



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales**

**DOCTORADO EN CIENCIA POLITICA**

**Las ideas importan. La salud pública de la provincia de Santa Fe  
desde los años treinta hasta las reformas neoliberales**

---

Autor: Ab. Joaquín A. Gorrochategui

Directora: Dra. Magdalena Chiara

Agosto 2020

## **Resumen**

En esta investigación analizamos las políticas que introdujeron reformas institucionales en el sector público de salud de la provincia de Santa Fe desde los años treinta hasta la década del noventa. El estudio busca explicar cuáles fueron los factores que influyeron en las políticas de cambio institucional desde la centralización sanitaria de los años treinta hasta las reformas de los años noventa.

La investigación constituye un aporte a las indagaciones de la literatura sobre los procesos de cambio institucional y busca dar cuenta de la expresión de estos cambios en la arena subnacional de un estado federal. Distinguimos entre las reformas promovidas «desde abajo» en las que una coalición de actores provincial asumió el papel protagónico, de las impulsadas «desde arriba» en las que el protagonismo le correspondió al nivel nacional y la influencia provincial fue menor. Para este objetivo, la indagación se apoya en los aportes que, hacia el interior de la corriente neoinstitucionalista, incorporan a las ideas junto a las instituciones como variables explicativas de los procesos de reforma.

El recorrido analítico nos permitió identificar el papel que adoptaron las coaliciones de políticos y expertos en la difusión y transmisión de ideas que modelaron el contenido de las reformas en el sector público. Asimismo, mediante el análisis diacrónico y la operacionalización de las ideas pudimos observar la variación en el contenido de las propuestas sanitarias tanto en lo que respecta a los grupos objetivos como a los territorios de implementación de las políticas.

El modo como circulan las ideas devela distintas «rutas de acceso» a la agenda pública que tiene un estado federal. El acceso será nacional o provincial de acuerdo al nivel de descentralización de las instituciones federales en un momento determinado.

Desde el punto de vista disciplinar de la Ciencia Política, el estudio busca aportar al campo de análisis de las políticas públicas subnacionales haciendo foco en la importancia que asumen las ideas en los procesos políticos.

## **Summary**

In this research we analyze the policies that introduced institutional reforms in the public health sector of the province of Santa Fe from the 1930s to the 1990s. The study seeks to explain what were the factors that influenced the policies of institutional change from the health centralization of the 1930s to the reforms of the 1990s.

The research constitutes a contribution to the inquiries of the literature on the processes of institutional change and seeks to account for the expression of these changes in the subnational arena of a federal state. We distinguish between reforms promoted "from below" in which a coalition of provincial actors assumed the leading role, from those promoted "from above" in which the role belonged to the national level and the provincial influence was less. For this objective, the investigation is based on the contributions that, towards the interior of the neo-institutionalist current, incorporate ideas together with institutions as explanatory variables of the reform processes.

The analytical journey allowed us to identify the role played by the coalitions of politicians and experts in the dissemination and transmission of ideas that shaped the content of the reforms in the public sector. Likewise, by means of the diachronic analysis and the operationalization of the ideas, we were able to observe the variation in the content of the health proposals, both with regard to the target groups and the territories of policy implementation.

The way ideas circulate reveals different "access routes" to the public agenda of a federal state. Access will be national or provincial according to the level of decentralization of federal institutions at a certain time.

From the disciplinary point of view of Political Science, the study seeks to contribute to the field of analysis of sub-national public policies, focusing on the importance that ideas assume in political processes.

# ÍNDICE

Agradecimientos .....	8
Siglas.....	11
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	14
<b>CAPÍTULO 1</b>	
Una aproximación a las reformas sanitarias .....	28
Presentación .....	28
1. Enmarcando el objeto de investigación .....	29
1.1.- Perspectivas sobre las reformas sanitarias en Latinoamérica .....	29
1.2. Los aportes de los estudios nacionales .....	36
1.3. Recapitulando a mitad de camino .....	41
2. Nuestra caja de herramientas .....	43
2.1. Precisiones conceptuales sobre las políticas de salud .....	43
2.2. Un acercamiento a los cambios institucionales .....	48
2.3. Los actores del juego .....	51
2.4. Las reglas del juego .....	54
2.5. Las ideas y el juego político .....	59
2.6. Las ideas como soluciones políticas.....	62
2.7. Las ideas como definición de problemas .....	65
2.8. Las ideas como filosofías públicas o zeitgeist .....	67
2.9. El juego entre las ideas y las instituciones .....	67
3. ¿Cómo estudiar las ideas?.....	68
Recapitulación .....	72
<b>CAPÍTULO 2</b>	
El Leviatán blanco: La centralización de la salud provincial en los años treinta .....	73
Presentación .....	73
1. Contexto político y estructura sanitaria .....	74
1.1. Reformistas y conservadores.....	74
1.2. La estructura sanitaria de Santa Fe en los años treinta .....	78
2. Crisis y centralización de la salud provincial .....	82
2.1. La crisis sanitaria.....	82
2.2. Los proyectos nacionales ante la crisis .....	84
2.3. Los Consejos de Higiene .....	86

2.4. La Dirección General de Higiene .....	87
2.5. La Comisión de Asistencia Hospitalaria y Social .....	91
2.6. El Departamento de Salud Pública .....	92
2.7. El primer Ministerio de Salud y Trabajo del país .....	96
2.7. Las coaliciones de la centralización provincial .....	98
3. Instituciones e ideas de la centralización sanitaria provincial .....	105
3.1. El marco institucional del derecho a la salud .....	106
3.2. El camino de las ideas centralizadoras .....	108
Recapitulación .....	119

### **CAPÍTULO 3**

Adiós Estado, bienvenida comunidad: La descentralización de los hospitales de la comunidad en los años sesenta .....	121
Presentación .....	121
1. El contexto político en el origen de la descentralización .....	122
1.1. La política nacional y provincial durante los años sesenta .....	122
1.2. La Reforma Constitucional de 1962 .....	127
1.3. La estructura sanitaria treinta años después .....	129
2. El comienzo de la estrategia descentralizadora .....	131
2.1. La caída del peronismo y el cambio de estrategia nacional .....	131
2.2. La descentralización de los SAMIC a nivel nacional .....	136
2.3. La descentralización SAMCO en Santa Fe .....	138
2.4. Tecnócratas, militares y el retorno a la comunidad .....	149
3. Instituciones e ideas en la descentralización comunitaria .....	160
3.1. Instituciones y cambio en la política de reforma.....	160
3.2. Las ideas y el camino de la reforma .....	162
Recapitulación .....	170

### **CAPÍTULO 4**

Las fronteras porosas de la democracia: La regionalización sanitaria en la transición democrática .....	172
Presentación .....	172
1. Contexto político y estructura sanitaria .....	173
1.1. La transición democrática en la provincia .....	173
1.2. La herencia dictatorial y el deterioro público.....	176
1.3. El marco regulatorio: pacto corporativo y Estado árbitro .....	182
2. La regionalización de la salud durante los años ochenta .....	185

2.1. La creación de las Áreas Sanitarias .....	187
2.2. Los programas de atención primaria en la provincia .....	192
2.3 El encuentro con las Áreas Sanitarias .....	195
2.4 Los técnicos militantes y la reforma que no fue.....	205
3. Instituciones e ideas en la regionalización provincial .....	211
3.1. Las instituciones y el camino de la reforma .....	211
3.2. La APS entre la economía y las ideas .....	214
Recapitulación .....	225
<b>CAPÍTULO 5</b>	
Entre la comunidad y el individuo: Las reformas sanitarias en los primeros años	
noventa .....	227
Presentación .....	227
1. Crisis y ascenso de un nuevo orden .....	228
1.1. El cambio de época política .....	228
1.2. La renovación de la política provincial .....	233
1.3. Hiperinflación y crisis social .....	239
1.4 La crisis sanitaria nacional y provincial .....	242
2. Las reformas del sector público provincial de los años noventa .....	250
2.1. Las Reformas sanitarias en Argentina .....	250
2.2. La estructura provincial a comienzos de los años noventa .....	252
2.3. Un nuevo capítulo de la descentralización hospitalaria .....	255
2.4. Una coalición para la descentralización de los hospitales .....	260
2.5. Los programas provinciales de salud .....	265
2.6. Una coalición tecnocrática de expertos y políticos .....	272
3. Hacia una explicación ideacional de las reformas del sector .....	278
3.1. El camino de las ideas descentralizadoras .....	281
3.2. Ideas importadas para los programas locales .....	288
3.3 Los territorios y los beneficiarios en las ideas reformistas .....	294
Recapitulación .....	296
<b>CONCLUSIONES</b> .....	299
<b>Bibliografía</b> .....	307
Documentos oficiales y publicaciones ministeriales .....	332
Otras fuentes .....	338
Bases .....	338
Periódicos.....	339

<b>APÉNDICES</b> .....	340
Índice .....	341
APENDICE 1: Cuestiones metodológicas .....	343
APENDICE 2: Tablas y gráficos .....	353
APENDICE 3: Hitos políticos y medidas sectoriales .....	375

---

## Agradecimientos

---

*La realidad no se agota en lo que es:*

*ni la palabra en lo que dice,*

*ni la vida en quien la vive.*

*Ni todo en todo ni nada en nada.*

*La realidad no es lo que ya es,*

*la realidad es creando.*

Hugo Mujica

Mi gratitud no puede agotarse en palabras. Me resulta imposible contenerla cuando se le suman nombres y se recrea a cada paso. Con la resignación de ser injusto o descuidado, cada una de las personas o instituciones que nombro a continuación hicieron posible que este trabajo llegue a puerto.

En primer lugar, a Magdalena Chiara, quien me orientó con su saber y me alentó con su calidez en los momentos difíciles de este largo viaje. Su enorme conocimiento, su lectura atenta y el compromiso puesto en la tarea fueron pilares fundamentales para que aquello que eran sólo ideas imprecisas encontraran su cauce. A Alberto Petracca, mi primer director, de quien tengo el más grato de los recuerdos y generosamente me acompañó durante los primeros tiempos.

Esto hubiera sido imposible sin el apoyo de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral. La casa de espíritu reformista que primero me formó como estudiante y luego me regaló el placer de la docencia. En ella también represento el derecho a la educación pública, gratuita y universal, una de las grandes conquistas sociales que este país conserva y enaltece. Soy en buena medida lo que la educación pública hizo de mí.

A Daniela Soldano, por su confianza, su aliento y por invitarnos a aprender a su lado. A todos los integrantes del equipo de investigación de «Política social, condiciones de vida y ciudadanía en la ciudad de Santa Fe». Esta tesis se nutrió de nuestros intercambios y de buena parte de sus producciones.

A todos quienes me abrieron generosamente sus casas, sus memorias y sus archivos. En especial quiero agradecerles a Nieves Migno y a Víctor Reviglio quienes me sugirieron coordenadas y me brindaron material invaluable para enriquecer este trabajo.

A Darío Montenegro, amigo, compañero y referente de la salud colectiva. En él encontré un soporte que me apuntaló con sus reflexiones. Su pasión por la salud iluminó charlas que fueron alimento de este viaje. A Niki Martínez, amigo y hacedor de derechos, quien me regaló mis primeras herramientas para apasionarme por la salud. A todos los trabajadores y trabajadoras del Hospital J. B. Iturrabe, de quienes aprendí a diario durante mi paso por la gestión pública.

A Indiana Vallejos, amiga «de grande» y para toda la vida. Comprometida, brillante y generosa. A su espíritu de «rata de biblioteca» le debo varios aportes. A Lilita Puig, por su amistad y su confianza inicial y permanente. Sin esa puerta abierta tan temprano no me habría apasionado con la Ciencia Política, ese amor a primera vista.

A Pepe Serra. Ese amigo/abuelo entrañable que me regaló la vida. Él me enseñó que a la Vida se la milita, se la agradece y que gran parte del secreto está al alcance de la mano, en la coherencia. Tu “no volver a la orilla” resonó como un eco a lo largo de este desafío.

A mis amigos, todos y cada uno. Los de siempre y los de más acá. En especial a Ale, mi hermano, a Martín y a Panchi, por la lealtad incondicional.

A mi familia, mi refugio y protección. A María Eugenia, Bruno, María Ema, Gerónimo, Arturo y Ada. Por edificar ese «lugar en el mundo» que me protege cuando el mundo se pone patas para arriba.

A mi viejo Ricardo, al que siempre estoy extrañando, quien me legó el amor por la palabra, la pasión por la política y el impulso irrefrenable por la Libertad. A mi vieja Pinky, la encarnación del amor sin condiciones, enorme madre, sostén omnipresente y orgullo de sus hijos. Como decía el poeta, ella es «en el buen sentido de la palabra buena».

Dejé para el final, mi agradecimiento más sentido y profundo. Siete años ya pasaron que nos subimos a un viaje y nos animamos a recrearnos. Ella es quien pensé que no existía y la vida se llenó de asombro. Ella fue el sostén de todas mis horas, la que me apuntaló cuando me caí, la que me abrazó en silencio cuando no hubo palabras, la que me señaló amorosamente el norte. A Catalina, compañera y amor de mi vida. Hoy sentimos cerca

todos los milagros, nuestro niño Simón está llegando, de algún modo misterioso nos eligió y me dio fuerzas para tocar la meta. Por él, no puedo dejar de reír. Seguiremos creando.

## Siglas

---

AASP: Asociación Argentina de Salud Pública.

ACPUS: Asociación Civil del Personal Universitario de la Salud.

ANLIS: Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud.

APS: Atención primaria de la salud.

APSS: Atención Primaria Selectiva de Salud.

ATE: Asociación de Trabajadores del Estado.

ATSA: Asociación de Trabajadores de la Sanidad de Santa Fe.

AUGE: Acceso Universal de Garantías Explícitas.

BM: Banco Mundial.

CCSyAS: Centros Comunitarios de Salud y Acción Social.

CENOC: Centro Nacional de Organizaciones Comunitarias.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CGS: Consejo General de Sanidad.

CGT: Confederación General del Trabajo de la República Argentina.

CN: Constitución Nacional.

COFESA: Consejo Federal de Salud.

COMRA: Confederación Médica de la República Argentina.

CRA: Confederaciones Rurales Argentinas.

CTE: Control de enfermedades transmisibles.

DESC: Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

DGH: Dirección General de Higiene.

DSP: Departamento de Salud Pública.

ESF: Estrategia de Salud Familia.

ESPUBA: Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

FA: Frente Amplio.

FEN: Frente Estudiantil Nacional.

FHC: Fernando Henrique Cardozo.

FMI: Fondo Monetario Internacional.

FREJULI: Frente Justicialista de Liberación.

GAN: Gran Acuerdo Nacional.

HBR: Hospital Base Referencial.

HCD: Honorable Cámara de Diputados.

IAPOS: Instituto Autárquico Provincial de Obras Sociales.

ID: Institucionalismo discursivo.

IFIS: Instituciones Financieras Internacionales.

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

LIF: Laboratorio Industrial Farmacéutico.

MBS: Ministerio de Bienestar Social.

MID: Movimien  
to de Integración y Desarrollo.

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.

NIH: Neoinstitucionalismo histórico.

NPM: *New Public Managment* (Nueva Gestión Pública).

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OS: Obras Sociales.

PAMI: Programa de Atención Médica Integral.

PDP: Partido Demócrata Progresista.

PE: Poder Ejecutivo.

PNGCAM: Programa Nacional de Garantía de Calidad en la atención Médica.

PJ: Partido Justicialista.

PJSF: Partido Justicialista de Santa Fe.

PL: Partido Laborista.

PMDB: Partido del Movimiento Democrático Brasileño.

PP: Políticas públicas.

PPS: Programas provinciales de salud.

PRESS: Programa de Reformas del Sector Salud.

PRESSAL: Programa de Reforma del Sector Salud.

PROAPS: Programa de Atención Primaria de la Salud.

PROMIN: Programa Materno Infantil de Nutrición.

PS: Partido Socialista.

PT: Process tracing.

PT: Partido de los Trabajadores.

SAMCO: Servicios de Atención Médica de la Comunidad.

SAMIC: Servicios de Atención Médica Integral de la Comunidad.

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SEPAC: Secretario de Participación Comunitaria.

SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

SMATA: Sindicato de Mecánicos y Afines del Transporte Automotor.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.

SPPS: Sistema Provincial de Prestaciones de Salud.

SSP: Secretaría de Salud Pública.

SSS: Sistema de Servicios de Salud.

STA: Secretaría Técnica Administrativa.

SUS: Sistema Único de Salud.

UBA: Universidad de Buenos Aires.

UCR: Unión Cívica Radical.

UCRI: Unión Cívica Radical Intransigente.

UCRP: Unión Cívica Radical del Pueblo.

UNC: Universidad Nacional de Córdoba.

UNL: Universidad Nacional del Litoral

UNR: Universidad Nacional de Rosario.

UPA: Unidades de Pronto Atendimento.

UPCN: Unión del Personal Civil de la Nación.

UOM: Unión Obrera Metalúrgica.

US: Unidad Socialista.

### **Estructurando el problema y los objetivos**

La ciudadanía moderna es un estatus jurídico de igualdad que supone compartir con otros la titularidad plena de un conjunto de derechos y deberes que configuran un umbral mínimo de prerrogativas, reglas de convivencia y obligaciones que le dan contenido sustantivo a la pertenencia a un Estado-Nación (Andrenacci, 2003). El derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales consagrados por la legislación internacional desde hace aproximadamente sesenta años. Este forma parte de los derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) cuya garantía supone obligaciones positivas por parte de los Estados (Abramovich y Courtis, 2001).

En la literatura contemporánea conviven dos perspectivas que atraviesan la noción básica de ciudadanía. Por un lado, la que enfoca sobre los grados de universalidad real y acceso efectivo a un conjunto de derechos. Por el otro, la que pone el acento sobre la participación en la comunidad política nacional o local, en la representación política en esa misma comunidad o sobre la incidencia de los intereses individuales o colectivos en la política o las políticas. No obstante, ambas perspectivas expresan el impacto que adquieren las condiciones materiales en la consolidación de una posición del individuo/ciudadano en la estructura social y política del Estado Nación. Por ello la ciudadanía materializa un estatus jurídico, político y socioeconómico (Andrenacci y Repetto, 2006).

Las políticas sociales son las intervenciones públicas que dan forma a ese estatus material de ciudadanía. En el amplio campo de las intervenciones estatales, la política social representa las intervenciones sociales del Estado que producen y moldean directamente las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales (Danani, 2009). La política de salud integra este vasto campo de intervenciones sociales estatales dado que moviliza siempre una respuesta a una cuestión social y conforma una instancia de mediación entre la «promesa de igualdad» del orden político y la desigualdad económica que se singulariza en cada territorio (Chiara, 2019).

El sector salud como el educativo integran los servicios universales que junto a la política del trabajo y la infraestructura social dan forma a las tres grandes funciones o modalidades de política social. El sector salud es uno de los más complejos en la medida que reúne una serie de atributos que lo distinguen en la «región» más amplia de los servicios

universales. Algunos de ellos son la amplitud de bienes y servicios, la fortaleza de los mercados, la incidencia constante del avance tecnológico y la diversidad de actores que involucra (Andrenacci y Soldano, 2006).

En cuanto campo de estudio, salud comprende tres dimensiones vinculadas entre sí: una referida al estado de situación de la población, otra relativa al modo en que se organizan y asignan los recursos de distinto tipo que suelen llamarse estructura sanitaria y, por último, las políticas de salud (Chiara, 2019). Si bien en el desarrollo de la investigación analizamos el modo en que se distribuyen los recursos en la estructura sanitaria provincial en cada momento, nuestro foco principal de atención está situado sobre las políticas que transformaron el sector salud a lo largo de más de seis décadas.

Ahora bien, es necesario delimitar los campos de problemas del sector que pueden ser objeto de la intervención de las políticas. En este sentido, Belmartino (2009) distingue tres ejes en torno de los cuales se estructuran los problemas del sistema: 1) la relación entre la población y los proveedores; 2) la relación entre los financiadores y los proveedores; 3) la interacción entre las organizaciones de financiamiento y/o provisión de atención médica y las autoridades locales y regionales. Esto último se refiere a las diferentes instancias de regulación de los servicios de salud y a la relación entre las organizaciones y las agencias estatales de las diferentes jurisdicciones. Se trata de un campo de problemas relativo a las instancias con capacidad de definir e imponer reglas para los agentes involucrados y, más específicamente, enfocados a la dinámica del desarrollo de los procesos de toma de decisiones en las agencias estatales a cargo (p. 130).

Desde la aproximación propuesta por Belmartino, hacemos una primera delimitación de nuestro objeto de estudio haciendo referencia a aquellas políticas de salud orientadas a regular los servicios de salud. La inclusión de estas políticas en el amplio campo de las políticas sociales hace posible asumir los problemas de salud como una construcción histórica que, en cierta medida, expresa el conflicto entre la igualdad formal del derecho a la salud y la desigualdad de acceso efectivo a ese derecho.

En base a estos aportes, proponemos una definición operacional de la política de salud como *un conjunto de intervenciones institucionales tomadas por el Estado o por privados con representación jurídicamente delegada - cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían - destinadas a resolver un problema de salud políticamente definido como colectivo, a delinear reglas de juego a través de las cuales estos son elaborados*

*y/o a modificar la conducta de grupos sociales (grupos objetivo) en interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema de salud (beneficiarios finales).* Esta definición rescata dos componentes que permiten delimitar nuestro objeto de indagación: a) las políticas definen políticamente (producen) los problemas sobre los que intervienen; b) las políticas pueden constituir las reglas de juego del sector.

Nuestra investigación se planteó como objetivo general el análisis de los factores que inciden sobre las políticas de reformas del sector público sanitario de la provincia de Santa Fe entre 1930 y 1995.

Dicho objetivo general fue operacionalizado en cuatro objetivos específicos. Mediante el primero objetivo se busca describir y caracterizar las continuidades y cambios del marco institucional del sector público provincial de la salud. Por su parte, el segundo objetivo busca describir y caracterizar la influencia de los actores y de sus marcos de ideas disponibles sobre las reformas. El tercer objetivo busca en caracterizar la influencia de las instituciones federales que regulan la provisión de la salud en los procesos de cambio institucional en la provincia. Y, por último, mediante el cuarto objetivo se busca analizar la relación entre los marcos de ideas disponibles y las instituciones federales de gobierno con los cambios institucionales del orden provincial.

### **Algunas precisiones sobre el objeto de estudio**

El sector de salud en Argentina presenta una nota distintiva desde sus orígenes: su alto grado de fragmentación. Las instituciones del sector se organizan en tres subsectores: seguridad social, privado y estatal. Al mismo tiempo, en el subsector estatal convergen tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal.

En términos históricos, la fragmentación del sector se profundizó con el desarrollo de las obras sociales que introdujo la base de un sistema estratificado de cobertura y acceso a los beneficios. El cuadro general agrega a la tradicional falta de integración entre los subsectores público y privado, una fragmentación adicional en el interior de cada subsector.

La organización federal del Estado argentino distribuye las competencias con relación a la «cuestión salud». Esta integra las competencias no delegadas que permanecen bajo la órbita de los estados provinciales. Sin embargo, la Reforma de la Constitución Nacional

de 1994 y la jerarquía constitucional reconocida a los tratados internacionales de derechos humanos que determinaron la responsabilidad estatal de garantizar el derecho a la salud, supuso un cambio en las coordenadas jurídicas en las que se elaboraron las políticas de salud por los gobiernos provinciales.

A partir de entonces el nivel subnacional fue emergiendo como una arena destacada para la gestión estatal de lo sanitario. Sin embargo, paradójicamente, durante varias décadas se mantuvo al margen del interés de las principales corrientes de la literatura. De este modo, investigaciones importantes pusieron el acento en las reformas del sector salud (Katz, 1993, Belmartino, 1999, Immergut, 1992) pero sin profundizar sobre los rasgos que presentaban en el nivel subnacional. No obstante, en los últimos años, se constata una producción relevante de estudios empíricos que enriquecen este campo de indagación y comienzan a revertir aquél tradicional desinterés.

Indagar en la singularidad que presentan los procesos de reforma en la arena subnacional es una de las motivaciones de esta investigación. Los estudios a menudo tomaron a las políticas sociales subnacionales como una categoría residual de escaso interés o como una posibilidad atada a las fuentes impositivas locales (Bonvecchi, 2008: 308). En el caso particular de la provincia de Santa Fe, la vacancia de investigaciones sobre las políticas públicas de salud a nivel provincial contrasta con investigaciones importantes orientadas a las reformas del sector público rosarino (Belmartino et al, 2003; Jiménez, 2008, 2009; Rovere, S/F; Báscolo y Yavich, 2010).

Nuestro período de análisis sobre las reformas provinciales está enmarcado por dos coyunturas críticas. Se abre con la coyuntura crítica de la crisis de los años treinta que concluirá con el proceso de constitución del sector público provincial y se cierra con la coyuntura crítica de la crisis de fines de los años ochenta que abrirá el paso a una serie de reformas decisivas sobre el sector. El «proceso de constitución» del sector público provincial fue promovido por una coalición promotora de cuño local que produjo y en cierto modo anticipó la fenomenal expansión y centralización sanitaria nacional que tuvo lugar con el primer peronismo. Por otro lado, las reformas durante los años noventa, lejos de encuadrarse en la percepción generalizada que las identifica con una «ausencia del Estado», fueron promovidas por coaliciones promotoras provinciales que lograron instituir novedosas formas de intervención estatal que se tradujeron en la producción de nuevas reglas de juego sectoriales.

El objeto de estudio de esta investigación son las políticas de salud orientadas al cambio institucional del sector público provincial santafesino entre 1930 y 1995. Consideramos que la relevancia de este estudio de caso se fundamenta en aquellos procesos singulares que distinguen la experiencia santafesina en el escenario nacional. Aunque buena parte de estos rasgos se irán develando con el transcurso del trabajo, de modo preliminar se puede destacar la presencia aún vigente de una descentralización comunitaria cuyo origen se remonta hasta fines de los años sesenta y una importante presencia municipal desde el origen de las intervenciones estatales sobre la «cuestión salud».

Como mencionamos, las políticas de salud son mediaciones que contienen en su seno una «promesa de igualdad» que adquieren particular relevancia en escenarios signados por la desigualdad. Como una expresión de una inalterada tendencia histórica, a mediados de la década del noventa la distribución de la estructura sanitaria en el territorio provincial era una manifestación de una desigualdad evidente. La provincia se encuentra dividida en 19 departamentos y el subsector de salud público provincial en 8 zonas sanitarias. Los departamentos del sur provincial que integran la Zona VIII (Rosario, Constitución y San Lorenzo) junto al departamento La Capital nuclean más del 50% de la capacidad instalada pública. La estructura de servicios municipales es relevante solamente en la ciudad de Rosario que dispone de más de 60 establecimientos de diversa complejidad asistencial. Por su parte, en el norte provincial mantienen una significativa relevancia los hospitales comunales SAMCO que, en ciertos casos, representan la vía exclusiva para acceder a prestaciones sanitarias.

Asimismo, un sector privado importante que detenta más del 55% de las camas en territorio provincial concentra su oferta principalmente en los grandes centros urbanos. Por consiguiente, la mayor demanda sobre el sector público se registra en las zonas más alejadas geográficamente donde la estructura pública se torna referencia obligada o única (San Javier, Garay) y en los grandes conglomerados urbanos (Rosario y Santa Fe) para la atención de los sectores desfavorecidos económicamente (Bisang y Cetrángolo, 1997).

El sector de salud público aparece como un marco de reglas heterogéneas y yuxtapuestas que son la expresión de reformas sucesivas a lo largo de más de sesenta años. Está compuesto por grandes hospitales incorporados al régimen de «gestión descentralizada», por hospitales comunales organizados bajo el modelo SAMCO y, en menor medida, por establecimientos municipales. Esto da cuenta de un alto nivel de fragmentación en la regulación pública provincial de la provisión de salud.

## **Definiciones, aclaraciones y preguntas**

Nuestro interés está puesto sobre los factores que influyen en el cambio institucional en el orden subnacional, es decir, en los que pueden explicar los procesos de toma de decisiones moldearon las reformas del sector. Nuestro planteo toma distancia de las investigaciones que toman a las instituciones como única variable independiente. Por ello incorpora a las ideas como un factor clave que explica los cambios en las reglas de juego institucionales de la provisión de los servicios de salud.

Ahora bien: ¿Cuándo estamos ante un cambio institucional significativo? Para responder a este interrogante es necesario recuperar los desarrollos de los especialistas. Si bien los analistas han intentado dar respuesta al problema conceptual que significa definir el cambio significativo (Waddan, 2011) y delimitar un período sobre el cual el cambio se debería extender, en definitiva, no hay un acuerdo firme con respecto a la definición de la variable dependiente ni sobre la profundidad que deben asumir los cambios para ser significativos (Béland y Powell, 2016b: 131). Por ello hemos propuesto una definición operativa y amplia de cambio institucional que nos permite afrontar los desafíos de la investigación. Lo definimos como *una alteración significativa de la definición del problema, de los recursos, de los nexos institucionales o de los grupos objetivos que integran una intervención institucional del Estado*.

Las diferentes corrientes neoinstitucionalistas se centraron más en la estabilidad de las instituciones que en la transformación de las mismas. A esto último lo explican a través de referencias a factores externos a las instituciones como «momentos de shock» que operan «desde fuera». Desde esta perspectiva, un cambio institucional significativo sólo es posible a partir de la desestabilización institucional que proviene de un shock externo (Howlett y Cashore, 2009). De modo más reciente, otros autores también inscriptos en la corriente neoinstitucionalista propusieron un modelo alternativo que pone el acento tanto sobre las fuentes exógenas como endógenas del cambio (Mahoney y Thelen, 2010). Este modelo, que sitúa a la agencia en el centro, reconoce tanto las estrategias para la acción que están enmarcadas en un contexto específico como la modificación de los contextos por la estrategia de los agentes. Pero en el modelo desarrollado por Mahoney y Thelen (2010) la agencia es impulsada por un único factor: la distribución del poder de la institución. Esta limitación llevó a algunos analistas a señalar que el modelo permite más describir episodios de cambio institucional que explicar efectivamente las causas de dicho cambio (Béland y Powell, 2016).

Producto de las respuestas insuficientes del modelo del cambio endógeno sobre las causas que determinan la transformación de las instituciones, es necesario incorporar una nueva variable para dar cuenta de estos procesos: las ideas. Béland (2016) las define como «creencias causales cambiantes e históricamente construidas de actores individuales y colectivos» y afirma que estas tienen capacidad para modelar las conductas y guiar las decisiones de una manera efectiva. Desde estas consideraciones partimos para adoptarlas como una variable independiente que nos brinda respuestas sobre la adopción de arreglos institucionales específicos.

De este modo, asumimos que las ideas disponibles para los actores en un tiempo y espacio determinado son una de las variables que explican los cambios en las reglas del sector sanitario provincial. El campo sanitario es un territorio de disputa entre diversos actores que buscan dar sentido a sus acciones para el logro de sus metas. Por tanto, el análisis de las ideas en cada proceso de cambio recupera también los sentidos que, en cierta manera, los protagonistas de las reformas les atribuyeron a sus posiciones en el campo sanitario. En este sentido, las ideas se operacionalizaron en tres niveles de generalidad (Mehta, 2011) que remiten a la definición del problema público que promueven los actores, a la solución de política que movilizan y a la filosofía pública que enmarca la relación entre el Estado y la sociedad en un determinado momento.

Abrimos un conjunto de interrogantes que reintroducimos en cada capítulo para alumbrar el análisis: *¿cuáles fueron los actores o las coaliciones de actores que movilizaron las ideas de política en cada proceso de cambio institucional del nivel subnacional?; ¿cuáles fueron los problemas públicos que definieron y las soluciones políticas que movilizaron ante cada reforma?; ¿cuál la filosofía política y que relación tuvo con los problemas y soluciones propuestas?; ¿cuáles fueron las trayectoria de las ideas de política y sus modos de transmisión hacia el nivel provincial?; ¿cuáles fueron las continuidades y clivajes que se registraron en las ideas de política con el devenir de las reformas?*

Asimismo, al poner el foco sobre las soluciones políticas movilizadas en cada reforma pudimos rastrear mediante la perspectiva del «análisis de instrumentos» el derrotero de algunos componentes claves de las políticas sanitarias. En este sentido, recuperamos las transformaciones que a lo largo del tiempo tuvieron la escala territorial de las políticas sanitarias y el grupo objetivo al que estas dirigen su acción.

Como mencionamos, las ideas de política nos acercaron al contenido de las decisiones que modelaron las agendas reformistas. Sin embargo, como sostiene Mehta (2011), estas no pueden con carácter universal dar cuenta de las fuerzas que gobiernan la formulación de las políticas. Las ideas movilizadas por los actores deben ser situadas en el marco institucional que condiciona su intervención y, al mismo tiempo, es transformado por la acción de las mismas. En este caso, el análisis de las ideas se enmarca en el régimen federal de gobierno que distribuye el poder institucional en el país.

Siguiendo a Falleti et al (2012) podemos definir al federalismo como un tipo central de arreglo institucional para la representación y coordinación de intereses territoriales cuyo funcionamiento requiere (y no sea sólo una formalidad en la letra constitucional) actores provinciales y locales activos directamente involucrados en el gobierno y administración de lo público (p. 20). Este arreglo institucional es capaz de afectar la emergencia de las ideas políticas y modelar las conductas de los actores y, por esta razón, fue analizado como otra variable capaz de interactuar con las ideas en la producción de la solución reformista. De este modo, en cada capítulo se recuperó la relación entre el nivel de descentralización de las instituciones federales, la emergencia de ideas políticas y los cambios institucionales.

A partir de esto, desplegamos una serie de interrogantes en cada capítulo de nuestro trabajo: *¿Cuál fue la incidencia del marco institucional federal ante las reformas sanitarias en el nivel subnacional?; ¿cuál fue la interacción entre las ideas de política y las reglas institucionales en cada reforma sanitaria? ¿Cuál fue la relación entre el marco institucional y los actores protagonistas de las reformas?*

### **Las hipótesis de investigación**

La hipótesis que orienta esta investigación partió de conjeturas que comenzaron a encauzar la atención hacia la relación particular que presentan las ideas, los actores y las instituciones en el campo sanitario.

Como veremos en el primer capítulo, en América Latina las indagaciones en el campo de las reformas sanitarias realizaron aportes importantes en las últimas décadas. En el caso argentino, las reformas de los años noventa han llamado la atención de los especialistas en políticas sociales, pero sus análisis han estado más encaminados a explicar el impacto

de las reformas que a desentrañar las causas que les dieron origen. Es más, la causa de ciertas reformas sectoriales, en particular, aquellas cuyo origen se atribuye a la presión de los organismos internacionales de crédito, es incorporada como un «hecho evidente» que prácticamente resulta innecesario analizar. Por el contrario, desde nuestra perspectiva, es necesario adoptar una mirada compleja que no reduzca la explicación a un factor unitario sino a una combinación de condiciones explicativas. Como veremos más adelante, la estrategia metodológica del estudio de casos nos permite cumplir con este objetivo.

El interrogante principal que guía nuestro trabajo se refiere al modo en que influyeron distintos factores sobre las políticas que cambiaron las reglas de juego del sector sanitario provincial. En cierto modo, también recuperamos el viejo debate sobre la relación entre la política (*politics*) y las políticas (*policy*) y la forma particular que adquiere esta relación en los niveles subnacionales de gobierno. La tensión entre estos polos también fue un aspecto central a la hora de abrir las preguntas a la investigación empírica.

Asimismo, a partir de ciertas conjeturas con respecto al papel de los expertos en el campo sanitario y la circulación de las ideas que postulan dieron paso a la delimitación de las preguntas principales.

A continuación, se presentan las hipótesis que operan como respuestas conjeturales en la presente investigación.

En cuanto a la relación entre los factores que explican los cambios institucionales en el orden subnacional se proponen la siguiente hipótesis:

- Los marcos de ideas de los actores constituyeron un factor que determinó las políticas de reforma institucional en el caso estudiado. Por otro lado, las instituciones del estado federal configuraron los canales de acceso para la influencia de los actores provinciales y sus ideas de política en sus múltiples escenarios;

En cuanto a los actores y la trayectoria de las ideas hacia las agendas de reforma se propone la siguiente hipótesis:

- Los expertos en políticas jugaron un papel clave en la movilización de las ideas y creencias que dieron contenido a las reformas institucionales en el caso elegido. Sin embargo, las ideas que movilizaron tuvieron que ser convergentes con los intereses de la elite política para darle contenido efectivo a las reformas.

## **La estrategia metodológica**

Este análisis de las reformas institucionales en el sector salud de la provincia de Santa Fe constituye un estudio de caso único desde un abordaje cualitativo y diacrónico. Se seleccionaron algunas políticas de reformas relevantes que nos permiten analizar cada período y comprender de modo profundo el caso. Entre las ventajas que presenta el estudio de caso es la posibilidad de rastrear evidencia más fuerte sobre la relación causal que se busca inferir.

«El cometido real del estudio de casos es la particularización, no la generalización. Se toma un caso particular y se llega a conocerlo bien, y no principalmente para ver en qué se diferencia de los otros, sino para ver qué es, qué hace. Se destaca la unicidad, y esto implica el conocimiento de los otros casos de los que el caso en cuestión se diferencia, pero la finalidad primera es la comprensión de este último» (Stake, 2005).

De acuerdo a la tipología de Stake (2005), la presente investigación es un estudio de caso interpretativo e instrumental que permitirá obtener conclusiones sobre los procesos de configuración de la agenda reformista de las políticas públicas de salud en los escenarios subnacionales de países federales.

La influencia de las ideas en el derrotero de las políticas no resulta fácil de medir porque frecuentemente estas presentan una alta correlación con otras variables como el marco institucional en el que se desenvuelven (Jacobs, 2015). Esta investigación busca explicar el vínculo entre las ideas y las instituciones federales (Y) con las políticas de cambio institucional en el nivel subnacional de gobierno. En este sentido, siguiendo a Brady (2008), entendemos que dos eventos están causalmente conectados entre sí solo si existe un mecanismo que los conecta, lo que supone la observación de los procesos con los que opera la causalidad.

El método de *process tracing* (PT) constituye uno de los caminos más relevantes que ha desarrollado la literatura para adoptar análisis ideacionales rigurosos. Bennet y Checkel (2015) sostienen que el PT incluye un análisis de procesos, secuencias, conjunción de eventos dentro de un caso con el objetivo de desarrollar o testear hipótesis sobre

mecanismos causales que pueden explicar causalmente el caso. Inscrito en el PT está el objetivo de ir más allá de la mera identificación de una correlación entre una variable independiente y una variable dependiente. Este supone el desafío de abrir la «caja negra» de los mecanismos causales que unen los eventos (Beach y Pedersen, 2013).

Beach y Pedersen (2013) establecen tres variantes de PT. Distinguen entre *theoric testing*, *theory-building* y *explaining outcome*. El primero deduce una teoría a partir de la literatura existente y luego testea si la evidencia muestra que cada parte del mecanismo causal hipotetizado está presente en un determinado caso de estudio. El segundo busca construir una explicación teórica generalizable a partir de la evidencia empírica para inferir si un mecanismo causal más general existe a partir de los hechos de un caso particular. El tercero busca generar una explicación mínimamente suficiente sobre un resultado determinado sin explicación aparente o con explicaciones no convincentes en un caso (generalmente histórico) específico.

En el caso elegido, trabajamos con la versión *explaining outcome*. Es por ello que en cada caso partimos de la descripción de las reformas sectorial para luego reconstruir el proceso a través de mecanismos causales. En este sentido, la versión *explaining outcome* del PT está orientada menos a edificar una proposición teórica y más a explicar la política en sí misma.

El enfoque PT permite identificar como las ideas y las instituciones influyen sobre los resultados de las políticas (Béland, 2016; Jacobs, 2015). En el caso de las ideas, según Jacobs (2015), una teoría ideacional que explica un resultado de política es una teoría causal (o explicación) en la cual el contenido de una estructura cognitiva influye en las respuestas de los actores a una situación de elección y esa estructura cognitiva no es totalmente endógena a las características objetivas y materiales de la situación de elección que se explica (Jacobs, 2015, 43).

Para abordar este trabajo, se emplearon estrategias cualitativas y cuantitativas, ya que ningún método por sí sólo abarca todas las dimensiones de una problemática compleja (Burrone, 2007). Los datos que se utilizarán en esta investigación provienen de dos tipos de fuentes, primarias y secundarias y las técnicas de recolección son el análisis de datos y documentos y la realización de entrevistas semiestructuradas.

Las fuentes primarias provienen de la realización de entrevistas a actores estatales y sociopolíticos clave vinculados a los procesos de cambio institucional del sector público

sanitario de la provincia de Santa Fe. Las entrevistas son semiestructuradas porque se definieron temas y preguntas para guiar la conversación.

Por otro lado, las fuentes secundarias son de tipo documental y bibliográfico, y entre las mismas se cuentan investigaciones, datos estadísticos de distinto origen, normas relativas a las transformaciones del sistema de salud, documentos institucionales, publicaciones de la prensa, etc. El análisis de los datos, documentos y entrevistas a actores clave se realiza mediante técnicas de análisis de contenido.

La investigación toma al nivel subnacional como escala de análisis y, por lo tanto, busca contribuir a este campo poniendo el foco sobre las políticas sanitarias. No obstante, en la organización del sistema de salud público participan las tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) de modo variante, esto es, en la definición de regulaciones, el diseño de políticas y la dirección y gestión de establecimientos.

### **El argumento**

Los estudios sobre las reformas institucionales han puesto el énfasis sobre la distribución del poder que determinan los marcos institucionales para explicar las causas de las mismas. Estos tendrían efectos sobre los agentes promotores y sobre el tipo de reforma. Sin embargo, como se ha mencionado, los analistas han señalado que este modelo permite describir los cambios institucionales más que explicar efectivamente las causas de los mismos (Beland y Powell, 2016).

Los procesos de transformación institucional en el sector de salud pública subnacional son un área poco explorada por la literatura. Entre los escasos estudios sobre los procesos de reforma en este nivel, se destaca el trabajo de Cingolani y Lardone (2006) que recuperaron la variable política para explicar los modelos de transferencias de políticas en la provincia de Córdoba.

En esta investigación sostenemos que el interjuego entre factores institucionales e ideacionales tiene un papel decisivo en el modelado de las políticas de cambio institucional en el orden subnacional. En cuanto a las ideas, los expertos son actores claves al momento de definir los problemas públicos, elaborar y comunicar las soluciones posibles a ser incorporadas en una agenda reformista.

Las reformas del sector público provincial pueden reconocer sus causas en impulsos de origen nacional o provincial. Con respecto a estas últimos, proponemos una configuración causal que combina condiciones institucionales, políticas, ideacionales y sociales para dar lugar a la reforma sectorial antedicha. Sostenemos que en condiciones de mayor grado de descentralización nacional la presencia de una coalición provincial reformista de políticos y expertos sumada a la demanda social de prestaciones de salud hace altamente probable una reforma sanitaria originada en el nivel provincial de gobierno.

### **La organización del documento**

La presente investigación está compuesta de cinco capítulos y las conclusiones finales.

En el primer capítulo revisamos los itinerarios de la literatura nacional y latinoamericana sobre las reformas sanitarias y estructuramos el andamiaje conceptual que conduce a la investigación.

En el segundo capítulo reconstruye el proceso de reforma institucional que tuvo lugar con la constitución del sector público provincial en la década del treinta. Este se abre con la coyuntura crítica de la crisis y se cierra con la creación del primer Ministerio de Salud del país en los años cuarenta.

El capítulo tercero se avoca a una reforma institucional aún vigente en la organización de los servicios de salud provincial: el régimen SAMCO. Una política de descentralización hospitalaria de tipo comunitario que tuvo su difusión en el contexto de mayor influencia del sanitarismo nacional durante los años sesenta.

El cuarto capítulo analiza la política de regionalización de los servicios de salud en la provincia iniciada en los años setenta bajo la influencia del modelo nacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y reformada en los años ochenta a partir de la interacción con la política de Atención Primaria de la Salud (APS).

El quinto capítulo se abre con la coyuntura crítica de fines de los años ochenta y analiza dos reformas que de los años noventa: la descentralización hospitalaria y los programas provinciales de salud. Por último, las conclusiones buscan recuperar los interrogantes principales de esta investigación para analizarlos a un nivel de mayor generalidad.

Este trabajo se completa con una serie de anexos y apéndices que amplían la información desarrollada en su cuerpo principal de la tesis.

#### **Presentación**

Nuestra investigación sobre las políticas orientadas a los cambios institucionales del sector de salud pública de la provincia de Santa Fe recupera desarrollos propuestos desde diversas áreas de conocimiento.

En la primera parte del capítulo recuperamos los aportes desarrollados por la literatura, los análisis sobre las herramientas y la jerarquía que los especialistas le han otorgado a los factores que intentan explicar los procesos de reforma sanitaria. En este sentido, retomamos las contribuciones sobre las reformas institucionales en el sector público en América Latina y sobre las políticas sanitarias en el ámbito nacional.

En la segunda parte, exponemos la perspectiva analítica y la red de conceptos a través de la cual nos acercamos al objeto de estudio. Hacemos foco sobre las dos variables de análisis que inciden sobre los cambios institucionales: la estructura institucional y las ideas disponibles.

En definitiva, delimitamos la pregunta inicial sobre los procesos de formación de las agendas de salud en el nivel subnacional en base a los antecedentes producidos en el

## **1. Enmarcando el objeto de investigación:**

### *1.1.- Perspectivas sobre las reformas sanitarias en Latinoamérica*

En esta primera parte damos cuenta de algunos de los aportes más destacados de las investigaciones sobre reformas sanitarias en el ámbito latinoamericano. En este sentido, recorreremos las experiencias reformistas en Brasil, México, Chile, Colombia, Uruguay y Costa Rica. Estos procesos estimularon la producción de importantes estudios sobre la configuración de las agendas y sobre el diseño e implementación de las políticas de salud.

La reforma brasileña que tuvo como hito la Constitución Federal de 1988 se destaca por el interés que despierta entre académicos y actores políticos. La reforma constitucional situó a la salud con el estatus de una política estatal y universal. Pero esta no fue el punto de inicio de un proceso, sino una expresión de la lucha y movilización de movimientos sociales, sindicales y académicos que identificaron en las políticas sanitarias un campo tensionado por distintos proyectos sociales (Leite y Leite Meneses, 2016). Fleury (2007) sostiene que la reforma constitucional impulsó un proceso de transformación del patrón de protección social brasileiro mediante la incorporación de la noción de derechos sociales universales que se caracterizó por:

«la universalidad de la cobertura, el reconocimiento de los derechos sociales, la reafirmación del deber del Estado, la subordinación de las prácticas privadas a la regulación en función de la relevancia pública de las acciones y servicios en estas áreas, una perspectiva publicista de co-gestión gobierno/sociedad, un acuerdo organizacional descentralizado» (p. 149).

En su desarrollo esta reforma aparece como la expresión de tres procesos simultáneos: la subjetivación (la construcción de sujetos políticos), la constitucionalización (la garantía de los derechos sociales) y la institucionalización del aparato estatal. El Sistema Único de Salud (SUS), reorganizó el modo de articulación del Poder Ejecutivo a través de una serie de instrumentos: mecanismos de control y participación social (consejos de salud), mecanismos de formación de la voluntad política (conferencias de salud); mecanismos de gestión compartida (negociación y concertación) entre los entes gubernamentales involucrados a través pactos de gestión.

El movimiento reformista tuvo como norte la construcción contrahegemónica de una nueva plataforma civilizatoria. Además de condensar la trayectoria de constitución y

reformulación de un campo del saber, la reforma fue también una estrategia política y un proceso de transformación institucional.

Sin embargo, su aprobación tuvo lugar en un contexto políticamente adverso en el que el campo de las ideas y los intereses se encontraba dominado por el proyecto neoliberal. Esto condicionó la reorganización de las relaciones entre Estado y sociedad sobre una base distinta de aquella preconcebida por los formuladores del SUS (p. 152). Una expresión de esto tuvo lugar la evolución del SUS en el ámbito local. Leite Menezes y Leite (2016) se concentran sobre la ciudad de Río de Janeiro y sus redes de salud para rastrear los cambios en la configuración de las políticas de salud. Las autoras señalan que las políticas estuvieron marcadas por frecuentes recortes en el funcionamiento de las instituciones, la calidad de los servicios y las condiciones de trabajo (p. 124). Es así que durante el gobierno de Fernando Henrique Cardoso se consolidaron líneas hacia la racionalización del gasto y la transferencia al sector privado de los servicios rentables como parte de las propuestas que difunden los organismos multilaterales de crédito.

La reforma sanitaria no fue la única que impactó sobre el sector salud a inicios de los noventa. La Reforma del Estado que produjo el ingreso del gran capital también influyó sobre el proceso de hechura de las políticas sanitarias. Desde entonces, la prestación de los servicios estatales se orientó hacia áreas no rentables del sistema permitiendo la transferencia de recursos al sector privado y la consolidación de mecanismos de autoreproducción de la miseria pública. A esto se refiere el análisis de Bahia Coelho y Silva Paim (2005) cuando se enfocan sobre el aparato de la burocracia estatal estadual. Estos identifican prácticas relacionadas con la instrumentalización de las políticas que expresan «conductas que tienden a reproducir y legitimar relaciones de poder entre actores institucionales» (p. 374). Aportan una perspectiva interesante al sostener que los cambios en las políticas de salud no dependen sólo de la correlación de las fuerzas políticas que los dirigen y presionan en el aparato estatal sino también de la distribución del poder en el interior de las instituciones (p. 375). De modo que la sociedad civil y la burocracia operativa tienen poca participación en la formación de la agenda y el proceso decisorio deriva de la presión de la alta escala o del alto staff del ejecutivo en un marco caracterizado por el clientelismo político.

El cruce entre el principio de equidad con el de eficiencia constituye la tensión general que recorre el período. Almeida (2002) pone el foco sobre dicha tensión y recorre la relación entre la equidad y las reformas sectoriales en los años noventa analizando

documentos técnicos y discursos políticos. De su análisis se desprende que, si bien la conciliación entre la eficiencia y la equidad está presente en un conjunto articulado de proposiciones en todos los proyectos reformistas en la región, la eficiencia condicionó el principio de equidad en las reformas sectoriales cuando los límites de caja o de costo-efectividad no incluyeron el análisis de los objetivos de las políticas o excluyeron explícitamente la valoración de los fines que las justifican (p. 31).

Las agendas nacionales fueron permeables a la influencia de actores internacionales. Esto queda registrado en el estudio de Leal (2010) sobre el proceso mexicano que describe la influencia de las elites tecnocráticas del Banco Mundial y de Funsalud, un *think tank* influyente en materia sanitaria, sobre el Programa Nacional de Salud de comienzos del ciclo presidencial de Vicente Fox.

Ahora bien, llegados a este punto hace falta retomar una pregunta sobre el gobierno del sistema: ¿Cuál fue la relación entre la orientación política de los gobiernos y las reformas sanitarias? ¿Qué relación hay entre el *giro* en la ideología de los gobiernos durante la primera década del siglo XX y la orientación de las políticas sanitarias?

Resulta clave poner de relieve la relación entre la política (*politics*) y políticas (*policy*) en escenarios nacionales caracterizados por sistemas políticos corporativos y un sector sanitario en donde son altos los intereses del gran capital.

Para responder a esta cuestión debemos trasladarnos en el tiempo más allá de nuestro período de estudio, es decir, entrar en el ciclo de las contrarreformas o conocido como «posneoliberal» que se abrió en la primera década del siglo XXI.

Leite Menezes y Leite (2016) afirman que a pesar del cambio político que produjo el ascenso del Partido de los Trabajadores (PT), en Brasil el ajuste estructural sobre el sector se mantuvo. El PT mantuvo el ajuste macroeconómico mostrando un carácter «contencionista». Estamos ante un gobierno que presentó importantes elementos de continuidad con el ciclo político anterior: «la focalización, la precarización, la tercerización de los recursos humanos, o el desfinanciamiento y la falta de voluntad política para viabilizar la Seguridad Social» (p. 127). Según las autoras, la continuidad quedó de manifiesto en una serie de instituciones y reglas de juego sectoriales que determinaron el avance del proyecto privatista y la no priorización de la atención primaria. En definitiva, la ideología del partido de gobierno no constituye una variable que explique la continuidad de las políticas.

Por su parte, Baptista, Machado y Nogueira (2011) ponen en tensión continuidades y cambios en las políticas del sector entre 2003 y 2008 al hacer foco en la agenda federal brasileña. Los autores echan mano de la caja de herramientas del neoinstitucionalismo histórico (NIH) y, en particular, de los desarrollos de *path dependence* y de los aportes de Kingdon sobre los procesos de configuración de las agendas. Estos sostienen que entre 2003 y 2008 permaneció como prioridad en la agenda federal la Estrategia de Salud de Familia (ESF). Una estrategia sanitaria que persiguió la reorientación del sistema de salud sobre la base de la atención primaria mediante una serie de directrices y reglas operativas que fueron definidas durante la segunda presidencia de Fernando Henrique Cardozo (FHC) en los años noventa. Según los autores, la ESF configura un ejemplo claro de *path dependence* (p. 528). Sin embargo, estos matizan las sentencias que sólo identifican continuidades cuando enfocan en tres iniciativas de la gestión del PT: *Brasil Sorridente*, el *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência* (SAMU) y la Farmacia Popular. Según sostienen, la política de Farmacia Popular probablemente haya sido la política más innovadora del período. Se trata de cambios de tipo incremental que revelan elementos de continuidad y transformación de la política de salud brasileña.

Los estudios sobre los instrumentos de focalización son importantes contribuciones para nuestro objetivo de investigación. En este caso, Vaz de Moura y Nicoletti (2016) hacen uso del concepto de «ventana de oportunidad» de Kingdon y de las herramientas del neoinstitucionalismo para comprender la dinámica mediante la cual ingresó la seguridad alimentaria en la agenda estatal. Estos intentan dar respuesta a esa compleja relación entre sistema político, dinámica institucional y cambio de trayectorias, reconociendo sus mecanismos de exclusión e inclusión. Los arreglos institucionales son la variable independiente que explican la producción de las políticas dado que organizan la distribución del poder entre niveles de gobierno. Pero las instituciones constituyen solamente uno de los factores que influyen en el resultado de política. Según esta perspectiva, el contexto histórico ejerce una fuerte influencia junto a la acción de actores visibles e invisibles. Para las autoras, el avance de los gobiernos de izquierda introdujo mecanismos de inclusión política que fueron apropiados por sectores de la sociedad civil - como los movimientos sociales - y las políticas fueron introduciendo demandas de la sociedad mediante una mixtura de inclusión social y reconocimiento (p. 186).

Ahora bien, en un estado federal, la complejidad se incrementa cuando los arreglos institucionales dependen de la interacción entre diversos niveles del Estado. Dicho de otro

modo: ¿cómo se expresa en el ámbito regional o local la relación entre arreglos institucionales entre niveles de gobierno y la producción de políticas de salud? Para responder a ello, tomamos un estudio de Díaz de Lima et al (2004) sobre las Unidades de Pronto Atendimento (UPA) en Rio de Janeiro que explica cómo se expresó esta compleja relación en el ámbito local.

Brasil es un estado federal que fue escenario de un fuerte proceso de descentralización política, administrativa y fiscal durante las últimas décadas. El trabajo de Diaz de Lima et al (2014) avanza en la relación que media entre los arreglos federativos, las relaciones intergubernamentales entre las esferas de gobierno y la producción de políticas de salud específicas. Aunque en cierta medida el ingreso de las UPA a la agenda reformista derivó de factores histórico-estructurales y político-institucionales que estaban presentes desde los orígenes del SUS en los años 90, la ventana de oportunidad se abrió a partir de la confluencia entre la corriente de las políticas, expresada en la coalición entre el PT y el Partido del Movimiento Democrático Brasileño (PMDB) a partir del 2007, la corriente de problemas, en las notorias dificultades de acceso de la población a los servicios de salud, y la de las soluciones, por lo atractivo de la propuesta de las UPA como unidades de intervención prehospitalarias.

Ahora bien, nuestro recorrido puede complejizarse e incorporar las reformas en países de estructura estatal unitaria. El caso chileno nos permite introducirnos en el estudio de las reformas sanitarias promovidas durante la primera década de este siglo y en los efectos que estas tuvieron sobre la atención primaria de la salud<sup>1</sup>. El trabajo de Montero, Téllez y Herrera (2010) analiza el impacto que tuvo la puesta en marcha de la reforma iniciada sobre la atención primaria de la salud (APS) a partir del 2005. Chile es un país con una historia rica de APS que se inició con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, a la que le sucedió la municipalización de los servicios durante los años 80, el cambio del modelo de financiamiento durante los noventa y la transformación de los centros de salud

---

<sup>1</sup> El sistema de salud chileno está compuesto por dos sectores: el público y el privado. El primero se extiende a todos los organismos que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y cubre aproximadamente al 70% de la población. Esto incluye a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja, los jubilados, así como a profesionales y técnicos. En cambio, el sector privado cubre aproximadamente a un 17.5% de la población que representa los grupos sociales de mayores ingresos. También hay un pequeño sector de la población que pertenece a los sectores de altos ingresos que realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de atención de la salud. Asimismo, alrededor de un 10% de la población se encuentra cubierta por otras agencias públicas, fundamentalmente, los servicios de salud de las Fuerzas Armadas (Becerril Monteckio et al, 2011).

en centros de atención familiar a partir de 1997. La reforma implementada en la primera década de S. XXI debilitó la APS y produjo un desequilibrio en el sistema sanitario. En este sentido, los autores resaltan la distorsión resultante de la implementación de los programas verticales como instrumentos de políticas del Plan AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas). En un país como Chile, en donde desde 1980 las comunas están a cargo de la APS, los programas verticales no pudieron incluir la multiplicidad de necesidades comunales. Estos no lograron conciliar sus intervenciones con la perspectiva horizontal de la APS y concentraron y priorizaron las intervenciones curativas individuales por sobre las preventivas y promocionales (p. 5).

Molina Marín et al (2014) sostienen que en el caso de Colombia las agendas locales de salud no constituyen una política integral. Las ciudades tienen políticas y programas focalizados en temas específicos que se encuentran sujetos a discontinuidad por los cambios de gobierno. Restrepo Vélez y Vega Romero (2009) estudian el nivel de institucionalización de la participación y empoderamiento comunitario en APS en Bogotá. Estos afirman que a 30 años de Alma Ata el sistema y servicios de salud de la ciudad utiliza la participación para «vender servicios (...) y como un medio para legitimar discursos y programas», pero no para promover capacidad de decisión real en las comunidades. Un instrumento de política reciente, el Programa Salud a su Hogar, programa bandera para promover la participación, cuenta entre sus logros la ampliación de alguna cobertura o el otorgamiento de subsidios, pero no la institucionalización de la participación. En este país unitario, que en las últimas décadas ha desarrollado un importante proceso descentralizador, las agendas locales aparecen como fragmentarias e intermitentes.

El trabajo de Guillermo Fuentes (2010) constituye un antecedente muy importante para nuestra investigación. El autor estudia los factores que inciden sobre la aprobación de la reforma sanitaria durante el primer período del Frente Amplio (FA) en Uruguay. El autor toma como marco analítico las variables que influyen o condicionan las reformas de los regímenes de bienestar (Del Pino y Colino, 2006) y analiza las características del contexto y de la coalición que impulsa la reforma poniendo el acento en las diferencias que presenta esta reforma con la fallida impulsada en la segunda mitad de los años noventa. Según Fuentes, la crisis de 2002 abrió una ventana de oportunidad que promovió un amplio consenso sobre la necesidad de una reforma sanitaria. El autor traza un cuadro de los principales actores corporativos y su posicionamiento estratégico ante las reformas lo que

le permite detallar y explicar las diferencias no sólo de las propuestas de los distintos gobiernos sino también del tránsito que va desde la propuesta electoral hasta la implementación.

El trabajo de Martínez Franzoni (2006) sobre los intentos de reformas del sistema de salud costarricense (1988-1991; 1994-1998) constituye otro antecedente muy relevante de nuestra investigación. La autora analiza los factores que presentaron capacidad para explicar la formación de las políticas, la definición de los problemas y el diseño de las soluciones. Esta subraya una omisión característica de los estudios sobre las reformas al sostener que los análisis se han centrado más sobre las relaciones de poder de los actores que sobre el peso de los paradigmas y las ideas disponibles con que los actores elaboran dichos intereses. Las reformas han sido comprendidas como el resultado de la posición de actores más que como insumos de los propios actores para la propia determinación de sus posiciones ante la negociación de las políticas. Es por ello que Martínez Franzoni adopta una estrategia diferente y original para construir su objeto de estudio cuando intenta articular las relaciones de poder e interés con el conocimiento, las agendas y los modelos disponibles de políticas a nivel internacional a través de los cuales los actores legitiman y defienden sus intereses (p. 595).

Cuando analiza los mecanismos por medio de los cuales ingresan en la arena doméstica los ejes reformistas formados fuera de las fronteras nacionales, Martínez Franzoni rescata los aportes de John Ikenberry (1990) y su distinción entre inducción, adaptación y aprendizaje, destacando el papel de las ideas y su transformación a lo largo del tiempo. Al verificar empíricamente la relación entre las agendas internacionales y las arenas domésticas atendiendo especialmente a las elites locales, la autora complejiza el sentido predominante en la literatura sobre el papel y la agenda de las Instituciones Financieras Internacionales (IFIS). Esta sostiene que estamos ante una estrategia de combinación entre convergencia y diferenciación en la formulación de políticas. En este sentido la autora afirma:

«a los efectos de explicar el diseño y la adopción de dichas reformas, dicho análisis de actores debe combinarse con un análisis de agendas disponibles para su actuación. La disponibilidad de modelos sectoriales para promover reformas en uno y otro momento, y su grado de adecuación a las configuraciones domésticas iniciales a las reformas, complementan la explicación» (p. 612).

Finalmente, destaca que los mecanismos que operaron para la formación de la agenda de salud se pueden describir mediante el concepto de imitación selectiva: mecanismos mediante los cuales las elites domesticas filtran los ambientes internacionales de políticas sectoriales.

### *1.2. Los aportes de los estudios nacionales:*

Desde perspectivas teóricas distintas, los estudios nacionales se acercaron al sector salud, obteniendo resultados no siempre coincidentes. En los párrafos que siguen, haremos un breve recorrido sobre esta importante y diversa producción académica en el que iremos construyendo bases y límites de nuestro objeto. En las páginas que siguen intentaremos activar un dialogo con producciones provenientes de campos disciplinares diverso que se han acercado a la “cuestión salud” mediante metodologías y técnicas variadas.

Desde la óptica de la economía política, Jorge Katz y Alberto Muñoz (1988) realizaron un diagnóstico del sector a fines de los ochenta mediante el cual lograron identificar la puja distributiva que lo atraviesa, característica de un mercado fragmentado e imperfectamente competitivo en el que los proveedores direccionan sus recursos por medio de prácticas de dudosa legitimidad como son la sobreprestación y la sobrefacturación, el aumento de precios, etc. El trabajo refleja un tránsito desde la medicina estatal hacia la medicina mercantilizada, mercados altamente imperfectos, una pronunciada conflictividad política y una creciente incapacidad del sector público para regular la producción y la distribución de bienes (p. 117). Estos identifican raíces tanto económicas como políticas de un sistema inequitativo e ineficiente.

Por otro lado, Katz et al (1993) estudia las condiciones institucionales con las que se formó el sector salud en Argentina. Esto se trata de un antecedente importante porque incluye una caracterización del sector salud en la ciudad de Rosario (Belmartino, Bloch y Carnino, 1993) junto a otros seis casos. El análisis de dichos casos se realiza sobre una serie de variables: magnitud y ritmo de expansión del sector privado; magnitud relativa, ritmo de crecimiento y grado de complejidad del sector público.

Mediante un enfoque histórico sobre la evolución del sistema de salud desde comienzos del siglo XX hasta 2008, Arce (2010) condensa una amplia producción previa (Arce, 1982; 1985; 1991; etc) y pone el foco en el largo plazo. Pone el acento sobre tres planos en la evolución de las instituciones sanitarias: a) tendencias en las políticas sociales

internacionales; b) evolución de la política sanitaria nacional; c) tendencias en la organización hospitalaria (p. 32). Al mismo tiempo, aporta una base importante de las tendencias a nivel internacional y nacional y del desarrollo institucional de los sectores sanitarios provinciales.

Entre los aportes más destacados en este campo, están las investigaciones de Susana Belmartino y Carlos Bloch iniciados en tiempos de la transición democrática. La propuesta que ordena esta vasta producción es la búsqueda por comprender «los procesos históricos de construcción de las relaciones de poder que caracterizan la dinámica política del sector salud en la Argentina contemporánea» (Belmartino y Bloch, 1994: 8). A lo largo de nuestro trabajo, nos encuadraremos en una de sus hipótesis fuertes: la confianza puesta en la capacidad explicativa de la historia. Así lo explica Belmartino:

«Demostrar que “la historia explica”, es a mi criterio una tarea metodológica. Supone aprovechar la descripción densa propia del relato histórico para construir un objeto de investigación con el decidido apoyo de coordenadas teóricas» (Belmartino, 2011).

Un parte considerable de su indagación académica se avocó a la reforma del sistema de seguridad social. Junto a Carlos Bloch y Ernesto Báscolo (2003) la propuesta buscó reflexionar sobre el sistema de atención médica para la seguridad social y con ese objetivo ingresaron en la dinámica política que planteó cada iniciativa de reforma. Su objetivo consistió en identificar los actores que fueron sus protagonistas y las tensiones que gobernaron la construcción de un nuevo marco regulatorio (Belmartino y Bloch, 1994: 15).

Esta es una obra ambiciosa también en su estrategia metodológica. En ella conviven aportes provenientes de la historia de las profesiones, de la sociología de las organizaciones y del neoinstitucionalismo histórico. Según Belmartino (2011), esto permite «la introducción de esquemas configurativos que intentan recuperar la multiplicidad de factores que inciden en el diseño de nuevas instituciones, el abordaje de coyunturas críticas, la emergencia de legados históricos o procesos *path dependent*» (Belmartino, 2011).

Ahora bien, desde hace décadas, los procesos históricos donde se tejieron las relaciones de poder se desarrollaron al interior de un tipo particular de arreglo institucional: el federalismo. Recurrimos a los aportes de la obra de Falleti, González y Lardone (2012)

quienes definen al federalismo como «un tipo central de arreglo institucional para la coordinación y representación de intereses territoriales» (p. 19). Los autores destacan una condición para que el federalismo funcione y no sea una simple formalidad: deben existir actores provinciales y locales activos directamente involucrados en el gobierno y la administración de lo público (p. 20). El proceso descentralizador neoliberal iniciado desde fines de los 70' pone de relieve la importancia de un actor: los gobernadores y más tarde los intendentes como administradores de la cosa pública. Es decir, ejecutores directos del presupuesto y de la obra pública y articuladores de demandas locales y provinciales antes los niveles superiores de gobierno y actores internacionales (p. 20). También es de destacar el análisis de Lardone (2012) sobre el rol de los Banco Multilaterales de Desarrollo (BMD) en los procesos descentralizadores en el espacio subnacional. El autor analiza dos provincias, Córdoba y Salta, concluyendo que, si bien la descentralización entró de manera tardía en la agenda de los BMD, una vez iniciado el proceso estos fueron actores de peso en las reformas subnacionales.

En su vasta obra, Tullia Falletti (2004; 2007; 2010; 2012) afirma que la descentralización no constituye una estrategia homogénea. Esta consta de tres dimensiones: la política, la administrativa y la fiscal. Cada una de estas dimensiones varía de forma independiente y sus resultados dependen de quien la origina y la secuencia de implementación.

Por otro lado, una serie de estudios han analizado el impacto de la descentralización sobre la relación entre la Nación y las provincias. Mientras algunos centraron su atención en la relación fiscal y, particularmente, en el impacto que tuvo la transferencia de servicios públicos en los noventa (Cetrángolo y Jiménez, 2004a y 2004b;), otros desplazaron su foco hacia la relación entre descentralización fiscal y afianzamiento de los regímenes políticos democráticos en América Latina, evaluando las tensiones que han generado los procesos de descentralización entre distintos objetivos de política (Cetrángolo y Goldschmit, 2011).

Los estudios sobre descentralización en el sector salud delimitan un campo específico de indagación. Anllo y Cetrángolo (2007) analizaron la política de salud dentro del campo de la política social para construir tendencias de largo alcance. En cambio, otras investigaciones reconstruyen el impacto sobre la configuración del sector que tuvo el proceso (Bisang y Cetrángolo, 1997, Repetto, 2001; Acuña y Chudnovsky, 2002; Sojo, 2000; González García y Tobar, 1997; Cortes y Marshall, 1999) o los efectos de este

proceso sobre la equidad del sistema (Cetrángolo y Devoto, 2002, Tobar, Montiel, Falbo y Draque, 2006; Maceira, 2008, Lago et al, 2012; Chiara, Di Virgilio y Moro, 2009).

La descentralización también ha sido analizada poniendo el foco sobre la escala provincial. Ivan Ase (2006) reconstruyó la dinámica del proceso descentralizador en el interior de la provincia de Córdoba. Más precisamente, la transferencia de servicios de la jurisdicción provincial hacia la municipal, un proceso impregnado por la lógica del ajuste. En un lapso de seis meses, durante el año 1995 y en medio de una profunda crisis fiscal, la provincia transfirió de forma masiva efectores de baja complejidad a las jurisdicciones municipales. Se trató de una ventana de oportunidad que motorizó un proceso conducido por el poder político provincial y determinó una reforma radical. En términos sanitarios, las características que asumió el proceso impidieron que el nivel central establezca estrategias de coordinación, normatización y supervisión que hubieran permitido mejores resultados.

Otra dimensión de análisis relevante es la autonomía de las políticas subnacionales con relación al nivel central. Esta abre preguntas que ponen de relieve la dinámica de autonomía/dependencia que actúa sobre las agendas de salud provinciales: ¿cuál es el nivel de autonomía que tiene la política de salud provincial con respecto a la nacional? ¿cuáles son los cambios y continuidades con relación a la autonomía que se identifican en la trayectoria de las reformas en la provincia?

Estas cuestiones nos acercaron al trabajo de Alejandro Bonvecchi (2008) sobre las condiciones para el desarrollo de políticas sociales subnacionales autónomas en países federales que, según afirma el autor, constituye un tópico poco explorado<sup>2</sup>. Afirma el autor que la política subnacional solo parece haber tenido lugar como una respuesta reactiva a iniciativas nacionales de política o como el deficitario intento de adaptación a políticas dictadas desde el centro (p. 309). El modelo que propone establece que bajo ciertas condiciones de competencia política, disponibilidad de recursos fiscales propios y capacidad estatal, los gobiernos subnacionales tienen incentivos y recursos para

---

<sup>2</sup> Por políticas subnacionales autónomas se entiende a las políticas que se propongan resolver problemas sociales idénticos o similares a los afrontados por las políticas sociales nacionales, pero con abordajes e instrumentos de política distintos (Bonvecchi, 2008: 313).

desarrollar y sostener políticas sociales propias, distintas o complementarias a las nacionales (p. 307)<sup>3</sup>.

Nuestro trabajo también se nutre de los resultados de diversas investigaciones que desde hace tiempo están poniendo el acento sobre la política sanitaria local. Nos referimos, principalmente, a los estudios sobre el sistema sanitario de la provincia de Buenos Aires (Ariovich, s/d; Burrone, 2007; Belmartino, 2008; Chiara, Di Virgilio y Miraglia, 2008; Chiara, Di Virgilio y Moro 2009; Chiara y Ariovich, 2010; Chiara, Di Virgilio y Ariovich, 2010; Chiara, 2010, 2012, 2013; etc).

También la política de APS ha sido objeto de estudio a escala nacional<sup>4</sup>. Los procesos que involucraron y dieron sentido a la recuperación de la APS a partir de las crisis emergentes tras las reformas neoliberales fueron abordados por Alicia Stolkiner et al (2011). El punto de partida fue la política de medicamentos mediante el Plan Remediar que admitió la disociación entre medicamentos y servicios, situación que se intentó subsanar en el Programa FEAPS-REMEDIAR-REDES. Las autoras señalan que entre las interpretaciones posibles de la APS se privilegió la selectiva, lo que redujo a la APS a su instrumentación por programas focalizados (p. 2)<sup>5</sup>. Al mismo tiempo, analizan la

---

<sup>3</sup> Según afirma, cuatro son las condiciones que influyen sobre la posibilidad: las condiciones sociales, las institucionales, las fiscales y las políticas. Las condiciones institucionales operan como condiciones estructurales y necesarias, mientras que las sociales como variables intervinientes (p. 334). Asimismo, la competencia política, entendida primeramente como condición coyuntural, podría operar como condición necesaria. Por otra parte, concluye sosteniendo que cuanto mayor es el grado de descentralización de la organización federal mayor el potencial de desarrollo de políticas sociales subnacionales.

<sup>4</sup> Para una recuperación de la bibliografía sobre APS en el ámbito internacional es interesante el trabajo de Labonte et al (2009), quienes analizan 336 artículos relativos a la mayoría de las regiones del mundo. En el caso particular de América Latina, los autores afirman que: “existe más integralidad del enfoque de APS en los países con sistemas integrados y universales (o casi universales) de salud, mientras que la APS selectiva o la focalización de la atención básica hacia los grupos desfavorecidos se asocia con sistemas de salud segmentados y fragmentados” (p. 20). Se destacan diferencias en el tipo de programas de APS entre los países de alto ingreso y aquellos de mediano y bajo ingreso: mientras que los primeros se centran en el acceso a programas de salud materno infantil y en la mejora de los servicios de saneamiento básico, los segundos lo hacen sobre el acceso a una amplia gama de servicios de salud y en programas sobre los determinantes sociales de salud. Asimismo, sostienen los autores que el contexto político-social incide sobre la integralidad y efectividad (p. 24). En este sentido, los estados con orientación ideológica social-demócrata y con apertura a la participación ciudadana son más propensos a una concepción integral de APS. Esta explicación pone a la voluntad política como un determinante contextual del tipo de APS implementada.

<sup>5</sup> Victor Cueto (2006) recorre la historia de la APS en el ámbito internacional desde sus antecedentes hasta las primeras manifestaciones de la tensión evidente entre la concepción comprensiva de APS, con origen en Alma Ata, de la mano destacada de Halfdan Mahler, con la selectiva, cuyo origen se remonta a la conferencia “Salud y población para el Desarrollo” en Bellagio organizada por la Fundación Rockefeller.

formación de la agenda de salud y la entienden como un reflejo sobre el que operan los poderes estatales y los actores estratégicos. Estas afirman que la puja de intereses se manifiesta en el Poder Legislativo, situación que explica, en cierta medida, la ausencia de una ley de salud nacional. Por otra parte, las investigaciones sobre APS va desde estudios que realizan una radiografía de la estructura de servicios: los CAPS a escala nacional (Maceira et al, 2006); los que abordan los desafíos de la participación comunitaria en APS (Maceira, 2006b); los que proponen una metodología de evaluación de la APS a nivel local (Burrone et al, 2007), a nivel nacional (Maceira, 2007; Paganini et al, 2010) o a escala latinoamericana (Haggerty, Yavich y Bascolo, 2009); los que miran la relación entre seguro público y estrategia de APS (Zelayeta, 2008); o que estudian la accesibilidad a los servicios de APS en lo local (Ariovich, S/D; Chiara, Di Virgilio, Ariovich y Jiménez, 2010; Chiara y Di Virgilio, 2005; Chiara, Di Virgilio, Cravino y Catenazzi, 1999; Schapochnik, 2003).

### *1.3. Recapitulando a mitad de camino:*

Esta primera reconstrucción intentó situar los objetivos y los marcos de análisis con los que se han estudiado las reformas sanitarias. En nuestro caso, analizaremos los factores que influyeron sobre las distintas reformas que tuvieron lugar en el nivel subnacional de gobierno. Esto atraviesa un largo período desde el estatismo que alimentó el momento de constitución del sector público de salud provincial hasta los proyectos de reformas del Estado y de la sanidad pública durante el predominio de las ideas neoliberales. Formando parte de esto, el proceso descentralizador iniciado en los años cincuenta constituye una variable que alteró el campo subnacional de la política sanitaria y el de los actores que imprimieron sus intereses e ideas en cada reforma. La reconstrucción de la evolución de las condiciones políticas de la provincia se presenta como un aspecto clave para definir este marco.

Por otro lado, para construir nuestro objeto, adherimos a esa *hipótesis fuerte* que sostuvieron Susana Belmartino y Carlos Bloch: el poder explicativo de los procesos históricos en la construcción de las relaciones de poder de un campo. Siguiendo los pasos trazados por Belmartino, será la historia y las coordenadas teóricas las que irán

---

Para este recorrido histórico, la perspectiva centra sobre el contexto político, los actores institucionales, los objetivos que proponen y las técnicas que parecen como propias de una intervención (p. 58).

construyendo nuestro objeto. Como hemos visto, la historia trae registros novedosos como el cambio en el poder relativo de los actores.

En el apartado siguiente profundizaremos sobre una corriente de ideas que hasta ahora ha sido sólo sugerida lateralmente y que constituye el armazón teórico de muchos estudios en la región: el neoinstitucionalismo. Por otro lado, los estudios ideacionales nos van a posibilitar construir con mayor precisión nuestra variable independiente. En efecto, preguntas planteadas a lo largo de esta reconstrucción referidas a los factores que incidieron sobre las soluciones políticas en las reformas serán abordadas apelando a un campo de indagación renovado recientemente: los estudios ideacionales. Se los perciba como un subcontinente de la familia institucionalista o como un campo con mayor autonomía, en ellos encontraremos una gran parte del andamiaje teórico que sostiene nuestra indagación. A continuación, avanzamos levantando las herramientas de las que haremos uso durante el resto de la investigación.

## **2. Nuestra caja de herramientas:**

### *2.1. Precisiones conceptuales sobre las políticas de salud:*

Una calibración del objeto de indagación implica determinar el espacio en el que las políticas definen los problemas de salud. Para ello nos acercaremos a la noción que identifica el sector salud como un campo abierto en lugar de la interpretación clásica que lo identifica como un conjunto de instituciones y recursos.

Los primeros aportes en este sentido corresponden a Belmartino y Bloch (1994) quienes apelando a la noción de campo de Pierre Bourdieu buscan definir las mediaciones entre las propiedades estructurales de las instituciones y las prácticas individuales y grupales: Sostienen los autores que:

«la temática de salud particularmente apropiada para un abordaje de este tipo, que conduce a analizar al sector salud como un conjunto relativamente integrado, en el sentido de la existencia de una multiplicidad de interacciones con influencia en la práctica de las instituciones, grupos y agentes individuales que lo conforman» (p. 11).

Entender el sector como un campo particular de la dinámica social nos habilita a profundizar en los conflictos en torno al control de recursos materiales y simbólicos que se generan o circulan en su interior, las relaciones sociales emergentes, las propuestas de ordenamiento defendidas por los actores con presencia protagónica y la explicitación de formas diferentes de acumulación de poder. En otras palabras, favorece a identificar los capitales en disputa: el capital económico, el capital social (se interviene en función de las relaciones sociales), el capital cultural (se interviene en función del prestigio y/o reconocimiento) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima) (Spinelli, 2010: 276).

La noción de campo abierto propuesta por Belmartino y Bloch (1994) se fundamenta en la hipótesis fuerte que postula que no es posible comprender la dinámica sectorial de manera aislada del contexto social, sino que es necesario el reconocimiento de la relación entre lo societal y lo sectorial para lograr una correcta caracterización de lo sectorial en sí mismo (p. 11).

Como hemos mencionado, nuestra variable dependiente son las políticas orientadas al cambio institucional del sector público de salud provincial, las cuales deben ser situadas en el campo de las políticas sociales. Estela Grassi (2003) afirma que la política social en

singular es la «forma política de la cuestión social» y las políticas sociales en plural son aquellas políticas específicas (sectoriales) a partir de las cuales la orientación se materializa.

La política de salud integra las políticas sociales. La definición de Claudia Danani (2009) favorece a esta aproximación: «aquellas intervenciones sociales del Estado que producen y moldean directamente las condiciones de vida de distintos sectores y grupos sociales» (p. 32). La autora propone asumir la política social como un conjunto de intervenciones sociales del Estado cuya unidad radica en que regulan indirectamente la forma mercancía de la fuerza de trabajo y que lo hacen desenvolviéndose en el terreno de la distribución secundaria del ingreso (p. 33).

La política social es una construcción en doble sentido: entendida como intervención y como creación. Esto permite distinguir esta posición de aquellas que la ven meramente como una «reacción» o «respuesta» a problemas, conflictos, etc. Si es vista como un proceso, la definición de qué es (y/o será) un problema, tanto como la definición de lo normal es parte de la política social; así como las iniciativas que orientan y producen acciones y la delimitación de espacios de acuerdos y no sólo de conflictos, ya que esto último empuja a arrinconar la política social en términos residuales (p. 35).

Danani señala otras utilidades de esta definición de política social: a) la política social no necesariamente mejora las condiciones de vida: pueden hacerlo, pero ello no es un atributo propio de la política social en sí misma sino de casos específicos, observables mediante estudios específicos; b) siempre hay política social de la misma manera que siempre hay Estado.

Estas formulaciones en la definición de política social son claves en el tratamiento de nuestro objeto de estudio dado que nos acerca a una perspectiva constructivista de los problemas públicos. Para la lente constructivista todo problema social y público es una construcción colectiva y es político en la medida en tanto existen controversias sobre su amplitud, sus causas y sus efectos. Los debates sobre los valores y las normas que permiten categorizar y, en cierta forma, volver gobernable un problema, son típicamente políticos (Endelman, 1991: 22). Se trata de una competencia entre grupos que buscan imponer la definición del problema que se estructura bajo la forma de un debate: las partes proponen causalidades, repulsan oponentes y/o atribuyen responsabilidades en torno al

problema. Los actores en competencia exponen narraciones que adquieren la forma de lo que Debora Stone (1989) llama «historias causales»<sup>6</sup>.

Las políticas de salud son una política pública (PP) que integra las formas específicas de la política social. Knoepfel et al (2008) recogen tradiciones y novedades en el campo de las PP buscando reducir el grado de abstracción hacia un campo más operacional. Proponen la siguiente definición de política pública:

«una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos - cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían - a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendentes a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales)» (p. 36).

En primer lugar, la política pública busca resolver «un problema social reconocido políticamente como público». Ya se ha dicho innumerables veces que un problema público es una «construcción» producto del recorte de los sujetos<sup>7</sup>. Los datos siempre son seleccionados y caracterizados por un observador interesado y filtrados a través de esquemas cognitivos y valorativos de los sujetos que los observan (Aguilar Villanueva, 1993: 57). Asimismo, todo problema público presupone una situación de insatisfacción social o, en otros términos, una «discrepancia superable» entre la realidad y el deseo del observador que permita articular una solución que suponga una intervención del sector público.

Toda PP supone la existencia de grupos objetivo en el origen de un problema público. No estamos ante la presencia de una verdadera política si ésta no identifica los objetivos o

---

<sup>6</sup> En términos muy similares, Knoepfel et al (2008) llaman «narración» a la que logra imponerse como la más plausible conforme la constitución del problema y la más deseable para los intereses y valores en juego (p. 138).

<sup>7</sup> El rechazo del «objetivismo» abre la posibilidad a considerar toda definición de un problema como buena, legítima y adecuada. En palabras de Wayne Parsons (2008) «Lo que subyace a gran parte del análisis del establecimiento de la agenda y la definición del problema es la controversia en torno a la idea de la existencia de un mundo objetivo y cognoscible. La cuestión acerca de cuándo un tema se convierte en problema político o de políticas públicas confronta la idea de lo objetivo con la naturaleza subjetiva de la realidad» (p. 154).

colectivos que tienen que cambiar su conducta<sup>8</sup>. Este cambio se sostiene sobre una cierta base conceptual y una cierta coherencia al menos intencional inscrita en toda PP expresada en las medidas adoptadas sobre el grupo-objetivo. Además, debe tratarse de decisiones que han sido cristalizadas en un programa de intervenciones, entendido como un conjunto de decisiones y acciones que debe contener decisiones más o menos concretas e individualizadas (decisiones relativas al programa y su aplicación)<sup>9</sup>. También las acciones y decisiones sólo podrán considerarse PP en la medida que quienes las toman y las llevan a cabo lo hagan desde su condición de actores públicos<sup>10</sup>. Por último, para que haya una PP se debe tratar de decisiones o actividades «más o menos obligatorias», lo que se refiere a la naturaleza incentivadora y/o coercitiva de las decisiones de los actores administrativos.

Sobre la base de estos aportes, ensayamos una definición operacional de política de salud como un *conjunto de intervenciones institucionales tomadas por el Estado o por privados con representación jurídicamente delegada - cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían - destinadas a resolver un problema de salud políticamente definido como colectivo así como a delinear reglas de juego a través de las cuales estos son elaborados, que tiende a modificar la conducta de grupos sociales (grupos objetivo) en interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema de salud (beneficiarios finales).*

Belmartino (2009) identifica tres grandes campos de problemas para la política de salud: la relación entre población y prestadores, la que se establece entre financiadores y prestadores de atención y la interacción entre las organizaciones de financiamiento y/o provisión de atención médica y las autoridades locales y regionales. Esta última se interroga sobre las diferentes instancias de regulación del Sistema de Servicios de Salud (SSS), o más específicamente, sobre la dinámica de los procesos de toma de decisiones de las agencias estatales a cargo (p. 130). En nuestro caso, acercaremos el foco sobre estos

---

<sup>8</sup> Toda política pública busca modificar u orientar la conducta de grupos de población específicos (*target groups* o grupos-objetivo), ya sea de manera directa o actuando sobre el entorno de tales actores.

<sup>9</sup> Esto descarta la inclusión de un único programa de acción sin continuación en otras acciones como política pública.

<sup>10</sup> En este sentido, Subirats et al (2008) sostienen que es necesario que se trate de actores integrados en el sistema político-administrativo o bien de actores privados que posean la legitimidad necesaria para decidir o actuar en base a una representación jurídicamente fundada. Sin esta condición, un conjunto de decisiones (que de hecho pueden ser obligatorias para terceros) sólo podrá considerarse como una política «corporativa (asociativa)» o incluso «privada» (p. 40).

procesos, que anteriormente ya definimos como intervenciones, cuyo contenido está orientado a la reforma institucional del sector público de salud subnacional.

Recuperemos nuestra pregunta guía: ¿Cuáles son los factores que explican las reformas del sistema sanitario público de la provincia de Santa Fe entre 1930 y 1995?

Toda PP destinada a resolver un problema público de salud puede ser dividida en etapas y esto implica admitir el valor a los fines analíticos de la llamada «heurística por etapas» (Jones, 1970; Anderson, 1975; Brewer de Leon, 1983)<sup>11</sup>. En una definición clásica de agenda pública, Aguilar Villanueva (1993) sostiene que se trata de la más importante de las decisiones que debe tomar un gobierno, esta es, la relativa a la elección de sus asuntos y prioridades de acción. Ellas dan el tono y la dirección a un gobierno, prefiguran su éxito y descalabro (p. 27). Un problema se vuelve público cuando ingresa en la agenda política<sup>12</sup>, cuando los actores públicos reconocen la necesidad de considerar una eventual solución política en relación a como se ha «formateado» o tematizado el problema o la situación problemática (Knoepfel et al, 2008: 129).

Entre el amplio campo de trabajos sobre la formación de la agenda están aquellos que ponen el acento sobre las condiciones y los efectos del formateo político, es decir, en aquellas actividades previas a la decisión. En este sentido, el trabajo de Kingdon, que constituye una referencia ineludible para los estudios de *agenda-setting*, les asigna un lugar desatacado a las ideas de los actores en la formación o cambio de una política (Lascoumes y Le Garès, 2014: 92). Esto está presente en su definición clásica de agenda: «lista de temas o problemas a la que los funcionarios gubernamentales y personas ajenas al gobierno asociadas de cerca con aquellos funcionarios le prestan alguna seria atención en un momento dado» (p. 3).

A mediados de la década del ochenta, Kingdon (1984) desarrolló el marco de análisis de las corrientes múltiples que incorporó su categoría teórica más citada: la ventana de oportunidad o ventana política. Esta metáfora le permitió identificar acciones o momentos suficientemente trascendentes como para producir la formación de la agenda y la formulación de políticas. El modelo consta de cinco elementos estructurales: los problemas, las políticas, la política, las ventanas de oportunidad políticas y los

---

<sup>11</sup> Este modelo ha recibido agudas e importantes críticas (Sabatier, 1991; Sabatier y Jenkins-Smith 1993).

<sup>12</sup> Es decir, solo hablamos de problema público cuando una situación se juzga políticamente como problemática y es objeto de un debate político.

emprendedores de políticas (Zahariadis, 2010: 75). De este modo Kingdon respondió al interrogante referido a cómo un problema llega a recibir la atención de los funcionarios públicos y de los formuladores de las políticas, como se establecen las agendas y por qué las ideas «tienen su propio peso» (Parsons, 2008: 297). Retomaremos parte del modelo de Kingdon más adelante en este mismo capítulo.

## 2.2. *Un acercamiento a los cambios institucionales:*

Nuestra variable dependiente (Y) son las políticas de reforma institucional del sector público de salud de la provincia de Santa Fe y nuestro objetivo general se interroga sobre los factores que las influyen. Esto constituye un problema de conceptualización de variable dependiente. Si bien la trayectoria de las instituciones se integra con procesos de continuidad y cambio, nuestra atención se enfocará fundamentalmente sobre los períodos de cambio. Estos son momentos en los que son posibles varias alternativas con posibilidad de trazar un camino futuro.

Si el desafío inicial es la conceptualización de la variable dependiente, es decir, qué entendemos por cambio de política pública, entonces debemos recuperar lo que ha planteado la literatura específica que se avocó a la cuestión. Se trata de un desafío de primer orden dado que estamos expuestos a una pregunta que todavía no encuentra una respuesta consensuada: ¿qué es un cambio significativo?; o en nuestro caso ¿qué es un cambio significativo de las reglas de juego del sector salud?

Los analistas han buscado dar cuenta del problema conceptual que significa definir «cambio significativo» (Waddan, 2011) y sobre qué período, pero no han alcanzado un acuerdo robusto ni sobre la variable dependiente ni sobre la profundidad que deben tener los cambios para ser significativos (Béland y Powell, 2016b: 131)<sup>13</sup>.

Proponemos una definición amplia y operativa de cambio de política que nos permite incorporar los elementos fundamentales de una PP y afrontar el análisis causal que se pretende: *una alteración significativa de la definición del problema, de los recursos, de*

---

<sup>13</sup> En este sentido, durante mucho tiempo, la variable dependiente tradicional usada en la literatura fue el gasto agregado o el esfuerzo de bienestar (Wilensky and Lebeaux 1958; Wilensky 1975, citado en Béland y Powell, 2016b) aunque esto fue cuestionado por otros que postularon criterios alternativos (Esping Andersen, 1990).

*los nexos institucionales o de los grupos objetivos que integran una intervención institucional del Estado.*

Durante mucho tiempo, las investigaciones han mantenido una perspectiva binaria sobre el cambio institucional entre quienes adoptan una posición incrementalista o una paradigmática. Esta división se sustenta en los factores de tiempo y profundidad del cambio. Los incrementalistas, alineados con el tradicional punto de vista de Lindblom (1959), postulan que hay sólo un tipo de dinámica política: los incrementos marginales del *status quo*. Esto caracteriza a casi todos los cambios de política pública. Entre los segundos están quienes adhieren a la noción de cambio paradigmático de Peter Hall (1993) y a su clasificación entre cambios de primer, segundo y tercer orden<sup>14</sup>. Este último es asimilado al cambio de paradigma desarrollado en la famosa obra de Kuhn para las ciencias naturales<sup>15</sup>. Howlett y Cashore (2009), por su parte, han intentado escapar a este binarismo proponiendo cuatro tipos de cambio: paradigmático clásico (un gran paso); incremental rápido (muchos pasos rápidos pero pequeños), paradigmático gradual (un paso grande pero lento), e incremental clásico (muchos pasos pequeños y lentos).

Las explicaciones sobre el cambio también distinguen entre aquellas basadas en causas exógenas o endógenas, una clasificación que toma en cuenta el origen del cambio de las instituciones. El argumento de *path dependence* sostiene que un cambio de política paradigmático requiere de una desestabilización institucional producto de un *shock* externo (Howlett y Cashore, 2009). En este caso el origen del cambio es una coyuntura crítica relativamente corta y excepcional asimilable a una «tormenta perfecta» que permite un cambio no incremental y relevante (Wilsford, 2010, Zehavi, 2012).

El enfoque más importante desarrollado por la literatura reciente es el del cambio institucional endógeno. Para Thelen el cambio endógeno tiene lugar gradualmente y todo el tiempo. Se trata de un cambio «acumulativo pero transformativo» donde ciertos ajustes en apariencia pequeños se irán acumulando hasta producir una transformación institucional significativa (Thelen 2003, 2004; Streeck y Thelen, 2005; Mahoney y Thelen, 2009). En este caso, la atención se concentra en cambios más sutiles pero capaces de determinar la dinámica de la mayoría de las políticas. Es un argumento que parte de

---

<sup>14</sup> Para analizar este tipo de cambio de política ver Hall (1993).

<sup>15</sup> El trabajo de Howlett y Cashore (2009) intenta escapar de esta caracterización binaria y propone cuatro tipos de cambio: paradigmático clásico (un gran paso); incremental rápido (muchos pasos rápidos pero pequeños), paradigmático gradual (un paso grande pero lento), e incremental clásico (muchos pasos pequeños y lentos) (Béland, 2016).

una premisa básica: las instituciones son mucho menos estables que lo que tradicionalmente se ha creído y el cambio institucional no es un proceso esporádico y de quiebre abrupto originado en factores exógenos sino una característica intrínseca de las instituciones.

Mahoney y Thelen (2010) postulan una teoría del cambio institucional gradual que abarca cuatro tipos de cambio institucional:

- ✓ *Displacement* (desplazamiento): implica la eliminación de normas existentes y la introducción de nuevas normas;
- ✓ *Layering* (adición o superposición): implica la introducción de nuevas normas dejando las existentes;
- ✓ *Drift* (deriva): es el cambio que impacta las reglas existentes debido a los cambios en el ambiente;
- ✓ *Conversion* (transformación): es la modificación de la normativa existente debido a su redireccionamiento hacia nuevos propósitos.

Para Mahoney y Thelen (2010) estos cambios derivan de la forma en cómo se presenta el contexto político y las características propias de la institución. A estas dimensiones las abordan por medio de dos preguntas básicas: a) ¿el contexto político permite a los defensores del *status quo* posibilidades de veto fuertes o débiles?; b) ¿la institución seleccionada brinda a los actores oportunidades para ejercer discrecionalmente la interpretación o aplicación? (Mahoney y Thelen, 2010, 18).

Mahoney y Thelen (2010) resumen el núcleo de su teoría del cambio a través de la siguiente afirmación: «los agentes del cambio se convierten en el paso intermedio a través del cual el carácter de las reglas institucionales y el contexto político hacen su trabajo causal» (p. 28). En efecto, de acuerdo con su visión las causas principales que explican el cambio son el contexto político y las reglas institucionales.

Este modelo ha recibido críticas por parte de diversos analistas. Fenger et al. (2014) cuestiona el poder predictivo de la teoría ante un posible cambio institucional gradual. Por otro lado, Daniel Béland y Waddan (2012), sostienen que Mahoney y Thelen no toman en cuenta el papel de las ideas en el cambio de políticas. Para estos, las ideas son instrumentos con influencia en las percepciones y preferencias de los agentes que producen cambios en la política social (Béland, 2016b: 141). Estos últimos sostienen:

«aunque Mahoney y Thelen (2009), reconocen el papel de las instituciones formales y los legados políticos en la configuración de las estrategias de reforma de los actores políticos, ofrecen una comprensión limitada de lo que motiva a estos actores a generar cambios, o apoyar el *status quo*, en primer lugar. Para estos dos académicos, los intereses materiales relacionados con los efectos distributivos percibidos de las instituciones seleccionadas son factores determinantes en el comportamiento de los actores» (Beland y Waddan, 2012: 7).

Mahoney y Thelen (2010) mantienen una visión determinista que deja un estrechísimo espacio para los procesos ideacionales mediante los cuales los actores dan sentido a su mundo político e institucional (Béland y Waddan, 2012: 7). Y al no dar cuenta de los procesos ideacionales, el marco no puede responder porqué los actores eligen una determinada estrategia y no otra. Fallan en el análisis sistemático de la agencia al no dar cuenta de las creencias y motivaciones que moldean las conductas de los actores.

### 2.3. *Los actores del juego:*

En nuestra investigación, las variables independientes (X) son las ideas y los arreglos institucionales. Sostienen Acuña y Chudnovsky (2013) que la causalidad de un proceso político sólo puede explicarse por la mediación de reglas interpersonales y la acción de los actores. En primer término, definimos a estos últimos para dar lugar a un análisis del vínculo de las ideas y su influencia en su conducta más adelante en este mismo capítulo. Acuña y Chudnovsky (2013) definen a los actores de una política como:

«todo sujeto individual o colectivo cuya identidad le permite reconocerse como colectividad o parte de ella, y con capacidad de acción estratégica; esto es, con capacidad de identificar/definir sus intereses y traducirlos en objetivos, diseñar un curso de acción (estrategia) para alcanzarlos y relativa autonomía (recursos y capacidades) para implementar ese curso de acción» (p. 36)<sup>16</sup>.

Los recursos/capacidades de los actores muestran aristas diferentes según se trate de actores económicos, estatales o sociopolíticos. La capacidad de influir sobre políticas de

---

<sup>16</sup> Los autores asumen como presupuesto analítico que lo que los actores deciden y hacen importa analíticamente. Esto permite distinguir la categoría de actor de la de agente, entendiendo por este último a un sujeto individual o colectivo con capacidad de acción, pero por cuenta de otro, donde ese otro puede ser un sujeto, una estructura o un proceso.

los actores económicos dependerá de que actúen en el plano político (cámaras, uniones, etc) o en el terreno estrictamente económico, es decir en el ámbito de los mercados (como inversores, productores o consumidores). En el caso de que actúen en el ámbito político, estos son considerados como cualquier otro actor sociopolítico y en el caso que actúen como sujetos económicos su capacidad de influir depende de su peso en el contexto de las propiedades estructural económicas de la sociedad. En el caso de los actores estatales, esto supone prestar atención a los administradores, funcionarios y políticos en función de gobierno y a sus capacidades para diseñar, decidir e implementar las acciones públicas. Por último, los actores sociopolíticos pueden ser actores sociales o paragubernamentales como los partidarios, que presentan facultades para organizarse y desplegar estrategias para influir en las políticas (Acuña y Chudnosky, 2013: 44)<sup>17</sup>.

Por su parte, Bonvecchi et al (2015: 6) sostienen que en el sector salud junto a los actores estatales es necesario agregar cuatro y hasta cinco grupos de protagonistas: los sindicatos, las empresas proveedoras de servicios de salud, las corporaciones o gremios profesionales y las organizaciones comunitarias (Maceira, 2005, citado en Bonvecchi y Scartascini, 2015).

Acuña y Chudnosky (2013) nos recuerdan que la disputa política no suele darse entre actores aislados, sino conformados en alianzas o coaliciones. Estas permiten que se potencien las capacidades y recursos que cada actor posee. Y la capacidad de cada grupo para conformarse como actor colectivo depende, a su vez, de su capacidad para cultivar recursos y aliarse con actores que disponen de ellos. Por su parte, Repetto (2009) agrega que la interacción política tiene lugar en el espacio público y está vinculada a la disputa/articulación de intereses e ideologías. Coincide en que no se produce entre actores aislados de su entorno sino, en general, entre coaliciones políticas de las que participan los interesados (p. 147).

