada de acceder a alguno de estos sistemas de protección para la salud.

Por otra parte, cada establecimiento sanitario estará conducido por un consejo de administración integrado por (Art. 3):

☆ Un representante del Estado (designado y removido por el poder ejecutivo).

---

<sup>63</sup> Ley Provincial de Autogestión Hospitalaria N° 1068/90.

- ☆ Un Director médico (mediante concurso y de dedicación exclusiva, con excepción de la docencia en un mínimo de horas). El mismo llevará adelante la conducción técnica administrativa del ente; dependerán de él, los cuerpos técnicos y administrativos pertinentes. Será el que ejecutará las decisiones del Consejo Administrativo que refieran a la organización o funcionamiento interno del establecimiento.
- ☆ Un representante del personal (duración 3 años, pudiendo ser reelectos).
- ☆ Un representante de la Asociación Cooperadora del Hospital (duración 3 años, pudiendo ser reelectos).
- ☆ Un representante del cuerpo profesional del establecimiento (duración 3 años, pudiendo ser reelectos).
- ☆ Un representante de las organizaciones institucionales de la comunidad.

La ley que crea los S.A.M.Cos (6312/67) y el decreto que reglamenta su funcionamiento se establecieron en la provincia en el año 1967. Ambos establecen que los S.A.M.Cos deben prestar atención de salud a toda persona que lo demande, pero las personas que cuentan con recursos económicos, deben sufragar la atención que reciben con el fin de mejorar el servicio gratuito. En síntesis, el efector puede atender en forma gratuita o facturar a las obras sociales o a particulares.

El artículo primero de la citada ley establece lo siguiente: “créase bajo la denominación genérica de “ Servicio para la Atención Medica de la Comunidad”, tantos entes como fueran necesarios, cuyos objetivos, estructura, y bases jurídicas se establecen en la presente ley y en los Decretos Reglamentarios que en consecuencia dicte el Poder Ejecutivo

Provincial por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en reemplazo de régimen técnico-administrativo vigente para los organismos asistenciales dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”.<sup>64</sup>

Los establecimientos contarán principalmente con los siguientes recursos:

- ♣ Partidas que se le asignen en el presupuesto general de la provincia.
- ♣ Ingresos en virtud de convenios Municipales y/o Comunales.
- ♣ Retribuciones por los servicios prestados.
- ♣ Partidas de jurisdicción nacional que se le destinen.
- ♣ Aportes, subsidios, legados, donaciones y todo otro ingreso legítimo.

Además estos establecimientos gozarán de las mismas exenciones impositivas y de tasas que las reparticiones Públicas Provinciales.

El Hospital cuenta con varias especialidades médicas, tales como: Cardiología; Clínica; Ginecología; Neurología; Obstetricia; Pediatría; Psiquiatría; Traumatología; Tocoginecología; Oftalmología; Dermatología; Toxicología, Infectología, Odontología y Guardias permanentes de Obstetricia, Pediatría y Clínica Médica, que cubren el área ambulatoria de este hospital.

El área de Internación está dedicada a la atención del parto normal y programado; tiene una capacidad instalada de 20 camas, 10 camas para adultos y 10 camas pediátricas. Por esta

---

<sup>64</sup> Ley Provincial N° 6312/67.

restricción en los pacientes de Obstetricia, resulta ser un importante “derivador” al Hospital “Roque Sáenz Peña” y al Hospital Provincial de la ciudad de Rosario.

La cantidad de consultas en el año 2008 fueron de 112.000.

Cuadro N°11: Resumen de consultas médicas del Hospital 2° semestre 200

Mes / Categoría	Con obra social	Sin obra social	Total de consultas mensuales	Predominio en consulta	Predominio etario
Julio	537	8496	9033	Clínica médica 828 Pediatría 797	15 a 49 años 3932 consultas
Agosto	460	7010	7470	Pediatría 1025 Clínica med. 692	15 a 49 años 3828 consultas
Septiembre	611	7229	7840	Pediat. 1125 Clínica med.742	15 a 49 años 3697 consultas
Octubre	630	7522	8152	Pediat. 119 Clínica med.	15 a 49 años 3857



				812	consultas
Noviembre	1192	6991	8183	Pediat.969 Clínica med 564	15 a 49 años 3892 consultas
Diciembre	1424	7054	8478	Pediat. 702 Clínica med. 547	15 a 49 años 3861consultas

**Fuente:** datos brindados por la secretaria de salud de VGG.

En cuanto a las principales dificultades una de ellas, y quizás la primordial, es la falta de autonomía de gestión, por lo cual se depende de tiempos y decisiones ajenas que muchas veces dificultan la dinámica de la gestión. Otra dificultad es la económica, ya que es un eje en torno al cual giran muchos aprietos, que con disponibilidad de este recurso se podrían solventar. Además, la inexistencia en el sistema de salud de una política de recursos humanos con premios y castigos, no hay concursos ni categorización.

Es uno de los Hospitales que mas trabaja en derivación con los hospitales y servicios sanitarios de la ciudad de Rosario, principalmente por la cercanía y porque no cuenta con efectores de alta complejidad en su lugar de origen.

El 40 % de los pacientes del hospital tienen obra social. Aún así prefieren ir allí.

Las extracciones de sangre se hacen en los centros de salud y un vehículo pasa a recogerlas y lleva luego los resultados a cada centro

El anuncio del Gobierno Provincial sobre la renovación del Hospital Gamen comprende la ampliación del edificio del mismo, para que las áreas Farmacia, Diagnóstico por imágenes, Administración, Lavadero, Cocina, Comedor y Vestuario tengan su espacio (en la actualidad están funcionando de manera compartida con otras áreas, no hay vestuario ni comedor para el personal). Sin embargo, esta renovación no comprende la apertura de la maternidad del hospital que fue cerrada en el año 2000, ya que no se contaba con el personal de neonatología (cabe destacar que es un recurso humano escaso en el país y dada su imprescindibilidad para un servicio de maternidad seguro, no se prevé reabrir la maternidad en el corto plazo, según explicó la Vice directora del Hospital). A demás, es interesante el hecho de que el personal de obstetricia y afines que quedó sin trabajo por el cierre de la internación de maternidad, fue destinado a los centros de salud de la ciudad, para llevar a cabo los controles prenatales y afines.

### ***2.b.1.2. Servicios periféricos***

Como servicios periféricos prestado por el hospital podemos mencionar el Centro Dadores de Sangre, Farmacia, Laboratorio (guardias 24 hs), Odontología, Rayos (guardias 24 hs), Psicología y Fonoaudiología. De igual manera, se realizan Electrocardiograma y electroencefalograma, ecografías, mamografías, Consultorios externos de 1° y 2° nivel.

### ***2.b.1.3.Servicio de apoyo***

Está compuesto por la administración de la organización, es decir, aquellos empleados que realizan las tareas administrativas de los Centros de Salud y del SAMCo. Es la que recibe a los pacientes al ingresar, allí se entregan los turnos para ser atendidos, se trata de un número otorgado según orden de llegada, ya que no existe la reserva de turnos de manera anticipada. Aquí se realizan todos los trámites y además se le da al paciente su historia clínica para ser entregada al médico y en caso de no tener historia clínica, es ahí mismo donde se confecciona una. También se hacen las consultas, ante cualquier duda que tengan los usuarios, como por ejemplo el horario de atención de los diferentes profesionales.

Otra de las actividades principales, es la de recaudación de fondos propios, además de recibir los que vienen de la Provincia. También le corresponde tareas como: el cobro por la prestación del servicio de traslado en ambulancias, de internaciones, pago de sueldos, de obras sociales, aportes jubilatorios y todos los gastos de mantenimiento del edificio (agua, luz, gas, teléfono, etc.).

Conjuntamente se encarga del control del personal, horarios de enfermería, la atención del estado bancario y realiza compras de todo tipo de insumos (desde comida hasta medicamentos).

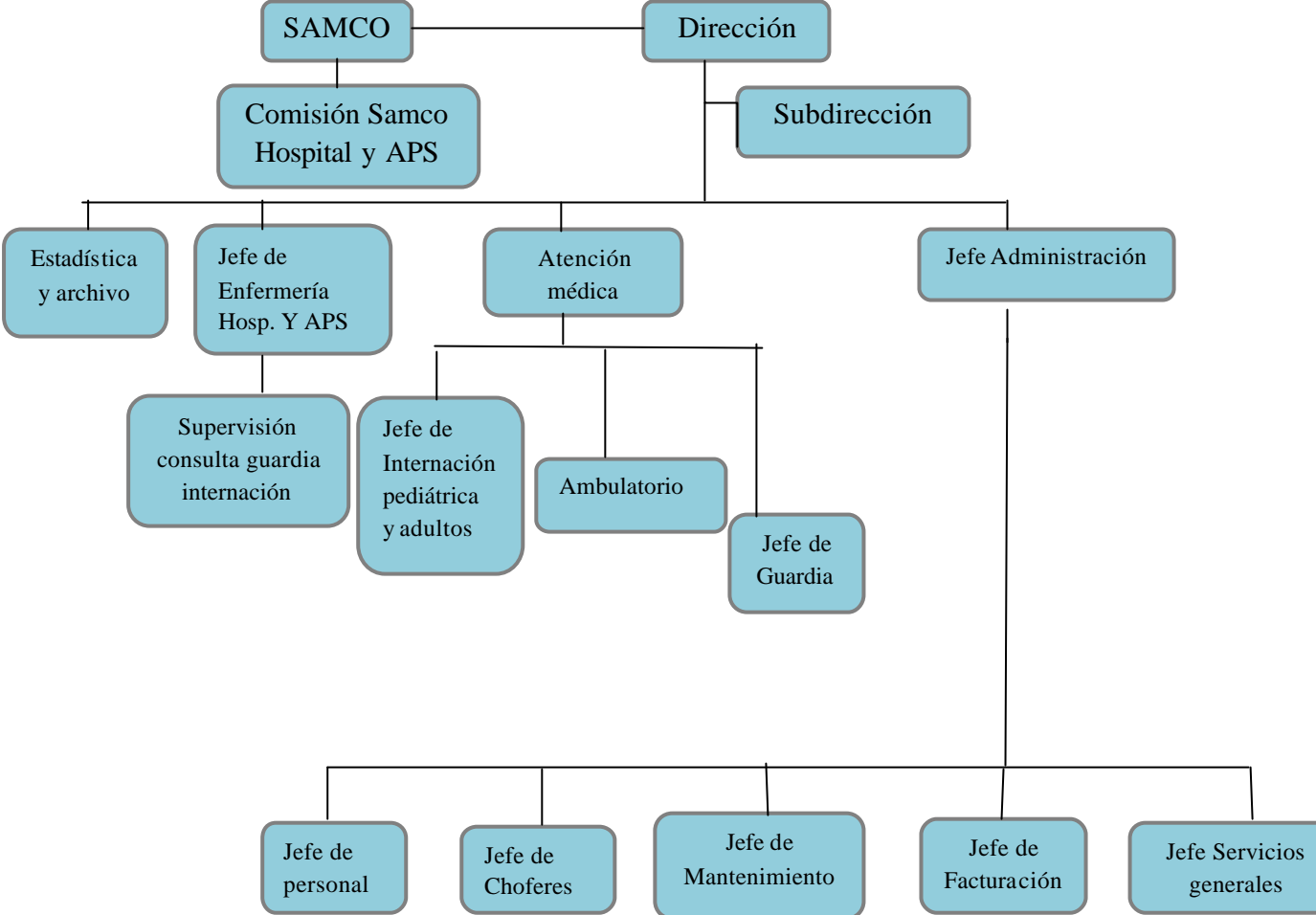
## 2.b.2. Personal y Organigrama del Hospital<sup>65</sup>

**Cuadro N° 12: Personal.**

<i>Dependencia/modalidad de contratación</i>	<i>Administración</i>	<i>Asistencial hospitalario</i>	<i>Médicos</i>	<i>Servicios generales</i>	<i>Técnico</i>	<i>Total</i>
Provinciales	9	31	42	17	2	101
Samco	4	-	-	-	-	4
Municipales	5	1	12	-	2	20
Equiparación de honorarios	38	20	16	21 + 7	1	103
<i>Total Personal</i>						<b>228</b>

<sup>65</sup>El hospital no cuenta con un organigrama, éste que presento fue realizado en la entrevista con la Directora y Subdirectora del mismo. A su vez, hay que tener en cuenta que el personal que es monotributista no está considerado en el 'total del personal', ya que lo consideran un servicio externo, cuyo número fluctúa.