El marco de las coaliciones promotoras (*advocacy coalition*) es un modelo desarrollado por Sabatier que establece que cada subsistema político se integra por una multiplicidad de coaliciones promotoras que compiten por influenciar el proceso de toma de

---

<sup>17</sup> Sostienen Acuña y Chudnosky (2013) que en los actores estatales y los sociopolíticos la facultad de organizarse y desplegar estrategias puede estimarse considerando cinco propiedades con relación a sus capacidades: organizacionales, de representación y gobierno, de actuar ideológicamente, de negociación y capacidad de salida (p. 44).

decisiones<sup>18</sup>. Según Repetto (2009) el «cemento» que une las coaliciones está formado por intereses e ideologías en común que permiten que los recursos de cada actor se potencien y den lugar a capacidades políticas agregadas diferentes a las de sus miembros particulares (147)<sup>19</sup>. Para este modelo las agendas disponibles de ideas mediante las cuales los actores *filtran* el mundo social tienen cierta autonomía con relación a sus intereses. No hay inmediatez entre la posición estructural de los actores, sus intereses y las intervenciones concretas en un campo de políticas.

Sabatier desarrolla una estructura jerárquica sobre la base de tres niveles de creencias: en el más amplio se encuentran aquellas *fundamentales (deep core beliefs)* que incluyen supuestos muy generales normativos y ontológicos sobre la naturaleza humana, la prioridad relativa de valores fundamentales como la libertad y la igualdad, etc. Las coaliciones promotoras se mantendrán estables cuando son estas convicciones fundamentales las que se encuentran en disputa. En el segundo nivel, están las creencias sobre las políticas públicas (*policy core beliefs*) que abarcan un subsistema de políticas completo. Denominado como preferencias sobre políticas públicas «proyectan una imagen de cómo debe ser un subsistema de políticas, brindan una visión que guía el comportamiento estratégico de coalición y ayudan a unir aliados y a dividir opositores» (Sabatier y Weible, 2010). Esto es el “cemento” que une a las coaliciones con más fuerza. Por último, están las creencias instrumentales (*secondary beliefs*) que pueden referirse a la seriedad del problema, el diseño de instituciones específicas, a preferencias políticas a la luz de regulaciones deseables o presupuestarias y las evaluaciones de desenvolvimiento de los actores, etc. En este caso, por su alcance menor su cambio resulta menos dificultoso. Como hemos mencionado, varios trabajos sobre los procesos de reforma adoptaron el modelo de la coalición promotora como una variable explicativa de los resultados de dichos procesos (Fuentes, 2010; Báscolo y Yavich, 2010).

---

<sup>18</sup> Estas incluyen no solo a los participantes del tradicional “triángulo de hierro” formado por legisladores, funcionarios de organismos y líderes de grupos de interés, sino también a investigadores y periodistas que se especializan en esa área de políticas (Hecló, 1975, Kingdon 1995) y funcionarios judiciales que intervienen regularmente en subsistemas de políticas.

<sup>19</sup> Para este marco de análisis, el lugar de las creencias de los participantes resulta central ya que estas presentan firmeza y sus promotores disputan por traducirlas en políticas reales. Por ello el modelo resalta la dificultad de cambiar las creencias normativas y la tendencia que presentan los actores a relacionarse con el mundo a través de un conjunto de filtros de percepción compuestos por creencias preexistentes difíciles de modificar (Sabatier y Weible, 2010).

Una política pública no se establece en un espacio vacío, sino en un campo en el que los actores disponen y disputan recursos. Estos últimos constituyen un indicador observable de una capacidad de cada actor, es decir, de la habilidad de comportarse de una manera, de cumplir una función o tarea y/o de alcanzar un objeto (Acuña y Chudnovsky, 2013: 42). El modelo de Repetto (2010) construido sobre la base de los aspectos sustanciales de la vida pública (lo político, lo económico, lo administrativo y lo ideológico) es un buen punto de partida para determinar la capacidad de cada actor en un espacio de disputa sobre los problemas públicos:

- a) recursos políticos: apoyo de la ciudadanía, de los grupos de interés y de los mandantes políticos; autoridad formal; liderazgo y autoridad informal; movilización y acción colectiva; habilidad para negociar, argumentar y comunicar;
- b) recursos económicos: presupuesto; dinero para incidir en la agenda gubernamental;
- c) recursos técnicos-administrativos: mandato legal; organización; información y habilidad para procesarla; *expertise* burocrática; capacidad para descifrar contextos de incertidumbre
- d) recursos ideológicos: ideas y valores con legitimidad social; prestigio moral

Como veremos más adelante, en nuestro caso, los recursos políticos, ideológicos y técnicos-administrativos ocuparon un lugar central en nuestra investigación sobre las políticas de reforma institucional en el ámbito provincial.

#### 2.4. *Las reglas del juego:*

Para comprender las políticas públicas hace falta dar cuenta de las reglas que guían las interacciones de los actores. Para ello nos valemos de las herramientas analíticas de la corriente conocida como neoinstitucionalista donde el prefijo *neo* demuestra que los análisis institucionales no son nuevos, sino que lo nuevo es el tratamiento que se hace de ellos (March y Olsen, 1984; Riquelme, 2004: 50)<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> El nombre fue introducido por March y Olsen en 1984 para identificar a toda una corriente de investigación que reingresaba las instituciones como una variable explicativa en sus investigaciones. Para un análisis de las diferencias entre el institucionalismo clásico y el neoinstitucionalismo sugerimos ver: Lascoume y Le Garès, 2014, Farfan Mendoza, 2007.

Uno de los primeros antecedentes que en el campo de las políticas de salud que buscó explicar la estabilidad y cambio de las instituciones fue la obra de Ellen M. Immergut (1992). En su estudio comparado, las instituciones se incorporan como esa variable independiente capaz de explicar la estabilidad y los cambios de las políticas, es decir los *inputs* y *outputs* articulados de modo distinto en diferentes sistemas políticos. Según Immergut (1992), las instituciones definen un contexto estratégico para las acciones de los actores políticos que cambia el resultado de los conflictos trabados en torno de políticas específicas. El análisis toma el modelo de *two step* haciendo una clara distinción entre los actores políticos, sus estrategias y el contexto institucional donde se desenvuelve la acción. Como dice Immergut «en un determinado punto de tiempo, el modelo expuesto es independiente de los actores socializados por las instituciones que limitan sus objetivos e intereses» (p. 28). Es decir, en este modelo las instituciones son la variable explicativa de la continuidad y el cambio de una política sin que la agencia de los actores asuma un papel relevante.

Le neoinstitucionalismo incorpora análisis enfocados sobre los factores institucionales de nivel intermedio que pueden explicar la variación en las estructuras políticas de diversos regímenes nacionales (Thelen y Steinmo, 1992)<sup>21</sup>. Este análisis conceptual intermedio permite explicar las diferencias considerando la diversidad de incentivos y restricciones que los actores enfrentan en sus conflictos mutuos (Steinmo, Thelen y Longstreth, 1992:6).

La definición clásica de institución de Peter Hall en «El Gobierno de la Economía» (1986) se encuentra entre las más aceptadas: «reglas formales, procedimientos y estándares de prácticas operativas que estructuran la relación entre individuos en varias unidades de la política y la economía»<sup>22</sup>. En otras palabras, reglas formales e informales que se crean

---

<sup>21</sup> Así lo han afirmado Kathleen Thelen y Sven Steinmo (1992): “el enfoque en las instituciones de nivel intermedio que median los efectos del macroeconómico nivel socioeconómico (como la clase) también proporciona una mayor ventaja analítica para hacer frente a la variación entre los países capitalistas” (p. 11).

<sup>22</sup> Aunque de las múltiples definiciones de institución, quizás la más citada sea la clásica propuesta de North (1993) cuando las define como las reglas de juego formales e informales que estructuran las relaciones entre grupos, individuos, gobierno, enmarcando las posibilidades de vinculación e intercambio de los distintos sectores. Asimismo, es muy frecuente es el uso de la clásica distinción de North entre instituciones y organizaciones donde las primeras son reglas de juego, limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana, y las segundas, organizaciones que proporcionan una estructura para esa interacción que expresa relaciones sociales.

durante la actividad política y abren o cierran las opciones de los actores políticos (Riquelme, 2004: 55).

Steinmo y Thelen (1992) sostienen que los institucionalistas están interesados en el rango completo de instituciones estatales y societales que conforman la manera como los actores políticos definen sus intereses y estructuran sus relaciones de poder con otros grupos. Incluye características del contexto institucional tales como las reglas de la competencia electoral, la estructura de los sistemas de partido, las relaciones entre diversas ramas del gobierno y la estructura y la organización de actores económicos como los sindicatos (p. 2).

El neoinstitucionalismo histórico (NHI) se basa en el supuesto de que un conjunto históricamente construido de restricciones institucionales estructura el comportamiento de los actores políticos y los grupos de interés durante el proceso de formulación de políticas (Immergut, 1998). De acuerdo con Pierson y Skocpol (2008 [2002]) tres son las características que distinguen al NHI de las otras corrientes: agendas sustantivas, argumentos temporales y atención a contextos y configuraciones<sup>23</sup>. Posiblemente, y retomando un tópico que ya hemos abordado, su característica más notoria es la relevancia de la historia. Mientras que el análisis centrado en el racionalismo se realiza de forma deductiva, a partir de una serie limitada de asunciones que tienen la pretensión de ser universalmente aplicables, la aproximación del institucionalismo histórico a los fenómenos estudiados es la de generar hipótesis explicativas a partir de un análisis inductivo (Fuentes, 2013).

Como una consecuencia de lo anterior, el NHI presenta una perspectiva versátil que permite explicaciones más ricas del proceso político y más sensibles a la relación entre instituciones e ideas y creencias (Belmartino, 2011). Para el NHI la historia no es una

---

<sup>23</sup> Si bien son dos las escuelas fundamentales en el institucionalismo: el histórico (IH) y el de la elección racional (IER) Peter Hall suma una tercera escuela: el nuevo institucionalismo sociológico. Hall y Taylor (1996) señalan tres rasgos que diferencian esta versión: define las instituciones de modo más amplio que los cientistas políticos incluyendo todo lo que proporciona una “trama de significación” (normas morales, sistemas simbólicos, etc). Es decir, esta corriente sociológica ve en las instituciones prácticas culturales similares a mitos y ceremonias y cuyo fin lejos está de fortalecer la eficiencia formal de medios-fines de la acción. Por otra parte, también tiene una visión particular de la relación entre instituciones y acción individual de donde se deriva un carácter altamente interactivo y constitutivo de las relaciones entre ambas. Finalmente, para el NIS las organizaciones eligen formas y prácticas institucionales específicas debido a que son valoradas en un medio cultural más amplio. Para un análisis de las divergencias y coincidencias entre las escuelas ver Hall y Taylor, 1996; Farfán Mendoza, 2007).

cadena de eventos independientes, lo que implica para el analista adoptar un cierto escepticismo con la noción misma de variable independiente. En otras palabras:

«variables importantes pueden, y frecuentemente sucede, formarse unas a otras. Los institucionalistas históricos más que los científicos políticos de algunas otras tradiciones, están explícitamente interesados en estos efectos interactivos sobre la interdependencia de múltiples variables *causales*» (Steinmo, 2008: 166).

Ante el interrogante que guía nuestro estudio, referido a los factores que inciden en las políticas de cambio institucional en la provincia, la afirmación en torno a la interacción y la interdependencia de variables es clave dado que la configuración de la agenda reformista combina elementos ideacionales e institucionales.

El marco institucional permite entender la estructura de oportunidades con las que se enfrentan individuos y grupos para interactuar guiados por identidades propias. Al mismo tiempo, facilita la comprensión de aquellas potenciales rutas de acceso (Fox, 1994) por donde se canalizan las demandas y necesidades de los distintos sectores que conforman el espacio público (Repetto, 2009). La lucha política se inserta en el interior de una trama institucional con capacidad para establecer reglas de juego para la confrontación y permitir la elaboración de acuerdos relativamente estables (Belmartino, 2011).

Para el NHI las instituciones influyen sobre las preferencias de los actores y una vez creadas adquieren autonomía influyendo sobre los procesos políticos y las estructuras. En este sentido, un principio central del que parten los estudios neoinstitucionalistas es que las instituciones no son neutrales para los resultados de las políticas: las instituciones definen las reglas del juego político, dentro de las que se encuentran por ejemplo quiénes son aquellos que van a poder participar y bajo qué condiciones o con qué recursos se realizará dicha participación (Steinmo, 2008 citado en Fuentes, 2013).

Peter Hall explica los modos en que las estructuras institucionales modelan los objetivos de los actores políticos y las formas en que estructuran las relaciones de poder que los vinculan (Belmartino, 2011), favoreciendo unas por sobre otras.

«Por un lado, la organización de la toma de decisiones políticas afecta el grado de poder que cualquier conjunto de actores tiene sobre los resultados en políticas. (...) Por otro lado, la posición organizativa también influye la definición del actor de su propio interés, estableciendo sus responsabilidades institucionales y sus relaciones con los otros actores. De este modo los factores organizacionales afectan tanto el grado de presión que un actor puede llegar a ejercer sobre la

política como la probable dirección de esa presión» (Hall, Peter, citado por Steinmo y Watts, 1992: 2).

Para el NIH las instituciones se encuentran determinadas por la trayectoria del pasado y pueden producir en el mediano y/o largo plazo efectos no previstos en los objetivos planteados en su creación. Sostiene Sanchez de Dios (2004) que la noción de *path dependence* parte de la idea de que en la política hay elementos de azar, situaciones incontroladas, pero una vez que se adopta una pauta ésta acaba siendo un camino cerrado o un *path* único, una «trayectoria dependiente», y los actores tienen que ajustar sus estrategias al esquema establecido y prevaleciente.

En un sentido convergente, Hacker (1998) sostiene que la «secuencia histórica» de las decisiones políticas estructura la lucha política sobre la política social. En otras palabras, una vez que ha sido adoptada una decisión de formación de política se produce un efecto de *positive feedback* o de retroalimentación positiva. Es decir, una vez que los actores se han aventurado en un camino particular, es probable que les sea difícil revertir ese curso. Las alternativas políticas que una vez fueron plausibles pueden ser irrecuperables (Pierson y Skocpol, 2008 [2002]:13). En este sentido, Guy Peters (1999) sostiene:

«se argumenta en este enfoque que una vez que los gobiernos realizan su elección institucional y de políticas en un área de política determinada, los patrones creados persistirán, a menos que exista una fuerza suficiente para remontar la inercia creada en el establecimiento del programa; esto es lo que el institucionalismo histórico refiere como *path dependence*» (p. 64).

La teoría de los «rendimientos crecientes» de Paul Pierson parte de la tesis de que los rendimientos que produce una acción o una institución política siempre crecen con el paso del tiempo, aunque puedan generar o desarrollar un círculo vicioso o no virtuoso (Sánchez de Dios, 2004).

Las tres corrientes tradicionales del NI (*rational choice*, neoinstitucionalismo histórico y el institucionalismo sociológico) presentan un elemento en común: han sido mucho mejores para explicar la continuidad que el cambio institucional. Vivien Schmith (2010) sostiene que es por la propia definición de las instituciones, a las que presentan como dadas, estáticas y limitantes, favorece explicaciones del cambio como el resultado de shocks exógenos. Como veremos en el apartado siguiente, esta debilidad condujo a los expertos a intentar endogeneizar el cambio institucional, buscando explicar el origen del

cambio institucional en las preferencias basadas en los intereses, en los trayectos históricos o en los marcos culturales (p. 2). En cambio, otros han optado por “tomar las ideas seriamente”, generando puntos de quiebre con sus propias tradiciones, lo que conduce a la autora a afirmar una cuarta corriente: el institucionalismo discursivo. Se trata de un concepto abarcador de una amplia gama de trabajos que tienen en cuenta el contenido sustantivo de las ideas y los procesos interactivos a través de los cuales las ideas se transmiten e intercambian a través del discurso (Schmith, 2010: 3)<sup>24</sup>.

### 2.5. *Las ideas y el juego político:*

Los científicos sociales de distintas tradiciones les asignaron a las ideas distintos roles en la explicación de las políticas públicas. Los encolumnados en la tradición marxista asimilaron las ideas a simples cortinas de humos con las que los actores poderosos enmascaran sus intereses. Los seguidores de la *racional choice* encuentran en las ideas un foco de atención de actores racionalmente egoístas. El llamado de Schmitd (2010) a «tomar las ideas seriamente» supone no considerarlas como un mero epifenómeno sino como un aspecto de la realidad que puede moldear la conducta humana y las decisiones políticas de manera directa (Campbell, 2004). En este sentido, los investigadores han comenzado a examinar varios caminos en los cuales los factores ideacionales pueden interactuar con otros factores (Mehta, 2011: 23).

Aunque los trabajos clásicos del NHI (Hall, 1989; Rueschemeyer y Skocpol, 1996) presentan diferencias importantes en cuanto al papel asignado a las ideas en las políticas públicas, las investigaciones recientes sostienen que el cambio institucional sólo puede ser explicado situando a las ideas dentro del análisis (Steinmo, 2008). En este sentido, Steinmo (2008) definió a las ideas como soluciones creativas a problemas de acción colectiva que nos permiten explorar las relaciones de poder e integrar a la agencia en el análisis en lugar de considerar a los actores como prisioneros de las instituciones que habitan (p. 173)<sup>25</sup>.

Desde el punto de vista del investigador canadiense Daniel Béland (2005), las ideas políticas adquieren relevancia y pueden ser tratadas como una variable independiente para

---

<sup>24</sup> Para una posición contraria a este uso amplio del término “institucionalismo” ver el trabajo de Rayner (2015).

<sup>25</sup> Para un análisis preciso de la denominada teoría evolutiva ver: Lewis y Steinmo, 2007.

explicar arreglos institucionales específicos. Este entiende que las ideas de políticas son alternativas políticas específicas, así como principios organizados y creencias causales en las que estas propuestas están incrustadas (por ejemplo, el neoliberalismo). Señala Béland (2005) que el tradicional concepto de *social learning* no logra capturar la constante lucha entre modelos ideológicos (p. 5).

El estudio de las ideas políticas es crucial para comprender tanto la construcción de imperativos de reformas (Cox, 2001) como el contenido de la legislación social (Béland y Hacker 2004). Las ideas son capaces de producir efectos en distintas direcciones. En ciertas situaciones pueden favorecer la transformación de las políticas mientras que en otras reforzar los caminos institucionales existentes a través de la reproducción de un paradigma dominante o la producción de *frames* que justifican los acuerdos políticos existentes. También las ideas pueden incidir o no en un resultado de política. Es decir, los factores ideacionales no siempre son decisivos para explicar los resultados de las políticas (Béland, 2005: 14) y precisar esta influencia mediante enfoques metodológicos consistentes es el desafío que enfrenta cualquier analista.

Daniel Béland (2016) nos recuerda en que consiste el estudio de las ideas en las políticas públicas:

«Es el estudio de la lucha de los actores por *dar sentido* a sus acciones y *encontrar estrategias* adecuadas para alcanzar sus metas, metas que cambian con el tiempo y están influidas por intereses que no son puramente objetivos, sino que se encuentran en la intersección de la posición socioeconómica e institucional de los actores y sus interpretaciones de tal posición y el mundo que la rodea» (Béland, 2016: 745).

Desde este punto de vista, las fuerzas ideacionales deben ser comprendidas dentro de arreglos institucionales específicos. Por ello la corriente que resitúa a las ideas en el centro de las investigaciones no constituye una ruptura con la tradición institucionalista. Al contrario, varios de estos especialistas han subrayado reiteradamente lo mucho que hay por ganar mediante el estudio conjunto de ideas e instituciones (Campbell, 2004; Schmith, 2002, 2011).

Uno de las primeras aproximaciones a la influencia de las ideas es la obra de Peter Hall (1993) con su concepto de paradigma político. Su trabajo sobre la política económica en Francia y Reino Unido representa una contribución importante al debate sobre la

interacción entre ideas e instituciones. Hall entiende que el concepto de *social learning* (Hecklo 1974) es insuficiente para entender el rol que las ideas juegan en el proceso de hechura de las políticas e intentan resolver apelando a la idea de paradigma político. Lo define como un «marco de ideas y estándares que especifica no sólo los objetivos de la política y el tipo de instrumentos que pueden utilizarse para alcanzarlos, sino también la naturaleza misma de los problemas que ellos están significando para ser dirigidos» (p. 279). Esto tiene cierta similitud con la clásica «visión del mundo» de los burócratas, expertos en políticas y políticos electos que disputan en una estructura institucional. Para Hall el paradigma político guía a los hacedores de política en un camino que no es reducible a las restricciones institucionales.

Metha (2011) advierte sobre la necesaria articulación entre las instituciones y las ideas. Las primeras explican las fuerzas que conducen un proceso de cambio de políticas mientras que las otras explican la *forma* específica que adquiere ese resultado de política.

«mientras que el institucionalismo histórico y otras teorías principales dan cuenta de las *fuerzas que gobiernan* la formulación de políticas, una teoría de las ideas es necesaria para explicar el contenido de las elecciones políticas» (p. 26).

Llegados a este punto, debemos definir que entendemos por ideas. Béland (2016) sostiene que las ideas son «creencias causales cambiantes e históricamente construidas de actores individuales y colectivos» (Goldstein y Keohane, 1993, en Béland, 2016: 736). En sentido amplio, las ideas incluyen a los valores y a las percepciones de los actores (Béland y Cox, 2011). Estas son construcciones históricas contingentes como una creencia cultural o una ideología política y ese constituye el punto de diferenciación clave entre una explicación ideacional y una psicológica.

Los analistas operacionalizaron el concepto de ideas en subcategorías que favorecen el avance de los análisis empíricos. Schmidt (2010) distingue la dimensión sustantiva de la interactiva. En la primera, los analistas estudian ideas acerca de «qué es y que debería ser» mediante diferentes niveles de generalidad. Aquí encontramos nociones tales como ideas políticas (Kingdon, 1984; Hall, 1989), ideas programáticas o paradigmas (Hall, 1993; Berman, 1998) o filosofías profundas (Campbell, 2004)<sup>26</sup>. Por otro lado, pueden distinguir entre tipos de ideas. Aquí es donde distinguimos entre ideas cognitivas que se basan en intereses y justifican en términos de lógica y necesidad (Jobert, 1989; Hall, 1993;

---

<sup>26</sup> Para un buen análisis de las explicaciones ideacionales en la tradición francesa ver Sured (2008).

Schmidt, 2002) e ideas normativas que se legitiman a través de la apelación a los valores y pertenencia (March y Olsen, 1989; Schmidt, 2000). Por último, están quienes toman en cuenta la representación de las ideas a través del discurso. Y esto incluye los marcos, las narraciones, los mitos, las memorias colectivas, las historias, los guiones y más (por ejemplo, Roe, 1994; Hajer, 2003).

La dimensión interactiva de las ideas centraliza sobre los procesos discursivos a través de los cuales las ideas se construyen en la «esfera política coordinativa» y se debaten en la «esfera política comunicativa» (Schmidt, 2000, 2002). El discurso coordinativo abarca a los actores involucrados en la construcción de ideas políticas que pueden organizarse en comunidades epistémicas con ideas compartidas (Haas, 1992), en coaliciones promotoras (Sabatier y Jenkins-Smith, 1993) o en redes promotoras que debaten ideas en política internacional (Keck y Sikkink, 1998). También pueden actuar como mediadores (Jobert, 1989; Muller, 1995) que sirven como catalizadores para las ideas de tales comunidades discursivas (Schmidt, 2011: 4).

Llegados a este punto, apelamos a la obra de Jal Mehta (2011) y el interrogante que guía parte de su obra referido a si las ideas importan y cómo estas importan. O, en palabras de Blyth (2002) una explicación de cuándo, cómo y en qué condiciones las ideas importan (Blyth, 2002). Para ello Mehta (2011) distingue entre ideas con diferente nivel de generalidad capaces de definir cómo actúan los políticos. Retomando las ideas de Kingdon (1984), el autor clasifica las ideas en tres niveles de generalidad: soluciones políticas, definición del problema y filosofía pública o zeitgeist. Este también analiza la interacción entre dichos niveles poniendo el foco en el «flujo ascendente», es decir, demostrando que una solución política puede impactar en la definición del problema y aún sobre la filosofía pública.

### *2.6. Las ideas como soluciones políticas:*

Para avanzar sobre la caracterización de lo que condiciona una solución política apelamos al trabajo de John Kingdon (1984) y su interrogante central: ¿qué hace que llegue el tiempo de una idea? A esto responde diciendo que se deben reunir tres corrientes críticas: problemas, políticas (soluciones) y política. En su análisis de la corriente de políticas (soluciones políticas) Kingdon (1984) realiza dos contribuciones importantes para comprender el papel de las ideas en la política. En primer término, enfatiza el papel de

los «emprendedores de políticas» cuando estudia cómo estos agentes activos utilizan las ideas para hacer políticas. Son individuos o actores corporativos que intentan unir las tres corrientes: «personas dispuestas a invertir recursos de diversos tipos con la esperanza de obtener algo a cambio en el futuro a partir de las políticas que apoya directamente» (p. 151) y, como bien aclara Zahariadis (2010) «son más que simples defensores de determinadas soluciones; son intermediarios del poder y manipuladores de preferencias problemáticas y tecnologías poco claras» (p. 299). En segundo término, incluye la noción de «bote de basura» (modelo *garbage-can*), soluciones que compiten entre sí para ganar adhesión en las redes de políticas integradas por burócratas, congresistas o investigadores de un área específica. Por ello señala que de la totalidad de ideas que circulan pocas son consideradas seriamente y los criterios por los cuales se seleccionan son la viabilidad técnica y la congruencia con los valores comunitarios. En el modelo original de Kingdon las ideas se pueden combinar y llegar a la cima a través de un camino incremental.

Por otro lado, la corriente política se integra de tres aspectos: el ánimo nacional, la composición del Congreso (o la rotación legislativa) y grandes sucesos en las noticias, que operan para abrir la ventana política. Eso que el modelo identifica como ánimo nacional es a menudo cambiante en un determinado país e incide sobre los funcionarios políticos que perciben este cambio y promocionan la incorporación de un determinado problema a la agenda. Por supuesto que la modificación ideológica del congreso o la rotación del personal clave de la administración ejercen una importante influencia sobre la agenda<sup>27</sup>.

La hipótesis principal de Kingdon sostiene que las corrientes al coincidir en el tiempo generan que un tema se incorpore en la agenda, suba de jerarquía y eventualmente sea implementado. De ello emerge una pregunta: ¿cuáles son los acontecimientos que tienen la fortaleza para abrir la ventana política? Y en términos más específicos: ¿una elección que instaure un nuevo gobierno puede abrir una ventana de oportunidad política? Howlett (2009) responde afirmativamente esto último: «los estudios de las ventanas de políticas, por ejemplo, han encontrado que éstos raramente se abren y cierran al azar, sino que típicamente están vinculados a eventos institucionalizados tales como elecciones periódicas o calendarios legislativos» (p. 249).

---

<sup>27</sup> Según Zahariadis (2010) dos de los tres elementos de la corriente política, la combinación del ánimo nacional y la rotación en el gobierno ejerce el mayor efecto en la agenda (p. 78).

Una vez que se abre la ventana de oportunidad en la corriente de políticas el proceso se vuelve más ideológico, se enfoca primero en las soluciones que en los problemas y su definición clara. Las políticas -las soluciones- se diseñan en búsqueda de un problema que sea su justificación<sup>28</sup>. Quienes adhieren a una perspectiva desde el NHI afirman que las ideas tienen un papel central en estas coyunturas críticas que crean diversos senderos para las políticas.

Para profundizar el análisis de los contenidos de las ideas adoptadas como soluciones políticas en cada reforma apelamos a la literatura sobre instrumentos de política. Lascoume y Le Gales (2007) sostienen que los instrumentos son un tipo particular de institución cuya finalidad consiste en llevar un concepto concreto de la relación política - sociedad que es sostenido, a su vez, por una forma particular de regulación (p. 4). Los instrumentos tienen un carácter político (Ringleling, 2002) y se definen como un tipo particular de institución que organiza las relaciones entre (y las prácticas de) los actores gubernamentales (Chiara, 2017: 199).

Por su parte, Vedung (2005) distingue entre instrumentos y contexto organizacional. De este modo, las organizaciones son prerequisites para la aplicación de los instrumentos, aunque las mismas no sean instrumentos de política. Sostiene Chiara (2017) que las organizaciones son estrategias de gobierno más que instrumentos y que esta distinción goza de relevancia en el campo de la salud. A modo de ejemplo, un hospital o un consejo sociosanitario es una estrategia de provisión de servicios y de celebración de acuerdos y planificación, respectivamente.

Salamon (2002) distingue entre dispositivo e instrumento de política. Y señala que los instrumentos son más generales que los programas, aunque estos últimos pueden involucrar distintos instrumentos actuando en un mismo campo de problemas (p. 20). Esta distinción implica identificar instrumentos genéricos que puedan movilizarse en el contexto de distintos dispositivos. En este sentido, Vedung (2005) propone tres clases de recursos que movilizan los instrumentos: regulaciones, recursos económicos e información y los representa mediante la metáfora de «palos, zanahorias y sermones».

---

<sup>28</sup> John Kingdon concede un papel relevante a los llamados emprendedores de políticas. Estos son los encargados de asociar las corrientes de problemas, de las políticas públicas y de las políticas. Es para destacar el rol que le asigna a la fuerza de los símbolos utilizados para promover sus propuestas favoritas.

Desde esta perspectiva, es interesante interrogar el derrotero de las soluciones políticas que modelaron las reformas sanitarias en la provincia con respecto a dos elementos específicos: el territorio de implementación y los grupos objetivos. Las políticas movilizan una determinada noción de territorio. En este sentido, Chiara (2019) sostiene que se debe superar la concepción clásica que identificó el territorio como una variable dependiente de las políticas, como un espacio en el que las políticas expresan sus problemas y desarrollan sus consecuencias. Como veremos, en gran medida las políticas de reforma en la provincia movilizaron una noción de territorio como «espacio de proximidad» (Catenazzi y Da Representação, 2009) que, asimismo, delimita y reconfigura al grupo objetivo de la política.

Superar esta mirada tradicional del territorio supone abandonar una noción espacialista y reemplazarla por una concepción histórica del territorio, en la cual este emerge como un espacio social e históricamente producido donde flujos de relaciones distintas articulan y tensionan recursos o servicios en un espacio particular y donde las distancias físicas se relativizan (Chiara, 2019: 25).

### 2.7. *Las ideas como definición de problemas:*

Hemos visto a las ideas como soluciones políticas y ahora corresponde analizarlas como construcción de problemas públicos. Concebir a los problemas como construcciones se opone a la visión de que las elecciones políticas son una expresión directa de una suma de individuos, intereses o preferencias institucionales. De acuerdo a este modelo, los actores luchan por definir un problema de política, estableciendo el alcance de las múltiples opciones posibles (Mehta, 2011).

La lucha que rodea la definición del problema es central para el proceso de *agenda-setting*. Cuando una definición del problema se vuelve dominante, produce la exclusión de las políticas alejadas de su descripción. Mehta aclara que la definición de un problema es un proceso distinto a lo que la literatura denomina *framing*, entendiendo a esto último como la articulación de «símbolos y conceptos» que los actores usan para legitimar sus propuestas políticas y «vendérselas» al público o a audiencias específicas (Campbell, 2004). El *frame* es tan sólo una herramienta de la batalla general por la definición del problema.

Para Mehta (2011) las preguntas claves se refieren en primer término a cómo se define un problema político y, en segundo lugar, a porqué una definición particular prevalece sobre otra definición en la lucha.

Con respecto al primer interrogante, es necesario subrayar que toda definición es un proceso de disputa entre jugadores que presentan niveles de poder y persuasión variados. Se trata de un proceso de negociación entre reclamantes que poseen varios puntos de vista, en el que alguno de los antagonistas del proceso puede ser conscientes o no de formar parte de la disputa.

Para dar respuesta al segundo interrogante, Mehta identifica seis factores que permiten estimar el predominio de una opción sobre otra:

- I. El poder y los recursos de los reclamantes: el autor advierte que el poder de ambos lados no es totalmente exógeno al enmarcamiento del problema. La reformulación reorganiza el equilibrio de fuerzas.
- II. La representación del tema: las estrategias retóricas que los actores emplean puede ser clave para explicar el éxito. Algunas de estas estrategias pueden ser: a) el establecimiento de la causalidad es frecuentemente el eje central sobre el que descansa la definición del problema; b) la citación de un número de indicadores favorables; c) una narración efectiva; d) alterar la carga de la prueba; e) utilización de metáforas; f) la invocación de límites simbólicos, etc.
- III. El contexto: Baumgartner and Jones (1993) señalaron que un aspecto clave es el contexto que escucha la definición del problema.
- IV. La propiedad del problema: la disputa por la definición es también la disputa por la autoridad para definir el problema y que tipo de *expertise* es relevante.
- V. La disponibilidad de soluciones políticas: Kingdon sostiene que frecuentemente definiciones de problemas exitosas van acompañadas por propuestas políticas viables.
- VI. El ajuste entre la definición del problema y el medio ambiente: cuando una definición de problema presentada por un reclamante político resuena con la del público o los medios de comunicación, sus posibilidades de éxito aumentan considerablemente (Mehta, 2011: 37).

### 2.8. *Las ideas como filosofías públicas o zeitgeist:*

Las ideas también importan al nivel más general como filosofías públicas o zeitgeist. La primera constituye una visión, frecuentemente expresada por partidos políticos, con respecto al papel apropiado del gobierno dados ciertos supuestos sobre el mercado y la sociedad. Por su parte, el zeitgeist conforma un conjunto dispar de supuestos culturales, sociales o económicos que son abrumadoramente dominantes en el discurso público en un momento dado en el tiempo (Mehta, 2011: 40). Mehta sostiene que son difíciles de estudiar porque están muy interrelacionados con los eventos del momento. En este caso, las ideas se estructuran también mediante dos interrogantes: 1) como estas meta-ideas cambian a través del tiempo; 2) como estas meta-ideas afectan los debates políticos específicos.

Es un *input* central con influencia en el proceso de políticas que puede afectar quienes resultan electos, que será tratado y/o aprobado por el congreso. Opera como una especie de definición meta-problema para los actores que proporciona un «modo de ver» los problemas. Y puede utilizarse como una piedra de toque cultura a la que se puede apelar en la evocación de una política en particular. Un ejemplo es la libertad, la igualdad, o la afirmación que los mercados son más eficientes que las intervenciones estatales.

Es evidente el peso que las ideas más generales tienen sobre las más específicas pero no lo es el camino inverso. Frente a ello, Mehta (2011) identifica la dirección del *upward flowing* por medio del cual las políticas particulares pueden afectar la definición de problemas y los problemas pueden afectar la filosofía pública o el *zeitgeist*. De modo que el fracaso en una o varias áreas de políticas y la emergencia de una solución exitosa puede habilitar una sustitución de la filosofía pública dominante.

### 2.9. *El juego entre las ideas y las instituciones:*

Algunos autores afirman la necesidad de combinar el análisis de las ideas con el estudio de las instituciones para dar cuenta tanto de la continuidad como del cambio de las políticas. Apelan a una combinación de factores para permita formular marcos analíticos más efectivos e inclusivos (Campbell, 2004; Béland and Lecours, 2013; Lecours, 2005; Lieberman, 2002; Schmidt, 2002; Schmidt, 2011; Walsh, 2000; Weir, 1992)<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> El trabajo de Peter Hall mencionado anteriormente, es un antecedente ineludible como ejemplo de combinación entre ideas económicas e instituciones en Francia y el Reino Unido.

Sostienen Beland y Lecour (2016)<sup>30</sup> que los partidos políticos y la estructuración territorial del Estado son variables importantes en la exploración de como las instituciones pueden impactar sobre las ideas en el proceso político. Los sistemas de partidos influyen sobre qué tipos de ideas políticas se consideran más relevantes o sobre los *taboo* dado que el sistema moldea las estrategias y preferencias de los actores. En cuanto a la estructuración territorial del Estado sostienen lo siguiente:

«afecta al paisaje ideacional. Una escena política de dos niveles, como la de los estados federales, es particularmente favorable a la presencia de ideas vinculadas a una multiplicidad de comunidades políticas, que condicionan la difusión y el marco de la política pública» (Béland y Lecours, 2016).

En este sentido, el federalismo es un arreglo institucional con potencia para afectar la emergencia de ideas políticas y la modelación de las conductas de los actores. Por lo tanto, en nuestra investigación, dichos arreglos institucionales serán analizados como una variable con capacidad de interactuar con las ideas como variables independientes. Siguiendo a Beland y Lecours (2016) entendemos que las ideas son una condición necesaria pero no suficiente para que un cambio significativo se produzca<sup>31</sup>. Y en el siguiente apartado nos enfocaremos sobre como analizar las huellas *de las ideas* a través de un método particular: el process tracing (PT).

### **3. ¿Cómo estudiar las ideas?**

La influencia de las ideas no es fácil de medir porque frecuentemente presentan una alta correlación con otras posibles causas de resultados de política (Jacobs, 2015). En esta sección ingresamos en el terreno de cómo determinar la influencia de las ideas e instituciones sobre el resultado de políticas. Este trabajo busca explicar el vínculo entre las políticas de reforma institucional del sector público de salud en la provincia de Santa Fe y un núcleo de ideas, creencias e instituciones. Se trata de un análisis de caso sobre los

---

<sup>30</sup> Beland y Lecour (2016) realizan un estudio comparado entre Canadá y Bélgica para analizar el impacto de las ideas y las instituciones y como esto impacta en los programas de la seguridad social y la estructuración territorial de la gobernanza.

<sup>31</sup> Asimismo, estos autores resaltan la importancia de profundizar estudios sobre los sistemas de partidos como variable clave. Esto escapa a los límites de este trabajo, aunque integra la agenda de investigaciones futuras.

cambios de política sanitaria de la provincia de Santa Fe que proporciona elementos que revelan mecanismos causales y explican los cambios en las políticas.

El *process tracing* (PT) es uno de los métodos más relevantes que la literatura ha recorrido para determinar la relación entre variables mediante una estrategia cualitativa que hace posible análisis ideacionales rigurosos. Es un enfoque que permite a los investigadores identificar como las ideas influyen sobre los resultados de las políticas (Béland, 2016; Jacobs, 2015). Sostiene Jacobs (2015) que una teoría ideacional que explica un resultado de política es una teoría causal (o explicación) en la cual el contenido de una estructura cognitiva influye en las respuestas de los actores a una situación de elección, y en la cual esa estructura cognitiva no es totalmente endógena a las características objetivas y materiales de la situación de elección que se explica (Jacobs, 2015, 43).

Al hacer foco sobre los cambios institucionales pretendemos reconstruir por medio de mecanismos causales su vinculación con nuestras variables independientes: las ideas sanitarias y las instituciones. Si pretendemos una explicación ideacional robusta es necesario dar cuenta de que las variaciones en las ideas son autónomas de los cambios materiales u objetivos que operan durante en un determinado período. Es decir, que las ideas y creencias responden a una fuente externa a las características objetivas presentes en la situación particular. Esto puede ser la exposición a ideas sostenidas por otros actores a través de redes de políticas o procesos de socialización política (Jacobs, 2015: 44).

Para comprender que es una explicación ideacional es necesario definir qué no lo es y de este modo evitar el riesgo de encontrar en toda explicación elementos ideacionales. Una explicación no ideacional de una elección es una explicación materialista. Es decir, una variación en la elección que es causada por la variación en los parámetros materiales de la situación de elección del actor. Por el contrario, en una explicación ideacional, las variaciones son explicadas en referencia al contenido cognitivo del actor (p. 45). La exterioridad de las ideas nos permite acreditar tres factores: 1) los actores realmente sostienen las creencias que profesan; 2) estas creencias no son una función que varía con las circunstancias materiales; 3) los factores materiales no son la explicación de la variación de las políticas. En este último aspecto, la mayor variación de condiciones materiales en el período ampliará la suficiencia del *test*.

Entre las diferentes versiones de PT, trabajamos con la versión denominada *explaining outcome* dado que partimos de la variable dependiente para reconstruir un proceso causal

mediante mecanismos causales ideacionales. Mientras que en sus versiones de *theory-testing* y *theory-building process* el PT busca generalizar bajo el objetivo de desarrollar o probar teorías más allá del contexto en el que se desarrollaron, en su versión de *explaining outcome* consiste en una explicación mínimamente suficiente de un caso particular. En su versión de *explaining outcome* comienza con la definición del resultado particular de interés y luego se orienta más a explicar el resultado en sí mismo que a testear o edificar una proposición teórica (Beach y Pedersen, 2013: 51).

En la mayoría de los casos, la manifestación más legible de una idea será su expresión verbal. Y es por ello que el rastreo de procesos ideacionales se funda frecuentemente en las cosas que los hacedores de políticas dicen y escriben. Es decir, deberíamos observar comunicaciones durante el proceso de hechura que sean congruentes con la idea. Dice Jacobs (2015) que esto nos proporciona una medida de la variable independiente revelando cuales son las ideas que los actores sostienen, proporcionando evidencia de un mecanismo ideacional (p. 49). Un elemento central para evitar declaraciones engañosas de los actores es la audiencia que el actor tiene al momento de emitir la declaración, por lo que los analistas han privilegiado reiteradamente las declaraciones privadas sobre las públicas.

Alan Jacobs (2015) plantea tres *test* centrados sobre las vías observables a través de las que las ideas viajan en un sistema político: 1) el origen de las ideas; 2) la transmisión de las ideas; 3) el movimiento de "transmisores" ideacionales a través de configuraciones institucionales. El primer test se refiere a la necesidad de encontrar una fuente para la idea que sea antecedente y exterior a la decisión que se explica. En este caso, estamos ante lo que la literatura denomina un *Hoop*. Es decir, un test cuya ausencia debilita la explicación ideacional a tal punto que la hace muy débil. El segundo test postula que el analista deberá demostrar que la idea estuvo disponible para los tomadores de decisiones antes que se explique la decisión. Hay dos tipos de evidencia que permiten satisfacer este *Hoop*. La primera: el analista puede identificar un sendero – una estructura organizacional o una interacción social – a través de la cuál información o la argumentación probablemente se transmitió a los actores autorizados. La segunda: la disponibilidad de las ideas puede ser establecida con la evidencia de movimiento individuales. En este caso, los cambios en los resultados deben seguir el ingreso de «portadores» identificables de relevantes ideas en los sitios claves de autoridad política (p. 14).

Llegados a este punto del análisis, sólo cabe recuperar los desarrollos de la literatura sobre los distintos «modos de transferencia» de las ideas de política. Cingolani y Lardone (2006) sostienen que gran parte de la literatura se concentró en los mecanismos de transferencia de las ideas de tipo coercitivos. Este es el caso de los estudios que analizan la circulación de las ideas desde organizaciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) o el Banco Mundial (BM) en países de la OCDE u otros desarrollados. Sin embargo, en muy pocos casos la literatura se ha concentrado en procesos no coercitivos producidos en países en vías de desarrollo.

Sostiene Rose (1993) que entre los modos de transferencia podemos distinguir entre la difusión de ideas de tipo voluntaria de aquellas transferencias que implican procesos coercitivos. El primer supuesto queda encuadrado en la difusión de ideas a través del mecanismo de aprendizaje, en donde los actores investigan y adaptan sus ideas fundamentales para influir en la hechura de las políticas. En el segundo supuesto quedan comprendidas las transmisiones que son resultado de presiones de diferentes tipos y que se encuentran relacionadas a los procesos de isomorfismo (Di Maggio y Powell, 1991). La literatura ha clasificado a estas últimas en tres tipos: coercitivas, miméticas y normativas.

Las presiones coercitivas consisten en una vinculación por definición asimétrica y en relaciones de dependencia y contiene una imposición directa o indirecta de estructuras o lógicas específicas. Por su parte, las presiones miméticas tienen lugar en contextos de incertidumbre y ambigüedad en los cuales quienes toman la decisión eligen lógicas o estructuras organizacionales imitando experiencias que tuvieron éxito en resolver los mismos problemas en otras áreas de problemas o en otros países. Finalmente, las presiones normativas se basan en mecanismos de profesionalización, especialmente sobre los procesos de formación de responsables de la toma de decisión y formación de redes profesionales para la difusión de ideas, prácticas y soluciones. El núcleo duro de este tipo de presión es la lucha de un grupo de miembros en un sector dado para definir las condiciones y los métodos de su oficio o su dominio de saber técnico (Cingolani y Lardone, 2006: 31).

### **Recapitulación:**

Esta reconstrucción intenta situar nuestro objeto de análisis en su propia dinámica. En primer término, como hemos visto en la recapitulación parcial, resaltando la *hipótesis fuerte* de Belmartino y Bloch: el poder explicativo de la historia y su capacidad de dar cuenta de las relaciones de poder insertas en la definición de los procesos políticos.

En el segundo apartado diseñamos la caja de herramientas que intenta dar respuestas al interrogante sobre los factores que influyen en las reformas institucionales del sector público de salud de la provincia de Santa Fe. En este sentido, sostuvimos la perspectiva que identifica el espacio en el que tienen lugar las políticas como un campo abierto y dimos cuenta de las utilidades que emergen de comprender las políticas de salud dentro del campo de las políticas sociales. Asimismo, sobre la base de un concepto operacional del PP, se propuso una definición de política de salud que permite la integración de sus principales componentes y la ubicación de nuestro objeto en una etapa del ciclo de políticas: la agenda.

Posteriormente ingresamos al núcleo de este trabajo de investigación: la construcción de las variables. De este modo, la construcción de nuestra variable dependiente – el cambio institucional – se fundamenta en respuestas que ha proporcionado la literatura sobre el cambio de políticas. Esto nos lleva a reconocer los modelos de cambio propuestos por el NHI y las críticas de las que han sido objeto. A partir de allí incorporamos como variables independientes en nuestro trabajo a las instituciones federales y a las ideas.

Los aportes clásicos y recientes de la corriente identificada como neoinstitucionalista histórica nos proporciona las coordenadas necesarias para el estudio de las instituciones y sus efectos. Sin embargo, para dar cuenta de la forma específica que adopta un resultado de política las instituciones no alcanzan. Es el regreso de las ideas como variable independiente lo que nos permite comprender la conducta de los actores y su influencia sobre el contenido de la política. Para ello adoptamos la operacionalización de Jal Mehta (2011) que nos permitirá reconstruir su rastro en el resultado de política. Finalmente, el método del process tracing (PT) nos permite rastrear la influencia ideacional y abrir la “caja negra” que vincula las causas (ideas e instituciones) con el resultado (el cambio) de una política.

#### **La centralización de la salud provincial en los años treinta**

---

##### **Presentación:**

En este capítulo nos proponemos dar cuenta del proceso de constitución y centralización del sector público de salud provincial durante la década del treinta. Orientamos el análisis hacia la génesis de las reglas de juego que se fueron consolidando durante el transcurso del período y que materializaron un conjunto de ideas sanitarias dominantes.

En el primer apartado del capítulo analizamos el contexto político provincial durante los años treinta, especialmente el parteaguas abierto en el país a partir del golpe de 1930 y la ruptura del consenso liberal. Con éste se abrió una época de una reconfiguración profunda de la vida material y de una intensa disputa de ideas en torno a la naturaleza del régimen democrático. En la provincia, la centralización de la sanidad se inició durante el gobierno liberal reformista del Partido Demócrata Progresista (1932-1935) y se consolidó durante la experiencia conservadora de los gobiernos del Antipersonalismo (1937-1943).

En el segundo apartado reconstruimos los cambios incrementales que fueron dando forma a la conformación de un sector público provincial y la coalición entre actores gubernamentales y expertos que impulsó este proceso en base a un núcleo de creencias compartidas relativas a la intervención del Estado en la cuestión social. Se trató de un proceso que, en cierta medida, anticipó la expansión y centralización de la infraestructura nacional del primer gobierno peronista.

Por último, en el tercer apartado, ensayamos una explicación ideacional de este proceso de centralización. Esto es, recuperamos la estructura institucional que enmarcó el proceso, pero poniendo énfasis en las ideas que determinaron el resultado de la política de reforma. Es decir, exploramos las ideas que moldearon el contenido de la reforma - en base a la operacionalización de filosofías públicas, problemas públicos y soluciones políticas -, sus mecanismos de transmisión hacia la agenda estatal e identificamos en torno de cuáles de ellas se concentró la disputa política.

## 1. Contexto político y estructura sanitaria:

### *1.1. Reformistas y conservadores*

A fines del siglo XIX el debate en torno a la reforma política, la cuestión social y el papel del Estado produjo una escisión al interior de la elite política que finalmente se expresó en el surgimiento a la corriente liberal reformista. De este modo, los conflictos que se abrieron con el nuevo siglo se encauzaron mediante dos reformas dinamizadas por este ideario: la reforma política de 1912 de la Ley Sáenz Peña y la Reforma Universitaria de 1918.

La temprana cuestión social encontró algunas respuestas en esta corriente de ideas. Así pues, en un contexto que mostraba la proletarización creciente de la mano de obra y el incremento de su movilización al calor de la expansión de las ideas de izquierda, un sector de la elite dirigente comenzó a sostener de manera decidida la necesidad de una mayor intervención estatal, especialmente en la relación entre patrones y obreros.

En los años veinte, los partidarios de este liberalismo reformista libraron sus propias batallas en el territorio santafecino. Inspirados bajo el ideario de la Reforma Universitaria que se propagaba desde la ciudad de Córdoba, los estudiantes santafecinos se impusieron dos objetivos: la nacionalización y la laicización de la educación pública. De esta inspiración que produjo la democratización del gobierno de las instituciones académicas y la expansión de su alcance a los sectores medios, surgieron las bases para la creación de la Universidad Nacional del Litoral (UNL) como un centro de formación de cuadros laicos orientados a la administración del aparato estatal<sup>32</sup>.

Este clima reformista que dio origen a la casa de estudios se expandió hacia la arena política y promovió la Reforma Constitucional de 1921. El resultado fue un texto moderno inspirado en el ideario liberal reformista que entre otras cuestiones incorporó la laicización del Estado, la descentralización política municipal y la inclusión de una legislación social que recogía las expresiones más avanzadas de la época<sup>33</sup>. En lo que fue

---

<sup>32</sup> La Universidad Nacional del Litoral reemplazó a la Universidad Provincial de Santa Fe, una institución que hasta entonces emitía títulos válidos solo en territorio provincial y que era una heredera directa de la tradición jesuita. Esta representaba el canal de socialización de las elites políticas nacionales y provinciales y un instrumento eficaz para la formación de abogados, parteras y farmacéuticos (Bolcatto, 2019).

<sup>33</sup> Otros institutos novedosos que incorporó la reforma fueron el habeas corpus, la eliminación del secreto del sumario, estabilidad del empleo público.

su aspecto más controversial, el texto suprimió la exigencia de profesar el culto católico para el candidato a gobernador y vice y la invocación a Dios en el preámbulo.

La reforma incorporó institutos novedosos en el modo de organización del poder político y en el innovador régimen económico y social que incluyó. De modo que, por un lado, el nuevo texto reconoció a los municipios como ámbitos autónomos con instituciones de representación diferenciadas de acuerdo a su población y, por el otro, incorporó el título Bases del Régimen Económico y del Trabajo reglamentando cuestiones como la duración de la jornada laboral, al descanso semanal, al salario mínimo, las condiciones higiénicas en los lugares de trabajo y el accionar sindical a través de su participación en los arbitrajes para la resolución de los conflictos entre obreros y patrones.

Sin embargo, la Reforma fue vetada a los pocos días de su sanción por el gobernador radical Enrique Mosca. El conflicto religioso que enfrentó a los constituyentes del sur provincial alineados en el Partido Demócrata Progresista (PDP) con los del centro-norte de la Unión Cívica Radical (UCR), constituyó la causa determinante del veto del Ejecutivo. Mediante el veto, el gobierno eludió el alto costo político que representaba un enfrentamiento abierto entre el partido radical y la Iglesia Católica.

Aunque en los años veinte la cuestión social comenzó a ocupar un lugar cada vez más destacado en la agenda estatal, las gobernaciones radicales en la provincia no aumentaron el presupuesto destinado a la salud, cuya participación en el presupuesto general continuó en niveles bajísimos. Sin embargo, algunas inversiones en infraestructura como la creación de dispensarios gratuitos y las oficinas de profilaxis, bacteriología y estadística, ya comenzaban a dar cuenta de una incipiente transformación de la relación entre el Estado y la cuestión sanitaria.

El golpe militar del 6 de septiembre de 1930 que derrocó al gobierno de Hipólito Yrigoyen y clausuró la primera experiencia de democracia electoral abierta en 1912, constituyó un parteaguas trascendente en el proceso histórico argentino. Esta ruptura institucional tuvo lugar en el período de entreguerras en un clima de convulsión del mundo de las ideas que trascendió largamente las fronteras nacionales. Lo que estuvo en debate fue la democracia liberal como un sistema de toma de decisiones, ahora amenazado por las transformaciones económicas, sociales y culturales que emergieron con la incorporación de las masas a la política.

La década del treinta fue el escenario de una transformación político-ideológica conocida como crisis del consenso liberal. Se trató de una crisis de primer orden que puso en cuestión las instituciones liberales democráticas y la ideología que hasta ese momento operaba como fuente de legitimidad del sistema de poder. Como sostiene Plotkin, las funciones del Estado estaban siendo redefinidas y la viabilidad del sistema mismo estaba siendo cuestionada. Y como dice Ernesto Laclau, liberalismo y democracia dejaron de estar articulados (Plotkin, 1994, citado en Piazzesi, 2009).

Esta crisis ideológica que operó en el marco de la reestructuración del Estado Nacional influida por la nueva orientación del comercio internacional dividió a la vieja clase dominante que dirigió al país desde la formación del Estado Nacional, relegando a un lugar secundario a una fracción de dicha clase. La crisis del consenso liberal produjo una división al interior de la sociedad y la elite dirigente que se hizo insalvable con acontecimientos como la Guerra Civil Española y la Segunda Guerra Mundial.

En el campo político, el golpe militar del treinta determinó el comienzo de un período que mediante el ejercicio sistemático del «fraude patriótico» impactó de modo sustantivo sobre las diferentes organizaciones partidarias. Piazzesi (2009) se interroga sobre una cuestión central a los fines de nuestra investigación: los modos en que estos gobiernos legitimaron su condición en el poder ante el pecado original de su ilegitimidad electoral. De este modo busca escapar de miradas reduccionistas que subordinan todo al acto electoral y la política misma de la época a la manipulación gubernamental. La autora sostiene que la legitimidad electoral ausente en el origen fortaleció distintas estrategias de producción de una legitimidad sustitutiva, especialmente desde un particular estilo de gestión de gobierno y de argumentación sobre el mismo.

La provincia de Santa Fe fue un escenario destacado en la consolidación del bloque conservador en el poder de los años treinta y de esta búsqueda de legitimidad sustitutiva a través de un gobierno de resultados. Durante estos años la provincia atravesó dos experiencias políticas que pueden ser calificadas como antagónicas. Por un lado, entre 1932 y 1935 el poder político provincial estuvo controlado por el PDP que impuso un estilo político con el que se buscó armonizar liberalismo y democracia. Por el otro, entre 1937 y 1943 se sucedieron gobiernos antipersonalistas que apelaron al fraude electoral

como un instrumento de reemplazo de la voluntad popular y se alejaron sistemáticamente del paradigma liberal<sup>34</sup>.

En 1932 asumió la gobernación de Santa Fe el demoprogresista Luciano Molinas. Apenas asumido el gobernador cumplió con una de sus banderas de la campaña electoral cuando dispuso la vigencia la Constitución provincial de 1921, una decisión con la que logró dinamizar importantes cambios institucionales. Esto determinó la puesta en marcha de la descentralización del poder político provincial y del reconocimiento de los municipios como entidades autónomas a los cuales se organizó en tres categorías de acuerdo a su número de habitantes. En la ciudad de Santa Fe y Rosario, las dos ciudades más pobladas de la provincia, se convocó a elección de convencionales municipales para el dictado de sus Cartas Orgánicas abriendo de este modo la posibilidad a la elección directa de los intendentes y concejales en los comicios de 1934.

El gobierno demoprogresista buscó descentralizar la educación y centralizar la sanidad. Reorganizó las competencias al disponer que los municipios eran el nivel de gobierno competente para impartir la educación primaria. Se crearon los consejos educativos electivos como entes responsables de la política educativa<sup>35</sup>, los cuales quedaron a cargo de la designación del personal docente, de administrar el presupuesto e incluso asumieron la potestad de imponer gravámenes para el funcionamiento del sistema. En este sentido, cada municipio constituyó un distrito escolar con un Consejo electivo (Bolcatto, 2019).

En octubre de 1935 el gobierno nacional dispuso la intervención federal de la provincia poniendo fin a la experiencia reformista del gobierno demoprogresista. La intervención federal se resolvió luego que la Concordancia perdiera las elecciones cordobesas a manos del radical Amadeo Sabattini<sup>36</sup>. Ante la amenaza de pérdida del control sobre dos de los principales distritos nacionales, se resolvió la intervención de Santa Fe, lo que permitió alinear el gobierno provincial a la coalición política que predominaba en la política nacional.

---

<sup>34</sup> En la Tabla N° 1 incorporada al Apéndice exponen los resultados en las elecciones nacionales y provinciales desarrolladas en la provincia de Santa Fe entre 1936 y 1942.

<sup>35</sup> Sus autoridades fueron elegidas por el voto popular junto a las elecciones para los cargos electivos comunales.

<sup>36</sup> La Concordancia fue una alianza política nacional que reunió al Partido Demócrata Nacional (Partido Conservador), la Unión Cívica Radical Antipersonalista y el Partido Socialista Independiente que gobernó el país entre 1932 y 1943. Se trató de una alianza de hecho de partidos oficialistas no conformada como una organización estable e institucionalizada que controló las mayorías en el Congreso Nacional y en gran parte de las provincias durante todo el período.

Entre el año 1937 y el golpe militar de 1943 se sucedieron dos gobiernos del radicalismo antipersonalista. Manuel de Iriondo gobernó la provincia entre 1937 y 1941 y Joaquín Argonz entre 1941 y 1943. Durante esta etapa, la Legislatura presentó en su composición una mayoría oficialista<sup>37</sup>. Esta mayoría absoluta oficial en las cámaras sólo parece haber estado amenazada cuando escaló en intensidad la disputa entre las facciones internas del antipersonalismo<sup>38</sup>. Como sostiene Piazzesi (2009), la importancia del antipersonalismo santafecino en el bloque de poder nacional de la Concordancia fue mucho más que una anécdota. Este fue un claro representante de las nuevas modalidades de intervención estatal de los sectores conservadores y una expresión política del quiebre del consenso liberal al interior de la clase dirigente.

Esta fue una experiencia política singular que combinó fraude en el terreno electoral amparado bajo la premisa impuesta en la época del «fraude patriótico» con una mayor intervención del Estado en el campo de lo social. Piazzesi (2010) sostiene la hipótesis que el gobierno antipersonalista sobredimensionó la obra pública y la salud como recursos para lograr una mayor legitimidad. Aquí se encuentra el nudo de creencias de la coalición promotora que transformó radicalmente la atención sanitaria pública en la provincia.

### *1.2. La estructura sanitaria de Santa Fe en los años treinta*

En los años treinta, la provincia cuenta con una estructura sanitaria conformada por 234 establecimientos, conformada por establecimientos públicos dependientes de distintos niveles gubernamentales, organizaciones privadas orientadas al mercado de la provisión de servicios de salud e instituciones sanitarias pertenecientes a las instituciones de beneficencia orientadas a la atención gratuita de los «desamparados».

La estructura estatal (nacional, provincial y municipal) alcanza los 87 establecimientos sanitarios y representan aproximadamente el 37% del total emplazado en el territorio provincial; los de dependencia privada (excluyendo la beneficencia) alcanzan los 95 establecimientos, alcanzando el 40,6% del total; y, por último, 52 establecimientos

---

<sup>37</sup> En la Tabla N° 2 del Apéndice se expone el número de senadores, diputados provinciales y electores que correspondía a cada departamento.

<sup>38</sup> El antipersonalismo estaba dividido en dos facciones: una que respondía al liderazgo de Manuel de Iriondo y otra que representaba a sectores del centro y sur de la provincia. Las facciones dentro del antipersonalismo fueron dos al asumir el sucesor de Iriondo: la fracción iriondista y la liderada por Carlos Pita, que eran apoyados a su vez por diversas fracciones del oficialismo en el gobierno nacional (Macor y Bacolla, 2009).

sanitarios pertenecen a las instituciones de beneficencia y representan aproximadamente el 22,4% del total provincial.

Posiblemente la herencia más notoria del modelo liberal se encuentra en la amplia red de hospitales privados denominados de «caridad», distribuidos por todo el territorio, que pertenecían a las sociedades locales de beneficencia. Eran hospitales de desigual importancia, algunos orientados a dar asistencia de modo exclusivo a los desposeídos de recursos mientras que otros también incluían a los enfermos «pudientes» con posibilidad de pagar su asistencia. Estos constituyen la mayor parte de la estructura hospitalaria y completan un panorama general de 38 hospitales, 2 sanatorios, 6 estaciones sanitarias y 6 dispensarios y consultorios gratuitos.

Tabla N° 3: Establecimientos sanitarios según su dependencia en la provincia de Santa Fe en 1938

Establecimiento	Públicos	Privados	Beneficencia	Total
Hospitales	8	-	38	46
Sanatorios	-	95	2	97
Salas de Iros auxilios y estaciones sanitarias	20	-	6	26
Dispensarios / consultorios gratuitos	59	-	6	65
Total	87	95	52	234

Fuente: elaboración propia en base a documentos oficiales.

La estructura pública de salud en territorio provincial se expresaba en un cuadro cuya característica dominante era la fragmentación institucional. En la provincia funcionaban hospitales públicos pertenecientes al Estado Nacional y a los municipios de Rosario y Santa Fe. Sin embargo, ningún hospital pertenecía al Estado provincial, cuya estructura

sanitaria se limitaba a dispensarios y consultorios gratuitos: de 65 en todo el territorio 53 le pertenecen a la provincia (Ver Gráfico N° 2).

Tabla N° 4: Distribución de los establecimientos públicos en la provincia de Santa Fe según su tipo y dependencia institucional en la década del treinta

Establecimiento	Nacionales	Provinciales	Municipales/ comunales	Total
Hospitales	2	-	6	8
Salas de 1ros auxilios y estaciones sanitarias	-	1	19	20
Dispensarios / consultorios gratuitos	1	53	5	59
Total	3	54	30	87

Fuente: elaboración propia en base a documentos oficiales

Por otro lado, la concentración territorial de los recursos fue otro dato sobresaliente del modo que asumió la provisión de atención médica en la provincia. Por ejemplo, sólo las ciudades de Santa Fe y Rosario disponen de hospitales municipales. Sin embargo, la capacidad instalada de cada municipio se muestra muy desigual. Mientras que Rosario cuenta con cinco hospitales municipales Santa Fe sólo posee uno<sup>39</sup>. Además, en la ciudad de Rosario se encuentran los dos hospitales nacionales emplazados en la provincia, lo que amplía aún más la capacidad instalada<sup>40</sup>. Ambos municipios disponen de salas de primeros auxilios o estaciones sanitarias: 7 en el caso de la capital provincial y 6 en el caso de Rosario sobre un total de 23 radicados en toda la provincia<sup>41</sup>. También los

<sup>39</sup> Los hospitales rosarinos son el Hospital Rosario, el Hospital Teniente Carrasco, el Hospital Dr. Roque Sáenz Peña, el Hospital de Niños y el Hospital Alberdi. Por su parte, el perteneciente a la capital provincial es el Hospital J. B. Iturraspe.

<sup>40</sup> Se trata de los Hospitales Centenario y de Alienados, ambos ubicados en la ciudad de Rosario.

<sup>41</sup> Solo una estación sanitaria pertenece al Estado provincial. El resto es de sociedades de beneficencia (6) o de municipios y comunas (6).

profesionales de la salud están en gran medida concentrados entre Rosario y la capital provincial, con un creciente desarrollo de las especializaciones.<sup>42</sup>

Aunque contaba con una capacidad instalada propia muy limitada, el Estado provincial cumplía un rol importante en la financiación del sistema. Así es que a fines de los años treinta la estructura sanitaria de la beneficencia era subvencionada en gran medida por el Estado provincial. Este invertía el 2.74% de su presupuesto general en el financiamiento de la salud y el 30% del este monto tenía como destino el sostenimiento de la estructura sanitaria de la caridad.

Asimismo, Santa Fe y Rosario fueron otra fuente destacada de sostenimiento de la estructura sanitaria. El gasto sanitario de estos municipios representaba el 96% del gasto municipal total y en promedio invertían en el sostenimiento de la sanidad pública el 10.81% de sus presupuestos. Es más, la ciudad de Rosario en términos absolutos invertía más en dicho financiamiento que el Estado provincial<sup>43</sup>.

De este modo, los promotores de la reforma sanitaria se enfrentaron a un cuadro de una fragmentación institucional profunda que se expresaba en dependencias institucionales múltiples de los establecimientos y en una concentración de los recursos sanitarios en dos grandes centros urbanos, dinamizada en parte por la modernización tecnológica. Un legado institucional del modelo de organización de la atención sanitaria predominante durante el período liberal eran los establecimientos de la beneficencia que se extendían en todo el territorio provincial, Además, se registraba una infraestructura de creciente complejidad sanitaria en manos de los municipios de Santa Fe y Rosario.

En el próximo apartado, describimos la trayectoria de las instituciones sanitarias en la provincia hasta los años treinta para luego reconstruir los cambios institucionales que dieron forma a la centralización de la atención en los años treinta.

---

<sup>42</sup> Se trata de 3313 profesionales concentrados en gran parte entre los departamentos de Santa Fe y Rosario. En estos dos departamentos, que reúnen a fines de los años treinta casi el 45% de la población provincial, se registran el 60% de los médicos, el 90% de los odontólogos, el 70% de los bioquímicos y farmacéuticos, el 44% de los auxiliares de farmacia y el 66% de las parteras. Una muestra de la distribución desproporcional de profesionales de la salud por habitante se haya en el departamento Garay, el otro extremo en cuanto a presencia de profesionales de la salud. Mientras que en Rosario hay 848 habitantes por médico, en Garay la cifra asciende a 4236.

<sup>43</sup> Por otro lado, cuando los presupuestos municipales se analizan en relación con el número de habitantes de cada localidad, la municipalidad de Santa Fe se ubica en primer lugar con \$5.31/hab. mientras que Rosario solo destina \$3.28/hab. En idéntico sentido, mientras Santa Fe destina el 13.61% de su presupuesto municipal, Rosario sólo el 10.69% (Comisión de Hospitales y Asistencia Social, 1939: 75).

## **2. Crisis y centralización de la salud provincial:**

### *2.1. La crisis sanitaria*

En los años treinta los síntomas de agotamiento de las formas regulatorias de la atención médica vigentes comenzaron a ser percibidos como una crisis del sistema y esto dio lugar a la discusión de nuevas formas institucionales. Belmartino (2005) identificó algunos de los indicios de esta crisis y la caracterizó como una coyuntura crítica abierta en el ámbito sectorial.

La información estadística muestra que en los años treinta se produjo una explosión de la demanda de atención médica que desbordó la capacidad instalada destinada a satisfacerla que presentaba el sistema. Los actores vinculados al sector público percibieron esta nueva realidad como una catástrofe y la asociaron a la crisis económica, a la desocupación y al deterioro de las condiciones de vida. Entre otras consecuencias, en la ciudad de Buenos Aires, la crisis condujo a la generalización de la gratuidad de la atención en el sistema público municipal debido a que fue percibida como un proceso de pauperización de los sectores medios.

Como un resultado de esto, la atención médica provista por el subsector público pasó a constituir una cuestión socialmente relevante con entidad para incorporarse a la agenda estatal. Este problema se introdujo en el debate parlamentario y se difundió en los medios de comunicación a través de un referente que lo identificaba: la cuestión hospitalaria. Y el diagnóstico de dicha crisis se observaba en algunos de los siguientes componentes: aumento de la demanda poblacional y presión sobre los servicios, encarecimiento de la atención por desarrollo de nuevos medios diagnósticos y terapéuticos, insuficiencia de los servicios en el interior del país, mala distribución de los hospitales, arquitectura anacrónica, carencias en los servicios, entre otros.

Por otro lado, los médicos también apelaron a la palabra crisis para describir la situación de su profesión y de la medicina en general. Según su percepción, la crisis era producto de un intenso proceso de cambio relacionado con su práctica y la sociedad en la que dicha práctica se realiza. Estos cambios pueden ser asociados a los avances técnicos que permitían el desarrollo de nuevos instrumentos diagnósticos y terapéuticos que a su vez producían un incremento en el costo de la atención médica y de las modalidades vigentes de cobertura de la enfermedad. Pero también pueden remontarse con el comienzo de siglo

y la emergencia del proceso de proletarización y urbanización. Cuando dichos cambios comenzaron a impactar con fuerza en las condiciones de vida de los habitantes de las ciudades, cobró relevancia un nuevo actor que llegaría a convertirse en una figura clave en la nueva organización social: los higienistas.

Para la celebración del Centenario de la Revolución de Mayo el higienismo ya se había consolidado como un conjunto de creencias y valores de amplia aceptación en una sociedad que las identificaba como herramientas que hacía posible la incorporación a la vida moderna (Bolcatto, 2019). De este modo, la función de los higienistas se orientó a fomentar la educación de los trabajadores, la atención médica y las transformaciones de las ciudades. A partir de sus ideas lentamente comenzó a aceptarse la ampliación de la acción estatal sobre la vida social como una necesidad de primer orden. El concepto mismo de estar «sano» se alteró cuando mutó desde una noción tradicional que lo asimilaba a la ausencia de enfermedades hacia otra que lo reconocía como el bienestar físico y moral de la población (Zimmerman, 2014, citado en Bolcatto, 2019). Se hacía evidente que para hacer frente a la cuestión sanitaria no bastaba con el aislamiento y la exclusión de los enfermos, sino que era necesario la expansión de las responsabilidades estatales en ese campo.

En los años veinte se crearon en la Capital Federal las primeras organizaciones gremiales médicas que tuvieron una vida considerable. Por su parte, en 1923 nació la Sociedad Médica de la ciudad de Santa Fe y cinco años más tarde la de Rosario. En los años treinta las asociaciones gremiales en la provincia alcanzaron el número de catorce dando muestra de una importante fragmentación en dicha representación. Mediante la agremiación los médicos buscaban el objetivo de resguardar sus intereses profesionales y, al mismo tiempo, velar por los contenidos éticos de su práctica. Durante estos años, el gremialismo médico todavía se presenta como una promesa de futuro dado que sus organizaciones aún se mantienen dispersas y evidencian rivalidades difíciles de conciliar (Belmartino, 2005).

Aunque durante la crisis los médicos en general conservaron su tradicional desconfianza hacia el Estado y la clase política, el profundo impacto de aquella logró redefinir la relación de estos profesionales con el ámbito estatal y su inserción en el sistema público. Esto se expresó con el afianzamiento de una propuesta de mayor intervención estatal en la organización del sistema sanitario hacia el interior de las organizaciones profesionales. Se trata de la propuesta que en la arena nacional se consolidó recién en los años cuarenta como resultado de lo que Belmartino llamó una «larga demora».

## *2.2. Los proyectos nacionales ante la crisis*

En los años treinta la salud dejó de ser un problema médico para convertirse en un problema político. Se trató de un proceso de acelerada mutación que puso rápidamente en entredicho la relación entre medicina y sociedad.

En estos años se fue consolidando paulatinamente en el orden nacional una perspectiva técnica sobre el gobierno de la salud orientada a asegurar la eficacia y la eficiencia de la prestación de los servicios. De acuerdo a esta perspectiva, los problemas que amenazaban al sector respondían en buena medida a la intromisión de la política. La eficacia técnica se presenta como opuesta tanto a lo burocrático como a lo político, que es reducido a un conjunto de maniobras electoralistas. Se trató de una defensa del gobierno de los técnicos (a quienes denominaremos expertos) que tuvo amplia repercusión en la prensa, en las publicaciones académicas y gremiales de los médicos y, finalmente, en el parlamento.

Así comenzaron a esbozarse fórmulas para el sector tales como unidad de comando, coordinación, centralización y autarquía. Prontamente la fórmula unidad de comando, de claras reminiscencias militares, fue sustituida por otra más acorde a los enunciados sobre la atención de la salud de la población: unificación y coordinación. Como sostiene Belmartino (1991) que si bien el uso de estos términos comienza a generalizarse esto no supuso un consenso sobre un sentido unívoco de los nuevos conceptos. Como veremos más adelante, esta multiplicidad de sentidos fue medular en el debate legislativo provincial sobre la centralización sanitaria.

En estos años comenzaron a circular en la arena política nacional proyectos legislativos sobre la organización de la salud pública que se enfocaron en coordinación del sector. El primero de ellos fue el presentado en la Cámara de Senadores de la Nación por el presidente Agustín P. Justo a través de su Ministro de Relaciones Exteriores, Carlos Saavedra Lamas. Su objetivo principal consistía en regular las actividades de asistencia social a cargo del Estado y de las entidades particulares y establecer una legislación para combatir las enfermedades endémicas e infectocontagiosas mediante el dictado de un código sanitario. Este proyecto de ley establecía la competencia del gobierno nacional para «ordenar y coordinar la acción privada y pública en esta materia». No obstante, la iniciativa sostenía el papel subsidiario del Estado en la atención sanitaria de la población cuando afirmaba que: «el Estado estimula la acción privada y utiliza sus instituciones, desempeñando una misión de cooperación, principalmente bajo la forma de subsidios». Por su parte, en 1936 el diputado nacional Gregorio Martínez propuso otro proyecto

orientado al mismo problema, pero que en este caso determinaba «la organización de los servicios sanitarios de la República sobre la base de la unificación y centralización de los mismos» (Belmartino et al, 1991: 38).

En 1938 el VI Congreso Nacional de Medicina aprobó con carácter de impostergable la necesidad de «unificación de las disposiciones sanitarias en una ley nacional» y la creación de «una dirección superior para orientar y coordinar la acción en forma concurrente y económica, sin perjuicio de mantener las autonomías debidamente justificadas». Asimismo, el sector médico reclamó la «unificación de todos los sistemas bajo una dirección técnica y administrativa única». Es más, un proyecto de oficialización de la medicina tuvo el apoyo del Colegio de Médicos en 1940. Fue el año en que el diputado Alfredo L. Spinetto del Partido Socialista (PS) incorporó la oficialización a su proyecto de centralización y unificación de la sanidad nacional «bajo la forma de un ente autárquico o autónomo dirigido y controlado por el Estado, con representantes del cuerpo médico y farmacéutico en su dirección». Este proyecto sostenía: «es de imprescindible necesidad la inmediata centralización de todos los servicios médicos, dispersos en diversas reparticiones y el control de todas las actividades médicas y sociales en una entidad directiva determinada».

Asimismo, fue el tiempo del proyecto sanitario del renombrado diputado y dirigente socialista Alfredo Palacios. En 1942 el proyecto del referente socialista proponía la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social y la transferencia de todos los servicios médicos, sanitarios o de asistencia social existentes, con excepción de los pertenecientes a las entidades autárquicas: «es con todos los organismos sanitarios ordenados bajo una sola dirección como tomará forma ese nuevo cuerpo coordinador». Por otra parte, señala Belmartino (1991) que la época en la que expandió la identificación entre atención médica y asistencia social cuando la primera era otorgada por el Estado en forma gratuita a la población indigente.

En este marco, el proceso en la provincia de Santa Fe es un cambio de carácter anticipatorio a las transformaciones nacionales en el sector público que logró institucionalizar las ideas renovadoras en un nuevo marco regulatorio que transformó sustancialmente la organización de la provisión de salud. En las próximas páginas nos avocaremos a reconstruir la «prehistoria» de las instituciones de salud provinciales para luego dar cuenta de los cambios incrementales mediante los que se expresó la política de centralización del sector público provincial.

### 2.3. *Los Consejos de Higiene*

El primer rastro de institucionalidad sanitaria en la provincia se registró en 1868 durante el gobierno de Mariano Cabal con la creación de los Consejos de Higiene que tuvo lugar en el marco de la crisis abierta por la epidemia de cólera. En sintonía con la disputa norte - sur que organizaba la vida política santafecina, se dispuso el funcionamiento de un Consejo de Higiene en Rosario y otro en Santa Fe. Esto se mantuvo hasta que entre 1886 - 1887 un nuevo episodio epidémico los reemplazó por el Consejo General de Higiene con asiento en la capital santafecina, del cual pasó a depender el consejo rosarino. A este lo integraban cuatro miembros designados por el gobierno provincial de los cuales tres eran médicos y uno farmacéutico (con el apoyo de un secretario y un asistente de bacteriología).

La amplia zona de cobertura que se le asignó al Consejo lo volvió prácticamente ineficaz en su tarea, quedando limitado a intervenir en los espacios formales (Bolcatto, 2013). Aunque sus escasas funciones fueron objeto de debate, se le atribuyó la potestad de controlar el ejercicio de las profesiones del arte de curar y de evaluar el funcionamiento de las casas de sanidad y sociedades de asistencia médica para su habilitación.

En correspondencia con un contexto en donde se disputaba la institucionalización y la monopolización del área de saber referida a la curación de los enfermos, al Consejo le fue asignada la función de vigilar prácticas consideradas prohibidas como la curandería o peligrosas como el hipnotismo. Fue en este tiempo cuando comenzó una relación estrecha entre los saberes y las prácticas médicas con las políticas promovidas desde el Estado bajo el paradigma de la higiene pública. Ya se encontraban presentes algunas de las nociones centrales de la higiene como los focos de infección, la prevención y el énfasis en el control de las condiciones de vida y salubridad de la población a través de inspecciones domiciliarias (González Leandri, 2012: 128).

La crítica a los Consejos se centró en la evidente ineficacia que presentaban para afrontar los problemas sanitarios y en sus vicios burocráticos que los hacían “lentos, tardíos, anticuados” (Diario El Orden, citado en Bolcatto, 2013). La dispersión institucional los hacía estructuras impotentes. Los Consejo estaban insertos en un marco institucional que se superponía a las competencias sanitarias entre los municipios y la provincia. Esto se debía a que la aplicación de la Constitución de 1900 y la Ley Orgánica de Municipios habían delegado en los niveles municipales la atención de la salud y el control de los hospitales y asilos. Es decir, el escenario mostraba la carencia de un organismo de nivel

provincial con poderes suficientes para intervenir de modo uniforme en todo el territorio y, al mismo tiempo, la obligación en materia sanitaria en cabeza de municipios y comisiones de fomento que no disponían ni de capacidades institucionales ni de recursos suficientes.

La ciudad capital contaba desde 1889 con la oficina de Asistencia Pública y con el Hospital J. B. Iturraspe que funcionó hasta 1911 como una casa de aislamiento. La Asistencia Pública era un organismo de control y atención sin internación a cargo de la inspección de los servicios de higiene y el control de la profilaxis de enfermedades infectocontagiosas. Esta repartición disponía de un cuerpo médico para la asistencia domiciliar gratuita para los pobres. En Rosario, tanto el Hospital Rosario, como a partir de la segunda década del siglo, el Hospital Centenario, estaban en manos del municipio. De modo que el derrotero con el que se fue conformando el sector público en la provincia marcó tempranamente la diferencia de capacidades institucionales entre las ciudades y los pueblos para intervenir en materia de salud (Vallejos et al, 2015).

#### *2.4. La Dirección General de Higiene*

La llegada del demoprogresismo al poder provincial en 1932 trajo consigo una serie de innovaciones para el sector salud que se plasmaron en la sanción de la Ley 2287 conocida como Ley de Sanidad. Esta fue autoría del diputado demoprogresista Hildebrando Rubino y del médico Enrique Fidanza, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral desde 1922. Este último era el presidente del Consejo de Higiene de la ciudad de Rosario y había sido el creador del Leprosario del Hospital Carrasco.

Más allá de la exposición pública de Rubino y Fidanza, la ley fue el resultado del trabajo mancomunado de un grupo de expertos pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores de la Universidad Nacional del Litoral y de organizaciones como el Círculo Médico de Rosario, la Federación Gremial Médica y el Círculo Odontológico de la ciudad de Rosario (Bolcatto, 2019). En este sentido, Bacolla (2016) sostiene lo siguiente:

«[la ley fue producto] de un proceso múltiple a nivel local, de constitución corporativa en el ámbito profesional de la medicina, de fortalecimiento de espacios de formación académica, y de institucionalización de este saber cómo un insumo para las políticas públicas que se autodefinían como «científicamente fundadas» (p. 8).

La ley 2287 creó la Dirección General de Higiene (DGH), un organismo dependiente del Ministerio de Gobierno que vino a sustituir a los antiguos Consejos de Higiene. El nuevo organismo quedó a cargo de una sola persona, el Director General, una figura equivalente a un ministro sin cartera y sin domicilio fijo que debía recorrer el amplio territorio provincial. Este cargo se reservó para un profesional de la medicina con título emanado por una universidad nacional.

Al director de la DGH se le otorgaron las facultades de policía sanitaria. De este modo, el poder político reconoció a la profesión médica las atribuciones de vigilar y controlar la sanidad, centralizar la información, regular la comercialización de los suministros y de la atención profesional, como así también organizar las acciones concurrentes entre distintas jurisdicciones, municipios, comunas y ministerios existentes (Bolcatto, 2019). Entre las funciones específicas que la norma enumera se encontraban las siguientes: velar por el cumplimiento de la norma y sancionar a quien no lo hiciera, proponer el buen estado y mejoramiento de la salud pública, asesorar e informar al Ejecutivo en cuestiones de higiene, inspeccionar por sí mismo o por medio de los inspectores de esta sección los edificios sanitarios públicos y privados, establecimientos educativos, cárceles, hoteles, fondas, peluquerías, mercados, mataderos, caballerizas y demás lugares de suministro, disponer la clausura de farmacias, droguerías y establecimientos industriales, dictar medidas para combatir las endemias y las epidemias y formar la estadística sanitaria y demográfica médica de la provincia.

Además, se le otorgó al director la facultad de crear dispensarios como estaciones de servicio y constituirse en el lugar de reclusión de enfermos, entre otras. La prensa destacó que esta nueva figura disponía de la autonomía necesaria para la toma de decisiones en la cuestión sanitaria (Bolcatto, 2019).

Esta ley propuso dos innovaciones importantes, una jurisdiccional y otra normativa. Por un lado, le atribuyó a la DGH las funciones de control y ejecución de la sanidad. Por el otro, la regulación de la tensa relación entre el poder político y las corporaciones médicas, buscando delimitar perfiles, áreas de incumbencia y espacios de organización corporativa (Bacolla, 2016: 8). En cuanto a la primera, la innovación más significativa fue la de centralizar en el Director General la potestad de policía sanitaria. En dicha figura se centralizaron las competencias necesarias para controlar y evitar el avance de las enfermedades. Esto supuso el reconocimiento del monopolio de la salud en el nivel provincial de gobierno y, por ende, la cesión del poder de policía sanitario hasta ese

momento en manos de comunas y municipios a una autoridad provincial. Hildebrando Rubino se refirió a esto en la prensa local: «se le dan facultades casi dictatoriales. No creemos habernos equivocado. Es necesario llegar a esto, en materia de higiene y salubridad pública» (El Orden, 16/09/1932, citado en Bolcatto, 2019).

La nueva institución contó con una estructura que se conformaba de dos Inspecciones Generales situadas formalmente por debajo del Director General, una con asiento en Santa Fe y otra en Rosario. Cada inspector general era el jefe administrativo y técnico de su respectiva sección. Bajo la dependencia de cada inspector se crearon los departamentos sanitarios y los distintos institutos que fueron creados de acuerdo al criterio de las especialidades médicas: Higiene General y Profilaxis, Instituto Químico Bromatológico y Bacteriológico; Farmacia e Instituto de Odontología. Por lo tanto, la forma que adquirió esta nueva estructura respondió a un proceso de institucionalización en la materialidad del Estado provincial del saber médico dominante.

La DGH implantó un nuevo sistema de organización de la salud a cargo de departamentos sanitarios que sustituyó a la organización de la sanidad preexistente. Cada departamento sanitario estaba encargado de suministrar los datos estadísticos que correspondían a su jurisdicción para el estricto conocimiento de todo lo que afectaba a la salud pública. Esta fue la primera iniciativa en este sentido dado que hasta ese momento no existían datos estadísticos sobre la situación sanitaria provincial. En otras palabras, a partir de la ley de Sanidad el Poder Ejecutivo provincial logró monopolizar la recolección, la publicación y la divulgación de la información de datos vitales de la población y de la inversión realizada en suministros esenciales (Bolcatto, 2019: 107).

Mediante la ley y la creación de la DGH el gobierno buscó superar la fragmentación del sistema de salud provincial, el cual era una expresión de funciones superpuestas entre estructuras estatales de distinto nivel (nacionales, provinciales, municipales, comunales) y no estatales (beneficencia). A partir de su sanción, se logró la centralización de la organización, la administración y la asignación de recursos y personal profesional destinado a la atención médica. Para llevar a cabo esta tarea contó con los dispensarios, a los que duplicó en cantidad y asignó nuevas funciones que favorecieron el relevamiento de datos y la regulación de la inversión sanitaria (Bolcatto, 2019).

Las Inspecciones Generales que sustituyeron a los Consejos de Higiene se emplazaron una en el sur de la provincia y otra en el centro-norte. Bolcatto (2019) sostiene que esto

revela la fragmentación territorial que venía caracterizando a la provincia desde el siglo anterior. Es decir, una provincia dividida entre dos centros territoriales de poder, uno localizado en el sur provincial con cabecera en la ciudad de Rosario y otro en el norte con cabecera en la ciudad de Santa Fe. Este legado institucional que remontaba su origen a la larga historia político-institucional de la provincia impregnó el diseño de la nueva institución sanitaria.

Aunque los antiguos Consejos de Higiene tenían la potestad de regular las profesiones del arte de curar la Ley de Sanidad transfirió dicha competencia a dos Consejos Médicos. Estos también se localizaron uno en la ciudad de Rosario y otro en Santa Fe y asumieron la potestad de controlar el ejercicio de la medicina y la posibilidad de aplicar sanciones contra su ejercicio ilegal. Esto supuso una delegación de facultades atinentes al gobierno de las profesiones con el argumento de protegerlas de la interferencia de los intereses políticos y partidarios.

A pesar de la centralización lograda en ciertos aspectos por el nuevo régimen, se mantuvo la fragmentación regional vigente hasta ese momento. Es decir, la ley de sanidad avanzó en el proceso de centralización con la creación de la DGH, no logró superar el proceso de fragmentación de la provincia. Santa Fe y Rosario continuaron siendo cabeceras del sistema sanitario de la nueva institución a través de dos Circunscripciones, emplazadas una en cada ciudad, y el asiento de los Consejos Médicos.

La Ley de Sanidad contó con el apoyo de diferentes organizaciones de tipo corporativo: el Circulo Médico, el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, el Colegio de Doctores en Bioquímica y Farmacia. Hildebrando Rubino fue el miembro informante del proyecto en la Legislatura. En su tratamiento legislativo, la ley tuvo objeciones y alteraciones menores antes de ser aprobada por unanimidad en diciembre de 1932. Sin embargo, fue objeto de impugnaciones de inconstitucionalidad en alguna de sus cláusulas. Las principales objeciones estuvieron dirigidas a la facultad de reglamentar y limitar la potestad de los médicos para instalar consultorios en más de un distrito (art. 26) que, finalmente, la Corte provincial declaró inconstitucional. Incluso parte de la prensa llegó a caracterizar a la norma como una incursión de «socialismo de estado» por su injerencia en la autonomía de las profesiones. En definitiva, y a pesar de las impugnaciones y críticas, la ley de sanidad trazó un proceso en múltiples direcciones. Fortaleció el rasgo corporativo en el ámbito profesional de la medicina, los espacios de

formación académica e institucionalizó este saber cómo un insumo para las políticas públicas que se autodefinían como «científicamente fundadas» (Bacolla, 2016: 9).

### *2.5. La Comisión de Asistencia Hospitalaria y Social*

En 1938, durante el primer gobierno antipersonalista, se sancionó la ley 2608 de Asistencia Hospitalaria y Social, la cual constituyó un paso significativo en la expansión de la intervención estatal provincial en la cuestión sanitaria. Mediante dicha ley se resolvió la construcción de hospitales y la ampliación de los existentes: hospitales generales, sanatorios para tuberculosos, colonias de niños «débiles y convalecientes», alienados e institutos para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer.

La norma estableció que dichos establecimientos debían ser entregados a municipios, comunas y/o sociedades de beneficencia que presentaran capacidad de poder sostenerlos y administrarlos. Sin embargo, la provincia se reservó la administración de las colonias de alienados, los sanatorios de llanura y las colonias de niños débiles y convalecientes<sup>44</sup>. En el resto de los casos la intervención provincial se limitó al mantenimiento subsidiario de los establecimientos cuando los recursos locales no fueran suficientes. Es posible que el aspecto más precario del plan haya sido su mecanismo de financiamiento. La ley creó la Caja de Asistencia Social de la provincia de Santa Fe y la puso a cargo de la emisión de un billete de lotería provincial cuyo producido se destinaría a la construcción de hospitales. Esto dejó librada la ejecución de la obra a una fuente de financiamiento imprecisa.

La implementación del Plan estuvo a cargo de la Comisión de Hospitales y Asistencia Social que dependía del Ministerio de Gobierno. Entre sus funciones se contaban las de administrar establecimientos de salud, asesorar técnicamente y controlar el destino de los subsidios oficiales.

Los lugares jerárquicos de la Comisión fueron ocupados por representantes médicos. La presidencia le correspondió a Abelardo Irigoyen Freyre y las vocalías a Francisco Javier Pérez y Lorenzo de la Torre. Asimismo, a la Comisión se le encomendó la elaboración de

---

<sup>44</sup> Un año después de la sanción de la norma, cuando tuvo lugar el debate parlamentario sobre la ley 2858, la única obra en proceso de construcción era Colonia de Alienados de Oliveros.

un censo estadístico, que debía servir de base para un anteproyecto de ley orgánica y de coordinación y regulación de la asistencia social<sup>45</sup>.

### *2.6. El Departamento de Salud Pública*

En 1939 el gobernador de Iriondo remitió a la Legislatura el proyecto de Ley de «unificación y coordinación de los servicios de sanidad y asistencia médico social de la Provincia de Santa Fe». El proyecto y los estudios complementarios fueron obra de la Comisión de Hospitales, especialmente de su presidente Abelardo Irigoyen Freyre. El mensaje del Ejecutivo se acompañó de un informe detallado sobre la situación sanitaria de la provincia, al que se incorporó un análisis de la morbilidad y mortalidad en la provincia, estadísticas sobre las condiciones geográficas locales (situación, superficie, límites, clima, agua, etc), las condiciones de la población (composición étnica y social, condiciones de vida, de higiene del trabajo, de la vivienda y de los alimentos), las condiciones económicas y culturales (agricultura, ganadería, industrias, comercio, vías de comunicación) y la distribución de las profesiones, hábitos y la psicología local (Comisión de Hospitales y Asistencia Social, 1939).

La ley 2858 creó el Departamento de Salud Pública (DSP) como el organismo técnico - administrativo más elevado en lo que se refiere a la dirección y control de la higiene pública, previsión de las enfermedades y asistencia médico-social (Art. 1). A través de este, se buscó superar la profunda fragmentación institucional que condicionaba el funcionamiento del sistema. En los primeros meses de 1940 se constituyó formalmente al DSP centralizando todas las competencias que habían correspondido a la antigua Dirección General de Higiene (DGH) y de la Comisión de Hospitales.

El proyecto original «unificación y coordinación de los servicios de sanidad y asistencia médico social» tuvo modificaciones importantes cuando ingresó a la agenda legislativa. Esta versión elaborada por la Comisión de Hospitales incluía la facultad del Estado provincial de absorber las estructuras sanitarias de los municipios, las comunas y las sociedades de beneficencia. Durante su tratamiento en la Cámara de Senadores esto se sustituyó por una facultad de coordinación sanitaria con la estructura local de municipios y comunas. Incluso algunos legisladores calificaron durante el debate al mensaje del

---

<sup>45</sup> Posteriormente denominada Ley de unificación y coordinación de los servicios de sanidad y asistencia médico social de la Provincia de Santa Fe.

Ejecutivo como dictatorial. El proyecto se modificó y se incorporó la facultad de los municipios y las comunas de transferir voluntariamente los «servicios que actualmente presten, estableciendo en cada caso la forma y condiciones de esa transferencia» (Art. 4, ley 2858).

Bajo la dirección y administración del DSP quedaron «todos los establecimientos de sanidad, hospitales, servicios médicos policiales, escolares y cualquier otra repartición pública dependiente del Gobierno». No obstante, con respecto a los servicios locales la norma incorporó el siguiente agregado sobre cuya extensión y sentido giró parte del debate parlamentario: «y convendrá el traspaso de los que estén a cargo de las municipalidades y comunas».

El Departamento fue dirigido por un Consejo General de Sanidad (CGS) integrado por un presidente y dos vocales correspondientes uno a la circunscripción judicial de Rosario y otro a Santa Fe. Abelardo Irigoyen Freyre fue designado presidente del Consejo poco tiempo antes de convertirse en el primer Ministro de Salud y Trabajo del país. El régimen le delegaba al presidente la capacidad de conducir el proceso de transferencias de los establecimientos a la órbita provincial.

La ley previó que los integrantes del Consejo debían ser doctores en medicina con título expedido por las universidades nacionales con antecedentes en organización sanitaria o medicina social. En estas exigencias exigidas por la ley, se trasluce el objetivo de incorporar a la administración sanitaria la «perspectiva científica» a la que se refirieron los máximos exponentes de la época.

El Consejo ocupó la cumbre estratégica de una nueva estructura dirigida a la asistencia social y médica de la población. Este se complementaba con una secretaría técnica y administrativa y dos secciones de sanidad, una en Rosario y otra en Santa Fe, dos Consejos deontológicos y los centros de salud departamentales<sup>46</sup>. De acuerdo al nuevo régimen, le correspondía al Consejo la determinación de las directrices de la política sanitaria. Es por ello que una parte importante de su tarea se orientó a la redacción de un Código Sanitario, la reglamentación de la carrera sanitaria, la regulación de la forma de reclutamiento del personal técnico-administrativo y la proyección del arancelamiento de

---

<sup>46</sup>En el Gráfico N° 1 del apéndice de esta obra se reproduce la estructura del Departamento de Salud Pública.

las prestaciones sanitarias que debían recaer sobre quienes no integraban el Registro de Asistencia Gratuita elaborado por la Oficina de Servicio Social.

De la Secretaría Técnica Administrativa (STA) dependían una serie de divisiones y dependencias cuya función era mantener «el equilibrio permanente del estado sanitario general». De este modo se incorporaron una serie de unidades funcionales destinadas a fortalecer la capacidad técnica de la intervención pública: Bioestadística y Epidemiología; Profilaxis y Prevención de las Enfermedades Infectocontagiosas; Asistencia Médica Preventiva y Curativa; Hospitales Generales y Especializados; Instituto Bromatológico; Instituto Antirrábico; Centro Antituberculoso; Centro Antileproso; Centro Antivenéreo; Centro de Higiene Mental; Centro Anticanceroso; Centro Cardiológico y Antitraumático; Centro de Maternidad e Infancia. Además, se crearon el Instituto Odontológico y dos áreas enmarcadas dentro de los avances legislativos nacionales de 1936: el Instituto de Traumatología, Accidente de Trabajo y Cirugía Reparadora y la de Maternidad e Infancia (Biernat y Ramacciotti, 2013; Ramacciotti, 2014, citado en Bacolla, 2016).

Mediante la creación de las nuevas unidades funcionales de Servicio Social, Sanidad Escolar, Educación Física, Higiene Urbana y Rural, se incorporó la perspectiva social de la atención sanitaria. Asimismo, se sumó una oficina destinada a Educación, Propaganda y Divulgación Sanitaria con capacidad para sostener una «prédica cultural sanitaria a través de toda la provincia, utilizando los medios más diversos: cine, radiotelefonía, conferencias, afiches, en escuelas, clubs, cuarteles, etc» (Bacolla, 2016: 11). Finalmente, la sección jurídica quedó a cargo de las relaciones con mutualidades y sociedades de beneficencia y la Dirección de Arquitectura e Ingeniería Sanitaria de llevar un plan de obras regionalizadas y organizadas según niveles de complejidad<sup>47</sup>.

Las Secciones de Sanidad N° 1 (Santa Fe) y Nro. 2 (Rosario) quedaron a cargo de la coordinación de los servicios médicos asistenciales, la realización de análisis clínicos bacteriológicos y bromatológicos y la política sanitaria (artículo 20 de la ley 2858). De estas pasaron a depender los Centros de Salud Departamentales. Dichos Centros fueron innovadores en cuanto reunieron las funciones tradicionalmente separadas de atención de la enfermedad y acciones sobre el medio: higiene ambiental, higiene individual y social, lucha contra las enfermedades sociales y educación sanitaria (Belmartino, 1991: 45). Un

---

<sup>47</sup> Esta tuvo a su cargo la concreción de obras tales como hospitales rurales, centros especializados como el de Anquilostomiasis en Cayastá, el hospital Psiquiátrico de Santa Fe, la Colonia de Alienados de Oliveros, el Instituto de Maternidad y Puericultura de la capital y el Hospital “Marcelino Freyre de Rosario.

médico quedó a cargo de cada Centro asumiendo la función de «controlar la higiene general» y coordinar el «normal funcionamiento de la medicina preventiva y curativa». De éste dependían los servicios de medicina preventiva y curativa, servicio social, higiene e inspección de alimentos, examen prenupcial y certificados de salud, entre otros.

La estrategia de centralización de los servicios sanitarios quedó en manos del CGS. Este debió gestionar tanto la cesión de la estructura sanitaria en manos del Estado Nacional, las sociedades de beneficencia o las mutualidades como la transferencia de los subsidios del Estado Nacional a las instituciones con funciones asistenciales en la provincia.

En septiembre de 1940, los servicios sanitarios y hospitales de la ciudad de Santa Fe se transfirieron al nuevo organismo sanitario provincial. El Consejo Deliberante de la ciudad de Santa Fe aprobó el convenio por el cual cedió la infraestructura sanitaria existente y en construcción, las partidas presupuestarias para su sostenimiento y el personal que pertenecía a su ámbito. El plazo del convenio se determinó en veinte años, tiempo tras el cual la Municipalidad tenía la facultad de retomar los servicios cedidos. El debate en el Consejo Municipal reeditó parte del debate que tuvo lugar en la legislatura provincial al centrarse sobre algunos tópicos: la conveniencia de la unidad de comando de los servicios, la falta de capacidad financiera de la ciudad para sostenerlos y la cuestión de la autonomía municipal. Para el oficialismo antipersonalista se trataba de una cuestión técnica y económica, si bien el argumento se concentró más en este último aspecto. La posición favorable a la unidad de comando encontró pocos opositores y la fundamentación giró en torno a la escasez de recursos de la ciudad para hacer frente a la apertura de nuevos servicios. Asimismo, rechazó que la centralización implicara una vulneración a la autonomía municipal dado que, según sostenían, los municipios carecían de autonomía en el orden jurídico nacional. Por su parte, el representante de la UCR expuso su disidencia apelando a «principios republicanos y burocráticos» que fundamentaban su oposición a la «centralización burocrática», una noción que, según afirmaron, suponía un desplazamiento entre los postulados de la ley 2608 y la 2858. Este último defendió la conservación de las facultades sanitarias en la órbita municipal e identificó en el Congreso Médico de 1939 la génesis de un programa de «centralización burocrática». Finalmente, la Ordenanza 3983/1940 dispuso la cesión. En el acto de celebración de la transferencia, Abelardo Irigoyen Freyre, presidente del DSP, rechazó los argumentos que habían invocado la autonomía municipal para oponerse a la centralización de los servicios «por carecer de valor científico».

El programa contenido en la ley 2858 incluyó la centralización sanitaria de la estructura existente, la ampliación de la capacidad de acción del Estado mediante la creación de nuevas estructuras, la coordinación entre niveles de atención en base al principio de regionalización y la penetración estatal sobre la cuestión salud en un territorio cruzado por desigualdades. En la medida que se buscó la homogeneización de la atención médica en todo el territorio, el plan incorporó a la regionalización como el instrumento para la coordinación funcional entre los centros de salud, los departamentos y los hospitales. Esto se programó sobre la base de una distribución planimétrica en la que cada centro sanitario debe satisfacer un radio de población de 25 km aproximadamente.

### *2.7. El primer Ministerio de Salud y Trabajo del país*

En 1941 la provincia de Santa Fe creó el primer Ministerio de Salud y Trabajo del país. Lo hizo a través de la ley de Ministerios 2952, la cual organizó todas las competencias a cargo del flamante Ministerio través de un Consejo de Sanidad y otro de Economía. Los Consejos eran presididos por el ministro del área y su competencia incluía las cuestiones relativas a salud, asistencia social, trabajo y fomento agrícola, ganadero, industrial y comercial.

En estos años, la provincia amplió de modo significativo su infraestructura para intervenir en la cuestión social de la salud. El plan de construcciones hospitalarias elaborado por la Comisión de Hospitales fue reemplazado por uno que puso el acento en la construcción de hospitales rurales. Entre los distintos institutos específicos que se crearon se encuentra el Instituto Bromatológico. Además, en 1941 se encontraban en proceso de terminación 62 hospitales rurales que, en palabras de Irigoyen Freyre, constituían «unidades sanitarias completas adecuadas a las necesidades sanitarias de la zona o región». Dicho modelo respondía a las «opiniones vertidas por los higienistas más destacados de país y del extranjero y patrocinados en congresos y conferencias nacionales e internacionales». Se trata de unidades dotadas de la capacidad para funcionar como un hospital polivalente, con posibilidad de intervenir en tareas médico-preventivas, curativas y sociales y desarrollar una actividad continuada de «educación sanitaria popular». En este sentido, agrega el medico santafecino:

«con la pronta terminación de los primeros sesenta y dos hospitales rurales, la Provincia dispondrá pronto de las unidades sanitarias indispensables para dar comienzo a la atención medica curativa imprescindible, realizar la prevención y

profilaxis de las enfermedades más difundidas de cada zona y brindar a la población una correcta acción educativa social» (Irigoyen Freyre, 1943).

La obra llevada adelante por el gobierno conservador cambió radicalmente la estructura sanitaria en la provincia. Entre el censo hospitalario realizado en 1936 y el de 1945 el número de hospitales en la provincia pasó de 43 a 114 y las camas de 4667 a 6700 (Belmartino et al, 1991: 46)<sup>48</sup>. Es decir, la centralización sanitaria y la expansión de la infraestructura continuaron avanzando durante los años cuarenta más allá de los cambios de gobierno o de régimen político<sup>49</sup>. El golpe militar de raigambre nacionalista de 1943 no interrumpió la inauguración de hospitales rurales<sup>50</sup>. Se proyectaron 62 hospitales y se construyeron efectivamente 58, de los cuales 32 se habilitaron antes del golpe militar y el resto entre esa fecha y 1945. También durante la intervención federal entre 1944 y 1946 se completó la transferencia de la infraestructura sanitaria de la ciudad de Santa Fe.

A partir del primer gobierno peronista, la agenda provincial fue progresivamente perdiendo autonomía con respecto a las directivas nacionales, especialmente a partir de la intervención federal a la provincia en 1949. Durante el gobierno de Waldino Suarez (1946-1949), primer gobierno peronista en la provincia, se presentó un Plan Trienal mediante el cual la provincia vinculó su agenda con el Plan Quinquenal del gobierno nacional. Así fue que se creó una cartera de Trabajo y Economía y otra de Salud siguiendo las órdenes expresas impartidas en la Conferencia de Ministros (Bacolla, 2016: 18). Este contenía dos proyectos de empréstitos para obra pública en los que se incluía la obra sanitaria y la asistencia social. El Plan Trienal fracasó en cierta medida producto de la disputa entre facciones peronistas y los logros del gobierno de Suarez fueron escasos<sup>51</sup>. Sin embargo, como señala Bacolla (2016), a pesar de que estas medidas fueron presentadas como novedosas y revolucionarias, siguieron invocando precedentes

---

<sup>48</sup> Años más tarde, en 1954, ya durante el final del período justicialista, los establecimientos sanitarios en la provincia alcanzaban a 186.

<sup>49</sup> En este período se transfirieron el Hospital de la Caridad de Tostado y el Hogar Protomédico “Manuel Rodríguez” perteneciente al Patronato de Leprosos de Santa Fe. Y a través de la sanción de la ley 3069 se creó la Dirección de Acción Social en la órbita ministerial. La tendencia centralizadora también fue fortalecida a través de la implementación de disposiciones pendientes de ejecución contenidas en la ley 2858 de 1939. Por ejemplo, la concentración de competencias de sanidad escolar, educación física y la incorporación de la asistencia sanitaria del sistema penitenciario en cabeza del DSP.

<sup>50</sup> Algunos de los hospitales rurales inaugurados fueron los de Laguna Paiva (1942), Santa Rosa (1943) y Cayastá (1943).

<sup>51</sup> Durante la gestión de Suarez como ministro y Héctor Daminato como ministro se implementó el Estatuto Nacional de Profesionales del Arte de Curar, se inauguró el hospital de Niños de Santa Fe y se amplió la colonia psiquiátrica de Oliveros.

institucionales de los gobiernos anteriores al golpe de 1943, incluso en ámbitos como bienestar y seguridad que habían adquirido un lugar central en la cosmovisión y el programa peronista (p. 18).

A continuación, pondremos el foco en las coaliciones de actores que tejieron alianzas y movilizaron recursos con el objetivo en la centralización del sector público sanitario en los años treinta.

### *2.7. Las coaliciones de la centralización provincial:*

La política de centralización de la sanidad en la provincia de Santa Fe fue el resultado de la acción de una coalición de causa o promotora. Esto es lo que Sabatier (1993) ha definido como un conjunto de actores o personas que comparten un particular sistema de creencias con respecto a un determinado núcleo de políticas que les permite coordinar su comportamiento de diversas maneras a lo largo de un tiempo considerable (Sabatier y Jenkins-Smith, 1990; Sabatier, 1993).

Este modelo teórico pone el acento sobre el rol que cumplen las ideas y creencias de los actores en la definición e implementación de las políticas públicas (Gomez Lee, 2012). Por un lado, esto nos aleja de aquellas explicaciones materialistas de la formulación de las políticas, es decir, de las perspectivas que explican el surgimiento y consolidación de una política pública enfocando en las transformaciones sucedidas en el ámbito económico. Por el otro, y a pesar de la dificultad teórica que implica su conceptualización, permite emprender una explicación que adopte a las ideas como variable independiente de los cambios institucionales y no simplemente como una expresión de estos.

Los actores que conforman una coalición de causa o promotora presentan un consenso sustancial sobre lo que Sabatier (1998) ha denominado como núcleo de la política, aunque en menor medida con respecto a los aspectos secundarios. Con esto se refiere a valores fundamentales que guían a los actores y/o percepciones básicas con respecto a la seriedad del problema o a sus principales causas (Sabatier, 1998: 103).

La coalición centralizadora de la estructura sanitaria en la provincia de Santa Fe durante la década del treinta estuvo conformada por actores estatales y sociopolíticos que formaban parte del subsistema de salud. Entre los primeros se destacan los representantes políticos pertenecientes a la elite política provincial que gobernó la provincia durante

aquellos años mientras en que los segundos está un conjunto de expertos formados en la universidad pública que participan de los círculos de socialización de la medicina a nivel nacional. Estos últimos conformaban una comunidad epistémica. Es decir, una red de profesionales con experiencia probada y con competencia en un dominio particular y que son autoridades en su campo, con relevancia política dentro de aquel dominio o asunto-área (Haas, 1992: 3). Sus miembros participaban de una red nacional e internacional de profesionales mediante la cual circulaban ideas de política y personas. Una comunidad epistémica debe ser capaz de introducir mediante ideas nuevos vínculos entre causas y efectos en un determinado campo de políticas. Se trata de redes de individuos que detentan un conocimiento relevante para la política y para los procesos políticos que explican la utilización de ese conocimiento en la toma de decisiones (Adler y Haas, 1992; Haas, 1992, 2001, 2004).

Ahora bien, si bien es posible identificar de qué modo la participación de los expertos se mantuvo sin solución de continuidad, así como su influencia en la determinación del contenido de la política sanitaria, también es posible reconocer que el proceso de centralización sanitaria no fue el resultado de una coalición promotora estable a lo largo del tiempo. Por el contrario, la centralización aparece como el resultado de dos coaliciones de causa que se sucedieron entre sí y el hito que constituyó el proceso de reemplazo entre estas fue el quiebre político que determinó el fin del gobierno del demoprogresista.

La primera coalición promotora estuvo conformada por dirigentes políticos del gobierno del PDP y una comunidad epistémica de profesionales procedentes de los ámbitos académicos, en particular, de la UNL. Como hemos mencionado, la Ley de Sanidad fue autoría del diputado demoprogresista Hildebrando Rubino y del médico Enrique Fianza, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral desde 1922, que era el presidente del Consejo de Higiene de Rosario y había sido el creador del Leprosario del Hospital Carrasco. No obstante, por detrás de Rubino y Fianza, se encontraba el trabajo mancomunado de un grupo de expertos pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores de la UNL y de otras organizaciones como el Círculo Médico de Rosario, la Federación Gremial Médica y el Círculo Odontológico de la ciudad de Rosario (Bolcatto, 2019). Es por ello que Bacolla (2016) sostiene lo siguiente:

«[la ley fue producto] de un proceso múltiple a nivel local, de constitución corporativa en el ámbito profesional de la medicina, de fortalecimiento de espacios de formación académica, y de institucionalización de este saber cómo un insumo para las políticas públicas que se autodefinían como «científicamente fundadas» (p. 8).

Entre los expertos emprendedores de la política es posible destacar la figura de Fidanza, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral desde 1922 y presidente del Consejo de Higiene de la ciudad de Rosario. Si bien, como ya hemos señalado, en la mencionada ley, también intervinieron otros procedentes de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores de la UNL y de organizaciones como el Círculo Médico de Rosario, la Federación Gremial Médica y el Círculo Odontológico de la ciudad de Rosario (Bolcatto, 2019). En una provincia signada por la fragmentación territorial entre el norte-sur, esta primera coalición política reunió actores estatales y sociopolíticos procedentes de la ciudad de Rosario.

Por otro lado, la coalición promotora que impulsó el proceso de centralización a partir de 1937 y una notable expansión de la estructura sanitaria en la provincia durante aquellos años, estuvo conformada por representantes políticos del antipersonalismo en el poder y un cuerpo de expertos procedentes de la UNL. En este caso, la figura destacada entre los expertos fue la del médico santafecino Abelardo Irigoyen Freyre. Un médico notable, primer ministro de salud del país y exponente de la tradicional elite social de la ciudad capital. En su trayectoria profesional, Irigoyen Freyre circuló por diversas esferas que vinculaban el espacio académico y social con las agencias estatales. Se recibió de médico en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNL y en 1935 ingresó a la Dirección de Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Municipalidad de Santa Fe, siendo designado su director a partir de 1937. Un años más tarde fue nombrado presidente de la Comisión de Hospitales y Asistencia Social, en 1940 presidente del Consejo de Sanidad y en 1941 Ministro de Salud Pública y Trabajo en el primer ministerio de este tipo creado en el país. Además, era un renombrado miembro de la elite social santafecina. Por sus lazos familiares se acercó al mundo de la política dado que era sobrino del gobernador Manuel de Iriondo. Asimismo, fue presidente del tradicional Club del Orden, miembro de la Academia Nacional de Medicina y de la Sociedad Argentina de Broncoesofagología.

Las vinculaciones de estos expertos no se limitaron al ámbito local o nacional, sino que se expandieron a nivel internacional tanto en el campo de su especialidad como en el área

de sanidad en general. Irigoyen Freyre mantuvo vínculos con la División Internacional de Sanidad de la *Rockefeller Foundation* y quienes lo secundaron también formaron parte de circuitos internacionales y nacionales de sus especialidades y del espacio académico de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNL.

En otras palabras, los actores por detrás de las políticas de cambio institucional fueron un conjunto de expertos médicos representativos de la categoría. Estos también han sido denominados por Belmartino como notables, es decir, individuos altamente calificados, pertenecientes a la clase dirigente, con fuertes vínculos en el espacio internacional de su campo de práctica, con capacidad para difundir su pensamiento a través de revistas especializadas o en el Congreso y con llegada a las agencias estatales. No obstante, esta comunidad epistémica de notables no actuó en soledad. En el proceso de centralización del sector de salud santafecino se registró una articulación con elites políticas de distinto signo partidario. En palabras de Irigoyen Freyre:

«Es en Santa Fe, precisamente, donde el gobierno y las entidades gremiales han realizado una obra inspirada en iguales sentimientos e ideales y donde, adelantándose a las otras provincias hermanas y a la nación misma, fue posible crear el primer Ministerio de Salud Pública y Trabajo del país» (Irigoyen Freyre, 1943).

Otra evidencia de esta articulación entre expertos y elites políticas se expresó en el Congreso de Sanidad de agosto de 1939, meses antes del tratamiento de la ley 2858. El entonces presidente del comité organizador, el Dr. Alcibíades González, hizo referencia a esta articulación entre médicos y agentes políticos cuando sostuvo que «al anhelo de los médicos, en su función social, se une el de los hombres de gobierno». En torno al proyecto que sería sancionado meses más tarde, hace una clara alusión de los roles que ocupa cada agente en esta alianza. Por un lado, expertos que a partir de la crisis que se manifestó en los años veinte produjo un cuerpo heterogéneo de doctrina para superar una medicina pensada exclusivamente de individuo a individuo (Belmartino et al, 1991: 21). Por el otro, una clase política que, aún sin haber demostrado preocupación por incorporar a su agenda esta crisis, abre su agenda a los médicos para fortalecer la intervención estatal y con ello la legitimidad de su experiencia gubernamental. En palabras del mismo González (1939) en la apertura del Congreso:

«En nuestra Provincia el problema ha sido comprendido y a sus leyes modernas en materia de Sanidad, a la constante acción de los profesionales y sus entidades

representativas, se une la labor de un gobierno que, abarcando el problema de las necesidades actuales, plantea por primera vez en la República, la coordinación de los servicios médico-asistenciales»

Ahora bien, resulta necesario identificar cuales fueron aquellos valores compartidos o percepciones genéricas del orden político y social que sirvieron de cemento de dichas coaliciones. Un primer aspecto a destacar es que este núcleo de creencias no parece haber variado demasiado entre las coaliciones. Por el contrario, fueron compartidos los valores asociados a la necesidad respecto a la intervención social del Estado y a la necesidad de centralizar la sanidad.

De acuerdo a la operacionalización de las ideas propuesta por Jal Mehta (2016) a la que nos referimos en el capítulo anterior, podemos afirmar que los actores que conformaron las distintas coaliciones compartieron una filosofía pública que consideraba ineludible la intervención del Estado en la cuestión social, y, específicamente, en la cuestión sanitaria. Las distintas iniciativas reconocieron en cierta medida a la intervención del Estado como un imperativo.

Esta posición trascendió ampliamente al sector dado que la concepción intervencionista en la política durante estos años se expandió por todo el aparato del Estado. Estos fueron los primeros rastros de lo que años más tarde configuró, según la fórmula propuesta por Belmartino (1991), el Estado Social o Estado de Compromiso. Es un tiempo en el que se percibió una lenta retirada del clima de ideas que había dado fundamento al modelo sanitario liberal. En el corazón del modelo liberal se encontraba la noción de caridad, la filantropía y la acción de las sociedades de beneficencia. Belmartino et al (1987) afirma que el paso que dio lugar al modelo siguiente fue un proceso complejo, donde antiguos referentes temáticos fueron revalorizados e integrados en una nueva conceptualización (p. 103).

Entre la comunidad epistémica de profesionales, esta concepción intervencionista tuvo un amplio consenso que se expresó en los Congreso de Sanidad de Rosario de 1936 y de Santa Fe de 1939. Dan cuenta de esto, las declaraciones de Irigoyen Freyre, presidente de la Comisión de Hospitales y Asistencia Social, y de Jacobo Spangerberg, director de la Dirección Nacional de Higiene:

«La participación del Estado en las funciones sanitarias es un imperativo impuesto por la compleja y difícil tarea de preservar a los habitantes contra las

enfermedades más variadas, y que la conservación de la raza humana constituyen un deber impostergable»

«El cuidado de la salud pública es uno de los deberes más imperiosos que conciernen a los gobiernos, como que es la suprema ley, y esa salud se ve a menudo comprometida por múltiples factores. Han pasado los tiempos en que las medidas higiénicas eran privativas de los municipios, de los distintos departamentales y aún hasta cierto punto, de las provincias»

Los expertos justificaron la intervención de la asistencia médico-social desde una concepción orgánica u holística en donde la idea de solidaridad estaba connotada por un modelo biorganicista propio del positivismo. La acción pública del Estado se debía dirigir a garantizar la «riqueza del país» y esta última dependía de la salud y el perfeccionamiento somato-psíquico de la población. En estos años se generalizó la noción de capital humano o capital salud que el Estado debía preservar mediante la asistencia médico-social. Por ejemplo, en el Congreso de Sanidad de 1939 Abelardo Irigoyen Freyre sostuvo lo siguiente:

«si bien no es posible valorar la vida en sí misma y a través de sus múltiples manifestaciones, con un criterio puramente económico, es forzoso reconocer que el capital humano representa para un Estado el activo más precioso y que por esto debe ser conservado a toda costa»

Por su parte, las elites políticas de la década adhirieron a la filosofía pública que veía en la intervención social del Estado una necesidad. Como vimos, la concepción que guiaba a los dirigentes políticos del demoprogresismo fue el liberalismo reformista. Ese que había sido el motor de la Constitución provincial de 1921 y que a lo largo de estos años incorporó a la agenda estatal los problemas emergentes de la nueva cuestión social. Para ello la intervención estatal debía estar presente mediante regímenes económicos sociales capaces de intervenir en las relaciones del capital con el trabajo, la higiene y la salud pública, la educación, entre otros. Por su lado, los antipersonalistas identificaron en la gestión social del Estado una estrategia de producción de una legitimidad sustitutiva a través de un gobierno de resultados que salvara la ausencia de una legitimidad de origen fruto de la maquinaria avocada al fraude electoral.

Sin embargo, los debates legislativos permiten identificar que esta concepción no era unánime entre los representantes político-partidarios. Así fue que, por ejemplo, durante el debate sobre la ley 2858, la Cámara de Diputados de Santa Fe fue también la caja de

resonancia de posiciones contrarias a la gestión social estatal. Estas se venían manifestando especialmente a partir de artículos en la prensa dado que habían tenido un desarrollo limitado en la literatura médica. Belmartino (1991) denomina a esta postura calificándola de antiintervencionista. Por ejemplo, el diputado provincial Herren expresó con claridad esta posición ideológica amparándose en los principios de un liberalismo decimonónico. Así fue que cuestionó la conveniencia económica de estatizar la salud y de absorber actividades «individuales y particulares». La obligación de salud debía pesar exclusivamente sobre el individuo que es la unidad social destinada a aportar de manera preventiva y combativa a la salud del prójimo.

«los individuos tienen funciones personales y sociales que cumplir que le son inexcusables e inalienables, porque hay un imperativo natural que los enaltece. El Estado tiene por función no absorber, perjudicar, ni inutilizar la actividad privada, sino descubrirla, estimularla y desarrollarla» (Diario de Sesiones, 20/10/1939: 1535).

Es la expresión de una filosofía pública que descansaba en la inexistencia de valores sociales superiores a los derechos del individuo. De esto se presume que la consecuencia de la absorción de esta esfera por parte del Estado produciría una ruptura de esa función inalienable y la familia iría perdiendo su sentido de solidaridad. Recordemos que los liberales, quienes no se identificaban con una concepción cristiana de la caridad, fundaron la acción en favor del indigente en el concepto de solidaridad (Belmartino et al, 1987). El diputado Herren asimila la cuestión salud a lo sucedido años atrás con la instrucción pública, «que en su origen y carácter debe dejarse a la iniciativa privada pero que el Estado fue tergiversando hasta convertirse en Estado-docente». El mismo peligro se presenta con la aparición del Estado-médico. Esta posición sumó la adhesión de otros integrantes de la Cámara, como el diputado Soler, quien calificó a la ley como totalitaria y advirtió de sus vínculos con el totalitarismo político o social.

En definitiva, el proceso incremental de centralización sanitaria en la provincia tuvo por protagonistas a coaliciones promotoras conformadas por representantes políticos y una comunidad epistémica de expertos articuladas sobre la base de un valor compartido que es posible de ser reconocido como una filosofía pública: la intervención del Estado en la cuestión social.

A continuación, buscaremos abrir la «caja negra» de los vínculos causales mediante una explicación ideacional que nos permita identificar en detalle cuales fueron los distintos

mecanismos causales que intervinieron en la política de centralización de la sanidad en la provincia durante la década del treinta. Asimismo, nos centraremos en algunos aspectos particulares que asumieron los problemas públicos construidos por los actores y la solución política propuesta. Estas constituyen el medio por el cual los agentes procesaron sus estrategias, abriendo alternativas a posiciones reformistas o conservadoras. Por lo tanto, comprender los marcos de ideas en sus distintas variantes forman una variable clave para comprender los factores que intervinieron moldeando la reforma.

### **3. Instituciones e ideas de la centralización sanitaria provincial:**

En este apartado buscamos sostener la hipótesis general de nuestra investigación que postula que las distintas políticas que fueron dando forma al sector público provincial a lo largo del tiempo fueron resultado del interjuego entre las reglas institucionales y las ideas y creencias movilizadas por los actores ante cada escenario particular.

Desde nuestra perspectiva, el factor clave que modeló el contenido de la política de centralización fue el marco de ideas que promovieron las coaliciones de actores que impulsaron la reforma. Además, nos interesa identificar qué influencia tuvieron las instituciones sobre la reforma dado que, como sostiene Alan Jacobs (2015), usualmente las ideas tienen una alta correlación con otras causas plausibles sobre el resultado de la política (p. 41).

En este sentido, los neoinstitucionalistas han subrayado el vínculo entre el diseño de las instituciones de la representación política y el desarrollo de las instituciones del *Welfare State* (Inmergut, 1992). Beland y Lecour (2016), profundizando sobre esta línea de investigación, sostienen que las instituciones federales favorecen la presencia de una multiplicidad de comunidades de políticas que son capaces de operar y movilizar sus ideas en los distintos niveles estatales. Por ello, es posible distinguir entre aquellas reformas provinciales en las que intervino una comunidad que operaba exclusivamente en el espacio provincial de políticas de aquellas otras en las que lo hizo una comunidad del espacio nacional de políticas. Siguiendo a Fox (1994) podemos sostener que el marco institucional estructura las rutas de acceso por donde se canalizan las demandas de los sectores que conforman el espacio público.

En este sentido, el nivel provincial fue la ruta de acceso de la política de reforma que determinó la centralización sanitaria provincial. Dicha reforma, que en cierta medida

anticipó el proceso de centralización de la sanidad nacional y la expansión de su estructura durante el primer gobierno justicialista, fue el resultado de la acción de una comunidad política provincial que configuró la agenda pública favorecida por el marco institucional federal.

### *3.1. El marco institucional del derecho a la salud*

Llegados a este punto, cabe recordar algunas consideraciones genéricas sobre el régimen federal de gobierno de la República Argentina. Desde la sanción de la Constitución Nacional de 1853 el país adoptó el sistema de gobierno representativo, republicano y federal. Este integra a veintitrés provincias y a la ciudad de Buenos Aires, cuya autonomía fue reconocida recién a partir de la reforma constitucional de 1994. Las provincias disponen de la potestad de dictar sus propias Constituciones sujetas a la supremacía de las declaraciones, derechos y las garantías de la Constitución Nacional y conservan todo el poder no delegado por la CN al gobierno federal. Esto es, pueden crear sus propias instituciones y elegir los cargos electivos sin intervención federal. En la actualidad la mayoría de las Constituciones provinciales garantizan el derecho a la salud. En la provincia de Santa Fe, la Reforma Constitucional de 1962 incorporó en su artículo 19 la tutela de la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad.

«La Provincia tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad. Con tal fin establece los derechos y deberes de la comunidad y del individuo en materia sanitaria y crea la organización técnica adecuada para la promoción, protección y reparación de la salud, en colaboración con la Nación, otras provincias y asociaciones privadas nacionales e internacionales.

Las actividades profesionales vinculadas a los fines enunciados cumplen una función social y están sometidas a la reglamentación de la ley para asegurarla.

Nadie puede ser obligado a un tratamiento sanitario determinado, salvo por disposición de la ley, que en ningún caso puede exceder los límites impuestos por el respeto a la persona humana.» (Art. 19, Constitución de la provincia de Santa Fe).

De este modo, nuestro marco institucional establece que la salud forma parte del universo de competencias concurrentes entre las provincias y la Nación<sup>52</sup>. Abramovich y Pautassi (2008) sostienen que, a diferencia de otros derechos sociales, el derecho a la salud no tuvo un tratamiento constitucional adecuado en Argentina. La primera referencia se encuentra en el Art. 14 bis incorporado por la reforma de 1957 que se refiere de modo indirecto cuando establece que el Estado debe “otorgar los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable” y el establecimiento de un “seguro social de salud”. Esto es, no hay una garantía expresa como derecho, sino que la disposición se relaciona con la protección de contingencias vinculadas con la inserción en el mercado laboral (p. 263). A partir de la reforma de 1994 se reconoció la tutela del derecho a la salud por diversas vías. El artículo 42 de la CN reconoce el derecho de «consumidores y usuarios» de bienes y servicios a la protección de la salud y seguridad en la relación de consumo. Esta referencia a las relaciones de consumo refleja una protección limitada y no universal prevista por el constituyente. Mediante una segunda vía el artículo 75 inciso 22 incorporó al derecho interno de los Tratados sobre derechos humanos con jerarquía constitucional, integra al bloque constitucional, normas como el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que define a la salud como el «derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental», a partir del cual, el Estado queda jurídicamente obligado a garantizar el contenido mínimo de los derechos económicos, sociales y culturales, y no puede escudarse en la falta de recursos disponibles para justificar su incumplimiento (11)<sup>53</sup>.

Ahora bien, una vez que hemos descripto este marco institucional federal y la distribución constitucional de competencias, debemos retomar una explicación de la centralización del sector público sanitario en los años treinta. El régimen federal, en un período donde la centralización sanitaria nacional aún no se había producido, garantizó la posibilidad de

---

<sup>52</sup> De acuerdo al sistema federal de gobierno, la CN prevé facultades delegadas, reservadas y concurrentes y reserva a las provincias aquellas no previstas expresamente. Como señala Bidart Campos (2003), para las provincias la competencia es la regla mientras que para el gobierno federal es la excepción. El gobierno federal tiene competencia exclusiva en relaciones exteriores, emisión de moneda, regulación del comercio, navegación interior, exterior y defensa, y tiene competencias concurrentes con las provincias en administración de justicia, educación primaria y seguridad social. Sostienen Centrángolo y Jiménez (2004) que el marco constitucional no es muy preciso en lo que se refiere a las funciones y responsabilidades de cada nivel de gobierno, lo que permitió procesos de reasignación de funciones en las últimas décadas que han hecho más complejas las relaciones entre la Nación y las provincias (p. 119).

<sup>53</sup> Además, contienen referencias explícitas al derecho a la salud la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (art. XI), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25), la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24), etc.

que coaliciones promotoras locales impulsaran el proceso de centralización. Al apelar al modelo teórico de las coaliciones promotoras resaltamos la importancia que adquieren las ideas y creencias de los actores en el proceso de configuración de la política pública.

### *3.2. El camino de las ideas centralizadoras:*

Según Jacobs (2015), una teoría ideacional es capaz de explicar el resultado de una política a partir del contenido de una estructura cognitiva. Esta influye sobre la respuesta que dan los actores ante una situación de elección. Además, esta no debe ser endógena a las características objetivas y materiales de la situación que se pretende explicar. Ese contenido cognitivo puede referirse a compromisos normativos, creencias causales o descriptivas del mundo, modelos mentales o analogías a partir de las cuales los actores extraen creencias específicas o prescripciones de política.

Un aspecto fundamental del modelo teórico de las coaliciones promotoras lo constituye el aprendizaje orientado a las políticas. Este es un «un proceso de continua investigación y adaptación motivado por el deseo de realizar las creencias del núcleo de políticas» (Sabatier, 1988). Esta teoría postula que el aprendizaje no puede afectar al núcleo de las políticas, sino tan sólo a aspectos secundarios. Sostiene que los sistemas de creencias y las preferencias cambian de forma gradual a lo largo del tiempo en la medida que los individuos son persuadidos por nuevos argumentos o acumulan información por medio de la experiencia. Los sistemas de creencias están sujetos al cambio incremental junto a las alternativas de políticas que reflejan los sistemas de creencias. En cambio, cuando el aprendizaje recae sobre el núcleo, esto supone el reemplazo de una coalición promotora por otra. Al apelar a este modelo teórico se vuelve necesario reconstruir el trayecto de la política para identificar si dicho proceso de cambio tuvo lugar.

Belmartino et al. (1991) han sostenido que en el proceso de organización del sector de salud pública es posible identificar un predominio de los aspectos político -ideológicos, los cuales aparecen modelando con mucha fuerza las determinaciones de la estructura. Aunque Belmartino se mantuvo en una posición teórica de índole materialista, en donde las transformaciones económicas determinan en última instancia los procesos de cambio al interior del sector, la relevancia que la autora le asigna al movimiento de las ideas o a lo político-ideológico, la acerca a la hipótesis que pretendemos sostener.

En nuestro caso, el método del *process tracing* (PT) nos permite un análisis robusto de la relación entre las ideas y el resultado de interés a través de una concepción mecanística y determinista de la causalidad. Esta supone un sistema complejo en el que el resultado de política pública es la consecuencia de la interacción de un número de partes consideradas vitales para que la totalidad de la máquina funcione. Para el caso de las explicaciones ideacionales, Jacobs (2015) propone tres test orientados a capturar las vías observables mediante las cuales viajan las ideas en un sistema político: 1) el origen de las ideas; 2) la transmisión de las ideas; 3) el movimiento de transmisores ideacionales a través de configuraciones institucionales. El primer test se refiere a la necesidad de encontrar una fuente para la idea que sea antecedente y exterior a la decisión que se explica. En este sentido, es necesario extender la escala temporal del análisis previo o ir más allá de la decisión inicial de interés central del investigador (Bennet y Checkel, 2015: 26). El segundo test postula que el analista deberá demostrar que la idea estuvo disponible para los tomadores de decisiones antes que se explique la decisión.

Tabla N° 5: Test para el análisis ideacional de las reformas del sector público de salud

Test ideacional	Evidencia		Tipo de Test
El origen de las ideas	Evidencia de que la idea es externa y un antecedente de la decisión que se explica.		Hoop
La transmisión de las ideas	Evidencia de que la idea estaba disponible para el actor antes de tomar la decisión a ser explicada. Dos tipos de evidencia pueden identificarlo	1) una estructura organizacional o una interacción social mediante la cual la información se transmitió a los actores autorizados 2) el movimiento de "portadores" de las ideas relevantes hacia el lugar de la autoridad política.	Hoop

Fuente: elaboración propia en base a Jacobs (2015).

En la Tabla N° 5 identificamos las características de cada uno y el tipo de test de que se trata. Estamos ante lo que la literatura denomina un *Hoop*, esto es, una evidencia cuya ausencia altera la explicación ideacional a tal punto que la hace muy débil. Siguiendo a Van Evera (1997), el *Hoop* es un test que proporciona alta certeza, pero baja unicidad.

A continuación, en primer término, rastreamos la trayectoria causal de la política de centralización sanitaria para identificar los mecanismos ideacionales que mencionamos anteriormente. En segundo lugar, identificaremos las disputas que tuvieron lugar en torno la definición del problema público y de la solución política propuesta.

Si bien se reconoce algún antecedente en la propuesta de la I Conferencia de Washington de 1902, las Conferencias Sanitarias organizadas a partir de la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1920 constituyeron el espacio de difusión de la idea de centralización sanitaria y, al mismo tiempo, un ámbito de acelerado acercamiento entre las comunidades médicas de América Latina (González Leandri, 2013) que dinamizaron la creación de organismos sanitarios con mayor autonomía dichos países (Ramacciotti, 2009: 33).

En 1935 la IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomendó a los distintos países la unificación de los servicios de asistencia pública y privada, beneficencia y sanidad, bajo la dirección de una sola autoridad:

«La conveniencia de reunir los servicios de asistencia pública y privada, beneficencia y sanidad, bajo el régimen de una sola autoridad, lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública, a base de la creación de unidades de asistencia y previsión» (Art. 1, XI Conferencia Sanitaria Panamericana).

Cabe destacar que esta noción de centralización no equivale a la absorción de una autoridad superior de los servicios de jurisdicciones inferiores, sino a una coordinación de tipo técnico:

«a los respectivos países donde la resolución de los problemas de salubridad esté encomendados a autoridades de diversa índole, se esfuercen por la coordinación de todas las actividades de orden sanitario bajo una orientación técnica común, incluyendo en ellos, si es posible, aún las instituciones particulares» (art. 2, XI Conferencia Sanitaria Panamericana).

La 1° Conferencia Sanitaria Nacional tuvo lugar en 1923 y en ella se destacó la necesidad de fortalecer las capacidades de intervención de la Dirección Nacional de Higiene sobre todo el territorio<sup>54</sup>. En ese momento, los organismos municipales gozaban de un alto grado de autonomía de hecho, lo que quedó expresado en la múltiple representación de la provincia en la Conferencia. En esta se presentaron distintos proyectos de reformas para el DNH: uno presentado por el delegado del Consejo de Higiene de Rosario, José Ábalos y la propuesta del representante del organismo sanitario de la municipalidad santafesina, Carlos Pensotti (Biernat, 2015; CSN, 1923).

Según el propio Abelardo Irigoyen Freyre, un acontecimiento importante fue el Segundo Congreso Médico Gremial Argentino, también llamado Primer Congreso Argentino de Medicina Gremial y Social. Según el médico santafecino, en este se expresó la inquietud por implantar un nuevo método de trabajo médico-social que permita «ampliar las perspectivas de la misma medicina». La medicina social y la higiene pública adoptaron un lugar destacado que «reduce aparentemente el ejercicio profesional de la medicina – entendida en sentido curativo- a límites estrechos, pero en realidad completa su acción, deficiente en muchos sectores que dependen de causas complejas de orden económico e institucional» (Irigoyen Freyre, 1943). Según Freyre, quien cita a Victorino Monteverde, presidente de la Federación Médica Gremial, en dicho Congreso quedó plasmada la «faz medico social» estrechamente vinculada al desarrollo médico gremial, relevante a partir del «progreso evolutivo del mundo, en su aspecto social económico».

En 1938 se realizó el Sexto Congreso Nacional de Medicina en la ciudad de Córdoba y en sus declaraciones ratificó la necesidad de unificación y coordinación de la sanidad. Entre sus conclusiones que fueron aprobadas por unanimidad por los congresales, sobresalió la siguiente:

«Que es igualmente necesario procurar que termine cuanto antes la pérdida de esfuerzo y de dinero originada por la dispersión actual de las funciones de Sanidad, Higiene y Asistencia entre múltiples departamentos e instituciones oficiales y subvencionadas, creando una Dirección superior para orientar y

---

<sup>54</sup> En ese momento, los organismos municipales gozaban de un alto grado de autonomía y esto se expresó en la múltiple representación con que la provincia participó en la Conferencia, con sendos proyectos de reformas para el DNH: uno presentado por el delegado del Consejo de Higiene de Rosario, José Ábalos; la propuesta del representante del organismo sanitario de la municipalidad santafesina, Carlos Pensotti; y las posturas de la provincia llevadas por el Ministro del Interior, Roque Coulin –todos profesores de la joven Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral (Biernat, 2015; CSN, 1923).

coordinar la acción en forma concurrente y económica, sin perjuicio de mantener las autonomías debidamente justificadas». (art. 2, VI Congreso Nacional de Medicina).

El Congreso recomendó «un Ministerio de carácter técnico, como funciona ya, con gran eficacia, en varios países latinoamericanos o, en tanto aquel pueda crearse, por una gran Dirección de Sanidad, Asistencia y Previsión Sociales (dependiente del Ministerio del Interior)». El Congreso puso énfasis en que se debía tratar de un organismo que debía permanecer al margen de las contingencias del partidismo político. Por eso debía estar dotado de «autonomía técnica, administrativa y financiera» que le permitiera coordinar los servicios de los distintos niveles estatales y privados. Según Irigoyen Freyre, esto despertó el entusiasmo del gremio médico por arribar a esa organización y «dar cumplimiento a las necesidades sanitarias impostergables del país».

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana de 1935 fue el fundamento que sirvió de base al Sexto Congreso en la medida que había hecho llegar a todos los países un «criterio autorizado sobre la necesidad de propender a la unificación y coordinación de los servicios de sanidad y médico asistenciales» (Irigoyen Freyre, 1943). Al mismo tiempo, el Sexto Congreso Nacional de Medicina fue una referencia continuamente citada por los promotores de la centralización sanitaria provincial. Es por ello que no sorprende que el Congreso de Sanidad de 1939 haya ratificado los lineamientos de aquel en cuanto a la solución política: «un organismo técnico estadual que unifique y coordine todos los esfuerzos que en forma dispersa y anárquica se vienen ejerciendo a través de la provincia en el terreno sanitario». Este Congreso de Sanidad de 1939 reconoció también como antecedente del Congreso Médico Gremial provincial que tuvo lugar en Rosario en 1936 en donde se había declarado la necesidad de unificar y coordinar las fuerzas y las instituciones que luchan por la salud pública y crear una dirección única de sanidad.

En definitiva, el origen de las ideas que determinaron la centralización sanitaria en la provincia remite al ámbito internacional de políticas que quedaron expresadas en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana y rápidamente tuvieron circulación en los diferentes espacios de socialización nacionales y subnacionales de los gremios médicos.

En segundo término, siguiendo con los *test* propuestos por Alan Jacobs (2015), es posible sostener que las instancias gremiales médicas y los espacios académicos nucleados en la UNL fueron las estructuras organizativas a través de las cuales las ideas centralizadoras

se transmitieron hacia la agenda estatal. Por otro lado, fueron los expertos médicos quienes intervinieron como transmisores de estas ideas de política y articularon con las elites políticas provinciales las coaliciones promotoras que impulsaron las reformas.

El modo que asumió la difusión de estas ideas se asocia a lo que Paul Sabatier define como el proceso de aprendizaje de las políticas. Este constituye un aspecto central que explica el cambio en las políticas públicas y puede ser entendido como «un proceso de continua investigación y adaptación motivado por el deseo de realizar las creencias del núcleo de políticas». En este sentido, vemos como la comunidad epistémica de expertos mediante sus organizaciones gremiales y los espacios universitarios que la nucleaba fue incorporando las ideas de política mediante la investigación de experiencias análogas y la adaptación de las promovidas en las instancias internacionales y nacionales con el objetivo de realizar el núcleo de políticas.

En el debate legislativo de la reforma, especialmente en la sanción de la ley 2858 que sirvió de base a la constitución del Departamento de Salud, quedó en evidencia la notoria influencia de aquellas ideas sobre las nuevas reglas. El objetivo de la nueva legislación se dirigió a reorganizar funcionalmente el sistema, esto es, a centralizar las instituciones consagradas a la asistencia médico social y al desarrollo de las prácticas higiénicas de la población. La centralización fue traducida bajo la fórmula de unificación y coordinación de la sanidad.

Ahora bien, dicho término no adquirió un sentido único e indiscutible para todos los actores implicados en el debate legislativo y la disputa política se libró en el sentido que cada uno le atribuyó a algunos términos como *unidad de comando*, *plan*, *centralización*, *unificación o coordinación*.

Con respecto a la noción de coordinación de los servicios sanitarios pueden distinguirse dos sentidos atribuidos por los actores. Un primer sentido, al que podemos denominar «coordinación vertical», se refería a la distribución espacial de los servicios y a su organización funcional (Belmartino y Bloch, 1991: 40). Se trató de una fórmula utilizada muy frecuentemente entre las organizaciones gremiales mediante la que se pretendía evitar la superposición de los servicios y a partir de la cual se comenzó a hablar de planificación en la distribución de los servicios. Belmartino et al (1991) sostiene que entre quienes compartían este sentido estaban quienes lo entendieron como un instrumento que evitara la superposición en el sentido moderno de regionalización. Este sentido de

regionalización como organización funcional entre niveles modeló por primera vez la política provincial en el Plan de Construcción de Hospitales de 1938. Por otro lado, encontramos un segundo sentido de coordinación que podemos denominar «coordinación horizontal». Este se refiere a la vinculación que presenta el proceso de atención médica con la asistencia social y a través de cual se buscó incorporar la concepción moderna de la medicina social.

Ahora bien, ¿qué entendieron los actores por unificación de los servicios de salud? Este fue un interrogante que resonó en la Cámara de Diputados de Santa Fe en 1939 durante el tratamiento de la ley 2858. Aquí encontramos dos posturas bien diferenciadas: por un lado, quienes asimilaron la unificación a la absorción de los servicios por el Estado provincial. Es decir, la entendieron como una transferencia coactiva de los servicios municipales, nacionales y privados a la órbita provincial. En este sentido, el diputado Dabat manifestó en la Legislatura:

«unificación y coordinación son dos cosas incompatibles (...) si se unifica la asistencia médico social de la provincia, no puede haber coordinación porque unificación en esta forma aplicando el sentido gramatical de la palabra, significa absorción» (Declaraciones del Diputado Dabat en la Cámara de Diputados de Santa Fe, Diario de Sesiones del 20/10/1939: 1529)

En idéntico sentido el diputado Soler coincidió en distinguir ambos términos y condenó la supuesta absorción pretendida por el nivel provincial:

«debe distinguirse lo que es coordinación de absorción. Todos coincidimos en la necesidad de la coordinación mientras que la absorción repugna a muchos legisladores» (Declaraciones del Diputado Soler en la Cámara de Diputados de Santa Fe, Diario de Sesiones del 20/10/1939: 1539)

Soler identificó la unificación con la absorción vertical de los servicios y su transferencia compulsiva a la esfera provincial. Sin embargo, entre los legisladores oficialistas fue otro el sentido atribuido al término unificación. Uno que la asimiló a la unificación de estructuras y regulaciones en un organismo dotado de autonomía y capacidad técnica para conseguir la «unidad de dirección». La expresión de origen militar unidad de comando fue sustituida por la unidad de dirección de los organismos técnicos.

«La coordinación de los servicios prestados por municipalidades, comunas y demás instituciones ha de ser de beneficios incalculables. Eso, en materia de

medicina curativa y de asistencia hospitalaria. Pero hay otro aspecto que exige algo más que la coordinación, que reclama la unidad de dirección. Esto especialmente en lo relacionado con las medidas sanitarias de carácter general, preventivas y profilácticas» (Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores de Santa Fe, 13/10/1939: 827).

Por otro lado, en estos años también es posible identificar una posición distinta que no logró penetrar en el debate legislativo santafecino. Esta era una posición que atacó la pesada burocratización que supondría la intervención centralizadora del Estado. Esta posición antiburocrática invitaba a romper con lo que denominaba como «una corriente ingenua de centralismo estatal» y defendió la capacidad de las comunidades locales de decidir en función de mejor conocimiento de los problemas y la mayor comprensión de las necesidades (Belmartino et al, 1991: 49). El médico sanitarista Juan Lazarte, quien fue uno de sus principales defensores, proponía un proceso de descentralización que parecía contrapuesto a la carga centralizadora de la corriente dominante. Sin embargo, en el debate legislativo santafecino la descentralización fue percibida como una solución política impotente para enfrentar los desafíos «técnicos» que los problemas sanitarios y sociales de la hora demandaban. Esta encontró una referencia en las expresiones del diputado Casas cuando sostuvo que: «no es posible contemplar los problemas que interesan fundamentalmente a la salud pública, con un criterio de descentralización absoluta» (Declaraciones del Diputado Casas en la Cámara de Diputados de Santa Fe, Diario de Sesiones del 20/10/1939: 1523).

En definitiva, diversos términos que encontraban su origen en el ámbito de la circulación de políticas internacionales y habían penetrado en los ámbitos académicos y gremiales médicos se fueron exportando hacia el ámbito político. Especialmente fue en torno al sentido ambiguo de los conceptos de unificación y coordinación donde se configuró el terreno en el que se entabló el debate político.

Como vimos, es la definición de un problema público la instancia capaz de abrir distintas alternativas políticas y la centralización sanitaria fue una de las tantas posibles. Como sostiene Zaharadis (2010), las soluciones compiten entre sí por ganar aceptación en las redes de políticas y se impone la que tenga mayor viabilidad técnica y apego a los valores comunitarios.

Ya sabemos que entre las cuestiones socialmente relevantes que se incorporaron a la agenda pública estuvo la reorganización del sector sanitario. Es más, el diagnóstico que

veía a la intervención del Estado sobre la cuestión sanitaria como ineficaz hace tiempo que reunía un amplio consenso. Belmartino (1991) afirma que la cuestión hospitalaria constituía un tema de debate, era un área convocante para el debate político partidario, una preocupación reiterada del periodismo, el eje de artículos y editoriales, y esto era utilizado para mostrar las falencias en el ejercicio del gobierno. Ese enfoque que habitualmente dirigió su crítica a la escasez de camas hospitalarias o a su deficiente distribución territorial abrió las puertas hacia el debate mayor de la organización de la salud pública.

La política de centralización en el ámbito santafecino se fundamentó en el «rendimiento notoriamente insuficiente» de las intervenciones estatales. Si bien eran reconocidas las inversiones en sanidad tanto del ámbito público como del privado, estas se consideraban ineficaces debido a la falta de centralización sanitaria. Además, la falta de organización geográfica de la infraestructura se reflejaba en la superposición y repetición de funciones entre los establecimientos.

De acuerdo a lo sostenido por los expertos médicos y adoptado por los representantes políticos el rendimiento deficiente era producto de las falencias organizativas y este se revelaba a través de una serie de problemas específicos. En el debate parlamentario de la ley 2858 algunos de estos problemas fueron enunciados: la asistencia médica individual y curativa; la asistencia hospitalaria conducida por las sociedades de beneficencia; la asistencia dirigida a todas las clases sociales que, sin embargo, destina su mayor comodidad a quienes pagan la asistencia; la orientación quirúrgica de los hospitales rurales; las deficientes condiciones para diagnóstico y tratamiento de los hospitales rurales; la monopolización de la internación por ciertos profesionales en los hospitales rurales e impedimento de otros, la irracional organización de los servicios de urgencia; la excepcional e incompleta organización de los servicios de profilaxis, prevención y servicio social; la escasez de personal técnico y auxiliares en los dispensarios; las deficiencias de construcción de los dispensarios y locales y carencia de consultorios externos (Mensaje del Poder Ejecutivo, 1939).

En definitiva, la solución política centralizadora propuesta estuvo orientada al problema público de incorporar una novedosa cosmovisión del proceso de salud-enfermedad que se expresaba mediante la medicina preventiva y la medicina social. En palabras de Irigoyen Freyre:

«la medicina va perdiendo así su carácter de ejercicio individual prevalente y a medida que la higiene pública y la medicina social se desarrollan, éstas se van convirtiendo por imperio de la necesidad, en una de las más importantes funciones de gobierno, dada la estrecha vinculación que tiene con los problemas económicos y sociales generales, políticos y educacionales» (Irigoyen Freyre, 1943).

El problema de incorporar la medicina preventiva y social en cuanto complementarias de la medicina curativa tradicional encontró respaldo entre los representantes políticos. Las palabras del Ministro de Gobierno, Justicia y Culto son elocuentes de la expectativa que generaba la adecuación de la organización del sector sanitario a los lineamientos de la medicina social preventiva:

«las ideas vulgares atribuyen una gran importancia a la medicina curativa, pero los hombres que se han ocupado de los grandes problemas de la higiene tienen que convenir que la medicina preventiva, sobre todo en el orden social, es de una importancia evidentemente mayor, más eficiente, y de resultados sociales y positivos más satisfactorios que la medicina curativa (...) El porcentaje de las enfermedades se reducirá proporcionalmente a medida que la medicina preventiva cumpla los deberes ineludibles que debe llenar para salvar a todas las esferas de la sociedad. Se cerrarán algunos hospitales y será un gran honor cerrarlos por haber disminuido los enfermos. Pero esto no se puede obtener con la organización actual» (Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de Santa Fe, 20/10/1939).

Dicha concepción quedó plasmada en la noción de centros de salud. Las construcciones hospitalarias que se proponía llevar a cabo el gobierno conservador debían responder a una «descentralización conveniente de unidades de asistencia y prevención, atendiendo a las necesidades locales y generales desde el punto de vista geográfico sanitario» (Irigoyen Freyre, 1943). Los nuevos centros de salud debían conformar núcleos de asistencia y prevención que condujeran a la meta de disminuir el número de enfermos en territorio provincial.

Al mismo tiempo, se expresaba un clima de ideas sobre el proceso de salud-enfermedad que vinculaba la profilaxis de la enfermedad con la mejora de las condiciones de vida de los sectores populares. Este es el carácter social de la enfermedad. Un vínculo íntimo que une a las enfermedades con los problemas económicos, sociales, políticos y educacionales de la comunidad. La higiene pública y la medicina social son importantes funciones de

gobierno que suponen pensar la salud como el primer eslabón de una cadena que pasando por el trabajo conduce al bienestar (Belmartino et al, 1991: 45).

De este modo, la salud se orienta al mejoramiento de las condiciones de producción y reproducción de la vida y se justifica como un medio que actúa sobre las causas de la pobreza y no meramente como un paliativo de la pobreza en cuanto síntoma.

«[a la salud] debe tender toda buena obra de gobierno, arbitrando aquellos medios que traen un mejoramiento del standard de vida y en la cultura de la población, como son la alimentación racional, la vivienda higiénica, el trabajo productivo, el descanso metódico y proporcionado y la educación permanente y eficaz» (Mensaje del P.E. Ley 2858).

La enfermedad, que había sido percibida tradicionalmente como una consecuencia de la ignorancia, cuyo instrumento preventivo por excelencia era la educación, comienza a ser entendida como una consecuencia social de la miseria. Fue entonces que desde distintos sectores se comenzó a proponer que una elevación del nivel económico de las masas era un paso necesario para su posterior elevación cultural. Irigoyen Freyre se refería a este aspecto:

«el mejoramiento de la salud del pueblo exige una labor de gobierno que defienda en todo momento al hombre sano de las contingencias capaces de perturbar el equilibrio necesario entre el organismo psico-físico del hombre y el medio ambiente que le rodea. Crear el clima favorable para que el hombre desarrolle en él sus actividades, es decir: mejorar las condiciones higiénicas de vida, introducir el reposo fisiológico indispensable, aumentar el poder adquisitivo por medio de salarios adecuados, combatir la desocupación y la ignorancia, reglar científicamente la alimentación, acrecentar la cultura sanitaria, en una palabra arbitrar todos aquellos medios que aumentando la resistencia psíquica y física del hombre, le pongan a cubierto de toda agresión externa, lo alejen de la enfermedad y del empleo irracional de su propia existencia».

Asimismo, este modo de construir el problema público promovió la unificación de la atención médica con la asistencia social, dos prácticas que habían estado tempranamente asociadas en el tratamiento de la tuberculosis y la protección de la infancia (Belmartino et al, 1987)<sup>55</sup>. Así fue como la cosmovisión que alimentó la política de centralización en

---

<sup>55</sup> Durante las primeras décadas del siglo el concepto de asistencia social tuvo una importante evolución. Mientras en los años veinte, Saavedra Lamas identificó la asistencia social con una práctica orientada a la

la provincia de Santa Fe y la creación de la oficina de servicio social, se acercó a las visiones más modernas de su época.

### **Recapitulación**

En este capítulo hemos analizado el proceso de centralización de la sanidad provincial ocurrido durante los años treinta y cuales fueron aquellos factores que incidieron en el resultado en la formulación de la política: el marco institucional y el clima de ideas que moldeó su contenido.

La política de centralización del sector público de salud santafecino anticipó la expansión y centralización nacional de la sanidad pública que tuvo lugar durante el gobierno peronista en los años cuarenta. El comienzo de la década del treinta muestra una ruptura institucional con el golpe militar que determinó la conclusión del consenso liberal y una coyuntura crítica de las formas regulatorias de la atención médica vigentes que supuso una coyuntura crítica en el ámbito sectorial.

La centralización sanitaria fue el resultado de la intervención de coaliciones promotoras que fueron conformadas por representantes políticos y una comunidad epistémica de expertos unidos bajo una filosofía pública intervencionista que sostiene el imperativo de ensanchar la intervención estatal sobre la cuestión social. En este sentido, se reconoce la acción de dos coaliciones promotoras delimitadas en el tiempo por la intervención federal al gobierno demoprogresista de Luciano Molinas en 1935. La primera reunió dirigentes políticos y expertos médicos procedentes de la ciudad de Rosario mientras que la segunda a representantes políticos del antipersonalismo y expertos vinculados a la administración sanitaria y la vida universitaria en la ciudad capital de la provincia.

La centralización se instrumentó mediante sucesivos dispositivos legales que condujeron a una sustitución de las reglas que organizaban hasta ese momento la provisión pública sanitaria y dinamizó una expansión notoria de la capacidad de intervención del Estado provincial sobre la cuestión sanitaria. Las ideas que modelaron las reformas tuvieron su origen en las conferencias internacionales organizadas por los organismos especializados

---

reparación de un daño individual ya producido, en los años siguientes, se registró una evolución en las elaboraciones a cargo de Araoz Alfaro o en la incorporación de los aspectos preventivos con la figura de nurse sanitaria por parte Jacobo Spangerberg. Ya cerca de los años cuarenta, se percibe un primer acercamiento doctrinario, no desprovisto de complejidades, entre asistencia social y previsión social.

y fueron difundidas en los espacios de intercambio nacionales y provinciales de los gremios médicos y en el ámbito académico de la Universidad Nacional del Litoral. Por otro lado, los transmisores de las ideas hacia la agenda estatal fueron expertos médicos vinculados nacional e internacionalmente a los espacios de circulación de políticas. La validación técnica que les proporcionó la posesión de una expertise les permitió moldear el contenido de la política de cambio institucional.

La disputa que rodeó a la solución política propuesta se centró especialmente sobre los diversos sentidos asignados a conceptos como la unificación y coordinación sanitaria. A esta disputa la acompañó un diagnóstico compartido entre los actores que veía en la organización sanitaria vigente una estructura ineficaz para incorporar una nueva cosmovisión del proceso de salud-enfermedad. Esta cosmovisión era el carácter social de la enfermedad que se expresaba a través de la medicina preventiva y la medicina social.

#### La descentralización de los hospitales de la comunidad en los años sesenta

##### **Presentación**

Este tercer capítulo dirige nuestra atención hacia la descentralización del sistema sanitario provincial que, a fines de la década del sesenta, modeló una nueva forma de organización de la provisión pública del sector público provincial.

La descentralización comunitaria fue una política impulsada por el gobierno nacional de facto conducido por Onganía que se plasmó en la sanción de la Ley 17.102 de los “Servicios de Atención Médica de la Comunidad”. Este modelo nacional tuvo su expresión en el nivel provincial mediante la sanción de la Ley 6312 de Servicios de Atención Médica de la Comunidad (SAMCO) que en pocos años descentralizó gran parte de la estructura sanitaria provincial.

Este capítulo está orientado al análisis de la descentralización comunitaria en cuanto política de cambio institucional en la provincia e intenta dar respuesta al interrogante sobre los factores que influyeron en dicho cambio institucional. Es por ello que, en primer término, describimos el contexto político en el que se enmarcó el proceso de reforma y cuáles aquellos actores que movilizaron recursos para influir en la agenda sectorial. En segundo lugar, analizamos la política de descentralización teniendo en consideración los recursos que se transfirieron hacia el nivel inferior de gobierno. Y, por último, ensayamos una explicación sobre cómo y por qué se produjo el proceso descentralizador provincial a través de un análisis que pone en el centro a las ideas de los actores y a los marcos institucionales que condicionaron sus oportunidades.

## **1. El contexto político en el origen de la descentralización:**

### *1.1. La política nacional y provincial durante los años sesenta*

La presencia tutelar de las Fuerzas Armadas fue el signo político que caracterizó a la Argentina desde 1955. Cuando la dictadura militar que encabezó Aramburu comenzó su retirada en 1957, lo hizo mediante la convocatoria a elecciones para los cargos nacionales y provinciales. En la provincia de Santa Fe las elecciones dejaron como saldo la victoria del candidato de la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI), Carlos Silvestre Begnis, quien finalmente asumió como gobernador en mayo del 1958. Los resultados electorales habían expresado un predominio importante de la UCRI con una diferencia importante sobre su competidor, lo que permitió asegurarle al gobernador la mayoría en ambas cámaras legislativas<sup>56</sup>.

Silvestre Begnis fue una figura destacada en la coalición nacional desarrollista que lideró Arturo Frondizi. Los objetivos estratégicos que guiaron su gestión reconocen el sello de este clima de ideas que durante aquellos años impregnaba la política nacional: desarrollo y modernización. En la mirada del gobernador la provincia aparece como una muestra más del subdesarrollo nacional que es posible de ser superado mediante la ampliación de la infraestructura social básica regional, en especial, las vías de comunicación y la capacidad energética, sin las cuáles no había desarrollo industrial posible (Macor et al, 2010).

Su gobierno se orientó a incrementar la provisión de energía, al mejoramiento y la extensión de las rutas y a la supresión de trabas burocráticas que impedían la radicación del capital extranjero en el sector industrial. Al mismo tiempo, el Estado provincial dio comienzo a un proceso de modernización de su aparato con el cual buscó dotar de mayor racionalidad y calificación a la burocracia pública incorporando, por ejemplo, el ingreso por concurso a la administración pública y las pruebas de competencia para los ascensos. No obstante, el mayor éxito en el campo político del gobierno de Silvestre Begnis fue, sin dudas, un acontecimiento que paradójicamente logró su sanción cuando este ya no se encontraba al frente del poder provincial: la reforma de la Constitución Provincial en 1962.

En septiembre de 1961 el gobierno provincial adelantó para diciembre las elecciones de gobernador y legisladores provinciales, inicialmente pensadas para marzo del año siguiente, como efectivamente se hará en la mayoría de las provincias. Asimismo, en el

---

<sup>56</sup> Para un detalle de los resultados electorales, ver Tabla N° 6 en el apéndice de este trabajo.

mes de octubre, por medio de un decreto se agregó una nueva convocatoria para elegir 60 convencionales constituyentes en el mismo acto electoral del día 17 de diciembre de 1961. Como señalan Neil y Piazzesi (2009), esto se produjo en un clima de fuerte enfrentamiento político entre las principales fuerzas partidarias debido a la forma en que se había producido la convocatoria a elecciones de constituyentes, que terminó dando lugar a la ruptura del consenso reformista. Como principal fuerza opositora institucional, la Unión Cívica Radical del Pueblo (UCRP) esgrimió tres objeciones ante la convocatoria: 1) inoportunidad de la reforma; 2) una dudosa legalidad de la ley electoral; y 3) las limitaciones a las facultades de la Convención (p. 25).

Finalmente, el gobierno logra sortear las objeciones y en las elecciones de fines de 1961 Santa Fe elige gobernador, diputados, senadores provinciales y convencionales constituyentes. La UCRI logró imponer su fórmula a gobernador y obtuvo poco más del 29% de los votos emitidos. Por su parte, el peronismo, que participó con el nombre del Partido Laborista (PL), obtuvo el segundo lugar con casi 24% de los votos, seguido por la UCRP con el 13.6% y el PDP con el 13.4%. el voto en blanco fue apenas del 3%. Estos porcentajes se reprodujeron con leves variaciones en la categoría de convencionales constituyentes<sup>57</sup>.

La Convención Constituyente sesionó entre enero y abril de 1962 en medio de un fuerte clima de tensión política nacional. Esto tuvo su punto máximo cuando el peronismo de la mano de su candidato Andrés Framini se impuso en las elecciones a gobernador en la provincia de Buenos Aires. Este hecho marcó el fin del gobierno de Arturo Frondizi, quien finalmente fue derrocado por un golpe militar el 29 de marzo de 1962.

En abril de 1962 Silvestre Bagnis fue destituido por un nuevo golpe militar y el gobierno nacional resolvió la intervención federal de la provincia. La causa que desencadenó la caída de Frondizi estuvo asociada al fracaso en su principal desafío político: la reinserción institucional del peronismo luego de su proscripción en 1955. Su derrocamiento llevó a la máxima magistratura nacional a José María Guido, presidente pro tempore del Senado, quien quedó a cargo del Poder Ejecutivo durante un corto interregno.

---

<sup>57</sup> El número de convencionales a elegirse fue de sesenta. Se consideró a la provincia como distrito único y el partido con mayor cantidad de votos se adjudicaba 36 bancas, mientras que las restantes 24 bancas se distribuían en forma proporcional entre los restantes partidos. La UCRI se adjudicó 36 bancas, el Partido Laborista 10, la UCRP 5, el PDP 5, el Partido del Trabajo y el Progreso 2, el Partido Tres Banderas 1 y el Partido Demócrata Cristiano 1 (Neil y Piazzesi, 2009: 26).

Transcurrido un año del golpe militar, Guido resolvió la intervención federal de la provincia y llamó a elecciones para la renovación de cargos nacionales y provinciales. En esta ocasión, la victoria fue para la UCRP que logró imponerse tanto en el orden nacional como en el provincial. En 1963, en un contexto de profunda incertidumbre político-institucional, Arturo Illia fue elegido presidente de la Nación y Aldo Tessio gobernador de la provincia. Aldo Tessio accedió a la gobernación con el 22% de los votos y 21 electores frente a la UCRI y el PDP que empataron en 17% y alcanzaron los 17 electores cada uno. Por su parte, el peronismo se expresó a través del voto en blanco, que alcanzó el segundo lugar con el 22% de los votos ante la decisión partidaria de no intervenir en el acto electoral.

En el ideario del nuevo gobernador radical se destacan las ideas desarrollistas y una firma proclama por una democracia social que el político radical venía sosteniendo desde sus días como convencional constituyente nacional<sup>58</sup>. De este modo, Tessio construyó una fórmula política en donde democracia, política, economía y desarrollo aparecían como partes inescindibles de su proyecto de «democracia social».

Al asumir el gobierno, al problema político de la proscripción del peronismo de la vida política se sumaban problemas económico-sociales como la pérdida del poder adquisitivo del salario real y el alto nivel de desempleo cercano al 9% de la población económicamente activa. Es por ello, que el proyecto que debía emprender la provincia implicaba:

«impulsar nuestro desarrollo económico, promover la explotación de nuestras riquezas aún latentes, estimular la creación de fuentes de trabajo, afianzar la libertad del habitante y la preservación de la democracia, estableciendo en suma las condiciones de vida y de cultura que exalten la libertad y la dignidad del hombre sobre un fundamento de justicia social, de austeridad republicana y de vida moral» (Discurso del gobernador ante la Asamblea Legislativa, 12/10/1963).

Si bien esto permite registrar más continuidades que rupturas con los lineamientos estratégicos heredados, hubo fuertes matices en su gobierno que marcaron una identidad propia. Este gobierno mantuvo una agenda sobre temas como la reforma agraria, la integración regional por medio de la optimización de la comunicación, el régimen del trabajo, entre otros.

---

<sup>58</sup> Aldo Tessio fue convencional constituyente en la Reforma Constitucional de 1957.

Por otro lado, durante el gobierno de Aldo Tessio se destacaron dos obras de infraestructura relevantes para el desarrollo de la comunicación regional: el túnel subfluvial que unió la capital provincial con Entre Ríos y la autopista Santa Fe – Rosario. El caso del túnel fue una muestra de continuidad en las políticas entre los gobiernos sucesivos: el tratado para su construcción se había firmado en 1960 durante la gobernación de Sylvestre Begnis por Santa Fe y de Uranga por Entre Ríos<sup>59</sup>.

En el transcurso de los años sesenta se fue propagando un diagnóstico entre políticos, intelectuales, militares y sindicales: el sistema liberal de partidos no cumple la función de canalizar las disputas políticas. Y como contracara fueron pocos los actores que apostaron a la continuidad democrática. Así fue como en vísperas del golpe de Estado de junio de 1966 la política como actividad y como mecanismo de canalización de las demandas sociales se encontraba profundamente desprestigiada (Ollier, 2005).

El golpe de estado de 1966 que encabezó el general Onganía autoproclamado como «Revolución Argentina» fue una condensación del clima de época iniciado en los años sesenta y un punto de inflexión en la oscura historia de las interrupciones constitucionales. Con este se profundizó la misión pretoriana que se habían atribuido las fuerzas castrenses desde 1930 sobre el poder político. Además, marcó el camino para la ocupación plena del aparato estatal por parte de las Fuerzas Armadas como burocracia militar. Sus objetivos estuvieron marcados por una motivación refundacional de la sociedad y de la política argentina. Esta fue la primera experiencia autoritaria presentada sin un plazo de finalización sino como una intervención por etapas sucesivas que se irían agotando al cumplirse sus objetivos. El presidente de facto lo dice con claridad en 1967: «El proceso en marcha es largo y se divide en tres etapas: la económica, hoy en curso y rodeada por el éxito: la social, que es su derivación; y la política, en que habrán de forjarse las instituciones del país» (Primera Plana, núm. 252, 24/10/1967, citado en Gomes, 2011: 300).

La intervención federal en la provincia quedó bajo la responsabilidad de un hombre del Ejército, Eleodoro Sánchez Lahoz, a quien tiempo después sucedieron dos interventores de gestiones más prolongadas: el Contralmirante Eladio Modesto Vázquez, que ejerció el

---

<sup>59</sup> El gobierno provincial también impulsó la reforma agraria y la colonización para revertir el histórico desequilibrio norte- sur en la provincia e impulsar la producción rural. Esta permitió acceder a la propiedad de la tierra y a instrumentos de trabajo a quienes podían acreditar capacidad y vocación, instrumentada a través de tierras fiscales y particulares adquiridas por el Estado (Macor et al, 2010: 441).

poder provincial durante la presidencia de Onganía (1966-1970), y el general Guillermo Rubén Sánchez Almeida, que hizo lo suyo entre julio de 1970 y mayo de 1973.

La fórmula política de la Revolución Argentina combinó desarrollo económico, control social y clausura política<sup>60</sup>. La clausura política no recayó sólo sobre los partidos políticos, sino también se extendió hacia otros espacios institucionales. Las universidades fueron identificadas como espacios de producción y circulación de ideas amenazantes para el nuevo orden. Por ello, su autonomía fue suprimida y cesanteados un número importante de sus miembros. La UNL, que estaba integrada por sus sedes de Santa Fe, Paraná y Rosario, fue intervenida y fraccionada. A partir de las sedes académicas que funcionaban en la sede sur de la provincia se creó la Universidad Nacional de Rosario (UNR).

El control social fue concebido como una condición necesaria en la marcha hacia el desarrollo económico. Con respecto a este último, la provincia mantuvo estable la agenda que había sido construida durante los gobiernos democráticos anteriores. La obra pública continuó cumpliendo un rol central como generadora de incentivos para la inversión privada, el túnel subfluvial fue inaugurado en 1969 tras una década de obras y se inauguró la autopista Santa Fe – Rosario en 1972, aquella obra que iniciada durante el gobierno de Aldo Tessio<sup>61</sup>.

El Cordobazo y el Rosariazo en 1969 fueron los acontecimientos de ruptura que sellaron el destino del Onganiato. Fue el tiempo de una intensa movilización social que ocupó las calles de los principales centros urbanos nacionales y que en la provincia convirtió a las ciudades de Santa Fe y Rosario en escenarios de la lucha social. En particular, a la ciudad de Rosario, cuando las protestas obrero-estudiantiles de los meses de mayo y septiembre de 1969 conocidas como los Rosariazos, conmovieron el clima político nacional<sup>62</sup>.

---

<sup>60</sup> La clausura política no recayó sólo sobre los partidos políticos, sino también se ramifica hacia otros espacios institucionales. Las universidades son identificadas como espacios de producción y circulación de ideas amenazantes para el nuevo orden por lo que su autonomía es suprimida y un importante número de sus profesores cesanteados. Como consecuencia de este proceso, la Universidad Nacional del Litoral (UNL), que estaba integrada por las sedes de Santa Fe, Paraná y Rosario, es intervenida y fraccionada. Por su fraccionamiento se crea la Universidad Nacional de Rosario a partir de las sedes académicas que ya funcionaban en la sede del sur de la provincia.

<sup>61</sup> Por otra parte, Santa Fe, Corrientes, Formosa y Chaco crean la entidad crediticia Corporación Financiera Regional Nordeste vinculada al Banco de Inversión Regional, mientras se crea el Banco Santafecino de Inversión y Desarrollo, como producto del proceso de regionalización que impulsa el gobierno nacional (Macor et al, 2010: 448).

<sup>62</sup> El Rosariazo nace de la condena al asesinato en manos de la represión policial del estudiante correntino Juan José Cabral. Esto origina una ola de protestas estudiantiles en todo el país. En Rosario la represión policial de la protesta produce una nueva víctima: el estudiante de Ciencias Económicas Agustín Bello.

En 1970 la Junta de Comandantes finalmente desplazó a Onganía y lo suplantó por Levingston. Poco tiempo después, en marzo de 1971, Levingston abandonó el poder y asumió el hombre fuerte del Ejército, el General Alejandro Agustín Lanusse, quien logró reunir en su figura la comandancia en la Junta y la presidencia de la Nación.

En la provincia el relevo de Levingston no tuvo mayor impacto dado que se dispuso la continuidad al frente del gobierno de Sánchez Almeyra. Lanusse convocó al Gran Acuerdo Nacional (GAN) invitando a las fuerzas políticas a participar del proceso de transición a la democracia bajo el control de las Fuerzas Armadas. La mayoría de las fuerzas políticas, en particular las que estaban nucleadas en la Hora del Pueblo y el Encuentro Nacional de los Argentinos, rechazaron la propuesta y sellaron el fracaso del GAN obligando al gobierno nacional a convocar a elecciones en marzo de 1973, donde fue aceptada la participación de todas las organizaciones partidarias.

En las elecciones de marzo de 1973 obtuvo el triunfo la fórmula de Carlos Sylvestre Begnis como gobernador y Eduardo Cuello como vice mediante un frente organizado por el peronismo desde el nivel nacional (FREJULI). Sylvestre Begnis, ex gobernador de la provincia por la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI), en esta oportunidad representó al Movimiento de Integración y Desarrollo (MID) que era la fuerza política formada por el frondicismo luego de 1962. Eduardo Cuello era un peronista que provenía del campo sindical que ocupó la vicegobernación producto del acuerdo de fuerzas a nivel nacional. Finalmente, la fórmula Sylvestre Begnis-Cuello se impuso en el balotaje con el 63,5% de los votos, dando por concluido el ciclo dictatorial abierto en 1966.

### *1.2. La Reforma Constitucional de 1962*

En medio de un clima de controversial se aprobó la Reforma Constitucional de la provincia en abril de 1962. Producido el Golpe de Estado contra el gobierno de Frondizi, Carlos Sylvestre Begnis decidió seguir adelante con el proceso de reforma iniciado meses antes. El 11 de abril comenzó a tratarse en particular y el 14 de abril el gobernador juró por la nueva Constitución provincial. En medio de la controversia sobre su validez, el gobierno nacional finalmente reconoció la validez de la norma constitucional el 16 de

---

Este es el inicio de largos meses en los que la ciudad condensa y libera las tensiones de una época cruzada por la represión estatal y una emergencia social en la que se forman nuevos actores y que anticipa el ocaso del proyecto dictatorial. El análisis de los acontecimientos que la literatura denominó Rosariazo excede los límites de este trabajo. Para mayor información consultar Antogniazzi y Ferrer (1995); Balvé y Balve (2005),

mayo de 1962 cuando sostuvo que la nulidad impuesta a las elecciones no afectaba a los convencionales en tanto estos habían culminado su tarea con anterioridad a la intervención.

En su «parte dogmática» el texto amplió la gama de «Principios, Derechos, Garantías y Deberes» que, entre otras novedades, incluyó principios y derechos sociales relativos a la protección del trabajo (art. 20), la tutela de la salud (art. 19), bienestar y seguridad social (art. 21), familia (art. 23), cooperación (art. 26), explotación racional de la tierra y desarrollo de la población rural entre otros (art. 28). Se reconoció un recurso jurisdiccional de amparo de trámite sumario (art. 17) y se estableció la responsabilidad del Estado provincial (art. 18).

En la «parte orgánica» de la Constitución los constituyentes consagraron un modelo institucional de fuerte concentración de poder en cabeza del Ejecutivo provincial. En dicho sentido, no hubo mayores innovaciones con respecto al modelo histórico que establecía la norma. El valor que se pretendió tutelar fue la gobernabilidad del sistema político en un contexto en el cual estaba jaqueado por frecuentes crisis de estabilidad institucional.

En cuanto a la salud, el artículo 19 de la Constitución reconoció el derecho a la salud no meramente como un derecho individual sino también como uno de titularidad de la comunidad. Asimismo, la reforma pone en cabeza del Estado el deber de garantizar el ciclo de la salud cuando se refiere a la obligación de instrumentar la «organización técnica para la promoción, protección y reparación de la salud». La Reforma recuperó parte las elaboraciones normativas más avanzadas de su tiempo.

«La Provincia tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad. Con tal fin establece los derechos y deberes de la comunidad y del individuo en materia sanitaria y crea la organización técnica adecuada para la promoción, protección y reparación de la salud, en colaboración con la Nación, otras provincias y asociaciones privadas nacionales e internacionales.

Las actividades profesionales vinculadas a los fines enunciados cumplen una función social y están sometidas a la reglamentación de la ley para asegurarla. Nadie puede ser obligado a un tratamiento sanitario determinado, salvo por disposición de la ley, que en ningún caso puede exceder los límites impuestos por el respeto a la persona humana».

Por otra parte, el artículo 21, en coincidencia con la filosofía intervencionista que reivindica la presencia estatal sobre el espacio de lo social, estableció lo siguiente:

«El Estado crea las condiciones necesarias para procurar a sus habitantes un nivel de vida que asegure su bienestar y el de sus familias, especialmente por la alimentación, el vestido, la vivienda, los cuidados médicos y los servicios sociales necesarios.

Toda persona tiene derecho a la provisión de los medios adecuados a sus exigencias de vida si estuviese impedida de trabajar y careciese de los recursos indispensables. En su caso, tiene derecho a la readaptación o rehabilitación profesional. El Estado instituye un sistema de seguridad social, que tiene carácter integral e irrenunciable. En especial, la ley propende al establecimiento del seguro social obligatorio; jubilaciones y pensiones móviles; defensa del bien de familia y compensación económica familiar, así como al de todo otro medio tendiente a igual finalidad».

Este ideario consagrado en la Carta Magna provincial tenía su correspondencia en el plano material. En las décadas previas a la reforma el Estado había incrementado de modo notorio su infraestructura de intervención sobre la cuestión salud desde el comienzo del proceso de centralización sanitaria que reconstruimos en el capítulo anterior.

### *1.3. La estructura sanitaria treinta años después*

Treinta años después del informe de la Comisión de Hospitales que vimos en el capítulo anterior, el retrato que nos ofrece la estructura sanitaria en la provincia es notablemente diferente. Si en 1938 los establecimientos sanitarios radicados en la provincia eran 234, hacia el fin de los años sesenta esta cifra alcanzaba los 586 establecimientos. Es decir, la capacidad instalada de la estructura sanitaria provincial creció un 250% en el lapso de 30 años.

La tendencia más importante del período fue el crecimiento de los establecimientos de dependencia pública. Mientras que a fines de los años treinta la cantidad de estos establecimientos públicos era de 87 en 1968 su número prácticamente se cuadruplicaba y llegaba a 311. Mientras en 1938 el sector público representaba el 37% de los efectores del sistema sanitario, en 1968 su participación representaba el 53.07 % de la totalidad del sistema.

Tabla N° 7: Establecimientos sanitarios en la provincia de Santa Fe según su dependencia institucional y participación de cada subsector de salud en 1938 y 1968

	1938		1968		Variación
	N° de establecimientos	Participación en el sector salud	N° de establecimientos	Participación en el sector salud	
Beneficencia	52	22%	23	3.9%	- 18,1 %
Privado	95	40.5%	252	44.3%	+ 3,8%
Público	87	37%	311	53.7%	+16,7
Total	234	100%	586	100%	+250

Fuente: elaboración propia en base a documentación oficial.

Por otra parte, el sistema privado también se había expandido, aunque en una magnitud bastante menor que el público. En treinta años creció un 87% pasando de 147 establecimientos privados o semiprivados a 275 en 1968. Si consideramos en conjunto el sector de la beneficencia y el mercado privado disminuyó la participación relativa de estos subsectores en el sector salud provincial. Del 63% de la totalidad de la capacidad instalada del sistema que representaban en 1938, treinta años más tarde sólo llegaban al 46.93%. Un cambio de gran magnitud se evidenció en la composición interna del sector privado. En treinta años, la participación de las sociedades de beneficencia se alteró notablemente. En 1938 la estructura sanitaria de la beneficencia y las mutuales representaba el 22% de la capacidad instalada provincial y el 35% del sector privado, pero en 1968 ya había variado de modo definitivo: los efectores de la caridad y las mutuales ahora representaban sólo el 3.93% del sistema general (un poco más de 10 efectores) y el 9% del subsistema privado de atención médica. Mientras la beneficencia se volvió marginal la empresa privada de salud creció sustancialmente. En treinta años, estos establecimientos pasaron de 95 a más de 250.

En estos treinta años que separaron el proceso de centralización de la salud provincial con el inicio de la descentralización comunitaria el sector público se expandió notoriamente y el privado contrajo su participación en el sistema. Por su parte, los establecimientos pertenecientes a las sociedades de beneficencia que habían conformado la estructura predominante, a fines de los sesenta representaban una pequeña parte de la infraestructura de atención de los santafecinos.

## **2. El comienzo de la estrategia descentralizadora:**

### *2.1. La caída del peronismo y el cambio de estrategia nacional*

Desde la caída del gobierno del general Juan Perón y hasta fines de la década del setenta se consolidó lo que Katz (1992) ha denominado un modelo pluralista de planificación descentralizada. Con su consolidación se expresó la fuerte influencia en el ámbito sanitario de las tendencias ideológicas e intelectuales procedentes de los organismos sanitarios internacionales. Se trató de una etapa marcada por la desconcentración de los centros de planificación de los servicios de salud, ya sea por delegación de competencias desde el Estado Nacional hacia los Estados provinciales, o por el crecimiento de las entidades de naturaleza no estatal que pasaron a controlar una parte de la regulación de las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios (p. 20).

Los diez años de la década peronista (1946-1955) habían cambiado de modo definitivo la vida política y la infraestructura de servicios del Estado nacional. En materia sanitaria, la inversión pública se expresó en una gran cantidad de construcciones en infraestructura asistencial. La acción conjunta entre la Secretaría de Salud (Ministerio de Salud a partir de 1949) a cargo del neurocirujano Ramón Carrillo y la Fundación «Eva Perón» posibilitó la clara hegemonía de la autoridad sanitaria nacional en el escenario de las actividades e inversiones del sector salud (Arce, 2010: 109).

En los 10 años de la década peronista se duplicó la capacidad instalada del país en camas de internación. Esta pasó aproximadamente de 66.000 camas en 1946 a más de 130.000 en 1954. Las camas dependientes del sector público, comprendidos todos los niveles de gobierno, que representaban el 63% del sector salud en 1946 se expandieron hasta representar el 79% del sector en 1954. Este incremento del número de camas de los servicios hospitalarios era visto por las autoridades gubernamentales como un elemento que tendía a la democratización de la salud, pues tal disponibilidad era fundamental para los sectores de bajos recursos (Ramacciotti, 2009: 100). Como muestra la Tabla N° 8, la

expansión de este recurso público se concentró en el Estado nacional y en los Estados provinciales, aunque la mayor parte de las inversiones de estos últimos fueron ejecuciones de transferencias de la Nación a las provincias.

Tabla N° 8: Distribución de camas hospitalarias en 1946, 1951 y 1954 según jurisdicción

Jurisdicción	1946		1951		1954	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Nacionales	15.425	23.3	27.351	23.9	46.602	34.7
Provinciales	8.100	12.2	23.278	20.3	38.296	28.5
Municipales	18.200	27.5	20.877	18.2	21.367	15.9
Universitarias	815	1.2	1.700	1.5	s/inf	} 8.3
Fundación Eva Perón			18.130	15.8	s/inf	
Obras Sociales			2.040	1.8	s/inf	
Mutuales y privadas	23.760	35.8	21.233	18.5	16.903	12.6
Total	66.300	100	114.609	100	13.218	100

Fuente: Arce, 2010, tomado de Veronelli-Campoamor, 1971.

Como vemos, de modo simultáneo al incremento de la importancia del subsector público se registró una pérdida de participación del subsector privado. Por otro lado, ya para 1954 las camas y la infraestructura sanitaria que habían sido financiadas por la Fundación Eva Perón habían sido transferidas a manos del Estado nacional. Esto posicionó a este último en condición de planificador hegemónico de los servicios de salud (Arce, 2010: 112).

Uno de los componentes más destacados del gobierno peronista de la salud estuvo en la incorporación de la planificación como un componente central de la gestión pública. Como el producto de la influencia de Carrillo y de un grupo de profesionales convocados por el gobierno, en el marco tanto del primer como del segundo Plan Quinquenal, fueron aprobados el Plan Analítico de Salud Pública de 1947 y el Plan Analítico de 1952-1957. Esto constituyó una expresión que puso de manifiesto el protagonismo que había cobrado la planificación para las autoridades (Ramacciotti, 2009: 63).

El objetivo estratégico de la gestión sanitaria conducida por Carrillo fue centralizar los recursos sanitarios a nivel nacional para lograr una conducción integral del sistema. Esto se materializó a través de diversos medios entre los cuales se destacó la creación de una gran cantidad de establecimientos de naturaleza diversa creados o financiados desde el ámbito nacional y en la nacionalización de otros preexistentes, con el objetivo de ejecutar

los planes diseñados desde este nivel de gobierno. Esto último suponía un ordenamiento vertical de los planes que debían ser ejecutados por las provincias y los municipios en base al principio de la centralización normativa y descentralización administrativa.

En la provincia de Santa Fe, durante la década peronista, la inversión pública del Estado nacional y de la Fundación «Eva Perón» se tradujo en la creación de hospitales generales, policlínicos, centros de salud, institutos especializados para el diagnóstico y tratamiento de patologías específicas, escuelas de formación profesional, entre otros<sup>63</sup>.

El segundo Plan Quinquenal del gobierno de Juan Domingo Perón expresó una visión menos centralista que la del primer plan debido probablemente a las restricciones fiscales a las que el gobierno quedó sujeto desde 1949. La función del Ministerio de Salud de la Nación fue reorientada hacia un papel de coordinación de intereses entre sectores con poder de influir en el campo de la salud. Esto coincidió con el pedido de cooperación del Ministerio de Salud de la Nación a la OPS con el fin de integrar los servicios de salud a nivel local en el marco de un Programa de Demostración de Servicio Local de Salud Pública Integral (Arce, 2010: 113). Sostiene Iriart et al (1994) que durante estos últimos años de la gestión peronista nacional se atenuó la posición centralizadora con relación a las provincias y territorios nacionales y por primera vez apareció la posibilidad de transferir hospitales a la jurisdicción provincial (p. 87).

El golpe de estado de la autoproclamada Revolución Libertadora fue el inicio de una política de desmantelamiento de las políticas impulsadas bajo el peronismo. Lonardi nombró asesor financiero y económico a Raúl Prebisch, secretario ejecutivo de CEPAL y ex presidente del Banco Central durante la presidencia de Ramón S. Castillo<sup>64</sup>, a quien le encargó un informe sobre la situación de la economía nacional<sup>65</sup>. Los informes de 1956

---

<sup>63</sup> Para más detalles de las inversiones nacionales en Santa Fe entre 1946-1954 ver Tabla N° 9.

<sup>64</sup> Raúl Prebisch en la década del cuarenta había evolucionado hacia posiciones heterodoxas sentando las bases del estructuralismo cepalino a través de lo que se conoció como el Manifiesto Latinoamericano. Argumentó a favor de la industrialización de las economías primario-exportadoras y de programas de intervención estatal para favorecer el cambio estructural.

<sup>65</sup> El llamado «Plan Prebisch» fue presentado en tres etapas sucesivas: «Informe preliminar sobre la situación económica» publicado en octubre de 1955, y «Moneda sana o inflación incontenible» y «Plan de restablecimiento económico» de enero de 1956. De acuerdo a su diagnóstico la economía argentina estaba estancada desde 1948 y se conducía hacia una nueva crisis de balanza de pagos. Esta crisis era producto de la mala orientación económica en cinco aspectos: la nacionalización del comercio exterior a través del Instituto Argentino para la Promoción del Intercambio (IAPI) y la revaluación del tipo de cambio que había desalentado la producción agraria retornando a los niveles de 1939 por lo que el país no lograba generar dólares suficientes e importar máquinas y tecnología que aumenten la productividad en el campo y la industria; la planificación peronista ineficiente que orienta la inversión a gastos de consumo; una industrialización de “bases precarias” orientada a las ramas de consumo final olvidando el desarrollo de la siderurgia, la rama química, la producción de papel y celulosa; una intervención

incluyeron recomendaciones como la convocatoria al capital extranjero, el retorno al comercio multilateral o el ingreso al Fondo Monetario Internacional (FMI) y al Banco Mundial (BM). El problema clave era la inflación de costos y la receta para enfrentarlo debía ser el ajuste fiscal, la privatización de empresas públicas y la limitación de aumentos salariales a los incrementos de productividad. Como el diagnóstico adhirió a una perspectiva más monetarista que estructuralista de las causas de la inflación le valió a Prebisch diferentes críticas (Belini, 2018).

En este marco, el gobierno recurrió a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para su asesoramiento en materia sanitaria<sup>66</sup> y el primer informe de la entidad realizado por el sanitarista brasileño Odair Pedrozo recomendó impulsar la transferencia de los establecimientos nacionales a las provincias. Por su parte, el segundo informe, que fue obra del chileno Hugo Enríquez Froden, determinó el modelo que debía seguir la atención médica<sup>67</sup>.

La estrategia de descentralización se organizó en torno a la idea de centralización normativa y descentralización operativa. A partir del “informe Pedrozo” el gobierno decidió de modo unilateral la transferencia de establecimientos sin el soporte financiero y técnico correspondiente, lo que produjo un acelerado deterioro (Arce, 2010: 175). Los Decretos-Leyes 1371 y 1156 de 1957 crearon los instrumentos para las transferencias que finalmente fueron ejecutadas en 1958 mediante convenios celebrados con las provincias y municipios<sup>68</sup>. En los decretos se encuentran referencias sobre el «federalismo y la dificultad económica y técnica de conducir establecimientos alejados del centro decisorio

---

excesiva y desordenada del Estado en la actividad económica; y, por último, una política monetaria y crediticia expansiva que acompañada de “aumentos masivos de sueldos y salarios” había dado origen a una persistente inflación. Las principales recomendaciones que surgen de los informes consisten en devaluar la moneda para incentivar las exportaciones y eliminar el déficit de IAPI, el reforzamiento del control de las importaciones, el aliento a la producción del petróleo y electricidad, la aplicación de una política antiinflacionaria que moderara los aumentos resultantes de la devaluación, especialmente de sueldos y salarios y recomendaba solicitar apoyo financiero a las instituciones extranjeras.

<sup>66</sup> La OPS constituyó una comisión de expertos presidida por Carlos L. González, subdirector de la entidad.

<sup>67</sup> Por el «Informe Enriquez» se crea la Comisión Nacional del Seguro Nacional de Enfermedad integrada por representantes de los Ministerios de Salud Pública, Trabajo y Previsión, a través del decreto 2245/1956.

<sup>68</sup> En ese momento dependen del Ministerio Nacional 230 de los 1172 hospitales existentes en el país y 204 de los 2052 centros de salud. Hasta mayo de 1958 fueron transferidos 272 establecimientos a través de convenios con las provincias de Córdoba, Corrientes, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.

que operaron como los argumentos que fundamentaron las transferencias»<sup>69</sup>. Estas normas también incorporaron el plan de gobierno para el ministerio nacional. Según lo que expresaron fundamentalmente le correspondería una función rectora y normativa, delegando a las provincias la función operativa:

«fundamentalmente rectora y normativa en aquellos problemas de interés general para la Nación aunque la acción correspondiente compete a las provincias y municipios (...) como corolario de esta orientación de las funciones del Ministerio se prevé la transferencia del problema asistencial y social a los organismos sanitarios provinciales y ulteriormente a los municipios (...) estimulando de esta manera a las autoridades locales a fin de que ellas cumplan los fines específicos de la Salud Pública en su propio medio y con sus propios recursos, fomentándose también la colaboración del pueblo con las autoridades sanitarias ya sea por intermedio de cooperadoras o individualmente».

El gobierno nacional se reservó las funciones de sanidad de puertos y fronteras, de medios y vías de comunicación de jurisdicción nacional, la prevención y erradicación de endemias y epidemias, o de cualquier enfermedad que pusiera en peligro a la comunidad y las enfermedades sociales que puedan adquirir esos caracteres; también eran funciones del organismo nacional los problemas que atañen a la maternidad e infancia, a la sanidad del tráfico nacional e internacional y lo concerniente a la salud del inmigrante (Iriart, 1994:89).

En noviembre de 1957, Santa Fe firmó el convenio de transferencia de once hospitales. Esta incluyó el dominio de inmuebles, la dotación de personal, el dominio de los bienes muebles de uso permanente y los derechos, acciones y obligaciones que le correspondían a Nación<sup>70</sup>. Fueron transferidos los Hospitales vecinales de San Cristóbal, Esperanza, Rafaela; el Hospital de Zona Jobson; el Servicio de Maternidad e Infancia de Santa Fe, el servicio de Higiene Social de Santa Fe; en Rosario, el servicio de Medicina Tecnológica, el servicio de Vías Respiratorias, el servicio de talleres mecánicos. Además, algunos

---

<sup>69</sup> También crea un régimen de subvención anual a las provincias y a municipios cuyo monto no puede superar el costo de mantenimiento al momento de la transferencia y a ser reducido «hasta su total mantenimiento por la provincia o municipio beneficiario. Anexo III, Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1156 de 1957.

<sup>70</sup> Establece que el gobierno nacional reconoce a la provincia una compensación inicial que resulta del ajuste definitivo de cifras de 1957 que incluye partidas para la conservación y reparación de los edificios y la provincia reconoce al personal de los mismos

puestos médicos subsidiados con servicios de dependencias provinciales. Por otro lado, la provincia tomó a su cargo la tarea de realizar los servicios de reconocimiento médico para el ingreso y licencias del personal de la administración pública de la Nación. Esto fue presentado a la prensa por el interventor federal Carranza como «una consecuencia lógica de los principios federalistas que alientan al gobierno de la Nación y al gobierno provincial» (Diario El Litoral, 12/11/1957).

Sin embargo, la estrategia descentralizadora estuvo cargada de marchas y contramarchas. Durante la presidencia de Frondizi se dispuso el reintegro de los servicios transferidos por la incapacidad de las provincias para afrontar su manutención. Luego, mediante la ley N° 14.475, el gobierno nacional dispuso nuevas medidas para una descentralización ordenada de los servicios.

En 1961 tuvo lugar un nuevo capítulo cuando a través del decreto N° 8569 el gobierno nacional resolvió trasladar a las provincias los establecimientos. Se instrumentó por medio de la Ley N° 16.432 que determinó que los traspasos debían realizarse a cabo mediante convenios de reciprocidad y con asignaciones presupuestarias. Pero tuvo una ejecución bastante limitada<sup>71</sup> (Arce, 2010: 176). Finalmente, durante las gestiones de Héctor Noblía (1958-1962) y Arturo Oñativia (1963-1966) como ministros de salud de Frondizi e Illia respectivamente, se concretaron pocas transferencias a las provincias (Veronelli, 1975, citado en Arce, 2010).

## 2.2. *La descentralización de los SAMIC a nivel nacional:*

Durante la presidencia de Arturo Illia el gobierno nacional propuso por primera vez el modelo de la descentralización comunitaria. En base a una propuesta de su Ministro de Salud, Arturo Oñativia, el gobierno radical promovió la participación de las comunidades en los establecimientos sanitarios. El tratamiento legislativo del proyecto de «Servicios de Atención Médica Integral de la Comunidad» (SAMIC) obtuvo sólo media sanción en el Congreso Nacional. El asesor principal en esta iniciativa fue Alberto Mondet, quien poco tiempo después fue designado subsecretario de salud por el gobierno militar. Esto evidencia una continuidad manifiesta entre los cuadros de la tecnoburocracia del Estado nacional que ofrece una explicación sobre cómo aquel proyecto SAMIC que había sido

---

<sup>71</sup> Sostiene Hugo Arce que al cabo del ejercicio de ese año solo se habían convenido las transferencias con Santa Cruz y Formosa, y derivaciones parciales a Tucumán y Córdoba.

iniciativa del gobierno radical fue retomado y sancionado durante el gobierno de facto (Veronelli, 2004: 617).

Entre quienes se opusieron proyecto se encontraban las gremiales médicas y las asociaciones de clínicas y sanatorios. Se movilizaron a partir del rumor que el gobierno preparaba la contratación obligatoria para las obras sociales de las prestaciones al Estado lo que reduciría notoriamente los ingresos de los prestadores privados (Veronelli, 2004: 618).

Finalmente, el proyecto SAMIC fue aprobado en diciembre de 1966 durante el gobierno militar con muy pocas modificaciones con respecto al proyecto original del gobierno radical. Este se reglamentó a través del Decreto 8248 de diciembre de 1968. En enero de 1967, el Secretario de Salud Holmberg del gobierno de facto conducido por Onganía brindó una conferencia de prensa en la que anunció la creación del nuevo régimen hospitalario, al que presentó como capaz de superar las «rémoras que en materia de asistencia padece la población». Además, Holmberg sostuvo que la Secretaría de Salud Pública (SSP) debía realizar estudios de carácter sanitario, económico y social sobre cada organismo y su zona de influencia para aconsejar la creación de estas nuevas entidades sin fines de lucro y su reemplazo por los establecimientos existentes (Diario El Litoral, 15/01/1967).

El nuevo modelo proponía introducir innovaciones significativas en la organización hospitalaria: personería jurídica, estatuto propio y autonomía para ejercer su administración como una empresa pública de servicios. El modelo SAMIC incluyó por primera vez la capacidad del subsector público para recuperar los costos de la atención a afiliados al sistema de la seguridad social. En otras palabras, les concedió a los hospitales adheridos la facultad para facturar a las obras sociales.

La participación comunitaria constituyó el elemento clave del nuevo modelo hospitalario. El nuevo modelo de administración incorporó los consejos de administración que quedaban integrados por representantes del Estado y de las fuerzas vivas<sup>72</sup>. El concepto de fuerzas vivas de la comunidad al que hace mención el texto de la norma nacional formaba parte de la prédica de los funcionarios de aquel gobierno. Con esta noción se refieren a la entidades empresariales, gremiales, asociaciones benéficas, de fomento o

---

<sup>72</sup> Además, se debían ajustar a un estatuto individual aprobado por la SSP y debían redactar una memoria anual y un balance general

confesionales. Es decir, todas las organizaciones que desde el comunitarismo eran concebidas como una «expresión natural» de la sociedad.

La cantidad de hospitales nacionales que fueron incorporados a este nuevo régimen no fueron pocos. En principio quedaron incluidos todos los establecimientos que habían permanecido en el ámbito nacional y contaban con la conformidad de la jurisdicción de emplazamiento (Arce, 2010: 237). Por otro lado, este modelo de organización hospitalaria fue «importado» con leves adaptaciones por los gobiernos provinciales que optaron por organizarlo mediante iniciativas propias. Esta fue la situación de la provincia de Santa Fe con la sanción de la Ley de Servicios de Atención Médica de la Comunidad (SAMCO). Esta fue una política sanitaria que sustituyó las reglas que organizaban gran parte de la provisión pública de salud que tendrá una prolongada vigencia en el ámbito provincial.

### *2.3. La descentralización SAMCO en Santa Fe*

La descentralización comunitaria en la provincia se fundó en la idea de transferir a la comunidad la dirección y administración de los establecimientos de salud. Pocos meses después de la sanción de los SAMIC en el orden nacional, en mayo de 1967, el gobierno de la provincia de Santa Fe sancionó la Ley 6312 de creación del «Servicio de Atención Médica para la Comunidad» (SAMCO) y la reglamentó en junio de ese año mediante el Decreto N° 04321.

El promotor de la iniciativa fue del entonces ministro de salud provincial, el médico Jorge Sandoz, que había sido designado en el ámbito provincial como delegado del nivel nacional. Sandoz era graduado en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), fue profesor de la Universidad de Buenos Aires (UBA) e hizo su residencia en los Estados Unidos producto de una beca de OPS<sup>73</sup>. Este era un referente en patologías cardiológicas que colaboraba activamente en revistas académicas e integraba los ámbitos de socialización e intercambio de los expertos sanitaristas.

El régimen SAMCO tuvo por objeto la transferencia de los hospitales públicos de la provincia a las comunidades locales. Estos pasaron a ser concebidos como entidades sin ánimo de lucro cuyo marco legal estaba compuesto por la ley 6312, las reglamentaciones del Poder Ejecutivo (PE) y el contrato de transferencia con cada comuna o municipio.

---

<sup>73</sup> Hizo la residencia en el hospital Harlem Hospital, el Mount Sinai Hospital, Cincinnati University. El Litoral, 15/08/1966.

Los SAMCO se constituían a solicitud de las instituciones de bien público constituidas legalmente, de reconocida solvencia moral y económica, que se hallaban radicadas en la localidad de asiento del establecimiento y/o en su zona de influencia (Art. 10, Ley 6312). El proceso de constitución se iniciaba mediante la creación de una comisión especial que integraba a las «fuerzas vivas» de la sociedad y a los respectivos entes comunales o municipales. La comisión se denominaba «Comisión Vecinal para la Promoción del Servicio para la Atención Médica de la Comunidad» y se encargaba de elevar el pedido al Ejecutivo provincial que determinaba la habilitación definitiva del ente. Por su parte, las instituciones quedaban obligadas a promover y ayudar al mantenimiento del servicio del SAMCO con sus propios fondos.

La descentralización se llevó a cabo a un ritmo acelerado ya que tan sólo un año y medio después de la sanción de la norma ya se habían transferido 198 establecimientos a la comunidad (Diario El Litoral 31/01/1969).

Ahora bien: ¿en qué consistió esta descentralización a la comunidad?; o, en otras palabras: ¿cuáles fueron las potestades, recursos o competencias que transfirió el Estado provincial a las comunidades locales? Para dar cuenta de esto, debemos comenzar por definir con la mayor precisión posible en que consiste una política de descentralización.

Boisier (2004) define a la descentralización «como la transferencia de facultades, atribuciones y recursos desde un nivel de decisión central a unidades administrativas menores. Para que efectivamente exista la descentralización estas unidades menores deben tener personalidad jurídica y patrimonio». La definición de Cingolani y Lardone (2006) presenta un mejor tratamiento del concepto descentralización dado que permite delimitar sus características definidoras o necesarias sin caer en una definición axiomática. Estos autores la definen como la «transferencia de responsabilidades, competencias y capacidades desde unidades superiores a unidades de gobierno de menor dimensión territorial».

Con una posición cercana a la anterior Falletti (2006) define a la descentralización como «un proceso de reforma del estado compuesto por un conjunto de políticas públicas que transfieren responsabilidades, recursos o autoridad de los niveles más altos de gobierno a los más bajos». Los niveles inferiores de gobierno son siempre los receptores de la transferencia de poder de toda descentralización. De este modo, la definición excluye a procesos como la desregulación o la privatización en donde los receptores son actores no estatales.

Asimismo, la descentralización se presenta como un proceso dinámico de reformas de políticas públicas y no una característica estática del sistema fiscal o político. En este sentido, Terlizzy (2018) sostiene que la distinción entre sistemas de salud centralizados y descentralizados no es una dicotomía sino una cuestión de grados. En todo sistema la autoridad, los recursos y la responsabilidad están distribuidas entre los niveles de gobierno. La centralización y la descentralización son dos polos extremos de un arco amplio de situaciones en donde cada punto intermedio representa una combinación posible entre ellos que responde a un determinado contexto histórico y es funcional a ese contexto y no a otros.