Cuadro N°13: Organigrama.



### **2.b.3. Imagen Institucional**

Bajo el alcance de este título se analizará la imagen global que desde la oferta de los diferentes efectores de salud de dicha Municipalidad llega al usuario del servicio público.

Se trabajará en pos de distintos puntos guía que pueden actuar como posibles indicadores críticos y básicos de calidad y eficiencia en la prestación del servicio:

1. Limpieza e infraestructura edilicia.
2. Relación y trato Personal-Usuarios.

La elección de los mismos se debe a que creemos que en todo servicio prestado más allá efectividad y eficiencia con la que se realiza la especialidad médica que se ofrece, son estos tres puntos arriba nombrados los que no deben fallar por ser el primer eslabón en la cadena de prestación de un servicio. Tienen mucho peso también a la hora de formar la imagen que el usuario tiene de la organización. Por otro lado, vemos como positivo que estos ejes se pueden cumplimentar y mantener con pocos recursos y con una buena organización, optimizando el uso racional de los insumos disponibles.

El estudio de estas variables se realizó a través de la observación directa entre los centros de salud visitados y el Hospital.

## Limpeza e infraestrutura edilicia.

Al ingresar al Hospital, se percibe un ambiente desorganizado que no beneficia a la persona que no está familiarizada con el lugar ya que no se encuentran carteles indicadores; esta situación no se repite con la misma magnitud en la mayoría de los centros municipales, porque gracias a su tamaño más pequeño facilita la circulación dentro de los mismos.

En cuanto a la infraestructura, se puede observar que en general las instalaciones son funcionales, en el caso del Hospital se trata de un edificio relativamente nuevo, en vías de ampliación; mientras que los centros presentan diferentes magnitudes dependiendo de la zona en la cual se encuentran ubicados. En su mayoría son pequeños, con excepción del Centro de Salud Constancio Vigil que cuenta con un espacio amplio, instalaciones nuevas, quizás esto responda a la distancia en la cual se encuentra desde el Hospital.

## Atención y trato personal–usuarios.

En esta última variable es en donde no se diferencian sobremanera los recursos de ambos sistemas de salud, porque, como se hizo referencia en este trabajo, la vocación de servicio de los recursos humanos, es una constante que sólo se ve manchada en raras ocasiones, y tal vez por factores externos a las personas, como por ejemplo la sobrecarga de tareas, la falta de espacio y comodidad para trabajar.

En la búsqueda de información percibí buena predisposición de los trabajadores.

Al indagar entre los usuarios de los servicios vemos que, en general, se hallan conformes con el trato que reciben. Los inconvenientes surgen en relación a otras variables, como la larga espera para los turnos, el servicio de guardias médicas.

Esto último nos lleva a dilucidar que existe una relación directa en el comportamiento de los diferentes trabajadores de la salud y sus condiciones laborales. Las mismas deben ser tratadas con sumo cuidado y responsabilidad por parte de las autoridades públicas a cargo, justamente porque sus consecuencias inciden directamente sobre una porción de la calidad y la eficiencia en la prestación del servicio.

#### **2.b.4. Cultura Organizacional**

En relación al personal médico y de enfermería, el trabajo diario se caracteriza por una cultura de servicio, que podemos apreciar en la cantidad de horas de trabajo en relación al salario que perciben, en las condiciones de trabajo desfavorables en las que desempeñan sus funciones, en la falta de recursos con que cuentan frente a demandas crecientes, y, fundamentalmente, en el compromiso de afrontar situaciones de vulnerabilidad que les exceden en sus tareas exclusivamente médicas, involucrándose, muchas veces, en una forma de compromiso social con el paciente. A pesar del gran número de pacientes que concurren al Hospital y a los Centros de Salud, muchas veces esta cultura de servicio actúa



como disparador y garante del seguimiento externo de un paciente, dedicación que va más allá de lo meramente profesional.

En contraposición, podemos remarcar que, en lo referido al servicio administrativo, esta cultura del servicio no se presenta de manera tan marcada y generalizada, sino que prima una actitud más asociada a la despreocupación y a un “profesionalismo” acotado al cumplimiento de las funciones y normas, evitando así un compromiso extra con los pacientes. No podemos perder de vista que la función administrativa presenta ciertas dificultades inherentes a su naturaleza, por lo que se dificulta una mayor cercanía con los usuarios, sumado a que es, generalmente, el espacio de la organización que recibe las demandas y quejas de los usuarios; sin embargo, esto no los exime de brindar un servicio con calidad creciente.

Esta situación no se observa sólo en la administración de turnos, sino que podemos concluir lo mismo de la deficiente señalización y de las fallas en el servicio de información, los cuales se brindan sin mayor reparo, con baja calidad y sin comprender que deben orientarse a las necesidades del usuario, y no son una “tarea más a cumplir”, sino que representan un vínculo de comunicación entre la organización y quien ingresa a ella.

### **2.b.5. Síntesis del análisis del Sistema de Producto**

La Secretaría de Salud de la Municipalidad de VGG brinda servicios desde sus centros de Salud Municipales y el Hospital Provincial Anselmo Gamen SAMCO (Tercer Nivel de Complejidad), complementándose con los que ofrecen los Centros de Salud Provinciales.

Para analizarlos dividimos sus servicios en: *centrales* (Atención Primaria de la Salud, Especialidades Médicas, Guardias), *periféricos* (Laboratorio, Rayos X, electrocardiogramas, Psicología, fonoaudiología) y *de apoyo* (Administración).

Los Centros de Salud ejercen una responsabilidad activa en relación a su área de influencia, potenciando el contacto con la comunidad. Están distribuidos estratégicamente por toda la ciudad y cuentan como mínimo con los cuatro servicios básicos: Tocoginecología, Obstetricia, Pediatría y Clínica General, habiendo desde hace ya algún tiempo en algunos de ellos, servicios tales como Odontología, Salud Mental y Fonoaudiología, entre otros, pero no existe internación.

En este primer nivel se debe contar con personal altamente capacitado para elaborar diagnósticos acertados que permitan la resolución del problema en dicho nivel y el paciente regrese a su domicilio, o se establezca el preciso pasaje a otros niveles del sistema. En este último caso, muchos recurren al hospital local o bien recurren directamente al Hospital Provincial o al Hospital Roque Sáenz Peña.

El Hospital Anselmo Gamen es uno de los hospitales que mas trabaja en derivación con los hospitales y servicios sanitarios de la ciudad de Rosario, principalmente por la cercanía y porque no cuenta con efectores de alta complejidad en su lugar de origen.

En general los usuarios se encuentran medianamente satisfechos con los servicios prestados tanto por el personal médico como no médico, remarcando como principales carencias mayor número de especialistas, distribución de medicamentos y guardias de 24 hs; y en cuanto a los servicios que más valoran son pediatría, clínica, ginecología y psicología.

*Cuadro N° 14: Matriz de Ventajas/Desventajas Comparativas*

VARIABLES		DESVENTAJAS			VENTAJAS		
		Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
Recursos Humanos (cuerpo médico)							
Servicios médicos							
Nivel de Complejidad	Centros de salud						
	Hospital						
Insumos							

Limpieza y mantenimiento								
Sistema de Turnos								
Entrega de medicamentos								
Contención social								
Política comunicacional								
Estructura edilicia	Centros de salud municipales							
	Hospital							
	Oficinas de la Secretaría							

## **2.c. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

### **2.c.A. Reseña Histórica**

La Secretaría de Salud es creada por la ordenanza N° 0001/83<sup>66</sup>, y en sus considerandos se explica el contexto de esa época en la ciudad, en lo relativo a salud, diciendo que la estructura sanitaria y de asistencia social del municipio cuenta con 2 dispensarios, y contribuye al mantenimiento del hospital regional (dependiente de la Sub-secretaría de Salud pública), la cual no resulta suficiente para afrontar las necesidades que provoca el crecimiento vegetativo<sup>67</sup> de la población, por lo cual es necesario crear la Secretaría de Salud Pública y Acción Social.

Esta misma ordenanza establece como competencias de la Secretaría: “Todo lo relacionado a la protección, promoción y fiscalización de la salud de la población, como así también todo lo relativo al bienestar de la misma en lo que hace a alimentos, medicamentos y en general todo lo relacionado a la salud y bienestar de la población”. Y su artículo 2° declara de competencia también la “preservación y restitución de la salud de los habitantes”, como así también “crear y administrar servicios médicos asistenciales; crear y fomentar instrumentos para desarrollar medicina preventiva, pudiendo coordinar con la provincia y otros municipios y comunas”.

---

<sup>66</sup> Ordenanza municipal

<sup>67</sup> Si observamos la evolución de la población en los datos censales, vemos que en los censos de 1970 y 1980 el crecimiento fue de alrededor del 65%, con lo cual podemos inferir que el crecimiento no fue sólo vegetativo. Pero más allá de eso, podemos comparar la cantidad de centros de salud del año en que se crea la Secretaría -2 dispensarios y un hospital para alrededor de 50.000 habitantes-, y la realidad actual: 13 centros de salud y un hospital para una población que se estima en 90.000 habitantes.

Por su parte, la Ordenanza 588/90 hace referencia a los secretarios municipales, reglamenta sus competencias y funciones, ateniéndose a la ley 2756. Y en su artículo 21° hace mención a la ‘Secretaría de Salud y Medio Ambiente’<sup>68</sup>, estableciendo como sus competencias: “asistir al Intendente en todo lo relacionado con la salud, y en todo lo atinente a la protección y preservación del medio ambiente. En particular le corresponde: a) Promoción, preservación, conservación y recuperación de la salud mediante programas y actividades de medicina preventiva y curativa o asistencial; b) Instalación y mantenimiento de centros de salud, hospitales, salas de primeros auxilios, dispensarios, servicios ambulatorios, etc.; c) Registro y control del funcionamiento de hospitales, sanatorios, clínicas y consultorios médicos privados en lo que haga a la competencia municipal; d) Acción sanitaria contra plagas y pestes urbanas y rurales, animales y vegetales.; e) entender y proponer el Departamento Ejecutivo Municipal la estructura orgánica de la Secretaría; f) Y en general en todo lo atinente que sea competencia de los organismos de su dependencia.