Por su parte, Faletti (2006) entiende que la descentralización siempre supone un proceso de reforma del Estado en la medida que implica la modificación de su estructura político-institucional y la redefinición de su correspondiente dinámica de incentivos. Cabrero Mendoza (1996) aporta que la descentralización es siempre un proceso político que modifica los patrones de acumulación/ producción de poder. Afecta los procesos decisorios, los diversifica, los abre a nuevos participantes y redistribuye los recursos asociados a estos procesos de ajuste mutuo.

Según Falletti (2006) el estudio de la reasignación de autoridad a niveles de inferiores de gobierno requiere disponer de una taxonomía de las medidas descentralizadoras. Esta taxonomía es tripartita (Terlizzi, 2018; Campbell, 2004) y presenta un fuerte fundamento analítico. En la Tabla N° 10 que agregamos a continuación encontramos las definiciones conceptuales y operacionales que nos permitirán avanzar en la reconstrucción y el análisis de las dimensiones implicadas en la política de descentralización comunitaria santafesina. Arce (2010) describe a este modelo de organización al que denomina como «tercera generación de hospitales» como de administración descentralizada y financiación multicéntrica. De modo que, en primer término, enfoquemos sobre la dimensión administrativa y su definición como la transferencia de la administración y prestación de servicios sociales como salud, educación, asistencia social y vivienda a un nivel político menor. En tal sentido, el objetivo principal de la descentralización de 1967 en Santa Fe fue transferir a la comunidad la dirección y administración los establecimientos de salud que estaban bajo dependencia provincial.

Tabla N° 10: Definición conceptuales y operacionales de las dimensiones que componen la política de descentralización

<u>Dimensión</u>	<u>Definición Conceptual</u>	<u>Definición Operacional</u>
Administrativa	Transferencia de la administración y prestación de servicios sociales como salud, educación, asistencia social y vivienda a un nivel político menor	Grado de autonomía para organizar la prestación del servicio de salud; Grado de autonomía para las asignaciones presupuestarias; Grado de autonomía en la gestión de los recursos humanos
Fiscal	Transferencia de responsabilidad, recursos o autoridad para recaudar fondos con el objetivo de financiar el sistema de salud a nivel local	Grado de autonomía para determinar tipos impositivos; Grado de autonomía para determinar las tarifas de los usuarios; Presencia de mecanismos de compensación
Política	Transferencia de autoridad sobre la hechura de las políticas de salud o la apertura de nuevos espacios de representación en el nivel inferior de gobierno	Grado de autonomía para incidir sobre la planificación o prioridades de la política de salud; Grado de autonomía para elegir autoridades en la conducción del sistema de salud subnacional

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Faletti (2006) y Terlizzi (2018)

La conducción administrativa del establecimiento queda a cargo de un consejo de administración integrado como mínimo por ocho titulares e igual número de suplentes y representación igualitaria de las instituciones. La ley establece que una comisión ejecutiva surgida de este consejo e integrada por un presidente, un secretario y un tesorero es la responsable de la conducción efectiva del establecimiento. La comisión es la representante legal de la entidad, la responsable de dictar sus reglamentaciones internas y cuenta con amplias facultades para la administración rutinaria del ente: «la facultad de realizar todos los actos necesarios para el buen gobierno y administración del ente» (Art 26, inc. d, Ley 6312). No obstante, hay otras competencias que por su relevancia quedan

reservadas a la aprobación del pleno del Consejo<sup>74</sup>. Por otro lado, la conducción técnica del hospital quedó en manos de un médico director, designado y rentado por el Poder Ejecutivo.

La comisión es la encargada de proyectar y ejecutar el presupuesto anual de la entidad que debe ser aprobado por el consejo de administración antes de su elevación anual al P.E. (Art. 39, inc. a, Decreto 04321). La ley establece una limitación a la libre disponibilidad de los fondos por el SAMCO cuando dispone que los recursos aportados por el presupuesto provincial, por el presupuesto municipal o comunal y por las universidades, sólo se pueden destinar a las prestaciones gratuitas o cobertura de indigentes. Esta utilización de los recursos queda sujeta al control *ex post* de la autoridad provincial que recae exclusivamente sobre el destino de los fondos provinciales. En otras palabras, aunque bajo estas limitaciones, se reconoce al ente la autonomía para administrar el presupuesto con fiscalización diferida.

De acuerdo a este modelo de organización, los establecimientos cuentan con autonomía para gestionar el plantel del personal. La norma les confiere la facultad de designar, contratar, promover y sancionar a su personal (Art. 26, inc e, Ley 6312). El consejo de administración tiene facultar de designar o cesantear personal, fijar sus respectivos salarios y establecer sanciones disciplinarias que sean superiores a 10 días de suspensión. Sin embargo, esta facultad disciplinaria no alcanza a la totalidad del plantel de personal sino solamente a los agentes nombrados por el consejo de administración. Esto es así porque en el SAMCO conviven tres tipos de relaciones laborales: la de los agentes provinciales, cuyos salarios y rango escalafonario están fijados por la provincia, la de los agentes municipales, similar al caso anterior, y la de los agentes nombrados por el consejo de administración. Y el consejo de administración tiene alta autonomía de gestión, pero solamente sobre el plantel de personal de su dependencia directa. Si se trata de agentes afectados al establecimiento que pertenecen formalmente a otros organismos públicos o privados, deben ser sancionados por estos últimos.

Aunque la norma reconoce la facultad a la administración hospitalaria de fijar los salarios de los agentes contratados, Bisang y Centrángolo (1997) sostienen que estos se

---

<sup>74</sup> Son facultades exclusivas del Consejo de Administración del Ente: a) aprobar el presupuesto de recursos y gastos del ente antes de su elevación al PE; b) aprobar todas las reglamentaciones internas que dicte la comisión ejecutiva; c) Velar por el cumplimiento y ejecución del presupuesto del ente, y los planes previstos para cada ejercicio financiero; d) velar para que el Ente cumpla con los fines específicos que motivara su creación de acuerdo con la ley y el presente Estatuto orgánico; e) autorizar la designación o cesantía de personal, y la fijación de sus respectivos salarios

continuaron rigiendo por el mecanismo escalafonario del nivel provincial. En otras palabras, los salarios no guardaron mayor relación con la productividad y la excelencia del establecimiento. Según los autores, esta ausencia de mecanismos efectivos de descentralización y falta de relación con la productividad atentó sobre la eficiencia final de la descentralización (p. 54).

Como mencionamos, la descentralización no una característica estática del sistema y admite grados en donde ciertas facultades se descentralizan y otras quedan reservadas en el nivel central. En la descentralización comunitaria de 1967 el nivel provincial conservó funciones de asesoramiento, control y fiscalización de los aspectos administrativos, económico-financieros y patrimoniales de los establecimientos, especialmente «en todo lo que se relaciona con la eficaz prestación de atención médico-asistencial gratuita a personas de escasos recursos económicos» (art. 9. Ley 6312). Asimismo, se reservó la posibilidad de intervenir los entes y declarar la caducidad del mandato del consejo de administración cuando fuera necesario.

En segundo término, definimos a la dimensión fiscal de la descentralización como la transferencia de responsabilidades, recursos o autoridad para recaudar fondos con el objetivo de financiar el sistema de salud a nivel local. Aunque es posible sostener que la dimensión fiscal no carece de importancia, esta tuvo menor intensidad que la transferencia de facultades administrativas. Como dijimos, es lo que Hugo Arce ha denominado como financiación multicéntrica.

Si bien la descentralización de 1967 no transfirió recursos desde el nivel provincial hacia los niveles inferiores, produjo un cambio de primera magnitud en relación a los beneficiarios finales del servicio sanitario público que impactó en la financiación de los establecimientos. El nuevo modelo extendió las prestaciones públicas a toda la comunidad de la zona de influencia del hospital produciendo una ruptura con el sistema vigente que reconocía como beneficiarios de la salud pública a los «indigentes», es decir, solamente a quienes carecían de cobertura social y no podían acceder a los servicios de salud privados.

El modelo SAMCO clasificó a la comunidad de la zona de influencia de cada establecimiento en tres categorías en base a un criterio establecido para la percepción de tasas:

- a) Quienes no están en condiciones de sufragar los gastos que demande su curación.
- b) Quienes pueden afrontar parcialmente dichos gastos.

- c) Quienes pueden afrontar totalmente los gastos de sus tratamientos médicos.  
(Decreto 4321/1967, Art. 4).

La primera categoría es la de aquellos que no están en condiciones de afrontar los gastos de su tratamiento. En este caso el tratamiento es absolutamente gratuito y se establece la prioridad que tiene esta categoría poblacional con respecto a las otras<sup>75</sup>. En segundo lugar, el régimen se refiere a quienes tienen capacidad económica para abonar parcialmente sus gastos. A éstos les corresponde hacer frente a una tasa proporcional a sus ingresos o posibilidades económicas fijada por el PE, aunque, en definitiva, es el SAMCO el que determina la situación económica del paciente y, por lo tanto, su obligación de abonar o no la tasa. Por último, está la categoría poblacional de aquellos que pueden abonar la totalidad de sus gastos de tratamiento. A esta última categoría se refiere Kellenberger en 1970 en la Revista Anales de Sanidad cuando sostiene que en la percepción de los aranceles no interviene el ente, sino que se respeta plenamente el binomio paciente - profesional. De este modo, el paciente debe abonar la tasa que determina el ente más los aranceles profesionales que conviene directamente con el profesional elegido para su atención.

Sin embargo, el mecanismo para recaudar fondos de pacientes «pudientes» que se institucionalizó de modo más habitual en los SAMCOS fue la fijación de «bonos contribución» cuyo monto dinerario variaba en función de la prestación sanitaria de que se trate. Algunas comunas lo institucionalizaron bajo la forma de un arancel por los servicios que prestaba el establecimiento equivalente a lo que establecía el nomenclador nacional de prestaciones médicas y prácticas sanatoriales<sup>76</sup> o el de la obra social provincial IAPOS a partir de su creación a fines de la década del setenta. En todos los casos, se trataba de un instrumento de dudosa eficacia a la hora de distinguir la capacidad económica del paciente que en múltiples ocasiones se presentaba como una barrera al acceso a las prestaciones sanitarias de la población con menores recursos. En definitiva, el establecimiento sumó a los recursos provenientes del presupuesto provincial y comunal, los fondos que aportados por los pacientes con supuesta capacidad económica.

---

<sup>75</sup> Por ejemplo, el artículo tercero del decreto reglamentario dispone que la incorporación de personas con capacidad económica como beneficiarios del SAMCO «no puede significar bajo ningún punto de vista que ellos sean en detrimento de las prestaciones a personas que carezcan de tales recursos, sino que, por el contrario, las prestaciones onerosas deben servir para mejorar el servicio gratuito que los Entes deben prestar obligatoriamente a quienes tengan derecho a ello y lo reclamen» (Art. 3, Decr. 04321/1967).

<sup>76</sup> Por ejemplo, este es el caso de la Municipalidad de Avellaneda, la Comuna de Alvear, entre otras.

Por otro lado, la ley 6312 incorporó una nueva fuente de financiamiento para el servicio de salud local, aunque mediante un enunciado poco preciso. Transfirió al nivel municipal y comunal la autoridad para imponer una tasa comunal a los contribuyentes de cada localidad para el sostenimiento del ente. Su recaudación corresponde a cada municipalidad o comuna y lo recaudado debe ser transferido al establecimiento. Pero no sólo les cabe el poder de imponer el tributo sino también la posibilidad de establecer su incremento y hasta de denominarlo<sup>77</sup>. Si bien la provincia transfirió la autoridad para crear un tributo a las municipalidades y comunas, esta no transfirió poder impositivo sobre los principales tributos provinciales. Aunque las situaciones varían de acuerdo a la capacidad recaudatoria de cada establecimiento, en gran medida, el sostenimiento de los hospitales comunales continuó dependiendo del presupuesto provincial.

Por último, cabe analizar la dimensión política de la descentralización comunitaria. La definimos como la transferencia de autoridad sobre la hechura de las políticas de salud o la apertura de nuevos espacios de representación en el nivel inferior de gobierno. Es decir, nos centramos en esta a través de dos indicadores: la facultad del nivel inferior de decidir sobre la política sanitaria y la facultad de elegir representantes en el establecimiento.

El régimen es claro en cuanto al primero de los indicadores: la dirección de la política sanitaria quedó reservada al nivel provincial. De modo que al Ministerio le corresponde la fijación de los lineamientos estratégicos del sistema junto a las ya comentadas facultades de supervisión en lo legal, en lo administrativo y en lo técnico-sanitario. Así el artículo 45 de la ley establece que debe cumplir las funciones asignadas a esos organismos hospitalarios en su aspecto asistencial y sanitario, curativo y preventivo, estadístico, de acuerdo a lo que establecen las leyes y reglamentaciones provinciales, nacionales e internacionales.

Sin embargo, un resultado distinto obtenemos si lo que analizamos es la representación. El objetivo explícito de los SAMCO fue darle intervención a la comunidad en la solución de sus problemas mediante su activa participación (Art. 2, Decreto 4321/1967). Se trata

---

<sup>77</sup> Esta tasa asume un nombre diferente de acuerdo a la legislación vigente en cada comuna. En la mayoría de los casos se denomina Tasa asistencial Ley 6312 (Comuna de Villada, Comuna de Alcorta, Comuna de Arminda, Comuna de Arroyo Ceibal, Comuna de Cafferrata, Comuna de Carreras, Comuna de Cayastá, Comuna de Centeno, Comuna de Chabás, Comuna de Chañar Ladeado, Comuna de Chovet, Comuna de Christophersen, Comuna de Crispi, Comuna de Desvío Orijón, Comuna de Diego de Alvear, Comuna de Elortondo, Comuna de Empalme Villa Constitución, Comuna de Guadalupe Norte, entre otras). En otros Tasa SAMCO (Municipalidad de Avellaneda, Comuna Coronel Fraga, Comuna de Matilde, Comuna de Presidente Roca) o Tasa retributiva de red sanitaria (Municipalidad de Frontera, Municipio de Villa Constitución, Municipio de Gobernador Gálvez, etc),

de una comunidad compuesta por las «instituciones primarias u originarias» en donde el consejo de administración se instituye como el espacio institucional de expresión de dicha voluntad y la comisión ejecutiva su brazo ejecutor. El decreto sostiene que el consejo debe ser integrado exclusivamente por instituciones con el «máximo nivel posible de representatividad dentro de cada gran sector comunitario, sea por carácter de central o de matriz, o sea, en su defecto, por el número de asociados que posean dentro del ámbito local» (14, Decreto 4321/1967). Y cada entidad designa un representante titular y un suplente. El consejo debe estar integrado como mínimo por ocho personas como titulares y ocho suplentes. En caso de ser menos de ocho las instituciones que participan, cada entidad designa dos o más representantes hasta llegar al mínimo de ocho. La municipalidad o la comuna participan como cualquier otra institución primaria, con capacidad para proponer hasta dos representantes *ad honorem* en el consejo. El régimen contempla una excepción en relación a las dos mayores ciudades de la provincia. En los casos de Santa Fe y Rosario se constituye un solo consejo de administración a cargo de la conducción de todos los establecimientos médicos - asistenciales localizados en la ciudad y su presidencia no queda sujeta a la elección comunitaria, sino que recae sobre los secretarios de salud locales.

Sobre el final de este apartado es posible ensayar una primera proposición interpretativa: la política de descentralización sanitaria SAMCO impulsada por el nivel provincial supuso en gran medida una transferencia de facultades y competencias administrativas acompañada en menor grado de una transferencia fiscal y política. Su característica fue predominantemente administrativa.

Falleti (2006) afirma que el diseño institucional de la transferencia de facultades puede aumentar o disminuir la autonomía del nivel inferior. Una delegación administrativa puede mejorar las burocracias inferiores, promover la capacitación de sus funcionarios, favorecer el aprendizaje o aumentar la capacidad organizativa de los gobiernos locales. Pero una delegación administrativa sin transferencia de fondos puede reducir la autonomía de los funcionarios inferiores que pasan a depender de futuras transferencias del nivel superior o de endeudamiento, si es que tiene capacidad para contraerlo. Al mismo tiempo, el diseño de la delegación fiscal también puede impactar de modo positivo o negativo en la autonomía local. Las transferencias automáticas del nivel superior aumentan la autonomía de los funcionarios locales porque disponen de mayor cantidad de recursos sin pagar los costos burocráticos y políticos. En cambio, la delegación de autoridad tributaria al nivel inferior para cobrar impuestos puede causar limitaciones al

presupuesto local e incrementar la dependencia de los funcionarios locales respecto de la transferencia del centro (p. 321). Las unidades inferiores con mayor capacidad económica recibirán con agrado la delegación de autoridad impositiva pero las unidades pobres no querrán este tipo de delegación fiscal. Faletti (2006) afirma que en este último caso la delegación fiscal es negativa en la medida que disminuye la distribución horizontal de recursos (de las unidades ricas a las pobres) que existe cuando quien recauda es el gobierno central. También la delegación política de acuerdo a su diseño puede favorecer la autonomía del nivel inferior o restringirla. Por definición aumenta la autonomía de los niveles inferiores, pero no lo haría en caso de aumentar la separación de poderes a nivel local.

Entre las escasas evaluaciones que se han realizado sobre el funcionamiento del sistema, se destaca el ya mencionado estudio de Bisang y Centrángolo (1997). Los autores señalan como una de las características más destacadas del sistema, la heterogeneidad de las actividades de los SAMCO y del marco en que se desarrollan. Estamos ante una transferencia de facultades predominantemente administrativas. En cambio, en materia fiscal no hubo transferencia automática de recursos con posibilidad de favorecer la autonomía local, aunque sí delegación de autoridad fiscal. Como hemos visto, la delegación fiscal depende en gran medida de la capacidad económica de las unidades inferiores pudiendo favorecer las asimetrías locales.

Aunque el régimen enunciaba entre sus objetivos iniciales la progresiva financiación autónoma del presupuesto provincial por parte de los establecimientos, esta no se logró materializar. Si bien la gestión de las facturaciones logró consolidarse exitosamente en algunos casos, en otros continuó padeciendo todas las dificultades presupuestarias que caracterizaban a los hospitales públicos. Esta relativa autonomía no logró suplantar la rémora de absoluta dependencia del nivel provincial (Arce, 2010: 238). Los establecimientos mostraron una marcada disparidad en cuanto a su eficiencia y esto afectó la equidad global del sistema. Al funcionar cada uno como unidades autónomas, sus ingresos, en particular aquellos adicionales al presupuesto provincial, reflejaron el nivel socioeconómico de la región en donde estaban emplazados. Al no existir mecanismos de transferencias entre las unidades, el sistema en su conjunto tendió a generar perfiles prestacionales muy diferenciados en desmedro de los sectores menos favorecidos económicamente (Bisang y Centrángolo, 1997: 55).

En definitiva, ¿a qué nivel de gobierno favoreció la transferencia de poder contenida en el régimen SAMCO?

Tulia Falletti sostiene que el nivel superior siempre prioriza la descentralización administrativa a la descentralización fiscal y esta última sobre la descentralización política. Esto se debe a que el superior busca desprenderse de su responsabilidad en materia de gastos. En cambio, desde la perspectiva del nivel inferior, este se orienta en primer lugar por la descentralización política, en segundo término, por la fiscal, y por último por la administrativa. En este sentido, predomina el interés de quien tiene influencia en el momento (o timing) en que estas medidas tienen lugar en la secuencia de reformas.

En nuestro caso, el interés del nivel provincial prevaleció en el momento de adopción de la política descentralizadora. Esto le permitió determinar el tipo de descentralización que se implementaría primero. Por ello la descentralización SAMCO fue primordialmente una delegación administrativa, aunque acompañada de una cierta delegación de autoridad fiscal que se implementó dentro del margen que permitieron las capacidades y la acción política en los niveles locales.

Entonces podemos ensayar una segunda proposición interpretativa: la descentralización comunitaria SAMCO, al tratarse de una delegación administrativa y en menor medida fiscal, favoreció al nivel de gobierno provincial más que a los niveles inferiores que fueron receptores de la transferencia<sup>78</sup>.

El régimen SAMCO se extendió rápidamente en los últimos años sesenta y los primeros años setenta. En este breve período fueron más de 180 los establecimientos que quedaron incorporados al nuevo modelo organizativo de las prestaciones sanitarias. Es más, en los años ochenta y noventa el modelo continuó expandiéndose a un ritmo menos hasta alcanzar prácticamente a 250 establecimientos a comienzos del nuevo siglo<sup>79</sup>.

A continuación, buscamos identificar el actor con influencia estratégica ante la política de cambio institucional. Por ello, reconstruiremos la trayectoria de un actor clave durante los años sesenta que formuló un cuerpo doctrinario llamado a perdurar: la burocracia tecnosanitaria estatal.

---

<sup>78</sup> Si bien escapa a los fines de este trabajo, en base a los avances de la literatura, podemos sugerir que con relación a los niveles inferiores se puede hacer una distinción: en virtud del diseño de la delegación fiscal, sólo se ven favorecidos en el proceso aquellos niveles inferiores que cuentan con un marco socioeconómico favorable, posibilidades políticas de imponer nuevos impuestos y capacidad burocrática para implementarla.

<sup>79</sup> Para más detalles ver la Tabla N° 11 en el apéndice de esta obra.

#### *2.4. Tecnócratas, militares y el retorno a la comunidad*

La necesidad de constituir un cuerpo técnico dentro del aparato sanitario estatal produjo la aparición de una nueva profesión que institucionalizó una formación acorde a la propuesta modernizante: el sanitarismo (Iriart et al, 1994: 49). Una parte de la literatura sostiene que la formación de una capa tecnoburocrática en el aparato estatal se relaciona de modo directo con la transformación de las relaciones de producción que determinaron el paso del Estado liberal al Estado social. Algunas de cuyas expresiones fueron la reestructuración del aparato sanitario estatal, la hegemonía de la práctica médica basada en la atención individual, la expansión del hospital público y el desarrollo de las obras sociales impulsadas desde el Estado.

En este marco la formación de recursos humanos se volvió una necesidad. El ministro de salud de Frondizi, Héctor Noblía, promovió la formación de posgrado en salud pública, una iniciativa basada en el diagnóstico de la OPS que había señalado un importante problema: la falta de capacitación del personal de salud para la administración de los servicios. El organismo internacional propuso en su informe algunas iniciativas para corregir la situación:

- a) El adiestramiento de personal en el extranjero, en especial la formación de médicos en administración sanitaria y hospitalaria.
- b) El adiestramiento por parte del ministerio nacional de su propio personal, como así también del personal provincial y municipal.
- c) La creación de escuelas de salud pública con los recursos humanos y presupuestos adecuados para una formación acorde con las normas internacionalmente aceptadas.

Es por ello que a fines de la década del cincuenta se crearon las escuelas de salud pública, un proceso que no se limitó a las fronteras nacionales, sino que se extendió en todo América Latina. En Argentina surgieron dos escuelas de la salud pública con objetivos similares: la Escuela Nacional del Ministerio de Salud Pública y la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA). Esta última se creó en la Facultad de Medicina en 1958 con el objetivo de capacitar profesionales en salud pública y crear un cuerpo técnico diferenciado de la tradicional medicina asistencial-curativa incorporando la dimensión social al proceso salud/enfermedad. Por su parte, la Escuela Nacional se creó en 1959, pero funcionó solamente hasta el derrocamiento de Arturo Frondizi a comienzos de 1962. Ese fue el

momento en que el nuevo ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación consideró innecesaria su existencia y los docentes y recursos de la Escuela Nacional se trasladaron a la ESPUBA.

La ESPUBA comenzó un período de afianzamiento institucional cuando logró reunir el apoyo financiero de la UBA, del Estado nacional, de la Municipalidad de Buenos Aires y de la OPS. Así fue que logró consolidarse como un centro de reclutamiento y perfeccionamiento de profesionales de la salud vinculados a las gestiones públicas provinciales y municipales. Durante varios años, la ESPUBA fue conducida por David Sevlever, un médico de reconocimiento nacional e internacional que en los años treinta había integrado el cuerpo de profesionales que impulsaron la centralización santafesina<sup>80</sup>. La escuela se conformó con los siguientes departamentos: administración sanitaria, práctica en salud pública, bioestadística, epidemiología, salud materna e infantil, educación y odontología sanitarias. Sus alumnos fueron en su gran mayoría médicos, aunque también cursan odontólogos y veterinarios. La ESPUBA mantuvo un fuerte vínculo con la OPS que se manifestó en becas de perfeccionamiento profesional en Chile y Estados Unidos para sus estudiantes y en la conformación de reuniones internacionales que nuclearon a los directores de escuelas de salud pública para el intercambio de ideas sobre la formación de recursos humanos (Rayez, 2017).

A mediados de los años cuarenta, en la provincia de Santa Fe, se creó la primera escuela de salud pública del país. En el marco de la intervención federal a la provincia por el gobierno peronista, el Ministerio de Salud Pública y Trabajo remitió a la UNL un proyecto con el objetivo de crear la Escuela de Sanidad. El argumento que fundaba la medida sostenía que la Escuela debía crearse debido a la «ausencia de suficiente personal

---

<sup>80</sup> El Departamento de Administración Sanitaria fue dirigido por David Sevlever hasta 1966, quien había sido médico en el Hospital Centenario de Rosario y uno de los protagonistas junto a Irigoyen Freyre de la construcción del sistema sanitario santafesino como secretario médico-técnico en la Comisión de Hospitales y Asilos. El itinerario posterior de Sevlever es por demás de elocuente: becario de la Fundación Rockefeller durante los años cuarenta, retorna al país al ser designado en la Escuela de Sanidad de la UNL. Concluido el período peronista asumió como decano interventor de la Facultad de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de la UNL y recuperó los cargos en la cátedra de Higiene y como director del Hospital Centenario. En 1958 fue convocado para integrar la comisión especial para la creación de la Escuela de Sanidad de la UBA y ese mismo año fue becado para viajar a Chile a estudiar la “Organización de la Enseñanza en Salud Pública”. En 1959 emprendió un segundo viaje a Estados Unidos, a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, del cual regresó con el título de Master in *Science of Hygiene*. Este viaje duró un año y fue financiado por OPS. El 1° de diciembre Svelever fue nombrado como director de ESPUBA.

capacitado en los organismos técnicos dedicados a la lucha contra las enfermedades»<sup>81</sup>. En 1947 la nueva institución abrió sus puertas bajo la denominación de Instituto Universitario de Enseñanza Superior. Sin embargo, a fines de ese año, las autoridades universitarias resolvieron su transformación en la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva. Esta funcionó durante diez años formando médicos higienistas, odontólogos e ingenieros higienistas y dictó cursos de administración hospitalaria, inspección y educación sanitaria. Muchos docentes extranjeros dictaron sus cursos en la Escuela. En 1957 la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva fue dividida en la Escuela Especialista en Salud Pública en Rosario y la Escuela de Auxiliares de la Sanidad en Santa Fe. Finalmente, cuatro años más tarde la Escuela de Rosario cerró sus puertas quedando únicamente la sede en la capital provincial. En esos años se dictaron cursos de técnicos en saneamiento, formación para directores de hospitales y técnicos en estadísticas de salud.

Este tiempo de institucionalización del sanitarismo determinó una dinámica de cambios trascendentes en la salud pública. El paso del higienismo a la salud pública supuso un punto de inflexión de la salud en cuanto área de conocimiento y como práctica profesional. La salud pública paso a ser entendida como una especialidad del área médica, proceso que se correspondió con la pérdida de influencia de la medicina francesa y alemana y el ascenso de la norteamericana (Cueto, 2013). Los sanitaristas entendieron a la salud pública como una especialidad médica que era capaz de incluir un amplio campo de conocimiento que iba desde las ciencias físico-naturales hasta las ciencias sociales y que permitía diferenciarlos de la medicina preventiva y social.

Asimismo, como un espacio complementario a las escuelas de salud pública crearon la Asociación Argentina de Salud Pública (AASP). Una institución que combinó fines científicos y gremiales cuyos órganos de difusión más importantes fueron la Revista de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires y el Boletín de la AASP que tenía por misión difundir las Jornadas de Salud Pública. En su época, la AASP esta supo ser una expresión clara del pensamiento dominante en salud pública.

En agosto de 1961, en la Reunión de Punta del Este, los cancilleres de los países americanos acordaron las bases de la Alianza para el Progreso. De acuerdo a sus bases, para ser receptores de los créditos e inversiones externas los países debían cumplir con

---

<sup>81</sup> En diciembre de 1946 las autoridades universitarias comisionaron al Dr. Lorenzo García para organizar la primera Escuela de Salubridad del país.

una condición previa que, según se afirmaba, asegurarían el ingreso al mundo desarrollado: la formulación de planes integrados de desarrollo económico-social. En este marco se aprobó el Plan Decenal de Salud Pública cuyos fundamentos reconocieron las «recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar». Esto impulsó la creación en los Ministerios de Salud de unidades de planificación y evaluación para actuar en forma coordinada con los organismos nacionales de planificación general.

En este clima de época, el sanitarismo argentino comenzó a percibirse como una expresión del discurso modernizante del desarrollismo. Celia Iriart (1994) sostiene el discurso sanitarista que se constituyó en los años sesenta caracterizó la problemática de la salud pública en base a tres ejes centrales: centralización normativa-descentralización ejecutiva, seguro de salud y participación comunitaria. Si bien los dos primeros ejes reconocían antecedentes en etapas previas y ya habían sido sostenidos por los higienistas desde la función pública y por el gremio médico desde sus asociaciones, la preocupación por la participación comunitaria es una marca del sanitarismo. Esta fue la expresión del interés de la medicina por incorporar a los conjuntos sociales otorgándoles una definida ubicación en la problemática sanitaria (p. 79).

Los sanitaristas forjaron una imagen de sí mismos como mediadores entre la medicina y la sociedad. Se concibieron como custodios de un saber técnico al mismo tiempo que postularon la necesidad de alejarse de la política, una actividad a la que concebían esencialmente contaminada. Sin embargo, debieron compartir con esta última el escenario principal: el Estado. Esto fue así porque el sanitarismo fue concebido como una profesión de Estado. Una disciplina cuya práctica era la administración sanitaria dentro de los límites del edificio estatal.

Es probable que a raíz de su identificación con el Estado como el espacio natural de su acción técnica los sanitaristas profundizaran su distanciamiento con el mundo de la medicina privada. Esta distancia por momentos se agudizó de tal modo que se convirtió en un enfrentamiento abierto entre posiciones al parecen irreconciliables. La diferencia que marcaba una ruptura con aquellos profesionales que dedicaban su arte al mercado y la ganancia privada era la posesión de una ética capaz de combinar una vocación misional, el desprendimiento económico y un renunciamiento a la acumulación rápida de dinero y a la práctica mercantilizada.

Como dijimos, una de sus máximas rezaba que era necesario mantener una distancia prudente de los procesos políticos. De este modo varios de sus máximos referentes

repetieron una y otra vez que “la historia de la Salud pública es la lucha por ocupar el espacio que dejan los gobiernos”. Es más, debían ocupar estos espacios sin detenerse demasiado en el tipo de régimen político que organizaba el poder político<sup>82</sup>. Así fue que al llegar a los niveles decisorios durante el régimen presidido por Onganía caracterizaron el período como uno en el que «los técnicos lograron venderle un plan al gobierno». De este modo se constituyeron como un factor de poder en la definición de las políticas sociales (Iriart, 1994: 67).

En efecto, los sanitaristas identificaron los años sesenta como «la edad de oro» de la salud pública argentina. Durante el gobierno de Onganía los técnicos en salud pública fueron promocionados e incorporados masivamente a los organismos sanitarios nacionales y provinciales. En este último caso, los ministros eran designados desde el nivel central (Iriart et al, 1994: 69). Siguiendo a Belmartino y Bloch (1994) podemos afirmar que este régimen burocrático-autoritario fue un ejemplo de la pretensión de legitimar una intervención estatal de raíz autoritaria mediante la implantación de un modelo de modernización tecnocrática (Belmartino y Bloch, 1994: 80).

A través de la ley 16956 el gobierno de Onganía creó en el orden nacional el Ministerio de Bienestar Social (MBS), probablemente uno de los instrumentos más innovadores de la gestión dictatorial. A consecuencia de esto se reestructuraron los ministerios y las secretarías avocadas a lo social que habían sido creadas en el período constitucional anterior. Al frente del MBS se designó a Roberto Petracca y de la Secretaría de Salud Pública (SSP) el Dr. Ezequiel Holmberg, un médico que había adquirido prestigio como investigador en los círculos académicos.

La Secretaría de Salud Pública (SSP) fue una de las cuatro secretarías que integraron el MBS<sup>83</sup> y, en particular, la de mayor estabilidad a lo largo del tiempo. Holmberg incorporó como subsecretario de salud a Alberto Mondet, un ex asesor de confianza de Arturo Oñativia durante el gobierno de Illia. Si bien ciertos temas fueron excluidos de su competencia, esto demuestra más continuidad que ruptura con los lineamientos estratégicos del período democrático anterior en materia de sanidad pública.

---

<sup>82</sup> Por supuesto que esto no fue así en todos los casos. Muestra de ello fueron las renunciaciones a la función pública que presentaron varios sanitaristas luego del golpe de Estado encabezado por Onganía.

<sup>83</sup> Por su parte, la Secretaría de Trabajo fue incorporada al ámbito de Economía, que queda convertido en un superministerio. La Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad (SEPAC) y Seguridad Social y Vivienda son secretarías del nuevo MBS. La secretaría a cargo de llevar adelante las políticas de desarrollo comunitario es la SEPAC, estructura que funciona desde 1966 y se formaliza al año siguiente.

A partir de 1966 Holmberg y Mondet implementaron las Reuniones Nacionales de Autoridades de Salud. En sus conclusiones se incorporó buena parte del modelo ideal construido por la tecno-burocracia sanitaria. En la Segunda Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública, en Bariloche en diciembre de 1967, se definió a la atención médica integrada como el conjunto de las actividades técnicas, armónicamente integradas, que se realizan a través de los servicios de salud y en el seno de la comunidad y tienen como objetivo promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud física y mental de las personas, participando en su reubicación social. Asimismo, estas incluyeron la necesidad de adoptar la regionalización sanitaria, un instrumento cuya implementación efectiva se proponía hacía tiempo con suerte dispar que permitiría dentro de áreas homogéneas promover la racionalización de los esquemas operativos. Finalmente, se recomendó a las provincias la adopción de una legislación acorde con la ley SAMIC con el objeto de «conocer el interés y la capacidad de organizarse que posee la comunidad frente a los problemas de salud» (Belmartino y Blosch, 1994: 45).

La política de descentralización comunitaria impulsada mediante la ley SAMIC supuso el accionar coordinado de una coalición de causa o promotora compuesta de actores estatales y sociopolíticos. Entre los primeros se contaban los militares que accedieron al poder estatal de forma violenta y la tecnoburocracia estatal sanitaria de la que hemos dado cuenta anteriormente. Recordemos que es posible distinguir a los actores en función de los recursos o capacidades con los que cuentan. Si le prestamos atención al actor estatal en cuanto actor colectivo esto supone enfocar sobre administradores, funcionarios y políticos en función de gobierno, sobre sus capacidades para diseñar, decidir e implementar las políticas y las acciones públicas, así como sobre el modo en que estas repercuten sobre los procesos efectivos (históricos) de gobierno y gestión de las políticas. Como sostienen Acuña y Chudnovsky (2013) es fundamental considerar la facultad de organizarse y adoptar estrategias por parte de los actores.

Las diversas organizaciones que nuclearon a los sanitaristas pueden encuadrarse como un actor sociopolítico con suficiente nivel organizativo para incidir de modo significativo en el rumbo de la agenda pública. Si bien en muchas ocasiones en su accionar la frontera que delimita el campo estatal de lo meramente social se torna borrosa, las organizaciones fueron capaces de producir un sentido en torno a lo sanitario organizador del actuar público que se expandió más allá del ámbito de las políticas públicas.

Una coalición promotora encuentra como cemento que la sostiene un núcleo de la política. Siguiendo a Sabatier (1998) es allí donde encontramos lo que denomina el núcleo de la

política. Con esto se refiere a la coincidencia en un conjunto de valores fundamentales, percepciones básicas y estrategias para la aplicación efectiva de la política. De modo que tecnócratas y militares estuvieron unidos en su acción coordinada en base a un conjunto de supuestos compartidos básicos que, en definitiva, constituyeron el trasfondo que estructuró la política de hospitales comunitarios. Para dar cuenta de ello recurrimos a la noción de filosofía pública propuesta por Jal Mehta (2011) como una visión, sobre el papel apropiado del gobierno dados ciertos supuestos sobre el mercado y la sociedad (p: 40). Como sostuvimos al comienzo de esta obra, una filosofía pública constituye un *input* central que moldea el proceso de políticas, afectando a los decisores de políticas o como meta-problema.

Si bien a partir de 1955 el discurso político que impulsó la descentralización sanitaria no rompió definitivamente con la filosofía pública que entendía al derecho a la salud como un derecho fundamental y al Estado como su garante, dicha creencia comenzó a competir con otra que le atribuía al Estado un rol diferente. Esta nueva filosofía pública que comenzó a expandirse entendía que el Estado tiene un rol subsidiario al que tienen individuos y comunidad en el cuidado de su salud. De acuerdo a un valor ampliamente compartido, la acción del Estado se debía centrar sobre las mejoras organizativas que permitieran aumentar la eficiencia del sector (Iriart, 1994: 87).

Una de las versiones del principio de subsidiariedad de la acción estatal estuvo presente en el interior del gremio médico. Parte de sus integrantes sostuvieron una visión del Estado como una maquinaria orientada a oprimir al médico a través de su burocracia o autoritarismo (Belmartino y Bloch, 1994: 73). Sostienen que sus funciones debían estar claramente delimitadas producto de pesar sobre éste la demostración de su ineficacia. Como contracara, la eficacia sólo se puede alcanzar mediante la acción terapéutica basada en la «relación de confianza» entre médico y paciente. Más aún, sostienen los defensores de esta visión que «la única medicina capaz de encuadrarse en esta tesitura es la medicina privada»<sup>84</sup>.

Otra manifestación del principio de subsidiariedad vino de la mano del comunitarismo, un modelo de intervención estatal sobre lo social construido bajo el influjo de las ideas desarrollistas. Esta filosofía pública vino vehiculizada por la Alianza para el Progreso y la actividad de los organismos internacionales como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas y en el campo sanitario por la

---

<sup>84</sup> Frase de Bernardo Kandel citada en Belmartino y Bloch (1994: 74).

OPS. La idea de comunidad formó parte del núcleo conceptual del modelo de planificación social de este periodo marcado por las «ideas sobre el desarrollo». Esto penetró en las estrategias estatales con la aspiración de introducir la gestión científica de lo social donde la nueva población objetivo es la comunidad.

Como una consecuencia lógica, el comunitarismo situó en un lugar diferente al Estado. Partió de la siguiente premisa: la acción del Estado puede anular la iniciativa del hombre allí donde la suplanta. Este es el principio de subsidiariedad del Estado que parte de que la acción estatal entrañaba el riesgo de coartar la iniciativa espontánea de los cuerpos intermedios. Por otro lado, allí donde el Estado está obligado a actuar, lo tiene que hacer por medio de dos conductos complementarios: la asistencia técnica y el financiamiento. A cada comunidad le corresponde la elaboración y ejecución de su programa de desarrollo integral y la supervisión de la ejecución de las políticas públicas. En síntesis, la gerencia del bien común debe quedar en manos de las corporaciones intermedias (Giorgi y Mallimacci: 2012, 20).

Ligado de modo íntimo al principio de subsidiariedad del Estado se encuentra el principio de responsabilidad. Si de acuerdo con aquel el Estado debe evitar anular a la comunidad en el despliegue de sus fuerzas espontáneas, de acuerdo con este último la comunidad es la responsable de afrontar sus problemas<sup>85</sup>. En este sentido, Susana Belmartino (2005) destaca las palabras del gobernador militar de la provincia de Santa Fe, contralmirante Eladio Vázquez, cuando en 1968 se refirió a los hospitales comunitarios afirma lo siguiente:

«(...) la comunidad misma se convierte en gestora de su propia grandeza, y cabe al Estado intervenir solamente en aquellas cuestiones que la comunidad no puede solucionar por sus propios medios. La función del Estado es eminentemente subsidiaria, de apoyo, de complementación y de auxilio; y es la sociedad la que debe atender a su propio perfeccionamiento y procurar el alcance de sus fines (...)» (Belmartino, 2005: 136)

Desde esta perspectiva, el Estado providencia aparece como un obstáculo capaz de atrofiar el desarrollo comunitario y la misma personalidad individual. El comunitarismo

---

<sup>85</sup> Ejemplo de esto es el análisis de Kallenberger (1970) sobre la descentralización comunitaria en la provincia. Para el sanitarista, la participación comunitaria pone fin definitivamente a una presunta “actitud expectante, aunque exigente y crítica” por parte de las comunidades, producto del armazón institucional del régimen centralizado. Esto impuso una tendencia “esperar todo del Estado” que asume una actitud “paternalista y autosuficiente” sin contacto suficiente con las necesidades de la población.

aparece como una superación histórica de liberalismo individualista y del centralismo asfixiante. A este respecto, Raúl Kallenberger (1969) afirma:

«mediante la participación se modifica sustancialmente el comportamiento de exagerada intromisión tutelar y paternalista que el gobierno central tuvo especialmente en materia sanitaria, propio ello de una filosofía política que fue reacción ante el proceso histórico precedente, totalmente individualista y liberal (...) un Estado providencia que era un factor atrofiante y anemizante de la personalidad y capacidad comunitaria» (p. 39).

Aquí cabe hacer una distinción entre la filosofía pública y el *zeitgeist* de una época. Este último es un conjunto dispar de supuestos culturales, sociales o económicos que son abrumadoramente dominantes en el discurso público en un momento dado en el tiempo (Mehta, 2011: 40)<sup>86</sup>. La investigación de las ideas opera en diferentes niveles de abstracción (Beland y Cox, 2011) y el *zeitgeist* es una de las más altas y, posiblemente, más brumosas. Riorda (2019) sostiene que el *Zeitgeist* es la experiencia de un clima cultural dominante que define una era. Algo así como el alma o sentido de un período particular en la historia o, en otras palabras, el espíritu de la época. Como tal, no se limita a las fronteras de una nación en particular, sino que motiva iniciativas políticas similares en espacios geográficos distantes.

La modernización fue el espíritu de la época y no asumió sólo una forma económica. En «Ideas e Intelectuales en Argentina» Oscar Terán (2008) afirma que a partir del programa desarrollista de Frondizi las elites modernizadoras irrumpieron en el universo cultural argentino. Este espíritu recorrió espacios generados por la sociedad civil (editoriales, revistas, asociaciones intelectuales, grupos de estudio) y el ámbito intelectual de clase media por excelencia: la universidad (p. 74).

A comienzos de los años sesenta algunas variantes se produjeron al interior de este espíritu. El ritmo del crecimiento económico asociado al desarrollo industrial comenzó a mostrar obstáculos más allá de la dimensión económica. La interpretación fue que la planificación del crecimiento había descuidado los problemas sociales y políticos. De modo que a comienzos de los años sesenta los planificadores comenzaron a pensar en función del desarrollo y no sólo de crecimiento. Belmartino y Bloch (1994) recuperan las

---

<sup>86</sup> Por ejemplo, señala Mehta (2011) un *zeitgeist* fueron las ideas del keynesianismo durante el período de posguerra en la Europa Occidental.

palabras de Keith Griffin para graficar el cambio: «el problema no es tanto el crecimiento, es decir la expansión de un determinado sistema socioeconómico, sino más bien el desarrollo, o sea la rápida y fundamental transformación política, social y económica» (p: 35).

No se puede aislar al subdesarrollo como un fenómeno económico, sino que debe encararse desde la situación global de los países: su organización política, sus características económicas y sus instituciones sociales (Belmartino y Bloch, 1994: 36). Los organismos internacionales (Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, Comisión Económica para América Latina) penetran en la agenda estatal con la predica de la modernización, donde la planificación social es entendida como un primer escalón ineludible en un camino hacia el desarrollo<sup>87</sup>. La Alianza para el Progreso que impulsó Estados Unidos en la región fue una de las caras del espíritu modernizador. En palabras de Terán, una sus almas<sup>88</sup>. Aunque el desarrollo económico fue asimilado a desarrollo industrial, esta meta requería el previo cumplimiento de una condición necesaria: el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Así lo declaró el Plan Decenal de Salud Pública contenido en el apartado sobre Desarrollo Económico y Social de la Carta de Punta de Este, cuando sostuvo las relaciones recíprocas que median entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar:

«[...] el mejoramiento de las condiciones de salud no solo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas de desarrollo de la región»<sup>89</sup>.

---

<sup>87</sup> La ONU en 1953 sostiene que «lograr las condiciones previas al progreso económico: el ambiente mental, los conocimientos teóricos y prácticos y la organización y elementos que hacen falta para que la repercusión económica sea al mismo tiempo importante y duradera».

<sup>88</sup> En una bella figura, Terán sostiene que el período tiene cuatro almas: el alma Beckett del sinsentido, el alma Kennedy de la Alianza para el Progreso, el alma Lennon del *flower power*, el alma Che Guevara de la rebeldía revolucionaria.

<sup>89</sup> En 1961, la Conferencia del Consejo interamericano Económico y Social, del que surgió la Alianza para el Progreso, planteaba como meta para el decenio 1960-1970: [...] aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esa meta se requiere, entre otras medidas, suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del setenta por ciento de la población urbana y del cincuenta por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte, erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen tratamientos eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; formar profesionales y

Marcos Cueto (2013) afirma que la modernización como concepto encontró validación en el apoyo que Estados Unidos brindó a las agencias de la ONU en los años cincuenta. Esto reforzó la autoridad de una elite de expertos extranjeros que establecían prioridades, y constituyó una manera de llevar adelante un cambio social que enfatizará la evolución ordenada de países en desarrollo, en lugar de cambios sociales violentos producidos por revoluciones. En otras palabras, los programas de modernización fueron concebidos como una forma de detener el avance del comunismo que podía proponer soluciones radicales (p. 53).

En el ámbito nacional, Oñativia fue uno de los exponentes máximos que sostuvo la necesidad de incorporar la salud pública a los planes de desarrollo social y económico. El sanitarista defendió una política que no se limitara a lo sectorial e integrara las acciones de salud en un campo más amplio con el fin de abordar los aspectos que consideró coadyuvantes o causales de los males sanitarios (Belmartino y Bloch, 1994: 36)<sup>90</sup>. Para el Ministro de Salud del presidente Illia, las acciones de salud no deberían ser específicas, no se debían desarrollar en campos aislados y paralelos, sino que deberían formar parte y coordinarse con otras actividades, que tendieran a establecer el bienestar económico, social y cultural de los pueblos (Belmartino y Bloch, 1994: 37).

En definitiva, el *zeitgeist* dominante de la época fue la modernización y el desarrollo. Nociones que asumirán varias caras y a mediados de los sesenta una de ellas vinculará modernización cultural y radicalización política. Esta dialéctica encontró su reacción en fuerzas nacionalistas, tradicionalistas y familiaristas que apelaron al acervo antimodernista de la Iglesia Católica cuyo punto máximo fue la Revolución Argentina en donde convivió el impulso tecnocrático del desarrollo con los valores tradicionalistas del socialcristianismo.

Ahora bien, retomemos el hilo que marcó el interrogante guía de esta sección referido al actor que estuvo detrás de la política de hospitales comunitarios y al núcleo de creencias fundamentales que cimentó la coalición que conformó para promover la política. La coalición formada por tecnócratas y militares se cimentó en la creencia compartida sobre

---

auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud a nivel nacional y local (OPS/OMS, 1962).

<sup>90</sup> Sostienen Belmartino y Bloch que la enumeración que hace Oñativia de los problemas es suficientemente explícita: saneamiento del medio con agua potable, servicios sanitarios, educación, vivienda adecuada, aumento del nivel de vida de las poblaciones, etc.

la estructuración de la relación entre Estado y sociedad que le asignaba al primero una función subsidiaria, en el comunitarismo como marco general de organización de la política social en la dictadura militar, y todo ello, en el marco de un espíritu de época que combinó tradicionalismo católico con modernización tecnocrática que reconoció en la Revolución Argentina la encarnación definitiva de dichos valores.

### **3. Instituciones e ideas en la descentralización comunitaria:**

#### *3.1. Instituciones y cambio en la política de reforma*

En este apartado analizaremos el interjuego de las instituciones y las ideas sobre la política de cambio institucional. A diferencia del proceso de centralización que analizamos en el capítulo anterior, no parece haber en la descentralización comunitaria un factor clave que haya modelado de forma predominante el contenido de la política. Por el contrario, el cambio se produjo por una combinación de la influencia de factores institucionales e ideacionales que, como ya vimos, suelen presentar un alto nivel de correlación (Jacobs, 2015).

El marco institucional nos permite comprender la estructura de oportunidades con la que interactúan los individuos y grupos guiados por intereses e ideas de políticas. En este sentido, Béland y Lecour (2016) han sostenido que la estructuración territorial del Estado es una variable importante en la exploración del modo en que las instituciones impactan sobre las ideas en un proceso político. En cuanto a la estructuración territorial del Estado federal, los autores sostienen lo siguiente: «una escena política de dos niveles como la de los estados federales es particularmente favorable a la presencia de ideas vinculadas a una multiplicidad de comunidades políticas, que condicionan la difusión y el marco de la política pública» (Béland y Lecours, 2016).

Por su parte, Fox (1994) al analizar las reformas de las políticas alimentarias realiza un aporte importante cuando sostiene que el marco institucional estructura las potenciales rutas de acceso por donde se canalizan las demandas de los sectores que conforman el espacio público. En este sentido, el marco institucional establece las reglas de juego que permiten el desarrollo de la lucha política institucionalizada y determina los canales de influencia para los actores con pretensiones de modelar la agenda pública.

La reforma de los hospitales comunitarios en la provincia fue una reforma promovida «desde arriba» por una coalición reformista que ocupó posiciones estratégicas en el Estado nacional. A través de esta reforma se abrió una ruta de acceso institucional por

medio de la cual «la comunidad» podría canalizar sus demandas. Como hemos mencionado, esta política en la provincia tuvo su antecedente inmediato en el proyecto SAMIC que fue impulsado por los sanitaristas que ocupaban la cartera de salud nacional. Durante la segunda mitad de los años sesenta, los sanitaristas fueron el actor que mantuvo una influencia estratégica en la agenda de la política sanitaria. Y el Estado nacional fue el ámbito propicio al que dirigieron su acción principal y en donde procuraron influir por diversos medios para plasmar las ideas reformistas que postulaban. En otras palabras, las ideas reformistas tuvieron su ingreso a la política pública través del Estado nacional por medio de su tecnoburocracia estatal.

La distribución de poder que establece el marco institucional federal no es estática sino un proceso político que modifica su patrón asumiendo niveles de distribución diferentes en el continuum entre centralización y descentralización. En los años sesenta esta distribución estaba condicionada por las características fundantes de un sector público de salud formado bajo la estrategia nacional de planificación centralizada de la década peronista, que no habían logrado dismantelar los vacilantes impulsos descentralizadores desde 1955. Este parece haber sido el factor decisivo para que las nuevas ideas de política encontraran su «ruta de acceso» a la agenda en el nivel nacional de gobierno.

La política SAMIC se aprobó en el nivel nacional en diciembre de 1966 y, pocos meses más tarde, hizo lo propio la provincia cuando sancionó el régimen SAMCO. El régimen SAMIC se aplicó sobre los hospitales que dependían del ámbito nacional y contaban con la conformidad de la jurisdicción de emplazamiento (Arce, 2010: 238). No obstante, es preciso recordar que en 1966 estamos frente a un régimen político dictatorial que suspendió las autonomías de las provincias y removió sus autoridades electas designando interventores federales. Esto evidentemente suprimió las posibilidades de veto por parte de los niveles provinciales sobre las propuestas nacionales.

Sin embargo, la trasmisión del modelo de política desde el nivel nacional no asumió una forma coactiva. Una evidencia de esta falta de coacción la podemos hallar en la declaración de la Segunda Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública en diciembre de 1967 cuando se recomienda a las autoridades provinciales la adopción de legislación acorde con la ley nacional. Desde nuestro punto de vista, la incorporación de la política en la provincia fue el resultado de la combinación de factores institucionales como la supresión de las autonomías provinciales que dispuso la dictadura militar y un marco de ideas compartidas entre los principales agentes con influencia estratégica en la formación de la agenda sanitaria que las transmitieron de un modo no coactivo.

En efecto, ahora corresponde dar cuenta de los mecanismos causales que explican la circulación de las ideas hasta la agenda sanitaria provincial. Afirma Jacobs (2015) que una explicación ideacional es una explicación causal en la cual el contenido de una estructura cognitiva puede influir en las respuestas de los actores ante una situación de elección. Esta explicación supone que dicha estructura cognitiva no es totalmente endógena a las características objetivas y materiales de la situación de elección (Jacobs, 2015: 43). Una explicación de este tipo es robusta cuando logra dar cuenta de cierta autonomía de las ideas con relación a los cambios materiales u objetivos que operan durante el período. De modo que las ideas deben aparecer como una fuente externa a las características objetivas presentes en la situación de elección, lo que puede proceder de la exposición a ideas sostenidas por otros actores a través de redes de políticas o procesos de socialización política (Jacobs, 2015: 44). En este sentido, volvemos a plantear los tres *test* centrados sobre las vías observables a través de las que las ideas viajan en un sistema político: 1) el origen de las ideas; 2) transmisión de las ideas; 3) el movimiento de transmisores ideacionales a través de configuraciones institucionales. En las próximas páginas buscamos dar cuenta de una explicación de este tipo y, al mismo tiempo, sobre la base de la operacionalización de Mehta (2011) presentamos la construcción del problema público en el que se fundamentó la solución política descentralizadora.

### 3.2. *Las ideas y el camino de la reforma*

Sobre la base de los test propuestos por Jacobs (2015) reconstruimos el origen de las ideas de la descentralización comunitaria y los mecanismos que intervinieron como sus transmisores hacia la agenda pública provincial y que culminaron modelando la política en la provincia.

Una corriente de ideas que provino de Estados Unidos asoció a la comunidad con la organización hospitalaria. Esta surgió en Estados Unidos durante sus famosos *sixties*, la década que escenificó una activación popular e intelectual inédita que giró alrededor de importantes cuestiones sociales como los derechos humanos, la guerra de Vietnam, la pobreza urbana y el racismo. Fue el tiempo de ensayos orientados a la ampliación de la acción social en áreas como vivienda, educación y salud (en especial salud mental) que se implementaron en el ámbito local para aliviar las tensiones de los guetos de las principales metrópolis. En el campo de la salud tuvo su forma en el movimiento de salud comunitaria también conocido como medicina comunitaria basado en la implantación de

centros comunitarios de salud, en general administrados por organizaciones no lucrativas y subsidiados por el gobierno federal destinados a realizar acciones preventivas y proporcionar cuidados básicos de salud a la población residente en áreas geográficamente delimitadas (Almeida Filho y Paim, 1999).

Sostienen Almeida Filho y Silva Paim (1999) que esta propuesta recuperó parte importante de los postulados de la medicina preventiva, en particular el énfasis puesto en las “ciencias de la conducta” como la sociología, la antropología o la psicología y su aplicación a los problemas de salud. Pero la diferencia es que el conocimiento de los procesos socioculturales y psicosociales del paciente no se destina a facilitar la relación médico-paciente o la gestión institucional sino a facilitar la integración de los equipos de salud con las «comunidades problemáticas» a través de la identificación y cooptación de los agentes y fuerzas sociales locales para los programas de educación en salud. Sostienen los autores que el movimiento comunitarista logró poner en práctica ciertos principios preventivistas pero sin tocar el mandato de la atención médica convencional (p. 11).

Si bien el movimiento de salud comunitaria fracasó en sus objetivos los organismos internacionales del campo de la salud incorporaron rápidamente los postulados del nuevo movimiento ideológico. Así fue que con el respaldo de la OMS, los principios de estos programas comunitarios pasaron a enfatizar más la dimensión de la atención simplificada procurando la extensión de la cobertura de servicios hacia poblaciones hasta ese momento excluidas del cuidado de la salud, principalmente en áreas rurales, siendo de esa manera incorporados al discurso de las agencias oficiales y de las burocracias públicas (Donnangelo, 1976; citado en Almeida Filho y Paim, 1999: 11).

La política de hospitales comunitarios tuvo su primera expresión a nivel nacional en el proyecto propuesto por Arturo Oñativia, ministro de salud del gobierno de Arturo Illia. Este proyecto que supo recoger el ideario comunitarista obtuvo media sanción en su tratamiento legislativo. Tuvo un nuevo impulso durante el gobierno dictatorial de Onganía favorecido por la continuidad de los cuadros técnicos que finalmente condujo a la sanción de la ley SAMIC.

Ahora bien, es posible volver sobre la pregunta: ¿cuáles fueron las fuerzas causales que determinaron la aprobación de la reforma? Ya hemos mencionado que la dictadura suprimió las autonomías provinciales y, por consiguiente, las posibilidades de veto de los niveles provinciales de gobierno. Sin embargo, la adopción por parte de la provincia no respondió a un mecanismo coactivo desde el nivel nacional. Por el contrario, la transferencia se produjo por la combinación de factores institucionales ya mencionados

con mecanismos ideacionales. Esto es, un marco de ideas y creencias compartidas por los agentes principales de la coalición con capacidad para influir en las agendas sanitarias, especialmente por los cuadros de la tecnoburocracia.

Desde el comienzo de la década del sesenta los sanitaristas formados en la Escuela de Salud Pública ocupaban cargos claves en la administración sanitaria nacional y provincial. Desde estas posiciones, los nuevos expertos habían fortalecido su capacidad de incidir sobre la hechura de las políticas sanitarias. Un ejemplo de su influencia sobre la estructura estuvo en la conformación de las unidades de planificación en salud en los ministerios nacional y provinciales de salud o en las áreas destinadas a salud de las comisiones nacionales y provinciales de desarrollo. Estos compartieron un conjunto de valores, creencias e ideas de políticas fundamentales sobre los que tuvo una influencia importante los desarrollos provenientes desde organismos internacionales, especialmente OPS.

En territorio provincial un ejemplo claro de una estructura en la que participaban expertos nacionales e internacionales se dio a partir de la creación del Centro Nacional de Lucha Antituberculosa con sede en la localidad de Recreo mediante un convenio celebrado entre el gobierno provincial y el nacional en 1961. Su creación se produce en el marco del «Plan tripartito de operaciones para el Proyecto de Control de la Tuberculosis en la República Argentina» celebrado entre el Gobierno Nacional, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Este centro se transformó en una estructura de organizacional de difusión y trasmisión de instrumentos e ideas de política. Por ejemplo, a fines de diciembre de 1963 se celebraron allí las Jornadas Médico Gremiales organizadas por la Federación Médica de la provincia y la Sociedad Médica de Santa Fe bajo el auspicio de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) de las que participaron las autoridades sanitarias provinciales. En esta se abordaron los temas que formaban parte del núcleo de preocupaciones teóricas y prácticas para la organización sanitaria: «planificación y reestructuración hospitalaria de la provincia de Santa Fe»; «Organización técnica hospitalaria, bases para un hospital piloto»; «organización administrativa de un hospital moderno»; «estadísticas hospitalarias» y «el hospital y la comunidad».

El agente «portador» de las ideas que modelaron el modelo SAMIC y más tarde conformaron el contenido del régimen SAMCO fue el médico Jorge Sandoz. En un marco de eliminación de las libertades políticas tanto en el orden nacional como provincial, Sandoz fue el delegado sanitario del gobierno nacional en Santa Fe. Se trataba de un

médico y profesor de la UBA que era un partícipe activo de los ámbitos de la circulación y producción de ideas del sanitarismo.

Esto nos permite conjeturar que los mecanismos de transmisión de las ideas no fueron coactivos sino de que se trató de un modo voluntario. Sostiene Rose (1993) que entre los modos de transferencia podemos distinguir entre la difusión de ideas de tipo «voluntaria» de aquellas transferencias que abarcan procesos coercitivos. En el primer supuesto podemos encuadrar la difusión de ideas a través del mecanismo de aprendizaje, donde los actores investigan y adaptan sus ideas fundamentales. En el segundo supuesto, entran aquellas transferencias que son resultado de diferentes tipos de presiones relacionadas a los procesos de isomorfismo (Di Maggio y Powell, 1991) y que la literatura ha clasificado en tres tipos: coercitivas, miméticas y normativas.

El aprendizaje supone un proceso de «continua investigación y adaptación» motivado por el deseo de realizar las creencias del núcleo de políticas (Sabatier, 1988). La idea de la política de hospitales comunitarios se difundió a través de las distintas esferas de socialización compartidas entre los actores estatales y sociopolíticos de la coalición, especialmente las instancias de intercambio y difusión de la tecnoburocracia sanitaria.

Ahora bien, la descentralización comunitaria fue una solución política que correspondió a un problema construido y difundido por los actores en el ámbito público. Los actores luchan en torno a la definición de los problemas de política en su definición se determina el alcance de las posibles opciones (Mehta, 2011: 33). De modo que ¿cómo se definió el problema político y por qué una definición particular prevaleció sobre otra definición en la lucha?

En nuestro caso, debemos retornar al cuadro general descentralizador que se inició a partir de 1955 que, en cierta medida, determinó cuales fueron los problemas que en definitiva recorrerían el período para el pensamiento sanitario. Como ya lo hemos advertido, el proceso descentralizador en el sector público nacional comenzó con los informes de la Organización Panamericana de la Salud en 1955. En la solicitud del informe, el gobierno militar argentino señaló que la organización sanitaria adolecía de «defectos fundamentales (...) debidos a la falta de una debida coordinación y a la existencia de organismos y servicios que actuando en los mismos campos tienen un rendimiento mínimo con gran dispersión de esfuerzos y materiales (...)» (citado en Iriart, 1994: 88). En el centro de los problemas del sector está la falta eficiencia del sector público producto de la ausencia de coordinación intra e intersectorial.

El segundo informe de OPS compartió el diagnóstico y fue central a la hora de comprender la reorientación de las políticas. El informe cuestionaba la interpretación que hacían las jurisdicciones sobre el concepto de salud que, según el mismo, conducía a priorizar los servicios curativos, omitiendo los preventivos. Ratificó la falta de coordinación sectorial e intersectorial y la rigidez normativa de un sistema administrativo complicado y deficiente que afectaba a la eficacia y la economía. La falta de una administración eficiente en salud pública conduce a un aumento de personal en los órganos centrales, a una falta de contacto de la dirigencia del nivel central con los órganos locales y la población, a una falta de conocimiento de las necesidades de la población a la que hay que prestarle servicios y a una nula o escasa participación comunitaria en los programas locales de salud, entre otras. Es más, el informe señaló «la escasa o ninguna participación de la comunidad en los programas locales de salud, en detrimento de la eficacia de los servicios; falta de coordinaciones entre los organismos nacionales, provinciales y municipales en el nivel local, con la consecuente duplicidad de esfuerzo» (Informe OPS-OMS, citado en Iriart et al, 1994). De modo que el organismo destacó la ineficacia del sector público asociándola de modo temprano a la escasa participación comunitaria. En sentido contrario, la proximidad entre ciudadanos y tomadores de decisiones expresa una virtud de todo sistema. Una cercanía que se traduce en la mejora de la eficiencia distributiva de los bienes públicos. El organismo resalta lo siguiente:

«el escaso o ningún contacto del personal central dirigente con los organismos locales y la población interesada, lo que impide que este personal tenga un adecuado conocimiento de las necesidades o características especiales de la población a la que ha de prestarse los servicios» (OPS-OMS, Estudio de los servicios de Salud Pública de la República Argentina, Comisión de Consultores, citado en Iriart et al, 1994).

La descentralización de los servicios era vista como la garantía de que «las autoridades responsables tendrán un mejor conocimiento de las condiciones locales, la proximidad eliminará los problemas de una administración lejana y la opinión pública podrá estimular la eficacia de los servicios que le son prestados». Este acervo de argumentos capaces de unir causas y efectos estarán destinados a tener una larga vida en el medio sanitario nacional. Por ejemplo, años más tarde, en 1970, un informe elaborado por el secretario de salud pública Holmberg llevaba el título «Informe Pedrozo» destacando el informe de la OPS de 1956 como un recurso de administración, de atención médica y de

administración hospitalaria. Destaca la influencia que tuvieron los parámetros contenidos en los informes de la OPS sobre las ideas que dominaron el ámbito sanitario en los años sesenta.

Es posible reconocer que esta perspectiva fundada en una apelación «eficientista» compartió espacio con otra de naturaleza política que sustituía eficiencia por otro concepto que organizaba parte del pensamiento social desde la experiencia peronista: la justicia social. Uno de los informes de salud pública de la Comisión Nacional de Desarrollo de 1963 sostiene que la planificación en salud pública de fundarse «en criterios de justicia social y una distribución equitativa de la renta». De este modo se evidencia una brecha conceptual y de objetivos entre las propuestas ligadas a la justicia social de Arturo Oñativia y el enfoque eficientista de los técnicos encargados de la actividad específica (Belmartino y Bloch, 1994).

Este enfoque eficientista penetró en los argumentos que sostuvieron la descentralización de los SAMIC y de los SAMCO. En consonancia con esta posición, el decreto provincial que dio origen al régimen estableció como objetivo de la política:

«dar intervención a la comunidad es la solución a uno de los problemas que interesan a la misma, mediante su activa participación, tendiente al logro de una *más eficaz y económica prestación de los servicios*, en beneficio de toda la población» (Art. 2).

De modo que en buena medida la descentralización se reconoce como un instrumento capaz de contener costos en la escala local dado que la experiencia muestra como evidentemente ineficiente el control operado a nivel central. Entre las opciones en disputa por la definición del problema público que hemos estilizado como «visión política» que recoge los enunciados de justicia social y la distribución del ingreso, fue la «visión técnica» con el acento en la eficiencia de la administración y el control del gasto la que prevaleció en la descentralización comunitaria santafecina. Aunque estas apelaciones no son excluyentes, esta estilización entre visiones contiene enunciados que aparecen entrelazados de modo frecuente en términos empíricos.

La solución política planteada fue la descentralización hacia la comunidad. No volveremos sobre los aspectos administrativos, fiscales o políticos que contuvo el régimen dado que los consideramos suficientemente desarrollados. En cambio, situamos el foco en ciertos nudos que aún merecen de una explicación suficiente.

La perspectiva ideacional asume que las personas desarrollan un conjunto de ideas para darle sentido al mundo y que estas son capaces de agrupar actores en torno de ellas, así como dividirlos. Incluso esto sucede con ideas que *a priori* aparecen como idénticas pero que los actores le atribuyen distintos significados. La comunidad es una de estas ideas.

¿A qué se refiere el modelo SAMCO cuando habla de comunidad? ¿cuál es la idea de comunidad que prevalece entre los actores?

Piselli (2007) sostiene que no hay un solo modo de entender la comunidad. La sociología clásica identifica en el concepto de comunidad a las relaciones sociales significativas que involucran al individuo con un todo. Esto alude a un modo de sentir compartido y una voluntad espontánea de cooperar donde las actividades se comparten y los roles se superponen. Asimismo, la comunidad es identificada con una unidad residencial particular. En cambio, otra concepción más moderna asocia la comunidad a una red de relaciones más que un espacio definido (p. 867).

La noción de comunidad estuvo en el centro del modelo de intervención social de la planificación para el desarrollo. Una vía de entrada a la noción la podemos encontrar en los «comunitaristas corporativos»: un grupo que en el Estado y en la sociedad civil postularon una idea de comunidad como una entidad natural capaz de neutralizar el conflicto social, con clara influencia de la encíclica *Pacem in Terram* de Juan XXIII<sup>91</sup>. Desde esta mirada, la comunidad es un objeto de intervención que puede ser transformada estructuralmente para el logro del desarrollo económico, político, cultural, social y espiritual (Osuna, 2012:7). Dicha transformación debe recaer centralmente sobre las actitudes y los hábitos de los grupos marginales. La regeneración cultural y moral de los pobres se convierte en una meta de la planificación sobre la comunidad.

Es una apelación a una comunidad comprendida como un orden estático y natural sobre la que se interviene desde el exterior para transformarla y garantizarle su camino hacia el desarrollo y la modernización. Una consecuencia directa de esta concepción es el rechazo a la política partidaria, a los sindicatos y al conflicto social en general en la medida que

---

<sup>91</sup> Esta orientación es reconocible en las expresiones de Raúl Puigbó, Secretario de Participación Comunitaria (SEPAC) entre 1967- 1968 en el Ministerio de Bienestar Social de la Nación, quien en una conferencia en La Rioja en 1966 sostuvo: “un sistema estructural e integrado de relaciones sociales que funciona en un espacio limitado y que posee un repertorio común de usos, de costumbres, de valores y de normas. Es decir, que lo distintivo de la comunidad es la existencia de una unidad perfectamente diferenciada, reconocible en forma espontánea y natural, tanto por los propios integrantes, cuanto por las personas que no integran esa unidad social. Si no existe conciencia de la comunidad, no puede haber vivencia comunitaria” (Ministerio de Bienestar Social, Manual de Acción Comunitaria, Buenos Aires, Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad, 1968).

son sinónimo de faccionalismo, división, particularismo, demagogia, etc. El conflicto es la manifestación directa del apego a los intereses particulares y el abandono del «bien común». Es más, es posible el cierre del conflicto social cuando se supere la política, la división y se acepten las jerarquías sociales «naturales», permitiendo la cohesión espiritual, la integración y la solidaridad entre las partes (Osuna, 2012). La solidaridad a la que se apunta es una capaz de neutralizar la prevalencia de los intereses particulares de las partes de una comunidad. Una solidaridad despolitizante que aparece como la materia capaz de originar la unidad del «cuerpo social» como entidad superior a la agregación de sus partes.

A la comunidad se le atribuyen virtudes que se extienden hacia las tensiones que existían entre los profesionales médicos. Esto se manifiesta en las palabras de Kallenberger (1969) cuando identifica como una sus virtudes la superación del «divisionismo médico» que se proyecta sobre la vida social siendo capaz de dividir la comunidad en «bandos opuestos». La transferencia de poder a la comunidad «contribuirá, antes que nada, a beneficiar a los profesionales *auténticos*, rejerarquizándolos y recuperando la unidad, armonía y prestigio público que necesariamente deben tener en el medio que actúan» (p. 30).

En definitiva, la idea de la participación de una comunidad homogénea circunscripta a las fronteras de lo local es el contenido sustantivo que modeló la descentralización SAMCO. Una concepción donde el territorio aparece asociada a la noción de «espacio de proximidad» (Catenazzi y Da Representação, 2009). La proximidad que determina el territorio como garantía de la homogeneidad de la comunidad en cuando beneficiaria y sujeto de la política. Es la beneficiaria de la política en la medida que la descentralización permite la canalización más eficaz de sus demandas. El SAMCO como ruta de acceso de la demanda de la comunidad. Y, asimismo, es reconocida como un sujeto de demandas sociales de una reforma cuya impronta política culmina alterando la distribución del patrón de poder.

Por detrás está la acción del Estado que se plantea como una acción subsidiaria de las respuestas de orden natural que la comunidad crea en su proceso de desarrollo. Sin embargo, si bien está presente la noción subsidiaria de dicha intervención esta se justifica como un medio para el desarrollo social, como una condición necesaria del potencial desarrollo de la Nación. Este argumento comenzará a ser desplazado a partir de los años setenta por una concepción que justifica la acción estatal en cuanto mitigación de los efectos de la pobreza (Sojo, 2000).

## Recapitulación

A lo largo de este capítulo buscamos reconstruir los factores que influyeron en la política de descentralización hospitalaria SAMCO sancionada en Santa Fe en los últimos años de la década del sesenta.

Hemos reconstruido de qué modo la estrategia descentralizadora se inició en 1955 en el ámbito nacional a partir de los informes de la OPS. Desde entonces la formación de sanitaristas en las escuelas de sanidad públicas que ocuparon lugares claves en la administración nacional y provincial, estimuló la configuración de una tecno-burocracia sanitaria que se constituyó en el actor fundamental para las políticas sanitarias sobre el sector público.

La política de descentralización de hospitales comunitarios fue producto de una coalición promotora nacional entre militares y tecnócratas que se cimentó en la creencia compartida sobre la estructuración de la relación entre Estado y sociedad que le asignaba al primero una función subsidiaria, en el comunitarismo como marco general de organización de la política social en la dictadura militar, y todo ello, en el marco de un espíritu de época que combinó tradicionalismo católico con modernización tecnocrática que reconoció en la Revolución Argentina la encarnación definitiva de dichos valores.

Se trató de una reforma «desde arriba» que encontró en las instituciones federales la «ruta de acceso» de las ideas de política que se materializó por primera vez en el ámbito nacional en la propuesta del gobierno radical de Arturo Illia. La continuidad de la tecnoburocracia sanitaria en las altas esferas del gobierno nacional durante la dictadura favoreció la aprobación de la ley SAMIC a nivel nacional.

La transmisión de la descentralización comunitaria hacia la esfera provincial combinó factores institucionales e ideacionales. Por un lado, la suspensión de las autonomías provinciales, la remoción de las autoridades y la designación de delegados del gobierno nacional en distintas esferas, entre ellas, el área sanitaria. Por el otro, un marco de ideas y creencias de política compartidas entre los miembros de la tecnoburocracia sanitaria cuyo modo de transmisión se produjo por aprendizaje de los agentes más que por la coacción de una esfera superior.

Entre las concepciones que se disputaron el sentido de la política sanitaria, lo que hemos llamado *visión eficientista* y política de la sanidad, en la política de descentralización hospitalaria SAMCO parece haber predominado una mirada *eficientista* del problema público que se centró sobre el ordenamiento de los recursos y la necesidad de control del

gasto. Esto condice con el predominio de la dimensión administrativa que caracterizó a la reforma provincial, tal como vimos al analizar las diferentes dimensiones de la descentralización comunitaria provincial.

Un territorio de proximidad definido por el ámbito espacial de lo local garantiza la participación de la comunidad como un nuevo sujeto entendido como una entidad homogénea capaz de expulsar el conflicto de lo social.

##### Presentación

En este capítulo analizamos el desarrollo de la regionalización sanitaria en la provincia de Santa Fe. A lo largo del capítulo buscamos explicar a la primera regionalización sanitaria provincial como un producto de la interrelación entre dos legados institucionales de origen nacional: las Áreas sanitarias y los programas de atención primaria de la salud (APS) implementados durante el período dictatorial.

Los años setenta marcaron una profunda transformación de las relaciones al interior del sector salud que decantará en una disminución relativa de la importancia y un deterioro profundo de la estructura pública a inicios de la restauración democrática. En este marco, el gobierno provincial impulsa la política de regionalizar el sistema sanitario en territorio provincial. Nuestra perspectiva identifica en la hechura de esta reforma provincial la influencia de políticas nacionales procedentes del período autoritario inmediato anterior. Las ideas contenidas en los instrumentos nacionales modelaron el contenido sustancial de la política provincial y configuraron un modo de intervenir en lo sanitario que identificó un nuevo beneficiario y una nueva territorialidad.

En este sentido, el capítulo se organiza en tres grandes apartados. En el primer apartado damos cuenta del contexto político provincial a comienzos de los años ochenta en el que se enmarcó la regionalización sanitaria y la situación estructural de la sanidad pública heredada de la última dictadura militar.

En el segundo apartado, luego de describir la transformación de las reglas de juego que organizaban el sistema sanitario en los primeros años setenta, nos centramos sobre la política de regionalización sanitaria, sus orígenes en los años setenta y su cambio durante la transición democrática. Asimismo, analizamos el proyecto de reforma elaborado desde el nivel provincial denominado Modelo Provincial de Atención por un grupo de técnicos pertenecientes a las filas del justicialismo que representó la principal iniciativa de cambio promovida por el gobierno provincial, trunca a raíz de los condicionantes internos de la coalición que dominaba el partido de gobierno en los años ochenta.

Finalmente, en el último apartado, reintroducimos nuestro interrogante principal sobre la interacción entre las ideas y las instituciones sobre los resultados de política y analizamos como opero cada uno de ellos en el cambio institucional.

## **1. Contexto político y estructura sanitaria:**

### *1.1. La transición democrática en la provincia*

La derrota de Malvinas selló el destino de la dictadura y con ello se abrió una etapa que culminó con el triunfo de Raúl Alfonsín y su arribo a la presidencia de la República. En 1983 la fórmula radical obtuvo en la provincia el 50.21% de los votos contra el 42.94 de la justicialista encabezada por Ítalo Luder. La UCR alcanzó la victoria en las gobernaciones de gran parte de los distritos más poblados del país: Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Entre Ríos. Pero la ola alfonsinista no alcanzó para triunfar en Santa Fe. En una elección cargada de polémicas, la victoria ajustada fue para el justicialismo que consagró a José María Vernet como gobernador provincial<sup>92</sup>. Santa Fe era el tercer distrito en relevancia poblacional del país y la provincia más importante controlada por el partido justicialista durante la transición democrática<sup>93</sup>.

A pesar de la victoria justicialista, el tablero provincial del poder quedó distribuido en forma equilibrada. La fórmula peronista de Vernet-Martínez obtuvo el 41,41% de los votos contra el 40.32% de la fórmula radical de Reinaldo-Carreras y, por consiguiente, la

---

<sup>92</sup> El escrutinio de las elecciones provinciales fue lento y plagado de suspicacias. Hasta altas horas de la madrugada la tendencia favorecía al radicalismo, pero se produjo un «apagón» en el centro de cómputos provincial. Tras la restauración del sistema, la tendencia se había invertido y el partido justicialista encabezaba las preferencias. Esto produjo confusión e indignación en las filas radicales que descreían de su validez. La UCR provincial se niega a reconocer el resultado de la elección. Reconocerá el resultado de la elección y, por lo tanto, el triunfo de Vernet, recién el 11 de noviembre de 1983, 12 días más tarde de realizado el acto comicial.

<sup>93</sup> En la provincia de Santa Fe conviven tres sistemas electorales diferentes. En primer término, un sistema de mayoría y minoría para la integración de las comisiones comunales. Por este sistema se le otorga representación al primer y segundo partido más votado. A la minoría se le otorga el último miembro titular y el último suplente. Una vez en funciones, cada Comisión Comunal elige un presidente entre sus miembros. En segundo lugar, un sistema de representación proporcional para la integración de los Consejos Municipales, otorgándole representación a cada partido político de acuerdo con los votos obtenidos mediante la aplicación de la fórmula D'Hont, con una barrera del 3%. Por último, un sistema mixto para la integración de la Cámara de Diputados según el cual se le otorga una holgada mayoría absoluta – 28 bancas sobre 50- al partido que obtuviera el mayor número de votos. Las 22 bancas restantes se reparten entre los demás partidos políticos en proporción a los sufragios obtenidos de acuerdo con la fórmula D'Hont con un piso del 3%. Los cargos ejecutivos (gobernador, vice e intendentes) y los miembros del Senado son elegidos a simple pluralidad de votos, organizándose el electorado en distrito único en el primer caso y como circunscripciones uninominales en la elección de senadores por departamento (Robin, 1994).

paridad fue el dato trascendental que reveló un panorama político muy reñido (Maina, 2013)<sup>94</sup>. Un escenario político que se afianzó con las elecciones nacionales y locales de 1985 en las que el partido radical obtuvo el triunfo<sup>95</sup>.

Sin embargo, las elecciones provinciales de 1987 pusieron de manifiesto, esta vez por un amplio margen, el predominio del partido justicialista en territorio provincial. La fórmula peronista de Reviglio y Vanrell obtuvo el 44,1% de los votos y la radical tan sólo el 28 % lo que garantizó al justicialismo la mayoría en la Cámara de Diputados provincial y un control casi absoluto en la Cámara de Senadores. Además, un incremento de sus bancas nacionales. Fue el momento inicial de una larga etapa de predominio electoral peronista que se extenderá alrededor de veinticinco años y que incluyó un complejo proceso de reconstrucción y reacomodamiento partidario<sup>96</sup>.

Ahora bien, la derrota en las elecciones nacionales de 1983 había sacado a superficie una crisis que se incubaba desde hacía más de una década y que puede sintetizarse en tres componentes básicos: fragmentación organizacional, crisis de identidad y vacío de liderazgo. Cada uno de estos síntomas responde a acontecimientos que en su momento habían conmovido profundamente a la vida partidaria: la muerte de Perón en 1974, la extrema conflictividad intestina desatada entre 1972 y 1976 y la sangría de cuadros partidarios producto del terrorismo de estado. Como sostiene Mustapic (2002), esto permitió el avance dentro del partido de la estructura gremial peronista tanto a nivel nacional como provincial.

Algunos autores denominan a esta primera etapa del peronismo provincial como periodo laborista dado que los gremios, en especial los metalúrgicos, en un contexto signado por la incertidumbre y la crisis identitaria, hicieron pesar todo su poder como actor predominante (Lacher, 2015)<sup>97</sup>. Una expresión de esto fue el congreso partidario de

---

<sup>94</sup> De modo que el PJ obtuvo cuatro bancas de diputados nacionales y la UCR perdió una. Con esta elección, el radicalismo logró afianzar su predominio territorial en municipios y comunas con la victoria en 19 intendencias y 159 comunas mientras que el PJ lo hace en 11 intendencias y 109 comunas.

<sup>95</sup> La UCR triunfó con el 39,64% sobre el 34,82% de los votos del justicialismo.

<sup>96</sup> Ver la Tabla N° 12 con los resultados electorales en las elecciones provinciales y nacionales entre 1983 y 1991.

<sup>97</sup> Un tiempo en el que los dirigentes políticos carecieron de peso sobre la organización partidaria. Este primer período (1983-1984) es el que Lacher (2015) ha denominado período laborista. Sostiene el autor que el PJ de la transición tuvo como principal base de apoyo al movimiento obrero organizado y supeditó su desempeño a los recursos (financieros, humanos y organizativos) provenientes del ámbito sindical. Las listas del PJ se conformaron a partir de un criterio corporativo. Éste, al sustentarse en la imposición del

septiembre de 1983 en donde se definió la fórmula Vernet-Martínez. El candidato a gobernador era un contador proveniente del mundo gremial sin trayectoria previa en la militancia política que accedió a la candidatura debido a su condición de asesor legal de la todopoderosa Unión Obrera Metalúrgica (UOM) de la ciudad de Rosario. Por su lado, Martínez era un dirigente del sindicato de la industria alimenticia de la ciudad de Santa Fe<sup>98</sup>.

En 1983 la formación del gabinete fue el escenario de una disputa entre las diversas facciones del peronismo triunfante. El Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social le correspondió a Víctor Félix Reviglio, médico oriundo de la ciudad de San Francisco (Córdoba), de militancia temprana en las filas peronistas, vicepresidente de la Sociedad Médica de Santa Fe y de estrecha vinculación con la UOM. Entre sus varios laureles en la militancia en el movimiento, Reviglio mostraba experiencia en la gestión sanitaria dado que en 1973 había sido subsecretario de salud pública de Silvestre Begnis cuando el gobernador desarrollista accedió a la gobernación fruto de una alianza política con el peronismo. Una vez rota esta alianza, fue designado durante la gestión nacional del ministro Domingo Liotta como Director de Atención Médica del gobierno nacional.

El itinerario personal de Reviglio es relevante no sólo por las credenciales del ministro en las filas partidarias sino también por sus vínculos con los actores que protagonizaban las relaciones de poder hacia el interior del sector. El plano político y el plano sectorial se yuxtaponen en una trama compleja de relaciones que se extienden más allá de la arena político partidaria pero la permea de modo significativo. Los dos gobernadores peronistas de la transición, curiosamente, impulsaron sus carreras políticas mediante una relación estrecha con las organizaciones sindicales y los prestadores médicos, los dos polos de lo que Susana Belmartino denominó el pacto corporativo.

A fines de los años ochenta (1983-1989) el peronismo combinaba triunfos electorales, crisis económica y conflictividad social. El claro predominio de la estructura gremial sobre la conducción partidaria con el que se inició la década comienza a diluirse en un

---

tercio sindical, ofreció un reflejo de las estructuras internas de poder y garantizó la incorporación de gremialistas en las nóminas para cargos partidarios, ejecutivos y legislativos (Larcher, 2015: 40).

<sup>98</sup> Siete sindicalistas integraron la nómina de los 28 diputados provinciales del justicialismo, entre los que se encontraban José Reyes (Sindicato del Vidrio), Julio Escobar (Gastronómico), Ricardo Centurión (UOM), Pedro Utrera (Viales), Luís Parra, Juan Santos Díaz (Telefónico) Ricardo Alzugaray (Cuero). Por último, Luís Ghezzi (Aceiteros) y Luís Rubeo, fueron designados como Secretario General y Vocal dentro del Consejo Ejecutivo del PJSF, respectivamente.

lento y contradictorio proceso de desindustrialización. Al período laborista le había sucedido el socialdemócrata (1984-1987) y, finalmente, el período profesional electoral (1987-1989). Durante lo que Larcher (2015) denomina periodo socialdemócrata se produjo el fortalecimiento de los dirigentes políticos en la coalición dominante partidaria, quienes se vieron favorecidos por la división entre los sectores gremiales. En el profesional electoral se consolidó la posición obtenida por los actores políticos dentro de esta coalición dominante, lo que se evidenció en la disminución de la presencia sindical en el gabinete de ministros del gobierno de Reviglio en 1987.

En la transición democrática el peronismo santafecino fue un actor atrapado en lo que Portantiero denominó como una «doble transición». Ateniéndose entre los problemas que brotaban con el paso a la democracia y los condicionamientos de la crisis económica que emerge con el paso a un nuevo régimen social de acumulación (Maina, 2014). La consecuencia fue una administración de la cosa pública muchas veces paralizada y una conflictividad social en ascenso.

### *1.2. La herencia dictatorial y el deterioro público*

La dictadura de 1976 no sólo representó el inicio de un plan sistemático de exterminio, sino también el inicio de una tendencia de desfinanciamiento del sector público sanitario y de las restantes áreas sociales. El presupuesto estatal destinado a salud alcanzaba que en 1975 representaba el 6% del presupuesto nacional en 1983 se había reducido hasta alcanzar el 2,5%. Esto sucedió en un contexto autoritario donde el gasto de Defensa y Seguridad ascendió hasta absorber el 40% de gasto total del Estado (Belmartino, 1991).

La política macroeconómica liberó barreras arancelarias y estableció una paridad que sobrevaloró la moneda nacional desregulando al conjunto de la actividad económica. Estas nuevas reglas incrementaron de modo exponencial las importaciones de tecnología electrónica de diagnóstico y tratamiento y la instalación de servicios de terapia intensiva, neonatología, mientras se deterioraba rápidamente la remuneración del trabajo de los profesionales (Katz, 1993). Al mismo tiempo, en 1977 se puso en vigencia un nuevo nomenclador con el apoyo de los prestadores que perfeccionó la desagregación de la atención médica en prestaciones sumables (Katz, 1993). El listado arancelario se convirtió en el articulador y orientador de las inversiones frente a un Estado que se mostraba incapaz de orientar o regular el sistema. Este instrumento ayudó a consolidar

un modelo prestador orientado a la reparación de las enfermedades y a prestaciones de alta complejidad en el que se desvalorizó el trabajo intelectual del enfoque clínico.

El gobierno federal utilizó la descentralización como una estrategia central para reducir el gasto social. Se trató de una descentralización administrativa sin la transferencia de recursos correspondientes que, en definitiva, incrementó la dependencia fiscal de las provincias del gobierno federal. En este sentido, la descentralización administrativa de 1978 tuvo repercusiones fiscales nefastas para las provincias y la gestión de sus áreas sociales. Por ejemplo, los recursos provinciales en el sector educativo se incrementaron del 14 % en 1977 a prácticamente el 20 % en 1982 al mismo tiempo que las transferencias automáticas a las provincias disminuyeron del 48,5 % al 29 % de los ingresos corrientes. El 13 % de las escuelas primarias (unos 3.400 establecimientos) se cerraron antes de 1980 y los gobernadores se vieron obligados a mendigar transferencias discrecionales del ejecutivo nacional para no cerrar aún más escuelas (Falleti, 2006: 341).

En octubre de 1978 la ley nacional 21.833 aprobó la transferencia a las provincias de establecimientos asistenciales nacionales. Los convenios respectivos fueron suscriptos entre el Ministerio de Bienestar Social de la Nación y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Por la provincia de Santa Fe, firmaron el convenio el gobernador de facto vicealmirante Jorge Aníbal Desimoni y el subsecretario de salud pública provincial Nestor Lammertyn. Con motivo del acuerdo el gobierno nacional transfirió el hospital Nacional «Jaime Ferré» de la ciudad de Rafaela, el Hospital Vecinal de la localidad de San Cristóbal, el Hospital Vecinal de Esperanza y los dos hospitales escuela de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), el Granadero Baigorria y el Hospital Centenario. Finalmente, en 1979 se firmó el convenio entre el Estado nacional, el provincial y la UNR y en 1981 se produjo el traspaso a jurisdicción provincial.

Para erradicar cualquier duda sobre las motivaciones últimas que conducían el proceso de transferencia a las provincias, el contralmirante médico Manuel Irán Campo, secretario de salud de la Nación en agosto de 1977, sostenía ante la prensa local que la política se fundamentaba en la restricción presupuestaria del área social.

Desde el inicio del período dictatorial, la prensa caracterizó a la situación sanitaria provincial como desastrosa (Diario El Litoral, 24/09/1976). En correspondencia con la tendencia nacional, la provincia disminuyó las partidas presupuestarias destinadas a la

atención médica pública, medida que se tradujo en una reducción de los salarios del personal, de la capacidad instalada del sector público y el deterioro creciente tanto edilicio y técnico. Esto incentivó el éxodo sostenido de profesionales hacia el sistema privado.

La falta de recursos produjo que algunos servicios redujeran su producción o directamente fueran suprimidos. En la ciudad de Santa Fe se registra el cierre del servicio médico exterior de urgencias del Hospital Piloto (actual Hospital Cullen) en 1977 y la suspensión de su sala de terapia intensiva en 1979, inaugurada poco tiempo antes. Asimismo, el Hospital Iturraspe redujo su servicio de pediatría recientemente inaugurado por falta de personal y en 1977 se suspendieron las tareas del Instituto Nacional de Oncología que funcionaba en el Hospital Italiano de Santa Fe y Colonias (Diario El Litoral, 13/09/1977; 19/09/1979). Por su parte, en Rosario se cerraron las salas de internación en clínica médica y cirugía en el Hospital Roque Saénz Peña y el Hospital Centenario sufrió un proceso de deterioro general que estimuló el éxodo continuo de docentes y enfermeros producto del desmantelamiento de salas, el deterioro edilicio y la falta de incorporación de tecnologías adecuadas.

Ahora bien, el objetivo evidente de reducir la inversión en el sector público se complementaba con el menos evidente de beneficiar al sector privado. Este último creció de modo exponencial durante estos años logrando revertir la participación que cada sector presentaba a comienzos de los años setenta. Durante los años setenta el sistema sanitario nacional considerado en su conjunto incrementó un 8.8% su número de camas, pero las tendencias de cada uno de los sectores que lo componen fueron opuestas. Mientras el sector privado incrementó su número de camas disponibles en un 54.8% el subsector público las redujo un 7,3%.

Durante los años siguientes persistió esta dinámica. Entre 1980 y 1995 el mercado privado de la salud incrementó su capacidad de camas en un 44,17% al mismo tiempo que el público se retrajo en un 7.62%. Esta tendencia también incluye al sistema de la seguridad social que se contrajo en un 45.62% en las camas de sus propias unidades prestacionales. En definitiva, hasta comienzos de los años noventa se produjo una notoria retracción del sector público que en el lapso de tan sólo veinte años pasó de representar el 73% de la totalidad del sistema a hacerlo en un 54%.

Tabla N° 13: Camas disponibles a nivel nacional por subsectores del sistema: oficial, obras sociales, privado y mixtas (1970-1980)

Años	Total	Dependencia Administrativa			
		Oficial	Obras sociales	Privado	Mixtas
1970	100 (133.847)	73.00	4.52	22.48	0.05
1980	100 (145690)	62.48	5.52	31.99	
1990	100 (155.749)	53.99	2.81	43.15	
1980/70	8.8	-7.30	32.50	54.80	
1995/80	6.90	-7.62	-45.62	44.17	

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación- OPS.

Aunque carecemos de datos provinciales, Rosario, la mayor ciudad de la provincia, nos permite acceder a un indicador que registra una tendencia similar a la nacional. Mientras que en 1970 su sector público representaba el 53,4% del total de camas de la ciudad, en 1980 sólo lo hacía en un 32,7% (Bloch et al, 1993: 276). Sólo en los primeros cuatro años de la dictadura el subsector público se redujo en Rosario un 21,8%. Es más, esta tendencia a favor del privado se profundizó hasta comienzos de los años noventa cuando las camas privadas representaban más del 60%, las de las obras sociales el 13.8% y apenas por encima del 25% el sector público (Bascolo, 1996).

La fase más profunda del proceso de desmantelamiento de los efectores públicos se produjo durante la dictadura militar. Entre 1976 y 1980 la disponibilidad del recurso cama en el sector público descendió un 21,8% y esto se acompañó con una redistribución del recurso por especialidad que favoreció a las camas de los servicios de emergencias, pediatría y obstetricia (Belmartino et al, 1993: 276). Además, la transferencia instituciones sanitarias entre los subsectores del sistema profundizó la fragilidad de la oferta pública: los hospitales Alberdi y Marcelino Freyre de la ciudad de Rosario fueron transferidos a PAMI. Con esta medida el sector público perdió alrededor de 200 camas.

Tabla N° 14: Camas disponibles en la ciudad de Rosario según sectores del sistema: oficial, obras sociales, privado (1970 – 1980)

Subsector	1970	Participación en el sistema	1980	Participación en el sistema
Privado	2114	(44,76)	2697	(56,27)
Obra Social	210	(4,45)	518	(10,81)
Público	2399	(50,79)	1578	(32,92)
Total	4723	(100)	4792	(100)

Fuente: Belmartino et al, 1993.

Esta estrategia estatal de reducción de financiamiento sobre el sector público expresó la penetración sobre las políticas sanitarias de una corriente de ideas neoconservadoras que postulaba que el Estado sólo debe cubrir las prestaciones de salud que no interesan a la actividad privada y aquellas necesidades cuya desatención produce efectos de fuerte repercusión social<sup>99</sup>. Entre estas últimas se ubica la emergencia médica y la protección materno-infantil en el interior de los sectores carenciados (Belmartino, 1993, 277). Esto se cristalizó en la proyección de obras que la prensa calificó como «proyectos faraónicos». El Hospital Centenario fue el escenario de dos proyectos de este tipo. El primero orientado a la construcción de un *block* quirúrgico compuesto de diez quirófanos y treinta camas de terapia intensiva con la más moderna tecnología valuado en seis millones de dólares que finalmente no fue ejecutado por su alto costo, y el segundo, orientado a la docencia implicó la construcción del Centro de Investigaciones Bioquímicas (Belmartino, 1993: 279). Esto suponía la edificación del Centro Universitario Área Salud a través de la demolición de salas e instalaciones hospitalarias

<sup>99</sup> En el sistema de seguridad social, un punto de convergencia entre las corrientes ideológicas que convergen en tensión dentro del gobierno militar es la crítica al sistema de servicios que se desarrolló a partir de los años cuarenta y la necesidad de retirar los sindicatos del control de las obras sociales. Una consecuencia de esta línea argumental será la sanción de la Ley 22.269 de modificación del régimen de seguridad social que transforma tres esferas que serán duramente cuestionadas: la ruptura del fundamento solidario del sistema, admitiendo que los beneficiarios con mayores aportes opten por otras modalidades de cobertura, las atribuciones conferidas a INOS y el fundamento jurídico de la apropiación por parte del Estado de los bienes de las obras sociales sindicales (Belmartino y Bloch, 1994: 304).

y la edificación de una nueva estructura compuesta de laboratorios, aulas y bibliotecas, pero ningún espacio asistencial<sup>100</sup>.

La gestión sanitaria se identificó con la construcción de obras monumentales sin la debida valoración sanitaria ni la previsión presupuestaria<sup>101</sup>. Podemos conjeturar que la soberbia de las proyecciones es una muestra sórdida de un gobierno sin legitimidad de origen. Un gobierno que significa en las obras de infraestructura la manifestación de «manera de ser» nacional amenazada por la subversión moral. Algo de esto denota el informe del Ministerio de Bienestar provincial cuando recupera las obras realizadas entre 1976 y 1981: «La obra de infraestructura, pública y privada, es una de las actividades con más claridad se ha puesto en evidencia esa manera de ser tan nuestra» (Ministerio de Bienestar de la provincia de Santa Fe, 1981).

La derrota de Malvinas trajo un clima de alumbramiento democrático. En Rosario dio origen a un movimiento de médicos residentes que durante años denunció la situación de los hospitales y la política del gobierno autoritario. Su objetivo estuvo dirigido, en particular, a las condiciones técnicas del trabajo con el que convivía el personal sanitario y los criterios con que la dictadura reasignaba de los recursos. Abierto el proceso eleccionario, este diagnóstico fue compartido por los representantes de los partidos políticos, organismos gremiales y nuevas autoridades provinciales y municipales. Así fue que al asumir su cargo el secretario de salud municipal de Rosario se refirió a la política sanitaria militar como un «crimen de lesa patria».

---

<sup>100</sup> El block quirúrgico formaba parte de un ambicioso proyecto de construcción de un nuevo hospital. En 1981 el ministro de Acción Social y Salud Pública de la Provincia, coronel Juan Rolón, anunció un plan dirigido a la reconstrucción total del Centenario con el objetivo de convertirlo en una institución de alta complejidad referencial, con una dotación mínima de 300 camas, cuya finalización se preveía para 1988 con una superficie total de 300 m2.

<sup>101</sup> Esta lógica también la encontramos por detrás de la obra para la reconstrucción del Hospital Pediátrico Vilela en Rosario con el objetivo de ampliar su capacidad de internación a 480 camas (Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Santa Fe, 1981). También en la ciudad de Santa Fe el proyecto de remodelación del Hospital Iturraspe mediante la incorporación de módulos que buscarían superar el aislamiento del edificio original, si bien no fue calificada como «faraónicas» comparte la condición de espectacularidad en un contexto de escasez de recursos. Es el mismo hospital donde se inauguró el servicio de pediatría con 20 camas que tiempo después se verá obligado a reducirse por falta de infraestructura. El Litoral, 12/06/1978.

### *1.3. El marco regulatorio: pacto corporativo y Estado árbitro*

La democracia heredó un sistema de salud expuesto a crisis frecuentes. Algunas de sus causas se remontan a la matriz institucional fragmentada presente desde los orígenes del sistema, aunque otras reconocen una incubación más reciente, especialmente en la transición iniciada en los primeros años setenta (Belmartino et al 1987, 1991, 2000; Belmartino y Bloch, 1984, 1994; Katz, 1992).

Las relaciones de poder al interior del sistema de salud se reconstruyeron entre fines de los años sesenta y comienzo de los setenta dando lugar a la emergencia de un nuevo marco regulatorio. Entre 1968 y 1972 se abrió una etapa de fuerte enfrentamiento entre las grandes organizaciones a cargo del financiamiento y la provisión de los servicios de atención médica. Por un lado, están las organizaciones financiadoras, las obras sociales, nucleadas alrededor de la Confederación General del Trabajo (CGT), y, por el otro, las organizaciones de proveedores, tanto las que reúnen a los profesionales independientes como las que agrupan a clínicas y sanatorios. Fue entonces que la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), la Confederación de Clínicas y Sanatorios, la cual nucleaba a las instituciones con internación, la CGT y las secretarías del Ministerio de Bienestar Social y Trabajo de la Nación, se vincularon en una dinámica entrecruzada de negociación y enfrentamiento. La tensión culminó con la institucionalización del sistema de obras sociales mediante la ley 18.610 y la tentativa estatal de regulación de los contratos del sector privado y las entidades financiadoras con la ley 19.710.