Por su parte, la ordenanza 1750/2007 deroga por completo la ordenanza 588/90, y aprueba la “Ordenanza General Administrativa”, para regir el funcionamiento de la administración municipal, de acuerdo a lo prescripto en los artículos 41° y 42° de la ley orgánica de municipalidades N° 2756, en cuanto a lineamientos de las funciones que deben desempeñar el Intendente Municipal y las distintas secretarías y subsecretarías. Con respecto a la Secretaría de Salud y Medio Ambiente establece que le corresponde: “asistir al Intendente en todo lo relacionado con la salud, y en todo lo atinente a la protección y preservación del medio ambiente; y en particular: inc. 1: Promoción, preservación, conservación y

---

<sup>68</sup> La Ord. 1808/2008 cambia la denominación de la Secretaría de Salud, separando Medio Ambiente, y vinculándolo a la Secretaría de Producción.

recuperación de la salud mediante programas y actividades de medicina preventiva y curativa o asistencial; inc. 2: Instalación y mantenimiento de centros de salud, hospitales, salas de primeros auxilios, dispensarios, servicios ambulatorios, etc.; inc. 3: Registro y control del funcionamiento de hospitales, sanatorios clínicas y consultorios médicos privados en lo que haga a la competencia municipal; inc. 4: Acción comunitaria contra plagas y pestes urbanas y rurales, animales y vegetales. ; Inc. 5: Entender y proponer al Departamento Ejecutivo la estructura orgánica de la Secretaría.; inc. 6: Y en general en todo lo atinente que sea e competencia de los organismos que sean de su dependencia.; inc. 7: Entender en todo lo atinente a la preservación del medio ambiente y lo referido a la sustentabilidad ambientales de obras públicas y privadas.

La última actuación legislativa que influye en la “Secretaría de Salud” es la ordenanza 1808/2008, que separa Medio Ambiente de Salud, deroga su del artículo 21° su inciso 8, que precisamente hace referencia al área de Medio Ambiente, que pasa a formar parte de la Secretaría de Producción.

Desde que asumió la actual gestión en la Municipalidad, la Secretaría fue modificando su forma de trabajo, se han hecho muchas innovaciones, tales como la gratuidad de todos los servicios en el hospital y en los trece centros de salud, la ampliación del horario de atención en el 70% de los centros, la incorporación de personal médico y especialistas (psicología, tocoginecología, obstetricia); se regularizó la situación laboral del personal, ya que había personas trabajando ad honorem, o cumpliendo contraprestaciones por el cobro de planes sociales; se implementó un sistema de gestión participativa, que convoca a representantes de todo el sistema de salud de la ciudad para tomar decisiones sobre el actuar en salud;

también se gestionó la compra de un rodado, que permitió mejorar la logística de los Centros, que hasta entonces estaban aislados. Con este rodado, y otro que se arregló, se realizan las entregas de medicamentos y leche a los centros, a la vez que se hace un seguimiento de los mismos, y retiran las muestras de análisis que son llevadas al Hospital Gamen para su procesamiento.

La actual gestión provincial promueve la gratuidad en el servicio público de salud, por lo cual está trabajando para eliminar el sistema de SAMCO. En la ciudad de VGG ya se dejó de cobrar el “bono” para atención, con lo cual la totalidad de los servicios de salud son gratuitos.

La Secretaría de Salud, a partir de la nueva gestión municipal, tiene un proyecto de salud para la ciudad, con una serie de ejes rectores de la política a implementar. Ellos son:

*La salud* entendida como *derecho humano fundamental*, y el Estado como responsable indelegable del acceso de la población a tal derecho, con equidad.

Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud en la ciudad que comprenda: la equidad como concepto fundamental, la gratuidad de los servicios, eliminar las trabas burocráticas, organizando el sistema de salud de acuerdo a las necesidades de la población.

A su vez, se propone un modelo de *gestión participativa*, involucrando a los trabajadores de la salud, y a la comunidad. Con respecto a los trabajadores de los centros de salud, se propone formar un "cuerpo colegiado de gestión", en el que participarán los 12 coordinadores de los centros de salud, la dirección del hospital y representantes de la Sec.



de Salud municipal. Habrá encuentros quincenales para discutir las políticas de salud a implementar.

La *capacitación permanente* de los trabajadores es otro de los ejes del proyecto. Se tiene en cuenta a todo el personal de la salud, especialmente administradores, quienes trabajan en la recepción de demandas.

Otra propuesta es la adscripción de la población a *equipos de Referencia locales*, compuestos por distintos profesionales de salud, que trabajan en los centros, para brindar una mejor y más integral atención, congruente con el objetivo de brindar salud universal y gratuita, orientándose hacia la inclusión social.

En el campo de la *salud mental*, se trabajará sobre tres áreas: violencia familiar y problemática de género, juventud y discapacidad.

En cuanto a innovaciones y avances que logró la gestión actual en materia de salud, podemos mencionar:

- El horario de atención de 9 de los 13 centros fue extendido hasta las 18 hs.
- Todos los efectores de salud brindan vacunación, entrega de medicamentos y leche durante todo el día.
- Se puso en marcha el diseño de un **Segundo Nivel** articulado con el Primer Nivel de Atención, con la incorporación de nuevas **Especialidades Ambulatorias** al Hospital Anselmo Gámen y con un sistema **gestión de turnos vía telefónica** desde los centros de salud hacia el Hospital, mediante sistema de Referencias y

Contrarreferencias. Esto deja atrás un funcionamiento burocrático que ocasionaba demoras innecesarias y repercutía negativamente en la salud de la comunidad. Las especialidades médicas existentes en el hospital son: Traumatología, Ginecología, Neurología, Psiquiatría, Neumonología, Otorrinolaringología, Dermatología, Oftalmología, Obstetricia, Tratamiento del Dolor, Infectología, Se cuenta también con Diagnóstico por Imágenes (Radiología, Senografía y Ecografía), Audiometría, Electroencefalografía y Laboratorio. Laboratorio y Radiología funcionan con guardias activas durante las 24 hs.

- Se acondicionó la oferta de toco ginecología y obstetricia, contando actualmente con dichos servicios en los trece Centros de Salud de la ciudad. Esto permite garantizar el acceso a los controles de embarazo, controles ginecológicos, Papanicolaou, planificación familiar, etc. desde cualquiera de los centros de salud.
- Así mismo se aseguró la **gratuidad de los controles de embarazos y los estudios necesarios para un mejor control** (Ecografías, análisis, etc.).
- Se puso en marcha una red de **tres Corposcopias** en tres puntos estratégicos de la ciudad a fin de facilitar el acceso y optimizar los tiempos de diagnóstico en patología cervical.
- Gracias a la desinteresada donación de una empresa local se puso en marcha el **primer Senógrafo del sector público** de la región en el Hospital Gámen, garantizando en forma gratuita el acceso a controles para la prevención del cáncer de mama.

- ☑ Se conformó un **espacio de Evaluación de los Procesos de Atención de la Mujer** en el CIC Itatí, con la participación de trabajadores de la salud de todos los efectores de la ciudad.
- ☑ Se puso en marcha la primer **ambulancia de emergencias** las 24 horas, coordinada por la DIPAES con un equipo de médicos y choferes capacitados en emergencias conformado por personal dependiente de la Municipalidad, del SAMCo y de la DIPAES.
- ☑ Se reestructuró la guardia general del Hospital Gámen, incorporando un tercer médico de guardia general, un pediatra y un admisionista diarios, conformando un equipo de guardia de cuatro médicos, a los que se suman dos enfermeros y dos admisionistas, ampliando la capacidad resolutive de la guardia de emergencias local.
- ☑ Se creó el **Área de Salud Mental** con el propósito de diseñar estrategias de abordaje de las problemáticas que permitan desarrollar políticas de inclusión dentro el sistema salud.
- ☑ Se organizaron los horarios de los profesionales psicólogos con el objetivo de dar respuesta a la demanda en los Centros de Salud y constituir así **un referente en Salud Mental para cada equipo.**
- ☑ Se incorporó una trabajadora social al equipo de la Secretaría de Salud para coordinar las acciones relacionadas con Servicio Social y Subsecretaría de Inclusión

de la Provincia de Santa Fe. Esto permite facilitar a las personas que inician sus trámites la orientación y acompañamiento de los mismos.

- ☑ Se diseñaron **cuatro territorios con equipos interdisciplinarios** conformados por trabajadoras sociales, psicólogos, psiquiatras, agentes comunitarios, enfermeros y técnicos en minoridad y familia.
- ☑ Se comenzó con una **regularización progresiva de las condiciones contractuales de los Trabajadores de la Salud**, realizando contratos para aquellos trabajadores que se encontraban trabajando en situación de Contraprestación de planes Sociales y Ad-Honorem, y ajustando los valores de contraprestación profesional.
- ☑ Se incorporaron Profesionales y no Profesionales al plantel de la Secretaría para fortalecer los equipos de salud locales: **cuatro Enfermeros, dos Pediatras, cinco Médicos Generalistas, tres Psicólogos, dos Trabajadoras Sociales, cuatro Administrativos y cuatro Mucamas.**
- ☑ Se desarrollaron las siguientes instancias de Capacitación y Educación Permanente con la organización de la Secretaría de Salud y Medio Ambiente:
  - **“1° Curso de Capacitación para el Personal Administrativo de la Secretaría de Salud”**, a cargo de la Coordinación Administrativa de la Secretaría”.

- “1° curso de Capacitación en Activación del Sistema de Emergencias y Reanimación Cardiopulmonar Básica” para enfermeros de los 13 Centros de Salud de la ciudad, a cargo de personal del SIES.
  - “1° Curso de Capacitación en Violencia Familiar” y “1° Curso de Capacitación en Violencia Institucional” dictados por la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe.
- 
- ☑ Se regularizó la gestión del **Plan Remediar** con el objetivo de reincorporar a la lista de centros beneficiarios del plan a los centros María Auxiliadora y San Martín, y la actualización del vademecum del mismo para los centros que lo recibían, adecuándolo a las realidades de cada población.
  - ☑ Se conformó un **Dispositivo de Auditoría Interna** de prescripciones médicas, para optimizar la provisión de fármacos, asegurando las mejores alternativas según las necesidades.
  - ☑ Se realizaron **Compras a Laboratorios** según concursos de precios, a diferencia de la compra directa a farmacias con precios minoristas.
  - ☑ Incorporación de protocolos para el uso de **Leches Medicamentosas** con auditorías y posterior compra a laboratorios según concursos de precios mayoristas.

En la ciudad de VGG, salvo los Planes Federales de Vacunación, no se realizan trabajos de campo en cuanto a la salud, desconociéndose la mayoría de las necesidades de la población, es por ello que como objetivos a desarrollar a mediano y largo plazo, se proponen<sup>69</sup>:

- Desarrollar censo sanitario.
- Determinar zonas susceptibles de padecer brotes de enfermedades.
- Crear registro de personas con capacidades diferentes o enfermedades severas.
- Desarrollar seguimiento de planes vacunatorios casa por casa.
- Promover la participación voluntaria de profesionales de la salud.
- Ofrecer asistencia con planes alimentarios especiales.
- Reformular la estructura y el funcionamiento hospitalario y de dispensarios.
- Colaborar en la formación de futuros profesionales de la salud.
- Desarrollar capacitaciones específicas.

### **2.c.B. Misión**

La Misión de la Secretaría de Salud comprende:

- ✓ La asistencia al Intendente en todo lo relacionado con la salud, especialmente la promoción, preservación, conservación y recuperación de la salud mediante programas y actividades de medicina preventiva y curativa o asistencial;

---

<sup>69</sup> Extraído del Programa de Gobierno 2007-2011.

- ✓ La instalación, mantenimiento y control de centros de salud, hospitales, salas de primeros auxilios, dispensarios, servicios ambulatorios.
- ✓ El registro y control del funcionamiento de hospitales, sanatorios clínicas y consultorios médicos privados en lo que haga a la competencia municipal;

### **2.c.C. Visión y Estrategia**

La secretaría asume a la salud como Derecho Humano fundamental, y en consecuencia plantea en su proyecto de salud<sup>70</sup> como principales ejes de acción a la atención primaria como estrategia integral, como así también la equidad en el acceso a la salud; la gestión participativa de los trabajadores de salud<sup>71</sup>.