Siguiendo a Belmartino (1995) se puede afirmar que la suma de presiones y negociaciones entre corporaciones médicas, corporación sindical y Estado que tuvo lugar durante estos años dio nacimiento a una modalidad organizativa diferente que la autora denomina como pacto corporativo (p. 92). La corporación médica se había reagrupado tras su interés corporativo y esto consolidó su influencia como actor social capaz de influir en la agenda estatal. Esto es, de la interacción entre la corporación médica y la obrera comenzó a diseñarse la Ley nacional 18610 que estableció un marco regulatorio entre la oferta y la demanda de atención médica.

El centro sobre el que giró el conflicto fue la distribución de los recursos del sistema de atención médica. Sin embargo, los actores corporativos en pugna mantuvieron una coincidencia básica: el rechazo a toda intervención estatal que fuera más allá de una función arbitral. Estos tejieron una alianza defensiva de rechazo a toda acción del Estado que tenga por objetivo superar la fragmentación del sistema, la superposición de recursos,

el desorden administrativo o la desigual situación de los beneficiarios de acceso a las prestaciones financiadas por la seguridad social. El Estado debe ser Estado-arbitro y su función limitarse a garantizar el acuerdo de las partes en torno de los honorarios y sus condiciones de pago. El nuevo marco regulatorio incorporó un sistema de concertación de honorarios entre las partes en el que el Estado actuaba solo ante situaciones de conflicto. Se trata de un sistema de contratos que se generaliza pautado sobre la base de la libre elección y pago por acto médico que se apoya en recursos técnicos-organizativos desarrollados por la profesión en la década precedente: nomencladores, contratos tipo, normas de acreditación y sistemas administrativos (Belmartino, 1995, 93).

Sin embargo, este arreglo entre actores corporativos se enfrentó en los primeros años setenta a quizás el último intento serio de regulación estatal a nivel federal: el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Parte de la literatura, ha señalado que el SNIS no sólo fue un proyecto de reforma que buscó superar la fragmentación histórica del sistema, sino que representa uno de los mitos políticos más arraigados en el sanitarismo argentino (Belmartino y Bloch, 1994: 221). Esto requiere que recuperemos brevemente cuales fueron sus principales características.

El gobierno del presidente Perón (1973-1974) envió al congreso el proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con el objetivo de reunir en un único sistema la totalidad de los establecimientos públicos administrados por las provincias, las obras sociales (en carácter obligatorio) y sus prestadores, con la intención de concentrar en el Estado nacional la conducción del conjunto de los actores del sistema (Arce, 2010: 215). Sus líneas ideológicas fundamentales fueron trazadas por Domingo Liotta<sup>102</sup>, ministro de salud del gobierno nacional, quien se refería a la separación entre subsectores como una «falsa antinomia público-privada» necesaria de ser superada mediante la «reunión de recursos y esfuerzos que garanticen una prestación médica integral, suficiente, oportuna y continua». Se propone una sola medicina para quien la necesite, cualquiera sea la

---

<sup>102</sup> Participaron del diseño del proyecto no sólo sanitaristas alistados a las filas justicialistas sino otros referentes del campo que fueron convocados por Liotta. Entre los ideólogos del proyecto de SNIS hubo exponentes como Aldo Neri, director de la Escuela de Salud Pública y futuro ministro de salud del gobierno constitucional de 1983, Carlos Catrinot, futuro secretario de salud de Alfonsín en 1983 y autor junto al primero del proyecto de Seguro Nacional de Salud presentado durante el gobierno radical, y, hasta Mario Testa, por entonces decano de la Facultad de Medicina, que actuó como asesor del proyecto, aunque no integró formalmente el grupo.

condición económica o la situación geográfica de quien la demande (Belmartino y Bloch, 1994: 240).

Liotta introdujo el concepto de responsabilidad intransferible del Estado como garante de la salud de la población y principal financiador del sistema de servicios<sup>103</sup>. Por eso la reforma determinó que la conducción normativa, técnica, financiera y administrativa del sistema le correspondía al Estado nacional<sup>104</sup>. El SNIS se debía financiar de acuerdo a los principios de solidaridad social y justicia distributiva para lo que resulta indispensable aumentar de modo significativo el presupuesto público destinado a salud con fondos provenientes de rentas generales y canalizar y reordenar los medios disponibles en otros sectores para la constitución de un Fondo Financiero Sanitario Nacional<sup>105</sup>.

Ahora bien, cabe señalar un punto especialmente relevante a nuestro interés: el SNIS organizaba el territorio en base a la regionalización de los servicios a través de Áreas de

---

<sup>103</sup> Según Liotta, sólo era posible implementar la política sanitaria otorgándole un papel protagónico al equipo de salud. De modo que una pieza clave del proyecto era la puesta en marcha de carrera sanitaria nacional capaz de abarcar al conjunto de los trabajadores de la salud (profesionales de las ciencias médicas y de enfermería, técnicos auxiliares, integrantes de los servicios de apoyo, maestranza y administrativos).

<sup>104</sup> De acuerdo a la Ley 20748 (Art. 5), la Administración del SNIS quedó compuesta por los siguientes órganos: el consejo federal; el secretario ejecutivo nacional; el cuerpo consultivo del secretario ejecutivo nacional; los consejos provinciales, el consejo de la ciudad de Buenos Aires y el consejo del Territorio Nacional de Tierra del fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur; los secretarios ejecutivos provinciales, el secretario ejecutivo de la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, el secretario ejecutivo del territorio nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur; los consejos de las áreas programáticas, los directores de las áreas programáticas. Asimismo, el consejo federal, al que le corresponde los lineamientos de la política nacional y proyectar los programas de salud (Art. 8) quedó conformado del siguiente modo: el ministro de Bienestar Social de la Nación (presidente); los secretarios de Estado del Ministerio de Bienestar Social de la Nación; un representante de cada provincia designado por el Poder Ejecutivo provincial, que será profesional de la salud; el secretario ejecutivo de la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, el secretario ejecutivo del territorio nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur; un representante del Ministerio de Defensa, un representante de las Universidades Nacionales, seis representantes de la CGT, dos representantes de la CGE, tres representantes del personal profesional de la salud, de los cuales por lo menos uno será médicos, designados a propuesta de las entidades gremiales mayoritarias que el orden nacional, con personería gremial; un representante de las entidades privadas de salud adheridas al sistema (Art. 6).

<sup>105</sup> El artículo 24 de la ley establece que el: «el presupuesto anual de gastos del Sistema Nacional Integrado de Salud estará constituido por: a) los aportes fijados por el presupuesto anual de gastos y de la Nación; b) la cuenta especial «Fondo financiero sanitario nacional», de carácter acumulativo, que por este artículo se crea, el cual estará integrado por: 1) el aporte de las provincias, el territorio nacional de la Tierra del fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, y la municipalidad e la ciudad de Buenos Aires, cuando ingresaren a este sistema; 3) los saldos no comprometidos de cada ejercicio del «Fondo Nacional de la salud»; 4) los saldos no comprometidos en cada ejercicio, del presupuesto anual de gastos de la Nación, referidos al Sistema Nacional Integrado de Salud; 5) las contribuciones del sector privado adherido; 6) las rentas producidas por los bienes que se le afecten o el producido de su venta, 6) las donaciones y legados, 7) cualquier otra forma de ingreso relacionada al sistema.

los establecimientos de salud en las que el hospital público adquiere preminencia y se convierte en un organismo de alta complejidad. Este es su concepto capital. Desde el hospital se debía estructurar la derivación, la capacitación, la docencia, la asesoría y el apoyo a todos los establecimientos y consultorios del área.

La reforma tuvo un derrotero legislativo tortuoso en el que se hizo sentir la influencia de las organizaciones sindicales, de las organizaciones representativas de la corporación médica y la oposición parlamentaria de una parte del peronismo político. Si bien logró superar esta etapa, lo hizo una vez que fue limitado el anhelo de concentración sectorial en cabeza del Estado Nacional. Además, el proyecto también abandonó la obligatoriedad de incorporación de las provincias y las obras sociales y reemplazó esta exigencia por una adhesión voluntaria mediante convenio. Culminado el tránsito parlamentario, la reforma no fue mucho más que un reordenamiento del subsector público en cuanto a la asistencia médica.<sup>106</sup>

A través de las leyes 20748 y 20749 se sancionaron respectivamente el SNIS y la Carrera Sanitaria Nacional. El sistema sólo llegó a ser implementado en cuatro provincias: Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis. Finalmente, la dictadura militar lo derogó en 1978 mediante la Ley 21.902.

Como veremos más adelante, el marco transformador que promovió el SNIS tuvo su impacto en la provincia. La regionalización sanitaria santafecina es un legado político-institucional que, en cierta medida, reconoce su origen en esta fallida reforma nacional.

## **2. La regionalización de la salud durante los años ochenta:**

La regionalización como política sanitaria forma parte del acervo construido durante décadas por la doctrina sanitaria nacional de modo que, al tiempo de su implementación en la provincia, esta era desconocida por ningún actor de peso sobre la orientación de las políticas públicas. Incluso, como vimos en el capítulo 2, la menciones a la regionalización

---

<sup>106</sup> Un claro indicador de los vetos que tuvieron lugar durante el trayecto legislativo fue la inclusión del artículo 36 que expresamente exceptuó a los establecimientos y servicios de las obras sociales de las disposiciones de la ley (Belmartino y Bloch, 1994: 247) aunque establece que «las obras sociales no adheridas al sistema deberán en todos los casos dentro del área programática, coordinar su planificación y acciones de salud con el Sistema Nacional Integrado de Salud, a través de sus organismos competentes».

sanitaria en Santa Fe se remontan hasta el momento mismo de la constitución del sector público sanitario a fines de los años treinta.

La regionalización se inspira en uno de los principios fundamentales del pensamiento sanitario: la centralización normativa y la desconcentración operativa. Y fue sobre este núcleo de creencias que alimentaban la acción del sanitarismo de la época que se fundó su incipiente implementación a mediados de los años setenta.

En la medida que la reconstrucción de su derrotero no es una tarea sencilla dado que se trató de una política sujeta a frecuentes reajustes y recalibraciones, a fin de ganar claridad expositiva optamos por organizar su ciclo de vida en dos períodos. Un primer periodo que se avocó a la constitución del dispositivo a través de la creación de las Áreas sanitarias que estuvo caracterizado por una institucionalización débil, y, un segundo período, en el que el dispositivo se transformó a partir de su encuentro con la política de atención primaria de la salud.

La regionalización sanitaria fue una política que se fue conformando incrementalmente desde mediados de los años setenta provenientes de sucesivas iniciativas nacionales que le fueron dando forma a través de la incorporación de diversos dispositivos e instrumentos de política. En sus distintas etapas, la política se configuró a partir de marcos ideológicos distintos que, en buena medida, impactaron sobre los instrumentos que incorporó, los problemas que enfrentó y en los objetivos a los que pretendió dar respuesta.

Llegados a este punto, resulta necesario traer a colación ciertos aspectos trabajados por la literatura con respecto a los instrumentos de política. Según Lascoume y Le Gales (2007) los instrumentos son un tipo particular de institución cuya finalidad consiste en llevar un concepto concreto de la relación política-sociedad que es sostenido, a su vez, por una forma particular de regulación (p: 4). Es más, como toda institución, los instrumentos tienen un carácter político (Ringleling, 2002). Por su parte, Chiara (2017) los define como un tipo particular de institución que organiza las relaciones entre (y las prácticas de) los actores gubernamentales (p. 199).

Vedung (2005) distingue entre instrumento y contexto organizacional. Esta distinción le permite sostener que las organizaciones constituyen prerequisites para la aplicación de los instrumentos, aunque estas no sean instrumentos de política. Las organizaciones son estrategias de gobierno más que instrumentos. Sostiene Chiara (2017) que esta distinción goza de relevancia en el campo de la salud. A modo de ejemplo, un hospital o un consejo

sociosanitario son una estrategia de provisión de servicios y de celebración de acuerdos y planificación, respectivamente.

Ahora bien, ¿cuál es la diferencia entre un instrumento y una política? Salamon (2002) distingue entre dispositivo e instrumento de política. Los instrumentos son más generales que los programas, pero estos últimos pueden involucrar distintos instrumentos actuando en un mismo campo de problemas (p. 20). Para Chiara (2017) la distinción supone identificar instrumentos genéricos que puedan movilizarse en el contexto de distintos dispositivos. Vedung propone tres clases de recursos que mueven los instrumentos: regulaciones, métricos económicos e información apelando a la metáfora de «palos, zanahorias y sermones».

Por lo tanto, los analistas buscan detectar los instrumentos genéricos que componen cada dispositivo particular de políticas. Y con ello identificar el significado político de estas herramientas y el proceso a través del cual los funcionarios las eligen (Linders y Peters, 1993). En este último caso, señala Chiara (2017), entran en juego percepciones, significados y hasta el (des)conocimiento de aquellos actores que las incorporan.

A continuación, analizaremos los instrumentos que le fueron dando forma al dispositivo de regionalización sanitaria en Santa Fe. Como mencionamos antes, es posible identificar períodos diferentes a través de los que la política fue conformándose mediante una serie de instrumentos. La primera fue la de creación de las Áreas sanitarias y la segunda la de su interacción con la política de APS.

### *2.1. La creación de las Áreas Sanitarias*

Ya hemos mencionado que los instrumentos tienen una dimensión política, es decir, que no se trata de herramientas asépticas, sino que responden a un marco de la relación entre Estado y sociedad. Desde nuestra perspectiva, la regionalización es un ejemplo claro en este sentido ya que, como ha señalado Iriart (1994), se trata de «una respuesta técnica a un problema de índole política».

Los objetivos al tiempo de formulación de una política pueden ya no estar presentes durante su desarrollo. Se va registrando un progresivo distanciamiento de los objetivos enunciados originalmente que, sin embargo, no representa un obstáculo para la estabilidad y reproducción de la institución.

En este sentido, la regionalización fue un instrumento de política que se autonomizó del marco de ideas y objetivos que le dieron fundamento a su creación. Este primer divorcio nos permite explicar el desarrollo de la política y su transformación.

El origen de la política de regionalización sanitaria provincial puede localizarse en los últimos meses del gobierno peronista nacional de los primeros años setenta. En octubre de 1975 el Ministerio de Bienestar Social de la provincia dictó la resolución 3970 mediante la cual creó las Áreas de salud. El marco en el que se determinó la creación de las Áreas fue la progresiva implementación en el territorio del SNIS. Su constitución se caracterizó como una «acción encausatoria» de la implantación del SNIS en la provincia en la medida que conduce a la «progresiva racionalización y acondicionamiento del sector de salud provincial en la integración a un sistema nacional de salud». En otras palabras, una «etapa intermedia» en el camino de incorporación definitiva del SNIS en la provincia.

Por lo tanto, sus propósitos reproducen los principales enunciados del modelo nacional. Con las Áreas se persigue la integración de los subsectores sanitarios bajo la rectoría estatal, propósito que se conjuga con la búsqueda de una atención médica integrada: «hacer más efectiva la programación, dirección, coordinación y control de las acciones de salud en un plan de atención médica integrada» (Resolución 3970/1975).

La definición de las Áreas se refiere al objetivo de integración de recursos y sectores:

«ámbito geográfico organizado para satisfacer desconcentradamente las necesidades en cuanto a servicios integrales de un determinado sector de población y que son delimitados por circunstancias técnico-sanitarias, demográficas y de comunicación y transporte, actuando mediante un proceso unificado de programación, dirección, coordinación y control de todos los recursos instalados o disponibles en su jurisdicción a efectos de cumplimentar la política fijada y aprobada por el organismo normalizador central»<sup>107</sup>.

A partir de su implementación, la provincia fue dividida territorialmente en cinco áreas puestas bajo la dependencia de la Dirección de Atención Médica. De este modo, según sostiene la norma, se debía iniciar un proceso de implementación «gradual y progresivo» de transferencia de poder administrativo desde el nivel central que se debía desarrollar «en la medida y conveniencia de cada zona y hasta el nivel necesario u óptimo para su

---

<sup>107</sup> Ibidem.

más eficiente desenvolvimiento, de tal manera que ambos procesos evolutivos reunidos en una estructura consolidada resulten una verdadera y funcionante Área Sanitaria».

Ahora bien: ¿cuáles funciones se le atribuyen a las Áreas sanitarias? La resolución define de modo genérico estas competencias: 1) el conocimiento exhaustivo de los recursos existentes del sector salud, evaluando la demanda y la oferta en atención médica para asesorar al organismo central en los requerimientos necesarios para ir integrando, ampliando y/o actualizando todos los servicios efectores de sus respectivas jurisdicciones hasta adquirir el nivel de complejidad hospitalaria mínima indispensable para su óptima eficiencia dentro de una red hospitalaria, sin perjuicio de su adecuada coordinación con centros de más elevada especialización que estén fuera de su ámbito geográfico; 2) la formulación, dirección, coordinación y supervisión de las acciones de los establecimientos existentes en el área, para cumplimentar con las normas, directivas y programas establecidos por el organismo central a los fines de la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

Para ello se dotó a las Áreas de capacidades administrativas mínimas para garantizar la eficacia de sus intervenciones. Esto es, una estructura administrativa a cargo de un secretario administrativo con título de licenciado en administración, contador público o técnico en administración hospitalaria, a los que se les exige formación específica en administración de servicios de salud. Por el otro, en cuanto al nivel operativo, médicos supervisores con igual dedicación, formación e incompatibilidades que el jefe de área, un técnico en estadística y una enfermera. A estos se sumó un educador sanitario, figura indispensable para la concepción de los sanitaristas y su búsqueda de cobertura integral.

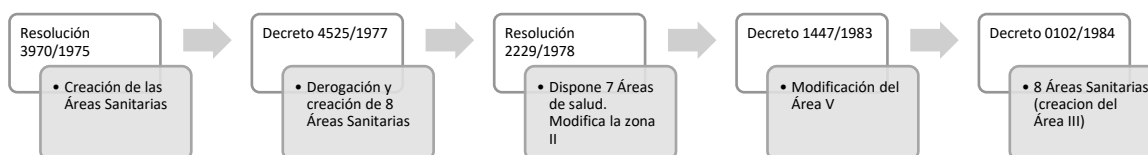
Al funcionario a cargo de la jefatura de la zona se les exige título de diplomado en salud pública y/u organización de administración hospitalaria expedido por las Escuelas de Salud Pública de las universidades nacionales. Este obtenía su designación en condición de *full time* y esta era absolutamente incompatible con el ejercicio privado, ya sea como propietario o en relación de dependencia de institutos privados de atención médica, siendo esto una muestra de la antinomia vigente hacia adentro del campo sanitario entre salud pública y mercado privado de atención médica.

Cada Área se integró con un hospital base y los hospitales intermedios localizados en ese territorio. La división territorial de las mismas respondió al «estudio de los recursos

existentes con sus interrelaciones naturales, factores de comunicación y transporte y características socioeconómicas».

Esta distribución territorial fue objeto de reiterados reajustes. En un comienzo fueron distribuidas del siguiente modo: el AREA I comprendía los departamentos de Vera y General Obligado; el AREA II los departamentos de 9 de Julio, San Cristóbal y Castellanos; el AREA III los departamentos de La Capital, Garay, San Javier, las Colonias, San Justo y San Jerónimo; el AREA IV los departamentos de Rosario, Constitución, San Lorenzo, Caseros, Belgrano, Iriondo y San Martín; el AREA V el departamento de General López.

**Figura N°1:** La Evolución de la Áreas de Salud en la provincia de Santa Fe (1975-1983)



Fuente: elaboración propia en base documentos oficiales.

La primera versión de las Áreas sanitarias fue modificada por el gobierno de la dictadura. En noviembre de 1977, dos años más tarde de la primera iniciativa, el gobierno militar dictó el decreto 4525 mediante el cual dispuso la derogación de la resolución 3970 del gobierno constitucional y creó 8 Áreas sanitarias, alterando la distribución territorial original.

De este modo, el territorio sanitario se distribuyó en ocho áreas sanitarias que quedaron conformadas del siguiente modo: Área I: departamentos 9 de julio y San Cristóbal; Área II: General Obligado y Vera; Área III: San Javier, Garay y San Justo; Área IV: San Martín y Castellanos, área V: La Capital, Las Colonias y San Jerónimo, área VI: San Lorenzo, Caseros, Iriondo y Belgrano; área VII: General López, área VIII: Rosario y Constitución.

Dado que el marco político y conceptual del SNIS había sido suprimido por la dictadura, la norma provincial ya no contiene referencias a una estrategia nacional y desaparece la

integralidad de la atención como marco de referencia que caracterizaba a la versión anterior. Además, la reforma en la distribución espacial fue acompañada de la eliminación de las exigencias de títulos e incompatibilidades y la jefatura de la zona dejó de ser una función *full time* e incompatible con el ejercicio privado. Asimismo, se reforzó la estructura organizativa ampliando el número de supervisores por Área y se incorporó la figura de un técnico en saneamiento.

En agosto de 1978 se modificó nuevamente la distribución espacial de las zonas. Las autoridades resolvieron incorporar transitoriamente los departamentos Garay y San Javier al Área II, integrándola al noreste provincial. Su carácter transitorio quedó claro con la siguiente mención: «hasta tanto se implemente en forma definitiva el sistema previsto en el art. 3 de la resolución 4525 de 1977». Pero aquella distribución geográfica finalmente no tuvo lugar y en abril de 1983 el departamento Garay pasó a formar parte del área V con sede en la ciudad de Santa Fe.

En enero de 1984, abierto el período constitucional, el gobierno dispuso una nueva reorganización territorial que recayó nuevamente sobre los departamentos San Javier y Garay. Se creó el Área de Salud III con los departamentos de San Javier y Garay por medio del decreto 0102, y, La Capital, junto con los departamentos Las Colonias y San Justo, pasaron a integrar el área de Salud V. A partir de entonces, la provincia se dividió en ocho grandes Áreas.

De este modo concluyó la primera etapa del proceso de regionalización sanitaria de la provincia que tuvo lugar entre la segunda mitad de los años setenta y los primeros años ochenta. Esta corresponde a la constitución de las Áreas sanitarias, las que fueron objeto de recalibraciones permanentes en sus dimensiones espaciales.

Cabe aquí recuperar la distinción entre contexto organizacional e instrumento en donde el primero se presenta como una estrategia de gobierno, como una organización que es un prerrequisito para la aplicación de un instrumento. En este sentido, las Áreas sanitarias configuraron estructuras organizacionales que fueron parte de una estrategia de provisión de servicios gubernamental.

Estas se conformaron con el objetivo de relevar las necesidades y conducir las acciones de los establecimientos en su zona de influencia. Sin embargo, no hay registro de que estas incipientes organizaciones hayan cumplido siquiera parcialmente con sus objetivos iniciales. Y muchos menos llegaron a organizar la provisión sanitaria en base a criterios

de complejidad creciente y a niveles de atención. Se trató de una institucionalidad débil y carente de poder de penetración para reordenar el sector cuyos objetivos fueron mutando al ritmo que fueron variando los marcos generales de política que le daban sustento.

A partir de 1984 se inició la segunda etapa de la regionalización mediante la interacción de las Áreas con la política de la atención primaria. Para dar cuenta de ello debemos retroceder hacia las primeras manifestaciones de la APS en la nación y la provincia y reconstruir su desarrollo durante estos años.

## *2.2. Los programas de atención primaria en la provincia*

El Programa de atención primaria de salud nacional comenzó a implementarse a fines de 1980 en las grandes áreas urbanas y suburbanas de las ciudades de Rosario y Santa Fe. A través de este, se produjo un cierto desplazamiento de la cuestión hospitalaria como foco exclusivo de atención de la política sanitaria hacia aquello que se denominó «atención extramural». Si bien la cuestión hospitalaria continuó predominando en la agenda, las políticas de atención primaria con sus objetivos de ampliación de la cobertura abrieron nuevos espacios a la intervención estatal.

El programa de APS recibió una fuerte influencia tanto conceptual como metodológica del Programa Nacional de Salud Rural, su antecedente inmediato. Por ello, antes de ingresar en el primero, debemos dirigir la mirada hacia las características del programa rural. Reconstruir su trayectoria, sus instrumentos principales y su espacio de intervención supone dar forma a un puente silencioso que supo atravesar la frontera entre la dictadura y democracia.

A comienzos de 1979 las autoridades sanitarias provinciales anunciaron el Programa Nacional de Salud Rural, un dispositivo asistido financieramente por la Nación (Bertolotto y Rovere, 2012: 363) recubierto de un halo modernizante. Aunque los programas rurales existían en el país desde los años sesenta, este fue presentado como una respuesta capaz de superar una perspectiva tradicional de la atención en salud. Esa que sin alteraciones había identificado a la protección de la salud con la «creación de unidades operativas para una cobertura de atención médica de alto o buen nivel y accesible sólo a un 10% de la población» (Diario El Litoral 28/03/1979). Con argumentos emparentados a los circularon en Alma Ata y en concordancia con la retórica que bajaba

desde la Secretaría de Salud Pública Nacional<sup>108</sup>, se sostuvo que el programa buscaba ser una respuesta a la hiper especialización médica que era conducida por la incorporación no planificada de tecnología en el sector (Diario El Litoral 29/03/1979).

El programa rural se implementó en comunidades del norte provincial que presentaban altas tasas de mortalidad infantil. Su espacio de intervención inicial fue el Área sanitaria II, los departamentos de General Obligado y Vera, a los que más tarde se sumaron los departamentos San Javier y Garay. Ese norte provincial que, según las autoridades, «no manifestaba una sentida necesidad en demanda de la atención médica» pero que presentaba altas tasas de mortalidad infantil, ese indicador determinante que justifica la acción pública.

El programa rural que se implementó en comunidades de hasta 2000 habitantes del norte provincial con altas tasas de mortalidad infantil tuvo por objetivo garantizar prestaciones sanitarias mínimas y establecer con la población puntos de contacto que permitieran una derivación oportuna a servicios de mayor complejidad.

La tasa de mortalidad infantil en la Provincia era de 28.9 ‰ en 1980, pero el registro por departamento muestra sensibles diferencias que se escalonan desde valores mínimos en Caseros (13.1 ‰) y San Lorenzo (15,5 ‰), ambos en el sur provincial, hasta los máximos en San Javier (52 ‰) y Vera (57.6 ‰), ambos en el norte. Es decir, hubo una clara correspondencia entre las tasas de mortalidad infantil y la ubicación de los departamentos del norte de la provincia (Belmartino et al, 1988).

Ahora bien, ¿cuáles son los instrumentos que puso en juego el dispositivo?

La figura central del programa era el agente sanitario y el método de trabajo la «ronda sanitaria». Para cubrir la función de agente sanitario no se exigieron conocimientos técnicos específicos sino, simplemente tener completo el ciclo primario, una adecuada aptitud física para la tarea y demostrar la pertenencia al medio en el que debía actuar. A

---

<sup>108</sup> El Dr. Irán Campos, a cargo de Secretaría de Estado de Salud Pública, venía declarando desde el comienzo del período, los riesgos de la incorporación acrítica de «tecnología pesada». Sostiene que se puede traducir en un exceso de capacidad instalada, en innecesaria demanda y consumo inducidos que pueden generar ineficiencia». «Los médicos tienden a adquirir lo que es nuevo sin tener en cuenta su costo ni la demanda posible. Los fabricantes ejercen fuertes presiones comerciales. Un medicamento o equipo más barato puede dar iguales resultados. Pagar una tecnología muy cara al servicio de unos pocos es dejar sin tecnología a la mayoría de la población» (Irán Campos, 1976, citado en Belmartino et al, 1981).

estas exigencias mínimas se agregó la de ser portador de una intangible cualidad moral denominada «vocación de servicio».

El informe de la Dirección de Atención Médica, reproducido por el diario El Litoral, puso de manifiesto este arquetipo de agente sanitario:

«El agente sanitario -elemento básico de esta acción sanitaria rural, debe estar física y espiritualmente capacitado para moverse en un medio precario, moverse a caballo, y en muchos casos, a pie, cargando sobre sus hombros la mochila de alrededor de 12 km de peso; estar preparado para pernoctar y compartir sus recursos con las familias que visita, y en esas condiciones desarrollar sus actividades mínimas de coberturas de salud, con primeros auxilios, derivación precoz, inmunizaciones, educación sanitaria, etc.» (Diario El Litoral 29/03/1979).

El objetivo de construir un «organizador de la comunidad» no es novedoso dado que, como hemos visto, los sanitaristas se percibían a sí mismos de ese modo desde los años sesenta. La novedad radica en que la figura dotada de capacidad para intervenir sobre la comunidad ya no es un agente externo como era el caso de los sanitaristas sino un miembro de la misma comunidad.

Es más, se concibió al agente sanitario como un instrumento capaz no solo de organizar sino, fundamentalmente, de neutralizar la politización de los sectores subalternos. Esto se evidencia en las conclusiones del seminario sobre Atención Primaria y Extensión de Cobertura llevado a cabo con los auspicios de la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación en 1977:

«Las precarias condiciones de vida de las poblaciones marginales y la persistencia de situaciones extremas que no pueden solucionarse desde el sector salud, han sido señaladas por algunos participantes como proclives **a actitudes contestatarias que, en algunas ocasiones, han sido instrumentadas política e ideológicamente**. Pero se aportaron experiencias constructivas. Cuando se ofrecieron reales servicios de salud, adaptados a las necesidades concretas; cuando se buscó honestamente la cooperación de las familias y la colaboración extrasectorial en un marco de confianza, respeto y claros objetivos; cuando se reservó para sí mismo la decisión final de las cuestiones atinentes al orden y el desarrollo normatizado de las actividades sin interferencias del contexto político, no hubo inconvenientes que lamentar» (Belmartino y Boch, 1981).

En síntesis, la ronda sanitaria y el agente comunitario fueron los instrumentos claves para el cumplimiento del objetivo de ampliar la cobertura que sostuvo la política de APS. A continuación, señalaremos como el programa de APS de naturaleza selectiva interactuó con las Áreas sanitarias que había sido implementada en los años setenta.

### *2.3 El encuentro con el Área Sanitaria*

Como hemos mencionado, el agente intervenía con un método particular denominado ronda sanitaria que consistía en una visita casa por casa durante dos meses para una prestación sanitaria mínima, de la que se rinde cuenta estadística mediante informes a la supervisión intermedia y a los responsables del área.

La función que el agente sanitario debía cumplir incluía diversas tareas: inmunización reglamentada con apoyo del departamento respectivo, censo familiar con registro de los componentes de cada núcleo, de la vivienda en cuanto a sus condiciones habitacionales, de higiene y la existencia de animales domésticos; educación sanitaria y promoción de salud, con enseñanza de potabilización del agua, destrucción de insectos y roedores; higiene alimenticia para el niño, en apoyo del programa materno-infantil; utilización racional de los ingresos para una correcta alimentación. Además, la promoción de la huerta familiar y utilización de los recursos naturales en la alimentación; la detección de embarazadas y su derivación precoz; la institucionalización del parto; la derivación del niño sano para su control en atención médica; la derivación precoz del niño enfermo; la detección de otras patologías (lepra, venéreas, TBC, etc) y la derivación para una atención correcta; primeros auxilios y derivación inmediata; educación bucodental (Diario El Litoral 29/03/1979).

En su implementación del programa, las autoridades convocan a la participación de la comunidad. Sin embargo, no se apela a la comunidad como una fuente de demandas a ser canalizadas por la instancia estatal o como un sujeto social capaz de intervenir en la orientación de la política sino en cuanto colaboradora pasiva de la acción estatal. Esto evidencia una relación jerárquica entre los agentes estatales como portadores de un saber técnico y un paquete de bienes públicos definidos y una comunidad que debe prestar su apoyo a la tarea.

«... toda acción del Estado requiere la participación de cada comunidad para el logro de eficaces resultados, y en el programa de Salud Rural, por medio de sus

características muy particulares donde se debe desarrollar su acción, es muy importante contar y fomentar una conciencia de decidido apoyo de todos los sectores (policía, magisterio, comisiones vecinales, comunas, etc) a la vez que el equipo interdisciplinario de salud debe estar caracterizado por una firme actitud de apertura y atracción de la familia del medio hacia la demanda de servicios de salud, enfatizando en su objetivo de protección y promoción de la salud, promoviendo una fluida relación médico paciente y contribuyendo a la eliminación de barreras culturales, económicas o de cualquier otra índole» (Diario El Litoral, 29/03/1979).

El trabajo de las rondas sanitarias se organizó en base a un modelo vertical y mecanicista que fue escalonado mediante jefaturas intermedias y una jefatura central en la ciudad capital. La organización contaba con una supervisión central en la ciudad de Reconquista, supervisores a nivel central, supervisores médicos, supervisores intermedios de secciones y los agentes sanitarios.

En 1980 el Programa de Atención Primaria de Salud (APS) reemplazó al Programa de Salud Rural heredando su base conceptual, sus medios de intervención y sus agentes a cargo<sup>109</sup>. Mantuvo su foco en lo materno infantil, en las enfermedades infectocontagiosas y conservó como instrumentos principales al agente y a la ronda sanitaria.

El programa de APS incluyó a la focalización territorial como uno de sus instrumentos principales. Se trata de un instrumento que moviliza como principal recurso la regulación (Vedung, 2005) orientado a la relación entre los prestadores de atención sanitaria y la población (Belmartino, 2009).

El decreto provincial 3391/1980 que implementó el programa en Santa Fe hace referencia a los marginados y a las villas miseria para identificar el grupo objetivo y el territorio de implementación del dispositivo respectivamente. Y, asimismo, el objetivo del programa queda expresado en sus fundamentos: «dar extensión de cobertura a la población residente en villas de emergencia, con acciones médicas preventivas y reparadoras, participación de la comunidad y coordinación intersectorial».

Es evidente que esta reformulación del programa original incluyó un desplazamiento espacial del dispositivo. Las localidades rurales se reemplazaron como territorios de

---

<sup>109</sup> Asimismo, mantiene las autoridades de conducción del programa. El Dr. Oscar del Paso, director de Atención Médica de la provincia, que había estado a cargo del Programa Rural, pasa a dirigir el Programa de APS.

implementación por los territorios marginalizados en las grandes áreas urbanas y suburbanas de Rosario y Santa Fe. Se trata de espacios habitacionales de viviendas precarias al interior de las ciudades que usualmente estaban localizados en terrenos fiscales (Blosch et al, 1992: 19).

La política de APS delimitó estos territorios apelando exclusivamente a dos indicadores sanitarios: la tasa de mortalidad infantil y la incidencia de los casos de tuberculosis pulmonar. Asimismo, la cobertura sanitaria se amplió a través de acciones preventivas y reparadoras que incluían la participación comunitaria en la programación de actividades como la dación de leche, la vacunación, el saneamiento ambiental y la captación y control de las embarazadas y niños.

Su modelo de organización repitió el modelo vertical y escalonado de su antecedente rural. La conducción quedó a cargo de un director provincial de Atención Médica como jefe del programa de APS. De este dependían los jefes de las Áreas sanitarias, el jefe del programa APS de cada área y, una vez creadas, los jefes de las áreas programáticas de los hospitales base. Según sostiene Bloch et al (1992), las marcas del pensamiento sanitario asociado a la planificación normativa son evidentes en las líneas directrices del programa.

Entre los objetivos del programa, se enuncia la necesidad de articular los niveles de la atención sanitaria. Los denominados centros periféricos debían cumplir una función de «orientación de la población hacia los hospitales». De este modo, en Rosario, una red de centros periféricos pasó a conformar las tres áreas del Programa de APS con el objetivo de orientar la demanda hacia el resto de la red asistencial. Esta última estaba compuesta por tres hospitales provinciales y cinco municipales de mediana complejidad, aunque algunos con servicios de alta complejidad. (Bloch et al, 1992: 18). No obstante, el grado de integración fue mínimo e irregular hasta su articulación con las Áreas de salud y la creación de las áreas programáticas de los hospitales.

Como hemos visto, el inicio de la regionalización se puede remontar hasta mediados de la década del setenta. A una primera etapa le correspondió la creación de la organización que le dio forma, las Áreas de salud, y, a una segunda, el encuentro de esta organización con el dispositivo de política que fue el programa de APS. Desde nuestra perspectiva, fue el encuentro entre el legado institucional de las zonas sanitarias con el programa de atención primaria lo que transformó la primera. Esto permitió, en cierta medida, una

vinculación funcional entre los distintos niveles de atención de la salud hasta entonces inexistente.

La segunda etapa de la regionalización se expresó a partir de la incorporación de nuevos instrumentos de la mano del dispositivo de APS que tuvieron por objetivo coordinar acciones sanitarias en el territorio. Las zonas sanitarias fueron el marco organizacional a partir del cual se programaron y ejecutaron las acciones de atención primaria en el territorio.

Tabla N° 15: Trayectoria de la APS en la provincia de Santa Fe (1980 -1986)

Año	Norma	Hitos y contenidos
1980	Decreto 3991	Creación del Programa de APS
1984	Resolución 2612	Vincula la APS con la zonificación
1985	Resolución 1070 - 1071	Recentraliza la planificación y descentraliza la ejecución
1986	Resolución 1863	Equipara el centro comunitario a los servicios hospitalarios y define la participación comunitaria.
	Resolución 3053	Declara la APS como prioridad absoluta
	Ley 9839	Define las áreas programáticas de los HBR
	Resolución 356	Dependencia del HBR de los agentes
1987	Ley 9945	Regulariza a los agentes sanitarios

Fuente: elaboración propia en base a documentos oficiales.

En septiembre de 1984 se dictó la resolución 2612 en el marco de la adhesión al Plan Nacional de Atención Primaria. El objetivo principal de la norma consistió en «extender la cobertura de salud mediante la atención primaria». La política movilizó un paquete de bienes asociados directamente a lo que la literatura denomina como «atención primitiva de la salud» (Testa, 1996), sobre la que volveremos más adelante.

Las acciones que contempla son las siguientes:

«...el Saneamiento Ambiental (Medicina Sanitaria) y medidas higiénico-dietéticas, agregadas a la promoción y protección de la salud y a la asistencia médica (Medicina Asistencia) para baja complejidad (clínica General, control de embarazo, vacunación, etc), que obligadamente se deben realizar en la zona extramural de cada Hospital Base Referencia, donde se ofrecerá el apoyo integral de mediana y alta complejidad» (Res. 2612/1984).

Uno de sus objetivos fue favorecer la vinculación funcional entre los niveles de atención del sistema como una materialización del principio de centralización normativa y descentralización operativa. De acuerdo a este principio, corresponde al organismo superior adoptar un carácter normatizador, orientador, coordinador de políticas, con funciones de control y evaluación mientras que los aspectos operativos quedan a cargo del inferior y/o del sector privado (Iriart, 1994). De este modo, las funciones de normatización, coordinación y control de gestión de la atención primaria de la salud pasaron a ser competencia de las Áreas sanitarias:

«el Área de Salud pasa a ser la dependencia Normatizadora, Coordinadora y de Control de Gestión, juntamente con las autoridades de cada Hospital base Referencial, ajustada a los lineamientos y política que para ello fije el Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social a través sus dependencias» (Resolución 2612/1984).

En las Áreas de Salud se incorporaron instrumentos con el objetivo de dar coordinación a las acciones de la atención primaria en territorio. Cada Área debió crear un «comité asesor de atención médica» con funciones de normatización, coordinación y control de gestión que estaba bajo la conducción de la jefatura de la zona de salud. Este comité fue conformado en gran parte por los funcionarios que conducían las direcciones provinciales<sup>110</sup>. Este comité se complementó con otro, el comité operativo de atención extramural, expresando la distinción clásica entre planificación normativa y ejecución. Este fue integrado por directores y subdirectores de los Hospitales Base Referenciales

---

<sup>110</sup>La resolución contempla que el Comité sea integrado por los directores de Atención Médica, Enfermería, Educación Sanitaria, Estadística, Servicio Social, Bioquímica y Farmacia, Administración, Contaduría, Coordinación y Acción en Terreno.

(HBR) que tenían a su cargo «la aplicación de las normas para la atención extramural hospitalaria».

A su vez, cada hospital quedó obligado a constituir un «comité programador de la atención primaria» para organizar la atención extramural en los centros periféricos que desde entonces pasaron a denominarse Centros Comunitarios de Salud y Acción Social (CCSyAS). Dichos centros comunitarios quedaron a cargo de un médico-jefe que estaba bajo las órdenes del hospital base, al que se sumaban enfermeros, asistentes sociales, administrativos, agentes sanitarios y/o comunitarios y personal de limpieza. Pero esto no parece haber ido más allá de una expresión de deseos de la norma dado que los centros comunitarios se vieron expuestos a carencias reiteradas de personal profesional y no profesional.

Por su parte, en 1985 las resoluciones 1070 y 1071 dispusieron la recentralización de la organización y planificación de la atención primaria en el nivel central, específicamente en la Subsecretaría de Salud Pública (SSP), y atribuyeron la ejecución del programa a las Áreas. En 1986 esta distribución de facultades fue ratificada mediante la resolución 1863 que estableció que a la SSP le cabía la determinación de las normas de acciones y a las Áreas de salud la ejecución de las acciones<sup>111</sup>.

Además, dicha norma incorporó una referencia a los CCSyAS que establece que estos deben recibir «el mismo tratamiento técnico-administrativo que los servicios intramurales», una expresión que, en definitiva, parece haber operado como una expresión de deseos o un enunciado formalista carente toda eficacia. Sin embargo, esta referencia también puede ser interpretada como un indicio de una voluntad que emergía para darle prioridad a la atención territorial y enfrentada a las rigideces de un sistema concentrado sobre la cuestión hospitalaria.

Por otra parte, establece que los centros deben recibir el apoyo «de la comunidad a través de las entidades intermedias sin fines de lucro y debidamente reconocidas por el Ministerio». Esto situaba a la comunidad como co-responsable de los servicios prestados en territorio, lo que parece expresar una voluntad de delegación contenida en la apelación participativa.

En 1986 la resolución 3053 declaró a la estrategia de APS como la «prioridad absoluta para todos los funcionarios y agentes del área de salud de este Ministerio» y planteó como

---

<sup>111</sup> Por ejemplo, ratificó la existencia de los comités previstos en la resolución anterior: Comité Asesor de Asistencia en Salud, Comité Extramural y Comité Programados de la Atención Primaria y pequeñas variaciones en la integración del primero de ellos.

objetivo primario de la política incentivar la participación de la comunidad. Además, identifica a los diferentes niveles de atención que deben ser articulados mediante la regionalización:

«para que sea verdad la participación de la comunidad en todo el territorio de la provincia debe basarse la Estrategia fundamentalmente en las Zonas de Salud, los Hospitales Bases Referenciales y los Centros Comunitarios de Salud y Acción Social y privilegiar la atención extramural» (Resolución 3053/1986).

Este objetivo se instrumentó nuevamente a través de las líneas de la planificación normativa. En la órbita ministerial se creó el «comité central de la atención primaria» como una instancia de coordinación técnica en la SSP. Y en base de la separación entre planificación y ejecución, la participación comunitaria quedó reservada a los niveles de ejecución de la política. La norma estableció la apertura a la participación en los centros comunitarios a las vecinales, las cooperadoras, las sociedades de fomento y en los HBR a las sociedades intermedias, las cooperadoras, las sociedades de beneficencia y las sociedades gremiales de prestadores y usuarios (Resolución 3053/1986).

Además, se constituyeron las áreas programáticas de los HBR. La Ley 9839 que modificó el estatuto y escalafón para los profesionales de la sanidad, en vigencia desde enero de 1986, definió a las áreas del siguiente modo:

«se entiende por área programática del hospital referencial aquella compuesta por un hospital base referencial y todos los centros comunitarios y/o sanitarios de atención extramural dependientes técnica y administrativamente de dicho establecimiento» (artículo 8 de la ley 9839).

A partir de la implementación de las áreas programáticas, todos los HBR quedaron a cargo técnica y administrativamente de un número variable de centros comunitarios. Pasó a ser responsabilidad de los hospitales el aprovisionamiento de vacunas, medicamentos, leche, impresos, artículos de librería y de limpieza, y realizar el mantenimiento regular de los locales. Pero dicho aprovisionamiento fue discontinuo y frecuentemente quedó a cargo de las asociaciones vecinales del territorio el sostenimiento de los servicios asistenciales. Cabe señalar que, en muchos casos, los centros comunitarios no constituían una estructura estatal preexistente de la que participaba la comunidad. Por el contrario, los centros fueron

creados a partir de la acción de las vecinales u otras organizaciones intermedias con presencia histórica en el barrio.

«con la mejor intención de algún puntero político, de algún vecinalista o de alguna otra organización intermedia que tenía peso dentro de la comunidad y que disponía de un espacio físico, una casa, un consultorio, una habitación, lo que fuese y empezaban llevando un médico, una enfermera que les pagaban ellos» (Entrevista personal a Carmen Lera, ex supervisora de APS, abril de 2017)

El ciclo se completaba del siguiente modo: la organización barrial (vecinal u otra) creaba una frágil estructura sanitaria en el territorio utilizando un recurso o instalación propia. Comenzaba a prestar servicios un equipo de salud reducido que, en el mejor de los casos, estaba compuesto por un médico y un enfermero. Cuando el trabajo no era directamente *ad honorem* era financiado por la asociación vecinal durante un tiempo. Finalmente, la organización barrial solicitaba a las autoridades sanitarias el reconocimiento oficial del centro comunitario y el consecuente sostenimiento por el Estado provincial.

«empiezan a presionar sobre el sistema en el ámbito donde es posible participar, hasta que dicen no, nosotros tenemos ahí un consultorio donde atiende un doctor y tenemos una enfermera que lo asiste y la gente está conforme y tendríamos que ampliar. Te entran a presionar, a pedir y a pedir, hasta que vos terminas regularizándolos» (Entrevista personal a Nieves Migno, ex supervisora de APS, noviembre de 2017)

Ya mencionamos que la figura clave de la política fueron los agentes sanitarios. Estos no tuvieron una dependencia fija hasta la creación de las áreas programáticas. Una situación que se modificó recién a partir del dictado de la resolución 356 en 1986 cuando pasaron a depender directamente de los HBR (Miño, 2009:3). Estos actuaban en terreno, pero sus acciones eran coordinadas desde el HBR. Esta medida de organización del recurso humano destinado a APS fue complementada con otras disposiciones que buscaron jerarquizar el recurso en el primer nivel. Por ejemplo, la resolución 1149 y su complemento, la resolución 2155, ambas dictadas en 1986, establecieron un plus por atención primaria para el personal de enfermería y médicos jefes de áreas programáticas, jefes de centros comunitarios, agentes sanitarios y supervisores de APS.

Ahora bien: ¿Cómo era el proceso de reclutamiento de los agentes sanitarios y comunitarios?

Podemos sostener que el proceso respondió más a necesidades políticas que a criterios técnicos. Como los agentes tenían un importante arraigo en el territorio sobre el que intervenían, estos mediaron entre las carencias y demandas de la comunidad a la que asistían y las redes políticas o las instancias estatales. El límite que delimitaba su tarea formal y su acción político - partidaria era borroso. Como sostiene la coordinadora de APS del Hospital Base Referencial del Protomédico Manuel Rodríguez:

«empieza el nombramiento de los primeros agentes comunitarios, que al hospital le destinan 3 o 4 y se hacían capacitaciones que eran cursos como de tres meses. En general, en atención primaria cuando uno va al texto de la declaración o a los avances que sean líderes de la propia comunidad, nada de eso ocurrió. En realidad, eran más que nada *punteros, militantes*» (Entrevista personal a Carmen Lera, ex supervisora de APS, abril de 2017).

La ausencia de una carrera sanitaria en la administración pública, organizada en base a reglas formales y criterios de ascenso, parece haber sido un incentivo importante de la relación que estos tuvieron con la acción político-partidaria:

«Ocurrieron dos cosas. Hicimos candidatos a concejales, porque se convirtieron en punteros políticos. No porque tuvieran vocación de punteros políticos, sino que los convencían de que la política era lo que ellos tenían que hacer porque este gobierno de mierda que les paga para la mierda. Entonces, jóvenes con ganas de hacer cosas se convertían en punteros políticos y descuidaban la parte de salud. Y lo peor era que no tenían una carrera. Vos eras agente sanitario y te podías morir siendo agente sanitario, pero solamente que pudieras llegar a inspector de agentes, nada más. Pero no tenías carrera.» (Entrevista personal a Juan Carlos David, ex ministro de Salud, mayo de 2018).

Finalmente, en octubre de 1986, la Cámara de Diputados de la provincia sancionó la Ley 9945, por la cual incorporó a la planta permanente del Estado al personal contratado como agente sanitario del programa de atención primaria de la salud dependiente de la

Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia<sup>112</sup>. En el debate sobre tablas en el Senado provincial, el senador Bilicich hizo una referencia a la labor desempeñada por los agentes:

«la tarea que realizan es conocido por todos, se trata de aquellos que hacen los relevamientos en todas y cada una de las villas de emergencia de las ciudades de Rosario, Santa Fe y también en las zonas del norte de la Provincia» (HCS, Diario de Sesiones, 1986:18).

En el debate en la Cámara de Diputados, se afirmó que la medida alcanzaba a más de doscientos agentes del programa de Atención Primaria de Salud. Se sostiene que el programa había tenido origen durante el gobierno militar, en Rosario en 1980, en donde:

«nacieron los agentes sanitarios como parte integrante de un equipo de salud formado por médicos, licenciados en enfermería, pediatras, ginecólogos y obstetras. La función del agente es promover la salud preventiva. El trabajo consiste en visitar diariamente ocho casas, impartiendo educación sobre vacunación, tuberculosis, lepra, venéreas, educación a la embarazada, recién nacido, detección del desnutrido y envío a control en caso de no concurrir a él, saneamiento ambiental, educación bucal, correcta alimentación del niño, accidentes en el hogar, pediculosis, sarna, rabia, control de vacunas a perros y gatos y parasitosis, alcoholismo y alfabetización.» (HCD, Diario de Sesiones, 1986, 2123).

Sin embargo, recién en julio de 1987 el decreto 2588 ratificó la naturaleza y la función de la figura del agente. Esta debía «extender la cobertura» dado que el agente debía «llenar una necesidad en algunas regiones donde, por factores de accesibilidad restringida (fenómenos climáticos, caminos, pautas sociales y culturales, etc) los servicios de salud no son aprovechados correctamente». En otras palabras, un brazo institucional que debía funcionar como «eslabón» entre el sistema y la comunidad (Art. 1) necesario para situaciones de «accesibilidad restringida».

De este modo, se cerró el período en que la atención primaria se incorporó a la agenda pública. A su vez, su interacción con las Áreas sanitarias permitió la transformación de la

---

<sup>112</sup> La ley fue una iniciativa de los senadores de la oposición radical Monti y Bilicich.

política de regionalización. El primer impulso de esta política había sido a mediados de los años setenta con la conformación de las Áreas como una estrategia organizacional. Durante esta etapa, representaron una construcción institucional débil con una limitada influencia para reorganizar la estructura de la oferta pública de servicios.

A partir de su interacción con la política de la APS en el período democrático se evidencia una transformación. Esta interacción entre el contexto organizacional de las Áreas y el dispositivo de atención primaria posibilitó una primera vinculación funcional entre los centros hospitalarios y la frágil oferta existente en el primer nivel de atención. Sus efectos en cuanto a la reorganización del sistema fueron limitados dado que el sector público permaneció centrado sobre la oferta hospitalaria sin una organización de la demanda territorial en base a un criterio de complejidad creciente y la estrategia de APS no se transformó en el eje vertebrador del sistema.

Por otro lado, a partir del dispositivo se crearon nuevas instituciones que modelaron el contenido sustancial de la política de regionalización que en su acción fue construyendo nuevos beneficiarios y nuevas territorialidades.

#### *2.4 Los técnicos militantes y la reforma que no fue:*

Llegados a este punto, resulta necesario reconocer quienes fueron aquellos actores que condujeron los destinos de la política de salud durante los años ochenta y cuáles fueron las capacidades que movilizaron y en qué medida estos intervinieron sobre la política de regionalización sanitaria provincial.

La estabilidad de la elite a cargo de la política de salud es un factor importante que en ocasiones permite explicar la continuidad de las políticas. A pesar del internismo que caracterizó el campo de la política santafesina durante el retorno de la democracia, los dos gobiernos peronistas presentaron pocas variaciones en la línea política que condujo los destinos del área.

Gran parte de la elite que conformó el gabinete provincial de salud provenía de la militancia peronista anterior al golpe de estado de 1976. Sus itinerarios reúnen titulaciones técnicas del campo sanitario junto a credenciales de militancia en las filas del movimiento político y, a diferencia de la tecnoburocracia de los sesenta, esta elite no reconoce como exclusiva fuente de legitimidad la posesión de un saber especializado. Por el contrario, sus integrantes se reconocen en una experiencia política común que los cohesiona por medio de tradiciones, ideas y simbologías más que en la posesión de una

*expertise* de naturaleza técnica y es lo que justifica su caracterización como «técnicos militantes».

Entre los años 1983 y 1989, los profesionales que ocuparon la máxima responsabilidad ministerial reunieron estos atributos técnicos y políticos. Una de las máximas figuras políticas de la época, Víctor Reviglio, quien fue Ministro de Salud, Medio Ambiente y Acción Social durante el primer gobierno de la transición, podía acreditar ante sus pares la trayectoria de una militancia política iniciada en los tiempos de la Resistencia Peronista. Asimismo, Guillermo Weisburd, Subsecretario de Salud y Medio Ambiente entre 1984 y 1987 y Ministro de Salud y Medio Ambiente entre 1987 y 1989, provenía de la militancia en la juventud peronista, específicamente de las filas del Frente Estudiantil Nacional (FEN), una agrupación con fuerte arraigo en la ciudad de Rosario. Los recambios que se produjeron en la conducción del área provinieron del interior de la misma elite que gobernó la salud desde el inicio de la transición, hasta la designación de González Brunet en 1989. Por tanto, cuando Reviglio abandonó el ministerio para avocarse a su candidatura a gobernador quien lo reemplazó fue Edgar López, quien era Subsecretario de Seguridad Social del área desde 1983.

Durante su gobierno, Reviglio designó como ministros a Guillermo Weisburd (1987 y 1989), a Wilfredo González Brunet (1989 y 1990) y a Juan Carlos David (1990-1991). Hasta la designación de González Brunet, el actor estatal que orientó la política de salud provincial fueron estos técnicos provenientes de la militancia político partidaria. Con la designación de David en 1989, como veremos en el capítulo siguiente, es la tecnocracia sanitaria la que recupera la conducción del área.

En gran medida mantuvieron la estructura organizativa que presentaba el ministerio en el período dictatorial. Hubo continuidad más allá de un ligero *aggiornamento* en algunas áreas. En 1981 el gobierno militar había reemplazado el viejo Ministerio de Bienestar Social por el Ministerio de Acción Social y Salud Pública<sup>113</sup>, pero seis meses antes de la apertura democrática, en junio de 1983, el mismo gobierno decidió jerarquizar la cuestión ambiental y la jurisdicción pasó a denominarse Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social<sup>114</sup>. Su denominación y competencias se mantuvieron hasta la sanción de la

---

<sup>113</sup> En consonancia con el proceso nacional, el Ministerio de Bienestar Social había sido creado en 1969 durante el anterior período dictatorial.

<sup>114</sup> La cuestión ambiental estuvo incorporada a la competencia ministerial desde la reforma de 1981 de la ley 8882. No obstante, la dictadura modificó la nominación incorporando la referencia a medio ambiente por la ley provincial 9264 en 1983.

nueva ley orgánica de ministerios en 1987. Fue entonces cuando el área se transformó en el Ministerio de Salud y Medio Ambiente producto de la separación entre salud y acción social y la creación de la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria.

Hasta 1987, aunque sea en términos formales, los actores que tuvieron a su cargo la conducción del ministerio concentraron un poder político institucional significativo dado que reunían las competencias en salud, seguridad social, previsión social y vivienda. Para intervenir sobre estas cuestiones disponían de cuatro subsecretarías y algunas direcciones provinciales bajo su dependencia directa. Estas últimas tenían competencia sobre áreas sensibles de la administración como la obra social provincial (IAPOS) o la regulación de los Servicios de Atención Médica para la Comunidad (SAMCO)<sup>115</sup>. En total la estructura se componía de subsecretarías (logística, seguridad social, acción social, salud y medio ambiente) y treinta y siete direcciones provinciales.<sup>116</sup>

Sin embargo, la competencia formal no siempre coincidió con el poder decisorio sobre una determinada arena de políticas. Por ejemplo, este fue el caso de la dirección de vivienda que si bien formalmente formaba parte de la estructura ministerial su conducción efectiva estuvo en manos de la facción gremial que hegemonizaba el destino partidario por aquellos años. Es decir, el peso relativo de este actor corporativo demarcó áreas de una fuerte autonomía de la conducción política de la jurisdicción y por fuera de la acción de los representantes políticos y técnicos que la conducían.

«Que yo manejaba [la dirección de] vivienda es una forma de decir. En realidad, a vivienda la manejaba Castillo, un rosarino, que lo habían puesto los muchachos de la UOM» (Entrevista personal a Víctor Félix Reviglio, ex gobernador de Santa Fe, marzo de 2019).

El modelo organizativo de la estructura tuvo más continuidades que cambios, aunque es posible identificar una voluntad de *aggiornamento* o de ordenamiento de los recursos

---

<sup>115</sup> Para ver la estructura ministerial, consultar el Grafico N° ... que integra el apéndice de este trabajo.

<sup>116</sup> La Subsecretaría de Logística contiene las siguientes Direcciones Provinciales: Administración, Despacho, Abastecimiento, Personal, Estadística, Movilidad, Arquitectura, Electromedicina, Laboratorio Industrial Farmacéutico. La Subsecretaría de Seguridad Social contiene la Dirección de Seguridad Social junto a la Caja de Jubilaciones de la Provincia, la Caja ley 5110 y la Caja de los Agentes Civiles del Estado. La Subsecretaría de Acción Social contiene las Direcciones de Minoridad e Infancia, Turismo Social, Tercera Edad, Deportes, Acción Social, Vivienda y Urbanismo. Por su parte, la subsecretaría de salud y medio ambiente tuvo dieciséis direcciones provinciales bajo su jurisdicción: promoción de la salud, prevención de la salud, recuperación de la salud, rehabilitación de la salud, accidentología, farmacia, bioquímica, recursos humanos, bromatología, saneamiento ambiental, auditoría médica, odontología, salud mental, enfermería, residencias médicas y control médico.

existentes. Ejemplo de esto fue la incorporación de la Dirección de Accidentología y la Dirección de Salud Mental a la estructura ministerial<sup>117</sup>. Con esta última se inició un proceso de desmanicomialización de la atención que tuvo como epicentros la Colonia de Alienados de Oliveros o el hospital Mira y López en la ciudad de Santa Fe (Sialle, 2008).

Como dijimos, la ocupación de las áreas de conducción política y técnica correspondió a un equipo de profesionales provenientes de las filas del peronismo provincial. El principal proyecto sanitario de estos técnicos militantes fue el denominado «Modelo Provincial de Atención de la Salud». Fue una propuesta que se inspiraba en el modelo del SNIS del gobierno de Juan Perón en los años setenta. Este incluía una reforma para la integración horizontal del sistema de sanitario mediante la inclusión de mecanismos de concertación.

En octubre de 1987 el gobierno presentó públicamente el «Modelo provincial de Atención para la Salud». Este se basaba en los informes y trabajos de investigación realizados por una comisión *ad hoc* creada en el ámbito del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social que estuvo integrada por la cúpula del *staff* ministerial y un conjunto de expertos que fueron contratados en condición de asesores<sup>118</sup>.

El proyecto incorporó un cuadro de situación de la realidad sanitaria nacional que daba cuenta de una «modificación sustancial en los tres últimos lustros al punto que los ejes sobre los que se asentaban los sistemas de entonces fueron modificados conceptual e instrumentalmente». Sostienen que dicha transformación encuentra como una de sus causas principales la consolidación de la seguridad social como aquella forma protagónica en la cobertura de los riesgos de enfermar.

Los redactores del proyecto que en gran medida eran los técnicos integrantes del gabinete provincial caracterizaron al sistema público como obsoleto en sus edificios, limitado en sus recursos, anacrónico e ineficaz en su funcionamiento y sujeto a una falta de redefinición en sus funciones que «lo llevaron a mantener el carácter benéfico de sus

---

<sup>117</sup> A estas creaciones se suman otras innovaciones menores como la separación de la antigua dirección de bioquímica y Farmacia.

<sup>118</sup> Estaba constituida por Guillermo Weisburd en su carácter de Subsecretario de Salud, Guillermo Milesi, Director Provincial de Recuperación de la Salud, Edgardo Bonsembiante en ejercicio de la Dirección de Auditoría Médica y Julia G. de Rosatti en funciones como coordinadora de la Dirección General de despacho. Asimismo, el ministerio contrató la participación del Dr. Jorge Dall'Aglio para el desarrollo conceptual y técnico del modelo y tuvo la contribución de los contadores José Armelini y Livio Pautasso para el estudio de la viabilidad económica y al Dr. Roberto De Marchi para los aspectos legales. Además, según sostienen los protagonistas, contó con la colaboración del sanitarista Hugo Arce.

acciones». El proyecto califica a la expansión del sector privado como anárquica. Sin embargo, esto se complementa de una cierta valoración positiva: el sector fue capaz de reaccionar rápidamente y «adecuar su crecimiento, su equipamiento y en oportunidades hasta su organización para responder a un creciente requerimiento de atención de salud»<sup>119</sup>.

Por otro lado, los autores calificaron al sector público como incapaz de una redefinición y redimensionamiento de sus servicios producto de encontrarse sujeto a restricciones presupuestarias y estar conformado por establecimientos que se asemejan a «verdaderos parias del sistema». Los autores del proyecto sostienen que los establecimientos públicos constituyen:

«una carga ya que al no constituir empresas con tasa de retorno se transforman ante la población en una inapropiada evidencia del déficit no querido de un gobierno, en un área tan cara a la consideración de la opinión pública»

La seguridad social se encontraba expuesta a los males del achicamiento del mercado de trabajo, del déficit de sus sistemas recaudatorios, del sobredimensionamiento de sus gastos de funcionamiento y una tendencia generalizada de apelar a parte de sus fondos para «financiar acciones que son de responsabilidad del sector público». Y el sector privado responde con más «espontaneísmo que con racionalidad» por falta de criterios ordenadores y atraviesa una de sus mayores crisis «por la ausencia de política sobre el particular».

Para los redactores, el Estado debe asumir el carácter de «principal responsable de la salud de la población y restituir las funciones de conducción, integración y armonización del conjunto». Para ello, el Plan establece lo que denomina «bases y criterios de acción»:

- a) La integración entre el sistema financiador y el sistema prestador mediante la armonización y conducción del Estado.
- b) El desarrollo de un sistema financiador promoviendo en el nivel provincial un proceso de integración horizontal mediante la coordinación de las obras sociales.

---

<sup>119</sup> Un sector privado financiado por la seguridad social que «aumentó sus gastos en ese período en un poco más del 50% acompañando el aumento de sus prestaciones» frente a un sector público que «disminuyó en la participación relativa de la estructura prestacional y aumentó su gasto en casi un 80%».

Por un lado, el Plan promueve la creación de una obra social bajo el nombre de Evita cuyo objetivo debía consistir en la cobertura del «indigente» con un fondo especial administrado por un ente creado para tal fin. Esto se debía hacer «sin menoscabar su dignidad y sí transformar su atención en un acto de justicia social».

Por el otro, establece que el Ministerio debe adecuar sus funciones para asegurar un mecanismo de concertación como eje de un proceso de integración entre los sectores y un sistema de control y regulación capaz de garantizar el cumplimiento de las pautas acordadas en virtud de los planes y programas. Por ello contempló la creación del «Sistema Provincial de Prestaciones de Salud» (SPPS) como un conjunto de definiciones, caracterizaciones, pautas, categorizaciones, normas e instrucciones orientados a lograr un ordenamiento de los recursos instalados en la provincia. El objetivo del SPPS era la homogeneización de las funciones, la complementación de acciones y la evaluación de resultados sobre objetivos previamente concertados y formulados en un Programa de Finalidad Común, lo que debía generar una creciente integración de los recursos en salud instalados en la provincia<sup>120</sup>. Además, el Plan contempla que el sector público debe adecuarse a «criterios de eficiencia y racionalización, desde el momento que tendrá que someterse a las pautas de rendimiento establecidas por el sistema prestador, ya sea por la formulación de indicadores referenciales o bien de manera directa al tener que depender en gran parte de su financiación, de su capacidad de inserción en la estructura prestadora». El Plan concebido por los técnicos militantes del gabinete y por algunos especialistas de renombre cercanos al peronismo no prosperó. Este no logró sortear el poder de bloqueo que los sindicatos y de las organizaciones representativas de la corporación médica le impusieron antes de su tratamiento legislativo. Cabe recordar que las organizaciones sindicales eran el actor predominante en el peronismo santafecino de los años ochenta (Maina, 2013) y su poder de veto era altísimo sobre una iniciativa que amenazara sus intereses.

Por otro lado, el apoyo inicial al proyecto de los actores políticos fue decreciendo en el interior de la elite gubernamental. A medida que el contexto se complejizó producto de la crisis económica y las internas político partidarias que marcaron la época, se fue diluyendo el apoyo del gobernador, quien había sido uno de sus impulsores. Una década

---

<sup>120</sup> El SPPM también persigue una serie de objetivos específicos: de política de concertación; de política de ordenamiento y racionalización de los recursos; de sistema de registros y acreditación; de determinación de un cuerpo normativo; de sistemas de control y evaluación; de asistencia técnica y de administración; de determinación de la carrera médica; de acciones de promoción y protección de la salud.

atrás, el SNIS había atravesado un itinerario equivalente cuando intentó regular los intereses corporativos del sector. Belmartino y Bloch (1994) se refieren a aquellos acontecimientos como el resultado de un mito que, en cierta medida, sobrevalora la capacidad del poder estatal para la transformación de las relaciones de poder en el sector. Una cristalización de esa concepción que identifica en la voluntad política el elemento excluyente para el cambio social. Es posible conjeturar que los redactores del proyecto provincial recayeron también en ese mito de sobrevaloración de la capacidad y la autonomía estatal sobre los intereses corporativos.

### **3. Instituciones e ideas en la regionalización provincial:**

#### *3.1. Las instituciones y el camino de la reforma*

Una vez más retomamos el interrogante principal de esta investigación sobre el interjuego entre instituciones e ideas en los procesos de cambio institucional en la arena subnacional. Nos interesa identificar cuáles fueron los factores que influyeron sobre la regionalización sanitaria en cuanto política de cambio institucional en la provincia.

A lo largo del capítulo hemos propuesto dos etapas que permiten analizar la trayectoria de la regionalización: la primera referida de la creación de las Áreas sanitarias durante los años setenta y comienzos de los ochenta y, la segunda, de su transformación a partir de su interacción con el dispositivo de política de atención primaria.

Como ya hicimos referencia en capítulos anteriores, el estado federal permite la presencia de múltiples comunidades de políticas que condicionan la difusión y el marco de la política pública. Fox (1994) sostiene que el marco institucional estructura las potenciales rutas de acceso por donde se canalizan las demandas de los sectores que conforman el espacio público. En este sentido, el marco institucional establece las reglas de juego que permiten el desarrollo de la lucha política institucionalizada y determina los canales de influencia para los actores con pretensiones de modelar la agenda pública.

En la regionalización provincial se evidencia la influencia del nivel nacional de gobierno y de la coalición nacional que promovió el SNIS sobre la trayectoria de la política. El ámbito nacional fue la ruta de acceso de las ideas de política que fueron dando forma a la regionalización sanitaria en la provincia. Las reformas promovidas por el SNIS tuvieron su impacto en la provincia en la medida que el impulso inicial de las Áreas de salud se remonta a dicho marco. Esto es, las Áreas conforman un legado político-institucional de una reforma nacional trunca que busco reunir en un único sistema la totalidad de los

establecimientos públicos administrados por las provincias, las obras sociales (en carácter obligatorio) y sus prestadores, con la intención de concentrar en el Estado nacional la conducción del conjunto de los actores del sistema (Arce, 2010).

En Santa Fe, este primer impulso regionalizador se autonomizó de su marco de referencia original. Aunque el SNIS fue suprimido por la dictadura militar que ocupó el Estado en 1976, las Áreas en cuanto estructura organizacional y legado a nivel subnacional del SNIS, se fueron recalibrando más allá de sus objetivos iniciales.

La primera etapa de conformación de las Áreas sanitarias respondió a un proceso de dependencia de la trayectoria. Estas nuevas reglas de juego destinadas a organizar la provisión pública se fueron autonomizando de sus objetivos iniciales. Se mantuvieron incluso más allá de la sustitución de los actores y de la reorientación general de la política sanitaria a escala nacional. Este proceso inicial parece acercarse a lo que Pierson (2000) denomina *positive feedback*:

«Esta idea de *path dependence*, en la que los pasos anteriores en una dirección particular inducen un mayor movimiento en la misma dirección, está bien captada por la idea de *positive feedback*. En un proceso de *positive feedback*, la probabilidad de nuevos pasos a lo largo del mismo camino aumenta con cada movimiento por ese camino. Esto se debe a que los beneficios relativos de la actividad actual en comparación con otras opciones posibles aumentan con el tiempo. Para decirlo de otra manera, los costos de salida de cambiar a alguna alternativa anteriormente plausible. Los procesos de rendimientos crecientes también se pueden describir como procesos de retroalimentación positiva o de refuerzo propio» (Pierson, 2000: 252).

La estrategia de las Áreas de salud presentó un grado de institucionalización muy débil. Hasta su confluencia con la política de atención primaria ya bajo el gobierno democrático, estuvieron recubiertas por un manto de ambigüedad en cuanto a sus objetivos o su papel en la estructura de servicios del sector público. Así lo expresa un alto responsable del Ministerio de Salud provincial que formó parte del proceso de transición:

«cuando llegamos a la función existían las áreas programáticas, pero nadie entendía bien lo que eran las áreas programáticas ni para que servían. Nosotros si insistimos y capacitamos hicimos muchos talleres *in situ* (...) La idea era que [participara] el hospital base referencial con su área programática y con todo el

desarrollo de lo que era la atención comunitaria con agentes sanitarios. Lo que si hicimos fue crear una red importante de agentes sanitarios, aumentamos los agentes sanitarios y les dimos todos los elementos necesarios» (Entrevista personal a Guillermo Weisburg, mayo de 2019).

Por otra parte, es necesario explicar el mecanismo mediante el cual se transformó la regionalización a través del programa de APS. Siguiendo a Mahoney y Thelen (2010) es posible afirmar que la regionalización sanitaria provincial se transformó mediante un cambio por estratificación (*layering*). Una transformación que se produce cuando a las reglas vigentes se le adjuntan nuevas reglas que terminan cambiando la forma en que se estructuraban las conductas originales. Estas reglas adiciones deben ser capaces de alterar la lógica original de la institución. La regionalización fue un cambio gradual y endógeno en la medida que los factores que la explican no provienen de ningún shock externo al subsistema de salud. Por otro lado, esta reforma que fue débil en sus comienzos se fue consolidando mediante la atención primaria. En este sentido, citamos un extracto de una entrevista realizada a una de las primeras supervisoras de la atención primaria de la salud que da cuenta del modo en que la incorporación del dispositivo de política de la atención primaria incidió en la alteración de las conductas originales.

«[la atención primaria] es una política estructurada en el sentido de la regionalización con los hospitales. Lo que pasa es que era una práctica nueva, era un giro totalmente. Porque desde que los centros de salud se tenían ya que vincular con los hospitales, cada uno tenía un área programática, todo eso se instrumentaba, se intentaba respetar ese ordenamiento y después había bastantes reuniones de los directores de áreas programáticas» (Entrevista personal con Carmen Lera, supervisora de APS, septiembre de 2017).

El dispositivo de política de atención primaria fue de planificación centralizada a nivel nacional y de ejecución descentralizada en las provincias. El contexto político del inicio de su implementación fue un régimen autoritario de gobierno que había suprimido las instituciones representativas y las autonomías provinciales. Y producto de la represión sistemática organizada desde la esfera estatal también se había neutralizado la capacidad de respuesta de las organizaciones representativas del sector.

### 3.2. *La APS entre la economía y las ideas*

Nuevamente el nivel nacional fue la ruta de acceso. Esta vez lo fue de las ideas de política que dieron forma al dispositivo de APS. En el ámbito internacional la Conferencia sobre la Atención Primaria de la Salud que tuvo lugar en Alma Ata del 6 al 12 de septiembre de 1978 fue el acontecimiento crucial de la atención primaria. Esa conferencia que contó con la presencia de 3000 delegados de 134 gobiernos y 67 representantes de organismos internacionales de todo el mundo tuvo setenta representantes de América Latina, prácticamente todos provenientes del sector público<sup>121</sup>.

Cueto (2006) sostiene que la «Declaración de Alma Ata» incorporó tres ideas claves: la «tecnología apropiada», la oposición al elitismo médico, y finalmente, el concepto de salud como un medio para el desarrollo socioeconómico. Se presentó una crítica al papel negativo de la «tecnología orientada a la enfermedad» como tomógrafos o equipos irrelevantes para las necesidades de salud de la mayoría de la gente pobre. La alternativa era una tecnología médica «apropiada» científicamente sólida y económicamente factible capaz de atender las necesidades de los pobres. La Declaración destacó la relevancia de la construcción de muchas postas de salud en zonas rurales y en barrios urbanos pobres en lugar de la construcción de hospitales sofisticados y especializados.

El elitismo médico fue identificado con la sobre-especialización del personal de salud y con las campañas orientadas de arriba hacia abajo. Frente a esto, la Declaración destacó la importancia del entrenamiento del personal no médico de salud y la participación comunitaria. Además, la salud no fue percibida aquí como una intervención aislada y contingente, sino como un proceso de desarrollo de las condiciones socioeconómicas de la población (Cueto, 2006: 41). Es decir, la salud convertida en condición del desarrollo en lugar de consecuencia del progreso económico.

La Declaración de Alma Ata definió a la Atención Primaria del siguiente modo:

«Una atención de salud esencial basada en unos métodos y una tecnología prácticos, científicamente demostrados y socialmente aceptables, cuyo acceso a la misma esté garantizado a todas las personas y familias de la comunidad, de modo que puedan pagarla, y a un coste tal que tanto la comunidad como cada país pueda mantenerla en cada estadio de su desarrollo, con un espíritu de

---

<sup>121</sup> Sostiene Marcos Cueto (2006) que la mayoría de los representantes provenían del sector público – entre los cuales solo había algunos directores de los organismos nacionales de planificación, sólo uno era de una ONG, uno era de una universidad y no había ninguno del sector privado.

autoconfianza y autodeterminación. Representa una parte integral del sistema sanitario del país, en el que se desempeña una función central, y constituye asimismo el foco principal del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto con las personas, las familias y la comunidad con el sistema sanitario del país, lleva la atención de salud lo más cerca posible del lugar donde reside y trabaja la población, y representa el primer eslabón de una atención de salud continuada.» (OMS, 1978).

La atención primaria fue reconocida como una parte integral, permanente y onnipresente del sistema sanitario formal de todos los países, y no sencillamente como un elemento *sobreañadido* al mismo (Basch, 1990, citado en Starfield, 2001). Además, incorporó algunos componentes esenciales de la atención primaria: educación sanitaria, higiene ambiental (especialmente en materia de alimentos y suministro de aguas), programas de salud materno-infantil (incluyendo la vacunación y la planificación familiar), prevención de las enfermedades endémicas locales, tratamiento adecuado de los traumatismos y las enfermedades frecuentes, suministro de medicamentos esenciales, promoción de una nutrición racional y medicina tradicional (Starfield, 2001).

Vuori (1985) reconoce cuatro formas de contemplar la atención primaria: con un conjunto de actividades, como un nivel de atención, como una estrategia organizativa de la atención y como una filosofía que impregna la atención de salud<sup>122</sup>. Por su parte, Bloch (1992) identifica tres concepciones de APS que atravesaron a los organismos internacionales impregnando las propuestas de políticas y programas:

- a) La APS como un nivel de atención o puerta de entrada al sistema, limitándola por consiguiente a una forma de organización técnico-administrativa;
- b) La APS como un programa con objetivos específicos y estructura simplificada para la atención elemental de grupos marginales, que termina volviéndose «un programa marginal, con recursos marginales, para población marginal»;

---

<sup>122</sup> Starfield (2001) sostiene que el enfoque que identifica la APS como un conjunto de actividades es inapropiado ya que son muy pocas las actividades que pertenecen exclusivamente al ámbito de atención primaria. En cambio, los niveles de atención, las estrategias organizativas de la atención y la atención primaria como filosofía son conceptos interrelacionados (p. 9).

c) La APS como una estrategia para alcanzar la meta de salud para todos, por lo que debe satisfacer requisitos de impacto, equidad, eficacia social y articulación intersectorial (Bloch, 1992: 19).

Debemos remontarnos a la posición argentina en Alma Ata para reconocer la posición argentina inicial y sus variaciones manifiestas en los primeros programas. Cueto (2006) rastrea la paradójica participación de los autoritarismos regionales en la conferencia. El problema central no estuvo en la resistencia a la adhesión formal a sus términos sino en el compromiso político efectivo en su implementación por parte de las dictaduras. Si bien ciertos regímenes autoritarios latinoamericanos – como la dictadura en Argentina – formalmente respaldaron la Declaración de Alma-Ata no pusieron en práctica ninguna reforma tangible (Cueto, 2006: 55).

Puede sostenerse que la posición que el gobierno de la dictadura argentina llevó a la Conferencia fue clara en varios aspectos. Su declaración sostuvo que la APS no limita «su acción a la atención de los así llamados sectores marginados» sino que es «una forma de organizar los recursos para atender a toda la población». Por otro lado, esta expresó que «la APS requiere ineludiblemente articularse con la zonificación y regionalización de los servicios» y, por lo tanto, conlleva un compromiso de cambio en la estructura actual de los servicios.

La concepción de atención primaria promovida en Alma Ata no fue la única. La mayoría de las agencias bilaterales y los donantes internacionales promovieron lo que se conoce como Atención Primaria Selectiva de Salud (APSS). Esta se presentó en una conferencia organizada por la Fundación Rockefeller en 1979 cuyo título fue «Salud y población en el Desarrollo» cuyas raíces se encuentran en un documento publicado por Julia Walsh y Kenneth S. Warren titulado «Atención primaria selectiva de salud. Una estrategia interina para el control de enfermedades para países en desarrollo». Estos autores habían investigado sobre las causas específicas de muerte, en especial, las enfermedades más comunes en los niños de los países en desarrollo como la diarrea y las enfermedades producidas por la falta de inmunización. Presentaron esta estrategia como «interina», como una puerta de entrada a partir de la cual los servicios de salud podían ser desarrollados, que era organizada con objetivos realistas y alcanzables en base a una planificación racional.

Cueto menciona que la APSS fue introducida como una nueva perspectiva que contiene una intervención técnica de bajo costo para combatir los principales problemas de enfermedades en los países pobres, hasta que se pueda implementar el en su totalidad el programa más ambicioso de la atención primaria. Las intervenciones se redujeron a cuatro y fueron conocidas generalmente con el nombre de GOBI<sup>123</sup>: monitoreo del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, promoción de la lactancia materna, e inmunización (Cueto, 2006: 44). A partir de entonces, muchos ministerios de salud latinoamericanos crearon programas de bajo presupuesto para la atención primaria y el trabajo comunitario y se concentraron en una o dos de las intervenciones de GOBI.

Llegados a este punto, el retorno al ámbito nacional nos permite identificar en su contexto a la concepción que subyace a la declaración del gobierno militar en Alma Ata. En 1976, las declaraciones de Irán Campo, secretario de salud del gobierno nacional desde 1976, ofrecen ciertas claves interpretativas como la asimilación de la atención primaria a un conjunto de acciones o el énfasis en las obligaciones individuales y la subordinación al bien común. Esto decía el secretario de salud del gobierno de facto sobre la APS:

«(...) se trata de acciones programadas que tiene su referencia institucional en el hospital con su área programática, que constituye el apoyo logístico de las actividades de atención médica, docencia e investigación extramurales, proyectándose a la comunidad a la que busca para contribuir a efectivizar su derecho a la salud y para entender mejor las relaciones de las personas con el medio, mostrándole claramente también sus obligaciones sociales con a la mira puesta en el bien común» (Iriart et al, 1994: 137).

Iriart et al (1994) sostiene que durante la dictadura se consolidó la idea de comunidad como sujeto pasivo y la necesidad del Estado de aplicar la APS como un mecanismo de reducción de costos a partir de una asignación eficiente de los recursos y un uso racional por parte de la comunidad (p. 137). La participación comunitaria que ingresó a la agenda sanitaria nacional fue un dispositivo que tuvo un propósito: la extensión de la cobertura. Así el primer objetivo que estableció el plan de salud del gobierno militar fue el de estructurar una estrategia adecuada para lograr la extensión de la cobertura real de los

---

<sup>123</sup> La denominación GOBI hacer referencia a las siglas en inglés a las intervenciones que componen la APSS.

servicios de salud a toda la población, incluyendo visitas programadas casa por casa, estimular la activa participación de la población la que podrá tomar conciencia de sus derechos y obligaciones en salud (Iriart et al, 1994: 136).

«la atención primaria de la salud en la República Argentina puede ser uno de los medios válidos para contribuir a la solución de los problemas que se han identificado, especialmente en lo que hace a la extensión de la cobertura de modo de atender a las necesidades de toda la población, no sólo de las áreas rurales sino también a las áreas urbanas y periurbanas. Asimismo, permitirá la racionalización de la demanda espontánea, identificando la puerta de entrada a los servicios de salud y evitando la inadecuada utilización de estructuras complejas y muy costosas» (Irán Campo, 1977, citado en Belmartino et al, 1981).

Esta noción de APS selectiva que supone una intervención técnica de bajo cuyo objetivo es la extensión de la cobertura sanitaria, elaborada en el ámbito internacional de producción y circulación de políticas e implementada por los actores nacionales, fue el marco de ideas que impregnó los dispositivos nacionales de APS que dieron forma a la regionalización en el territorio provincial.

Podemos ensayar la siguiente proposición interpretativa: el marco de ideas producido por las agendas internacionales sobre atención primaria de la salud y transmitido por el Estado nacional moldeó el contenido sustancial de la transformación operada en la política de regionalización sanitaria a partir del primer gobierno democrático en Santa Fe. Seguimos la línea interpretativa propuesta por Martínez Franzioni (2006) cuando postula que son los actores domésticos los incorporan las ideas de las agendas internacionales a las agendas locales mediante de procesos de adopción y adaptación a sus legados político - institucionales.

Ahora bien, podemos plantear un nuevo interrogante: ¿De qué modo se articulan estas ideas de política con la estructura de oportunidades y los marcos de ideas de los actores que condujeron la salud en el nivel provincial a partir del retorno democrático? Para ello, debemos recuperar las características de los actores en el nivel subnacional y dar cuenta de sus espacios de socialización y los de circulación de las ideas que postulan.

Gran parte de la elite que conformó el gabinete provincial de salud provenía de la militancia peronista anterior al golpe de 1976. Sus itinerarios reunían acreditaciones puramente técnicas del campo sanitario con credenciales de militancia en las filas del

movimiento. A diferencia de la tecnoburocracia de los sesenta, esta elite no reconocía como única fuente de legitimidad la posesión de un saber especializado porque se identifica con una experiencia política común que cohesiona por medio de tradiciones, ideas y simbologías. Esta elite participaba de los espacios de socialización partidarios previos a la apertura democrática y ofrecía al debate público diagnósticos sobre los problemas y soluciones que representan un posicionamiento político ante las cuestiones sectoriales. En este sentido, recuperamos algunas esas declaraciones contenidas en documentos de circulación partidaria durante los meses anteriores a la apertura democrática.

En marzo de 1983 tuvieron lugar las Primeras Jornadas Nacionales Justicialistas de Salud en San Antonio de Arredondo organizadas por la Agrupación de Médicos Justicialistas de Córdoba <sup>124</sup>. Como señala su documento final, estas tenían por objetivo «proponer la política para el sector y los cuadros dirigentes que deban llevarla a la práctica»<sup>125</sup>. Con un diagnóstico informado sobre la evolución del sistema sanitario en la última década, los técnicos peronistas señalan la mejora generalizada en muchos indicadores de salud con la excepción de la tasa de mortalidad materna y la de mortalidad neonatal. Afirmaron lo siguiente:

«El análisis global de la mortalidad infantil en el período nos muestra la importancia que todavía tienen las causas debidas a desnutrición, patologías infecciosas, déficits de saneamiento ambiental, hacinamiento, etc, propios de los países en desarrollo»<sup>126</sup> (Declaración de las Primeras Jornadas Nacionales Justicialistas de Salud, 1983)

Según sostienen, las causas que conducen a este cuadro de situación eran la disminución de importancia en el gasto del subsector oficial y la concentración de la alta complejidad en el sector privado. No obstante, cuando se refieren al deficitario funcionamiento interno del sector público señalan como una causa importante a la falta de coordinación entre sus efectores:

---

<sup>124</sup> Participaron delegados de las organizaciones de profesionales de la salud y corrientes internas partidarias de la provincia de Catamarca, Tucumán, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Entre ríos, Córdoba y Capital Federal.

<sup>125</sup> Documento con conclusiones de las Primeras Jornadas Nacionales Justicialistas de Salud.

<sup>126</sup> *Ibidem*.

«En el subsector oficial los efectores nacionales, provinciales y municipales, coexisten sin coordinación efectiva en especial en las áreas urbanas constituyen un mosaico heterogéneo de responsabilidad de salud, en que es evidente el crecimiento desordenado de un conjunto de recursos humanos y de capacidad instalada suficiente para brindar gran cobertura pero ineficaz para resolver los problemas cotidianos de salud, ya que no conforma un sistema regionalizado y con énfasis en la atención primaria de la salud»<sup>127</sup> (Declaración de las Primeras Jornadas Nacionales Justicialistas de Salud, 1983)

El diagnóstico establece una relación directa entre la regionalización de los servicios y atención primaria de la salud. La regionalización aparece como el marco organizacional a partir del cual es posible el énfasis en la atención primaria. Es más, esta identificación adquiere mayor precisión al momento de elaborar las propuestas dirigidas a los futuros gestores de la cosa pública:

«La REGIONALIZACIÓN de los servicios, la determinación de los niveles de atención, la creación de las áreas programáticas, la expansión de una red de centros periféricos, puerta de entrada al sistema, coordinados con otros niveles, la creación de normas técnicas de derivación de pacientes concebidas mediante el enfoque de riesgo, y la extensión de cobertura a la totalidad de la población con acciones de ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, ejecutadas por un equipo interdisciplinario»<sup>128</sup> (Declaración de las Primeras Jornadas Nacionales Justicialistas de Salud, 1983).

La atención primaria fue concebida como un conjunto de acciones instrumentadas en favor de la extensión de la cobertura sanitaria. Parte de las ideas sobre la regionalización cuyo rastro en las filas partidarias pueden remontarse hasta los orígenes del movimiento político y la gestión de Carrillo, se articulan con las propuestas que provienen de la agenda internacional que conciben a la APS como una intervención de bajo costo orientada a combatir los principales problemas de salud de los países pobres. Como sostiene Cueto

---

<sup>127</sup> ibidem

<sup>128</sup> Ibidem.

(2006), en este marco, varios ministerios de salud latinoamericanos adoptaron estos programas destinados a pocas intervenciones y dotados de pocos fondos (Cueto, 2006).

De acuerdo a Jacobs (2015) toda explicación ideacional requiere que las variaciones sean explicadas en referencia al contenido cognitivo del actor. Es decir, que se registre una exterioridad de las ideas con respecto a las condiciones materiales que nos permita sostener que los factores materiales no son la explicación de la variación de las políticas.

En los albores de la democracia, la pobreza ingresó como problema prioritario a las agendas sociales latinoamericanas. En Argentina, el aumento de la población en situación de pobreza quedó reflejado en las cifras oficiales y pasó a formar parte de los discursos con la apertura de la vida política. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (en adelante INDEC) en 1980 la pobreza con NBI en el Gran Buenos Aires (GBA) alcanzaba el 6% y el 1,5% la indigencia. Cinco años más tarde los índices ascenderían al 11% y 2,6% de indigencia<sup>129</sup>.

En el campo sanitario, la disminución del gasto en el subsector oficial, el incremento del gasto directo, la distorsión estructural producto del ingreso desregulado de alta tecnología diagnóstica, el meteórico aumento de la infraestructura privada, el calamitoso estado de conservación de los recursos públicos, la reducción de su capacidad instalada y la hiperconcentración asistencial en hospitales de baja accesibilidad sumaban miradas parciales a un escenario general inequitativo y sin capacidad de respuesta ante nuevos contingentes sociales que caían en la pobreza. Este es un diagnóstico compartido por actores de diferentes filiaciones políticas, movilizadas ante la apertura democrática.

La pobreza como problema público formateó la «nueva cuestión social». En el campo sanitario la pobreza actuó como un factor mediato en la construcción del problema dado que se encuentra presente en los fundamentos de sus principales indicadores. Este es el caso de la mortalidad infantil como indicador privilegiado que permite registrar las condiciones de salud de la población. Una vez que fueron abandonadas por reduccionistas las concepciones más biologicistas, las causas de la mortalidad infantil se atribuyeron de modo progresivo a las condiciones socioeconómicas en las que sujetos y poblaciones se desarrollan. De este modo, las referencias a la ausencia de saneamiento, al hacinamiento y a la desnutrición pasaron a tener mayor importancia en el discurso predominante.

---

<sup>129</sup> La medición de la pobreza incluía solo el territorio de GBA.

El cuadro se complementa con la situación fiscal nefasta de las provincias a partir de la descentralización administrativa promovida por la dictadura en 1978 (Falleti 2006). El aumento los recursos provinciales para financiar la educación a partir de 1977 y la reducción de las transferencias automáticas desde el estado nacional generó una situación fiscal crítica para los gobiernos subnacionales y una mayor dependencia de las provincias con respecto a los recursos nacionales.

Sobre este telón de fondo material, se produjo el cambio de régimen político y una época de renovación de la cultura política nacional. Al ritmo del develamiento del terrorismo estatal se edificó el clima cultural predominante de la época, ese *ethos* de la transición democrática que contiene la pretensión de trazar una frontera (Aboy Carles, 2001) con el pasado en base a los principios del estado de derecho y de la democracia social.

Recordemos que Mehta (2011) distingue entre filosofía pública y *zeitgeist*, problema público y solución política. El *zeitgeist* es el espíritu de una época que, especialmente durante una transición política, constituye un espacio abierto a un conjunto dispar de discursos. El nuevo marco democrático abrió un campo de sentidos que iban desde la reivindicación de los derechos sociales como derechos inalienables hasta su consagración como mercancías bajo los signos del mercado. Desde la cúspide del poder político se proclamó que con la democracia se come, se educa y se cura, aunque no se dejó claro cómo hacerlo posible<sup>130</sup>.

Estos años ochenta fueron el escenario de un dilema. La reivindicación de la democracia social era la punta del iceberg de un cambio significativo por lo bajo: el paso del Estado como solución al Estado como problema. La intervención estatal antes entendida como estratégica para los ciclos de desarrollo comienza a ser caracterizada de «gigantismo estatal» y a promoverse su indispensable achicamiento (Iazetta, 2003). Emergió una época de un notorio antiestatismo motivado en parte como «moda intelectual» y en parte como resultado de una identificación natural del aparato estatal con la violencia política de las dictaduras del Cono Sur y Centroamérica. Esta fue una novedosa *filosofía pública* (Mehta, 2011) que se movió al ritmo de las tendencias de la opinión pública mundial y su reciente hostilidad al Estado, presente tanto en los países del socialismo real como en los países capitalistas del *Welfare State* (Lechner, 1983:8). En definitiva, una era que

---

<sup>130</sup> La frase «con la democracia se come, se cura, se educa» fue pronunciada por Raúl Alfonsín durante la campaña política de 1983.

combina reivindicación de derechos individuales con el recelo ante la única estructura institucional con posibilidad de hacerlos efectivos.

Durante los primeros tiempos de la transición democrática, el recelo contra el Estado irradiaba tanto desde las fuentes del pensamiento progresista como del discurso neoliberal. El primero postulaba la idea de «reforzar la sociedad civil» como una reacción ante el desempeño estatal durante la etapa autoritaria. Sostiene Iazetta (2005) que esto explica la exhortación a mantener una sociedad civil siempre *vigilante* frente a un Estado del que no puede presumirse que mantenga necesariamente relaciones cooperativas con ella (p. 67). Esta corriente mostró en su antiestatismo una afinidad involuntaria con el naciente discurso neoliberal que penetra en el sentido común a partir de los años noventa. Este último es guiado por la motivación principal de limitar toda regulación pública sobre el mercado y evitar cualquier «interferencia» espuria de la política dentro de sus dominios (Iazetta, 2005, 67). Por consiguiente, este es el marco en el que las ideas de la atención primaria de la salud penetran con mayor profundidad sobre la estructura institucional y reorganizan territorialmente el aparato estatal.

El antiestatismo tuvo su traducción en el campo sanitario en el reforzamiento del principio de subsidiariedad del Estado. Este principio, al que ya nos hemos referido en capítulos anteriores, parte de la concepción de que toda acción estatal entraña un riesgo inherente y capaz de retraer la iniciativa natural del cuerpo social. No obstante, el principio de subsidiariedad asume un sentido diferente al construido en la etapa comunitarista. La entidad con aptitud natural para la asignación de la riqueza social ya no es la comunidad sino el mercado. Además, el *locus* de realización comunitaria y participación pública ya no es la localidad sino los márgenes urbanos o rurales donde la potencia eficientista del mercado no llega.

Este giro revela que la transformación de las relaciones entre el subsector público y el privado constituye una dinámica material y una concepción ideacional que la sustenta y reproduce atribuyéndole mayor eficiencia al mercado. La subsidiariedad promueve que el Estado se abstenga de actuar allí donde hay buena dotación de infraestructura privada o donde es esperable que el mercado muestre interés en intervenir. Por consiguiente, la actividad del subsector público se debe canalizar prioritariamente a la atención de áreas marginales (Belmartino y Bloch, 1994: 296).

Para Beland (2016) las ideas son creencias de tipo causal cambiantes e históricamente construidas por actores individuales o colectivos que al definir el problema trazan las alternativas políticas que pueden adoptarse. El objetivo de los dispositivos de atención primaria es la «extensión de la cobertura» sanitaria. Ahora bien: ¿qué tipo de cobertura se debe extender? Es la misma cobertura pública calificada como ineficaz la que debe ser extendida. Un conjunto de acciones que se extienden desde un centro identificado entre los muros hospitalarios hacia la periferia: el territorio. Por ello la atención primaria recibe el nombre de «atención extramural» dado que representa un centro hospitalario y una periferia territorial sobre la base de una relación de subalternidad que se traducirá tanto en la distribución material como simbólica.

El dispositivo de APS como solución política (Mehta, 2011) movilizó un paquete mínimo de prestaciones sanitarias dirigidas a la «población marginal». Un conjunto de acciones que consistía sólo en una asistencia de bajo nivel para la población pobre (Cueto, 2006), o en palabras de Testa (1995), una solución orientada hacia los márgenes de lo social de carácter residual o primitiva. Es una manifestación de la «asistencialización» de las intervenciones sociales del Estado (Andrenacci, 2002) en la que comienza a hacerse evidente una concepción que justifica la acción estatal en cuanto mitigación de los efectos de la pobreza (Sojo, 2000).

En el centro de esta versión minimalista de la atención primaria se encuentra el agente sanitario. Un agente social movilizado para incentivar la participación y la resolución de las necesidades comunitarias que está pobremente calificado y que en cierta forma es una expresión de delegación de la responsabilidad sanitaria hacia los propios marginados. Su condición de pobreza lo vuelve un representante de los «marginales», de esa alteridad sobre la que se busca intervenir y que es identificada mediante un acto de nombramiento. Álvarez (2006), siguiendo a Bourdieu y Mauss, entiende por acto de nombramiento a una forma concreta de usar taxonomías con sus consecuentes efectos en el sentido común. El uso de la categoría «marginal» configura una estigmatización que es en sí un acto de habla performativo al identificar a una población por uno sólo de sus atributos: su condición de pobreza y vulnerabilidad. En definitiva, un acto de nombramiento de un colectivo que lo identifica en su carácter de asistido activando una dinámica de subjetivación (Cardarelli y Rosenfeld, 2001).

Esta alteridad pobre habita un territorio que es «recortado» mediante un instrumento de focalización configurando un adentro y un afuera simbólico. Un «espacio de proximidad»

(Catenazzi y Da Representação, 2009) que es definido por la población residente del «área programática». Un territorio particular que también es «fronterizo» en la medida que está sujeto a una relegación en el interior de lo urbano. La idea de territorio que moviliza la política está impresa por una lógica dual en la que el centro está ocupado por el hospital y la periferia subalterna por su área programática. Siguiendo a Soldano (2007), en estos territorios desmembrados se cristaliza un modo diferenciado de acceder a los servicios públicos y un estatus de ciudadanía diferenciada.

Esta identificación de la «villa miseria» como un nuevo territorio de la política sanitaria supuso también la metamorfosis de la misma idea de comunidad. Ya no estamos ante la idea de una comunidad política que reconoce en la localidad que habita su espacio natural de desarrollo. Por el contrario, la comunidad pasa a ser asimilada paulatinamente a los grupos sociales intervenidos que habitan en los territorios detrás de aquella frontera. Una comunidad asimilada a lo bajo donde habita lo residual y marginado que puede operar como una amenaza de descenso, castigo o destierro de quienes están adentro del sistema. En definitiva, es posible sostener que el dispositivo de la atención primaria transformó y le dio forma a la regionalización sanitaria. Esta configuró la dimensión política de la reforma del sector público y le dio forma, parafraseando la clásica fórmula democrática, a una salud pobre, por pobres y para pobres.

### **Recapitulación**

En este capítulo nos hemos enfocado en la regionalización sanitaria como proceso de cambio institucional en el subsector público de la salud provincial ocurrido entre los años setenta y ochenta. El análisis de esta política nos enfrentó a las principales preocupaciones que guían la investigación cuando nos interrogamos acerca del papel de las instituciones y las ideas en las reformas del sector. Es decir, intentamos dar cuenta acerca de cómo es que los marcos de ideas influyen, en qué momento lo hacen y bajo cuales condiciones (Blyth, 2002).

Para ello, en primer término, reconstruimos el proceso de regionalización sanitaria provincial. Por no haberse configurado como un proceso unitario esto implicó distinguir entre un primer período relativo a su origen y uno posterior en el que se transformó. Logramos identificar que la regionalización es una política cuyo origen en la provincia se remonta a la primera mitad de los años setenta como un impacto del avance de SNIS, que adquirió su dinámica de modo autónomo al destino del proyecto nacional.

Se trató de un cambio incremental que se asimila a lo que la literatura denomina cambio por estratificación (*layering*), una transformación que se supone que a las reglas vigentes se le adjuntan nuevas reglas que transforman el modo en que se estructuraban las conductas originales. Esto se produjo a partir de la articulación entre el legado institucional de las Áreas de salud y el dispositivo de la APS.

En la reforma de la regionalización sanitaria se combinaron factores institucionales, materiales e ideacionales. En un marco institucional federal de gobierno y en el contexto de un régimen autoritario, el impulso de la política de reforma provincial provino del ámbito nacional. Esta fue la ruta de acceso para un marco de ideas originadas en el ámbito internacional que se identificaban con la atención primaria selectiva de la salud. En este sentido, fueron los agentes domésticos los que adoptaron y adaptaron un marco de ideas que identificó a la APS con un conjunto de acciones de planificación centralizada a nivel nacional y de ejecución descentralizada en las provincias que debía articularse con la regionalización.

En el ámbito provincial, los actores que impulsaron la articulación entre las Áreas y el dispositivo de APS fueron los técnicos militantes a cargo de la conducción de la salud provincial durante el gobierno democrático. El margen de oportunidad de este actor fue reducido debido a la herencia funesta del gobierno dictatorial en el ámbito sanitario y a las restricciones propias que le impuso la coalición política que integraron. La dictadura legó un sector público sanitario sometido a un continuo desfinanciamiento y un cuadro de deterioro generalizado en su capacidad instalada. Por otro lado, la situación fiscal de los gobiernos provinciales era crítica a raíz del proceso descentralizador impulsado por la dictadura en 1978.