En concordancia con esta visión de la salud, la Secretaría ha logrado la gratuidad de los servicios de salud, desde diciembre de 2007

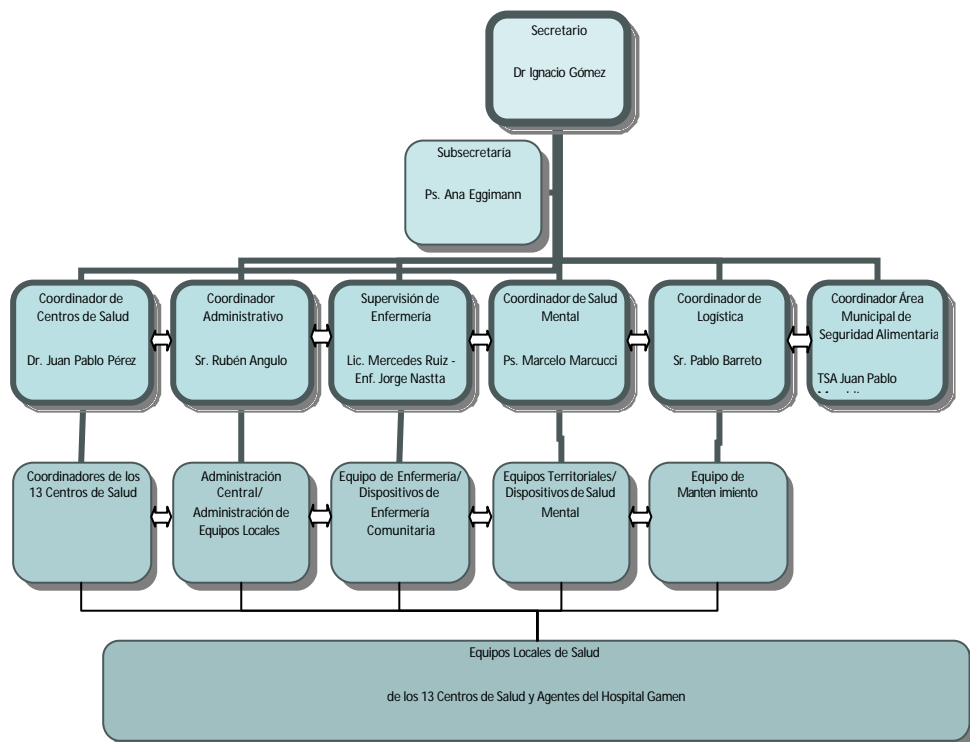
---

<sup>70</sup> Es un documento declarativo, publicado en 2008 que explica la visión y fundamentos sobre salud que comparte la nueva gestión.

<sup>71</sup> Entre la información que nos fue provista por la Secretaría se encuentra un documento de dos carillas que trata sobre la Gestión Colegiada como método para democratizar las instituciones de salud. Este método se centra en los Equipos de salud; pretende lograr los objetivos de producir salud, a la vez que intenta estimular a los trabajadores, para ampliar su capacidad de reflexión, cogestión y realización personal y profesional.

## 2.c.D. Estructura Organizativa

Cuadro N°15: Organigrama de la Secretaría del Área de Salud de VGG:



### I. Primer nivel:

- *Secretario y Sub secretaria* ? Sus principales funciones son vincular a la Secretaría con las demás dependencias municipales, así como también instituciones locales y



provinciales, para gestionar servicios de salud, su mejoramiento, y nuevas estrategias para cumplir la misión de la Secretaría.

Da dirección y curso a las políticas sanitarias para la ciudad, sus decisiones toman la forma de Resoluciones vinculantes para todo el sistema de salud dependiente de la Secretaría.

Promueve la actualización de los recursos humanos, presenta el presupuesto anual para la secretaría.

## II. Segundo Nivel:

- *Coordinador de Centros de Salud*
- *Coordinador Administrativo* ? Su función principal es la de generar, ordenar, coordinar e interrelacionar las áreas municipales con la gestión ejecutiva y el desarrollo de todo proceso administrativo interno, al igual que establecer mecanismos vinculados a acuerdos con instituciones (internacionales, nacionales, provinciales y regionales-locales) con actividades afines a las que se generan en la Secretaría de Salud.

Hay, a su vez 4 ejes conductivos para la actividad de esta área:

- El ordenamiento interno administrativo: la conformación de la estructura que cada gestión requiera para alcanzar los objetivos en diferentes diseños de políticas de salud.
- El cumplimiento de los objetivos se debe ajustar a un presupuesto que lleva la elaboración acorde a los programas y/o proyectos, el mismo es anual y deberá ser

consensuado a nivel Ejecutivo interno y elevado en tiempo y forma al Concejo Deliberante, en el que estará incluido el Organigrama General de la Secretaría (recursos humanos, bajas, altas) para el logro de metas y referidos a necesidades de servicios y demandas poblacionales en base a estudios demostrables.

- Cada procedimiento interno genera una documentación respaldatoria, por lo que cada acto y/o motivo de decisión conlleva un registro que deberá ser administrado y que servirá de resguardo de las acciones y/o órdenes emanadas y que son rubricadas con el sello y firma del Secretario.
- Registrar la entrada y salida de documentación: conformar los equipos de recursos humanos para gestionar los lineamientos dispuestos por los decisores políticos y ajustar los modelos administrativos a tales requerimientos.
- *Supervisión de Enfermería*
- *Coordinador de Salud Mental ?* En julio de 2008 se designó al Coordinador de Salud Mental, con las funciones de coordinar, organizar y programar los servicios destinados a Políticas de Salud Mental a nivel local, como así también gestionar ante las diferentes organizaciones de este ámbito a nivel Provincial y/o Nacional. (Resolución N° 0000/08)
- *Coordinador de Logística*
- *Coordinador Área Municipal de Seguridad Alimentaria*

### III. Tercer Nivel:

- *Coordinadores de los trece Centros de salud ?* Cabe destacar que los coordinadores de los Centros de Salud son médicos que trabajan en los centros, y tienen experiencia de muchos años de trabajo en la salud de la ciudad, que en algunos casos ronda los 25 años. Funciones: 1-Programar y supervisar las actividades del Centro de Salud de acuerdo a las políticas diseñadas. 2-Asegurar el cumplimiento de las normas administrativas que regulen al personal del Centro cualquiera sea su dependencia y situación de revista. 3-Diagramar dentro del horario de atención del Centro las actividades de consultorio, a fin de asegurar la continuidad de las prestaciones, garantizando la accesibilidad. 4-Diagramar en conjunto con el coordinador de Centros de Salud las licencias del personal a fin de no interrumpir la prestación de los servicios. 5-Representar administrativamente al Centro de Salud. 6-Desarrollar la totalidad de su carga horaria en el Centro correspondiente. 7- Participar en la definición del área de responsabilidad del Centro; caracterizar a la población de dicha área en cuanto a sus variables socioculturales y epidemiológicas. 8-Asegurar y supervisar las prestaciones a la totalidad de la población de su área de responsabilidad. 9-Asegurar el correcto registro de la totalidad de las prestaciones del Centro de Salud. 10-Estudiar las condiciones ambientales características antropozoonóticas de su área de responsabilidad. 11-Garantizar niveles de cobertura epidemiológicamente aceptables en la prevención de patologías inmunoprevenibles. 12-Promover la educación para la salud de la comunidad. 13-Desarrollar estrategias de participación comunitaria. 14-Promover las actividades dirigidas a la capacitación de personal del Centro. 15-Propiciar espacios de encuentro entre los trabajadores del

Centro de Salud destinados a la planificación, evaluación y reflexión acerca de las prácticas cotidianas y del impacto de ellas en la población a cargo. 16-Propiciar la participación de los trabajadores interesados en espacios de gestión en salud. 17-Garantizar el cumplimiento de los acuerdos construidos en los espacios de gestión, así como también la circulación de la información al interior del Centro de Salud.

- *Administración central / Administración de Equipos locales*
- *Equipos de enfermería / dispositivos de enfermería comunitaria*
- *Equipos territoriales / Dispositivos de Salud Mental* ? Están por fuera de la estructura del organigrama de la secretaría (son contratados), y trabajan en el seguimiento de casos: las embarazadas, que tienen que asistir a controles periódicos, niños con el calendario completo de vacunas, desnutridos, etc. Además tenemos un 'filiograma' que comprende la 'historia clínica' de las familias, es decir, en los centros se conoce la situación familiar, entonces cuando llega un integrante, sabemos cómo vive, y que casos de salud tienen en la familia con la que vive para poder referenciar y atenderlos mejor.

En cuanto a la salud mental, se realiza una intervención integral que comprende violencia, discapacidad y adicciones, se trabaja con equipos para abordar la temática. Se intenta capacitar y formar gente para conformar redes de intervención y

contención, para que los efectores de salud tengan herramientas para enfrentar estos casos<sup>72</sup>.

- *Equipo de Mantenimiento*

#### IV. Cuarto Nivel:

- *Equipos locales de Salud de los 13 Centros y Agentes del Hospital Gamen*
- *Personal administrativo de los centros de salud ?* Sus principales funciones y responsabilidades son: 1-Cumplimiento del horario. 2-Inscripción de pacientes en el informe diario de Consultorio Externo. 3-Identificar a los beneficiarios de programas de salud. 4-Ordenar y actualizar historias clínicas. 5-Informar a los pacientes sobre los servicios del centro. 6-Enviar formularios estadísticos a la Secretaría de Salud (Resumen diario y mensual de consultas, producción y recursos, formulario C2-epimiológico, etc. 7-Entregar: resultados de análisis, leche y medicamentos. 8-Asistir a reuniones de grupo de trabajo con el equipo del centro de salud, participar de capacitaciones.

#### 2.c.E. Presupuesto

Los recursos que administran los Servicios para la Atención Médica de la Comunidad reconocen dos orígenes o fuentes:

---

<sup>72</sup> Entrevista con el Secretario de Salud, Ignacio Gómez, ver anexo V.

1. Fuentes de Financiamiento Jurisdiccional: la totalidad de las partidas que puede asignarse al SAMCo y Centros Provinciales de Salud, recibidas y distribuidas por el Gobierno Provincial a través del Ministerio de Salud. Las mismas provienen de diversas fuentes: partidas para gastos de funcionamiento, provenientes de Rentas Generales de la Provincia, partidas asignadas en concepto de capitales globales, subsidios provinciales para fines específicos, entre otros.
2. Fuentes de Financiamiento Propio: Prestaciones de la Seguridad Social y otras, Derechos de uso de las instalaciones, Contribuciones voluntarias, Aportes de Cooperadoras, Donaciones, Herencias, Legados y de otros organismos oficiales o privados que realicen aportes en afectivo.

### **2.c.F. Recursos Humanos**

La Secretaría cuenta con una planta permanente de 159 Empleados: 46 médicos, 9 odontólogos, 23 enfermeros, 2 trabajadoras sociales, 10 psicólogos, 3 técnicos radiólogos, 3 fonoaudiólogos, 1 bioquímico, 1 veterinario, 33 administrativos, 17 mucamas, 4 de mantenimiento, 1 chofer, 6 en el gabinete ('Gabinete' son los cargos de quienes aparecen en el primer y segundo nivel del organigrama).

En cuanto a la organización del personal podemos decir que esta es una de las secretarías más descentralizadas de la Municipalidad, ya que en el edificio de la Secretaría sólo

trabajan alrededor del 10% del personal, el resto está distribuido en los 9 centros de salud municipal, en los 4 Centros de Salud Provincial y en el Hospital.