Sobre esta realidad material de escasez y con el objetivo de extender la cobertura, el gobierno provincial impulsó la articulación de las Áreas con una atención primaria concebida como un paquete mínimo de prestaciones sanitarias de carácter primitivas dirigidas a la «población marginal». Esto se implementó en un marco de progresiva desconfianza sobre las intervenciones estatales y de avance del principio de subsidiariedad en favor del mercado.

Esta solución política supuso la institucionalización de una forma de asistencialización que se dirige a mitigar los efectos de la pobreza (Sojo, 2000) y que incluyó la delimitación de territorios «fronterizos» como espacios de relegación al interior de lo urbano que le da forma a una comunidad con un estatus de ciudadanía marginal.

##### Presentación

Como vimos en el capítulo anterior, los primeros años de la transición democrática en la provincia dejaron como resultado un avance limitado en la política de regionalización sanitaria de la atención pública de salud y una propuesta fallida de reforma integral del sistema. Esta última, elaborada por tecnoburocracia ministerial, fracasó al enfrentarse a los límites políticos internos y externos de la coalición gobernante.

La parálisis política derivada de los conflictos intestinos de la coalición gobernante y las restricciones que impuso la crisis económica redujeron aún más el margen de acción del gobierno provincial hacia el final de la década. Sin embargo, esta coyuntura crítica que tuvo su condensación en la crisis hiperinflacionaria de 1989-1990 abrió la posibilidad a ciertos actores para impulsar reformas en el sector de la salud pública provincial durante los años siguientes.

En este capítulo analizamos dos reformas sectoriales que, desde nuestro punto de vista, deben ser comprendidas a la luz de aquella crisis. En primer término, ponemos el foco sobre la descentralización de los hospitales impulsada durante el último tramo de la gobernación de Víctor Reviglio (1987-1991), y, en segundo lugar, sobre los programas de salud del primer gobierno de Carlos Reutemann (1991-1995).

Para el análisis de las reformas recuperamos el interrogante general de la investigación referido a cuáles son los factores que influyeron en las reformas de las políticas públicas sanitarias en la provincia de Santa Fe. Es decir, buscamos inferir cual fue la influencia que presentaron las ideas de los actores y los arreglos institucionales sobre aquellas reformas.

En este sentido, el capítulo se estructura en tres apartados principales y una serie de subapartados. En el primer apartado buscamos dar cuenta de la transformación de las condiciones políticas y sociales tuvieron lugar hacia el final de la década del ochenta y los primeros años de la década siguiente. En el segundo, analizamos las características de las reformas sanitarias impulsadas en aquellos años y de la coalición de actores que fueron

sus protagonistas. Por último, en el tercer apartado analizamos los mecanismos causales ideacionales que intervinieron, los modos de transferencias de ideas que presentó cada reforma y las distintas características de estas soluciones políticas en cuanto al territorio de aplicación y a los beneficiarios de las políticas.

## **1. Crisis y ascenso de un nuevo orden:**

### *1.1. El cambio de época política:*

En este apartado, buscamos reconstruir los aspectos principales de la transformación de las condiciones políticas y sociales que se produjo entre los últimos años ochenta y el comienzo de los noventa. La crisis y las nuevas reglas económicas dieron forma a una mutación profunda de la vida material de la sociedad argentina y al encumbramiento de nuevos actores hacia lugares predominantes de la vida pública. En la arena política, algunos cambios en los partidos políticos y en la forma de la representación política que se venían registrando desde inicios de la transición democrática producto de influencias estructurales, se aceleraron a partir de la acción directa de un nuevo liderazgo político nacional. A lo largo de este apartado, intentamos dar cuenta del modo en que este nuevo escenario político y social tuvo influencia sobre las reformas sectoriales en el orden provincial.

El cambio de gobierno que encumbró a Carlos Menem a la presidencia dio inicio a una experiencia política que reconfiguró de modo definitivo la vida política y social de la sociedad argentina. A partir de mediados de 1989 se abrió una absoluta mutación de la vida material y los patrones de integración social que la habían caracterizado durante más de medio siglo. Esto se produjo, como señala Cavarozzi (1997), sobre el sedimento de una notoria retracción colectiva sobre la política que fue asumiendo una forma cada vez más devaluada.

La percepción generalizada de ingobernabilidad que había acompañado los últimos meses de la gestión económica del gobierno radical amplió el margen de las alternativas políticas en manos del nuevo gobierno. La crisis económica y social había enfrentado a la sociedad a un riesgo de desintegración desconocido durante el siglo XX, lo que explica, en cierto modo, la pasividad inicial frente a al extraordinario ajuste estructural que impuso el nuevo gobierno. Para lograr este objetivo, Menem estableció alianzas políticas y sociales que resultaban radicalmente ajenas a la tradición peronista, aunque amparadas por el contexto

de una población temerosa que reclamaba niveles básicos de certidumbre (Repetto, 2001, 1993).

La Reforma del Estado fue la estrategia que dinamizó la primera etapa del ejercicio del poder del nuevo presidente. Se basó en dos pilares normativos a partir de los cuales se reconfiguraría la relación entre el Estado y el mercado: la Ley de Reforma del Estado y la Ley de Emergencia Económica. La primera declaró en “emergencia administrativa” a todos los organismos dependientes del Estado Nacional y reguló con respecto a las privatizaciones y la participación del capital privado, declarando sujetas a privatización a las empresas y entes del Estado Nacional<sup>131</sup>. La segunda suspendió los subsidios y las subvenciones que afectaban al Tesoro Nacional, los regímenes de promoción industrial y minera y las normas que restringían la inversión de capital extranjero en el país, entre otros legados del período anterior. Al mismo tiempo, facultó la revisión de los regímenes de empleo vigentes en la administración pública, el sistema de indemnización laboral y estableció un régimen penal que incluyó la prisión para quienes no cumplan con sus obligaciones tributarias y previsionales (Lo Vuolo, 1996: 7). Repetto (2001) sostiene que la privatización de las empresas públicas, el adelgazamiento global de la estructura organizacional estatal y la desregulación de los mercados fueron los rasgos predominantes en el camino a la consolidación de una nueva matriz política.

Con las privatizaciones el nuevo gobierno se dispuso a efectuar una ruptura histórica con su propia tradición partidaria ya que el programa se enfocó sobre aquellas empresas que habían sido nacionalizadas durante el primer peronismo<sup>132</sup>. Según Cavarozzi (1997), las privatizaciones fueron un eslabón que le permitió al gobierno de Menem conectar dos aspectos centrales de su estrategia política. En primer término, estuvieron dirigidas al achicamiento del Estado, objetivo político que se sustentó en una visión dogmática que identificaba toda acción estatal con el incremento del déficit fiscal. Fue un mensaje dirigido tanto a los grandes capitales nacionales y extranjeros como al Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) que, desde mediados de los años ochenta, recomendaban a los países deudores un conjunto de reglas de «buen comportamiento» de

---

<sup>131</sup> Asimismo, modifica la legislación sobre el régimen de concesiones para la explotación de servicios públicos y se suspende por dos años la ejecución de todas las sentencias y laudos arbitrales que condenen al Estado nacional al pago de una suma de dinero.

<sup>132</sup> En esta primera etapa se convocó a licitación de dos de las más importantes empresas de servicios públicos: ENTEL (la compañía de teléfonos) y Aerolíneas Argentinas. Estas finalmente fueron entregadas a los compradores a fines de 1990.

raigambre antiestatista que fueron conocidas como el «Consenso de Washington». Las privatizaciones también tuvieron otros destinatarios: los sectores medios y populares cuyo bienestar estaba atado a la acción estatal en sus diversas modalidades. Se les dirigió un mensaje que afirmaba que las privatizaciones sustituían beneficios mediocres por bienes y servicios de calidad producidos por el sector privado. Es evidente que este no podría haber sido efectivo sino por el desprestigio que cubría a la gestión estatal desde hacía tiempo.

Con el Plan de Convertibilidad de 1991 y el arribo del economista Domingo Cavallo al Ministerio de Economía de la Nación, la gestión económica se alineó definitivamente con los parámetros del Consenso de Washington<sup>133</sup>. La reducción de la inflación a un nivel inédito en la historia reciente y el crecimiento del producto bruto constituyeron un terreno fértil para la alta popularidad presidencial y una base sólida para su voluntad reeleccionista. De este modo, paulatinamente, los logros en materia económica comenzaron a traducirse en un aumento sostenido del capital político.

Con la Ley de Convertibilidad se duplicaron los ingresos de las provincias en cifras absolutas. Las transferencias automáticas pasaron de 4.810 millones de dólares en 1990 a 8.846 millones en 1992 (Subsecretaría de Relaciones Fiscales y Económicas con las Provincias, citado en Faletti 2006, 2012). El primer y temprano logro del nuevo régimen fue la disminución de la inflación a niveles inauditos en la historia reciente del país, lo cual sentó las bases para un marcado crecimiento del PBI luego de años de retroceso (Repetto, 2001: 57)<sup>134</sup>. Este nuevo marco le permitió al gobierno nacional argumentar que las provincias se encontraban en condiciones de afrontar mayores gastos en materia social e impulsar en diciembre de 1991 una descentralización administrativa no financiada de servicios nacionales (Ley nacional 24.049).

Con esta medida el gobierno nacional neutralizó los efectos de la descentralización fiscal aprobada durante el gobierno radical en 1987. En aquella oportunidad, Alfonsín había aceptado la demanda de los gobernadores por la distribución de los impuestos coparticipables, tras la derrota en las elecciones legislativas de 1987. El resultado fue la sanción de la ley de coparticipación fiscal (23.548) que reconoció a las provincias el 57,66

---

<sup>133</sup> Para mayor información sobre las transformaciones económicas y políticas producidas durante el primer gobierno de Carlos Menem, ver: Basualdo, 2010; Camou (1995),

<sup>134</sup> El crecimiento anual registrado durante el Plan de Convertibilidad fue el siguiente: 1991: 8,9%; 1992: 8,7%; 1993: 6% y 1994: 7,1%.

% y al gobierno nacional el 42,34 % de los impuestos coparticipables y dispuso la reducción de las transferencias discrecionales al 1 % del total de esos impuestos. Faletti (2006) afirma que esta reforma fue un triunfo para los gobernadores, quienes lograron aprovechar la alteración del equilibrio de poder a partir de las elecciones de 1987.

La sanción de la ley 24.049 de 1991 neutralizó los efectos de la descentralización fiscal previa. El gobierno nacional impulsó una descentralización administrativa no financiada que transfirió a las provincias y a la ciudad de Buenos Aires la administración de todas las escuelas secundarias y de adultos, así como la supervisión de los establecimientos privados de enseñanza. También se transfirieron dos programas alimentarios y los pocos hospitales que aún quedaban en la órbita nacional. El costo de la transferencia fue estando en 1200 millones de dólares por año, una suma equivalente a casi el 10% del total de los gastos provinciales y al 15% del total de las transferencias nacionales- (Faletti, 2006: 343)<sup>135</sup>.

Una consecuencia de esta transformación en la distribución del poder entre el gobierno nacional y las provincias fue la celebración del denominado “Pacto de Olivos” entre el partido justicialista y el ex presidente Alfonsín, que abrió el camino para la Reforma Constitucional de 1994 y la reelección presidencial. Como parte de la negociación, las partes del acuerdo incluyeron algunas reformas entre las que se contaba la autonomía a la ciudad de Buenos Aires, un bastión electoral del partido radical. Sin embargo, el gobierno nacional mantuvo el control del proceso constituyente y presionó para impedir la sanción de otras reformas que favorecían a las provincias: el aumento de sus ingresos coparticipables, el control provincial de los recursos naturales o el establecimiento de garantías para la autonomía provincial.

Más allá de la distribución de poder entre el gobierno central y las provincias, durante el período se registró la emergencia y/o reposicionamiento de grupos, sectores o entidades que accedieron o cedieron posiciones de influencia en las políticas públicas. El FMI y el BM que operaban en el marco del denominado «Consenso de Washington» pasaron a tener una influencia categórica en las políticas por medio de sus «condicionalidades» para

---

<sup>135</sup> Más de 2000 escuelas, 72.000 docentes y 70.000 alumnos, antes pertenecientes al Estado Nacional, se incorporaron a los sistemas de educación provinciales, que además debieron encargarse de supervisar más de 2.500 escuelas privadas.

el otorgamiento de préstamos<sup>136</sup>. Los grupos empresariales de estrecha vinculación con el capital internacional también incrementaron su influencia y, cuando lograron operar como un actor corporativo, tuvieron poder de veto sobre políticas generales y sectoriales (Repetto, 2001: 63).

Los cambios estructurales que afectaban al mercado de trabajo desde los años setenta se profundizaron durante el menemismo alterando las relaciones de fuerza entre el capital y el trabajo, en detrimento de este último. Los sindicatos fueron un factor determinante durante el modelo estado céntrico de la posguerra, pero fenómenos como el desempleo, el subempleo y la precarización laboral que alteraron la integración social debilitaron su influencia sobre la orientación de las políticas. Como esta representación clásica de los asalariados formales ya no lograba abarcar el extendido mundo de la pobreza, otro actor típico de la época gradualmente fue arraigando su importancia sobre las políticas: las organizaciones no gubernamentales (ONGs), que de modo imperfecto buscaron sustituir a los actores clásicos de la representación corporativa de un modelo estatista en retirada<sup>137</sup>.

El gobierno de Carlos Menem presentó un estilo de gestión novedoso que asignaba un lugar destacado a expertos y técnicos en el diseño e implementación de las políticas públicas. Como veremos más adelante, estos fueron un actor central de las reformas que constituyen nuestro objeto de indagación. Esta nueva tecnoburocracia, que integraba redes nacionales y transnacionales de políticas, accede a la toma de decisiones gubernamentales para imponer su visión del mundo dando lugar a lo que Camou (1999) denominó un «nuevo consenso de transformación».

A continuación, veremos la manera en que estas transformaciones se expresaron en el orden provincial y de qué modo estas configuraron un marco que permitió la incidencia de nuevas ideas para las reformas sectoriales.

---

<sup>136</sup> El BM tuvo mayor influencia en el sector salud que el FMI. Más adelante veremos cómo operó este actor en el orden subnacional.

<sup>137</sup> Señala Repetto que, como el sustento financiero estatal se convirtió en un apoyo clave para las ONGs, hacia fines de la década, de las 6400 ONGs registradas en el Centro Nacional de Organizaciones Comunitarias (CENOC), el 54% se concentraban en las jurisdicciones con mayores recursos para la acción social: Capital Federal y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza. En cambio, las provincias que contaban con menor capacidad financiera para la acción social presentaban un número muy bajo de organizaciones.

### *1.2. La renovación de la política provincial:*

El triunfo del partido justicialista santafesino (PJSF) en las elecciones de 1987 fue parte del éxito del partido a nivel nacional y una señal del debilitamiento del ciclo político iniciado con el triunfo radical en 1983.

En la provincia, el PJSF triunfó de modo categórico sobre un radicalismo atravesado por luchas internas. Esto fue el inicio de un ciclo político extenso en que el PJSF supo desplegar medios diversos y subordinarlos al fin último de la efectividad electoral, aun cuando estos supusieran su transformación interna o la alteración de su formato clásico de representación política.

Los triunfos electorales sucesivos afianzaron su condición como partido predominante, pero no lograron consolidar un liderazgo inapelable hacia el interior del partido (Gráfico N° 2). En 1989, los resultados de los comicios nacionales volvieron a ser favorables para el PJSF, aun cuando la provincia era, en ese momento, uno de los epicentros de la crisis que conmovía al país. Dos años más tarde, en las elecciones nacionales de 1991, la distancia entre los principales partidos se redujo<sup>138</sup>. Los análisis en la prensa sostuvieron que la disminución del apoyo electoral se debía a los reiterados escándalos de corrupción pública que involucraban a dirigentes justicialistas<sup>139</sup>.

En el PJSF la toma de decisiones y el control de los recursos partidarios estaban distribuidos en una coalición dominante (Panebianco, 1995) integrada por dirigentes oriundos de distintas facciones, a la que popularmente se conoció con el nombre de “La Cooperativa Santafesina”<sup>140</sup>. A pesar de las múltiples tensiones y realineamientos que la atravesaban, la Cooperativa logró preservar la unidad de la organización partidaria a

---

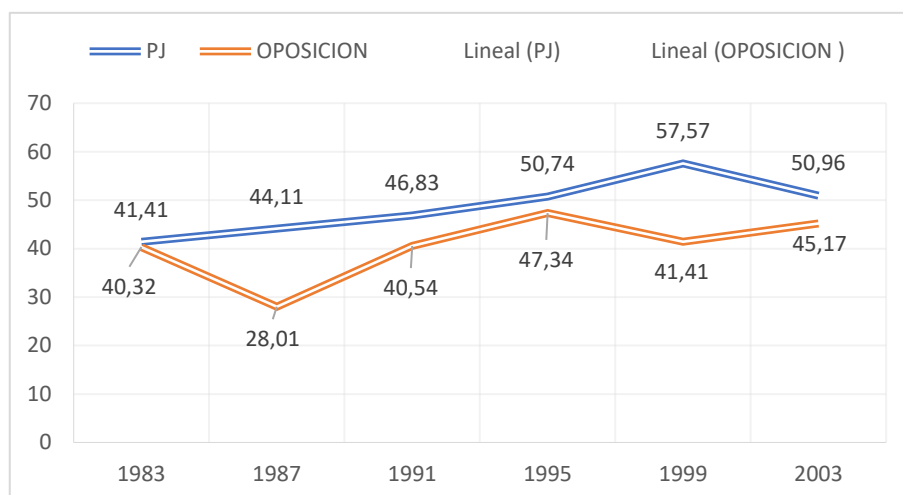
<sup>138</sup> Ver Tabla N°9 en el Apéndice.

<sup>139</sup> En la segunda mitad de 1989, capturó la atención de la opinión pública un escándalo vinculado a la administración del sector salud que fue presentado por la prensa como un inequívoco caso de corrupción pública (Diario El Litoral, 08/08/1989). En agosto de 1989, el diario El Litoral reflejó en su tapa el entierro de medicamentos vencidos en el terreno del Hospital Sayago de la ciudad de Santa Fe, entre lo que se incluía la compra directa de 10.000 cajas de piel porcina por 200 mil dólares. Esto motivó la constitución de una comisión de investigación bicameral impulsada por el bloque justicialista del Senado que hizo explotar por el aire la débil tregua en la interna peronista. Mientras crecían los rumores de una intervención federal a la provincia, al mismo tiempo, algunos legisladores radicales solicitaron el juicio político del gobernador fundándolo, en parte, en el incumplimiento del gobierno de sus obligaciones en materia sanitaria.

<sup>140</sup> La fórmula de Víctor Félix Reviglio y Antonio Vanrell (PJ) obtuvo el 44,1% de los votos mientras que su contendiente radical sólo alcanzó el 28%.

diferencia de lo acontecido en otros distritos<sup>141</sup>. El procedimiento “democrático” de las elecciones internas directas le permitió tramitar una ausencia de liderazgo crítica para un partido de tipo carismático (Lascurain, 2018).

Gráfico N° 2: Resultados en elecciones provinciales en Santa Fe (1983 - 2003)



Fuente: elaboración propia en base a documentos del Tribunal Electoral provincial.

Desde los albores de la transición hasta la consolidación del liderazgo de Carlos Alberto Reutemann a mediados de los años noventa, el PJSF combinó efectividad electoral con una estructura interna fragmentada, a lo que Baeza Belda (2010) llamó la “eterna interna”. La autoridad de Víctor Reviglio, primero gobernador y luego presidente del partido, fue blanco de cuestionamientos permanentes que fueron creciendo a medida que se desarrollaron una serie de acontecimientos. El primero de ellos fue el triunfo de Menem en las internas nacionales y su consagración como nuevo líder del peronismo. Esto tuvo impacto directo en la Legislatura provincial en donde se conformó un nuevo bloque justicialista referenciado con el menemismo y opositor del gobernador (Lascurain, 2018: 70). El segundo fue la derrota del PJSF en los comicios municipales en las ciudades de Santa Fe y Rosario de 1989<sup>142</sup>. Y el último, que terminó por socavar la frágil legitimidad

<sup>141</sup> En 1987 el peronismo se aseguró el predominio en la Cámara de Diputados, el control casi absoluto de la Cámara de Senadores y un aumento en el número de sus diputados nacionales. En esas elecciones se registró el margen de victoria más amplio en una competencia electoral durante todo el período democrático en la provincia.

<sup>142</sup> Ver Tabla N° 16 en el Apéndice.

de la coalición dominante peronista, fue la destitución del vicegobernador de la provincia, Antonio Vanrrell, mediante un juicio político por denuncias de corrupción en junio de 1990 (Lascurain, 2018: 68)<sup>143</sup>.

El PJSF comprendió que la interna permanente mediante la cual distintas facciones se disputaban el control partidario influía de modo determinante en su desempeño electoral. Este era el factor clave que había producido los fracasos electorales en la ciudad de Santa Fe y Rosario y aquello que encaminaba al partido hacia una muy probable derrota en las elecciones a gobernador de 1991. Es decir, el internismo como problema condujo al peronismo a enfocar en el método de selección de candidaturas como ese aspecto que restringía sus posibilidades electorales.

El instrumento que el partido encontró para resolver de sus conflictos internos y resolver su crisis de liderazgo fue la denominada ley de lemas. Con su sanción en noviembre de 1990, el partido resolvió su apremiante necesidad de disminuir los enfrentamientos internos, aunque lo hizo bajo el costo de trasladarlos al electorado (Robin, 1994: 87)<sup>144</sup>. Algunos de los rasgos definitorios del nuevo sistema fueron<sup>145</sup>:

- 1) los partidos (lemas) pueden presentar múltiples candidatos a partir de sus corrientes internas (sublemas) en todos los cargos a elegir;

---

<sup>143</sup> En marzo de 1990, impulsado por el convulsionado clima político y social, el bloque peronista de la Cámara de Senadores solicitó un informe sobre el manejo de fondos, estado de cuenta y asignación de gastos en el marco de la aplicación de la reforma del Estado. La presidencia del cuerpo se negó a canalizar la solicitud y esto condujo a la creación por parte de los senadores de una Comisión Administrativa permanente que detectó irregularidades en el manejo presupuestario. Esta situación derivó en la creación de una Comisión Investigadora de las compras del Senado que detectó numerosas partidas sin autorización ni comprobantes que acreditaran las erogaciones. En primer término, se separó a Vanrrell del manejo del presupuesto de la Cámara Alta, luego se lo suspendió como presidente del cuerpo y, por último, se lo destituyó como vicegobernador mediante juicio político el 29 de junio de 1990. Recayó sobre el controvertido vicegobernador una sentencia por incumplimiento de los deberes de funcionario público, inhabilitación para el ejercicio de cargos públicos por ocho años y un pedido de captura policial. Vanrrell se mantuvo prófugo hasta fines de noviembre de 1991 cuando se presentó espontáneamente a la justicia y cumplió una prisión efectiva de ocho meses.

<sup>144</sup> El sistema de lemas no era una herramienta extraña para las filas peronistas que reconocía algunos antecedentes exitosos en otros distritos. Ya en 1987 los oficialismos peronistas de cuatro provincias (Formosa, La Rioja, Misiones y Salta) habían apelado al sistema para contener sus facciones internas, retener el control de las provincias, administrar la interna partidaria y evitar el surgimiento de una oposición “desde adentro” (Calvo y Escolar, 2005: 139).

<sup>145</sup> La literatura se ha ocupado de modo extenso de los efectos de la ley de lemas en el sistema político por lo que, para más detalles remitimos a ella (Petracca, 1991; Robin, 1994, 2007; Borello y Mutti, 2003, Delgado, 2009; Fernández, 2016).

2) doble voto simultáneo: cada elector vota en el mismo acto y con la misma boleta por un lema y un sublema;

3) doble recuento de voto: primero se computan los votos obtenidos por a cada lema para conocer el ganador, al que le corresponde el cargo electivo – cuando se trata de elecciones para cubrir cargos ejecutivos; en el segundo recuento se conoce cuál de los sublemas del lema ganador logró la mayor cantidad de votos y le corresponde ocupar el cargo electivo;

4) los votos se acumulan: el sublema más votado se hace acreedor de todos los sufragios de las demás corrientes internas que participaron en el lema de manera de que el ganador de la elección no es el candidato con mayor cantidad de votos sino el candidato con la mayor cantidad de votos del partido con más votos<sup>146</sup>.

El nuevo sistema electoral ingresó exitosamente en la agenda pública como resultado de la construcción del problema público que explica la crisis política como una crisis de participación ciudadana capaz de poner en jaque a los partidos y los liderazgos. La ley se presentaba como una herramienta capaz de unir ambos polos del vínculo representativo: la ciudadanía/afiliado y los políticos/candidatos, y por tratarse de una selección de candidatos obligatoria, la participación quedaba asegurada (Lascurain, 2018: 92).

A comienzos de los años noventa, Menem impulsó como estrategia electoral la postulación de *outsiders* en varios distritos para evitar derrotas claves que redujeran su influencia en el Congreso. Un reclutamiento de personajes famosos con escasa o ninguna vinculación partidaria y/o provenientes del mundo empresarial, En Santa Fe, esto se materializó en la figura de Carlos Alberto Reutemann, una estrella deportiva de la “fórmula uno” internacional y empresario agropecuario<sup>147</sup>.

---

<sup>146</sup> En el caso de la integración de la Cámara de Diputados, el lema más votado obtiene la mayoría de las bancas, distribuyéndose a su interior entre los sublemas de acuerdo con el sistema d’Hont. Las bancas correspondientes a las minorías se distribuyen por cada lema en relación proporcional d’Hont a los votos obtenidos por cada sublema. Por el lado de los Consejos Municipales, se aplica el sistema proporcional d’Hont, primero entre lemas y luego entre sublema.

<sup>147</sup> El “Lole” (seudónimo con el que era popularmente conocido) se presentó a la elección con el sublema Creo en Santa Fe y el apoyo de dirigentes peronistas del norte y sur provincial enfrentados a la elite partidaria. Además, logró el apoyo de varios sindicatos importantes (Sindicato de Mecánicos y afines del Transporte, Sindicato del Personal de la Industria Frigorífica, un sector de las 62 Organizaciones Peronistas, entre otros) quienes formaron la “Mesa Provincial Reutemann Gobernador” (Lascurain, 2018: 109).

La ley de lemas tuvo una incidencia directa en el triunfo electoral de Carlos Reutemann. En las elecciones del 8 de septiembre de 1991, el FREJUPO logró la mayoría con el 46,83% de los votos a causa de la agregación de los votos de los sublemas<sup>148</sup>. Si bien la UCR llegó a la elección como favorita, logró sólo el 40,54% de los votos<sup>149</sup>. El candidato radical obtuvo individualmente una importante ventaja (casi 37 mil votos) sobre su adversario justicialista, pero quedó relegado por aplicación del sistema de lemas al segundo puesto<sup>150</sup>.

El triunfo de la mano de un *outsider* le garantizó al peronismo su continuidad en el poder estatal, un predominio electoral que se fue acentuando a lo largo de la década y, en particular, la resolución de su principal problema: la ausencia de liderazgo. Sin embargo, el liderazgo de Reutemann logró consolidarse luego de atravesar fuertes tensiones y resistencias<sup>151</sup>. Recién en la elección de 1995, cuando fue candidato a senador nacional y obtuvo el 70% de los votos de los afiliados y su sector (Creo en Santa Fe) los tres primeros lugares en la lista de candidatos a diputados nacionales, terminó de consolidar su influencia sobre las pujas de las distintas facciones partidarias.

El vertiginoso ascenso de Reutemann al centro de la arena política provincial contuvo los elementos propios de una frontera política (Aboy Carlés, 2001). Dicho acontecimiento estuvo dotado de la potencia para resignificar una tradición política y las perspectivas a futuro de una organización partidaria. Durante este período se consolidó un proceso cuya génesis se remontaba a los últimos años de la década anterior: la desindicalización del partido. Este progresivo agotamiento de la influencia del sector sindical sobre la organización partidaria en la provincia se produjo de modo tardío con relación a otras

---

<sup>148</sup> La distribución por sublemas fue la siguiente: Creo en Santa Fe obtuvo el 32,91%, Nuevo Rumbo el 5,08%, Primero Santa Fe el 3,41% y otros cinco sublemas sumaron un 5,31% que fueron determinantes para la victoria.

<sup>149</sup> El sublema Convergencia Santafecina encabezado por Horacio Usandizaga obtuvo el 35,39% y sumó solo 5,15% del resto de los sublemas.

<sup>150</sup> Además, el peronismo obtuvo 28 de las 50 bancas en la Cámara de Diputados – por la aplicación del sistema mixto – y 15 de los 19 senadores provinciales.

<sup>151</sup> En las elecciones a diputados nacionales de noviembre de 1991, la influencia combinada de la conducción justicialista nacional dominada por Menem y los últimos signos de poder de la vieja coalición local – la Cooperativa – relegaron a un lugar marginal las aspiraciones de Reutemann sobre la lista de candidatos. El incipiente sector que respondía al electo gobernador debió conformarse con colocar un único representante sobre diez, Marcelo Muniagurria, entonces presidente de la Sociedad Rural de Rosario y presidente de la Confederación Rurales Argentinas (CRA). Muniagurria será vicegobernador de Reutemann en su segundo mandato (Lacurain, 2018: 116).

jurisdicciones<sup>152</sup>. En cierta medida, este proceso responde a la dificultad de adaptación que presentó el sector sindical frente a un contexto desafiado por las reformas estructurales del Estado y de la economía (Lascurain, 2018).

La intervención del PJSF (1991-1993) intervino como un mecanismo excepcional que permitió sustituir la antigua coalición dominante por figuras convocadas en torno del nuevo líder partidario: Carlos Alberto Reutemann. La intervención, por consiguiente, fue la etapa que consolidó un proceso de marginación del sindicalismo de las primeras líneas del partido.

Por otro lado, el nuevo liderazgo de Reutemann supuso un giro significativo en cuanto al vínculo de la representación política. Desde las elecciones locales de 1989 se había manifestado una creciente demanda social por la calidad moral de los funcionarios públicos que, en aquella oportunidad, fue eficazmente catalizada por fuerzas políticas minoritarias. En las elecciones a intendente de 1989 triunfaron la Unidad Socialista (US) encabezada por Héctor Cavallero en Rosario y el Partido Demócrata Progresista (PDP) liderado por Enrique Muttis en la ciudad de Santa Fe. En otras palabras, salieron victoriosos quienes lograron traducir en oferta política un reclamo de regeneración moral que los casos de corrupción habían instalado en la agenda pública.

Fue la expresión de una crisis de representatividad que atravesaba al sistema político que activó un cambio en los atributos que daban forma a su legitimidad. Esto es, el comienzo de una transición desde una legitimación asentada en las viejas tradiciones político partidarias hacia una de índole moral que impugnaba esas viejas tradiciones y se inclinaba hacia componentes modernistas y tecnocráticos. Los perfiles clásicos de la dirigencia política (en gran medida vinculados a la dirigencia sindical y a la militancia en los partidos tradicionales como la UCR y el PJ) empezaron a ser cuestionados, al tiempo que la ciudadanía comenzó a valorar una dirigencia afín a nuevos valores. En la etapa reutemannista, la construcción de los límites de la identidad peronista excluyó el elemento de la «militancia» y quedaron, solamente, los atributos relativos a la moral y al criterio tecnocrático («honestidad» y «capacidad»). Aquí pueden hallarse los primeros rastros de lo que Frederic (2004) denomina como una nueva concepción moral de la política.

---

<sup>152</sup> Para más información sobre el proceso de desindicalización del peronismo consultar Levitsky 2005, Gutiérrez, 2001; Lacher, 2015, Lascurain, 2018.

Por último, Reutemann desplegó lo que algunos especialistas denominan un «formato de proximidad» que permitió cambiar los sentidos que se inscribían en el vínculo entre el representante y sus representados (Lascurain, 2018). En primer lugar, su legitimidad como representante no encuentra un fundamento en la posesión de saberes específicos o ser la encarnación de una tradición política sino en atributos de naturaleza privada, en ciertos valores morales que, en principio, compartiría con sus representados. Esto supone un desplazamiento que expone al representante como un «hombre común», ese mismo que es capaz de mantener una distancia prudente con una clase política desprestigiada. De algún modo, Reutemann replica la operación que Menem practicó con una audacia notable en el orden nacional – más tratándose de un claro exponente de la clase política – al presentarse ante la ciudadanía como un outsider del sistema que comparte las mismas impugnaciones a una clase política y a la política que, de un modo notable, se propagan en el consenso público. Esto, de alguna manera, se anticipa a cambios similares que se registran en la escena pública nacional recién a partir de 2001 (Lascurain, 2018).

### *1.3. Hiperinflación y crisis social:*

En este subapartado ponemos el acento sobre las características de los cambios en la situación social a partir de la crisis hiperinflacionaria de 1989/1990. Dicha emergencia social que afectó de modo singular las condiciones de vida de la sociedad argentina, tuvo un impacto particular en la provincia de Santa Fe, y, en especial, en su principal centro urbano, la ciudad de Rosario. Desde nuestro punto de vista, esta coyuntura de crisis que impactó profundamente en el funcionamiento del sector público provincial, generó las condiciones abriendo el rango de probabilidades para las futuras reformas en el sector.

La hiperinflación de 1989 no fue un rayo en un día soleado sino el rostro de un deterioro sostenido del modelo económico y social forjado en la posguerra. La hiperinflación determinó la salida anticipada de Alfonsín del poder y el fin de la «década perdida»<sup>153</sup>. Se inició con un certero «golpe de mercado» cuando en febrero los principales operadores financieros del mercado se corrieron al dólar ante al rumor del retiro del apoyo del

---

<sup>153</sup> Aunque no hay dudas de que se trata de un reduccionismo evidente, algunos indicadores claves del campo económico justifican esta caracterización. Entre 1981 y 1989 el PBI cayó en 13,5% y el PBI per cápita un 23,5%. El peor registro fue durante la hiperinflación con una caída del 5,5%. Por otro lado, mientras la inversión pública llegó a su máximo nivel en los primeros años del gobierno militar con una cifra cercana al 12% del PBI, esta fue disminuyendo luego en forma abrupta hasta alcanzar en 1990 sólo el 4% del PBI (Barbeito y Lo Vuolo, 1992).

gobierno norteamericano a la política de estabilización monetaria. Este viraje ejerció una presión insostenible sobre el austral haciendo colapsar la precaria estabilidad que la economía había alcanzado a partir del lanzamiento el Plan Primavera de fines de 1988<sup>154</sup>.

En 1989 los argentinos conocieron por primera vez los efectos de una hiperinflación, ese proceso acelerado de aumento del nivel general de precios en que los agentes económicos (consumidores, empresarios entre otros) pierden noción del valor real de las mercancías porque éste se eleva en tal magnitud y con tanta rapidez que no permite determinar una relación de equivalencia cierta con la moneda (Krikorian, 2009). Ante el colapso, el gobierno ensayó sin éxito algunas medidas que buscaron reimplantar la dirección política sobre una economía descontrolada. Finalmente, julio de 1989 marcó la entrega anticipada del poder de Alfonsín a Menem en el marco de una economía fuera de control (en junio la inflación trepó a 114% y en julio a 196,6%). Esto fue la postrimería lo que magistralmente Tulio Halperín Donghi llamó «La larga agonía de la Argentina Peronista», un proceso que a partir de 1975 había visto reducir el valor de los ingresos de los asalariados en un 40% y que en 1989 alcanzaba su nivel más bajo desde mediados de siglo.

Los saqueos fueron ese acontecimiento que le puso forma social a una ruptura histórica o, en otras palabras, la imagen de una desestructuración de la vida cotidiana que anunció el inicio de una coyuntura crítica. En efecto, fueron el punto inicial de eso que los autores institucionalistas han sabido caracterizar como coyuntura crítica: un tiempo de cambio significativo que abre la libertad de los actores para producir legados diferentes (Collier y Collier, 1991).

Entre el 24 de mayo y el 1 de junio de 1989 las ciudades más importantes de Argentina registraron cerca de trescientos episodios de saqueos a comercios. Los principales focos estuvieron en los conglomerados del Gran Buenos Aires, Rosario y Córdoba, y en menor medida, Mendoza, Tucumán, la Capital Federal y algunas otras capitales de provincia<sup>155</sup>. La ciudad de Rosario fue el principal epicentro con 115 saqueos seguido por Buenos Aires

---

<sup>154</sup> El Plan Primavera contuvo medidas de ajuste y racionalización del gasto público y de modificación del régimen cambiario con dólares comercial y financiero. Con motivo del Plan Primavera se firmó un nuevo acuerdo *stand by* con el FMI. Para mayor información sobre el proceso hiperinflacionario consultar en Basualdo (2010); Gerchunoff y Llach (2005); Frenkel y Fanelli (1989); Rapoport (2000).

<sup>155</sup> Se estima que hubo alrededor de 330 saqueos a lo largo del país en estos días.

con cerca de 100 episodios.<sup>156</sup> Señala Serulnikov (2017) que el derrumbe no sólo socavó la vida material sino también los imaginarios o mitos con los que la sociedad se autopercibía. Con los saqueos comenzó un proceso de develación de la exclusión social de una parte significativa de la población que sobrepasa la caracterización tradicional como un sector minoritario, los llamados pobres estructurales, que habita las villas miserias. La «revuelta argentina» o los motines de subsistencia marcó un cambio de época en cuanto a la cuestión social y su desplazamiento del mundo de los trabajadores y sus derechos al mundo de los pobres y sus necesidades (p. 66)<sup>157</sup>.

La evolución de las condiciones sociales que acompañó a la década del ochenta explica parte de la forma que asumió este cierre de época. Según datos del INDEC, durante esta década el porcentaje de hogares pobres en el conurbano bonaerense se elevó un 67,4%: mientras en 1980 representaban el 20,6% en 1988 conformaban el 33% y en 1990 el 34,5%. Además, en 1990 un 8,8% de los hogares estaban bajo la línea de la indigencia, es decir, con ingresos menores al costo de una canasta básica de alimentos<sup>158</sup>.

La provincia acompañó la tendencia nacional registrando un deterioro en todos sus indicadores sociales. En los aglomerados de Gran Rosario (GR) y Gran Santa Fe (GSF), que representaban el 54% de los habitantes de la provincia, el ritmo de crecimiento de la desocupación fue más acelerado que a nivel nacional<sup>159</sup>. Entre 1983 y 1989, cuando la tasa de desocupación nacional aumentó un 36,2%, en el GR se incrementó un 69,2% y en el GSF un 61,5%. En mayo de 1989 el GSF se ubicaba en el tope nacional con el 15,2%

---

<sup>156</sup> Como consecuencia de los eventos violentos perdieron la vida quince personas, hubo cientos de heridos y arrestados y el gobierno declaró el estado de sitio en todo el territorio nacional y se declaró el estado de emergencia en algunas provincias, entre ellas, Santa Fe.

<sup>157</sup> Sostiene Serulnikov (2017) que este acontecimiento que pone en escena una mutación de largo alcance en la estructura social argentina fue una revuelta de consumidores, es decir, de sectores de bajos ingresos que se vieron imposibilitados de acceder a bienes de primera necesidad por el brote hiperinflacionario. Sin embargo, esta caracterización de ningún modo supone negar la dimensión política de la revuelta, aunque se trate de episodios que no fueron promovidos desde ninguna organización específica.

<sup>158</sup> Ver Tabla N° 17 del Apéndice.

<sup>159</sup> Durante los ochenta la tasa media del GR de desocupación fue de alrededor del 7% mientras que en la década del noventa se incrementa a algo menos del 13%. Para los primeros años de la década del 2000 la desocupación en Rosario se elevó por encima del 20%. Por el lado de Santa Fe, la tasa media de desocupación en los ochenta fue de alrededor del 9% mientras que en los noventa llega a un promedio de casi un 15%. Mientras durante el período 1980 – 2000 el GSF presenta tasas superiores al GR, la relación se invierte a partir de la década del 2000, cuando alcanza una tasa del 18%.

de población desocupada y el GR en segundo lugar con el 14.2%, índices que casi duplicaban la media nacional<sup>160</sup>.

Los primeros años noventa muestran un dato novedoso en la historia económica y social argentina: la tasa de desocupación no acompañó los movimientos del Producto Bruto Geográfico (PBG). Entre 1990 y 1994 la actividad agregada creció a poco más del 5% anual pero la tasa de desocupación en el gran Rosario también creció de modo sostenido. Sin embargo, cuando el PBG se contrajo entre 1994 y 1995, la tasa de desocupación rosarina continuó creciendo y alcanzó la inédita cifra de 20,9% en el mes de mayo.

En efecto, fueron años en los que el desempleo aumentó de modo exponencial más allá de las tendencias macroeconómicas. Esto produjo la retracción de la cobertura privada y la seguridad social y el aumento significativo de la demanda sanitaria sobre el sector público. Si en los años ochenta la tasa media de desocupación del Gran Santa Fe había rondado el 9% en los noventa escaló a un promedio de casi el 15%. Con su contracara en la retracción de la cobertura privada: en 1991 la cobertura privada o de seguridad social alcanzaba al 70% (1.961.183 personas) una década más tarde sólo lo hacía sobre el 58% (1.741.427 personas).

#### *1.4 La crisis sanitaria nacional y provincial:*

La hiperinflación de 1989-1990 abrió el camino a reformas que excedieron al sector salud. Belmartino (2005) sostiene que, en el campo sanitario, al tiempo de la catástrofe hiperinflacionaria, ya era reconocida por múltiples actores la pérdida de legitimidad de las formas organizativas que el sistema de seguridad social adquirió a fines de la década del sesenta, esto es, la denominada crisis del pacto corporativo que analizamos en el capítulo anterior.

En cuanto a su aspecto financiero, esta crisis se manifestó tanto a nivel de los ingresos de las organizaciones como en los gastos que deben realizar para garantizar la cobertura de salud de sus beneficiarios: una menor recaudación debió enfrentar costos mayores en la atención médica provista (Belmartino, 2009). En primer término, se expresó por el lado de la demanda. La capacidad financiera de las OS comenzaron a mostrar síntomas de debilitamiento que no eran compensados por los mecanismos de licuación generados por

---

<sup>160</sup> Ver Tabla N° 18 en el Apéndice.

la inflación ni por los aumentos en el porcentaje de los salarios afectados por aportes y contribuciones.

Sin embargo, en los años ochenta la disminución de la capacidad de pago de la demanda no estimuló un ajuste de la oferta. Katz y Muñoz (1988) afirman que, por el contrario, esto exacerbó la competencia por la captación de los recursos volcados al sistema en los tres grandes mercados en los que se organizó la oferta: servicios médicos, servicios sanatoriales y medicamentos. Esta dinámica asumió la forma de una puja distributiva en donde los diferentes agentes proveedores de estos mercados, fragmentados e imperfectamente competitivos, se enfrentaron a las restricciones financieras con acciones de dudosa legitimidad (sobrestimación y sobrefacturación en consultas y prácticas, aumentos no justificados en precios de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, cobro de plus, etc) destinadas a captar recursos relativamente móviles. Desde esta perspectiva, fue el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que determinó las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad regulatoria por parte de la autoridad pública.

Entre las primeras manifestaciones de esta crisis, generalizada en la segunda mitad de los años ochenta, estuvo la cada vez más usual práctica de exigir a los pacientes un pago adicional denominado «plus» al momento de efectivizarse la prestación. Belmartino (2009) afirma que el «plus» expresó una crisis de los valores que sustentaban el modelo desde la década anterior. La autoridad pública respondió ante esta situación mediante la sanción de normas que, con escasa efectividad, buscaron prohibir y sancionar este tipo de prácticas. Entre estas, se cuenta la ley provincial 10.288 de fines diciembre de 1988 con la cual las autoridades provinciales buscaron reprimir esta dinámica, aunque con resultados poco satisfactorios.

Los diagnósticos negativos alcanzaron no sólo al desempeño del subsistema de la seguridad social sino también al público. Estos se habían difundido por lo menos desde los años sesenta y habían estimulado a proponer políticas de reforma al gobierno nacional y a algunos gobiernos provinciales (Belmartino, 2009: 10). Así es que a fines de la década del ochenta reinaba un consenso prácticamente unánime sobre la necesidad de transformación del modelo de organización del sistema sanitario, aunque el debate de

ideas mostraba alternativas disímiles en las estrategias institucionales<sup>161</sup>. La crisis de 1989-1990 aceleró la transformación de las reglas de juego en el sector de la seguridad social y las reformas que tuvieron lugar en el sector público de salud durante los años noventa.

La crisis abrió una ventana de oportunidad para las reformas en el sector salud que en el ámbito nacional promovió un nuevo marco regulatorio que asoció el déficit del sistema al entramado de poder edificado en los años setenta. Esta postuló la transformación de las relaciones a través de la desregulación sectorial y la incorporación de mecanismos de mercado. La estrategia buscó el debilitamiento de las relaciones de tipo corporativas y sustituirlas por relaciones de competencia en un mercado abierto (Belmartino, 1999: 259). En el subsector de la seguridad social la reforma se implementó a través de los decretos que desregularon las obras sociales e incorporaron la libertad de contratación entre obras sociales y proveedores de atención médica, aunque tuvieron baja efectividad en relación a los objetivos iniciales de los reformadores en virtud de las relaciones de poder que debieron enfrentar. Por su parte, en el subsector público la iniciativa principal fue un renovado impulso a la antigua estrategia descentralizadora (la transferencia de 65 hospitales nacionales a las provincias) y la creación del régimen de hospitales de autogestión en 1993.

La situación del sector público de salud en la provincia de Santa Fe a fines de los años ochenta puede graficarse con las declaraciones a la prensa del entonces ministro del área. Cuando la hiperinflación alcanzó su pico máximo y se quebró toda cadena de abastecimiento, el ministro González Brunet declaró a la prensa local: «estamos hoy mejor que mañana» (Diario El Litoral, 09/07/1989).

Desde los primeros meses del año la hiperinflación había impactado de modo severo y puesto en un estado de emergencia permanente al sector público, una situación crítica que ocupó un amplio espacio en la atención de los medios de prensa<sup>162</sup>. De este modo, se

---

<sup>161</sup> Para un análisis de las ideas de reforma del sistema de seguridad social durante la segunda mitad de los años ochenta, ver Belmartino (2005).

<sup>162</sup> La obra social de la provincia (IAPOS) también se enfrentó a una importante coyuntura de crisis. En febrero, cuando ésta aún no mostraba su costado más crudo, las autoridades del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS) se enfrentaron en un conflicto importante con la Federación Médica de la Provincia debido, en parte, a la decisión de la comisión interventora de la obra social de dejar de lado el acta acuerdo firmado por el anterior director y la Federación que contemplaba la jerarquización de los profesionales de la salud mediante el pago de aranceles según puntaje de categoría de los prestadores y, por el otro, a la pretensión de IAPOS de abonar los servicios prestados mediante bonos (pagarés) a descontar

inició un período en donde el sector público se encontró cercado entre una creciente demanda de atención producto del colapso de las obras sociales y el desabastecimiento por la escasez de financiamiento que atravesaba a toda la administración provincial.

La crisis produjo el aumento exponencial del precio de los medicamentos provocando el quiebre de la cadena de pagos y el desabastecimiento general de los efectores públicos. A comienzos de mayo, Guillermo Weisburd, quien precedió a González Brunnet en la conducción del área, describía públicamente ante los medios de prensa las aristas de una situación alarmante:

«es gravísima la situación planteada en el ámbito de la asistencia sanitaria provincial como consecuencia de la crisis derivada de las medidas de fuerza del personal de la sanidad, la falta de insumos y el desabastecimiento de medicamentos (...) la cobertura en los hospitales públicos se torna cada vez más difícil por la excesiva demanda de asistencia ante la inactividad actual de clínicas y sanatorios privados (...) la crisis está a punto de producir un estallido» (Diario El Litoral, 05/05/1989).

Ante la escalada de la crisis, en mayo de 1989, las autoridades ministeriales resolvieron la conformación de un Gabinete de Emergencia Sanitaria, mediante el cual se buscó instrumentar un mecanismo de concertación entre los prestadores y los financiadores del sistema. De dicho espacio institucional participaron la Asociación de Clínicas y Sanatorios, la Federación Médica de la provincia, los Colegios de Odontología, Bioquímicos y Farmacéuticos y los gremios de Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y la Asociación de Trabajadores de la Sanidad de Santa Fe (ATSA). Mediante este se buscó articular acciones que contribuyan a «superar los múltiples inconvenientes derivados de la falta de medicamentos, el permanente incremento en los precios de los restantes elementos para la atención sanitaria y las medidas de fuerza que cumplen los trabajadores de la sanidad en demanda de mejoras salariales» (Diario El Litoral, 30/05/1989).

Bajo el telón de fondo del desborde social en Rosario, el 30 de mayo de 1989, las autoridades provinciales presentaron un Plan de Emergencia. El diagnóstico del Plan no dejaba lugar a dudas sobre la situación crítica: la seguridad social estaba «quebrada» por

---

en el sistema bancario local. La escalada del conflicto motivó la decisión de las autoridades ministeriales de abrir los hospitales a los afiliados del IAPOS - los empleados públicos provinciales - debido a la suspensión de las prestaciones por la Federación Médica.

la caída del salario real de los trabajadores, la obra social provincial con sus prestaciones reducidas al área materno infantil, la emergencia clínica, quirúrgica, traumatológica y a los servicios críticos, y el sector público desbordado producto del incremento incesante de la demanda.

El Plan de Emergencia previó el refuerzo de los «centros periféricos», los dispensarios, los consultorios externos y de la provisión de leche y vacunas para niños entre el nacimiento y los seis años. Por otro lado, resolvió la priorización de las áreas materno - infantiles y garantizar parte de los insumos de los hospitales base referenciales (HBR), mediante la producción del Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF).

La Legislatura declaró a la provincia en «estado de desastre» y amplió las facultades del Poder Ejecutivo, al tiempo que los referentes del gobierno provincial solicitaban al gobierno nacional la declaración de Rosario como zona de desastre (Diario El Litoral, 31/05/1989). Al mismo tiempo, los hospitales provinciales y municipales limitaban sus internaciones a la urgencia y denunciaban el desabastecimiento.

A fines de junio, Reviglio decidió reemplazar las autoridades del área y designó como ministro a González Brunnet, intentando sosegar las críticas y retomar el control político de la situación. Sin embargo, el pico hiperinflacionario de julio agravó aún más el cuadro de situación. En Rosario se denunció la muerte de siete chicos en el hospital municipal Roque Sáenz Peña, el cierre de salas en establecimientos públicos por falta de personal y, una vez más, la falta del presupuesto para afrontar la alta demanda. Poco tiempo después, el sector de salud local se paralizó prácticamente en su totalidad debido a las medidas de fuerza y a la falta de insumos. Asimismo, las farmacias decidían cerrar sus puertas y atender sólo las recetas de urgencia en protesta por la decisión de los laboratorios de suspender la provisión de medicamentos.

En julio asumió un presidente de la misma fuerza política y las autoridades provinciales no demoraron sus pedidos tanto de fondos como de insumos básicos. Como respuesta a esto, en septiembre de 1989, el Consejo Federal de Salud (COFESA) informó el envío de fondos de emergencia nacionales, la entrega de leche en polvo y anunció la construcción en la provincia de 120 centros de salud con los fondos del programa Materno-Infantil. La falta de ejecución de esto último fue centro de cuestionamiento de la oposición política durante los años siguientes.

El inicio de la nueva década transitó por los mismos carriles que habían caracterizado los últimos tiempos. La conflictividad hacia el interior del sector se incrementó nuevamente con los paros de los gremios estatales y de los médicos residentes. El año 1990 comenzó con una medida de fuerza de las clínicas privadas a raíz del quebranto generalizado de los financiadores y con un sostenido incremento de la demanda de afiliados de la seguridad social sobre el sistema público. Los primeros meses estuvieron signados por los paros de los gremios estatales (UPCN y ATE), de los profesionales nucleados en la Asociación Civil de Profesionales Universitarios de la Salud (ACPUS) y la renuncia de directores de hospitales y profesionales que alegaban la imposibilidad de atender debido a la falta de insumos básicos y la suspensión de los servicios de la obra social provincial IAPOS<sup>163</sup>.

Este escenario dio lugar a que actores que hasta entonces habían tenido poca influencia en la agenda pública sanitaria buscaron posicionarse en un contexto de incertidumbre. Este fue el caso de la Asociación de Vecinales de Santa Fe que comenzó a reclamar su participación en las políticas sanitarias que tuvieran relación con la atención médica territorial. Estas organizaciones vecinales habían sido un actor clave desde el inicio de la transición democrática en la constitución de la débil estructura sanitaria territorial.

A mediados de mayo de 1990, el gobernador designó al frente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente a Juan Carlos David, médico pediatra de larga trayectoria en el sector público provincial que no provenía de la militancia partidaria. David era un exponente de la tecnoburocracia ministerial, un especialista en salud pública y administración hospitalaria que había desarrollado su carrera ascendiendo en la jerarquía pública hasta llegar a Director de Promoción y Protección de la Salud y jefe del Departamento de Epidemiología<sup>164</sup>. En cuanto exponente de la tecnoburocracia, David se describe como políticamente neutro, un poseedor de un saber técnico que fuera acumulado en el cruce entre la formación en instituciones públicas y la administración estatal de servicios que es posible de ser llevado al campo de «la política»:

---

<sup>163</sup> ATE denunció públicamente como una “estafa legal” el incremento descontrolado del precio de los medicamentos y propuso el fortalecimiento de la producción pública por parte del Laboratorio Industrial Farmacéutico (Diario El Litoral, 12/01/1990; 17/01/1990).

<sup>164</sup> Luego de su formación como médico, Juan Carlos David fue subjefe de servicio del Hospital Cullen, director del Hospital de Niños, director de Protección y Promoción de la Salud y jefe del Departamento de Epidemiología.

«Se que no voy a hacer política con la salud, ya que no soy político. Sí, tengo bien claro lo que es necesario hacer desde el punto de vista de las políticas de salud» (Diario El Litoral, 02/04/1990).

Durante la primera etapa de su gestión los conflictos se mantuvieron, en particular con los gremios estatales y el Centro de Médicos Residentes de Santa Fe, dado que fue una constante la carencia de medicamentos e insumos básicos. Sin embargo, durante 1990 se dictaron una serie de medidas que comenzaron, paulatinamente, a estabilizar la situación (Diario El Litoral, 05/04/1990; 16/05/1990; 14/06/1990; 15/06/1990; 21/06/1990).

En enero de 1990 se sancionó la ley de Emergencia Económica (10472) mediante la cual la provincia adhirió a la ley nacional de Reforma del Estado. Esta autorizó a los hospitales públicos provinciales y a los Servicios de Atención Médica de la Comunidad (SAMCO) a facturar la atención prestada a pacientes del sistema de la seguridad social (art. 116)<sup>165</sup>. Si bien no disponemos de datos fehacientes, las múltiples referencias de los actores a las dificultades de su implementación permiten conjeturar que tuvo una ejecución muy limitada. Por otro lado, se reforzó la financiación del sector mediante la creación del Fondo de Asistencia para la Salud Pública (ley 10520) integrado con recursos de la Lotería de Santa Fe y destinado al funcionamiento de los hospitales y del laboratorio público de producción de fármacos.

A partir de 1991, la recuperación del crecimiento macroeconómico nacional permitió una mayor disponibilidad de fondos en la provincia y una paulatina superación de la crisis sanitaria. En febrero se anunciaron los decretos que pusieron en marcha la Reforma del Estado en el ámbito provincial. De este modo, en sintonía con el proceso político nacional, el ajuste y la racionalización del gasto público fueron presentados por el gobierno como los objetivos principales alcanzados por el plan de emergencia iniciado en 1989:

«dos hitos, dos mojones que dejó esta administración: uno la racionalización del gasto público y el ajuste que realizó la provincia que alcanzó el 40% en el período 1989/1990, cosa que ningún otro Estado ha hecho, y el otro es la reforma del Banco Provincial, cumpliendo nuestra promesa sin mayores costos sociales, con

---

<sup>165</sup> Además, con el dictado de la emergencia económica el gobierno dispuso la reducción del 40% de la estructura del gabinete del Poder Ejecutivo (art. 30 - decreto 0877/1990) y las competencias de acción social y salud quedaron unificadas nuevamente. El ministerio retomó su vieja denominación de Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social.

una política que si bien es dura tiende a terminar con los privilegios» (Diario El Litoral, 15/02/1991)

Si bien durante los primeros meses de 1991 continuó la escasez de medicamentos y las farmacias incrementaron la ruptura de convenios con las obras sociales, en la segunda mitad del año el sector de salud pública provincial mostró cierto alivio financiero<sup>166</sup>. Dicha recuperación se manifestó con la inauguración o refuncionalización de varios servicios hospitalarios y con el relanzamiento del laboratorio provincial de fármacos - antes denominado Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF)-<sup>167</sup>.

Esta crisis abrió una ventana de oportunidad para las reformas en el sector salud. En el ámbito nacional se promovió un nuevo marco regulatorio que en su diagnóstico asoció el déficit del sistema al entramado de poder edificado en los años setenta. La iniciativa postuló la transformación de las relaciones a través de la desregulación sectorial y la incorporación de mecanismos de mercado. Mediante esta estrategia se buscó debilitar las relaciones de tipo corporativas y sustituirlas por relaciones de competencia en un mercado abierto (Belmartino, 1999: 259). Dicha reforma se implementó a través de los decretos que desregularon las obras sociales e incorporaron la libertad de contratación entre obras sociales y proveedores de atención médica. Afirma Belmartino (1999) que tuvo baja efectividad con relación a los objetivos iniciales de los reformadores en virtud de las relaciones de poder que debieron enfrentar. Por su parte, en el subsector público la iniciativa principal fue un renovado impulso a la antigua estrategia descentralizadora (la transferencia de 65 hospitales nacionales a las provincias) y la creación del régimen de hospitales de autogestión en 1993.

Por otro lado, la apertura que motivó la crisis dio lugar a un conjunto de reformas en el orden subnacional, anteriores y no siempre idénticas a las provenientes desde Nación. En

---

<sup>166</sup> Mientras duró la crisis, las farmacias cortaron servicios de medicamentos a numerosas obras sociales: VIALIDAD NACIONAL (14/02/1991) ISSPICA (14/02/1991), AGRICULTURA (05/02/1991). IAPOS (21/12/1990), DIGOS (04/01/1990); MINISTERIO DEL INTERIOR (28/12/1989), MUTEDYC (20/09/1989), ARTES GRAFICAS (11/08/1989), ASOCIACION OBRERA TEXTIL (02/05/1989), AMEP (28/04/01989. Asimismo, durante estos años el PAMI redujo su porcentaje de cobertura sobre los medicamentos hasta llegar a enero de 1991 donde cubre sólo el 38.4% del precio de los mismos.

<sup>167</sup> Por ejemplo, en la ciudad de Santa Fe se inauguran el servicio de Terapia Intensiva y la sección de Hematología en el Hospital Iturraspe, la de Neonatología en el Hospital de Niños y de Pediatría del Hospital Centenario de Rosario.

las próximas páginas, luego de una breve descripción del impulso reformista en América Latina, nos enfocaremos a caracterizar las reformas que tuvieron lugar en el sector público provincial durante la primera mitad de los años noventa.

## **2. Las reformas del sector público provincial de los años noventa:**

### *2.1. Las Reformas sanitarias en Argentina*

En América Latina, durante la década del noventa, se impulsaron reformas de la gestión sanitaria que significaron movimientos hacia la constitución de cuasi mercados. Se impulsaron en países de América Latina que presentaban modelos sanitarios distintos en sus principios articuladores, en la responsabilidad del sector público y el privado, en la cobertura de las prestaciones y la población, y en los modelos de financiamiento y de aseguramiento y la regulación.

De acuerdo con Sojo (2000), en el marco de diversas combinaciones pública privadas, los cuasimercados tienen como objetivo consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como derecho ciudadano, mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad, asociados con el uso de criterios de desempeño (p. 9). El Estado, en cualquier caso, mantiene la función de financiamiento y se deslinda la función prestadora, mediante la transformación de las entidades públicas en instituciones sin fines de lucro u organizaciones públicas semiindependientes, o la participación privada en la prestación (Le Grand, 1999: 169). Por su parte, en el caso de sistemas de salud articulados en torno al aseguramiento, se promueve la competencia entre aseguradores (Bach, 1999: 33).

Estos cuasi mercados promueven la competencia entre proveedores y/o aseguradores, aunque difieren de los mercados tradicionales en ciertos aspectos. En cuanto a la demanda, el poder comprador se expresa mediante un presupuesto que se pacta con el ente público comprador. Los consumidores están representados por agentes, es decir, por una entidad compradora cuyo carácter está determinado por la organización del cuasi mercado y por las reglas del juego del aseguramiento. Los precios se negocian o administran en un marco presupuestario. En cuanto a la oferta, ésta puede comprender una variedad de formas de propiedad —estatal, municipal, fideicomisos (trusts),

consorcios y organizaciones sin fines de lucro— que pueden estar sometidas a diversas reglas de financiamiento (Bartlett y Le Grand, 1993, citado en Sojo, 2001: 140).

Los elementos de competencia se introducen a través de diferentes planos: modificando la combinación público-privada, ampliando la participación privada; cambiando el estatuto de las instituciones públicas prestadoras, atribuyéndoles mayor autonomía en el uso de los recursos en un ambiente competitivo regido por el marco regulatorio de un contrato o possibilitando que se acojan al derecho privado. Estos mecanismos pueden promover la competencia dentro de los prestadores, tales como la libre elección en el sistema de referencia o de los profesionales, o la competencia por presupuestos entre hospitales.

En Argentina, las reformas tuvieron dos ejes. Uno fue el fomento de la libertad de elección y de la eficiencia y equidad de las obras sociales y el otro fue la autogestión hospitalaria<sup>168</sup>. Sostienen Cortes y Marshall (1999) que las iniciativas de reforma en el sector público fueron escasas y localizadas, a pesar de que la escasez de recursos destinados a la salud pública era crónica. Las principales medidas fueron de corte administrativo-financiero, como el intento de transformación de la modalidad de gestión financiera de los hospitales, la profundización de la descentralización hospitalaria y la privatización de los servicios periféricos y de ciertos servicios de salud, así como un nuevo programa nutricional materno infantil financiado externamente y focalizado en grupos con necesidades básicas insatisfechas (p. 204).

La reforma en el sector público nacional tuvo dos objetivos: 1) introducir iniciativas de reforma en el sistema de atención en las provincias con el objetivo de crear mercados internos; 2) mejorar los niveles de atención de las provincias (Báscolo et al, 2001). En el primer caso, la creación de mercados internos se planteó la separación de funciones y el aseguramiento de la población carenciada. Los instrumentos que se desarrollaron fueron el Hospital Público de Autogestión (HPA), los contratos de gestión y los seguros públicos de salud. Por su parte, el segundo de los objetivos se instrumentó mediante el desarrollo de programas focalizados geográficamente a partir de dos criterios: el biológico y el socioeconómico según el concepto de pobreza estructural de necesidades básicas insatisfechas.

---

<sup>168</sup> Para más detalles sobre la reforma en el sector de la seguridad social, ver Belmartino, Susana (1999; 2005; 2009; Cortes Marshall, 1999; Medici, 2002, Tobar, 2000).

La mayoría de los analistas coinciden en que la medida nacional más importante para el sector público fue el dictado del decreto de 1993 que propuso transformar los hospitales en unidades autogestionadas eficientes, capaces de obtener sus recursos por medio del arancelamiento de los servicios a personas con «capacidad de pago» y prestadores de salud (Cortez y Marshall, 1999; Acuña y Chudnovsky, 2013). De este modo, la atención médica gratuita quedaba limitada a los sectores de más bajos ingresos que demostraran carecer de cobertura social o seguro privado. Con este decreto – que retomaremos más adelante – se buscó reemplazar progresivamente el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda.

El objetivo de la autogestión no logró consolidarse dado que el arancelamiento tuvo una aplicación limitada debido a la falta de pago de las obras sociales y a la baja capacidad contributiva de los usuarios. Además, la reorganización y subcontratación se desvirtuaron al carecen de un adecuado gerenciamiento (Cortez y Marchall, 1999: 204).

En las próximas páginas, luego de una descripción de la estructura sanitaria provincial a comienzos de los años noventa, vamos a reconstruir las principales reformas sanitarias promovidas en la provincia de Santa Fe durante la primera mitad de los años noventa, sus objetivos y límites, y los actores que integraron las coaliciones que las promovieron.

## *2.2. La estructura provincial a comienzos de los años noventa:*

Como mencionamos en la introducción de esta obra, la «salud» como campo de estudio involucra tres dominios vinculados entre sí y que pueden identificarse con el «estado de salud de la población», la «estructura sanitaria» y el dominio de las políticas de salud. A continuación, daremos cuenta brevemente de la estructura sanitaria provincial en los años noventa para luego ingresar en el terreno de las reformas de las políticas. Esta estructura fue el escenario donde se desplegaron las políticas de reforma y, en cierta medida, también determinó los límites y las posibilidades de aquellas.

La estructura sanitaria provincial se duplicó en el plazo de veinte años y lo hizo bajo el impulso del subsector privado. Durante un cuarto de siglo, entre los primeros años setenta y el comienzo de la década del noventa, el mercado privado de atención en salud en la provincia se expandió en un 227%. En este mismo período, el sector público lo hizo tan sólo en un 84%. De modo que en este período se revirtió la participación relativa de cada subsector en la estructura sanitaria provincial.

Esta tendencia es aún más clara cuando se incorporan datos del indicador cama. Una muestra importante la constituye la ciudad de Rosario. En 1970, el subsector público de Rosario abarcaba el 50% de las camas disponibles mientras que veinte años más tarde sólo representaba el 25% y el privado concentraba el 60% de las camas<sup>169</sup>.

El segundo lustro de los años noventa mostró una notoria aceleración de esta tendencia hacia la expansión del mercado privado de la salud. Durante aquellos años, la estructura sanitaria en la provincia se expandió de modo vertiginoso: casi 670 nuevos establecimientos orientados a la atención de la salud fueron radicados en la provincia. Sin embargo, cuando se analiza su pertenencia se cae en la cuenta que 627 eran privados (el 94%) y sólo 12 públicos (2%). En la Tabla N° 19 podemos ver con mayor claridad las tendencias a las que nos estamos refiriendo.

Tabla N° 19: La estructura sanitaria de la provincia de Santa Fe según dependencia de los establecimientos (1968-2000):

Año	Establecimientos Públicos	Participación en el sector salud	Establecimientos Privados	Participación en el sector salud	Total
1968	311	53 %	275	47%	586
1994	573	48 %	625	52%	1198
2000	585	31.3 %	1252	68.7%	1868
Variación establecimientos 1968 -1994	+84%		+127%		
Variación establecimientos 1994-2000	+ 2%		100.3%		

Fuente: elaboración propia en base a documentos oficiales.

<sup>169</sup> Esta tendencia es similar a la nacional: en 1970 las camas oficiales representaban el 73% de la estructura pública nacional mientras que en 1990 se había reducido al 53%.

Los establecimientos pertenecientes a la estructura sanitaria pública estaban organizados bajo una heterogeneidad de reglas de juego que establecían, entre otras cosas, modos de financiamiento diferenciados. Esta comprendía a establecimientos de dependencia de la administración provincial, a un importante número de establecimientos organizados bajo el régimen SAMCO y a los de dependencia municipal<sup>170</sup>. Como vemos en la Tabla N° 20 los de dependencia provincial representaban el 45,2%, los SAMCO el 37% y los de dependencia municipal el 12,2%. Por otra parte, los establecimientos de dependencia provincial concentraban más de la mitad de las camas públicas, mientras que el resto se repartían entre los SAMCO y, en menor medida, los municipales.

Tabla N° 20: Distribución de establecimientos y camas públicas según dependencia administrativa en el sector público (1994)

	Establecimientos	%	Camas	%
Provinciales	259	45.2	3612	55.5
SAMCOS	212	37	2256	34.6
Municipales	70	12.2	643	9.8
Total	573	-	6511	-

Fuente: elaboración propia en base a Bisang y Cetrángolo (1997).

Si bien el predominio del régimen SAMCO se registró durante el fin de los sesenta y comienzos de los años setenta, también durante los noventa diferentes centros de salud se organizaron bajo dicho régimen. De la Tabla N° 11 (apéndice), se extrae que un total de 18 establecimientos fueron organizados en esta época.

De modo que la estructura sanitaria provincial muestra una yuxtaposición de reglas institucionales con frecuencia superpuestas que organizaban la atención sanitaria en la provincia. En las próximas páginas nos ocuparemos de dos de las reformas sanitarias que reorganizaron del sector salud provincial durante este período: la descentralización de los hospitales y los programas sanitarios provinciales.

<sup>170</sup> Asimismo, coexistían centros de salud nacionales como el Instituto Oncológico Nacional y el Instituto Nacional de Epidemiología, con los centros de salud de dependencia provincial (Deud, 2017: 198).

### *2.3. Un nuevo capítulo de la descentralización hospitalaria*

Uno de los objetivos de las reformas en el sector público fue la creación de mercados internos. Esto es, un modelo de competencia gerenciada en el sector público a través de la modificación del estatuto de las instituciones públicas prestadoras. Las reformas buscan dotar de mayor autonomía a los establecimientos en el manejo de los recursos en un ambiente competitivo regido por el marco regulatorio de un contrato o posibilitando que se acojan al derecho privado. Como sostiene Sojo (2001), estos mecanismos buscan promover la competencia entre los prestadores, tales como la libre elección en el sistema de referencia o de los profesionales, o la competencia por presupuestos entre hospitales.

La política de descentralización de los hospitales impulsada en Santa Fe a fines de 1990 persigue estos objetivos y constituye un precedente del régimen nacional de los hospitales de autogestión<sup>171</sup>. Como hemos visto en los capítulos precedentes, la descentralización se implementó en una provincia donde funcionaba un modelo de descentralización desde hacía varias décadas que alcanzaba a prácticamente el 40% de los establecimientos.

La reforma consistió básicamente en una transferencia de facultades administrativas desde el nivel central hacia los efectores de alta y mediana complejidad y en la creación de una estructura pluralista y participativa de administración descentralizada. Los pilares de la reforma fueron dos normas dictadas durante el último año del gobierno justicialista de Reviglio: la ley 10608 de fines diciembre de 1990 y el decreto reglamentario 1427 de abril de 1991.

La ley provincial 10608 reconoce un estatuto jurídico diferente a los hospitales públicos de alta y mediana complejidad. Desde entonces pasan a ser «personas jurídicas públicas estatales con el consiguiente grado de capacidad administrativa y financiera» (art. 1), quedando exceptuados los que estaban previamente incorporados al régimen SAMCO.

La administración central conservó las facultades de rectoría del sistema. De acuerdo a la OMS (2000) la rectoría abarca tanto a «la regulación como al establecimiento, la implantación y el monitoreo de las reglas del juego para el sistema de salud, así como también la definición de direcciones estratégicas para el sistema de salud en su conjunto». Para el cumplimiento de los fines de prevención, rehabilitación, docencia e investigación,

---

<sup>171</sup> Si bien la descentralización santafecina constituye un antecedente del régimen nacional de hospitales de autogestión, éste no es el único. Prácticamente en simultáneo, en marzo de 1991, la provincia de Buenos Aires sancionaba su propia ley de descentralización hospitalaria (ley 11072), el cual presenta similitudes con la norma santafecina.

la política de descentralización estableció que los hospitales debían ajustarse a las líneas de las políticas de salud establecidas por el órgano ministerial. Es más, la administración central se reservó funciones de fiscalización, supervisión y control sobre los hospitales, aun cuando determina que los establecimientos no están sujetos jerárquicamente a aquél. A esto se suma la facultad de «controlar administrativa y contablemente a los efectores a fines de velar por la legalidad de los actos administrativos y el cumplimiento de las metas» (art. 5) y la potestad de intervenir los hospitales como una medida «excepcional y extraordinaria» en ciertos supuestos.

Por otra parte, las facultades transferidas desde el nivel central hacia el hospitalario fueron básicamente de tipo administrativo: ejercer y conducir la administración del ente, gestionar compras, representar legalmente al organismo, ejercer el poder disciplinario -aunque dentro de ciertos límites-, celebrar contratos de servicios, preparar su presupuesto de gastos y recursos para elevarlo al Ministerio, proponer la designación y remoción de personal (art. 7).

La reforma incorporó una administración pluralista para la conducción de los hospitales: el Consejo de Administración. Este órgano colegiado reemplazó a la clásica conducción integral de la dirección médica. El consejo queda integrado del siguiente modo: un representante del Estado provincial a cargo de la presidencia que es designado y removido por el Ejecutivo (con título habilitante de administrador hospitalario, médico sanitarista o análogo), un director médico a cargo de la conducción técnica del establecimiento, designado por concurso y con dedicación exclusiva (una exigencia que finalmente no se cumplió), un representante del personal no profesional elegido de modo directo por sus pares, un representante del personal profesional elegido de modo directo, un representante por la cooperadora del hospital (o de la sociedad de beneficencia elegido por asamblea (art. 3 y 4) y un representante de la comunidad elegido mediante el voto secreto por las organizaciones institucionalizadas de la comunidad. Salvo el representante del Estado y el director médico, los otros representantes duran tres años en el cargo y tiene posibilidad de ser reelectos.

De acuerdo al nuevo régimen, los recursos para el financiamiento de los hospitales proceden del Estado provincial, de los captados por la facturación de las prestaciones a afiliados de la seguridad social o el mercado de la salud o mediante la celebración de convenios con las aseguradoras. En 1985 se había sancionado la ley provincial 9822 que obligaba al pago de las prestaciones brindadas por el sector público a las aseguradoras

como al ente de cobertura social público, semipúblico o privado. La facultad de facturar prestaciones a pacientes con cobertura social fue ratificada años más tarde con la ley de Emergencia Económica y Reforma del Estado (ley 10472). La ley 10608, y en particular su decreto reglamentario, solamente ratifica aquella facultad de los establecimientos. Sin embargo, hasta la sanción del régimen nacional de hospitales de autogestión y el débito automático, el recupero estas erogaciones fue bajo cuando no inexistente.

A partir de la reforma, se les reconoce a los hospitales la facultad de establecer contratos con los aseguradores. En este sentido, el decreto reglamentario habilitó a los hospitales a convenir servicios con obras sociales, grupos de población organizada o particulares bajo distintas modalidades contractuales<sup>172</sup>. Sin embargo, hacia mediados de la década del noventa no se registraban vinculaciones contractuales con sistemas de prepagos privados o pacientes privados. Esto es, el hospital no captaba pacientes de ingresos medios o altos en el que el sector privado encuentra su base de sustentación. Al contrario, sólo se articula con otros estamentos públicos – obra social provincial, PAMI, etc- o semipúblicos – algunos sindicatos de menor jerarquía - donde los criterios de facturación se guían por los nomencladores habituales (Bisang y Cetrángolo, 1997: 60).

De acuerdo al nuevo régimen, la atención gratuita queda reservada a los sectores de más bajos ingresos que demuestren carecer de cobertura social o seguro privado. De este modo, afirma que los hospitales deben garantizar «la eficaz prestación de la atención médico asistencial total y gratuita, a las personas imposibilitadas de acceder a alguno de los sistemas de protección para la salud, en virtud de sus escasos recursos». Esta característica es ampliada en el decreto reglamentario cuando sostiene que: «a toda persona que concurra a un hospital se le brindara atención sin tener en cuenta su condición socio-económica» habilitando a los hospitales al recupero de las erogaciones de la seguridad social o del sector privado.

La autonomía hospitalaria se circunscribió básicamente a la facultad de que los hospitales incorporaran un mecanismo de facturación a terceros pagadores. Bisang y Cetrángolo (1997) analizaron la evolución de cinco hospitales públicos en la provincia desde su

---

<sup>172</sup> Estos convenios los pueden celebrar bajo la modalidad de capacitación, acto médico, cartera fija nomenclador globalizado, prestación generalizada por cama internación, modular u otra forma de retribución. El decreto sostiene que se debe dar prioridad y preferencia a las prestaciones estandarizadas sobre la base del nomenclador de prestaciones médico-sanatoriales que establezcan los organismos técnicos del ministerio. Asimismo, establece que los convenios deben incluir acciones de prevención y protección de la Salud, las cuales deberán tener carácter gratuito o de muy bajo costo (Art. 10, decreto 1427/1991).

incorporación al régimen. La percepción de ingresos por este rubro respondió en su casi totalidad a la posibilidad de cobrarle a terceros pagadores de pacientes que ya se atendían en los hospitales previamente a la reforma. Los hospitales no tuvieron una estrategia para la captación de nuevos pacientes que les permitiera aumentar sus ingresos.

La captación de recursos adicionales por parte de los efectores creció durante los primeros años de implementación de la reforma. Estos ingresos que fueron nulos durante 1992 poco tiempo después representaron entre el 10 y el 12% de los recursos presupuestarios totales y oscilaban entre el 5% y el 40% de los ingresos hospitalarios, con marcadas diferencias entre los establecimientos. Esta diferencia de ingresos adicionales entre hospitales descentralizados derivó de las condiciones de los hospitales (capacidad, excelencia, ubicación, grado de complejidad, etc) como del radio de acción en el que operaban. Los hospitales ubicados en zonas de menores ingresos con una fuerte carga de trabajo y equipamientos de media o baja complejidad, aparecen en desventaja de otros de mayor complejidad que funcionan incluso de referentes del sector privado (ibidem: 60).

Hasta la incorporación de los hospitales provinciales al régimen de autogestión nacional del decreto 578 estos presentaban grandes dificultades para facturar a las obras sociales (OS) dado que éstas priorizaban cancelar sus compromisos con los prestadores privados. En este sentido, la incorporación del mecanismo del débito automático fue crucial para la facturación y cobranza a las OS.

La reforma nacional estableció la obligatoriedad del pago de los servicios recibidos por quienes tuvieran obra social, mutual o prepaga y dispuso una serie de condiciones a los hospitales para incorporarse al régimen:

- cumplir con los requisitos básicos que establece el programa nacional de calidad y estar habilitados y categorizados por autoridad competente.
- financiarse con fondos presupuestarios que le asigne la respectiva jurisdicción de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población.
- complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y OS.

El decreto determinó las principales acciones desarrolladas por el gobierno nacional: la creación del registro nacional de HPA, la incorporación efectiva de hospitales públicos

(provinciales, municipales) al registro, la implementación de la modalidad de débito automático a las OS, la asistencia técnica a las jurisdicciones para el fortalecimiento de los hospitales, la inversión en recursos físicos, la capacitación de los cuadros directivos, el desarrollo de diferentes programas como el Programa Nacional de Garantía de Calidad en la Atención Médica (PNGCAM)<sup>173</sup>. El mecanismo del débito automático constituyó la herramienta operativa de la facturación a terceros pagadores<sup>174</sup>. A nivel nacional, la facturación y cobranza a las OS crecieron a un ritmo acelerado y ya en el primer trimestre de 1996 se habían duplicado a través del cobro por débito automático a las OS. Esto continuó incrementándose durante la década (Báscolo et al, 2001).

En cuanto a la distribución de los fondos captados, en 1994 la provincia estableció un sistema de distribución de fondos a través del cual la totalidad de los recursos derivados de la facturación debían ser destinados a gastos de insumos, bienes de capital y contrataciones de servicios (decreto 0050, art. 2, inc a). Sin embargo, en 1996 el sistema se modificó y se determinaron las siguientes reglas de distribución: 55% a un fondo para gastos de funcionamiento e inversiones del hospital; 10% a un fondo compensatorio de redistribución que debía dirigir el Ministerio a áreas prioritarias; 30% a distribuir entre el personal del establecimientos acorde a la fórmula de productividad que el Ministerio determine y en la cual se pondere asistencia, dedicación y productividad; y 5% a un fondo de asistencia social destinados a cubrir necesidades sociales emergentes del personal del establecimiento. Sin embargo, este mecanismo que estableció un incentivo que permitía vincular mayores remuneraciones con eficiencia operativa encontró un escollo cuando se decidió que el 30% correspondiente al personal se distribuyera exclusivamente en función de la asistencia en desmedro de los indicadores de productividad y dedicación. Es decir, no medió ninguna relación entre mayores niveles de eficiencia de la mano de obra y las remuneraciones adicionales (p. 57).

Hasta aquí hemos detallado las características sobresalientes de la reforma provincial sin detenernos en quienes fueron los promotores de esta iniciativa que antecedió a la política

---

<sup>173</sup> La mayoría de los hospitales de las provincias adhirieron a esta política a través de la inscripción de sus hospitales en el registro nacional. A fines de 1997 se hallaban inscriptos 1.014 hospitales sobre un total de 1.231, lo que representaban el 82,3% del total de hospitales públicos del país.

<sup>174</sup> Este determinó que en la medida que un hospital le facturaba las prestaciones a una OS y ésta última no cumplía con el pago dentro de los 3 meses subsiguientes, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) quedaba habilitada a realizarle a la OS un débito automático antes de distribuirle el dinero que le corresponde por la cantidad de afiliados que tiene.

nacional. En las páginas siguientes pondremos el acento sobre la coalición de actores estatales y sociopolíticos que promovió la descentralización hospitalaria provincial a fines de 1990.

#### *2.4. Una coalición para la descentralización de los hospitales:*

Acuña y Chudnosky (2013) nos recuerdan que la disputa política no suele darse entre actores aislados, sino conformados en alianzas o coaliciones. Ellas permiten que se potencien las capacidades y recursos que cada actor posee. De modo que la capacidad de cada grupo para conformarse como actor colectivo depende, a su vez, de su capacidad para cultivar recursos y aliarse con actores que disponen de ellos.

La política de descentralización de los hospitales fue el resultado de la acción de lo que Paul Sabatier (1993) denomina una coalición de causa o promotora. La caracteriza como “las personas que provienen de una variedad de posiciones [...], quienes comparten un particular sistema de creencias (esto es, un juego de valores básicos, suposiciones causales y percepción del problema) y quienes muestran un grado nada trivial de actividad coordinada a lo largo del tiempo” (Sabatier, 1993: 25). Los actores que conforman dichas coaliciones pertenecen a una variedad de instituciones públicas y privadas que comparten las creencias en el núcleo de políticas y coordinan su comportamiento de diversas maneras (Sabatier y Jenkins-Smith, 1990: 130).

Esta perspectiva teórica de las coaliciones promotoras permite la profundización analítica sobre el rol de las ideas de los actores en la definición e implementación de las políticas. Su aspecto más influyente lo constituye la afirmación de que el cambio en las políticas no se debe tan sólo al cambio de las relaciones de poder o la competencia entre diversos intereses, entre los que son críticos las reglas institucionales y los recursos financieros, sino que un aspecto importante del cambio en las políticas es más bien el aprendizaje orientado a las mismas dentro y fuera de las coaliciones (Gómez Lee, 2012: 17).

Una de sus hipótesis centrales postula que los actores de una coalición de causa muestran un consenso sustancial sobre cuestiones pertenecientes al núcleo de la política, aunque menos respecto a los aspectos secundarios (Gómez Lee, 2012: 22). De acuerdo a Sabatier (1998), el núcleo de la política consiste en:

«prioridades de valor fundamentales, tales como la importancia relativa del desarrollo económico versus protección medioambiental; percepciones básicas concernientes a la

seriedad general del problema y sus principales causas; y estrategias para realizar valores nucleares dentro del subsistema, tal como la división apropiada de autoridad entre gobiernos y mercados, el nivel de gobierno más apropiado para llevar el problema, y los instrumentos básicos de la política que deben usarse» (Sabatier, 1998: 103).

La coalición descentralizadora estuvo conformada por actores estatales y sociopolíticos que participaban en el subsistema de salud. Entre los primeros, están los representantes políticos, funcionarios y administradores y sus diferentes capacidades para incidir en el diseño de las políticas públicas. En particular, ponemos el acento en el grupo de expertos que integra la tecnoburocracia estatal y administra información técnica con capacidad de incidir en la política pública. Por otro lado, entre los actores sociopolíticos se destacan los sindicatos y las organizaciones de la sociedad civil. Cada uno de los participantes de esta coalición detentaron recursos y capacidades diferentes, aunque compartieron un sistema de creencias que identificó a la reforma como un proceso democratizador hacia el interior del sector de salud.

Los participantes de la coalición compartieron un diagnóstico que atribuía la causa de la hipertrofia de los establecimientos hospitalarios a la concentración de las decisiones en el nivel central de la administración. Por tanto, la iniciativa para transferir verticalmente facultades hacia los niveles hospitalarios desde el nivel central fue la respuesta a aquel diagnóstico compartido. Asimismo, el sistema de creencias compartido por los partícipes de la coalición permitió identificar a la descentralización hospitalaria como una iniciativa democratizadora del sector.

Entre los actores estatales que conformaron la coalición encontramos a los representantes políticos y a los expertos que integraban la tecnoburocracia estatal. Entre estos últimos, sobresale la figura del entonces ministro del área, Juan Carlos David, médico pediatra, especialista en salud pública y administración hospitalaria que a lo largo de su carrera había ascendido en las distintas instancias de la administración burocrática antes de ocupar la posición de mayor jerarquía. David era un claro exponente de la tecnoburocracia ministerial formada en la Escuela de Salud Pública de la de la UNL desde fines de los años sesenta<sup>175</sup>.

---

<sup>175</sup> El ex ministro se definió como un «burócrata perfecto» en la entrevista personal con el autor realizada en marzo de 2018.

David se incorporó a la gestión en un clima de fuerte deslegitimación de la acción política tradicional. Su designación se produjo en el marco de una iniciativa gubernamental por despolitizar y dotar de mayor capacidad técnica a la primera línea del gabinete, que alcanzó a distintas carteras en las que se designó figuras sin antecedentes político-partidarios.

«Reviglio llamó a un gabinete de concertación (...) tuvo que hacer un cambio de gabinete y nombrar a todos, por ejemplo, al rector de la Universidad Católica, al presidente de la cámara de Rosario, que se llamaba [Rufino] Beltrán, a un ingeniero también de Vialidad, y me llamó a mí en salud pública. De rebote aterricé yo (...) Llamó a todos técnicos e independientes de la política porque sacando dos o tres que eran peronistas todos los demás éramos batidores líberos» (Entrevista personal a Juan Carlos David, mayo de 2018).

El ministro y los expertos que lo acompañaron entendieron los propósitos de la reforma a través de valores y normas referidas a la democratización del sector. Como sostienen Acuña y Chudnovsky (2013), los actores realizan cálculos que están «históricamente situados», en donde el límite de lo que pueden imaginar (de sus prioridades y sus deseos) está forjado a través de valores, normas e identidades colectivas. Es decir, sus conductas muestran cálculos estratégicos y no están desprovistas del interés particular, pero son mediadas a través de aquellas ideas normativas. Por eso la democratización del sector fue ese valor que atribuyó un sentido compartido a una reforma que los actores percibieron como un medio capaz de distribuir el poder hacia el interior del sistema.

«La descentralización era que cada hospital se hiciera cargo de su presupuesto y se hiciera cargo de los nombramientos. O sea, el que llamaba a concurso era el hospital. Pero ¿qué le quitaba eso al ministro? Poder. El poder de nombrar y el poder de manejar la gaita» (Entrevista personal a J.C. David, mayo de 2018).

Los expertos de la tecnoburocracia demostraron capacidad para imponer su estrategia en un contexto en el que la crisis había abierto las posibilidades para una reforma sectorial. Estos influyeron tanto mediante su capacidad de disponer de información técnica en un contexto de incertidumbre como a través de una capacidad para actuar ideológicamente. Esta última, según Acuña y Chudnovsky (2013), constituye la capacidad de descifrar el contexto y producir un sentido para que el accionar emprendido se ajuste a los intereses, identidades, valores y normas de la comunidad que se gobierna (p. 44).

La democratización como valor dominante también fue el sentido que adoptaron los actores sociopolíticos que apoyaron la iniciativa. Entre estos se destacó la posición de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), el sindicato minoritario de trabajadores estatales provinciales. Los referentes sindicales percibieron la iniciativa como un «viento de democratización» capaz de transformar estructuras hospitalarias sobredimensionadas y métodos de decisión centralizados. En definitiva, la democratización fue el valor que actuó como el núcleo de la política que permitió la conformación de una coalición junto a los decisores estatales.

Por otro lado, el nuevo marco institucional también abrió una novedosa posibilidad de mejorar la posición relativa del sindicato en el sector aumentando su influencia sobre la administración de los hospitales. La elección directa del representante del personal en los consejos de administración constituyó un incentivo para el apoyo de la iniciativa por parte del sindicato que hasta ese momento tenía una posición minoritaria. Asimismo, la posibilidad de recursos derivados de la facturación a terceros permitiría una vinculación funcional más eficiente entre los hospitales y los centros de atención primaria del área programática donde el sindicato venía elaborando una línea de acción directa<sup>176</sup>.

La noción de democratización que recubrió a la novedosa administración pluralista de los hospitales determinó el apoyo de otro actor sociopolítico que participó de la coalición: la Asociación de Vecinales de la ciudad de Santa Fe. La incorporación de la figura del representante de la comunidad a la administración de los hospitales, elegido a través del voto de las organizaciones sociales del área programática, fue clave para el apoyo de este actor que se presentó enarbolando una capacidad de representación de un territorio donde se localizaban los usuarios de los servicios.

Asimismo, de acuerdo a las declaraciones públicas de la época, las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) parecen haber tenido cierto grado de incidencia, aunque es posible conjeturar que en menor medida que los otros actores. Con motivo de la primera experiencia piloto de descentralización hospitalaria que tuvo lugar

---

<sup>176</sup> Desde su comisión de salud, el sindicato tenía una línea de trabajo enfocada a la atención sanitaria comunitaria. Se trataba de un espacio integrado por profesionales de diversas disciplinas que logró agrupar sectores progresistas vinculados a la salud. En la medida que el sindicato aumentó su representación de trabajadores de salud en el primer nivel de atención - en especial agentes comunitarios y enfermeras -, la atención comunitaria se fue jerarquizando entre las ideas que postulaba el sindicato.

en el Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe, el ministro del área se refirió a dicha intervención del organismo internacional:

«partió de una serie de coincidencias y resoluciones de la Organización Panamericana de la Salud las que, por iniciativa de las autoridades provinciales del área, tomaron cuerpo finalmente en la ley 10.608 de Descentralización Hospitalaria y su decreto reglamentario” (Entrevista personal a J.C. David, mayo de 2018).

Entre los actores sociopolíticos, también estuvieron quienes se opusieron a la iniciativa. La Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), el sindicato de estatales mayoritario, identificó en la iniciativa una amenaza a su poder de influencia. Abierta la instancia de negociación, solicitó a los decisores estatales que la representación de los trabajadores en los consejos se asigne de modo automático a su delegado interno en cada hospital. Esto fue resistido por los decisores y el acceso al cargo quedó sujeto a elecciones internas en cada hospital. También las asociaciones gremiales médicas se opusieron a la iniciativa y caracterizaron a la nueva administración pluralista como órganos de escasa idoneidad para la administración hospitalaria. Sin embargo, y más allá de ocupar una posición dominante como UPCN, durante el tratamiento de la iniciativa estos no parecen haber desplegado mayores recursos y capacidad para obtener el veto de la iniciativa.

En el ámbito político, la reforma contó con el apoyo del gobernador y otros representantes políticos del justicialismo que lograron garantizar la sanción del proyecto. Estos sumaron al valor de la democratización del sector, la movilización de otras representaciones como la transparencia en la administración de la cosa pública, que les permitió identificar la iniciativa con la demanda social que interpelaba a la dirigencia política provincial desde fines de los años ochenta.

«mediante un foro de instituciones intermedias surgió un anhelo que hoy es realidad: en primer lugar la Ley de descentralización hospitalaria, proyecto que tiende a que los hospitales provinciales puedan administrarse como personas jurídicas propias contando con un consejo compuesto por un representante del Estado, un director médico, otro del personal, otro por la cooperadora del hospital (...) la ley contiene un profundo contenido de justicia social, participación y

transparencia en el manejo de la cosa pública» (Declaraciones del diputado Pascutto al Diario El Litoral, 20/07/1991)<sup>177</sup>.

En definitiva, la descentralización de los hospitales fue el resultado de una coalición entre actores estatales y sociopolíticos que fue cementada sobre un sistema de creencia que identificó en la propuesta descentralizadora una instancia democratizadora del sector público. A continuación, analizamos la otra iniciativa proveniente del nivel provincial de gobierno que, a inicios de la década del noventa, tuvo un impacto determinante sobre la organización del sector y la provisión sanitaria: la gestión por programas de salud.

### *2.5. Los programas provinciales de salud:*

Como hemos visto, los objetivos de las reformas de los años noventa fueron dos: 1) la creación de cuasi mercados internos y 2) mejorar los niveles de atención de las provincias (Báscolo et al, 2001). Mientras el primer objetivo se persiguió mediante el hospital público de autogestión (HPA), los contratos de gestión y los seguros públicos de salud, el segundo se desarrolló mediante los programas focalizados geográficamente a partir de dos criterios: el biológico y el socioeconómico según el concepto de pobreza estructural de necesidades básicas insatisfechas.

Por su parte, las reformas en el sector público de las provincias se desarrollaron por tres vías: (1) los programas desarrollados por el gobierno nacional y con financiamiento internacional como el PRESSAL, el PRESS, el PROMIN y el PROAPS, (2) como componentes de los préstamos para las reformas provinciales que los gobiernos provinciales solicitaron directamente al Banco Mundial y, por último, (3) como iniciativa de los gobiernos provinciales (Báscolo et al, 2001). En este subapartado, pondremos atención sobre estos últimos: los programas provinciales de salud (PPS).

En primer término, intentaremos caracterizar el tipo de modalidad de provisión que conformaron los programas provinciales de salud. Según Tobar et al (2006), existen dos modalidades para la provisión de control de enfermedades transmisibles (CTE): los programas verticales y las aproximaciones horizontales. Los programas verticales se orientan a la provisión de servicios por medio de estrategias mayormente independientes, y están diseñados para atacar una enfermedad o condición particular con objetivos claros, dentro de un marco temporal acotado y haciendo uso de tecnologías específicas. Los

---

<sup>177</sup> Declaraciones del diputado Pascutto al diario El Litoral. Este diputado fue uno de los principales defensores de la reforma durante su tratamiento legislativo.

autores afirman que, desde el punto de vista organizativo, los programas verticales se asemejan a la forma que Mintzberg (2001) denomina adhocracia o estructura ad hoc, esto es, un modo de organización conformado para gestionar un proyecto determinado. En cambio, las aproximaciones horizontales, también denominadas integrales, son una modalidad de provisión de intervenciones de salud a través de la infraestructura regular de los servicios de asistencia sanitaria. El ejemplo más importante de este tipo es la Atención Primaria de la Salud (APS), que enfatiza la importancia de los servicios integrados (especialmente los curativos y preventivos) y considera que las mejoras en salud son parte de procesos de largo plazo en una perspectiva de desarrollo que incluye la participación de otros sectores como educación, agua y saneamiento (Tobar et al, 2006: 9).

Entre las dos modalidades, la diferencia organizativa principal consiste en que las aproximaciones horizontales se instrumentan por medio de la infraestructura regular del sistema de salud. Ellas buscan garantizar la sustentabilidad, es decir, mantener en el tiempo los objetivos perseguidos (ibidem, p: 21). A continuación, en la Tabla N° 21, se detallan otras diferencias significativas entre ambas modalidades.

Tabla N° 21: diferencias entre los programas verticales y las aproximaciones horizontales

Programas verticales	Aproximaciones horizontales
Provisión de servicios por medio de programas mayormente independientes	Provisión de intervenciones de salud a través de la infraestructura regular de servicios de asistencia sanitaria
Diseño orientado a luchar contra una enfermedad o afección particular.	Intervenciones centradas en servicios integrados (especialmente curativos y preventivos)
Objetivos precisos, dentro de un marco temporal acotado, haciendo uso de tecnologías específicas.	Mejoras en la salud como parte de procesos de largo plazo, en una perspectiva de desarrollo que incluye la participación de otros sectores, tales como educación, agua, saneamiento
Programa de control de la malaria, la viruela, la frambesia, surgidos a mediados de los años cincuenta y en el decenio siguiente.	APS, concepto consolidado luego de la declaración de Alma-Ata (1978)

Fuente: elaborado en base a Tobar et al 2006.

Sin embargo, en el terreno empírico esta distinción entre los programas verticales y las aproximaciones horizontales encuentra sus matices. En este sentido, ambos extremos de absoluta verticalidad u horizontalidad operan como dos ideales difíciles de reconocer en el terreno empírico. Así es, por ejemplo, que en los niveles más elevados de la gestión del sistema de salud la modalidad se vuelve más verticales dado que aumenta la especialización, mientras que, en el nivel más bajo, donde la especialización es menor, se vuelve más horizontal.

Entre 1946 y 1958 se desarrolló el período denominado de «llamamiento regional a las armas» para la erradicación de las enfermedades transmisibles. El modelo de política elegido fue el de los programas verticales, caracterizado por una concepción mecanicista de la organización de inspiración taylorista. Su organización propuso un comando central que instrumentaba el entrenamiento y la subordinación de los recursos humanos para aplicar procesos normalizados destinados a lograr objetivos (cuantificables) acotados a una afección o a un reducido grupo de enfermedades, en un plazo temporal corto o mediano. Las dos enfermedades susceptibles de ser erradicadas fueron la viruela y la malaria (ibidem, p: 15).

Entre 1958 y 1977, el período conocido como del «derecho a la salud», estuvo marcado por el éxito en la erradicación de la viruela y el fracaso en la malaria. El éxito de la primera dejó como legados el desarrollo de las unidades de epidemiología en los ministerios de salud, la organización de la vigilancia epidemiológica y la aplicación de control de otras enfermedades transmisibles. En el ámbito mundial, la experiencia sentó las bases para la creación del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Por el otro lado, el fracaso en la erradicación de la malaria forzó a la OMS a cambiar la imagen de política de “erradicación” por una de “control”. La principal política consistió en la vigilancia epidemiológica de grupos y territorios de mayor vulnerabilidad, lo que sentó las bases de las acciones focales que caracterizaron las nuevas iniciativas contra la enfermedad en el decenio de 1990 (Ibidem, 19).

A partir de mayo de 1974, la OMS lanzó el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) con el objetivo de poner los beneficios de la inmunización al alcance del mayor número de niños de países en desarrollo<sup>178</sup>. Dicho programa logró establecerse como un programa

---

<sup>178</sup> En 1977, cuando la OMS lanzó el PAI en los países americanos, las vacunas incluidas en el programa (la vacuna contra el sarampión; la DPT, contra la difteria, la tos ferina y el tétanos; la BCG, contra la tuberculosis; y la VPO-Sabin, la vacuna oral contra la poliomielitis) sólo proporcionaban cobertura al 25%-30% de la región.

de inmunización de rutina en el sistema de salud que permitió converger las ventajas de los programas verticales (la persecución de objetivos cuantificables sobre enfermedades definidas, mediante intervenciones técnicas efectivas) con la necesidad de fortalecer el sistema de salud<sup>179</sup>. Este modelo de intervención adoptó en consecuencia un carácter horizontal, centrado en acciones preventivas y focales.

En la década del ochenta comenzaron a escucharse nuevamente voces favorables a los programas verticales. Esta tendencia se vio reforzada desde mediados de la década del ochenta con los esfuerzos de los organismos internacionales para recaudar fondos para la erradicación de la poliomielitis. Allí se implementó una estrategia novedosa para los programas verticales: el Día Nacional de Vacunación. Esto que fue establecido como un refuerzo de la inmunización de rutina promovida por el PAI, se concentró sobre la vacunación de niños en cortos períodos de tiempo. No obstante, la política de control de enfermedades transmisibles para las cuales no existen posibilidades de inmunización tuvo otras características organizativas<sup>180</sup>.

Finalmente, durante la década del noventa el concepto de “foco” y el “enfoque de riesgo” caracterizaron el problema. Según afirma Tobar et al (2006), el surgimiento de la microepidemiología a finales de los años ochenta y el énfasis en la atención primaria de la salud relegaron la práctica de la salud pública de alcance poblacional hacia prácticas orientadas a la protección del individuo.

El concepto de “foco” surgió a partir de la evidencia de que las enfermedades tenían manifestaciones heterogéneas en distintos contextos epidemiológicos y se reforzó ante la reforma descentralizadora de los servicios de salud. El enfoque de riesgo, naci6n de la vigilancia epidemiológica de grupos y territorios, de mayor vulnerabilidad y se consolidó en este contexto descentralizador (Tobar et al, 2006: 24).