### **2.c.G. Cultura**

Lo que hemos podido observar con respecto a la forma de trabajo en la Secretaría es:

- ✓ Trato amable entre empleados y para con subordinados. Personal de Maestranza accede a la oficina de los coordinadores con asiduidad, incluso atiende el teléfono.
- ✓ En el trato entre los empleados no se observa la distancia jerárquica, todos se tutean, comparten mates.
- ✓ Atención personalizada de casos. Por los comentarios escuchados mientras se atendía a personas que se acercaron a la Secretaría pudimos observar que los coordinadores conocen a la gente por su nombre.
- ✓ Se percibe una importante pro actividad en las personas que trabajan en la secretaría, principalmente promovido por el Secretario y la Subsecretaria (son los únicos que ingresaron con la nueva gestión, el resto del personal ya estaba). Esto se manifiesta en el estilo de gestión participativa, en la implementación de nuevas maneras de llegar a quienes necesitan del sistema de salud, la promoción Web y mediante gacetillas de prensa (estas dos últimas cosas son realizadas por la Municipalidad, no depende específicamente de la Secretaría, si bien tiene su participación, comunicando sus actividades); la ampliación del espectro de servicios

en corto tiempo de gestión, y sin haber logrado un aumento presupuestario importante; la diligencia con la que se actúa frente a las circunstancias.

### **2.c.H. Descripción de instalaciones**

La Secretaría de Salud se encuentra a la vuelta de la entrada principal del edificio de la Municipalidad; está comunicada por un estacionamiento interno, por el cual se ingresa precisamente a la Secretaría. Ésta no cuenta con una puerta de salida directa a la calle, sino que se ingresa a ella por un portón, por el cual ingresan vehículos permanentemente. No está identificada como Secretaría, y en el edificio hay otras oficinas (Patentamiento, Soporte técnico, Depto. De Compras y suministros, Depto. De Proyecto y Planificación). En el pasillo que comunica todas estas oficinas hay varios cuerpos de archivo.

El personal administrativo de la Secretaría está organizado en dos oficinas, una que corresponde al Secretario y la otra donde se organizan varios escritorios para los coordinadores, que trabajan en un mismo espacio sin divisiones. Podemos observar que el espacio que comparte el personal en la secretaría es bastante reducido. De hecho, se observan cajas apiladas en diferentes lugares, como así también instrumental y hasta una heladera que está destinada a un Centro, en la oficina del Secretario.



### **2.c.I. Redes**

La Secretaría adhiere a la manera de pensar la salud regionalmente, con diferentes prestaciones en diferentes localidades. En la entrevista con el Secretario de Salud, como así también con el Coordinador Administrativo de la Secretaría me explicaron que hace falta coordinación para que el sistema de salud metropolitano le brinde ciertos servicios a la ciudad, que por sí sola no puede lograr, y hasta sería un desaprovechamiento de recursos tener ciertos servicios que, si bien son muy importantes, no se utilizan mucho según las estadísticas, ya que el 80% de las necesidades en salud se resuelven en el primer nivel. De manera tal que la idea es reforzar este primer nivel, y lograr acuerdos, que tal vez pueden venir dados por la provincia, o directamente con Rosario para acceder a ciertos servicios. Hoy si bien hay algunos acuerdos, no son formales (hay un sistema de turnos organizado en el Hospital Provincial para las diferentes localidades del nodo Rosario), y los ciudadanos de Gálvez muchas veces sufren discriminación y no pueden acceder a la atención médica que necesitan (esto no es algo nuevo, sino que viene desde hace mucho tiempo). Por lo cual urge que los acuerdos políticos definan esto.

Con respecto a los centros de Salud provinciales y al Hospital Gamen, el hecho es que hay bastante personal de la municipalidad que tuvo que ubicarse allí, para cubrir los puestos que la provincia no pudo cubrir, con lo cual la Secretaría se hace cargo de esos sueldos, que pesan en su presupuesto, y generan desequilibrios. El dinero que envía la Provincia mensualmente para sueldos del Hospital es \$ 55.000<sup>73</sup>.

---

<sup>73</sup> Entrevista al Secretario de Salud, Ignacio Gómez, ver anexo V.

Se están coordinando acciones con la Secretaría de Salud de Rosario, en el marco de un concepto de salud metropolitano. A su vez, se trabaja conjuntamente con tres centros de atención primaria de la salud de Rosario, que están frente a VGG. (Aunque aún no hay acuerdos con sustento institucional)

Se firmaron convenios con distintas facultades de la UNR y con la UCEL para pasantías, instancias de formación y trabajo conjunto:

- ✓ Convenio con **Facultad de Psicología de la UNR** para Residencias Clínicas y Educativas de pregrado de Psicología. Mediante la misma se recibirá en el sistema de salud a dieciocho estudiantes de Psicología para completar su formación.
- ✓ Convenio con **Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Ciencia Política de la UNR**. A partir de este acuerdo, ocho alumnos de 5º año de la carrera de Trabajo Social realizarán sus prácticas en el ámbito de nuestra ciudad.
- ✓ Convenio con **Facultad de Medicina de la UNR**. Se firmó un nuevo acuerdo por el cual diecinueve alumnos de pregrado y veinte médicos realizan las prácticas de Practicanato Final Obligatorio, Prácticas Finales y Medicato en el ámbito de la salud local.
- ✓ Convenio con la **Licenciatura de Nutrición de la UCEL**. En el marco del proyecto “Alimentación Saludable” veinte tesistas coordinados por tres nutricionistas de la facultad se incorporan a los equipos de salud locales, extendiendo sus prácticas a escuelas y comedores de la ciudad.

### **2.c.K. Dificultades**

Para la directora del Hospital Gámen, las principales dificultades son la falta de autonomía de gestión, y como consecuencia de ello, los tiempos que se extienden e impiden ciertas realizaciones. Y el elemento económico que por sí solo puede resolver muchos problemas, pero siempre resulta escaso.

Para el secretario y la subsecretaría de salud, las principales dificultades tienen que ver con los tiempos de los cuales dependen, que a veces son largos; la falta de coordinación y acuerdos que aseguren los niveles superiores de atención y la falta de presupuesto es el otro gran problema.

Hemos percibido, después de analizar las diferentes opiniones relevadas, que las mayores dificultades para aquellas personas que trabajan en la organización, son los recursos financieros.

Otro problema a tener en cuenta es que los costos, tanto de los Centros de Salud como del Hospital, no son fijos, sino que a veces se suman otros: se rompen las ambulancias, se necesita más personal cuando se incrementa el número de internados crónicos y agudos, aumentan los precios de los insumos y la Provincia envía siempre la misma cantidad de dinero. Por lo tanto, existen muchos requerimientos. La ciudad fue creciendo y la cantidad de usuarios del también. La gente quiere un servicio de guardia continuo lo que implica más gasto en personal y en recursos. Al médico de guardia no se lo consigue fácil, dado que sus salarios en general, son más elevados que los del resto del personal médico.

Es necesario mencionar que tanto el aparato de rayos convencional como el ecógrafo que se utilizan en el SAMCo son antiguos, y la sala de rayos no cuenta con las medidas de seguridad necesarias para dicha actividad, ya que debería ser una habitación totalmente blindada y en cambio, tiene en una de sus paredes una ventana.

A esto hay que sumarle la poca comodidad que tienen los pacientes mientras esperan ser atendidos. La sala de espera es pequeña y sin asientos suficientes por lo que cuando hay gran cantidad de usuarios, sobre todo madres con niños, los espacios quedan chicos y el mal humor de las personas se hace notar.

### **2.c.J. Síntesis de Estructura**

Destacamos en el relevamiento realizado a la estructura organizacional que la Secretaria de Salud ha ido evolucionando en el tiempo acorde a los cambios en la población y en los modelos de Salud imperantes. En sus últimas modificaciones se puede valorar la incorporación de aquellos aspectos relativos al medio ambiente y el reforzamiento de la Atención Primaria de la Salud como estrategia fundamental. Esto es evidenciado en su concepción de la Salud como un Derecho Humano Fundamental, plasmado en la gratuidad de la prestación que se consiguió a partir de diciembre de 2007.

En toda su estructura es importante el peso relativo que tienen los Centros de Salud, que brindan Atención Primaria de la Salud. Toda la estructura organizativa gira en torno a este servicio teniendo en cuenta las características socio demográficas de la población de Villa

Gobernador Gálvez. La misma cuenta con cuatro niveles jerárquicos lo que denota un nivel alto de complejidad. Como se dijo anteriormente, la misma se ido modificando y modernizando a lo largo del tiempo y acorde lineamientos generales.

En general en todos los niveles de la estructura se puede destacar entre sus funciones la participación de todo el personal, la búsqueda concertada de soluciones y el trabajo en equipo. Ésta, debido a sus características, es una de las secretarías con mayor nivel de descentralización. En general se puede ver un trato cordial y personalizado tanto al interior de la estructura como en su entorno.

### **2.c.K. Competencias distintivas**

Las competencias distintivas de esta organización, es decir, aquellas tareas que mejor realiza y que la distinguen de entre otras instituciones son las siguientes:

- Actividades destinadas a la prevención de enfermedades (vacunaciones, control de embarazos, etc.).
- Atención por parte del área de Servicios Sociales (entrega de medicamentos y leche).
- Recursos humanos calificados para la Atención Primaria de la Salud (y buena atención por parte de los médicos, según la apreciación de los pacientes)
- La rapidez en la implementación de medidas.

- La pro actividad.
- La innovación.
- La gratuidad de los servicios.
- La operatividad para implementar servicios nuevos.

## Cuadro N° 15: Matriz Foda del Área de Salud de Villa Gobernador

**Gálvez**

<b>AMENAZAS</b>	<b>ALTA</b>	Inflación Mercado Laboral Salarios Pobreza Cobertura de Salud Redistribución del Ingreso Recursos Humanos Infraestructura Hábitos Demanda Sector Público Zonas Vulnerables	Tipo de cambio alto Aumento de las Exportaciones Economía Regional Relación Provincia-Municipio	<b>ALTA</b>
	<b>MEDIA</b>	Tipo de cambio alto Inversión Cercanía a Rosario Revalorización Prestación Utilización del Servicio	Mercado Laboral Salarios Rol del Estado Recursos Humanos Cercanía a Rosario Programas y Planes Revalorización	<b>MEDIA</b>

<b>DEBILIDADES</b>	<b>BAJA</b>	Tasa de Natalidad	Avances Tecnológicos Tendencia Prestación	<b>BAJA</b>
	<b>ALTA</b>	Muy bajo Nivel de Complejidad Déficit Tecnológico Déficit de Programas Propios Estructura Edilicia Política comunicacional Espacio físico Insuficiente Insuficiencia de Recursos Financieros Tiempo de Espera Servicio de Guardias Sala Maternidad Desactualización en el equipamiento	Gratuidad Profesionalidad de RR.HH. Médicos Buen Clima Laboral Vacunatorio Descentralización Centros de Salud distribuidos estratégicamente Complementariedad de Centros de Salud Municipales-Provinciales Ampliación de Servicios	<b>ALTA</b>
	<b>MEDIA</b>	Sistema de Salud Expulsivo RR.HH. Insuficientes en Especialidades Señalización y Acceso a la Información Dotación de Camas Entrega de Turnos Sala de Rayos X	Buena Atención Administrativa y Médica Buena Percepción de los U suarios Buena Ubicación Geográfica	<b>MEDIA</b>



	<b>BAJA</b>	Poca Participación de los Coordinadores en la gestión	Limpieza y Mantenimiento	<b>BAJA</b>

#### **IV. ETAPA PROPOSITIVA.**

“...La administración pública del país en general constituye un sistema de suma complejidad en sus componentes de infraestructura, tecnología, y personal. Se puede observar en ella un patrón caótico en la que se identifican algunas variables matrices que son susceptibles de ser influidas por pequeños cambios en forma positiva. Para proponer estos pequeños cambios en este sistema complejo es necesario primero identificar el patrón caótico...”<sup>74</sup>.