Luego de este recorrido por las características de las distintas modalidades de provisi6n, nos enfocaremos en nuestro objeto de análisis: los programas provinciales de salud. En estos coexistieron elementos característicos de ambas modalidades. En este sentido, mientras varios de sus componentes procedían del modelo de los programas verticales (centrado en la enfermedad, objetivos precisos, actividades estructuradas, etc) otros los acercaban a las aproximaciones horizontales (apelaci6n a los servicios de salud regulares, etc).

---

<sup>179</sup> El PAI ha sido calificado como un programa de atención primaria de la salud selectiva.

<sup>180</sup> El caso paradigmático fue el VIH entre las enfermedades emergentes y la malaria entre las reemergentes.

Los programas provinciales configuraron un modelo de intervención orientado a luchar contra una enfermedad o afección en particular. La primera iniciativa fue en el año 1992 cuando la provincia puso en ejecución el programa de enfermedades respiratorias de la infancia. Al tiempo, la programación se amplió y las iniciativas se multiplicaron. Así se creó el programa de atención perinatólogica, el de vacunas, el de control de crecimiento y nutrición, el de control de enfermedades respiratorias agudas, el de enfermedades diarreicas y el de emergencias médicas y trauma.

Además, estos presentaron otro componente que los acercaba a los programas verticales. Estos incorporaron objetivos acotados, actividades estructuradas en el tiempo, técnicas específicas y una supervisión frecuente para favorecer su efectividad. En primer término, postularon la formulación de tres niveles de objetivos: objetivos programáticos, objetivos de actividades (con metas) y objetivos de impacto.

«Hicimos todos los planes con la misma matriz: con objetivos de impacto, objetivos programáticos, objetivos de actividades y con metas. También lo que aprendimos en ese curso es que cada objetivo debe tener una cuantificación medible en un período» (Entrevista personal a J. C. Bossio, septiembre de 2018).

Cada objetivo general incorporó una estrategia para orientar su puesta en práctica y fue operacionalizado a través de metas con indicadores precisos que debían cumplirse en un plazo determinado. Por otro lado, se incluyeron técnicas específicas para normalizar los procesos sanitarios y hacerlos cuantificables. Aunque estas técnicas integraban un plan operativo formado por una matriz lógica común fueron adaptadas a cada patología específica.

Los programas apelaron en su ejecución a los servicios regulares del sistema público. Es decir, incorporaron un componente propio de las aproximaciones horizontales dado que el modelo vertical tradicionalmente había recurrido a formas organizacionales paralelas al sistema de servicios regular argumentando su falta de capacidad.

Por ello, en una primera instancia, se buscó transformar el funcionamiento tradicional de la superestructura ministerial, organizada sobre el clásico modelo burocrático de apego a los procedimientos, y reorientarlo hacia resultados sanitarios. Así fue que cada dirección provincial asumió la gestión de uno o más programas formulados en términos de objetivos de salud, la formulación de metas específicas y la planificación de actividades para su

cumplimiento. Por último, cada dirección debió programar la puesta en ejecución de las supervisiones integrales, un componente central para el funcionamiento de los programas. Los programas se pusieron en práctica en los cerca de 600 efectores que formaban la estructura sanitaria provincial. Buscaron extender la cobertura sanitaria en un territorio provincial que presentaba fuertes inequidades en el acceso a los servicios sanitarios.

«el plan tenía que contemplar que si la provincia decidía tener un programa para controlar tuberculosis eso significaba que cualquier ciudadano de la provincia que tuviera tuberculosis tenía que entrar en el programa. Había que abarcar toda la extensión de toda la provincia. El plan tenía que contemplar que los ciudadanos eran todos, no un grupito. Eso era una discusión porque en general lo que había eran trabajos desparramados. No había una visión de llamémosle de cobertura universal» (Entrevista a J. C. Bossio, septiembre de 2018).

No obstante, su ejecución se enfrentó a un límite institucional que organizaba la provisión de salud en la provincia desde hacía décadas. Los establecimientos y equipos de salud dependientes de la administración provincial incorporaron los programas provinciales a sus prácticas, pero no lo hizo la estructura dependiente del municipio de Rosario. Estos representaban el 10% de los efectores localizados en la provincia. Desde diciembre de 1989 el partido socialista (PS) ocupó el gobierno rosarino y enfocó en un modelo sanitario autónomo organizado en base a la estrategia de APS (Báscolo y Yavich, 2010, 2012; Rovere, 2005; Campana, 2010; Jiménez, 2008, 2009). De este modo, la fragmentación institucional del sector sanitario parece haber sido un incentivo a la competencia más que a la cooperación entre niveles gobernados por distintos signos políticos, lo que obstruyó la coordinación entre las diferentes gestiones sanitarias.

Una de las críticas más agudas a los programas verticales fue aquella que remarcó el bajo nivel de institucionalidad que estos producían al tener una duración limitada en el tiempo y apelar a estructuras paralelas a las regulares. No solamente no fortalecieron la capacidad del sistema de salud, sino que la debilitaron al duplicar los esfuerzos. Por el contrario, los programas provinciales apelaron a la estructura regular de servicios y lograron adquirir mayor densidad institucional mediante la sanción del decreto 2280 en 1995. Esto permitió establecer a los programas como una práctica de rutina del sistema y favorecer la sustentabilidad de las acciones.

El decreto 2280 aprobó los «Programas Provinciales de Salud Materna e Infantil, sus objetivos, estrategias y metas». Incluyó un documento técnico elaborado por el Ministerio

de Salud y Medio Ambiente de la provincia denominado «Metas Provinciales de Salud Materna e Infantil Año 1995-2000» en el que se describe y resume la situación de salud de la provincia en relación a los grupos de niños y mujeres embarazadas, así «como también las políticas a desarrollar». Con este se aprobaron los objetivos y estrategias de los programas provinciales de perinatología, de vacunación, de control de crecimiento y nutrición, de control de enfermedades respiratorias agudas, de control de enfermedades diarreicas y de emergencia médica y traumatológicas.

Las supervisiones integrales constituyeron un instrumento central de los programas de salud provinciales, aunque causaron diferencias entre los tomadores de decisiones. Se iniciaron a mediados de 1994 a través del siguiente procedimiento: una vez al mes (uno, dos o tres días) las responsables a cargo de gestión de un programa realizaban una visita a todos los servicios localizados en una zona de salud para verificar la evolución de los indicadores correspondientes a las metas de cada programa. El instrumento de recolección de la información fue una guía con la que se consolidaban los datos obtenidos en las visitas a cada servicio. Luego estos resultados eran expuestos pública y simultáneamente en una actividad en la que participaban los equipos de la zona y los responsables de los programas. Asimismo, podían participar - y lo hicieron de modo frecuente – los decisores ministeriales, representantes políticos con intereses en la región (intendentes, senadores, diputados, etc), organizaciones sociales vinculadas a la cuestión sanitaria y la prensa.

De acuerdo a la mirada de los decisores gubernamentales, el análisis público de los datos era un elemento clave para homogeneizar los criterios y el enfoque sanitario. No obstante, esto constituyó un elemento resistido. La publicidad de resultados medibles fue el motivo principal que hizo de la supervisión un procedimiento sujeto a controversias. Las críticas puntualizaron el carácter autoritario del procedimiento. En cambio, otros identificaron un instrumento de auditoría cuyo objetivo central era el control sobre los procesos de trabajo. Según este último grupo, las supervisiones se debían llevar adelante sin anuncio previo de modo de «constatar» *in situ* los incumplimientos.

«la resistencia es a la organización y a la rendición de cuentas. La resistencia se basa en eso. Uno puede cuestionar los métodos, de hecho, yo no ignoro los cuestionamientos que hay, pero básicamente el principal problema que surge es del control» (J. C. Bossio, comunicación personal, septiembre de 2018).

Siguiendo la percepción de los actores, la implementación de los programas parece haber presentado luces y sombras. Entre los decisores estatales se resalta el impacto que estos

tuvieron para la homogeneización de criterios y prácticas sanitarias. Entre la burocracia a nivel calle (Lipsky, 1980) - *street-level bureaucracy* en su idioma original – fueron una superación de la «anarquía y caos previo» que envolvía a las prácticas sanitarias, aunque con un tinte «muy dirigista» y lejano a una mirada integral de la atención en salud.

El modelo vertical fue históricamente criticado por la fragmentación que producía al nivel de organización del sistema de salud dado que apelaban a estructuras ad hoc y paralelas. Aunque los programas provinciales fueron implementados a través de los servicios regulares y, por ende, es inaplicable la crítica sobre la duplicación de estructuras, también se los acusó de fragmentadores, pero no a nivel organizativo sino como una intervención fragmentadora de la práctica sanitaria. Desde esta perspectiva, la incorporación de instrumentos de focalización se enfrenta a una perspectiva integral propia de la atención primaria de la salud.

«La estrategia de atención primaria no estaba planteada desde un punto de vista integral, sino que era selectivo. Cuando vos focalizás sobre los programas, sos selectivo. Si bien el enfoque de los programas es integral, vos estás trabajando sobre determinada población únicamente. O sea, todo lo que vos pretendés en el núcleo, lo que pretendés como objetivo de la atención primaria se te diluye cuando vos trabajás en forma selectiva» (Entrevista a Nieves Migno, ex coordinadora de APS, noviembre de 2017).

Hasta aquí nos hemos centrado en el *qué* de la iniciativa reformista de los programas provinciales de salud. A continuación, pondremos el acento en los actores y las alianzas que promocionaron la reforma, es decir, sobre *quienes* fueron aquellos que mostraron capacidad suficiente para configurar la agenda sanitaria.

#### *2.6. Una coalición tecnocrática de expertos y políticos:*

Los programas de salud en la provincia fueron promovidos por una coalición de actores estatales en la que es posible distinguir representantes políticos y un nuevo grupo de expertos reclutados para la gestión de lo público. Estos actores que detentaron diferentes recursos y capacidades, compartieron un núcleo de política vinculado a valores modernizadores y tecnocráticos de la gestión de la cosa pública.

Entre los actores estatales que participaron de la coalición promotora encontramos, en primer término, a representantes y funcionarios políticos que llegaron al poder durante el gobierno de Carlos Reutemann. Como hemos visto más arriba, estos sustituyeron a la antigua coalición peronista de raigambre sindical que controló los andamiajes partidarios desde el retorno a la democracia. Según sostiene Lascurain (2018), durante la etapa reutemannista, la identidad partidaria excluyó de su identidad el elemento de la «militancia» y se edificó a través de atributos relativos a la moral y al criterio tecnocrático (honestidad y capacidad) (p. 172).

En segundo lugar, están un grupo de expertos que integraba una red internacional de profesionales mediante la cual circulaban políticas y personas. En otras palabras, estos participaban de una comunidad epistémica capaz de introducir mediante sus ideas nuevos vínculos entre causas y efectos en un campo determinado. Hass (1992) define la comunidad epistémica como «una red de profesionales con experiencia probada y con competencia en un dominio particular y que son autoridades en su campo, con relevancia política dentro de aquel dominio o asunto-área» (Haas, 1992: 3). Estas redes de individuos detentan un conocimiento relevante para la política y para los procesos políticos que explican la utilización de ese conocimiento en la toma de decisiones (Adler y Haas, 1992; Haas, 1992, 2001, 2004). El marco de análisis de las comunidades epistémicas coincide con el de las coaliciones promotoras en el papel que les asigna a las ideas ante los escenarios de incertidumbre. Su unidad de análisis no lo constituye un nuevo actor surgido en la arena internacional de políticas, sino un nuevo modelo de pensamiento que las comunidades epistémicas desarrollan y transportan a los tomadores de decisiones. Como dice Hass (1992), las comunidades son un vehículo para el desarrollo de premisas teóricas profundas creadas por la interpretación colectiva y la elección (Haas, 1992: 368). Esta nueva modalidad de gestión que asignaba un lugar destacado a expertos y técnicos en el diseño e implementación de las políticas públicas se había iniciado en el nivel nacional a partir de la presidencia de Carlos Menem. Entre los múltiples cambios que determinó este período para la vida social, encontramos el inicio de un estilo de gestión novedoso. Al Estado Nacional se incorporó una nueva tecnoburocracia que integraba redes de circulación de ideas de política nacionales y trasnacionales que dio por resultado - junto a otros focos de irradiación de ideas como los medios de comunicación masivos - aquello que Antonio Camou (1999) denominó un «nuevo consenso de transformación»

(p. 78) <sup>181</sup>. A partir de entonces, nuevos actores expertos y nuevos saberes arribaron a las instancias de gobierno para imponer una visión del mundo, de los problemas y de las soluciones.

El gobierno que comenzó de la mano de Carlos Reutemann en 1991, reclutó un grupo de expertos que provenían del Instituto de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni (INER) para la gestión del sector público sanitario<sup>182</sup>. El INER era una institución que fue creada a comienzos de los sesenta como Centro Nacional de Lucha Antituberculosa mediante un convenio entre el Estado Nacional, el Estado provincial, la OMS y el Centro de Protección a la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF). En todo el mundo había sólo tres organismos orientados a la formación de personal técnico en tuberculosis y el INER era uno de ellos. A partir de 1982 el INER fue designado como Centro Colaborador de la OPS/OMS en Epidemiología y Control de la Tuberculosis y se convirtió en uno de los cinco centros de este tipo que existen en el mundo.

Ahora bien, es necesario echar luz sobre algo relevante: ¿qué es un experto y en que se distingue de la clásica tecnocracia? Definimos a un experto en función del recurso con el que cuenta. Dispone de una *expertise*, es decir, un tipo particular de intervención sobre las relaciones sociales que moviliza dispositivos técnicos y colabora en la construcción de discursos, narrativas y en la constitución o reforma de instituciones (Morresi y Vommaro, 2011). Esto no se trata solamente de un proceso técnico, sino de una forma de intervenir en el campo del poder y en la producción de bienes materiales y simbólicos que remiten a un saber técnicamente fundado, ligado a una disciplina científica o a un campo profesional» (p. 13). Esto produce lo que Morresi y Vommaro (2011) denominan «la conformación de un dominio de *expertise*, un tipo de intervención de lo social que tiene la particularidad de unir varios espacios, de modo de construir consensos durables sobre la necesidad y la justeza de ese discurso y de los dispositivos e instituciones asociados a él (p. 14).

Las comunidades epistémicas se asocian a la producción y circulación nacional o internacional de saberes. En ciertos casos, los expertos que la conforman actúan como productores/exportadores y en otros como receptores/importadores, aunque siempre

---

<sup>181</sup> Camou se refiere a los intelectuales expertos y saberes técnicos que dieron lugar a una nueva economía política durante el menemismo.

<sup>182</sup> Con la creación en 1996 (decreto 1628) de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), la institución adoptó el nombre de Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni. Sin embargo, este nombre lo adoptó luego de un largo período en la que la institución no sólo cambió varias veces de nombre, sino que reestructuró su estructura y objetivos.

como generadores y reproductores de los discursos. Los expertos del INER reclutados para intervenir en la gestión sanitaria provincial fueron importadores de un saber que era difundido desde ciertos organismos internacionales. El instituto, en su condición de centro colaborador de la OMS-OPS, era una referencia continental en epidemiología y control de la tuberculosis, lo que permitió una importante circulación de saberes y referentes de programas promocionados tanto a escala continental como global. Fue un espacio capaz de reproducir y generar un conjunto discursos sobre lo social que, poco tiempo después, se convirtieron en prácticas y dispositivos concretos.

Siguiendo a Morresi y Vommaro (2011), es posible sostener que una de las características que distingue a los «expertos» es su desplazamiento. Estos circulan entre el mundo académico, el mundo político/económico y la administración estatal. En este sentido, el académico opera como el espacio de origen y como una fuente de legitimación de un conjunto de saberes cuyo objetivo es convertirse en política pública. Asimismo, este desplazamiento los diferencia de la tecnoburocracia clásica en la medida que esta última habita el Estado. Los expertos del INER accedieron al gobierno de la salud debido a las credenciales que los habilitaban como detentadores de un saber investido de legitimidad en el campo de la investigación científica, lo que les permitió sustituir a la antigua tecnoburocracia en las posiciones de toma de decisión y modelar la política pública durante un largo período.

La figura destacada entre los expertos del INER fue el bioquímico Juan Carlos Bossio, quien ingresó al instituto en 1984 como becario del laboratorio. Tras un tiempo dedicado al estudio de la epidemiología y control de la tuberculosis, se orientó a la investigación de las enfermedades respiratorias de la infancia y, a partir de 1987, fue designado como consultor de la OPS<sup>183</sup>.

En 1990, expertos pertenecientes a la OMS dictaron un curso en el instituto sobre la organización del control de las enfermedades respiratorias agudas (IRA). Este consistió básicamente en la difusión de un plan operativo para el control de las enfermedades que, poco tiempo después, constituiría el inicio de lo que serían los programas provinciales<sup>184</sup>. A partir del éxito que mostró su primera aplicación como prueba, este se amplió en su

---

<sup>183</sup> La recomendación para su designación como consultor provino del médico brasileño Yehuda Benguigui, jefe del programa regional de enfermedades respiratorias de la infancia de la OPS. En 1987, este dictó en el INER un curso internacional sobre organización del control de las enfermedades respiratorias.

<sup>184</sup> En una primera instancia, Bossio impulsó una prueba piloto de aplicación del plan en el servicio de pediatría y el área programática del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe.

alcance territorial hasta cubrir toda la zona V de salud<sup>185</sup>. Finalmente, al asumir el nuevo gobierno en diciembre de 1991, las autoridades ministeriales dispusieron la extensión del plan a todo el territorio provincial y lo que hasta entonces era una prueba piloto, se reconvirtió en una política pública. En definitiva, este plan operativo fue objeto de una transferencia de ideas de política desde un organismo internacional (OMS) a un centro de investigación de dependencia del Estado Nacional (INER) que tuvo impacto en las reformas promovidas desde el nivel subnacional de gobierno<sup>186</sup>.

En diciembre de 1992 los expertos del instituto se incorporaron al gabinete provincial luego de un primer año en el que se desempeñaron solamente como consultores externos en el monitoreo de la aplicación del plan operativo. De este modo, Bossio asumió como Director de Promoción y Protección de la salud en diciembre de 1992 junto a su reducido grupo de colaboradores del INER y, un año más tarde, como Subsecretario de Salud de la provincia, esto es, segundo en la jerarquía provincial, un cargo que ocupó durante el término de cuatro años, permaneciendo durante la gestión de tres ministros en el área<sup>187</sup>. El experto se distingue del científico que no atraviesa las fronteras de lo académico por su convicción con respecto a la utilidad del saber que detenta. Morresi y Vommaro (2011) sostienen que el saber experto es un saber dotado de utilidad elaborado ex profeso para responder a los requerimientos de los decisores de políticas (p. 22). Se trata de un saber diseñado por «los que saben» que se distingue por su aplicabilidad, por su potencial traducción en prácticas y dispositivos concretos. Con respecto a este punto, Bossio señala: «lo que hace la diferencia es tomar el curso [de difusión de un saber] y luego ponerlo en práctica».

«lo que tiene que haber es un plan operativo. Un plan de trabajo, logros concretos y cada logro tiene que estar vinculado con el tema de que se ocupa. Si es chagas,

---

<sup>185</sup> Recordemos que la zona V de la Salud se integra con los departamentos La Capital, Las Colonias y San Jerónimo.

<sup>186</sup> Al respecto Bossio sostiene que: «[el plan] se convirtió en una política pública de la provincia de Santa Fe cuando el Dr. López Pérsico pidió que se haga para toda la provincia». El Dr. López Pérsico fue Director de Protección y Promoción de la Salud y luego Subsecretario de Salud de la provincia.

<sup>187</sup> Bossio llegó a la gestión ministerial en 1992 durante la gobernación de Carlos Reutemann. Atravesó la gestión como ministros del área del médico José Luis Imhoff (1992-1994) y de la contadora Ileana Bizzotto (1994 -1995). Durante el gobierno de Jorge Obeid, fue subsecretario de salud (1995-1997) durante la gestión como ministro de Rubio Galli (1995-1999). En 1997 renunció por diferencias de criterios sobre la gestión los programas. Este fue designado al frente de la Dirección de Programas Prioritarios, un área que había sido creada especialmente para que continúe en la gestión y supervisión de los programas. Permaneció en este cargo durante aproximadamente un año, momento en el que retorno a sus tareas de investigación en el INER y a la consultoría internacional.

será con chagas, si es lepra, será lepra. Hay que ver que dicen los que saben y ponerlo en práctica» (Entrevista personal a J. C. Bossio, septiembre de 2018).

Por otra parte, este conjunto de ideas aplicables y validadas que los expertos «importaron» de la OMS y adaptaron para la reforma del sector público constituye un “doble límite”. Es decir, por un lado, estos saberes limitan el área de intervención de los expertos al «dominio de su expertise» pero también la posibilidad de cuestionamiento desde fuera del campo (Morresi y Vommaro, 2011: 17). Intervienen como una coraza, una armadura frente a cualquier amenaza de influencia extraña sobre su campo. Esto es, por un lado, limita y circunscribe la acción del experto, pero, por el otro, lo protege junto con sus políticas del escrutinio público y político. Con el ambiente político mantiene una relación compleja. Mientras se distancia de su escrutinio para conservar la exclusividad de su dominio, a la vez, requiere de su intervención activa por su capacidad para transformar un insumo de ideas en una política pública efectiva.

En este terreno ingresa su relación ambigua con la política. Si bien la política forma parte de los «excluidos» del dominio del saber y esto demarca una distinción rotunda de los campos de intervención, también es percibida como un dominio autónomo provisto de una racionalidad propia con el que se mantiene un vínculo de complementariedad más que de oposición.

«Yo no voy a abordar ningún problema que tenga una resolución política porque yo no sé ni me voy a poner a estudiar eso. Lo que voy a hacer son las cosas que creo que hay que hacer de acuerdo a la bibliografía y a la consulta de las personas que sepan. Si la decisión se tiene que tomar por otras razones yo no voy a participar» (Entrevista a J. C. Bossio, septiembre de 2018).

El núcleo de políticas que permitió la coalición promotora con los representantes políticos fue un conjunto de valores tecnocráticos con los cuales identificaron la correcta gestión de la cosa pública. Por ejemplo, desde la perspectiva de los expertos, el estado de la situación sanitaria de la provincia al tiempo de asumir obedecía a una falencia técnica de la burocracia sanitaria. Es decir, más que derivarse de un problema de gobernanza del sector se debía a una ausencia sistemática en la aplicación de saberes científicamente fundados. Esto es, no identificaron el foco del problema en las relaciones políticas que entrecruzaban al sector sino en una carencia de expertise técnica.

«el trabajo que no estaba hecho es un trabajo técnico. Es lo que todo el mundo que no quiere identificarse con la política se defiende diciendo que es técnico. El

trabajo técnico no está hecho. No le podés elegir al político que sea técnico porque es político» (Entrevista personal a J. C. Bossio, septiembre de 2018).

En definitiva, la iniciativa de reforma del sector público sanitario que adoptó la forma de los programas provinciales de salud fue promovida por una coalición promotora de actores estatales conformada por representantes políticos y una comunidad epistémica de expertos provenientes de una red internacional de circulación de saberes y personas. Estos sustituyeron a la antigua coalición en el gobierno de la salud provincial en el gobierno de la salud provincial en base a un sistema de creencias asociado a valores tecnocráticos de la gestión sanitaria.

Estas ideas no ingresaron a la agenda estatal provincial a partir de la imposición de una jurisdicción estatal superior o producto de los condicionamientos de los organismos de crédito internacional, sino mediatizada por la difusión de organismos como la OMS/OPS. En el apartado siguiente, ponemos el acento en una explicación ideacional de las reformas del sector que han sido analizadas hasta aquí y, para ello, apelamos a una explicación en base a los mecanismos causales que permitieron el tránsito de las ideas hacia la agenda estatal.

### **3. Hacia una explicación ideacional de las reformas del sector:**

El interrogante principal de esta investigación está orientado a reconstruir el interjuego entre instituciones e ideas en ciertos resultados de políticas que, en este caso, son las reformas del sector público sanitario provincial. Desde nuestra perspectiva, el factor clave que modeló el contenido de las políticas de reforma fue el marco de ideas de la coalición de actores que promocionó la reforma. Por otra parte, nos interesa identificar si tuvieron influencia las instituciones sobre las políticas de reforma dado que, como sostiene Alan Jacobs (2015), usualmente las ideas tienen una alta correlación con otras causas plausibles sobre el resultado de la política (p. 41).

El método del *process tracing* (PT), el cual incorpora una concepción mecanística y determinista de la causalidad, permite un análisis ideacional robusto. Una explicación basada en mecanismos causales es aquella que busca determinar las condiciones que fueron necesarias para que una reforma se produzca. Siguiendo a Glennan (1996), un mecanismo causal es un sistema complejo que produce un resultado por la interacción de un número de partes, en donde cada una de las partes que se incluyen debe ser absolutamente vital para que la máquina funcione.

El PT es un método deductivo y, por lo tanto, debemos remitirnos a una teoría ideacional que plantee un efecto causal del contenido de las cogniciones de los actores. Siguiendo a Jacobs (2015), una teoría ideacional es aquella capaz de explicar el resultado de una política donde el contenido de una estructura cognitiva influye sobre la respuesta que dan los actores ante una situación de elección y donde esa estructura cognitiva no es totalmente endógena a las características objetivas y materiales de la situación de elección que se debe explicar (p. 43). Dicha teoría debe incluir compromisos normativos, creencias causales o descriptivas sobre el mundo, modelos mentales o analogías de las cuales los actores extraigan creencias específicas o prescripciones de política.

La teoría de las coaliciones promotoras es un modelo teórico que persigue explicar cómo se produce el cambio en las políticas públicas que incorpora a las ideas como variable explicativa (Gómez Lee, 2012). El aprendizaje orientado a las políticas constituye un aspecto central para explicar el cambio. Sabatier (1988) define el aprendizaje como «un proceso de continua investigación y adaptación motivado por el deseo de realizar las creencias del núcleo de políticas». El analista, en primer término, debe apreciar si los actores aprendieron y se generó un cambio en sus sistemas de creencias y, después, si ese cambio se trasladó o no a la política pública.

Esta teoría postula que el aprendizaje no puede afectar al núcleo de las políticas, sino tan sólo a aspectos secundarios. Postula que los sistemas de creencias y las preferencias cambian de forma gradual a lo largo del tiempo en la medida que los individuos son persuadidos por nuevos argumentos o acumulan información por medio de la experiencia. Los sistemas de creencias están sujetos al cambio incremental junto a las alternativas de políticas que reflejan los sistemas de creencias. En cambio, cuando el aprendizaje recae sobre el núcleo, esto supone el reemplazo de una coalición promotora por otra.

Asimismo, resulta necesario hacer una distinción entre una explicación ideacional y otras posibles explicaciones no ideacionales. Esto supone identificar cuando estamos ante una explicación no ideacional de un cambio político determinado, es decir, una explicación material. Esta última es aquella que da cuenta de las elecciones de los actores a partir de la variación de los parámetros objetivos o materiales en la situación de elección.

En otras palabras, en toda explicación ideacional las variaciones deben ser explicadas en referencia al contenido cognitivo del actor. Sostiene Jacobs (2015) que la exterioridad de las ideas con respecto a las condiciones materiales permite acreditar tres factores: 1) los

actores realmente sostienen las creencias que profesan; 2) estas creencias no son una función que varía con las circunstancias materiales; 3) los factores materiales no son la explicación de la variación de las políticas. En este último aspecto, la mayor variación de condiciones materiales en el período amplía la suficiencia del *test*.

Tabla N° 22: Test para el análisis ideacional de las reformas del sector público de salud

Test ideacional	Evidencia	Tipo de Test
El origen de las ideas	Evidencia de que la idea es externa y un antecedente de la decisión que se explica.	Hoop
La transmisión de las ideas	<p>Evidencia de que la idea estaba disponible para el actor antes de tomar la decisión a ser explicada. Dos tipos de evidencia pueden identificarlo</p> <p>1) una estructura organizacional o una interacción social mediante la cual la información se transmitió a los actores autorizados</p> <p>2) el movimiento de "portadores" de las ideas relevantes hacia el lugar de la autoridad política.</p>	Hoop

Fuente: elaboración propia en base a Jacobs 2015.

Como ya hemos visto en capítulos anteriores, Jacobs (2015) propone tres *test* centrados sobre las vías observables a través de las que las ideas viajan en un sistema político: 1) el origen de las ideas; 2) la transmisión de las ideas; 3) el movimiento de «transmisores» ideacionales a través de configuraciones institucionales. El primer test se refiere a la necesidad de encontrar una fuente para la idea que sea antecedente y exterior a la decisión que se explica. En este sentido, es necesario extender la escala temporal del análisis previo o ir más allá de la decisión inicial de interés central del investigador (Bennet y Checkel, 2015: 26). El segundo test postula que el analista deberá demostrar que la idea estuvo disponible para los tomadores de decisiones antes que se explique la decisión. En la Tabla N° 22 identificamos las características de cada uno y el tipo de test de que se trata. En este caso, estamos ante lo que la literatura denomina un *Hoop*, esto es, una evidencia cuya

ausencia altera la explicación ideacional a tal punto que la hace muy débil. Siguiendo a Van Evera (1997), el *Hoop* es un test que proporciona alta certeza, pero baja unicidad (Van Evera, 1997).

Finalmente, corresponde distinguir entre las causas históricas que dieron lugar dan lugar a la reforma y los mecanismos que dinamizan su persistencia. Desde esta perspectiva, la causa histórica estaría dada por el marco de ideas y creencias relativos a los problemas públicos y las soluciones políticas y la explicación sobre su evolución sería un *layering* (cambio parcial y por superposición).

A continuación, mediante PT buscaremos determinar una explicación basada en ideas y creencias que, movilizadas por transmisores y organizaciones, dieron contenido a las reformas del sector de salud pública de la provincia en la primera mitad de los años noventa.

### *3.1. El camino de las ideas descentralizadoras*

Desde nuestro punto de vista, la política de descentralización hospitalaria provincial se explica a partir de un conjunto de ideas (problemas públicos y soluciones políticas) que movilizaron ciertos transmisores hacia la reforma. Este cambio de la política no se logra explicar sólo a partir de las transformaciones materiales ocurridas hacia fines de los años ochenta y/o por la influencia de intereses particulares de los actores, sino a partir de ideas de políticas anteriores a la crisis que permitieron reducir la incertidumbre durante dicha coyuntura crítica.

Siguiendo a Blyth (2002), podemos afirmar que fueron las ideas y no las instituciones las que permitieron la reducir la incertidumbre en un contexto de crisis. En este caso, la descentralización de los años sesenta que organizaba gran parte del sector público provincial operó como un «legado ideacional», es decir, marco de referencia para los actores a través del tiempo.

Para una mayor claridad en el análisis de la trayectoria de las ideas y de la disputa en la aprobación de la reforma retomamos la operacionalización propuesta por Mehta (2011) entre filosofía pública, problemas públicos y soluciones de política, a la que ya nos hemos referido largamente en este trabajo.

Las ideas que dieron contenido a la descentralización hospitalaria derivaron de lo que Arce (2010) denomina el modelo de la tercera generación de hospitales. Este es un modelo ideal de organizaciones orientadas a brindar una atención médica continuada, integrada e integral a la comunidad de su área programática mediante una administración descentralizada y una financiación multicéntrica. Este persigue una atención integrada dado que cada organización constituye una estación intermediaria dentro de una red de derivación regionalizada en la que es un punto de referencia para todos los efectores menos complejos de su área de influencia (consultorios, dispensarios, centros de salud, etc) y, a su vez, tiene como referencia hospitales de mayor complejidad o especialización que la suya. En otras palabras, el modelo se orienta a una atención integral en la medida que existe una red coordinada de derivaciones de complejidad o riesgo vital crecientes y cualquiera de las puertas de entrada habilita el acceso a todo el sistema de servicios que el sistema contiene. De acuerdo a este modelo, los hospitales deben orientar la atención de la población de su área programática, que es la zona geográfica que se encuentra bajo su influencia.

El régimen SAMCO vigente en la provincia desde los años sesenta es un antecedente de este modelo de organización que incluye participación de la comunidad, personería jurídica, autonomía administrativa y competencias en las compras y en la determinación del personal. Las ideas que dieron forma a esta descentralización previa del sector público constituyen el origen de las ideas que se movilizaron durante la reforma de principios de los noventa<sup>188</sup>. Como muestra la Tabla N° 11 el régimen SAMCO se extendió durante las décadas subsiguientes a su aprobación, aunque a un ritmo menor que durante sus primeros años<sup>189</sup>.

Esta solución política se encontraba disponible para los actores estatales que postularon la reforma a comienzos de los años noventa dado que el régimen SAMCO y se extendía a buena parte de la estructura sanitaria provincial. El modelo mantenía fuertes adhesiones entre los decisores que llevaron adelante la reforma y las debilidades que presentaba se atribuían a razones políticas y no técnicas. Muestra de ello lo constituye la afirmación de uno de los expertos de la tecnoburocracia que fue protagonista destacado de la reforma:

---

<sup>188</sup> Para mayores precisiones sobre el modelo SAMCO remitimos al capítulo 3 de este trabajo.

<sup>189</sup> 39 hospitales y centros de salud pasaron a organizarse bajo el régimen SAMCO durante los años setenta, principalmente durante la primera mitad de la década. Por su parte, en los 80' las organizaciones que hicieron lo propio alcanzaron el número de 30.

«los SAMCO fue una excelente idea de Sandoz, también un iluso como yo de creer en la atención comunitaria (...) idea excelentísima ¿qué pasó? (...) no hay forma de conseguir que el médico predomine sobre la política de los consejos. Y como el médico depende mucho de la política de los consejos y de la política del presidente de la comuna porque no tiene los recursos que le manda la provincia, el presupuesto siempre es acotado (...) ¿para qué ibas a modificarlo si nunca los hiciste funcionar como la ley lo decía?» (Entrevista personal a J.C. David, mayo de 2018).

Entre los actores estatales, los representantes políticos compartían una valoración similar sobre la anterior descentralización, a la que caracterizan como un instrumento útil para atacar un problema central del sector sanitario: la concentración del poder médico. Desde esta perspectiva, el modelo SAMCO había operado como un límite al monopolio médico de las decisiones sanitarias y, por lo tanto, como un instrumento de democratización del sistema.

«[los SAMCO] tenían dos aspectos que eran muy importantes. Uno tenía que ver con sacarle el poder absoluto y discrecional al médico director. No porque fuera malo sino porque era patrón y sota. Segundo porque darle a la comunidad podía ayudar a que se democratizara un poco y se escucharan otras voces» (Entrevista personal a V.F. Reviglio, noviembre de 2018).

Antes hemos afirmado que los sistemas de creencias están sujetos al cambio incremental junto con las alternativas de políticas que los reflejan. Y que el aprendizaje es un proceso de continua investigación y adaptación motivado por el deseo de realizar las creencias del núcleo de políticas (Sabatier, 1988). En la solución política que se promovió en la reforma, los expertos de la tecnoburocracia adaptaron ciertos aspectos secundarios de sus ideas mediante el aprendizaje por analogía de otras experiencias. En este sentido, el modelo de organización del hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata intervino como una de las experiencias que sirvió de referencia en la construcción de la solución política para los decisores<sup>190</sup>:

«[el modelo de descentralización] lo tomamos de Mar del Plata, en un 70 %, del Policlínico de Mar del Plata. Fue y creo que funciona todavía muy bien. Fue una

---

<sup>190</sup> En el ámbito público, el otro hospital que se encuadraba al prototipo era el Hospital Garrahan. En el caso del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata, sus características administrativas provienen del proyecto de “Hospitales de Reforma” de comienzos de los años sesenta de la provincia de Buenos Aires.

copia de la normativa de ese modelo de descentralización hospitalaria»  
(Entrevista personal a J.C. David, mayo de 2018).

La explicación ideacional se fortalece en la medida que el origen de las ideas que dieron contenido a la reforma de los años noventa alcanza un período prolongado. Esta mayor extensión del tiempo debilita una explicación que identifique en las ideas tan sólo una expresión de un cambio en las circunstancias materiales. En este sentido, gana suficiencia el primer test *Hoop* referido al origen de las ideas en cuanto condición necesaria de una explicación ideacional.

Por otro lado, siguiendo con los *test* que propone Jacobs (2015), se torna necesario identificar la estructura organizacional a través de la cual la solución política descentralizadora se transmitió hasta alcanzar la reforma. Dicha interacción social que movilizó las ideas de política se registra en el interior de la administración sanitaria provincial, esto es, en la estructura sanitaria que estaba organizada en buena parte bajo el régimen SAMCO. Por otro lado, quienes movilizaron las ideas en dicha estructura fueron los miembros de la tecnoburocracia ministerial integrada por un grupo de expertos formados en la Escuela de Salud de la Universidad Nacional del Litoral (UNL) que, tal como hemos visto, accedieron al lugar de la toma de decisiones a partir de la crisis económica de 1989.

El debate legislativo de la reforma permite recolectar evidencia sobre la influencia de las ideas de la descentralización previa en la reforma. Esto se expresó un consenso amplio sobre el régimen de organización de los viejos hospitales comunitarios que atravesó las fronteras partidarias. Tanto desde las filas del oficialismo justicialista como desde la oposición, se refirieron al régimen con una valoración positiva.

«salvamos de esta ley el tema de los SAMCO porque entendemos que han prestado un gran servicio a la comunidad y por eso respetamos sus condiciones y estructuras» (Intervención del Diputado del PJ Quijano, Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia, 29 de noviembre de 1990).

Desde bloque opositor coincide en los términos:

«la existencia de los SAMCO invalida un poco el argumento de quienes tienen miedo a esta descentralización porque su existencia es una especie de descentralización en hospitales más chicos. Los SAMCO han funcionado bien y colaboran en gran medida al sostenimiento de cientos de hospitales en nuestra

provincia» (Intervención del Diputado Agú, Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia, 29 de noviembre de 1990).

La descentralización como solución política presentó una adhesión unánime entre los legisladores de todas las fuerzas políticas. Tanto el bloque oficialista (PJ) como los diferentes bloques opositores manifestaron su coincidencia con la descentralización como un instrumento capaz de mejorar la atención de un sistema sanitario en crisis. Incluso los que se opusieron al proyecto lo hicieron bajo la salvedad de declarar su coincidencia con la descentralización como solución. Este fue el caso del diputado del bloque radical Bilicich que caracterizó al proyecto oficial como una mera delegación y no como una «verdadera descentralización»:

«acá no se descentraliza, el problema se destina a la comunidad y vuelve y atenta, en definitiva, en perjuicio de la provincia (...) para nosotros debe haber descentralización hospitalaria en serio, pero no delegando así porque sí, porque acá no existe una verdadera política de salud para que cada uno fije su área de competencia (...) [mi voto] ha sido negativo no porque esté en contra de la descentralización, sino porque estoy en contra de la descentralización sin defender la política de salud en Santa Fe» (Intervención del Diputado Bilicich, Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia, 29 de noviembre de 1990).

Al mismo tiempo, la participación comunitaria también fue un valor sobre el que recae una adhesión transversal en un contexto donde asciende la demanda ciudadana de transparencia de la cosa pública. No obstante, el objetivo que se le atribuye a la «participación comunitaria» corresponde a la definición del problema público que hacen los actores y, por lo tanto, no es unívoco. Mientras el bloque oficialista identifica la participación comunitaria como una instancia de control sobre los médicos y, por consiguiente, capaz de mejorar la eficacia de las prestaciones médicas y la ocupación efectiva de todos los profesionales, la oposición asocia la participación a un freno posible a las intenciones de los funcionarios del área a quienes se les atribuye el objetivo de delegar a la comunidad «lo que el Estado no resuelve».

Durante el debate legislativo, la lucha política no se centró en la solución política sino más bien en la definición del problema público. Desde la mirada de los decisores estatales y el bloque oficialista la descentralización comunitaria permite resolver el problema de la concentración del poder burocrático en la cúspide ministerial:

«la descentralización significa desmembrar la administración central en lo que hace al manejo de los centros asistenciales de internación dándole una amplia participación a la comunidad, que es de los pilares fundamentales para que las cosas empiecen a funcionar bien, se proyecte sobre la base de la experiencia de lo que ha pasado en este ministerio con la centralización ejercida a través de las compras» (Intervención del Diputado Quijano, Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia, 29 de noviembre de 1990).

Por el contrario, desde el lado opositor se sostuvo que el proyecto no buscaba hacer frente a la concentración del poder burocrático sino la crisis económica que afectaba al Estado. La descentralización se muestra, por lo tanto, como un instrumento pergeñado por el gobierno provincial para desentenderse del sostenimiento de la salud en un contexto de ajuste estructural impulsado desde el orden nacional. Lo que se pretende es una «descentralización con falta de recursos, con privatización, lo que significa el traslado a un sector de la comunidad para que resuelva lo que el Estado no resuelve». Desde esta definición del problema que pone el acento en la búsqueda de financiamiento alternativo no resultó difícil ver en el objetivo de la reforma una privatización encubierta:

«transformarán a estos hospitales, y digo transformaran porque tienen la facultad de contratar con las obras sociales, en verdaderos sanatorios y serán excluidos [las personas sin cobertura], por la necesidad de requerir un mayor financiamiento, por más que la ley diga lo que diga» (Intervención del Diputado Bilicich, Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia, 29 de noviembre de 1990).

Esta definición del problema público no impidió que una gran parte de la oposición votara a favor del proyecto, fundamentando su posición en la incorporación de la participación comunitaria que fue percibida como un medio de resistencia democrática ante el avance del ajuste neoliberal en el sector salud. Esto es una huella que expresa que a comienzos de la década del noventa aún se encontraba abierta la disputa en torno a la filosofía pública que iba a organizar la relación entre Estado y sociedad en los años próximos. Por ejemplo, estas fueron las expresiones del diputado del latorrismo Oscar Blanco:

«de acuerdo a la política económica imperante en la Nación y en la Provincia, las provincias que hacen bien las cuentas y les cierran las cuentas son buenas, y las que no les cierran las cuentas son malas provincias y para la gente la Salud, la Educación, se cierran. Evidentemente estamos convencidos de la necesidad de

que el Estado tenga la facultad indelegable y la responsabilidad de la Salud Pública, fundamentalmente en esta provincia de Santa Fe» (Intervención del Diputado Blanco, Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Provincia, 29 de noviembre de 1990).

Por último, es necesario diferenciar entre las causas ideacionales históricas que dieron contenido a la reforma de aquellas causas que permitieron dinamizar su persistencia. En este sentido, la causa histórica está dada por la solución política descentralizadora que reconoce su origen en la descentralización anterior SAMCO y, en cambio, la explicación sobre su evolución aparece como un cambio incremental y por superposición (*layering*) producto de las reglas provenientes de un nivel jurisdiccional superior como el Estado nacional.

Como hemos mencionado, la reforma provincial se complementó con el régimen nacional de hospitales de autogestión instaurado por el decreto 578 de 1993 que determinó la obligatoriedad del pago de los servicios recibidos por afiliados a obras sociales, mutuales o prepagas, la administración de los hospitales de estos fondos y la implementación del sistema de débito automático para su recupero. Por lo tanto, la reforma nacional incorporó una estructura de incentivos orientada a incrementar los niveles de productividad y eficiencia que, más tarde, se reforzó con el decreto provincial 0050/1994 y su sistema de distribución de los ingresos propios y con el decreto 0901/1996 que determinó la distribución del 30% de los fondos entre el personal del establecimiento. Estas nuevas reglas reorientaron la reforma hacia una versión que, en palabras de Belmartino (1999), puede ser caracterizada como de tipo microeconómica. En efecto, se tradujo en un sistema de incentivos para que los establecimientos priorizaran la atención de pacientes con cobertura social o privada en detrimento de los pacientes sin cobertura en un contexto de restricción económica. Esto socavó la pretensión de integración del sistema en una red de efectores públicos que, en algunos casos, alcanzó el absurdo de derivaciones de pacientes condicionadas a la facturación de las prestaciones entre hospitales públicos.

De este modo, hemos rastreado como el marco de ideas cuyo origen se remonta a la descentralización provincial SAMCO modeló el contenido de la reforma en los noventa mediante la transmisión de estas ideas por la tecnoburocracia sanitaria provincial. Por otro lado, hemos señalado que la lucha política se concentró en la definición del problema público más que en la solución política adoptada. En las próximas páginas, aplicaremos

el rastreo del proceso ideacional a la otra reforma que tuvo lugar en los primeros años noventa: los programas provinciales de salud.

### 3.2. *Ideas importadas para los programas locales*

En este subapartado buscamos sostener una explicación ideacional de las iniciativas de reforma que fueron los programas provinciales de salud a comienzos de los años noventa. En primer término, nos concentraremos sobre el origen de las ideas que dieron forma a los programas, sus mecanismos de transmisión y quienes fueron los protagonistas que las movilizaron hacia la agenda de reforma. En segundo término, ingresaremos al fenómeno de la difusión y transferencia de ideas de política entre los organismos internacionales y los gobiernos provinciales. El mecanismo de transmisión que presentaron los programas provinciales nos permite analizar modos diferentes de transferencia de ideas de política hacia las agendas subnacionales en los años noventa, cuestión que ha sido escasamente trabajada por la literatura. Desde nuestro punto de vista, la transferencia de estas ideas de política por parte de los expertos a la agenda del gobierno provincial combinó lógicas miméticas que buscaron replicar experiencias percibidas como exitosas con lógicas de profesionalización por las que se intentó definir las condiciones y los límites del dominio de un saber técnico.

En primer lugar, retomamos los test propuestos por Jacobs (2015) para demostrar que estamos ante una reforma que fue el resultado de la influencia de un conjunto de ideas de política. El rastreo de datos y/o evidencia nos permite verificar empíricamente la existencia de mecanismos que operaron como vías observables del trayecto de las ideas hacia el sistema político: el origen de las ideas, su transmisión y el desplazamiento de quienes fueron sus "transmisores" a través de las ciertas instituciones. Como en el caso anterior, esto nos permite debilitar la hipótesis de tipo materialista que pretende explicar los programas de salud como una manifestación de la variación de las circunstancias materiales, esto es, una expresión directa del interés de algunos actores estatales por racionalizar el gasto social en un contexto de restricción económica.

En primer lugar, una explicación ideacional nos obliga a concentrarnos en el origen de las ideas que dieron lugar a la reforma. Sostiene Jacobs (2015) que deberíamos localizar evidencia de que la idea tiene una procedencia externa y anterior a la decisión que se pretende explicar. De modo que estamos ante un tipo de test *Hoop* a partir del cual, la

explicación ideacional debe ser considerada muy débil en caso de no ser posible demostrar un antecedente intelectual previo a la decisión (p. 65).

Beach y Pedersen (2013) sostienen que en todo eslabón de una explicación causal es necesario identificar tanto la entidad como la actividad para capturar la fuerza causal entre mecanismos. Las entidades son factores que participan en las actividades mientras que éstas últimas son las productoras del cambio en la medida que transmiten la fuerza causal a través de un mecanismo.

El origen de las ideas de política que dieron forma a los programas provinciales de salud deriva de organismos internacionales como la OMS y la OPS. A través de estas entidades la solución política de la programación fue transferida hacia la agenda provincial de salud. Anteriormente ya hemos mencionado que en 1990 expertos de la OMS dictaron cursos en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) orientados a la difusión de un “plan operativo” para el control de las enfermedades respiratorias. Estos cursos de difusión de un conjunto de soluciones políticas representaron la actividad que trasladó la fuerza causal hacia el siguiente eslabón de la cadena. No obstante, el corto período de tiempo que separa el origen de las ideas de la reforma provincial de salud nos impide proporcionarle mayor suficiencia al test dado que no podemos registrar la existencia de la idea durante períodos prolongados de tiempo y cambios materiales.

En segundo término, nos avocamos el test referido a la ruta de transmisión ideacional. En este caso, es posible identificar los dos tipos de evidencia que propone Jacobs (2015) para capturar la fuerza causal hacia la decisión: la estructura organizacional y los portadores de las ideas. En primer lugar, el INER fue aquella estructura organizacional que posibilitó la circulación de ideas provenientes de los organismos internacionales. En este sentido, conviene recordar que se trataba de un centro colaborador de la OMS/OPS y una referencia continental en epidemiología y control de la tuberculosis, circunstancia que permitió la circulación de saberes y referentes de programas promocionados a escala continental y global. En segundo lugar, fue en el seno de este instituto que se constituyó lo que hemos denominado como una comunidad epistémica de expertos que integraban una red de transferencia de ideas de política. Entre los «*mobile carriers*» de dichas ideas, esto es, entre quienes pueden ser percibidos como portadores identificables de las ideas que accedieron a lugares centrales en la toma de decisiones, se destaca la figura de Juan Carlos Bossio. Un experto que en primer término asumió como Director de Promoción y Protección de la Salud y, más tarde, como Subsecretario de Salud de la provincia durante

varios años. A comienzos de los años noventa, estos expertos constituyeron una coalición con la nueva elite política sobre la base de valores tecnocráticos compartidos, lo que finalmente dinamizó la transferencia de las soluciones políticas a la agenda provincial.

Una explicación ideacional supone una coincidencia o ajuste entre la estructura cognitiva del actor y un resultado de política. Es decir, el interrogante principal se concentra sobre si al analizar la decisión de los actores esta efectivamente fue construida de acuerdo a un determinado compromiso normativo o creencia. En el caso de los programas de salud, este ajuste entre ideas y decisión reformista es notorio. El plan operativo difundido por los organismos internacionales fue implementado en primer lugar a la extensión de un área programática, luego a toda una zona de salud y más en toda la estructura sanitaria dependiente de la administración provincial en el territorio provincial.

«después que termino el curso que eran todos unos módulos donde explicaba cómo se armaba el programa, yo decidí aplicarlo. Me dije vamos a ver si esto es cierto que funciona. Entonces hablé con el Servicio de Pediatría del Hospital Iturraspe (...) le propusimos al jefe de servicio hacer un plan operativo, que era lo que habíamos aprendido en ese curso, para el hospital y el área programática» (Entrevista personal a J. C. Bossio, septiembre de 2018).

Llegados a este punto del análisis, es posible extenderlo hacia los modos de transferencia de ideas entre los organismos internacionales y los gobiernos provinciales. Sostienen Cingolani y Lardone (2006) que la mayor parte de la literatura se ha concentrado en los mecanismos de transferencia desde organizaciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial en países de la OCDE u otros desarrollados. Se trató básicamente de una difusión de ideas de tipo coercitiva instrumentada a través de trasferencias condicionadas de préstamos. Sin embargo, en muy pocos casos la literatura se ha concentrado en procesos no coercitivos producidos en países en vías de desarrollo.

Nuestro objeto de estudio nos permite analizar el modo de difusión de ideas que tuvo lugar desde otros organismos internacionales como la OMS/OPS con la agenda provincial de un país en vías de desarrollo y distinguirlo de aquellos que formaron las agendas producto de las presiones internacionales.

Sostiene Rose (1993) que entre los modos de transferencia podemos distinguir entre la difusión de ideas de tipo «voluntaria» de aquellas transferencias que abarcan procesos coercitivos. En el primer supuesto podemos encuadrar la difusión de ideas a través del

mecanismo de aprendizaje, donde los actores investigan y adaptan sus ideas fundamentales. En el segundo supuesto, entran aquellas transferencias que son resultado de diferentes tipos de presiones relacionadas a los procesos de isomorfismo (Di Maggio y Powell, 1991) y que la literatura ha clasificado en tres tipos: coercitivas, miméticas y normativas.

En el modo de difusión voluntaria por aprendizaje encuadra la circulación de las ideas que dieron forma a la descentralización de los hospitales. En cambio, la transferencia de las ideas que dieron forma a los programas de salud combinó elementos de las presiones miméticas y presiones normativas. Por tanto, para analizar este proceso es necesario que de modo preliminar conceptualicemos cada una de estas e identifiquemos sus diferencias.

Las presiones coercitivas se dan en una vinculación por definición asimétrica y en relaciones de dependencia: se trata de una imposición directa o indirecta de estructuras o lógicas específicas. En cambio, las presiones miméticas tienen lugar en un contexto de incertidumbre y ambigüedad donde quienes toman la decisión eligen lógicas o estructuras organizacionales imitando otras que tuvieron éxito en resolver los mismos problemas en otras áreas de problemas o países. Por último, las presiones normativas se sostienen sobre mecanismos de profesionalización, en particular sobre los procesos de formación de responsables de la toma de decisión y formación de redes profesionales para la difusión de ideas, prácticas y soluciones. El núcleo duro de este tipo de presión es la lucha de un grupo de miembros en un sector dado para definir las condiciones y los métodos de su oficio o su dominio de saber técnico (Cingolani y Lardone, 2006: 31).

Como anticipamos, el modo de transferencia de ideas en los programas de salud combinó elementos de las presiones miméticas y normativas. Presentó elementos de mimetismo porque la comunidad de expertos que implementó las ideas difundidas desde la OMS lo hizo en un contexto de alta incertidumbre (crisis económica y sanitaria) y en base al reconocimiento del éxito precedente en la solución de problemas similares por parte de este modelo de intervención.

«Hicimos todos los planes con la misma matriz: con objetivos de impacto, objetivos programáticos, objetivos de actividades y con metas. Es lo que aprendimos en ese curso que es que cada objetivo debe tener una cuantificación medible en un período. Eso es el manual que aprendí en el año noventa. Seguimos ese manual que tiene un modelo de programación que es el mismo que usan los

americanos para el tema de agente saludable» (Entrevista personal a J. C. Bossio, septiembre de 2018)

Por otro lado, la transferencia de estas ideas se combinó con elementos propios de las presiones normativas, asociadas a la disputa al interior de un campo y definir los límites del dominio experto. Es un proceso de conformación de ese dominio de *expertise* que fundamenta la propia práctica en un saber objetivamente fundado y, al mismo tiempo, relega a los profanos de dicho saber. En la siguiente expresión podemos ver como el “trabajo técnico” queda reducido a la nueva modalidad de intervención que propusieron los programas.

«el trabajo que no estaba hecho es un trabajo técnico. Es lo que todo el mundo que no quiere identificarse con la política se defiende diciendo que es técnico. El trabajo técnico no está hecho. No le podés elegir al político que sea técnico porque es político» (Entrevista personal a J. C. Bossio, septiembre de 2018).

De cierto modo, la presión por la profesionalización va acompañada de la diferenciación radical entre la práctica técnica y la política. Esto no es una novedad sino una creencia de larga data arraigada en el imaginario de gran parte de los actores del sanitarismo nacional que reducen la práctica política a una acción orientada sólo a la maximización de sus utilidades. Esta diferenciación de esferas de intervención permite la superación de algo percibido como generalizado en las administraciones burocráticas: la interpenetración entre política y administración.

“Yo no voy a abordar ningún problema que tenga una resolución política porque yo no sé ni me voy a poner a estudiar eso. Lo que voy a hacer son las cosas que creo que hay que hacer de acuerdo a la bibliografía y a la consulta de las personas que sepan. Si la decisión se tiene que tomar por otras razones yo no voy a participar” (Entrevista personal a J. C. Bossio, septiembre de 2018).

De este modo, el problema público con el que se caracterizaba la situación sanitaria de la provincia se asoció a una falencia técnica en la gestión sanitaria. Es decir, el problema no se asoció a la gobernanza de un sector complejo sino a la ausencia sistemática de parámetros científicamente fundados en la administración cotidiana de la cuestión sanitaria. Y fueron estos valores tecnocráticos los que dieron forma al núcleo de creencias compartidas en la coalición promotora que integraron con los representantes políticos y a su identificación con la correcta gestión de la cosa pública.

Esta construcción del problema público se inscribió en un marco general de reformulación de la relación del Estado y la sociedad civil. Eso que siguiendo a Mehta (2011) hemos denominado filosofía pública tuvo una de sus expresiones más cabales en la penetración de la «Nueva Gerencia Pública» (New Public Management o NPM) en América Latina, una concepción que propuso un Estado mínimo manejado por tecnologías organizativas del sector privado<sup>191</sup>. Para la NPM el problema público consistía en la rigidez de un aparato estatal centrado en el cumplimiento de normas y procedimientos y no en la obtención medible de resultados y, por lo tanto, propuso el paso de una administración y cultura burocrática (percibida como politizada o clientelar) a una gerencial que buscara superar los problemas del exceso de formalismo, la sobrerregulación y la falta de incentivos a la productividad. Así pues, promovió el incremento de la eficiencia y la eficacia de la estructura estatal a través de la importación de instrumentos del ámbito privado como la «parametrización» mediante la cual la gestión puede discriminar acciones, cada una con sus objetivos, productos y resultados (Cao et al, 2015: 85).

Del mismo modo que en el caso de la descentralización, las causas históricas deben distinguirse de aquellas que permitieron la persistencia de la política.

Mientras la causa histórica de la reforma está en las ideas difundidas desde organismos como OMS/OPS, su persistencia se asienta sobre un proceso diferente. Nos referimos al que permitió la sustitución de prácticas e intervenciones sanitarias organizadas en base reglas informales y, por lo tanto, expuestas a un alto nivel de ambigüedad, por otras fundadas en parámetros medibles que implicaron un mayor nivel de profesionalización del sector. Si bien los programas alcanzaron a todos los efectores de la administración provincial, fue en un primer y segundo nivel de atención donde la ruptura con las prácticas informales anteriores se tornó más significativa. Este proceso de institucionalización incremental se fue consolidando mediante normas de menor rango legal hasta alcanzar el decreto 2280 de 1995 y la formalización de los «Programas Provinciales de Salud Materna e Infantil». Es posible conjeturar que al haberse institucionalizado a través de un

---

<sup>191</sup> Diversas corrientes y modelos de gestión se agruparon bajo la perspectiva de la «Nueva Gerencia Pública». Es por ello que encontramos identificadas en la NPM concepciones disímiles como el «Estado modesto» de Crozier (1989), el «paradigma pos-burocrático» de Barzelay (1992), el «gerencialismo» de Pollitt (1993) y el «espíritu empresarial en el sector público» de Osborne y Gaebler (1994). Sostiene Cao (2015) que en América Latina el mayor impacto lo tuvo la concepción «neoesempresarial» que puso énfasis en la clientelización de los ciudadanos y en la eficiencia como el valor rector de los aparatos públicos (Cao et al, 2015: 83).

proceso incremental y no estar sometida al debate legislativo, la reforma evitó enfrentarse a poderes de veto emplazados en el ámbito político.

En definitiva, los programas provinciales de salud fueron la expresión de ideas de política provenientes de organismos internacionales como la OMS a través de una comunidad epistémica de expertos agrupada en el INER que integró una coalición promotora con la nueva elite política provincial a partir de fines de 1991. A diferencia de las transferencias de ideas de política de tipo coercitivo que definieron al FMI o el Banco Mundial, estas penetraron en la agenda provincial bajo un modo caracterizado por una lógica mimética y normativo. Esto último determinó la construcción del problema público como un problema de tipo técnico de la administración sanitaria y cimentó el núcleo de creencias de la coalición que promovió la reforma en un marco de reformulación de la relación entre el Estado y la sociedad.

### *3.3 Los territorios y los beneficiarios en las ideas reformistas*

En este último subapartado pretendemos señalar las diferencias en las ideas que dieron forma a estas reformas en dos aspectos relevantes. Por un lado, las ideas de territorio que movilizaron cada una de estas soluciones políticas y, por el otro, el cambio sustancial que operó en el desplazamiento del grupo poblacional como beneficiario de la política y su sustitución por la figura del individuo.

Como sostiene Tobar et al (2006) en la década del noventa el concepto de foco y el enfoque de riesgo caracterizaron el problema. El surgimiento de la microepidemiología a finales de los años ochenta y el énfasis en la atención primaria de la salud relegaron la práctica de la salud pública de alcance poblacional hacia prácticas orientadas a la protección del individuo. Veremos como el emplazamiento de estas reformas se ubica en el espacio de transición entre ambas concepciones.

Siguiendo a Chiara (2019), podemos afirmar que es necesario superar la concepción clásica que identificó el territorio como una variable dependiente de las políticas, es decir, como un espacio en el que las políticas expresan sus problemas y desarrollan sus consecuencias. Esto implica dejar de lado una concepción espacialista y sustituirla por una concepción histórica del territorio. De acuerdo a esta última, el territorio deja de ser un lienzo virgen sobre el que las políticas intervienen y compuesto sólo por extensiones y límites. Por el contrario, surge como un espacio social e históricamente producido en el

que distintos flujos de relaciones articulan y tensionan recursos o servicios en un espacio particular donde las distancias físicas se ven relativizadas (p. 25). Por su parte, Amin (2008) sostiene que el territorio es una heterogeneidad yuxtapuesta dentro de una estrecha proximidad espacial como lugares de múltiples geografías de afiliación, vínculo y flujo. Asimismo, la territorialidad pasa a ser entendida como el resultado de una relación dinámica entre componentes sociales (económico, cultural, institucional, de los saberes) que expresan relaciones de poder.

En este sentido, es posible echar luz sobre las nociones de territorio implícitas en cada una de las reformas analizadas. Las ideas que dieron contenido a la descentralización movilizaron una concepción espacialista del territorio asociada a la noción de «espacio de proximidad» (Catenazzi y Da Representação, 2009), un espacio que es definido por la población que pertenece al “área programática”. Este «territorio de proximidad» es estratégico para la implementación en la medida que define en simultáneo la demanda de prestaciones y crea las posibilidades y condiciones en cuyo contexto cobran vida los procesos de atención integral (Chiara y Ariovich, 2013).

Por otro lado, la política de descentralización incorporó una concepción de población identificada a la noción de «comunidad» en donde es la misma proximidad espacial la condición que le asigna a esta población una cierta homogeneidad. No obstante, como vimos en el capítulo anterior, esta noción de espacio de proximidad ya se encontraba formalizada al momento de aprobación de la reforma descentralizadora. Dichas áreas estaban delimitadas desde mediados de la década del ochenta como el espacio de intervención de la política de APS.

La descentralización incorporó la pretensión de construir un espacio físico de continuidad entre dos ámbitos hasta entonces aislados entre sí. De un lado, el territorio de lo local compuesto de una «comunidad» capaz de definir sus derechos y necesidades y, por el otro, el espacio de los hospitales de alta complejidad, hasta entonces percibidos como hipertrofiados y extraños a aquella demanda. Como sostienen Chiara y Ariovich (2013) esta noción de territorio entraña el riesgo de aislar a la comunidad del contexto mayor y desatender a la incidencia de otros actores (cuya acción no necesariamente está localizada en el territorio de proximidad) pero que también intervienen en el desenlace de la política sanitaria (p. 115).

En segundo término, nos centramos sobre la concepción de territorio que movilizaron los programas que presenta notorias diferencias con la anterior. En cierta medida, los programas provinciales de salud reimplantaron un “universalismo territorial” bajo su propósito de implementar una intervención sanitaria uniforme en todos los efectores de la administración provincial. Es probable que los factores que hayan operado por detrás de esta ampliación territorial hayan sido una convicción fundada de la concentración de recursos en los hospitales de alta complejidad y motorizada por las profundas asimetrías territoriales de la provincia en sus indicadores sanitarios.

«el plan tenía que contemplar que si la provincia decidía tener un programa para controlar tuberculosis eso significaba que cualquier ciudadano de la provincia que tuviera tuberculosis tenía que entrar en el programa. Había que abarcar toda la extensión de toda la provincia. El plan tenía que contemplar que los ciudadanos eran todos, no un grupito. Eso era una discusión porque en general lo que había eran trabajos desparramados. No había una visión de llamémosle de cobertura universal” (Entrevista personal a J. C. Bossio, septiembre de 2018).

Sin embargo, este mayor alcance espacial de los programas se complementó con la incorporación de instrumentos de focalización en donde la población beneficiaria pasa a ser el individuo en lugar de la población. Es decir, a la ampliación de la escala territorial la acompaña la selectividad personal, elemento que determinó la crítica en cuanto a su potencial fragmentador y su ausencia de integralidad.

En definitiva, mientras la descentralización incluyó una idea territorial de proximidad que delimitó la población objetivo en diversas «comunidades» relativas a la población de las áreas programáticas, los programas ampliaron la escala espacial de la política incluyendo instrumentos de selectividad para una mayor racionalización de las intervenciones.

### **Recapitulación:**

A lo largo de este capítulo nos enfocamos en dos reformas de política sanitaria impulsadas por el gobierno provincial en los primeros años noventa. En primer lugar, nos centramos sobre la descentralización de los hospitales impulsada durante la última etapa del gobierno encabezado por Víctor Reviglio y, en segundo término, en los programas de salud promovidos en el gobierno también justicialista de Carlos Reutemann.

Para explicar el marco que dio lugar a las reformas, reconstruimos la transformación de las condiciones políticas operadas durante el período y, en particular, la coyuntura crítica de la crisis política y social que estalló en 1989 que tuvo su impacto sobre el sector público de salud provincial. En este sentido, dimos cuenta del modo en que la coyuntura crítica abrió el margen de posibilidad para la incorporación de reformas en el sector público provincial.

La descentralización hospitalaria provincial que anticipó la autogestión hospitalaria nacional, consistió básicamente en una transferencia de facultades administrativas desde el nivel central hacia los efectores de alta y mediana complejidad y en la creación de una administración descentralizada pluralista y participativa. Esta fue impulsada por una coalición integrada por representantes políticos, miembros de la tecnoburocracia y organizaciones sindicales y sociales que cementaron su acuerdo en base a un núcleo de creencias de política que asimiló la reforma a un proceso democratizador hacia el interior del sector. Asimismo, recolectamos evidencia que hace posible sostener la hipótesis de una explicación ideacional del cambio de política. Esto es, la descentralización fue el resultado de un conjunto de ideas (problemas públicos y soluciones políticas) cuyo origen se remonta al modelo de la tercera generación de hospitales cristalizado en el régimen SAMCO vigente desde fines de los años sesenta y movilizadas por la tecnoburocracia estatal a través de la administración sanitaria. El aprendizaje mediante la investigación y la adaptación de las ideas originales fue el modo de transmisión de las ideas de política. Por otro lado, hemos identificado que la disputa política durante la aprobación de la reforma se concentró en la definición del problema público más que en la solución política descentralizadora, sobre la que recaía un amplio consenso.

Los programas provinciales de salud es la otra reforma implementada a comienzos de los noventa que analizamos a lo largo del capítulo. Mientras varios de sus componentes los acercaron al modelo tradicional de los programas verticales (centrado en la enfermedad, objetivos precisos, actividades estructuradas, etc), otros elementos fueron propios de las aproximaciones horizontales (apelación a los servicios de salud regulares, etc). Estos fueron promovidos por una coalición de actores estatales compuesta por representantes políticos y una comunidad epistémica de expertos reclutada para la gestión pública. La coalición se cimentó sobre valores modernizadores y tecnocráticos que sostuvieron tanto los expertos como la nueva elite política en el poder provincial. Estos fueron la expresión de ideas de política provenientes de organismos internacionales como la OMS a través de

una comunidad epistémica de expertos agrupada en el INER que integró una coalición promotora con la nueva elite política provincial a partir de fines de 1991. A diferencia de las transferencias de ideas de política de tipo coercitivo que definieron al FMI o el Banco Mundial, estas penetraron en la agenda provincial bajo un modo caracterizado por una lógica mimética y normativa. Esto último determinó la construcción del problema público como un problema de tipo técnico de la administración sanitaria y cimentó el núcleo de creencias de la coalición que promovió la reforma en un marco de reformulación de la relación entre el Estado y la sociedad.

Po último, identificamos como cada reforma movilizó de modo diferente ideas referidas a lo territorial y los beneficiarios de la política. La descentralización incluyó una idea territorial de proximidad que delimitó la población objetivo en diversas «comunidades» relativas a la población de las áreas programáticas mientras que los programas ampliaron la escala espacial de la política incluyendo instrumentos de selectividad para una mayor racionalización de las intervenciones.

Entre los objetivos de este trabajo está el anhelo por comprender la cara del Estado que se encamina a la protección pública a través de grandes instituciones universalistas y organiza sus intervenciones a través de un conjunto dispar de reglas yuxtapuestas. Buscamos comprender los cambios producidos en estas instituciones en un campo específico de la política social como el sanitario y en un nivel de gobierno poco explorado en sus intervenciones sociales como el subnacional. De este modo, nos propusimos explicar las reformas de las instituciones que organizan la prestación de los servicios de salud en la provincia de Santa Fe en un largo período que abarca desde la constitución del sector hasta las reformas modernizadoras de los primeros años noventa.


Los cambios institucionales en el ámbito subnacional constituyen un campo aún poco explorado por la literatura especializada. La vacancia de estudios es aún más notoria si lo que se pretende son explicaciones sobre las causas que influyen en aquellos cambios en el orden subnacional. Por ello enfocamos nuestro interés sobre los cambios en las reglas en el nivel provincial de gobierno y su relación con los actores protagonistas y los arreglos del régimen federal.

Nuestro análisis se enfocó sobre las políticas sanitarias que se orientaron al cambio del sector público de la provincia de Santa Fe. El abordaje se hizo desde una perspectiva histórica que abarcó más de seis décadas de desarrollo del sector público. **En este amplio período se seleccionaron ciertas políticas de reformas significativas en el sector que nos permitieron analizar distintas etapas de su derrotero y comprender de modo profundo el caso.**

El recorte temporal abarca desde el proceso de constitución del sector público provincial en los años treinta hasta las reformas sectoriales de la primera mitad de los años noventa. Las preguntas específicas que guían nuestra investigación se fueron reintroduciendo para de este modo alumbrar el análisis de cada proceso de reforma. A través de ellas buscamos explicar el cambio de las instituciones provinciales de salud y su relación con los actores protagonistas, el marco de creencias e ideas que movilizaron y los límites y oportunidades que condicionaron las instituciones federales. Para una síntesis anclada en el análisis empírico de cada una de estas reformas y su relación con los factores que las explican remitimos a las recapitulaciones incorporadas al final de cada capítulo dado que en estas

conclusiones intentaremos dar respuesta a **interrogantes de mayor nivel de generalidad**. Este trabajo incorporó aportes de diversas corrientes teóricas para la construcción de su **caja de herramientas analítica**. Para caracterizar nuestra variable dependiente, tomamos los aportes provenientes de la corriente neoinstitucionalista orientada al estudio de las **transformaciones institucionales**. Sin embargo, esta corriente ha mostrado sus límites para explicar el cambio. Esto sucede aún en la versión más reciente del modelo gradual y endógeno que, si bien reposiciona a la agencia en el centro del análisis, en definitiva, entiende al cambio como una resultante de la distribución del poder institucional.

Desde nuestra perspectiva, el modelo gradual y endógeno omite una variable importante al ignorar **a las ideas de los actores como variable explicativa de la agencia y, por ende, de las reformas**. Por ello complementamos la clásica perspectiva institucional con los aportes de un campo más reciente que pone el acento en el papel de las ideas y creencias de los actores en la formación de las agendas públicas. **En definitiva, nuestro trabajo buscó aportar conocimiento relativo a los procesos de cambio institucional mediante la incorporación de la variable ideacional**.

 Para dar cuenta del vínculo entre las ideas y los cambios institucionales fue necesario recurrir a otro registro de análisis que nos permitió enfocar sobre los **«emprendedores» de los cambios: la teoría de las coaliciones promotoras**. A través de esta perspectiva, que se complementó con el modelo de las comunidades epistémicas, dimos cuenta del papel que cumplieron las ideas en la formación de los actores colectivos que configuraron la agenda provincial.

Las páginas que siguen se articulan sobre la base de dos ejes. A través del primero explicamos el papel que cumplieron las coaliciones de actores, las ideas disponibles y las instituciones federales en los cambios del sector público de salud provincial. El segundo se orienta al contenido de las ideas reformistas que se movilizaron con las políticas en las distintas etapas y hace eje sobre algunos mojones empíricos que hemos podido rastrear a lo largo de los capítulos.

Por medio del rastreo de procesos (PT) fue posible dar cuenta del papel que tuvieron las ideas sobre las políticas orientadas a las reformas. De las aproximaciones empíricas es posible extraer la siguiente proposición general: **el marco de ideas y creencias disponible fue un factor determinante del contenido de las políticas de reforma de las instituciones sanitarias en la provincia de Santa Fe**. En otras palabras, el contenido de las políticas no

se estructuró como un *output* de «intereses objetivos» de ciertos actores racionales con poder de incidencia en el campo. Los contenidos fueron más bien una expresión de las ideas y creencias de los actores protagonistas mediante las cuales «materializaron» sus supuestos intereses objetivos. Por ende, las políticas no fueron el resultado de intereses y posiciones previas que se cristalizaron en la agenda reformista, sino que al acceder a la agenda las ideas de política en contextos de apertura éstas reconfiguraron el campo de disputa y alteraron las posiciones relativas de los actores.

Los actores claves en la transmisión de ideas hacia las políticas de reforma fueron los expertos. Este vínculo entre ideas de políticas, actores expertos y reforma sectorial provincial lo rastreamos en el proceso de constitución del sector público, en la descentralización comunitaria de fines de los años sesenta, en la política de regionalización de los setenta y ochenta, en la fallida reforma del «Modelo provincial de Atención de Salud» durante la transición democrática y en las reformas de los primeros años noventa. De acuerdo a este rastreo empírico, la presencia de los expertos representa una condición necesaria, aunque no suficiente de las reformas sanitarias acontecidas en el ámbito provincial.

Los expertos jugaron un papel fundamental en la movilización de las ideas y creencias que dieron contenido a las reformas. Así fue que los expertos vinculados a la actividad académica y gremial médica fueron los protagonistas de la «solución» a la crisis emergente en el sector sanitario a partir de los años treinta. Movilizaron la idea de «centralización» de la provisión sanitaria que modeló la agenda de la reforma que gradualmente dio forma al sector público. Recordemos que fue un proceso que anticipó la ampliación y centralización de la infraestructura nacional producida en los años cuarenta. De forma entrelazada a la conformación de un aparato sanitario provincial se fue constituyendo un nuevo tipo de experto emplazado en los dominios de la administración y formado en centros de estudio locales y nacionales: la tecnoburocracia. Estos expertos insertos en la administración fueron los protagonistas de la transmisión de las ideas de descentralización comunitaria SAMCO de fines de los sesenta debido a su participación de la comunidad de tecnócratas sanitarios insertos en el nivel nacional que impulsó la reforma de SAMIC. Entre la restauración democrática y la crisis social de fines de los años ochenta intervino otro actor en la agenda subnacional al que denominamos como «técnicos militantes». Sin embargo, producto de la profunda crisis presupuestaria que limitaba el margen de acción del gobierno provincial y de las restricciones que

impuso las relaciones de poder en el interior del sector y el partido justicialista, tuvieron baja capacidad de imponer una agenda exitosa. Por último, la coyuntura crítica abierta con la crisis de fines de los años ochenta favoreció el regreso de **tecnócratas y expertos al gobierno de la salud provincial que movilizaron las ideas de reformas en los primeros años noventa. La tecnocracia se concentró nuevamente sobre la «cuestión hospitalaria» y procuró una adaptación de soluciones vigentes mientras que los expertos importaron y adaptaron un conjunto de soluciones procedentes del nivel internacional de circulación de políticas que tendrán una larga vigencia en la organización sectorial.**

**Las ideas de políticas frecuentemente se difundieron y circularon mediante la influencia de los expertos en forma autónoma a las orientaciones ideológicas de los gobiernos e incluso en diferentes regímenes políticos.** Sin embargo, aunque los expertos se muestran como los actores claves en los procesos de transmisión de las ideas, su influencia no basta para que el impulso reformista tenga éxito.

**La incorporación al análisis de la reforma fallida del «Modelo provincial de Atención de Salud» nos permite introducir una variación en la variable dependiente y de este modo evitar el «sesgo de selección».** La incorporación al análisis de una política donde está presente la variable «influencia de los expertos» pero el resultado reformista no se corrobora nos permite concluir que **la presencia de los expertos es una condición necesaria pero no suficiente para el resultado estudiado.**

**El éxito de las reformas dependió de la confluencia entre expertos y representantes políticos en coaliciones promotoras de agendas reformistas, salvo en un caso - la regionalización - donde hay reforma pero no fue posible establecer la presencia de una coalición.** Estas fueron alianzas cementadas sobre valores y creencias de mediano nivel de generalidad compartidas entre los actores que dinamizaron la política de cambio. Pero **no siempre las coaliciones promotoras que produjeron reformas sectoriales en Santa Fe fueron de origen provincial. Específicamente, siempre que identifiquemos una coalición promotora provincial vamos a dar con una reforma sectorial provincial pero no siempre detrás de una reforma sectorial en Santa Fe hay una coalición promotora provincial.**

Llegados a este punto, es necesario analizar la influencia de la otra variable independiente que intervino condicionando los cambios provinciales: las reglas del régimen federal. La literatura ha señalado **la influencia de las instituciones federales del Estado sobre las ideas**

de política en las reformas subnacionales, pero aún es escaso el desarrollo con respecto al modo en que opera dicha influencia.

Sostenemos que las instituciones federales favorecen la presencia de una multiplicidad de comunidades de políticas capaces de operar en los distintos niveles estatales movilizand sus ideas. De la reconstrucción de las reformas sanitarias en la provincia es posible concluir que algunas coaliciones operaron exclusivamente en el nivel provincial y otras lo hicieron en el nivel nacional de gobierno.

El diseño de los estados federales no sólo generó múltiples comunidades de políticas, sino que incidió también sobre la ruta de acceso de los actores y sus ideas a la agenda pública. En este sentido, el grado de descentralización de las instituciones federales sectoriales incidió sobre los canales de acceso de las ideas de política y los actores que articularon su acción para promoverlas. Períodos de mayor descentralización sanitaria federal favorecieron la acción de coaliciones conformadas en el nivel provincial. Evidencia de ello son las coaliciones promotoras de actores conformadas para la centralización del sector público provincial en los años treinta y las cementadas para las reformas de los primeros años noventa. Por el contrario, durante el período de mayor centralización de las instituciones federales, las coaliciones promotoras y las vías de acceso de las ideas de políticas fueron nacionales.

También dicho grado de centralización/descentralización tuvo influencia en la relación entre el nivel provincial y los espacios internacionales de difusión de políticas. A mayor nivel de centralización de las instituciones federales el trayecto de las ideas de política hacia la agenda provincial fue mediado por el nivel nacional de gobierno, mientras que a mayor descentralización la transmisión fue mayormente directa.

Esto nos permite distinguir las «reformas desde arriba» de las reformas «desde abajo» en el sector público de salud provincial. Las primeras son aquellas que tuvieron lugar en períodos de mayor centralización de las instituciones federales y fueron protagonizadas por coaliciones o actores de origen nacional mientras que las segundas se refieren a períodos de mayor descentralización y tuvieron como protagonistas a las coaliciones promotoras provinciales. Entre las primeras identificamos a la descentralización comunitaria y a la regionalización sanitaria de los años ochenta y entre las segundas a la centralización del sector público en los años treinta y a las reformas producidas en la década del noventa.

Estas reformas «desde abajo» o de origen provincial fueron procesos abiertos a partir de coyunturas críticas que incrementaron la demanda por prestaciones sanitarias. Tanto el proceso de constitución del sector público como su reforma modernizadora en los años noventa fueron acciones que resultaron luego de crisis económicas y sociales significativas que interpelaron al sector en demanda de bienes públicos sanitarios.

Llegados a este punto es posible avanzar proponiendo una respuesta al interrogante sobre las condiciones que pueden explicar las reformas sectoriales originadas en el ámbito provincial. En otras palabras, reformas que tienen un mayor nivel de autonomía en el nivel provincial dado que las diseñan actores que intervienen en dicho nivel. En dicho sentido, proponemos una configuración causal con capacidad explicativa de este fenómeno que combina condiciones institucionales, políticas y sociales. Esto indica que allí donde hay mayor grado de descentralización nacional, la presencia de una coalición reformista de políticos y expertos y demanda social de prestaciones de salud es altamente probable una reforma sanitaria originada en el nivel provincial.

En el derrotero de las reformas del sector público de Santa Fe se identifican tres períodos. Un primer período iniciado con la crisis de los años treinta en el que la acción se orientó a la construcción y centralización del sector de salud provincial (capítulo 2). Este proceso anticipó la política de planificación estatal centralizada del primer peronismo a nivel nacional y se extendió hasta el comienzo de la estrategia descentralizadora entre fines de los años cincuenta y el inicio de los sesenta. Un segundo período se abrió con el impulso a la descentralización de los años sesenta y se extendió hasta la coyuntura crítica de fines de los ochenta (capítulo 3 y 4) y un tercer período (capítulo 5) se abrió con dicha crisis y abarcó los primeros años noventa.

La apertura y el cierre de nuestro recorte temporal se justifica en la reconstrucción de transformaciones significativas producidas en contextos en principio opuestos. De modo que la investigación se abrió con la construcción/centralización del sector público en el marco de una filosofía pública que reivindicaba el papel del Estado en la provisión de los servicios sanitarios y se cerró con la racionalización programática del sector durante una filosofía de creciente antiestatismo. Pero este antiestatismo lejos de haberse traducido en un mero corrimiento de la presencia estatal reconfiguró y expandió nuevas modalidades de intervención bajo los parámetros de la eficiencia y la racionalización administrativa. De este modo, el período se extiende entre el ascenso y el ocaso del consenso relativo al lugar central del Estado como garante de la atención de salud.



Ahora podemos avanzar en el segundo eje relativo al análisis del contenido de las ideas que fueron movilizadas y se tradujeron en el contenido de las políticas de reforma. Si bien en cada capítulo hemos dado cuenta de las ideas y creencias particulares que impregnaron cada reforma, queda pendiente un análisis menos atado a las particularidades y que asuma un mayor nivel de generalidad.

En esta tesis hemos rastreado referencias a la ineficiencia distributiva y la ineficiencia técnica como problemas públicos del sector provincial, presentes en prácticamente todos los períodos. Sin embargo, podemos subrayar que a partir de las reformas de los años sesenta comenzaron a asumir una mayor predominancia los diagnósticos referidos a la eficiencia técnica de las intervenciones estatales. Dicho desplazamiento no se produjo a través de un movimiento rígido en donde un encuadre sustituyó en el tiempo a otro, sino a través de un ciclo sinuoso en el que convivieron en tensión ideas enfocadas a una mayor distribución de los recursos con otras centradas sobre las falencias técnicas.

Hasta los años setenta los problemas públicos que motivaron las intervenciones sanitarias todavía hacían alusión a la justicia social o a la distribución de la renta como causas estructurales de la pobreza y de la preocupante situación sanitaria. En cambio, a fines de los años setenta la pobreza reaparece como problema en cuanto síntoma. El problema deja de ubicarse en las causas de la pobreza para resituarse sobre la pobreza misma y, más específicamente, sobre el sujeto pobre. Este nuevo objeto de intervención de las políticas sociales en general y de las intervenciones sanitarias en particular se corresponde con la priorización de las referencias a la eficiencia técnica de las intervenciones. Podemos afirmar que los programas de APS con sus instrumentos de focalización constituyeron un punto de arranque en el predominio de una lógica que encontró su consolidación con la incorporación de los programas en los años noventa.

En la mayoría de los casos las reformas fueron soluciones políticas en la búsqueda de problemas. Esto se hace evidente en los debates en la esfera pública institucional, cuando los hubo, los cuales giraron en menor medida sobre el diagnóstico de los problemas que sobre el sentido y/o alcance de las diferentes propuestas reformistas.

Por último, resta analizar las nociones que movilizaron las distintas soluciones reformistas sobre el territorio y al grupo objetivo de las políticas. En el derrotero de las sucesivas reformas se evidencia una reducción de la escala en las políticas que, al mismo tiempo, fue desplazando y delimitando el grupo objetivo en cada reforma. Así es que al

momento de constitución del sector público el territorio era la escala provincial y el grupo objetivo se identificó con el pueblo provincial como comunidad política. Por su parte, en la descentralización comunitaria la escala territorial se desplazó hacia lo local y de ese modo identificó a la comunidad circunscripta por sus límites como el grupo objetivo de la política. Años más tarde, el dispositivo de atención primaria y la regionalización sanitaria redujeron nuevamente la escala de la política y la identificaron con la periferia urbana y el barrio marginal ajustando la noción de comunidad a nuevas configuraciones espaciales. Este fue la misma escala territorial que incluyó la descentralización hospitalaria de los años noventa. Sin embargo, los programas provinciales revirtieron la tendencia a la reducción escalar incorporando una escala territorial que se extendía a la totalidad de la provincia, pero la conjugaron con instrumentos de selectividad personal. De este modo, la noción de comunidad queda sustituida por grupos poblacionales específicos para una mayor racionalización de las intervenciones.

A lo largo de esta investigación hemos intentado reivindicar el papel que presentan las ideas para la acción concertada y la transformación del sistema de protección estatal. Como sostienen sus estudiosos, las ideas llevan en su seno alternativas y por ello son la materia de la pluralidad y la libertad de una esfera pública abierta. La disputa política es algo más que la fuerza de imponer intereses, es disputa de valores, de imaginarios sobre lo socialmente justo que logran traducirse en instituciones y de rutas/caminos a transitar. Como pensaba Arendt, la esperanza es también una categoría política. En ella anida la acción abierta a la potencia transformadora y el posible camino hacia una sociedad de iguales.

- ABOY CARLÉS, G. (2001). Las dos fronteras de la democracia argentina: la reformulación de las identidades políticas de Alfonsín a Menem. Buenos Aires, Argentina: Homo Sapiens Editores.
- ABRAMOVICH V, COURTIS C. (2001). Los derechos sociales como derechos exigibles. Madrid, España: Trotta.
- ACUÑA, C. y CHUDNOSKY, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. *Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional*. Documento N° 60, Universidad de San Andrés.
- ADLER, E. y HASS, P. (1992). Epistemic Communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research Program, *International Organization*, 46 (1), 367-390.
- AGUILAR VILLANUEVA, L. F. (1993). Problemas públicos y agenda de gobierno, México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- AGUILAR VILLANUEVA, L. F. (2008). Gobernanza y Gestión pública, México: Fondo de Cultura Económica.
- AMIN, A. (2005). Regiones sin fronteras: hacia una nueva política del lugar. *Ekonomiaz*, V. 58.
- ANDERSON, J. (1975). Public policy-Making, New York: Praeger.
- ANDRENACCI L. (2003). Imparis civitatis. «Elementos para una teoría de la ciudadanía desde una perspectiva histórica». *Cuadernos del CISH*, 13-14.
- ANDRENACCI L. y REPPETO F. (2006). Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana, Argentina: Prometeo-UNGS.
- ANDRENACCI L. y SOLDANO D. (2006). Aproximaciones a las teorías de política social a partir del caso argentino. En: ANDRENACCI, L. (Compilador): Problemas de políticas social en la Argentina contemporánea. Buenos Aires. Prometeo/UNGS.
- ANLLO, G. y CENTRÁNGOLO, O. (2007), Políticas sociales en Argentina. Viejos problemas, nuevos desafíos, Santiago de Chile: CEPAL.
- ALMEIDA, C. (2002). Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 23-36.

- ALMEIDA FILHO Y PAIM (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, 75, 5-30.
- ARCE, H. (1982). El sistema de obras sociales. Bases para una propuesta sanitaria. *Pensamiento y Nación*, 1 (2), 95-104.
- ARCE, H. (1985). Naturaleza de los hospitales; tres generaciones. *Medicina y Sociedad*: V. 8, N° 5, 156-174.
- ARCE, H. (1991). Historia del modelo prestador en el país. *Consultor de Salud*, Año II, N° 31, 16.
- ARCE, H. (1993). El territorio de las decisiones sanitarias, Buenos Aires, Argentina: Ediciones Macchi.
- ARCE, H. (2010). El sistema de salud. De donde viene y hacia dónde va. Buenos Aires: Prometeo.
- ARONNA, A. (2006). Evaluación de un programa de política social: Programa Materno Infantil y Nutrición, *Cad. Saude Pública*, 22, 335- 345.
- ASE, I. (2006). La descentralización de los servicios de salud en Córdoba (Argentina). Entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal, *Salud Colectiva*. 2 (2), 199-218.
- BACOLLA, N. (2003). Política, Administración y Gestión en el peronismo santafesino (1946-1955), En: MACOR, D. Y TCACH, C. (ed), La invención del peronismo en el interior del país, Santa Fe: Ediciones UNL.
- BACOLLA, N. (2016). Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada. Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe primera mitad del siglo XX, *Trabajos y Comunicaciones*, V. 44, 23.
- BACOLLA, N. y PAREDES, C. (2011). Ideas en la política: especialización disciplinar y políticas públicas. Santa Fe, 1932 – 1943. *IV Congreso Regional de Historia e Historiografía*. Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe.
- BOLCATTO, V. (2019). *La centralización sanitaria santafesina (1932-1935)* (tesis de maestría), Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.

- BAEZA BELDA, J. (2010). La Renovación peronista: el caso de la provincia de Santa Fe (1983- 1988). Rey Tristán, Eduardo; Calvo González, Patricia. *XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles: Congreso Internacional*, Santiago de Compostela, España.
- BAHIA COELHO, T. y SILVA PAIM, J. (2005). Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil, *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1373-1382.
- BARBEITO, A. y LO VUOLO, R. (1992). La modernización excluyente. Buenos Aires, Argentina: UNICEF/ CIEPP / LOSADA.
- BAREALE, M., BROCHERO, P. y FARÍAS, M. (2001). *Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia* (tesina de grado). Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.
- BÁSCOLO, E. y YAVICH, N. (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina, *Revista de Salud Pública*, 89-104, Rosario, Argentina.
- BÁSCOLO, E. y YAVICH, N. (2012). Dinámica de los cambios en la atención primaria de la salud en la ciudad de Rosario. *Revista Salud i Ciencia*, 19, 330 – 334.
- BÁSCOLO, E., MEDINA, A. y SANCHEZ DE LEÓN, A. (2001). Las reformas del sector salud en las provincias, *Revista Gestión en Salud*, 1 (2): 80-95.
- BASCH, P. (1996). *Textbook of International Health*, New York, Oxford University Press.
- BASUALDO, E. (2010). *Estudios de Historia Económica Argentina desde mediados de siglo XX hasta la actualidad*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- BAUMGARTNER, F. y JONES, B. (1991). Agenda dynamics and policy subsystems, *Journal of Politics*, 53, 1044–74.
- BEACH, D.& PEDERSEN, R. (2013). *Process-Tracing Methods. Foundations and guidelines*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- BENNETT, A. y CHECKEL, J. T. (2015), *Process Tracing: From Metaphor to Analytic Tool*, New York, New York: Cambridge University Press.
- BÉLAND, D. (2005). Ideas and Social Policy: An Institutionalist Perspective, *Social Policy & Administration*, 39 (1), 1–18.

- BÉLAND, D. (2016). Ideas and Institutions in Social Policy Research, *Social Policy & Administration*, 50 (6), 734–750.
- BÉLAND, D. y COX, R. H. (2011). Ideas and Politics in Social Science Research, New York: Oxford University Press.
- BÉLAND, D. y HACKER, J. (2004). Ideas, private institutions, and American welfare state “exceptionalism”: The case of Health and Old-Age Insurance, 1915–1965. *International Journal of Social Welfare*, 13(1), 42–54.
- BELAND, D. (2016). Ideas and Institutions in Social Policy Research, *Social Policy & Administration*, 50 (6), 734–750.
- BÉLAND, D. y POWELL, M. (2016). Continuity and Change in Social Policy. *Social Policy & Administration*, 50 (2), 129-147
- BELAND D. y WADDAN A. (2012). The politics of policy change. Washington D. C: Georgetown University Press.
- BELMARTINO, S. (1993). El Sector Salud en la ciudad de Rosario, En: KATZ, Jorge, El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- BELMARTINO, S. (1995). La ruptura del pacto corporativo, *Desarrollo Económico*, 35 (137), 83-103, Buenos Aires, Argentina.
- BELMARTINO, S. (1998). Nuevo rol del estado y del mercado en la seguridad social argentina, *XXI Congreso Internacional de la Latin American Studies Association*.
- BELMARTINO, S. (1999), Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina ¿Quién será el árbitro?, Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- BELMARTINO, S. (2005). La atención medica en Argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- BELMARTINO, S. (2005). Crisis y reformulación de la política social, En: Suriano (director) Nueva Historia Argentina. Dictadura y democracia (1976-2001), Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.
- BELMARTINO, S. (2006), ¿Estado social o Estado de compromiso? Agotamiento, crisis y reformulación de las instituciones de atención médica. Argentina 1920-1945, en

LVOVICH, D. y SURIANO, J. (Ed), Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina, 1870 – 1952: Prometeo.

BELMARTINO, S. (2008). La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación (2008), en Chiara M., Di Virgilio M., Medina A., Miraglia M., (coordinadores), Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

BELMARTINO, S. (2008). La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación, En: CHIARA, M, DI VIRGILIO, M.M., MEDINA, A. y MIRAGLIA, M. (organizadores), Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

BELMARTINO, S. (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos, 5º *Foro del Bicentenario*. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires, Argentina.

BELMARTINO, S. (2011). Desarrollo metodológico para una historia comparada de la profesión médica, *Centro Interdisciplinario para el estudio de las Políticas Públicas* (CIEPP), Documento de Trabajo N° 80.

BELMARTINO, S. y BLOCH, C. (1981). Política Sanitaria Argentina y las Estrategias de Desarrollo, *Cuadernos Médico Sociales*, 14, Rosario, Argentina.

BELMARTINO, S., BLOCH, C., LUPPI, I., TRONCOSO, M.C. y ARNESI, N. (1988). Condicionantes del proceso de crecimiento y distribución de la población médica en la provincia de Santa Fe, *Cuadernos Médico Sociales*, 43: 3-20, Rosario, Argentina.

BELMARTINO, S., BLOCH, C, CARNINO, M. I. y PERSELLO A. V. (1991). “Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud: Argentina 1940-1960”, Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

BELMARTINO, SUSANA Y BLOCH CARLOS (1994). El sector salud en Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos: 1960 – 1985, Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

BELMARTINO, S., BLOCH, C. y BASCOLO, E. (2002). Reforma de la Atención medica en escenarios locales, Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

BECERRIL MONTECKIO, V., DIOS REYES, J. y MANUEL, A. (2015). Sistema de Salud de Chile, *Salud Pública Mex*, 53, 132-143.

BERMAN, S. (1998), *The Social Democratic Moment*, Cambridge: Harvard University Press.

BERTOLOTTO, A, FUCKS, A y ROVERE, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto, *Saúde em Debate*, 36 (94), 362-374.

BISANG, R. y CETRÁNGOLO, O. (1997). Descentralización de los servicios de salud en Argentina. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.

BLYTH, M. (2002). *Great Transformations: Economic Ideas and Institutional Change in the Twentieth Century*, New York, USA: Cambridge University Press.

BLOCH, C., GODOY, C., LUPPI, I, QUINTEROS, Z. y TRONCOSO, MC. (1992). Evaluación del programa de atención primaria de la salud en Rosario, Organización Panamericana de la Salud, N° 34.

BOISIER, S. (2004). Desarrollo territorial y descentralización. El desarrollo en el lugar y en las manos de la gente, *Revista Eure*, 90, 27- 40.

BOLCATTO, V. (2013). Políticas de salud en Santa Fe: continuidades y rupturas entre demócratas progresistas y conservadores (1932-1943). *Ponencia presentada a las XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*. Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza

BOLCATTO, V. (2016). Familias movilizadas frente a una enfermedad que inmoviliza. El caso de la parálisis infantil en Santa Fe (1920-1930). *Ponencia presentada en el II Congreso Internacional de Familias y Redes Sociales*, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

BOLCATTO, V. (2019). *La centralización santafecina 1932-1935* (tesis de maestría), Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.

BONVECCHI, A. (2008). Políticas sociales subnacionales en países federales: Argentina en perspectiva comparada, *Desarrollo Económico*, 48 (190/191), 307-339.

- BONVECCHI, A, JOHANSEN, J. y SCARTASCINI, C. (2015). ¿Quiénes deciden la política social?, New York, Banco Interamericano de Desarrollo.
- BORELLO, R. y MUTTI, G. (2003). La Ley de Lemas en la Provincia de Santa Fe. *VI Congreso Nacional de Ciencia Política de la Sociedad Argentina de Análisis Político*, 5 al 8 de noviembre, Rosario, Argentina.
- BORSOTTI, C. (2009). Temas de metodología de la investigación en ciencias sociales empíricas, Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- BREWER, G. y DE LEON, P. (1983). The foundations of Policy Analysis, Monterey: C/A, Books Cole.
- BURRONE, M. S. (2007). Análisis de estrategias de atención primaria de salud en el municipio de Malvinas argentinas: un Abordaje cuanti-cualitativo. *Revista de Salud Pública*, 9 (2).
- CABRERO MENDOZA, E. (2007). De la descentralización como aspiración a la descentralización como problema, México DF: CIDE.
- CAMPANA, M. (2010). *La asistencialización de la salud pública: La atención primaria de la salud en el municipio de Rosario* (tesis de doctorado). Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.
- CAMPANA, M. (2011). La invención de la comunidad. El programa sanitarista para el trabajo social en la Argentina desarrollista. *Tendencias & Retos*, 16, 127-143.
- CAMPBELL, J.L. (2004). Institutional Change and Globalization, Princeton: Princeton University Press.
- CAMOU, A. (1995). Democracia y reforma económica en Argentina (1983-1995): ¿doce años no es nada?, *América Latina Hoy*, 11-12, Madrid, España.
- CAMOU, A. (1999). Los consejeros de Menem. Saber técnico en los orígenes del menemismo, *Cuadernos del CISH*, La Plata, Argentina.
- CARDARELLI, G. y ROSENFELD, M. (2001). Con las mejores intenciones, acerca de la relación entre el Estado pedagógico y los agentes sociales, En S. Duschatzki (comp.), *Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

- CATENAZZI, A. y DA REPRESENTAÇÃO, N. (2009). Acerca de la gestión de proximidad. En: CHIARA, M. y DI VIRGILIO, M.M., Gestión de la política social. Conceptos y herramientas, Buenos Aires, Argentina: Prometeo.
- CAO, H., REY, M. y LAGUADO DUCA, A. (2015). El Estado en Cuestión. Ideas y Política en la Administración Pública Argentina 1958-2015, Buenos Aires, Argentina: Prometeo.
- CAVAROZZI, M. (1997). Autoritarismo y Democracia (1955-1996). La transición del Estado al mercado en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: Ariel.
- CETRÁNGOLO, O. Y DEVOTO, F. (1998). Reformas de la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad. *Serie de Estudios N° 27*, CECE, Buenos Aires, Argentina.
- CETRÁNGOLO, O. y JIMÉNEZ, J. P. (2004A). Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina, *Revista de la CEPAL*, 84.
- CETRÁNGOLO, O y JIMÉNEZ, J. P. (2004b). Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina. Raíces históricas, instituciones y conflictos persistentes. *Serie Gestión Pública*, 47. ILPES/CEPAL.
- CETRÁNGOLO, O. Y GOLDSCHMIT, A. (2011). Descentralización de los servicios públicos, cohesión territorial y afianzamiento de las democracias en América Latina. En: BÁRCENA, A. Y KACEF, O. La política fiscal para el afianzamiento de las democracias en América Latina: Reflexiones a partir de una serie de estudios de caso. Documentos de Proyectos, 409. CEPAL/PNUD, Santiago de Chile.
- CINGOLANI M. y LARDONE, M. (2006). Gobiernos bajo presión. Relaciones intergubernamentales y Reforma del Estado. El caso Córdoba. Córdoba, Argentina: Editorial de la Universidad Católica de Córdoba.
- COLLIER, R. y COLLIER, D. (1991). Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- CORTES, Rosalía y MARSHALL, A. (1999). Estrategia económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los noventa, *Desarrollo Económico*, Buenos Aires, Argentina.

COX, R. (2001). The Social Construction of an Imperative: Why Welfare Reform Happened in Denmark and the Netherlands but Not in Germany, *World Politics*, 53 (3): 463-498.

CHIARA, M. (2013). Políticas e instituciones de salud, *Revista Debate Público*, 3 (6, Buenos Aires, Argentina.

CHIARA, M. (2010). Relaciones intergubernamentales y política sanitaria en Argentina en el contexto de la crisis 2001/3, *Trabajo Educacao Saúde*, nov.2009/fev.