La Administración Pública ha sido objeto de estudio y debate a lo largo del siglo XX. Desde diversos enfoques se trató acerca de su rol, conformación, alcances, estructuras, y

<sup>74</sup> Efecto Mariposa en la Administración Pública en [www.opinionesliderchancay.blogspot.com](http://www.opinionesliderchancay.blogspot.com)

metamorfosis / evoluciones. A diferencia de las tradicionales conceptualizaciones de Burocracia, donde se la califica despectivamente, "...como sistema de racionalidad y funcionalidad aparentes y de arbitrariedad y disfuncionalidad reales, cuyo resultado es la ineficacia y caracterizado por actuar con un formalismo ignorante de la realidad, por la sumisión de lo concreto vital a abstracciones desvitalizadas, por la pedantería (es decir, por el detallismo), por la rutina administrativa (ritualismo), por la dilación de las resoluciones, por la evasión de la responsabilidad y la sumisión dogmática a los criterios de la superioridad o del precedente..."<sup>75</sup>, nuestra visión se orienta más a pensarla como "...un sistema objetivo de gestión y administración que puede ser concebido y valorado de distintas maneras..."<sup>76</sup>.

El Estado en Argentina ha brindado históricamente servicios públicos; la salud ha sido, a lo largo de los últimos sesenta años, un espacio de acción donde el Estado se ha caracterizado por su importante presencia. Es por ello, que es importante pensar en mejoras constantes para una administración pública que tiene mucho peso e influye positiva o negativamente en la vida de la sociedad civil y de los ciudadanos en particular. Siguiendo a Oszlak "...las nuevas fronteras que se están dibujando entre la sociedad y el Estado deben preservar, para este último, un territorio y un papel irrenunciables: un ámbito de intervención y un rol conciliador entre demandas de estabilidad, crecimiento y equidad..."<sup>77</sup>. Es por esta causa que la necesidad de mejorar –a veces de forma drástica y otras paulatinamente- las estructuras administrativas estatales, aparece como algo importante para aspirar a tener servicios públicos de calidad creciente y que muestren la realización del rol del Estado.

---

<sup>75</sup> GARCÍA PELAYO, MANUEL. Burocracia y tecnocracia. Pág. 15.

<sup>76</sup> GARCÍA PELAYO, MANUEL. Burocracia y tecnocracia. Pág. 15.

<sup>77</sup> OSZLAK, OSCAR. Estado y sociedad: las nuevas fronteras. Pág. 4.

Por lo tanto, considero que es necesario, tras el camino recorrido, incorporar propuestas de mejora que hagan de la administración de nuestra organización una más moderna o, al menos, que tenga una creciente eficiencia, y susciten una visión positiva en la imagen que los usuarios y la ciudadanía en general tengan de ella. Creemos que es importante desde este espacio realizar aportes con una visión positiva que sirvan para pensar y poner en discusión aspectos de la administración que sean plausibles de ser cambiados, y a la vez aportar ideas en pos de ello, tratando, de alguna manera, de modificar la perspectiva que se tiene sobre administración pública y sus posibilidades de reforma.

Luego de haber analizado el contexto donde está inserta el Área Salud de la Municipalidad de VGG y de haber estudiado en profundidad su organización y funcionamiento realizare una propuesta orientada a superar algunas de las dificultades que tiene la institución.

#### **A. ESTRATEGIA.**

En consonancia con lo anteriormente dicho como estrategia se busca:

“Revalorizar el rol del Estado, es decir en el servicio de salud, generando pequeños cambios, graduales y visibles que inauguren un proceso de cambio y renovación constantes (el efecto mariposa) para que influyan en todos los procesos, tanto visibles como invisibles y proyecten una imagen positiva del servicio”

### **Propuesta de mejora N° 1: Política Comunicacional Clara y Homogénea**

#### **Objetivo General**

- Mejorar la relación del usuario con el Hospital y los Centros de Salud Municipales.

### Objetivos Específicos

- Facilitar el proceso de información y acceso del usuario a los servicios que brinda el Hospital y los Centros de Salud.
- Unificar los servicios de señalización y orientación al usuario.

### Posicionamiento / Ideas Fuerza:

- Comunicación eficaz de la información de las prestaciones y actividades a los pacientes.

### Estrategia:

Para llevar adelante esta propuesta, el personal del sector debe ser capacitado adecuadamente y tener en cuenta que es la cara visible de la organización, y de ahí su importancia para orientar al usuario. Además, se debe establecer el uso de identificación por parte del personal (credenciales, uniformes, insignias).

Se debe generar una señalización de las diferentes dependencias de manera adecuada y coherente. (Esto da mayor seguridad a los usuarios y descongestiona al personal)

También se sugiere crear instrumentos de información relativa a tiempos, requisitos, formatos y costos de los trámites, lo cual se llevará a cabo por medio de la implementación de un panel donde figurarán los nombres de los profesionales, el tipo de servicio que brindan, y los días y horarios de atención.

El mismo estará ubicado en la entrada principal de cada lugar.

Esta modificación permitirá tener información actualizada de forma permanente sobre los servicios que se prestan en el Hospital y en los Centros de salud; además agilizará el trabajo del personal administrativo que se desligará de esta tarea y evitará la concentración de personas en el pasillo de acceso a la institución.

## **Propuesta de mejora N° 2: Elaboración de un manual de procedimientos.**

### Objetivo general.

- Eficientizar al interior de la institución la determinación, comunicación y funcionamiento del conjunto procedimientos que deben llevarse a cabo.

### Objetivos específicos.

- Delimitar las funciones y tareas de las distintas áreas que componen la institución.
- Facilitar la identificación de errores.
- Facilitar la asignación de responsabilidades.

### **Posicionamiento/ Ideas Fuerza:**

- Responsabilidad delimitada y asumida.
- Evaluación del desempeño.

### **Estrategia:**

La estrategia consta de dos partes. En la *primera* se procede a un relevamiento de los diferentes puestos que componen la estructura de la institución, para determinar específicamente las funciones y tareas que deben desempeñar para lograr contribuir al objetivo de la Secretaría.

*Luego* se redacta el manual y el mismo es dado a conocer al conjunto los recursos humanos para su puesta en práctica.

Dicho manual de procedimientos va a permitir tener especificado correctamente cuales son las funciones y tareas y la posibilidad de evaluar su cumplimiento, como así también identificar a los responsables de las mismas.

Como resultado de la delimitación de funciones y tareas, se agilizará y eficientizará la comunicación interna de la organización, a la vez que se reducirá la posibilidad de sobrecargar de tareas a algunos sectores del personal.

### **Propuesta N° 3: Convenio con clínicas privadas de la ciudad**

#### Objetivo general:

- Eficientizar la vinculación entre el sector privado y público de salud de la ciudad

#### Objetivos específicos:

- Utilizar la tecnología que dispone la clínica para atender al sector público de salud
- Generar canales de integración entre ambos sectores (dando respuesta a la demanda que el sector público no puede satisfacer, y evitando la subutilización de recursos en el sector privado)
- Disminuir la migración de los pacientes hacia los servicios públicos de salud de Rosario.

#### Posicionamiento/ideas fuerza:

- Revalorización de los servicios de salud disponibles en la ciudad

#### Estrategia

Se hará una reunión con los representantes de los servicios privados de salud de la ciudad que estén interesados en participar del convenio y sobre la base de los recursos disponibles

y las necesidades e intereses de cada sector se firmará un convenio para que usuarios del servicio público de salud puedan acceder a la tecnología que dispone el servicio privado.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- CHIAS, Joseph. “Marketing público. Por un gobierno y una administración al servicio del público”. Madrid, España. Mc Graw Hill-Interamericana de España. 1995.
- FEIN, Mónica. “La Salud en Rosario, un derecho de todos”. Secretaría de Salud Pública Municipal, Municipalidad de Rosario.
- GARACÍA PELAYO, MANUEL, “Burocracia y tecnocracia”, Editorial Alianza, España, 1987.
- GRONROOS, Christian. “Marketing y Gestión de Servicios. La Gestión de los momentos de verdad y la competencia en los servicios”. Madrid, España. Ediciones Díaz de Santos S.A. 1994.
- KATZ, Jorge y MUÑOZ, Alberto. “Organización del sector salud: puja distributiva y equidad” Buenos Aires. Centro Editor de América Latina. 1998.
- KATZ Jorge Y MIRANDA Ernesto. “Reforma del sector de salud, satisfacción del consumidor y contención de los costos”. Santiago de Chile. Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Políticas Sociales. 1995



- MINTZBERG, Henry. “Diseño de Organizaciones Eficientes”. Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo 1994.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). “Un porvenir más seguro. Informe sobre la salud en el mundo 2007. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI”. Ginebra, Suiza. OMS 2007.
- Documento para el Banco Mundial: El funcionamiento del Sistema de Salud argentino en un contexto federal. Centro de estudios para el desarrollo Institucional. Año 2002.
- Documento: El sistema de Salud en Argentina. Carlos Acuña – María Chudnovsky. Año 2002.
- Dossier Nacional de Atención Primaria en Salud y la integración con otros niveles de atención. República Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2005.
- OZLAK, OSCAR, (1996) “Estado y Sociedad: Las nuevas fronteras” en Kliksberg, Bernardo, ‘El Rediseño del Estado, Editorial Fondo de Cultura Económica, México.
- Informe sobre la gestión sanitaria desarrollada en la Zona VIII de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe durante el período 2004-2007. Gobierno de Santa Fe, año 2007.
- Salud: desequilibrios y demandas insatisfechas. Documento Bolsa de Comercio. Rosario. Año 2006.
- Bases del Plan Federal de Salud 2004 – 2007 Ministerio de Salud de la Nación Consejo Federal De Salud.

- Estudio descriptivo de efectores públicos de salud año 1993. Municipios de Rosario, Granadero Baigorria y Villa Gobernador Gálvez. Rosario. Fundación Banco Municipal de Rosario y Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. 1994.
- Indicadores De Salud Seleccionados República Argentina Años 2000 A 2005. Ministerio De Salud. Secretaria De Políticas Y Regulación Sanitaria. Subsecretaria De Planificación, Control, Regulación y Fiscalización. Abril 2007.
- Filminas de la Cátedra de Finanzas y Presupuesto Público. Facultad de Ciencia Política y RRII. U.N.R. 2005.
- Programa de Gobierno, Intendente Jorge Murabito, 2007-2011.

**Leyes y Ordenanzas:**

- Ley Provincial de Autogestión Hospitalaria N° 10.608/90.
- Ley Provincial N° 6312/67: Servicio para la Atención Médica de la Comunidad y sus modificaciones.
- Ordenanzas Municipales
- Resoluciones de la Secretaría de Salud

**Sitios Web:**

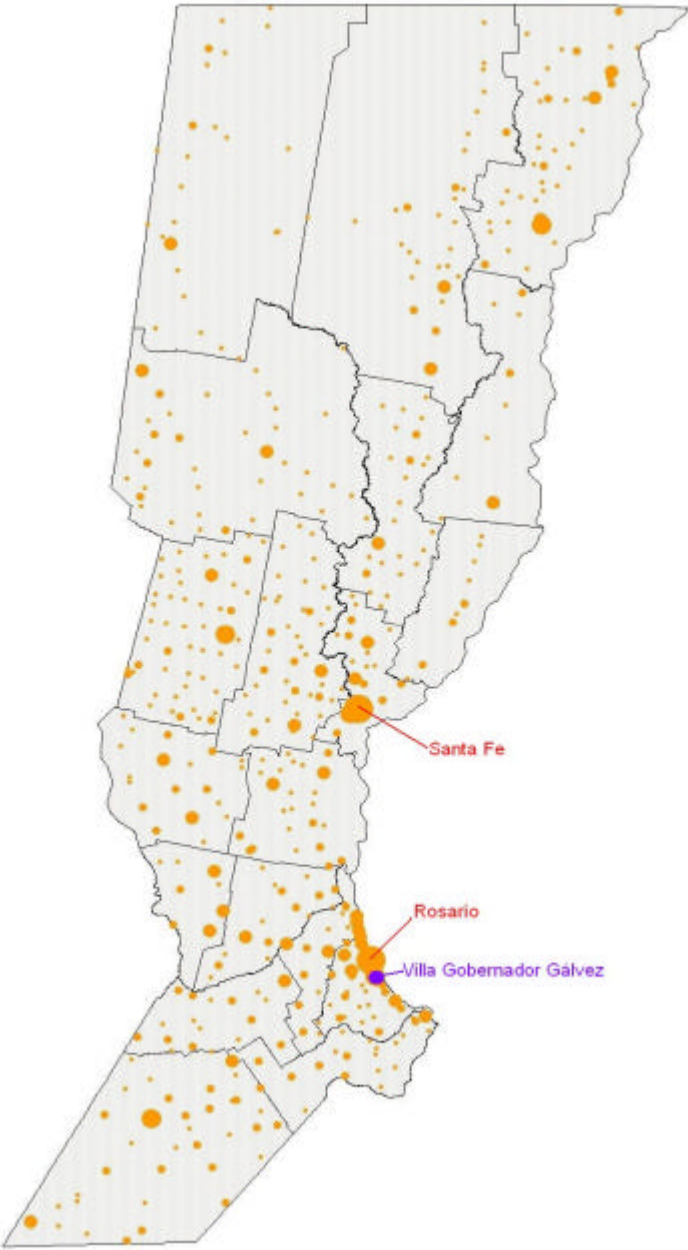
- Municipalidad de VGG. [www.vggmunicipalidad.gov.ar](http://www.vggmunicipalidad.gov.ar)
- Diario Clarín. [www.clarin.com](http://www.clarin.com)
- Diario El santafesino. [www.elcronistaregional.com.ar](http://www.elcronistaregional.com.ar)

- Diario La Capital. [www.lacapital.com.ar](http://www.lacapital.com.ar)
- Diario La Nación. [www.lanacion.com.ar](http://www.lanacion.com.ar)
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. [www.santafe.gov.ar](http://www.santafe.gov.ar)
- Hospital Intendente Carrasco. [www.hospitalcarrasco.org.ar](http://www.hospitalcarrasco.org.ar)
- Instituto Nacional De Estadísticas y Censos de la República Argentina (INDEC).  
[www.indec.mecon.ar](http://www.indec.mecon.ar)
- Instituto Provincial de Estadística y Censos (IPEC). [www.portal.santafe.gov.ar](http://www.portal.santafe.gov.ar)
- Ministerio de Salud de la Nación. [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)
- Municipalidad de Rosario. [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar)
- Sitio informativo. [www.noticiasdesantafe.def.com.ar](http://www.noticiasdesantafe.def.com.ar)
- Sitio informativo. [www.redcame.org.ar](http://www.redcame.org.ar)
- Sitio Oficial de la República Argentina. [www.argentina.gov.ar](http://www.argentina.gov.ar)

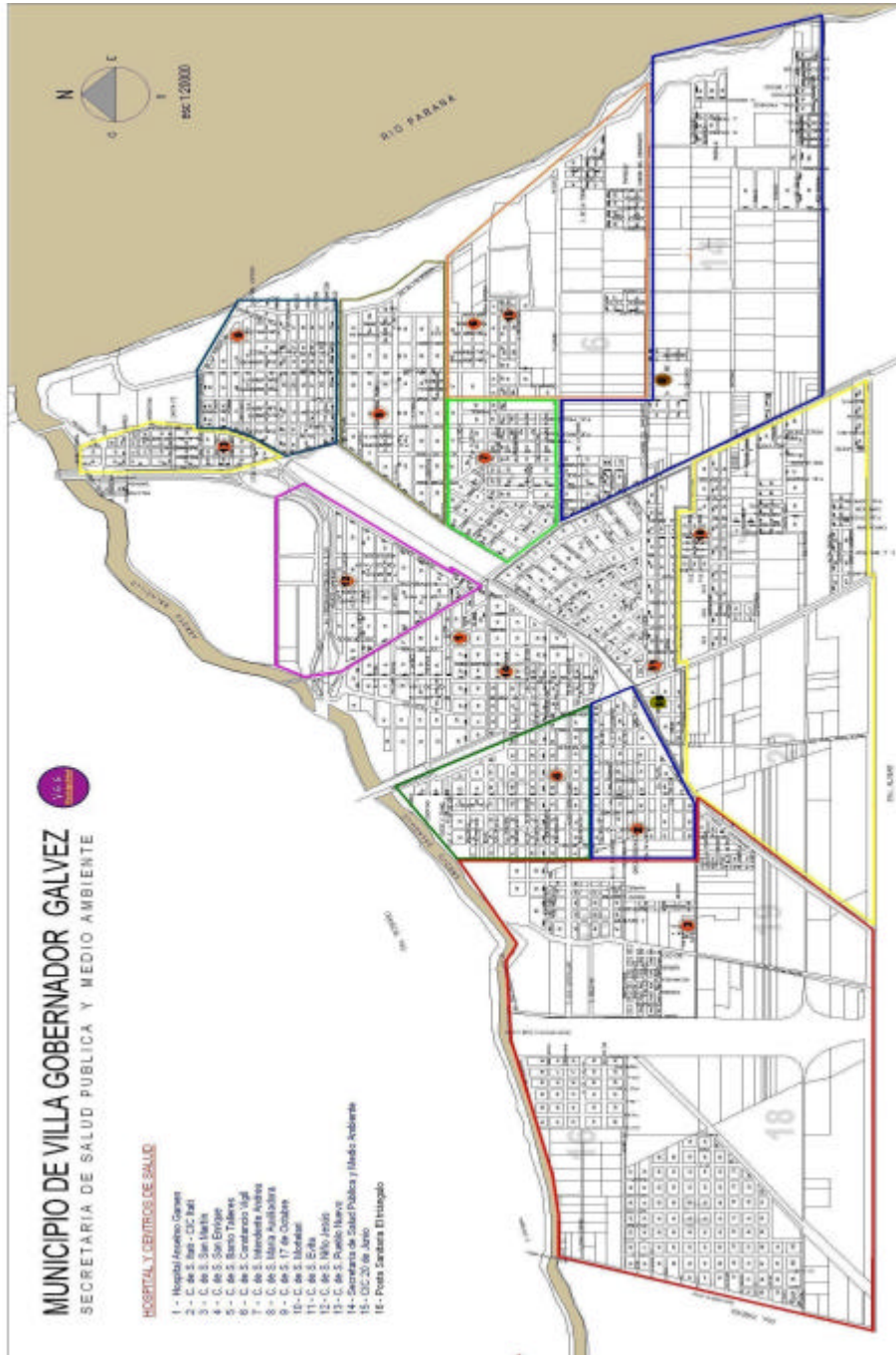
# **ANEXOS**

**ANEXO I**  
gobernador Gálvez

Mapa Provincia de Santa Fe, otorgado por el municipio de villa



ANEXO II Plano de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez



### **III** Modelo de encuestas realizadas a los usuarios del sistema de salud

**ANEXO IV**

Análisis de las encuestas realizadas a usuarios del servicio de salud de Villa Gobernador Gálvez

Preguntas/centros	SAN ENRIQUE 16					EVITA 19					B. MORTELARI 15					CONST. C. VIGIL.20					INT. ANDREU 10					TOTALES 80				
1- ¿Tiene obra social?	Si: 2 No: 14					Si: 3 No: 16					Si: 2 No: 13					Si: 9 No: 11					Si: 1 No: 9					Si:17 No: 63				
2- ¿Con que frecuencia concurre?	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
	0	1	2	1	3	2	1	5	4	7	1	0	3	9	2	-	9	4	7	-	-	1	6	2	1	3	1	2	3	1
3- ¿A qué distancia vive del centro?	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
	11	3	-	2	-	1	4	1	-	-	1	2	-	-	1	1	4	4	-	1	-	6	3	1	-	4	1	8	3	2
4- ¿Por qué tipo de dolencias concurre al centro??	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
	4	2	9	1	-	5	2	1	-	1	3	1	1	-	-	1	-	8		Psi	-	1	4	3	-	2	6	4	4	8
								1					1			0				c 7						2		4		



5- Viene al centro:	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F					
	1	5	8	1	1	3	6	7	1	1	2	6	6	1	-	1	-	1	2	Psi	7	3				1	2	3	5	6
													3						c 4						4	0	4			
6- ¿Alguna vez fue rechazado?	Si: 1 No: 14					Si: 5 No: 14					Si: 4 No: 11					Si: 5 No: 15					Si: 2 No: 8					Si: 17 No: 63				
7- Si la/lo derivan, a donde lo hacen?	Al hospital local:7 A Rosario: - Ns/nc: 9					Al hospital local: 7 A Rosario: 2 Ns/nc: 10					Al hosp. local: 10 A Rosario: Ns/ nc: 5					Al hospital local:15 A Rosario: 3 Ns/ nc: 2					Al h. local:8 A Rosario: 1 Ns/ nc: 1					Al hospital local: 47 A Rosario: 6 Ns/ nc: 27				
8- ¿Cómo la/lo atienden en administración?	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
	5	1	-	-	-	3	1	-	-	-	3	1	1	-	-	6	1	-	-	-	2	8	-	-	-	1	6	1	-	-
		1					6					1					4									9	0			
9- ¿Cómo la/lo atienden los médicos?	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
	4	2	-	-	-	5	1				5	1	-	-	-	9	1	-	-	-	2	8	-	-	-	2	5	-	-	-

							<b>4</b>						<b>0</b>						<b>1</b>												<b>5</b>	<b>5</b>			
10- ¿Le proveen los medicamentos que necesita?	Si: <b>13</b> No: <b>1</b> A veces no hay: 2					Si: <b>13</b> No: <b>1</b> A veces no hay: 5					Si: 13 No: 1 A veces no hay:1					Si: 15 (si no hay allí, van al hospital) No:1 Ns/ nc:4					Si: 6 No:2 Ns/ nc:2					Si: 60 No:5 Ns/ nc:7 A veces no hay 8									
11- El lugar le resulta:	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F					
	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>1</b>		<b>9</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>8</b>						
					<b>1</b>	<b>1</b>				<b>1</b>																									
	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>					
					<b>1</b>					<b>1</b>																				<b>2</b>					

12- ¿Cuáles son los servicios que usted más valora?	Pediatría: 8 Clínica: 4 Buena atención: 3 Odontología: 1 Todos: 1 Nutricionista: 1 Guardia: 3	Pediatría: 4 Clínica:1 Atención médica: 9 Odontología: 1 Medicamentos:5 Cercanía: 8 Análisis:1	Pediatría: 7 Clínica: 5 Buena atención: 3 Medicamentos: 1 Vacunatorio: 1	Pediatría 7 Clínica 1 Buena atención: 3 Odontología 1 Ginecología 8 Psicología 10 Laboratorio 1	Pediatría 13 Clínica 1 Buena atención: 3 Ginecóloga 2 Siempre están Horario	Pediatría: 39 Clínica: 12 Buena atención: 21 Odontología: 3 Medicamentos:6 Ginecología 10 Psicología 10 Cercanía: 8 Análisis/laboratorio/ Vacunatorio:3 Guardia: 3 Nutricionista: 1 Todos/siempre están:2
13- ¿Qué le	-Odontología: 3	-Odontología: 2	-Odontología: 6 -	Odontología: 1	e)Más	a)Odontología:11

parece que habría que mejorar o implementar en este centro?	e)Emergencias: 1 Vacunatorio: 1 d)-Obstetricia: 3 e)Guardia el finde: 1 -Todo bien: 3 -Ns/nc: 4	e)Más turnos: 2 d)-Ginecología: 3 f)Atención: 2 e)Más estudios: 2 e)Más médicos: 5 e)Ampliar el espacio: 3 e)Más Pediatría: 1 -Ns/nc: 3	todo bien: 6 f)Mejor atención:1 e)Más turnos: 1 Psicología: 1 e)Más medicamentos: 1 d)-Obstetra: 2	e)Más especialid: 3 e)Más pediatras:2 e)Atención 24 hs. 3	especialistas: 6	b)Ns/ nc: 7 c)Todo bien: 9 d)Serv.Para Mujer (obst., ginec.): 8 e)Ampliar servicios en tiempo y cantidad: 31 f)mejor atención: 3 vacunatorio: 1 psicología 1
14- ¿Cuánto tiempo de espera tiene desde que llega hasta que es	30': 11 1 hora: 4	30': 12 1 hora: 6 Ns/nc: 1	15': 2 30': 9 1 hora o más: 4	No relevado	No relevado	

atendido?						
-----------	--	--	--	--	--	--

De los resultados de las encuestas realizadas a *5 centros de salud municipales* podemos observar que:

- ✓ El 21% de los encuestados tienen obra social (17/80)
- ✓ El 40% de los encuestados manifestaron que asisten al centro 1 vez por mes, es decir que tienen una continuidad en la asistencia (comprende principalmente los casos de las madres que llevan a sus niños por controles de salud normatizados, desnutrición y entrega de leche). Con respecto al tipo de dolencias por las que concurre al centro, en primer lugar se encuentra la de los chicos.
- ✓ El 60% vive entre 1 y 5 cuadras de distancia del centro de salud, y casi el 24% entre 6 y 10 cuadras.
- ✓ Casi el 21% de los encuestados manifestaron haber sido rechazados alguna vez en los centros de salud. Cabe destacar, sin embargo, que quienes respondieron que fueron rechazados califican como buena o muy buena la atención de administración y médicos. A su vez en la pregunta sobre qué considera que hay que mejorar en el centro, sólo 2 de los 17 casos señala mejorar la atención y organización del centro. El resto de estos casos piden mejoras tales como: ampliar el

espacio físico y más especialistas (obstetra, psicólogo, dentista, clínicos, odontólogo, oculista, pediatra). En el caso de odontología se piden más instrumentos.

- ✓ En cuanto a la atención del personal administrativo, el 75% manifestó que atienden BIEN, y casi el 24% MUY BIEN, registrándose sólo un caso que calificó como REGULAR la atención; y en el caso de la atención de los médicos, casi el 69% calificó como BUENA la atención y el 31 % como MUY BUENA.

- ✓ En general, en los pedidos de mejoras o implementación de servicios (pregunta13), hubo 31 menciones<sup>78</sup> que agrupamos en “ampliar servicios en tiempo y cantidad”, esto comprende: más especialistas (para oídos, vista, psicólogos), más pediatras, más médicos, más estudios, entrega de medicamentos, atención 24 hs, guardias el fin de semana, emergencias, ampliar los turnos, y ampliar el espacio físico de los centros.

---

<sup>78</sup> Hablamos de “menciones” porque en las preguntas 4, 5, 11, 12 y 13 los encuestados podían enunciar más de una opción; debido a esto, no expresamos los resultados en porcentajes.

- ✓ A demás, cuando se preguntó sobre cuáles son los servicios que más valoran del centro (pregunta 12), hubo 39 menciones a pediatría, y en segundo lugar, con 21 menciones, se encuentra la “buena atención”; luego le siguen “Pediatría” (12 menciones), “ginecología” (10 menciones) y “psicología” (10 menciones)<sup>79</sup>
- ✓ Cuando preguntamos sobre las derivaciones hacia un nivel de complejidad más elevado (teniendo en cuenta que los centros de salud hacen atención primaria), casi el 60% respondió que se deriva al hospital local (GAMMEN).
- ✓ Por otra parte, en relación a la entrega de medicamentos, el 75% respondió que en el centro le proveen los medicamentos que necesita, y el 10% dijo que a veces no hay medicamentos y si no se consiguen en el hospital local, tienen que comprarlos.

Preguntas/centros	CIC ITATI 20 enc.					TALLERES 20 enc.					TOTALES				
1- ¿Tiene obra social?	Si: 3					Si: 6					Si: 9				
	No: 17					No: 14					No: 31				
2- ¿con que	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F

<sup>79</sup> Cabe destacar que estas 10 menciones de psicología corresponden al mismo centro, no registrándose en ningún otro centro. Una posible razón es que el día del relevamiento coincida con el día de atención de psicología.



frecuencia concurre?	-	2	-	8	10	1	4	3	8	4	1	6	3	16	14
3- ¿A qué distancia vive del centro?	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
	15	4	-	1	-	15	5	-	-	-	30	9	-	1	-
4- ¿Por qué tipo de dolencias concurre al centro??	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
	7	5	8	2	-	2	-	15	-	5	9	5	23	2	5
5- Viene al centro: (MAS DE UNA OPCIÓN ELEGIDA)	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
	-	5	10	1	6 X TODAS	-	2	12	3	3	-	7	22	4	9
6- ¿Alguna vez fue rechazado?	Si: 2 No: 18					Si: 4 No: 16					Si: 6 No: 34				
7- Si la/lo derivan, a donde lo hacen?	Al hospital local: 2 A Rosario: 3 Ns/nc: 15					Al hospital local: 11 A Rosario: 5 Ns/nc: 4					Al hosp. local: 13 A Rosario: 8 Ns/ nc: 19				

8- ¿Cómo la/lo atienden en administración?	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
	2	15	2	1	-	4	16	-	-	-	6	31	2	1	-
9- ¿Cómo la/lo atienden los médicos?	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
	3	16	-	-	1	7	13	-	-	-	10	29	-	-	1
10- ¿Le proveen los medicamentos que necesita?	Si: 15 No: 1 A veces no hay:3 Ns/nc: 1					Si:17 No: A veces no hay: Ns/ nc: 3					Si: 32 No:1 A veces no hay: 3 Ns/nc: 4				
11- El lugar le resulta:	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
	14	11	1	1	6	14	12	-	-	-	28	23	1	1	6
	G	H	I	J	K	G	H	I	J	K	G	H	I	J	K
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6					6

<p>12- ¿Cuáles son los servicios que usted más valora?</p>	<p>Pediatría: 3  Clínica: 1  Buena atención: 8  Odontología:  Medicamentos y leche: 2  Ginecología:2  Cercanía: 9</p>	<p>Pediatría: 12  Clínica:-  Buena atención: 3  Odontología: -  Medicamentos: 3  Cercanía:  Vacunatorio: 2</p>	<p>Pediatría: 15  Clínica: 1  Buena atención: 11  Cercanía: 9  Medicamentos: 5  Ginecología: 2  Vacunatorio: 2</p>
<p>13- ¿Qué le parece que habría que mejorar o implementar en este centro?</p>	<p>Instrumentación: 1  e)Más turnos:2  -Todo bien:5  -Nada:6  -Ns/nc: 6</p>	<p>e)Más médicos: 5  e)Ampliar el espacio: 3  - Todo bien: 5  -Ns/nc: 7</p>	<p>-Instrumentación: 1  - Más turnos: 2  -Más médicos: 5  Ampliar espacio: 3  Más médicos: 5</p>

			Todo Bien: 10 Nada: 6 Ns/Nc:13
14- ¿Cuánto tiempo de espera tiene desde que llega hasta que es atendido?	30': 2 1 hora: 3 Ns/nc: 14	No relevado	

Preguntas/centros	HOSPITAL				
1- ¿Tiene obra social?	Si: 1 No: 18				
2- ¿con que frecuencia concurre?	A	B	C	D	F
	2	2	4	8	3

3- ¿A qué distancia vive del centro?	A	B	C	D	F
	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>3</b>
4- ¿Por qué tipo de dolencias concurre al centro?	A	B	C	D	F
		<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9</b>
5- Viene al centro: (MAS DE UNA OPCIÓN ELEGIDA)	A	B	C	D	F
	<b>2</b>	-	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
6- ¿Alguna vez fue rechazado?	Si:  No: 19				
7- Si la/lo derivan, a donde lo hacen?	Al hospital local:  A Rosario: 12  Ns/nc: 7				
8- ¿Cómo la/lo atienden en administración?	A	B	C	D	F
	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	-	-
9- ¿Cómo la/lo atienden los médicos?	A	B	C	D	F

	<b>2</b>	<b>14</b>	-	-	<b>2</b>
10- ¿Le proveen los medicamentos que necesita?	Si: 12 No: 7				
11- El lugar le resulta:	<b>A</b> <b>14</b>	<b>B</b> <b>10</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>F</b> <b>3</b>
-	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>
		<b>1</b>	<b>1</b>		
12- ¿Cuáles son los servicios que usted más valora?	Buena atención:4 Odontología: Medicamentos Psicología Turnos anticipados Ginecología Buena internación				

13- ¿Qué le parece que habría que mejorar o implementar en este centro?	Guardia 7 Turnos: 2 Pediatria: 4 Radiología Faltan especialistas Más médicos: 2
---	--

## ANEXO V

## Entrevistas

### Entrevista N° 1:

19/09/2008

**Concejales P J: Garavano - Richeti**

#### *Diagnóstico de la situación general de la ciudad:*

Aclaración de Garavano de que participó del anterior gobierno (16 años de experiencia)

Cuestión social: nivel cultural muy bajo, mano de obra sin calificación. Se ha instalado la industria frigorífica que es la que ha marcado el inicio de la ciudad. Las industrias no necesitan mucha calificación

Migraciones: se han asentado personas de otras provincias. Gente que viene a conseguir “el gran sueño”.

Falta de trabajo, educación, marginalidad son los principales problemas.

Dependemos fundamentalmente de Rosario. Tenemos que abastecernos

Falta de agua potable, cloacas, red de gas, salud. Este es un lugar de migración (quiso decir que vienen muchos inmigrantes?). No hay estructura acorde al crecimiento poblacional.

#### *¿Porque creen que la ciudad es atractora de población?*

Industria frigorífica atrae trabajadores

Porque hay mayores posibilidades para acceder a la vivienda, Rosario está densamente poblado y tiene además una estructura que impide la instalación en asentamientos irregulares.

Cercanía con otros centros urbanos

*¿Se está programando un Segundo cordón industrial? ¿La futura mano de obra, de que tipo será?*



El anterior gobierno promovió la instalación de fábricas, Gálvez no tenía un parque industrial. Y hoy día, la zona que está cerca de la autopista, se ha creado un parque industrial más que importante. Al punto tal que se han terminado las parcelas del parque industrial. Por eso se han pedido una ampliación porque se siguen generando demandas para la instalación de fábricas. Es industria que necesita el tipo de mano de obra que la ciudad.