CHIARA, M. (2017). Entre los programas y los servicios: Las políticas de atención de la salud a través de sus instrumentos. Una aplicación al caso argentino (2003-2011), *Gestión y Políticas Públicas*, Vol. Temático 2017: 191-222.

CHIARA, M. (2018). La salud gobernada. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011, Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

CHIARA, M. (2019). ¿Es el territorio un “accidente” para las políticas de salud?: Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social. *Revista Ciudadanías*, 4, 19-35.

CHIARA, M. y ARIOVICH, A. (2013). Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina. *Revista Cadernos Metropole*, 15 (29), 99-122.

CHIARA, M. y DI VIRGILIO, M.M. (2005). Gestión social y municipios. De los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires. Los Polvorines, Argentina: UNGS / Prometeo.

CHIARA, M, DI VIRGILIO (2010). La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005), *Revista Salud Colectiva*, 6 (1), 47-64.

CHIARA, M. DI VIRGILIO, M.M. y ARIOVICH A. (2010). De ‘condiciones’ y ‘estrategias’: reflexiones en torno a la coparticipación provincial por salud y la política local en los municipios del Gran Buenos Aires (2000/2005), *Revista Salud Colectiva*, 6 (1), 47-64.

CHIARA M, DI VIRGILIO M, MIRAGLIA M. (2008), Tensiones y dilemas en torno a la Gestión Local en Salud en el Gran Buenos Aires. En: Chiara M, Di Virgilio M, Medina

A, Miraglia M, (coordinadores), *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

CHIARA, M., DI VIRGILIO, M. y MORO, J. (2009). Inequidad (es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local. *Revista Postdata. Revista de Reflexión y Análisis Político*. SAAP, 14.

CHERNY, N. y DELGADO, M. S. (2004). Coaliciones transversales y ciudadanía selectiva. Las elecciones de 2003 en Rosario y Santa Fe. En Cheresky, I. y Pousadela, I. (Eds.). *El voto liberado: Elecciones 2003: perspectiva histórica y estudios de casos* (pp. 167-191). Editorial Biblos.

CUETO, M. y ZAMORA, V. (2006). *Historia, salud y globalización*, Perú, Instituto de Estudios Peruanos.

DANANI, C. (2009). La gestión de la política social: un intento por aportar a su problematización. En: Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. *Gestión de la Política Social: Conceptos y Herramientas*, Buenos Aires, UNGS/Prometeo.

DEL PINO, E y COLINO, C. (2006). ¿Cómo y por qué se reforman los Estados de Bienestar? Avances y retos teóricos metodológicos en la agenda de investigación actual, *Zona Abierta*, 114/155.

DEUD, J. (2017). *El derecho constitucional a la protección de la salud en Argentina aspectos presupuestarios en su implementación subnacional: Probables desvíos de financiamiento público hacia otros partícipes de la prestación sanitaria* (tesis de doctorado), Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.

DIAS DE LIMA, L., O'DWYER, G., TAVARES DE ANDRADE, c, TEIXEIRA KONDER, M., VEIRA MACHADO, C y WARGAS DE FARIA BAPTISTA, T. (2011). Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil, *Ciênc. saúde coletiva*, 20 (2), 595-606.

DI MAGGIO, P. y POWELL, W. (1991). The iron cage revisited institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. En DI MAGGIO, P. y POWELL, W. (eds), *The new institutionalism in organizational analysis*, University of Chicago Press.

- ENDELMAN, M. (1991). Los usos y la construcción del espectáculo político, Buenos Aires, Argentina: Ediciones Manantial.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1993). Los tres mundos del Estado del bienestar, Valencia, España: Alfons el Magnanim.
- FALLETI, Tulia (2006). Una Teoría Secuencial de la Descentralización: Argentina y Colombia en perspectiva comparada, *Desarrollo Económico*, 46 (183), 317-352.
- FALLETI, T., GONZÁLEZ, L., y LARDONE, M. (2012). El federalismo argentino en perspectiva comparada, Córdoba, Argentina: Editorial de la Universidad Católica de Córdoba.
- FARFÁN MENDOZA, G. (2007). El nuevo institucionalismo histórico y las políticas sociales, *Revista Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 3 (1), 87-124.
- FERNÁNDEZ, E. (2006). La ley de lemas en Santa Fe. Efectos del doble voto simultáneo en el ámbito de la competencia municipal (1991-2003). *Revista (En)clave*, 21, 111-140.
- FLEURY, S. (2002). ¿Universal, dual o plural?: Modelos y dilemas de la atención de la salud en América Latina: BID/ INDES.
- FLEURY, S. (2007). Salud y democracia en Brasil: Valor público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud, *Revista Salud Colectiva*, Buenos Aires, 3(2), 147-157.
- FLYVBJERB, BENT (2006). Five misunderstandings about case-study research” en *Qualitative Inquiry*, 12 (2).
- FORTI, S. (2009). La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial. Intercambio EUROSOCIAL Salud III, ENSP/Fiocruz.
- FOX, J. (1994). The politics of Food in Mexico. Ithaca y London: Cornell University Press.
- FREDERIC, S. (2004). Buenos vecinos, malos políticos: moralidad y política en el Gran Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina: Prometeo.
- FRENKEL R. y FANELLI J. M. (1989). Desequilibrios, políticas de estabilización e hiperinflación en Argentina, publicado en [www.cedes.org/publicaciones](http://www.cedes.org/publicaciones).

FUENTES, G. (2010). El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible, *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 19 (1).

FUENTES, G. (2013). *La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (2005-2012): impulso reformista con freno desde los puntos y actores de veto* (tesis doctorado), Instituto Universitario de Investigación, Ortega y Gasset, Universidad Complutense de Madrid.

GELB SAFRAN, D. (2003). Defining the future of primary care: what can we learn from patients?, *Ann Intern Med*, 138.

GERCHUNOFF, P. y LLACH, L. (2005). El ciclo de la ilusión y el desencanto. Políticas económicas argentinas de 1880 a nuestros días. Buenos Aires, Argentina: Editorial Crítica.

GIRAUDY, A. (2011). La política territorial de la democracia subnacional, *Journal of Democracy en Español*, 3, 42-57.

GLENNAN, S. (1996). Mechanisms and the Nature of Causation. *Erkenntnis*, 44 (1), 49-71.

GRINDLE, MERILEE (2009). La brecha de la implementación, En MARIÑEZ NAVARRO, F. y GARZA CANTÚ, V. (coordinadores): *Política pública y democracia en América Latina: Del análisis a la implementación*, México, EGAP-CERALE- Porrúa.

GOMEZ LEE, M. (2012). El marco de las coaliciones de causa—Advocacy Coalition Framework. *Revista Opera*, (12), 11-30.

GONZÁLEZ GARCÍA, G. y TOBAR, F. (1999). Más salud por el mismo dinero. Bases para la reforma del sistema de salud en Argentina, Ediciones ISALUD.

GONZALEZ LEAND-RI, R. (2012). Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de Estado. Buenos Aires, 1850-1910, En: BEN PLOTKIN, M. y ZIMMERMANN (2012). *Los Saberes del Estado* (comp), Buenos Aires, Argentina: Ensayo Edhasa.

GOLDSTEIN, J. y KEOHANE, R. O. (1993). Ideas and foreign policy: an analytical framework. En: GOLDSTEIN, J. y KEOHANE, R. (eds), *Ideas and Foreign Policy*, Ithaca, NY: Cornell University Press.

- GRASSI, E. (2003). Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I). Buenos Aires, Espacio Editorial.
- GUTIÉRREZ, R. (2001). La desindustrialización del peronismo. *Revista Política y Gestión*, 2, 93-112.
- HACKER, J. S. (1998), The historical logic of national health insurance: structure and sequence in the development of British, Canadian, and US medical policy, *Studies in American Political Development*, 12, 57-130.
- HAJER, M. (2003). Policy without Polity? Policy Analysis and the Institutional Void, *Policy Sciences*, 36 (2), 175-195
- HALL, P. A. (1993). Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic policy-making in Britain, *Comparative Politics*, 25 (3), 275-96.
- HALL, P. (1993 [1986]). El gobierno de la economía. Implicaciones políticas de la intervención estatal en la economía en Gran Bretaña y Francia, España: Ministerio de Trabajo y Seguridad social.
- HALPERIN DONGUI, T. (1994). La larga agonía de la Argentina peronista, Buenos Aires, Argentina: Editorial Ariel.
- HAAS, P. (1992). Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization*, 46, 1-35.
- HECLO, H. (1974). Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance, New Haven, CT: Yale University Press.
- HOWLETT, M. (2009). Process Sequencing Policy Dynamics: Beyond Homeostasis and Path Dependency, *Journal of Public Policy*, 29 (3), 241-262.
- HOWLETT, M. AND CASHORE, B. (2009). The dependent variable problem in the study of policy change: Understanding policy change as a methodological problem, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 11 (1), 33-46.
- IAZZETTA, O. (2003). Estado y democracia. Repensando un vínculo necesario. En: VILAS, C. (2005), Estado y Política en la Argentina actual, Buenos Aires, Argentina: Prometeo.

- IAZZETTA, O. (2005), La democracia y los vaivenes de lo público-estatal, *Revista SAAP*, 2.
- IMMERGUT, E. (1992), *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge: Cambridge University Press.
- IMMERGUT, E. (1998), The theoretical core of the new institutionalism, *Politics and Society*, 26, 5-34.
- IKENBERRY, J. (1990). The international spread of privatization policies: inducements, learning and policy bandwagoning. En: *The political economy of public sector reform and privatization*, Boulder (CO): Westview. 88-110.
- IRIART, C., NERVI, L., OLIVIER, B. y TESTA, M. (1994). *Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública*, Buenos Aires: Lugar editorial.
- IRIGOYEN FREYRE, A. (1943). *Problemas de sanidad y de asistencia social*, Santa Fe, Argentina: Universidad Nacional del Litoral.
- JACOBS, A. (2015). Process tracing the effects of ideas. En: BENNETT, A. & CHECKEL, J. (eds) *Process Tracing: From Metaphor to Analytic Tool*. New York: Cambridge University Press.
- JIMENEZ, C. (2008). El papel de la gestión local en salud orientada a combatir las desigualdades: el caso de la Municipalidad de Rosario. *4º Congreso Nacional de Políticas Sociales Pobreza crítica y desigualdad persistente - El desafío de las políticas de inclusión social*, Santa Fe, Argentina.
- JIMENEZ, C. (2009). Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000. *Revista de Salud Colectiva*, 5 (2), 211–224, Buenos Aires, Argentina.
- JOBERT, B. y MULLER, P. (1987). *L'État en action*. París: PUF.
- JONES, CH. (1970). *An introduction to the study of public policy*. Belmont, CA: Wadsworth.
- KAY (2006). *The dynamics of Public Policy. Theory and evidence*, Edward Elgar. Cheltenham.

- KATZ, J. y MUÑOZ, A. (1988). Organización del sector salud: puja distributiva y equidad, Buenos Aires, Argentina: CEPAL/Centro Editor de América Latina.
- KATZ, JORGE ET AL (1993). El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento, Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- KECK, M.E. y SIKKINK, K. (1998). *Activists Beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics*, Ithaca: Cornell University Press.
- KINGDON, J. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, New York: Harper Collins.
- KNOEPFEL, P., LARRUE, C., SUBIRATS HUMET, J. y VARONE, F. (2008). Análisis y gestión de políticas públicas, España: Editoriales Ariel.
- KRIKORIAN, M. (2009). La hiperinflación de 1989/90. Aportes y reflexiones sobre un episodio que marcó la historia argentina, *Revista Anales*, Universidad Nacional de La Plata, 40, 533-546.
- LABONTE, R., BAUM, F., SANDERS, D. y SCHAAY, N. (2009). Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de la salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8 (16), 13-29.
- LACHER, A. (2015). *Desindicalización del partido justicialista De la provincia de santa fe (1983-1989)* (tesis de grado), Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.
- LAGO, F.; MOSCOSO, N.; ELORZA, M. E. y RIPARI, N. V (2012). Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires, *Revista Salud Colectiva*, 8 (3), 263-274.
- LARDONE, M. (2012). Bancos multilaterales de desarrollo y reforma del estado: un análisis comparado de casos provinciales en Argentina, En: FALLETTI, T., GONZÁLEZ, L., y LARDONE, M. (2012). *El federalismo argentino en perspectiva comparada*, Córdoba, Argentina: Editorial de la Universidad Católica de Córdoba.
- LASCOUMES P. y LE GARÈS, P. (2014). *Sociología de la acción pública*, México: El Colegio de México.

- LASCURAIN, M. (2014). De políticos honestos y corruptos. El affaire Vanrrell y la mutación de la representación en el justicialismo santafecino (1990-1991). *Revista Polhis*, 14, 374 - 417.
- LASCURAIN, M. (2018). *Partido, identidad y representación en el peronismo santafesino (1991-1995)* (tesis de doctorado), Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- LEAL, G. (2010). El programa nacional de salud 2001-2006. Imponiendo una agenda, México, S/D.
- LECHNER, N. (1983). Estado y política en América Latina, México: Siglo XXI.
- LEVITSKY, S. (2005). La transformación del justicialismo. Del partido sindical al partido clientelista, 1983-1999. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- LEITE, J. y LEITE MENESES, D. (2016). A nova configuração da política de saúde no brasil: o Rio de Janeiro como laboratorio, *Revista Políticas Públicas*, 20 (1), 121-136, São Luís, Brasil.
- LINDER, S. Y B. PETERS (1993). Instrumentos de gobierno: percepciones y contextos, *Gestión y Política Pública*, 2(1), enero-junio.
- LO VUOLO, R. (1996). Reformas previsionales en América Latina: una visión crítica en base al caso argentino, mimeo, Buenos Aires, Argentina.
- LIEBERMAN, R. (2002). Ideas, Institutions, and Political Order: Explaining Political Change, *American Political Science Review*, 96 (4), 697-712.
- LINDBLOM, CH. (1959). The Science of Muddling Through, *Public Administration Review*, 19: 78-88.
- MACEIRA, D. (2008). Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino, *Nuevos Documentos CEDES*, 39, Buenos Aires, Argentina.
- MACOR, D. Y BACOLLA, N. (2009). Centralismo y modernización técnica en la reformulación del Estado argentino. El caso provincial santafesino, 1930-1950, *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 20 (2), 115-138.

MACOR, D. Y PIAZZESI, S. (2009). La competencia por el poder político en la Santa Fe de los años treinta, En: MACOR, D. y PIAZZESI, S. (eds.) Territorios de la política argentina. Córdoba y Santa Fe, 1930-1945, Argentina: Universidad Nacional del Litoral.

MACOR, D., PIAZZESI, S. y MAINA, M. (2010). Santa Fe Política (1955-2010), En: Signos santafecinos en el Bicentenario, Santa Fe, Argentina: Universidad Nacional del Litoral.

MAHONEY, J. y THELEN, K. (2010). Explaining institutional change. Ambiguity, Agency and power, New York, USA: Cambridge University Press.

MAHONEY, J. AND THELEN, K. (2010). A theory of gradual institutional change; En MAHONEY, J. Y THELEN, K. (eds). Explaining Institutional Change. Ambiguity, Agency, and Power, Cambridge: Cambridge University Press.

MAINA, M. (2013). Oficialismo y oposición durante la transición a la democracia en la provincia de Santa Fe, *XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*, Mendoza, 2 al 5 de octubre de 2013.

MAINA, M. (2014). Santa Fe hacia las elecciones de 1983. Partidos, identidades y elecciones en la construcción de la democracia, *Papeles del Centro de Investigaciones*, 15.

MARCH, J. y OLSEN, J. (1984). The new institutionalism: organizational factors in political life, *American Political Science Review*, 78 (3), 734-749.

MARTÍNEZ FRANZONI, J. (2006). ¿Presión o legitimación? Poder y alternativas en el diseño y adopción de la reforma de salud en Costa Rica, 1988-1998, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 13 (3), 591-622.

MEDICI, A. (2002). La desregulación de las obras sociales: Un episodio más de la reforma de salud en Argentina: ¿Qué vendrá luego?, Washington D. C: Banco Interamericano de Desarrollo.

MEHTA, J. (2011). The Varied Roles of Ideas in Politics: From “Whether” to “How. En: BELAND, D. y COX, H., Ideas and Politics in Social Science Research, New York: Oxford University Press.

MIGNO, N. (2009). *Informe sobre el conocimiento general de la organización a partir de la visión de los niveles de conducción* (tesis de maestría), Instituto Juan Lazarte, Paraná, Argentina.

MOLINA MARÍN G, ÁLVAREZ-OCHOA PA, OQUENDO-LOZANO T. (2014). La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, periodos 2008-2011 y 2012-2015. *Revista Gerencia Polit. Salud*, 13 (27), 62-85.

MONTERO, J., TÉLLEZ, A. y HERRERA, C. (2010). *Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos*, Santiago de Chile, Chile: Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica de Chile.

MORRESI, S. y VOMMARO, G. (2011). Los expertos como dominio de estudio socio-político. En: MORRESI y VOMMARO (comp.). *Saber lo que se hace. Expertos y política en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

MULLER, P. (1990). *Les politiques publiques*. Paris: PUF.

MUSTAPIC, A. M. (2002). Del partido peronista al partido justicialista. Las transformaciones de un partido carismático. En: CAVAROZZI, M. y ABAL MEDINA, J. M. (eds.). *El asedio a la política*. Rosario, Homo Sapiens.

NERI, A. (1983). *Salud y Política Social*, Buenos Aires, Argentina: Editorial Hachette.

NEIL, C. Y PIAZZESI, S. (2009). *Aldo Emilio Tessio. Vida y política 1909-2000*, Arroyo Seco, Argentina: Centro de Estudios Regionales Aldo Tessio.

OSUNA, F. (2012). El proyecto de Bienestar Social del Onganiato: ¿una utopía de derecha?, *Cuarto Taller de Discusión «Las derechas en el Cono Sur»*, siglo XX, Universidad Nacional de General Sarmiento, Los Polvorines.

OSUNA, F. (2017). El Ministerio de Bienestar Social entre el onganato y la última dictadura (1966-1983). Análisis de la estrategia de intervención social del Estado en la historia argentina reciente, *Estudios Sociales del Estado*, 3 (6), 41-65.

PANEBIANCO, A. (1995) [1982]. *Modelos de partido. Organización y poder en los partidos políticos*, Buenos Aires, Alianza.

PAGANINI, J. (2008), *La Gestión Local, la descentralización y el desarrollo de los sistemas locales de Salud*; En *Gestión Local de Salud, Gestión Local en Salud en el Gran*

Buenos Aires. En: CHIARA M, DI VIRGILIO M, MEDINA A, MIRAGLIA M, (coordinadores). Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

PANEBIACO, A. (1995). Modelos de Partido. Madrid, España: Alianza Editorial.

PARSONS, W. (2008). Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas, México: FLACSO.

PETERS, G. (1999). El Nuevo institucionalismo. Teoría institucional en ciencia política, España: Editorial Gedisa.

PETRACCA, A. (1991). Ley de lemas y democracia representativa en la provincia de Santa Fe. Rosario, Argentina: UNR Editora.

PIAZZESI, S. (2010), Conservadores en provincia. El iriondismo santafesino 1937-1943, Santa Fe, Ediciones UNL.

PIAZZEZI, S. y BOLCATTO, V. (2011). Hospital Iturraspe. Cien años de historia, Santa Fe, Ediciones UNL.

PIERSON, P. (1993). When effect becomes cause. Policy Feedback and Political Change, *World Politics*, 45, 595-628.

PIERSON, P. (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics, *The American Political Science Review*, 94 (2), 251-267.

PIERSON, P. Y SKOCPOL, T (2008 [2002]). El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea, *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 17 (1), 7-38.

PISELLI, F. (2007). Communities, Places, and Social Networks, *American Behavioral Scientist*, 50 (7), 867-878

PRESSMAN, J. L. Y WILDAVSKY, A. (1998). Implementación. México: Fondo de Cultura Económica.

RAMACCIOTTI, K. (2009). La política sanitaria del peronismo. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

RAMIÓ MATAS, C. (2001), Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 21, 1-24, Caracas, Venezuela.

- RAPOPORT, M. (2001). Historia económica, política y social de la Argentina 1880-2000. Buenos Aires, Argentina: Editorial Macchi.
- RAYEZ, F. (2017). Salud pública y organismos internacionales en la trayectoria académico-profesional del doctor David Sevlever, Apuntes 80, primer semestre 2017.
- REPETTO, F (1993). La construcción de un nuevo orden (o el final de una época...), *Realidad Económica*, 20, Buenos Aires.
- REPETTO, F. (1998). Transformaciones de la política social y su relación con la legitimidad: Notas sobre América Latina en los 90, *Revista PosData*, Buenos Aires, Argentina.
- REPETTO, F (2001). Gestión pública y desarrollo social en los noventa. Las trayectorias de Argentina y Chile. Buenos Aires, Argentina: Prometeo.
- REPETTO, F. (2009). El marco institucional de las políticas sociales: posibilidades y restricciones para la gestión social, En: CHIARA, M. Y DI VIRGILIO (org.), Gestión de la política social. Conceptos y herramientas, Buenos Aires, Argentina: Prometeo.
- RESTREPO VÉLEZ, O. y VEGA ROMERO, R. (2009). Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8 (16), 153-164.
- RIQUELME, J. M. (2004), El nuevo institucionalismo en la ciencia política, *Revista Mexicana de Sociología*, 66, Numero especial (oct. 2004), 49-57.
- RINGELING, A (2002). An instrument is not a Tool, *Conferencia Instrument Choice in Democracies*, Montreal, Canadá, 26-28.
- ROBIN, S. (1994). Ley de lemas y dinámica del sistema de partidos en la provincia de Santa Fe, *Revista Estudios Sociales*, 6, 85-95.
- ROE, E. (1994). Narrative Policy Analysis: Theory and Practice, Durham, NC: Duke University Press.
- ROSE, R (1993). Lesson-drawing in public policy: a guide to learning across time and space, Chantham House, New Jersey.
- ROVERE, M. (2005). Una ciudad modelo en salud pública. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática. Rosario: Municipalidad de Rosario.

RUESCHEMEYER, D. y SKOCPOL, T. (1996). *States, Social Knowledge, and the Origins of Modern Social Policies*, USA: Princeton University Press.

SABATIER, P. (1993). Policy Change over a Decade or more, En: SABATIER, P. Y JENKINS SMITH, H. (eds.). *Policy change and learning: an advocacy coalition approach*, Boulder, CO: Westview Press.

SABATIER, P. y JENKINS-SMITH, H. (1993), *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder, CO: Westview Press.

SABATIER, P. Y WEIBLE, CH. (2010). El marco de las coaliciones promotoras. Innovaciones y clarificaciones, En: SABATIER, P. (eds). *Teoría del proceso de las políticas públicas*, Westview Press/ Jefatura de Gabinete de Ministros, Buenos Aires, Argentina.

SALAMON, L. (2002). The New Governance and the Tools of Public Action: An Introduction. En: SALAMON, L. (ED.). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*, Nueva York: Oxford University Press.

SANCHEZ DE DIOS, M. (2004). Estudio comparado de *path dependence* del estado de bienestar en los casos de USA, Suecia y España, *Revista de Estudios Políticos Nueva Época*, 124.

SCHAPOCHNIK, N. (2003). Indicadores de efectividad del proceso de atención primaria de la salud, *Revista Gestión en Salud*, 2 (6).

SCHMIDT, V. (2002). *The Futures of European Capitalism*, Oxford: Oxford University Press.

SCHMIDT, V. (2010). Taking ideas and discourse seriously: explaining change through discursive institutionalism as the fourth ‘new institutionalism’, *European Political Science Review*, 2 (1), 1–25

SCHMIDT, V. (2011). Reconciling ideas and institutions through discursive institutionalism. En: BÉLAND, D. y COX, R. (eds), *Ideas and Politics in Social Science Research*, New York: Oxford University Press.

SMITH, K. (2013). *Beyond evidence-based policy in public health. The interplay of ideas*. UK: University of Edinburgh.

- SERULNIKOF, S. (2017). Pobreza y revuelta de subsistencia. Los saqueos de 1989 en Argentina, *Revista de Historia Social*, N° 88, 63 – 85.
- SIALLE, C. (2008). *Desmanicomialización en Santa Fe. La Colonia de Oliveros (1984-1989)*, Rosario, Argentina: Universidad Nacional de Rosario.
- SOJO, A. (2007). La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales, *Revista de la Cepal*, 91, 111-131.
- SOJO, A. (1990). Naturaleza y selectividad de la política social. *Revista de la Cepal*, 41, 183-199.
- SOLDANO, DANIELA (2008). Vivir en territorios desmembrados. Un estudio sobre la fragmentación socio-espacial y las políticas sociales en el Área Metropolitana de Buenos Aires (1990-2005), En: ZICCARDI, A. (2008). Procesos de urbanización de la pobreza y nuevas formas de exclusión social. Los retos de las políticas sociales de las ciudades latinoamericanas del siglo XXI. Bogotá, Siglo del Hombre Editores, Clacso-Crop.
- SPINELLI, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud pública en la Argentina, *Revista Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- STAKE, R. (1998). Investigación con estudios de caso, Madrid, España: Edición Morata.
- STARFIELD, B. (2001), Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología, Editorial Mason.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. (2005). Contribution of primary care to health system and health. *The Milbank Quarterly*, 83 (3).
- STREECK, W. AND THELEN, K. (2005). Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies, Oxford: Oxford University Press.
- STEINMO (2008). ¿What is Historical Institutionalism?. En: DELLA PORTA, D. y KEATING, M. (eds.): Approaches in the social science. Cambridge University Press, Cambridge.
- STEINMO, S. AND WATTS, J. (1995). It's the Institutions, Stupid! Why the United States Can't Pass Comprehensive National Health Insurance, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 329–72.

- STONE, D. (1989). Causal stories and the formation of policy agendas. *Political Science Quarterly*, 104 (2), 281–300.
- STOLKINER, A.; COMES, Y. Y GARBUS, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina, *Ciencia & Saúde Coletiva*, 16 (6), 2807-2816.
- STREECK W. y THELEN, K. (2005). *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies*, Nueva York: Oxford University Press,
- TAMAYO SÁEZ, M. (1997). El análisis de las políticas públicas. En: BAÑÓN, R. y CARRILLO, E. (comps.). *La nueva Administración Pública*, Madrid, España: Alianza Universidad.
- TERAN, O. (2008). *Ideas en el siglo. Intelectuales y cultura en el siglo XX latinoamericano*, Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- TESTA, MARIO (1996). *Atención ¿primaria o primitiva? de la salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- THELEN, K. (1999). Historical institutionalism in comparative politics, *Annual Review of Political Science*, New York, USA.
- THELEN, K. (2003). How institutions evolve: Insights from comparative historical analysis. En MAHONEY, J. Y RUESCHEMEYER, D. (eds). *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*, Cambridge: Cambridge University Press.
- THELEN, K. (2004). *How Institutions Evolve: The Political Economy of Skills in Germany, Britain, the United States and Japan*, New York, NY: Cambridge University Press.
- THELEN, K., STEINMO, S. AND LONGSTRETH, F. (eds) (1992). *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge: Cambridge University Press.
- TOBAR, F. (2000), *Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina*, *Revista Énfasis Salud*, Buenos Aires.
- TOBAR, FEDERICO (2000). *Políticas de descentralización de servicios de salud*, Mimeo.

- TOBAR, F. MONTIEL, L., FALBO R. y DRAQUE, I. (2006). La Red pública de Atención Primaria en Argentina, S/D.
- VALLEJOS, I. y BOLCATTO, V. (2015). *Políticas de Salud. El caso de la Parálisis Infantil en la ciudad de Santa Fe*. Informe final del Proyecto de Investigación Novel. Facultad de Trabajo Social - UNER. Paraná.
- VARGAS DE FLOOD, V. (1997). Gasto y financiamiento en salud en Argentina, Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- VAZ DE MOURA, J. T. y NICOLETI, M. (2016). O trânsito das questões da agenda pública para a governamental: a institucionalização da segurança alimentar nas políticas públicas, *Goiânia*, 2 (2), 176-189.
- VEDUNG, E. (2005 [1998]). Policy instruments: Typologies and theories. En: BEMELMANS–VIDEC, M., RIST, R. y VEDUNG, E. Carrots, sticks & sermons. Policy instruments & their evaluation, Transaction Publisher. Londres. UK.
- VUORI, H. (1985). The role of the schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy*, 4 (3), 221-30.
- WADDAN, A. (2011). The politics and political economy of health care reform: Change and continuity in the United Kingdom and United States, *American Political Science Association Annual Conference*, Seattle, USA, 1–4 September.
- WALSH, J. I. (2000). ¿When do ideas matter? Explaining the successes and failures of Thatcherite ideas, *Comparative Political Studies*, 33 (4), 483–516.
- WEIR, M. (1992), *Politics and Jobs*, Princeton, NJ: Princeton University Press
- WILSFORD, D. (2010). The logic of policy change: structure and agency in political life, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35 (4), 663–80.
- ZAHARIADIS, N. (2010). El marco de las corrientes múltiples. Estructura, limitaciones y perspectivas, En: En: SABATIER, P. (eds). *Teoría del proceso de las políticas públicas*, Buenos Aires, Argentina: Westview Press/ Jefatura de Gabinete de Ministros.
- ZEHAVI, A. (2012). ¿A reform less ordinary? Historical institutionalism, punctuated equilibrium, and mental health care privatization, *Administration and Society*, 44 (6), 731–53.

ZELAYETA, A. (2008). Gestión local en salud: conceptos y experiencias, En: MEDINA, A., MIRAGLIA, M., DE VIRGILIO, M, y CHIARA, M. (coord.). Gestión social en salud: conceptos y experiencias. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

## Documentos oficiales y publicaciones ministeriales

Organismo	Año	Título
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1889	Ley 2094 – Creación del consejo de Higiene de la Provincia de Santa Fe
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1932	Ley 2287 - Creación de la Dirección General de Higiene
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1938	Ley 2608 – Plan de Creación de hospitales y de realización de estudios para una organización de la asistencia social
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1938	Ley 2600 – Nuevo régimen electoral de la provincia de Santa Fe
Cámara de Diputados de la provincia de Santa Fe	1939	Diario de Sesiones Legislativas del 20/10/1939, p. 1535.
Cámara de Senadores de la provincia de Santa Fe	1939	Diario de Sesiones Legislativas del 13/10/1939, p. 827
Concejo Deliberante de la ciudad de Santa Fe	1940	Ordenanza 3983/1940- Cesión de la estructura sanitaria de la ciudad de Santa Fe a la provincia
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1941	Ley 2952 – Creación del Ministerio de Salud y Trabajo
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1949	Ley 3546 – Creación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1950	Ley 3939 – Asistencia médica gratuita
Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión de la Nación	1957	Decreto Ley 1371 – Transferencia de establecimientos

Organismo	Año	Título
Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión de la Nación	1957	Decreto Ley 1156 - Transferencia de establecimientos
Poder Ejecutivo Nacional	1958	Ley N° 14.475 – Transferencia de hospitales nacionales
Provincia de Santa Fe	1962	Constitución de la Provincia de Santa Fe
Congreso de la Nación Argentina	1961	Ley N° 16432 – Transferencia de hospitales nacionales
Poder Ejecutivo Nacional	1967	Ley 17.102 - Creación de Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad
Poder Ejecutivo Nacional	1967	Decreto Reglamentario 04321/67
Organización Panamericana de la Salud	1935	IX Conferencia Sanitaria Panamericana
Consejo Provincial de Desarrollo	1973	Diagnóstico Provincial de Salud

Organismo	Año	Título
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1966	Decreto 01679 – Nombramiento de Jorge Sandoz como Ministro de Salud y Bienestar Social
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1967	Ley 6312 – Servicios de Atención Médica para la Comunidad
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1967	Decreto 04321 – Reglamente la ley 6312 SAMCO.
Ministerio de Bienestar Social de la Nación / Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad	1968	Manual de Acción Comunitaria
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1969	Decreto 3280 – Reestructuración de los ministerios
Ministerio de Salud y Medio Ambiente	S/D	Manuela orientador de normas y procedimientos para la gestión de los SAMCOS en la provincia de Santa Fe
OPS/OMS	1962	Informe sobre las actividades en salud desarrolladas de conformidad con la carta de Punta del Este y proyecciones futuras
Cámara de Senadores de la Nación	1974	Proyecto de Ley creando el Sistema Integrado de Salud – Dictamen de las Comisiones
Cámara de Senadores de la Nación	1974	Proyecto de Ley de carrera sanitaria nacional para el personal del Sistema

Organismo	Año	Título
		Integrado de Salud - Dictamen de las Comisiones
Congreso de la Nación	1974	Ley 20.748 - Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)
Congreso de la Nación	1974	Ley 20.749 - Creación la carrera sanitaria nacional
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1975	Resolución 3970 – Creación de las Áreas de Salud
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1977	Decreto 4525 – Modifica Áreas de salud
Ministerio de Bienestar Social de Santa Fe	1978	Resolución 2229 – Áreas de Salud
OMS	1978	Informe de la Conferencia de Alma Ata – Atención Primaria de la Salud
Ministerio de Bienestar Social de Santa Fe	1981	Informe Santa Fe 1976-1981
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1982	Decreto 3991 – Programa de APS
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1981	Ley 8882 - Ley de Ministerios
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1982	Ley 8980 – Modifica ley de ministerios.
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1984	Decreto 0102 – Modifica Áreas de Salud

Organismo	Año	Título
Ministerio de Salud, Acción Social y Medio Ambiente provincial	1984	Resolución 2612 Vincula la APS con la zonificación
Ministerio de Salud, Acción Social y Medio Ambiente provincial	1985	Resolución 1070 – 1071 Recentraliza la planificación y descentraliza la ejecución
Ministerio de Salud, Acción Social y Medio Ambiente provincial	1986	Resolución 1863 Equipara el centro comunitario a los servicios hospitalarios y define la participación comunitaria
Ministerio de Salud, Acción Social y Medio Ambiente provincial	1986	Resolución 3053 Declara la APS como prioridad absoluta
Ministerio de Salud, Acción Social y Medio Ambiente provincial	1986	Resolución 356 Dependencia del HBR de los agentes
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1986	ley 9946 – Incorpora Agentes sanitarios
Cámara de Diputados de la provincia de Santa Fe	1986	Diario de Sesiones Legislativas de 1986
Cámara de Senadores de la provincia de Santa Fe	1986	Diario de Sesiones Legislativas de 1986
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1987	decreto 2588 – Reglamenta agentes comunitarios

Organismo	Año	Título
Ministerio de Salud y Medio Ambiente de Santa Fe	1987	Modelo provincial de Atención para la Salud. Bases, desarrollos y esquemas conceptuales y metodológicos.
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1987	Ley 10101- Ley de Ministerios
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1990	Ley 10472 – ley de emergencia económica de Santa Fe
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1990	decreto 0877 – modificación de la estructura
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1990	ley 10520 – fondo de Asistencia para la Salud Pública
OMS	2000	Informe sobre la salud en el mundo 2000
Legislatura de la Provincia de Santa Fe	1990	ley 10608 – descentralización hospitalaria
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1991	decreto 1427 – reglamenta descentralización hospitalaria
Gobernador de la provincia de Santa Fe	1995	decreto 2280 – Programas provinciales de salud

## Otras fuentes

Organismo	Año	Título
Federación de Sanidad de Santa Fe	1939	Informe del Congreso de Sanidad de la Provincia de Santa Fe
Congreso Argentino de Salud Pública	1972	Informe del Primer Congreso Argentino de la Salud Pública Organización de la atención médica y participación sectorial.
Confederación Médica de la República Argentina	1973	Informe sobre la salud y las plataformas electorales
Ministerio de Bienestar Social de Santa Fe / Subsecretaría de Salud	1975	Informe sobre la Evolución de la Atención Médica en la Argentina
Agrupación de Médicos justicialistas	1983	Informe de las Primeras Jornadas Justicialistas de Salud

## Bases

Organismo	Título
Tribunal Electoral de la provincia de Santa Fe	Actas electorales
Atlas de Andy Tow	Datos elecciones de la provincia de Santa Fe

## **Periódicos**

---

- El Orden
- El Litoral
- La Capital

## **APÉNDICES**

## **Índice**

### **Apéndice 1: Cuestiones metodológicas**

- La selección de los entrevistados.
- Nómina de entrevistados.
- Guion de entrevistas.

### **Apéndice 2: Tablas y gráficos**

- Tabla N°1: Numero de senadores, diputados provinciales y electores a gobernador que elegía cada departamento (1937 - 1943).
- Tabla N°2: Resultados en elecciones nacionales y provinciales en Santa Fe (1936 - 1942).
- Gráfico N°1: Estructura del Departamento de Salud Pública de la provincia de Santa Fe (1939).
- Tabla N°6: Resultados en elecciones provinciales en Santa Fe (1958 - 1942).
- Tabla N°8: Establecimientos sanitarios provinciales incorporados al régimen SAMCO (1967 - 2005).
- Tabla N°9: Resultados en elecciones nacionales y provinciales en Santa Fe (1983 - 1989).
- Gráfico N°3: Organigrama del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la provincia en 1983.
- Tabla N°13: Resultados en elecciones a intendente y concejales en Rosario (1989 - 2001).
- Tabla N°14: Evolución de las Necesidades Básicas Insatisfechas en la provincia de Santa Fe y en Rosario (1991 – 2001).
- Tabla N°15: Evolución del desempleo en el Gran Rosario y Gran Santa Fe (1980 -2002).
- Tabla N°20: Evolución de la pobreza e indigencia en Rosario (1991-2001).

### **Apéndice 3: Coordenadas de la historia**

- Cuadro N° 1: Hitos políticos nacionales, provinciales y reformas sectoriales, provincia de Santa Fe (1889-1995).

## APENDICE 1: Cuestiones metodológicas

La selección de los entrevistados tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- que pertenecieran al nivel provincial de gobierno.
- que permitiera recuperar la perspectiva de los decisores de las políticas sanitarias en las diferentes reformas bajo análisis,
- que sean actores estatales o sociopolíticos que hayan tenido incidencia en la reforma sanitarias provincial.
- que se trate de manifestaciones (evidencia) que esperamos encontrar en el caso si la parte del mecanismo causal que se testea está presente.

En el nivel provincial se buscó recuperar la perspectiva de los responsables de las políticas de reforma y de organizaciones del sector de salud provincial (Ministerio, direcciones, hospitales, etc).

En la investigación fueron analizadas un total de dieciocho entrevistas semiestructuradas a autoridades y funcionarios nacionales, provinciales y municipales. Entre estas, once (11) fueron realizadas como parte del trabajo de campo de este proyecto y se consultaron nueve de la Base del Equipo del PICT 201 – 0243 /CAID «Política Social, condiciones de vida y ciudadanía», cuyos resultados se encuentran en imprenta para ser publicados.

## Nómina de entrevistados

Nombre	Área/Nivel	Puesto	Período de permanencia	Fecha de la entrevista	Profesión	Fuente
<b>Isabel Artigues</b>	Hospital Iturraspe / ATE	Trabajadora Social Hospital J. B. Iturraspe de APS	1988 a la actualidad	May-2017	Lic. en Trabajo Social	PICT - CAID
<b>Juan Carlos Bossio</b>	Ministerio de Salud	Director de Promoción y Protección de la Salud -Subsecretario de Salud	1992 - 1997	Sept-2018	Bioquímico	Propia
<b>Miguel Capiello</b>	Municipalidad de Rosario / Ministerio de Salud de la Provincia	Secretario de Salud de Rosario / Ministro de Salud de la provincia	1990-2013	Nov- 2018	Médico	Propia
<b>Cavalié, María Inés</b>	Municipalidad de Santa Fe	Dirección de Acción Social	Abr-2016	Abr-2016	Lic. en trabajo Social	PICT - CAID
<b>Chialvo, Patricia</b>	Municipalidad de Santa Fe	Dirección de Acción Social	1984 - 2000	Sept-2016	Lic. en Trabajo Social	PICT - CAID

<b>Nombre</b>	<b>Área/Nivel</b>	<b>Puesto</b>	<b>Período de permanencia</b>	<b>Fecha de la entrevista</b>	<b>Profesión</b>	<b>Fuente</b>
<b>David, Juan Carlos</b>	Ministerio de Salud	Director de Protección y Promoción de la Salud – Ministro de Salud	1989-1991	May-2018	Médico	Propia
<b>Lauría, Mario</b>	Programa Nacional Alimentario (PAN)	Delegado Programa Alimentario Nacional	1983 - 1987	Dic-2017	Médico	PICT - CAID
<b>Lera, Carmen</b>	Hospital Protomédico /ATE	Supervisora de APS	1981-2000	Abr-2017	Lic. en Trabajo Social	Propia
<b>Martínez, Leonardo</b>	Hospital Iturraspe – Ministerio de Salud	TS Hospital Iturraspe -	1990	Abr-2018	Asistente Social	Propia
<b>Migno, Nieves</b>	Hospital Mira y López / Zona de Salud / Asociación de Trabajadores del Estado (ATE)	Supervisora de APS – Coordinadora de APS Zona de Salud	1990 - 2007	Nov-2017	Lic. En Enfermería	Propia

<b>Nombre</b>	<b>Área/Nivel</b>	<b>Puesto</b>	<b>Período de permanencia</b>	<b>Fecha de la entrevista</b>	<b>Profesión</b>	<b>Fuente</b>
<b>Montenegro, Darío</b>	Hospital Protomédico – Ministerio de Salud	Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar – Subdirector Hospitalario		Nov- 2018	Médico Generalista	Propia
<b>Paviotti, Santiago</b>	Hospital de Niños Dr. Oscar Alassia	Director Médico del Hospital de Niños Dr. Oscar Alassia	1981-2010	Ago-2016	Médico	PICT - CAID
<b>Polesel, Nora</b>	Dirección de Acción Social / Ministerio de Bienestar Social	Dirección Provincial de Acción Social	1983-1995	Oct-2017	Lic. Trabajo Social	PICT - CAID
<b>Reviglio, Víctor Félix</b>	Gobernación	Ministro de Salud de Santa Fe – Gobernador de la Provincia	1993 - 1991	Marz-2019	Médico	Propia
<b>Serrano, Arturo</b>	Asociación Argentina de	Delegado Comité de Residentes	1984-1990	Nov-2016	Médico Generalista	Propia

<b>Nombre</b>	<b>Área/Nivel</b>	<b>Puesto</b>	<b>Período de permanencia</b>	<b>Fecha de la entrevista</b>	<b>Profesión</b>	<b>Fuente</b>
	Medicina General (AAMG)					
<b>Soria, Gonzalo</b>	Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar (ASMgyF)	ASFMGYF - PROMIN	2000-2005	Ago-2018	Médico Generalista	Propia
<b>Weisburd, Guillermo</b>	Ministerio de Salud	Secretario de Salud (1984-1987) - Ministro de Salud (1987-1989)	1984 - 1989	May-2019	Médico	Propia
<b>Matilde Magni</b>	Ministerio de Salud	Centro de Salud 1987-2014	1987-2014	Jun-2019	Agente Comunitaria	Propia

## Guion de entrevistas a los actores

---

Entrevistado/a: .....

Organismo: .....

Fecha de la entrevista: .....

### Preguntas introductorias /rompe hielo:

1. ¿Cuáles fueron sus inicios en la función pública provincial?

Abierta .....

2. Según su opinión podría identificar los motivos por los que fue designado en el cargo.

Abierta.....

3. ¿Podría decirme usted cuál era su relación con la participación política, social o gremial? ¿Y en la actualidad?

Abierta.....

4. ¿Podría decirme cuán interesado está en cuestiones políticas?

1. Muy interesado.
2. Interesado.
3. Poco interesado.
4. Nada interesado.
5. NS/ NC.

5. ¿Cómo caracterizaría la situación del sector público provincial durante el ejercicio de su función pública?

Abierta.....

6. ¿Cuál era la situación de los hospitales y centros de salud?

Abierta.....

7. ¿Cuáles eran las principales demandas sociales sobre la salud pública provincial?

Abierta.....

8. ¿Cuáles son las principales demandas de las organizaciones gremiales de trabajadores y profesionales durante su gestión?

Abierta.....

9. ¿Cuáles son las principales demandas del sector privado de la salud durante su gestión?

Abierta.....

10. ¿Cuáles fueron los principales proyectos de reforma del sector público promovidos durante su gestión?

Abierta .....

11. ¿Cómo fue la relación con el gobierno nacional en materia de salud pública durante su gestión?

Abierta .....

12. ¿Cómo calificaría la participación del gobierno provincial en este proyecto de reforma?

1. Muy alta
2. Alta.
3. Media
4. Baja.
5. Muy baja.
6. NS/NC.

13. ¿Cómo calificaría la participación del gobierno nacional en este proyecto de reforma?

1. Muy alta
2. Alta.

3. Media
4. Baja.
5. Muy baja.
6. NS/NC.

14. ¿Cómo calificaría la participación de los organismos internacionales en el proyecto de reforma?

1. Muy alta
2. Alta.
3. Media
4. Baja.
5. Muy baja.
6. NS/NC.

15. ¿Cuáles fueron los actores políticos, sociales o corporativos que apoyaron el proyecto de reforma?

Abierta.....

16. ¿De qué modo apoyaron el proyecto? ¿Qué recursos pusieron en juego?

Abierta.....

17. ¿Cuáles fueron los actores políticos, sociales o corporativos que se opusieron al proyecto de reforma?

Abierta.....

18. ¿De qué modo se opusieron el proyecto? ¿Qué recursos pusieron en juego?

Abierta.....

19. ¿Cómo calificaría el nivel de apoyo político que recibió el proyecto?

1. Muy alto
2. Alto
3. Medio
4. Bajo
5. Muy bajo
6. NS/NC.

20. ¿El apoyo político a la reforma fue estable o sufrió variaciones en el tiempo? En el supuesto de variaciones: ¿En qué consistieron? ¿cuál considera Ud. fue el motivo de estas variaciones?

Abierta.....

21. ¿Cuáles son los problemas sobre los que se pretendió intervenir con la reforma?

Abierta.....

22. ¿Quiénes participaron de ese diagnóstico de situación que fundamentó la reforma?

Abierta.....

23. ¿Hubo consenso u disenso con respecto a la definición del problema a intervenir? En el supuesto de disenso, ¿Cuáles era las diferentes perspectivas?

Abierta.....

24. ¿Cuáles fue la fuente de las ideas que dieron forma al proyecto de reforma? ¿De dónde se tomaron las ideas para elaborarlo?

1. Internacional
2. Nacional
3. Provincial

25. Según su opinión, ¿la reforma sanitaria fue impuesta por el gobierno nacional o tuvo origen en el gobierno provincial?

1. Impuesta
2. Voluntaria

26. Según su opinión, la reforma fue el resultado de:

1. La iniciativa del gobierno provincial.
2. La iniciativa del gobierno nacional.
3. La iniciativa de los gestores del gabinete de salud.
3. La presión de las organizaciones gremiales, sociales o corporativas.
4. La presión del sector privado.
5. Otra.

26. En el caso de ideas nacidas en el ámbito provincial, ¿podría señalar los motivos que condujeron a adoptar esas ideas de reforma?

Abierta.....

27. ¿Podría identificar cuáles fueron las herramientas más destacadas que incorporó la reforma?

Abierta.....

28. Según su opinión, ¿Cuáles fueron los cambios más importantes que produjo la reforma?

Abierta.....

**APENDICE 2: Tablas y gráficos****Capítulo 2**

Tabla N°1: Numero de senadores, diputados provinciales y electores a gobernador que elegía cada departamento (1937-1943)

Departamentos	Senadores	Diputados	Electores
Belgrano	1	1	2
Caseros	1	2	3
Castellanos	1	3	4
Constitución	1	2	3
Garay	1	1	2
Gral. López	1	2	3
Gral. Obligado	1	1	2
Iriondo	1	2	3
La Capital	1	3	4
Las Colonias	1	3	4
9 de Julio	1	1	2
Rosario	1	10	11
San Cristóbal	1	1	2
San Javier	1	1	2
San Jerónimo	1	2	3
San Justo	1	1	2
San Lorenzo	1	2	3
San Martín	1	2	3
Vera	1	1	2
Total	19	41	60

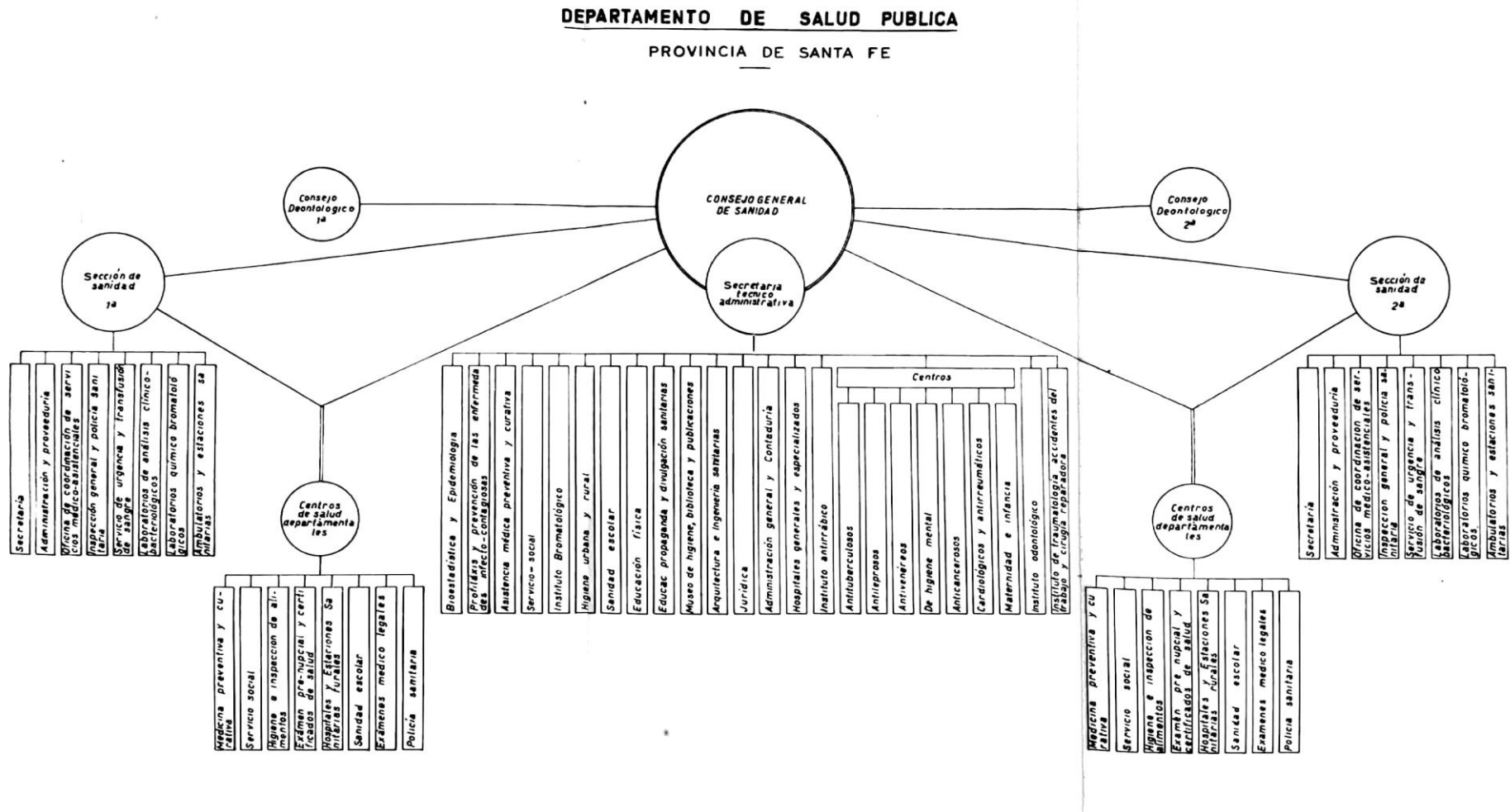
Fuente: Piazzesi, Susana (2009). Conservadores de Provincia.

Tabla N° 2: Resultados en elecciones nacionales y provinciales en Santa Fe (1936-1942)

Elección	Categoría	UCR Santa Fe	UCR Comité Nacional	Partido Demócrata Progresista	Partido Socialista
1936	Dip. Nacionales	31.41%	34.31%	30.61%	–
1937	Gobernador	57.69%	29.54%	9.12%	0.75%
1937	Presidente	64.29%	29.54%	–	1.29%
1938	Dip. Nacionales	60.41%	28.91%	–	3.24%
1938	Dip. y Sen. Prov.	75.35%	–	–	13.12%
1940	Dip. Nacionales	42.10%	48.08%		3.23%
1940	Gobernador	37.51%	32.50%	25.01%	1%
1942	Dip. Nacionales	49.96%	25.13%	16.67%	2.19%
1942	Dip. y Sen. Prov.	73.18%	–	–	

Fuente: elaboración propia en base a Piazzesi, Susana (2009). Conservadores de Provincia.

Gráfico N°1: Estructura del Departamento de Salud Pública de la provincia de Santa Fe (1939)



Fuente: Proyecto de Unificación y Coordinación de los Servicios de Sanidad y Asistencia Médico Social de la provincia (1939).

### Capítulo 3

Tabla N° 6: Resultados en elecciones provinciales en Santa Fe (1958-1942)

Elección	Categoría	UCR Intransigente	UCR del Pueblo	Partido Demócrata Progresista	Partido Laborista	Voto en blanco
1957	Constituyente Nacional	14.81%	21.28%	14.94%	-	31.35%
1958	Gobernador	41.26%	22.96%	17%	-	-
1961	Constituyente Provincial y Gobernador	29%	13.6%	13.4%	24%	3%
1963	Gobernador	17%	22%	17%	-	22%

Fuente: Elaboración propia en base a Macor, Piazzesi y Maina (2010).

Tabla N° 9: Inversiones del Estado Nacional en la estructura sanitaria de Santa Fe entre 1946 y 1955

Año	Localidad	Establecimiento/Inversión
1946	Rafaela	Hospital Jaime Ferré
	Vera	Hospital de Jobson Vera
	Rosario	Instituto de Odontología
1947	Santa Fe	Hospital de Niños "María Eva Duarte de Perón"
	Rafaela	Pabellón para Niños y consultorios Externos en Hospital de Rafaela

Año	Localidad	Establecimiento/Inversión
1948	Santa Fe	Instituto Regional de Oncología
1949	Rosario	Instituto de Cardiología
1950	Esperanza	Hospital de Esperanza (nacionalizado)
	San Cristóbal	Hospital de San Cristóbal (nacionalizado)
	Santa Fe	Centro de Salud
1951	Rosario	Centro Sanitario
	Rosario	Instituto de Hemoterapia del Litoral
1952	Santa Fe	Laboratorio Sanitario de Zona en Departamento de Higiene Experimental de la Facultad de Higiene de Santa Fe
1953	Rosario y Santa Fe	Filial del Servicio Nacional de Extensión Hospitalaria en
	En todos los Hospitales Nacionales del país	Escuela Nacional de Enfermería
	Villa Ester	Servicio de Enfermos Crónicos y de Heine Medin en Hospital de Villa Ester

Año	Localidad	Establecimiento/Inversión
	Rosario	Servicio de Oncología
1954	Santa Fe	Policlínico “Eva Perón”

Fuente: modificado de Arce (2010, 145-146).

Tabla N° 11: Establecimientos sanitarios provinciales incorporados al régimen SAMCO (1967-2005)

SERVICIO	Zona	Fecha	Departamento	Decreto N°
ANGÉLICA, CENTRO DE SALUD	I	05/12/1967	CASTELLANO	9262/1967
ARMINDA, CENTRO DE SALUD	VIII	05/12/1967	ROSARIO	8610/1967
BIGAND, HOSPITAL	VI	30/09/1967	CASEROS	7280/1967
BOMBAY, CENTRO DE SALUD	VIII	11/09/1967	CONSTITUCIÓN	6546/1967
BOUQUET, HOSPITAL	VI	11/09/1967	BELGRANO	6555/1967
BUSTAINZA, CENTRO DE SALUD	VI	17/11/1967	IRIONDO	8608/1967
CAPITÁN BERMÚDEZ, HOSPITAL	VIII	30/09/1967	SAN LORENZO	7279/1967
CONSTANZA, CENTRO DE SALUD	I	11/10/1967	SAN CRISTOBAL	7366/1967
CORONEL BOGADO, CENTRO DE SALUD	VIII	18/09/1967	ROSARIO	6946/1967
DESVÍO ARIJÓN, CENTRO DE SALUD	IV	20/07/1967	SAN JERÓNIMO	5110/1967
ELORTONDO, HOSPITAL	VII	30/09/1967	GRAL. LÓPEZ	7278/1967
FUENTES, CENTRO DE SALUD	VIII	30/09/1967	SAN LORENZO	7283/1967
GENERAL KELLY, CENTRO DE SALUD	VIII	11/09/1967	CONSTITUCIÓN	6550/1967
LABORDEBOY, CENTRO DE SALUD	VII	26/01/1967	GRAL LÓPEZ	217/1967
GODOY, CENTRO DE SALUD	VIII	05/12/1967	CONSTITUCIÓN	9263/1967
J. B. MOLINA, HOSPITAL	VIII	11/09/1967	CONSTITUCIÓN	6551/1967
LANDETA, CENTRO DE SALUD	IV	30/09/1967	SAN MARTIN	7282/1967
LAS ROSAS, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	VI	27/11/1967	BELGRANO	9108/1967

SERVICIO	Zona	Fecha	Departamento	Decreto N°
LOS CARDOS, CENTRO DE SALUD	IV	30/09/1967	SAN MARTIN	7281/1967
MAGGIOLO, HOSPITAL	VII	11/09/1967	GRAL LÓPEZ	6547/1967
MALABRIGO, HOSPITAL	II	20/07/1967	GRAL OBLIGADO	5/07/1967
OLIVEROS, CENTRO DE SALUD	VI	11/09/1967	IRIONDO	6557/1967
PEYRANO, CENTRO DE SALUD	VIII	11/10/1967	CONSTITUCIÓN	7367/1967
PIAMONTE, HOSPITAL	IV	17/11/1967	SAN MARTIN	8609/1967
ROLDÁN, HOSPITAL	VIII	20/07/1967	SAN LORENZO	5106/1967
ROMANG, HOSP BASE REFERENCIAL	III	17/11/1967	SAN JAVIER	8611/1967
SAN FABIÁN, CENTRO DE SALUD	IV	11/09/1967	SAN JERÓNIMO	6549/1967
SAN JERÓNIMO DEL SAUCE, CENTRO DE SALUD	V	11/09/1967	LAS COLONIAS	6548/1967
SAN JERÓNIMO NORTE, CENTRO DE SALUD	V	20/07/1967	LAS COLONIAS	5109/1967
SAN MARIANO, CENTRO DE SALUD	V	31/08/1967	LAS COLONIAS	6136/1967
SAN MARTIN DE LAS ESCOBAS, HOSPITAL	IV	31/08/1967	SAN MARTÍN	6134/1967
SANTO DOMINGO, HOSPITAL	V	20/07/1967	LAS COLONIAS	5108/1967
SERODINO, CENTRO DE SALUD	VI	11/09/1967	IRIONDO	6553/1967
SOLEDAD, CENTRO DE SALUD	V	11/09/1967	SAN CRISTOBAL	6554/1967
VIDELA, CENTRO DE SALUD	V	27/11/1967	SAN JUSTO	9/07/1967
VILLA AMELIA, HOSPITAL	VIII	11/09/1967	ROSARIO	6556/1967
VILLA TRINIDAD, CENTRO DE SALUD	I	11/09/1967	SAN CRISTOBAL	6552/1967
ZENON PEREYRA, CENTRO DE SALUD	I	11/10/1967	CASTELLANOS	7365/1967
ALBARELLOS, CENTRO DE SALUD	VIII	15/04/1968	ROSARIO	1924/1968
ALCORTA, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	VIII	05/03/1968	CONSTITUCIÓN	1154/1968
ALVAREZ, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	VIII	31/07/1968	ROSARIO	3761/1968
AMBROSETTI, CENTRO DE SALUD	I	28/10/1968	SAN CRISTÓBAL	5033/1968
ANDINO, CENTRO DE SALUD	VI	05/03/1968	IRIONDO	1171/1968
	VI	29/03/1968	CASEROS	1557/1968

SERVICIO	Zona	Fecha	Departamento	Decreto N°
AREQUITO, HOSPITAL BASE REFERENCIAL				
ARMSTRONG, HOSPITAL	VI	05/03/1968	BELGRANO	1180/1968
ATALIVA, CENTRO DE SALUD	I	05/03/1968	CASTELLANO	1167/1968
AVELLANEDA, CENTRO DE SALUD	II	14/08/1968	GRAL. OBLIGADO	4079/1968
BERABEVÚ, HOSP. BASE REFERENCIAL	VI	26/01/1968	CASEROS	395/1968
CAÑADA RICA, CENTRO DE SALUD	VIII	14/04/1968	CONSTITUCIÓN	4080/1968
CAÑADA ROSQUÍN, HOSPITAL	IV	14/05/1968	SAN MARTÍN	2356/1968
CARCARAÑA, HOSP. BASE REFERENCIAL	VIII	05/03/1968	SAN LORENZO	1176/1968
COLONIA CASTELAR, CENTRO DE SALUD	IV	15/05/1968	SAN MARTÍN	2365/1968
CARMEN, CENTRO DE SALUD	VII	05/03/1968	GRAL. LÓPEZ	1170/1968
CARRERAS, CENTRO DE SALUD	VII	23/01/1968	GRAL. LÓPEZ	306/1968
CASALEGNO, CENTRO DE SALUD	IV		SAN JERÓNIMO	
CASAS, CENTRO DE SALUD	IV	14/05/1968	SAN MARTÍN	2360/1968
CAYASTÁ, HOSPITAL	III	31/07/1968	GARAY	3762/1968
CEPEDA, CENTRO DE SALUD	VIII	28/10/1968	CONSTITUCIÓN	5036/1968
CENTENO, CENTRO DE SALUD	IV	29/02/1968	SAN JERÓNIMO	1005/1968
CLASSON, CENTRO DE SALUD	VI	10/07/1968	IRIONDO	3340/1968
COLONIAS MACÍAS, HOSPITAL	III	28/10/1968	GARAY	5034/1968
CORONDA, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	IV	29/02/1968	SAN JERÓNIMO	1005/1968
CORONEL ARNOLD, CENTRO DE SALUD	VIII	15/04/1968	SAN LORENZO	1930/1968
CORREA, CENTRO DE SALUD	VI	26/01/1968	IRIONDO	307/1968
CHABÁS, HOSPITAL	VI	05/03/1968	CASEROS	1151/1968
CHAPUY, CENTRO DE SALUD	VII	05/03/1968	GRAL. LÓPEZ	1160/1968
CHOVET, CENTRO DE SALUD	VII	05/03/1968	GRAL. LÓPEZ	1162/1968
DÍAZ, HOSPITAL	IV	15/04/1968	SAN JERÓNIMO	1925/1968

SERVICIO	Zona	Fecha	Departamento	Decreto N°
DIEGO DE ALVEAR, CENTRO DE SALUD	VII	29/03/1968	GRAL. LÓPEZ	1558/1968
EL TREBON, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	IV	14/05/1968	SAN MARTÍN	2366/1968
EMILIA, CENTRO DE SALUD	V	05/03/1968	LA CAPITAL	11/5/1968
FLORENCIA, HOSPITAL	II	15/04/1968	GRA. OBLIGADO	1921/1968
ESTEBAN RAMS, CENTRO DE SALUD	IX	15/04/1968	9 DE JULIO	1923/1968
FRONTERA, CENTRO DE SALUD	I	14/05/1968	CASTELLANOS	23/3/1968
GREGORIA P. DE DENIS, CENTRO DE SALUD EL NOCHERO	IX	14/06/1968	9 DE JULIO	28/5/1968
HUANQUERO, HOSPITAL	I	05/03/1968	SAN CRISTOBAL	11/9/1968
HUGHES, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	VII	05/03/1968	GRAL LÓPEZ	11/8/1968
HUMBERTO PRIMO, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	I	14/05/1968	CASTELLANOS	23/4/1968
JUNCAL, CENTRO DE SALUD	VIII	05/03/1968	CONSTITUCIÓN	11/5/1968
LA SARITA, CENTRO DE SALUD	II	26/01/1968	GRAL OBLIGADO	31/8/1968
LARRECHEA, CENTRO DE SALUD	IV	26/01/1968	SAN JERÓNIMO	30/9/1968
LAS BANDURRIAS, CENTRO DE SALUD	IV	15/04/1968	SAN MARTÍN	19/8/1968
LAS PAREJAS, HOSPITAL	VI	29/03/1968	BELGRANO	15/6/1968
LAS PETACAS, CENTRO DE SALUD	IV	26/01/1968	SAN MARTIN	31/4/1968
LEHMANN, CENTRO DE SALUD	I	14/05/1968	CASTELLANO	23/1/1968
LOGROÑO, HOSPITAL	IX	15/04/1968	9 DE JULIO	19/7/1968
LOS MOLINOS, CENTRO DE SALUD	VI	26/01/1968	CASEROS	31/6/1968
LOS QUINQUINCHOS, HOSPITAL	VI	05/03/1968	CASEROS	11/3/1968
LUCIO V LOPEZ, CENTRO DE SALUD	VI	05/03/1968	IRIONDO	11/3/1968
LUIS PALACIOS – LA SALADA, CENTRO DE SALUD	VIII	14/05/1968	SAN LORENZO	23/2/1968
MARCELINO ESCALADO, CENTRO DE SALUD	V	14/06/1968	SAN JUSTO	28/1/1968
MARGARITA, HOSPITAL	II	10/07/1968	VERA	31/3/1968

SERVICIO	Zona	Fecha	Departamento	Decreto N°
MARÍA JUANA, CENTRO DE SALUD	I	15/04/1968	CASTELLANOS	19/2/1968
MARÍA SUSANA, HOSPITAL	IV	29/03/1968	SAN MARTIN	17/5/1968
MIGUEL TORRES, CENTRO DE SALUD	VII	26/01/1968	GRAL LÓPEZ	31/2/1968
MAXIMO PAZ, HOSPITAL	VIII	10/07/1968	CONSTITUCIÓN	3/2/1968
MONIGOTES, CENTRO DE SALUD	I	17/12/1968	SAN CRISTOBAL	5/9/1968
MONJE, CENTRO DE SALUD	IV	05/03/1968	SAN JERÓNIMO	11/8/1968
MONTES DE OCA, HOSPITAL	VI	05/03/1968	BELGRANO	11/8/1968
PAVÓN ARRIBA, CENTRO DE SALUD	VIII	05/03/1968	CONSTITUCIÓN	11/7/1968
PEDRO GOMEZ CELLO, CENTRO DE SALUD	V	15/04/1968	SAN JUSTO	19/9/1968
PILAR, HOSPITAL GERIÁTRICO	V	28/10/1968	LAS COLONIAS	5/8/1968
POZO BORRADO, CENTRO DE SALUD	IX	15/04/1968	9 DE JULIO	19/2/1968
PUEBLO IRIGOYEN, HOSPITAL	IV	29/02/1968	SAN JERÓNIMO	10/7/1968
PUERTO GRAL SAN MARTIN, CENTRO DE SALUD	VIII	05/03/1968	SAN LORENZO	11/7/1968
PUJATO, CENTRO DE SALUD	VIII	05/03/1968	SAN LORENZO	11/9/1968
RAMAYÓN, CENTRO DE SALUD	V	26/01/1968	SAN JUSTO	3/10/1968
SAA PEREYRA, CENTRO DE SALUD	V	15/04/1968	LAS COLONIAS	19/6/1968
SALTO GRANDE, HOSPITAL	VI	26/01/1968	IRIONDO	31/9/1968
SAN CARLOS CENTRO, HOSP BASE REFERENCIAL	V	30/05/1968	LAS COLONIAS	26/8/1968
SAN EDUARDO, CENTRO DE SALUD	VII	05/03/1968	GRAL LÓPEZ	11/9/1968
SAN GUILLERMO, CENTRO DE SALUD	I	26/01/1968	SAN CRISTOBAL	31/5/1968
SAN JAVIER, HOSP BASE REFERENCIAL	III	29/10/1968	SAN JAVIER	5/3/1968
SAN JERÓNIMO SUD, CENTRO DE SALUD	VIII	14/05/1968	SAN LOREZNO	23/9/1968
SAN MANUEL, CENTRO DE SALUD	II	05/03/1968	GRAL OBLIGADO	11/6/1968
SAN MARTÍN NORTE, CENTRO DE SALUD	V	14/08/1968	SAN JUSTO	4/8/1968
SANCTI SPIRITU, HOSPITAL	VII	26/05/1968	GRAL LÓPEZ	31/3/1968

SERVICIO	Zona	Fecha	Departamento	Decreto N°
SANTA CLARA DE BUENA VISTA, CENTRO DE SALUD	V	05/03/1968	LAS COLONIAS	11/4/1968
SANTA TERESA, CENTRO DE SALUD	VIII	26/01/1968	CONSTITUCIÓN	3/10/1968
SANTO TOME, HOSP BASE REFERENCIAL	V	22/11/1968	LA CAPITAL	5/5/1968
SANTA CLARA DE SAGUIER, HOSPITAL	I	05/03/1968	CASTELLANOS	11/6/1968
SUNCHALES, HOSP BASE REFERENCIAL	I	14/05/1968	CASTELLANOS	23/7/1968
TORTUGAS, CENTRO DE SALUD	VI	05/03/1968	BELGRANO	11/8/1968
TOTORAS, HOSP BASE REFERENCIAL	VI	05/03/1968	IRIONDO	11/2/1968
VILLA ELOÍSA, HOSPITAL	VI	26/01/1968	IRIONDO	30/8/1968
VILLA GOBERNADOR GALVEZ	VIII	18/03/1968	ROSARIO	13/7/1968
VILLA MINETI, HOSP BASE REFERENCIAL	IX	05/03/1968	9 DE JULIO	11/5/1968
WEELWRIGHT, HOSPITAL	VII	10/07/1968	GRAL LÓPEZ	3/9/1968
ZAVALLA, CENTRO DE SALUD	VIII	26/01/1968	ROSARIO	3/11/1968
ACEBAL, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	VIII	05/11/1969	ROSARIO	2/11/1969
ALEJANDRA, HOSPITAL	III	26/03/1969	SAN JAVIER	6/01/1969
ARROYO SECO, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	VIII	10/02/1969	ROSARIO	2/5/1969
BARRANCAS, HOSP BASE REFERENCIAL	IV	21/01/1969	SAN JERÓNIMO	10/8/1969
CALCHAQUÍ, HOSPITAL	II	03/03/1969	VERA	4/6/1969
CARLOS PELLEGRINI, HOSPITAL	IV	23/01/1969	SAN MARTÍN	12/1/1969
CERES, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	I	22/07/1969	SAN CRISTOBAL	16/1/1969
COLONIA ROSAS, CENTRO DE SALUD	I	10/09/1969	SAN CRISTOBAL	20/4/1969
GRUTLY NORTE, CENTRO DE SALUD	V	11/08/1969	LAS COLONIAS	16/7/1969
HERSILIA, HOSPITAL	I	25/04/1969	SAN CRISTOBAL	8/2/1969
LAGUNA PAIVA, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	V	22/07/1969	LA CAPITAL	16/2/1969
LANTERI, HOSPITAL	II	14/07/1969		14/7/1969

SERVICIO	Zona	Fecha	Departamento	Decreto N°
			GRAL OBLIGADO	
LAS TOSCAS, HOSPITAL	II	27/06/1969	GRAL OBLIGADO	26/8/1969
LOS AMORES, HOSPITAL	II	27/10/1969	VERA	26/7/1969
MARÍA LUISA, CENTRO DE SALUD	V	22/05/1969	LAS COLONIAS	10/5/1969
MARÍA TERESA, HOSPITAL	VII	23/06/1969	GRAL LÓPEZ	6/02/1969
SAN GENARO NORTE, CENTRO DE SALUD	IV	05/11/1969	SAN JERÓNIMO	26/5/1969
SAN JOSÉ DE LA ESQUINA, HOSPITAL	VI	27/11/1969	CASEROS	28/9/1969
SAN VICENTE, HOSPITAL	I	18/09/1969	CASTELLANOS	21/5/1969
SANTA ROSA, HOSP BASE REFERENCIAL	III	10/02/1969	GARAY	23/6/1969
SANTA MARGARITA, CENTRO DE SALUD	IX	27/10/1969	9 DE JULIO	26/9/1969
VERA Y PINTADO, HOSPITAL	V	02/04/1969	SAN JUSTO	6/2/1969
TRAIL, CENTRO DE SALUD	IV	05/03/1969	SAN MARTIN	11/4/1969
VILLA CAÑAS, HOSPITAL	VII	25/04/1969	GRAL LÓPEZ	8/1/1969
ARRUFÓ, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	I	21/05/1970	SAN CRISTÓBAL	10/2/1970
CAYASTACITO, CENTRO DE SALUD	V	22/09/1970	SAN JUSTO	22/5/1970
EUSEBIA Y CAROLINA, CENTRO DE SALUD	I	20/07/1970	CASTELLANOS	1691/1970
INTIYACO, HOSPITAL	II	27/02/1970	VERA	438/1970
LA PELADA, HOSPITAL	V	17/11/1970	LAS COLONIAS	2948/1970
LÓPEZ, HOSPITAL	IV	16/10/1970	SAN JERÓNIMO	2514/1970
RAFAELA, HOSPITAL FERRER	I	08/06/1970	CASTELLANOS	1120/1970
RUFINO, HOSP BASE REFERENCIAL	VII	29/07/1970	GRAL LÓPEZ	1830/1970
TEODOLINA, HOSP BASE REFERENCIAL	VII	21/05/1970	GRAL LÓPEZ	1041/1970
ARROYO AGUIAR, CENTRO DE SALUD	V	28/09/1971	LA CAPITAL	2411/1971
CAMPO HARDY, CENTRO DE SALUD	II	22/09/1971	GRAL. OBLIGADO	2278/1971

SERVICIO	Zona	Fecha	Departamento	Decreto N°
COLONIA BELGRANO, CENTRO DE SALUD	IV	13/09/1971	SAN MARTÍN	2183/1971
LOS LAURELES, CENTRO DE SALUD	II	13/09/1971	GRAL OBLIGADO	2185/1971
SAN FRANCISCO DE SANTA FE, CENTRO DE SALUD	VII	18/11/1971	GRAL LÓPEZ	2819/1971
SAN GREGORIO, HOSPITAL	VII	27/10/1971	GRAL LÓPEZ	2644/1971
ARTEAGA, HOSPITAL	VI	25/04/1972	CASEROS	754/1972
CRISPI, CENTRO DE SALUD	IV	21/09/1972	SAN MARTÍN	2016/1972
GESSLER, CENTRO DE SALUD	IV	21/07/1972	SAN JERÓNIMO	1477/1972
PUERTO GARABATO, HOSPITAL	IV	08/09/1972	SAN JERÓNIMO	1800/1972
SAN JOSÉ DEL RINCON, CENTRO DE SALUD	V	09/06/1972	LA CAPITAL	1153/1972
SASTRE, HOSPITAL	IV	18/09/1972	SAN MARTÍN	1988/1972
SUARDI, HOSPITAL	I	29/05/1972	SAN CRISTOBAL	1070/1972
TOSTADO, HOSP BASE REFERENCIAL	IX	29/05/1972	9 DE JULIO	1062/1972
LA CRIOLLA, CENTRO DE SALUD	V	16/08/1973	SAN JUSTO	815/1973
SAN CARLOS NORTE, CENTRO DE SALUD	V	05/04/1973	LAS COLONIAS	865/1973
SAN CARLOS SUD, CENTRO DE SALUD	V	12/12/1973	LAS COLONIAS	2343/1973
SARMIENTO, HOSPITAL	V	19/12/1973	LAS COLONIAS	2425/1973
VILLA MUGUETA, HOSPITAL	VIII	14/05/1973	SAN LORENZO	1319/1973
GODEKEN, HOSPITAL	VI	16/07/1974	CASEROS	2120/1974
RAMONA, CENTRO DE SALUD	I	15/05/1974	CASTELLANOS	1339/1974
LA RUBIA, CENTRO DE SALUD	I	08/01/1976	SAN CRISTOBAL	57/1976
FELICIA, CENTRO DE SALUD	V	04/09/1977	LAS COLONIAS	4193/1977
LA GALLARETA, HOSPITAL	II	16/08/1977	VERA	2849/1977
SAN JUSTO, HOSP BASE REFERENCIAL	V	14/11/1977	SAN JUSTO	4296/1977
VILLA OCAMPO, HOSP BASE REFERENCIAL	II	23/05/1977	GRAL OBLIGADO	1668/1977
GATO COLORADO, CENTRO DE SALUD	IX	07/06/1979	9 DE JULIO	1559/1979
IBARLUCEA, CENTRO DE SALUD	VIII	01/02/1979	ROSARIO	329/1979

SERVICIO	Zona	Fecha	Departamento	Decreto N°
VILLA ANA, HOSPITAL	II	11/07/1979	GRAL OBLIGADO	2784/1979
VILLA GUILLERMINA, HOSPITAL	II	05/10/1979	GRAL OBLIGADO	3057/1979
ESPERANZA, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	V	27/10/1980	LAS COLONIAS	3752/1980
AMENABAR, CENTRO DE SALUD	VII	02/08/1982	GRAL. LÓPEZ	3106/1982
EGUSQUIZA, CENTRO DE SALUD	I	17/09/1982	CASTELLANOS	2975/1982
EMPALME V. CONSTITUCIÓN, CENTRO DE SALUD	VIII	11/10/1982	CONSTITUCIÓN	3368/1982
PUEBLO MUÑOZ, CENTRO DE SALUD	VIII	20/07/1982	ROSARIO	2084/1982
SAN CRISTÓBAL, HOSP BASE REFERENCIAL	I	26/08/1983	SAN CRISTOBAL	3480/1983
GALVEZ, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	IV	17/05/1984	SAN JERÓNIMO	1628/1984
FIRMAT, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	VII	28/10/1985	GRAL LÓPEZ	1431/1985
GARABATO, HOSPITAL	II	21/01/1985	VERA	128/1985
GOBERNADOR CRESPON, HOSPITAL BASE REFERENCIAL	V	12/02/1985	SAN JUSTO	247/1985
SAN GENARO, HOSP BASE REFERENCIAL	IV	12/02/1985	SAN JERÓNIMO	248/1985
VENADO TUERTO, HOSP BASE REFERENCIAL "A GUTIERREZ"	VII	28/11/1985	GRAL LÓPEZ	1432/1985
VILLADA, CENTRO DE SALUD	VI	16/12/1985	CASEROS	2026/1985
CHISTOPHERSEN, CENTRO DE SALUD	VII	30/12/1986	GRAL. LÓPEZ	5013/1986
FRAY LUIS BELTRÁN, CENTRO DE SALUD	VIII	04/09/1986	SAN LORENZO	2892/1986
GENERAL LAGOS, CENTRO DE SALUD	VIII	15/07/1986	ROSARIO	2220/1986
PRESIDENTE ROCA, CENTRO DE SALUD	I	27/02/1986	CASTELLANOS	378/1986
CAÑADA DE UCLE, CENTRO DE SALUD	VII	30/01/1987	GRAL. LÓPEZ	196/1987
LA LUCILA, CENTRO DE SALUD	I	26/02/1987	SAN CRISTOBAL	412/1987
	VI	27/07/1988	SAN JERÓNIMO	2352/1988

SERVICIO	Zona	Fecha	Departamento	Decreto N°
BERNARDO DE IRIGOYEN, CENTRO DE SALUD				
COLONIA SILVA, CENTRO DE SALUD	V	27/06/1988	SAN JUSTO	2351/1988
CURUPAYTÍ, CENTRO DE SALUD	I	01/02/1988	SAN CRISTOBAL	186/1988
CHAÑAR LADEADO, HOSPITAL	VI	25/01/1988	CASEROS	111/1988
MOISES VILLE, HOSPITAL	I	28/10/1988	SAN CRISTOBAL	5037/1988
PLAZA CLUCELLAS, CENTRO DE SALUD	I	21/12/1988	CASTELLANOS	5564/1988
SAN AGUSTÍN, CENTRO DE SALUD	V	22/09/1988	LAS COLONIAS	4130/1988
TIMBÚES, CENTRO DE SALUD	VIII	14/06/1988	SAN LORENZO	2120/1988
VIRGINIA, CENTRO DE SALUD	I	07/11/1988	CASTELLANOS	4735/1988
HUMBOLDT, CENTRO DE SALUD	V	29/03/1989	LAS COLONIAS	1112/1989
SAGUIER, CENTRO DE SALUD	I	29/12/1989	CASTELLANOS	5558/1989
SAN AGUSTÍN, CENTRO DE SALUD	I	13/07/1990	CASTELLANOS	2137/1990
FORTÍN OLMOS, HOSPITAL	II	04/07/1991	VERA	2486/1991
LOMA ALTA, CENTRO DE SALUD	IV	01/10/1991	SAN JERÓNIMO	2485/1991
SANTA FE, CENTRO DE SALUD DE BARRIO EL POZO	V	18/10/1991	LA CAPITAL	4592/1991
LA PENCA Y CARAGUATÁ, CENTRO DE SALUD	V	26/10/1992	SAN JUSTO	3523/1992
MATILDE, CENTRO DE SALUD	V	03/06/1992	LAS COLONIAS	1633/1992
PUEBLO ESTHER, CENTRO DE SALUD	VIII	15/05/1992	ROSARIO	1456/1992
VILA, CENTRO DE SALUD	I	19/03/1992	CASTELLANOS	721/1992
PROVIDENCIA, CENTRO DE SALUD	V	12/02/1993	LAS COLONIAS	1859/1993
ESTACIÓN CLUCELLAS, CENTRO DE SALUD	I	19/05/1995	CASTELLANOS	1060/1995
LA VANGUARDIA, CENTRO DE SALUD	VIII	17/04/1995	CONSTITUCIÓN	776/1995
PROGRESO, CENTRO DE SALUD	V	17/07/1995	LAS COLONIAS	1649/1995
GARIBALDI, CENTRO DE SALUD	I	12/12/1996	CASTELLANOS	1923/1996
MONTE VERA, CENTRO DE SALUD	V	30/12/1997	LA CAPITAL	2848/1997
LLAMBI CAMPBELL, CENTRO DE SALUD	V	28/12/1998	LA CAPITAL	3256/1998

SERVICIO	Zona	Fecha	Departamento	Decreto N°
NELSON, CENTRO DE SALUD	V	30/04/1998	LA CAPITAL	767/1998
SARGENTO CABRAL, CENTRO DE SALUD	VIII	25/03/1998	CONSTITUCIÓN	443/1998
RUEDA, CENTRO DE SALUD	VIII	07/06/1999	CONSTITUCIÓN	1267/1999
SAN EUGENIO, CENTRO DE SALUD	IV	17/07/2000	SAN JERÓNIMO	1986/2000
MURPHY, CENTRO DE SALUD	VII	06/09/2001	GRAL LÓPEZ	2495/2001
AROCENA, CENTRO DE SALUD	IV	20/11/2003	SAN JERÓNIMO	4027/2003
JOSEFINA, CENTRO DE SALUD	I	03/06/2003	CASTELLANOS	1499/2003
SANFORD	VI	06/07/2004	CASEROS	1260/2004
VILLA SARALEGUI, CENTRO DE SALUD	I	09/06/2004	SAN CRISTOBAL	1049/2004
MELINCUÉ, CENTRO DE SALUD	VII	03/02/2005	GRAL LÓPEZ	137/2005
SAN BERNARDO, CENTRO DE SALUD	IX	21/11/2005	9 DE JULIO	2897/2005
TARTAGAL, CENTRO DE SALUD	II	14/02/2005	VERA	253/2005
VILLA CONSTITUCIÓN, HOSP BASE REFERENCIAL	VIII		CONSTITUCIÓN	

Fuente: Elaboración propia en base a documentos oficiales.

## Capítulo 4

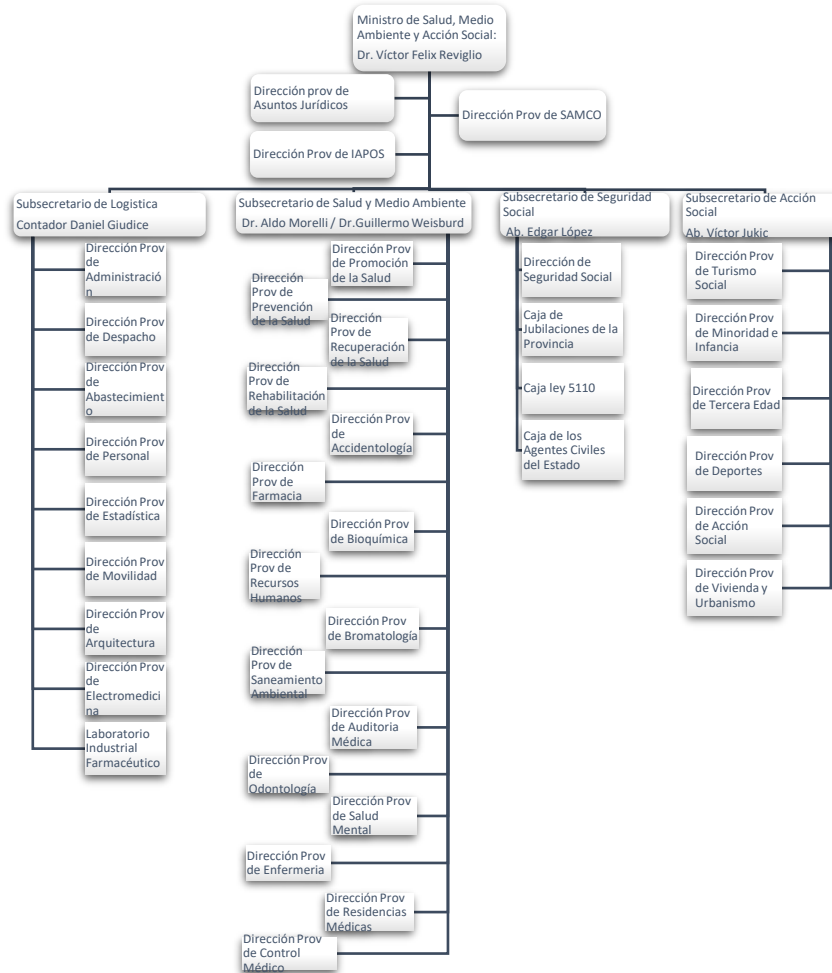
---

Tabla N° 12: Resultados en elecciones nacionales y provinciales en Santa Fe (1983-1989)

Año Elección	Categoría	PJ	UCR
1983	Presidente y Vice	42,94	50,21
1983	Dip. Nacionales	41,34	46,42
1983	Gobernador y DP	41,41	40,32
1985	Dip. Nacionales	34,82	39,64
1987	Dip. Nacionales	42,21	26,91
1987	Gobernador y DP	44,11	28,01
1989	Presidente y Vice	51,95	33,32
1989	Dip. Nacionales	48,01	28,41
1991	Dip. Nacionales	34,92	27,14
1991	Gobernador y DP	46,83	40,54

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Tribunal Electoral provincial

Gráfico N°3: Organigrama del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la provincia en 1983



Fuente: Elaboración propia en base a decretos del Poder Ejecutivo

## Capítulo 5

---

Tabla N° 16: Resultados en elecciones a intendente y concejales en Rosario (1989-2001)

Elección	Categoría	PSP <sup>192</sup>	PJ
1989	Intendente	38,6	34,8
1991	Intendente	32	44,3
1993	Concejales	33,8	32,34
1995	Intendente	56,9	41,4
1997	Concejales	55,4	26
1999	Intendente	63,5	35,5
2001	Concejales	29,51	24,28
2003	Intendente	33,03	31,77

Fuente: elaboración propia en base a datos del Tribunal Electoral de Santa Fe.

---

<sup>192</sup> En 1989 el Partido Socialista Popular formó la alianza electoral Unidad Socialista; en 1991 y 1993 concurrió a las elecciones como Alianza Honestidad Trabajo y Eficiencia; y a partir de 1995 formó la Alianza Santafecina junto a la Unión Cívica Radical (UCR).

Tabla N° 17: Evolución de las Necesidades Básicas Insatisfechas en la provincia de Santa Fe y en Rosario (1991 – 2001)

	% Población con NBI		Variación	% Hogares con NBI		Variación
	1991	2001		1991	2001	
Rosario	17	14.7	-13.5	13.8	11.8	- 14.5
Provincia	17.5	14.8	-15.4	14	11.9	- 15
Total País	19.9	17.7	-11	16.5	14.3	- 13.3

Fuente: Elaboración propia en base a CNPyV 1991 y 2001

Tabla N° 18: Evolución del desempleo en el Gran Rosario y Gran Santa Fe entre 1980 y 2002

Año	Mes	Gran Rosario	Gran Santa Fe
<b>1980</b>	Mayo	4,3	3,4
	Octubre	2,4	4,1
<b>1981</b>	Mayo	4,9	4,8
	Octubre	6,5	8,3
<b>1982</b>	Mayo	8,4	10,7
	Octubre	8,0	9,0
<b>1983</b>	Mayo	6,3	9,1
	Octubre	(.)	(.)
<b>1984</b>	Mayo	6,8	10,6
	Octubre	6,2	8,6
<b>1985</b>	Mayo	10,9	7,6
	Octubre	10,2	10,5
<b>1986</b>	Mayo	6,8	11,8
	Octubre	7,2	9,6
<b>1987</b>	Mayo	7,3	11,0
	Octubre	8,3	8,6

Año	Mes	Gran Rosario	Gran Santa Fe
<b>1988</b>	Mayo	7,8	10,7
	Octubre	7,4	10,6
<b>1989</b>	Mayo	14,2	15,2
	Octubre	7,4	9,6
<b>1990</b>	Mayo	10,4	10,6
	Octubre	6,5	11,1
<b>1991</b>	Mayo	10,9	14,5
	Octubre	9,4	11,2
<b>1992</b>	Mayo	10,1	9,5
	Octubre	8,5	12,3
<b>1993</b>	Mayo	10,8	13,5
	Octubre	11,8	14,9
<b>1994</b>	Mayo	13,1	16,9
	Octubre	12,4	15,4
<b>1995</b>	Mayo	20,9	20,9
	Octubre	18,1	20,6
<b>1996</b>	Mayo	19,7	21,2
	Octubre	18,2	16,7
<b>1997</b>	Mayo	16,1	18,4
	Octubre	13,2	16,2
<b>1998</b>	Mayo	13,8	15,5
	Agosto	11,7	15,4
	Octubre	13,5	13,5
<b>1999</b>	Mayo	14,9	16,9
	Agosto	17,6	15,5
	Octubre	16,8	13,4
<b>2000</b>	Mayo	18,5	16,1
	Octubre	17,8	15,7
<b>2001</b>	Mayo	20,1	16,5
	Octubre	22,8	20,3
<b>2002</b>	Mayo	24,3	23,4
	Octubre	19,0	20,1

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC/IPEC

Tabla N° 23: Evolución de la pobreza e indigencia en Rosario entre 1991-2001

Año	Pobreza		Indigencia
	Individuos	Hogares	
1991	36	28	7,3
1992	34	26	7
1993	32	24	6,5
1994	31	23	6
1995	30	22	10,2
1996	33	23	9,16
1997	34	24	9,16
1998	32	22	8,89
1999	28,5	19	5,81
2000	33	24	8,18
2001	36	27	14,6
2002	56	45	28

Fuente: Elaboración propia en base a documentos institucionales.

### APENDICE 3: Hitos políticos y medidas sectoriales

**Cuadro N° 1: Hitos políticos nacionales, provinciales y reformas sectoriales, provincia de Santa Fe, 1889-1995**

Año	Hito político nacional	Hito político provincial	Medidas nacionales vinculadas	Medidas sectoriales nacionales	Medidas sectoriales provinciales
1868					Creación de los Consejos de Higiene
1869					Consejo General de Higiene
1900				Constitución Provincial (Delegación a municipios)	
1919					Creación de la Facultad de Ciencias Médicas (UNL)
1929					Ley Orgánica de Municipalidades (ratifica la delegación municipal en materia sanitaria)
1930	Golpe de Estado. Asume José Félix Uriburu.				
1932	Asume Agustín P. Justo la presidencia	Asume Luciano Molina (1932 – 1935)		Se pone en vigencia la Constitución de 1921	Ley 2287 - Crea la Dirección General de Higiene
1935			Intervención Federal sobre Santa Fe – se suspende la		

<b>Año</b>	<b>Hito político nacional</b>	<b>Hito político provincial</b>	<b>Medidas nacionales vinculadas</b>	<b>Medidas sectoriales nacionales</b>	<b>Medidas sectoriales provinciales</b>
			Constitución del 21 y se restaura la de 1900		
1937		Asume Manuel de Iriondo (UCR) (1937-41)			
1938	Asume Roberto Marcelino Ortiz la presidencia				Ley 2608 - Asistencia Hospitalaria y Social
1939					Ley 2858 - Crea Departamento de Salud Pública
1941		Asume Joaquín Argonz (UCR) (1941-43)			Primer Ministerio de Salud Pública y Trabajo del país - Abelardo Irigoyen Freyre como ministro
1942	Asume Ramón Castillo la presidencia				
1943	Golpe de Estado. Asume Pedro Ramírez la presidencia				
1944	Asume Edelmiro Julián Farrell la presidencia				
1943					

<b>Año</b>	<b>Hito político nacional</b>	<b>Hito político provincial</b>	<b>Medidas nacionales vinculadas</b>	<b>Medidas sectoriales nacionales</b>	<b>Medidas sectoriales provinciales</b>
				Creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (pocos meses después) Dirección Nacional de Salud Pública	
1946	Asume Juan Domingo Perón la presidencia	Se suicidia el gobernador electo Meiners y asume Waldino Suarez		Creación de la Secretaría de Salud Pública Ley 10.019 Construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (83.400 camas)	
1947			Primer Plan Quinquenal 1947/1951. (Visión centralizada y articulada del sector bajo la órbita nacional)	Ley 13.012 para elaborar un Proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social. Creación del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social. Sanción: 12/09/1947; Boletín Oficial 16/10/1947 No llegó a elaborarse por parte del ejecutivo	
1948				Creación de la Fundación Ayuda Social María Eva Duarte de Perón	
1949	Sanción de la CONSTITUCION DE 1949	Asume Caesar (interventor)	Intervención Federal de la provincia	Creación del Ministerio de Salud Pública	Decreto N° 05478 y 3489 crean el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Ley 3950 crea los Colegios Profesionales del Arte de Curar Decreto 03155 establece el Reglamento general de Hospitales

<b>Año</b>	<b>Hito político nacional</b>	<b>Hito político provincial</b>	<b>Medidas nacionales vinculadas</b>	<b>Medidas sectoriales nacionales</b>	<b>Medidas sectoriales provinciales</b>
1952		Asume Carcamo y Roulet	Segundo Plan Quinquenal 1952/57 (confirma papeles mutuales en atención a la salud)		
1954				Reorganización ministerial en el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación	
1955	Golpe de Estado. Asume E. Lonardi / P. Aramburu	Intervención federal	Derogación de la Constitución de 1949	Creación del Ministerio de Asistencia Social	
1956			Derogación Constitución 1949. Regreso a Cons. 1953 (Art. 14bis)	Disolución del Ministerio de Asistencia Social Informe OPS. Primera transferencia de hospitales a provincias que posteriormente se retrotrae a la nación.	
1958	Asume Arturo Frondizi	Asume Silvestre Begnis (UCRI)		Creación del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública	
1960				Creación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)	
1961					ley 5502 - Chagas Mazza / Creación del Centro Nacional de Lucha Antituberculosa (Recreo)

<b>Año</b>	<b>Hito político nacional</b>	<b>Hito político provincial</b>	<b>Medidas nacionales vinculadas</b>	<b>Medidas sectoriales nacionales</b>	<b>Medidas sectoriales provinciales</b>
1962	Golpe de Estado. Asume José María Guido	Constitución de 1962 - Intervención Federal		Transferencia de hospitales a provincias de Santa Cruz, Formosa, Tucumán y Córdoba (Ley de Presupuesto)	
1963	Asume Arturo Illia	Asume Aldo Tessio			
1966	Golpe de Estado. Asume Onganía	Asume el Contralmirante Eleodoro Sánchez Lahoz		Creación del Ministerio de Bienestar Social ey 17.102/77 Creación de Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad Sanción: 30/12/1966; Promulgación: 30/12/1966; Boletín Oficial 20/01/1967 SAMIC	
1967		Asume Alte. Eladio Modesto Vásquez			1967 - Ley 6312_67 - Ley SAMCO / Decreto Reglamentario 04321/67
1968				Ley 18.610 de Obras Sociales que hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad	
1970	Asume R. Levingston (de facto)	Asume el Gral. Guillermo Rubén Sánchez Almeyra		Ley n° 18586, de 06 de febrero de 1970 Organismos y funciones nacionales existentes en territorios provinciales; autorización al Poder Ejecutivo para transferirlos a las provincias. Sanción: 06/02/1970; Promulgación: 06/02/1970; Boletín Oficial 26/02/1970	

<b>Año</b>	<b>Hito político nacional</b>	<b>Hito político provincial</b>	<b>Medidas nacionales vinculadas</b>	<b>Medidas sectoriales nacionales</b>	<b>Medidas sectoriales provinciales</b>
				Creación del INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales)	
1971	Asume Lanusse (de facto)			Ley n° 19032, de 13 de mayo de 1971. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; creación. Sanción: 13/05/1971; Promulgación: 13/05/1971; Boletín Oficial 28/05/1971 Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)	Se constituye la comisión ad hoc para elaborar un nuevo reglamento general de hospitales
1972				Ley 19337 - transformación de establecimientos hospitalarios y psiquiátricos en organismos de carácter descentralizado 1972 - ley 19968 Programa anti sarampión	
1973	Restauración democrática. Asume Cámpora la presidencia Asume Juan Domingo Perón la presidencia	Carlos Sylvestre Begnys y Eduardo Cuello	Plan Trienal 1973 1973 - ley 20445 - Programa Maternidad y Minoridad		
1974	Asume I. Martínez de Perón			Ley 20.748/74 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Se implementa en Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis). Exceptúa a las obras sociales a participar	

<b>Año</b>	<b>Hito político nacional</b>	<b>Hito político provincial</b>	<b>Medidas nacionales vinculadas</b>	<b>Medidas sectoriales nacionales</b>	<b>Medidas sectoriales provinciales</b>
1975					Ley 7730 – Vacunas Ley 7754 - Asistentes sociales
1976	Golpe de Estado. Asumen Videla, Massera y Agosti	Se destituye a Silvestre Begnis			
1977		Asume el Coronel González la gobernación.		Decreto n° 2935, de 26 de setiembre de 1977 Servicios sociales; Nomenclatura Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales; aprobación. Fecha de emisión: 26/09/1977; Publicado en: Boletín Oficial 29/09/1977	
1977		Asume el Vicealmirante Desimoni			
1978				1978 - ley 21883 - Convenio con las provincias para transferencia de establecimientos hospitalarios	
1979				Ley 22.105. Trabajo-actividad gremial-asociaciones gremiales de trabajadores Ley de asociaciones gremiales de trabajadores. 15 de noviembre de 1979. (boletín oficial, 20 de noviembre de 1979 )	
1980				Ley 22127 - Sistema Nacional de Residencias en Salud	

<b>Año</b>	<b>Hito político nacional</b>	<b>Hito político provincial</b>	<b>Medidas nacionales vinculadas</b>	<b>Medidas sectoriales nacionales</b>	<b>Medidas sectoriales provinciales</b>
				Ley 22269 - obras sociales Ley 22360 - programa Chagas	Decreto 3991 - programa atención primaria de la salud decreto 1671 - chagas maza
1981	R. Viola / L. Galtieri (de facto)			Creación del Ministerio de Acción Social 1981 - 22373 - Consejo Federal de Salud 1981 - 22370 - Trasfiere a las provincias la lucha por el mal de Chagas	
1982	Guerra de Malvinas Asume R. Bignone (de facto)				2186 - Programa APS ampliación de partidas 3967 - Programa de Salud Único 1983
1983	Restauración democrática. Triunfo de Ricardo Alfonsín. Asume el 10/12/1983	Asume José María Vernet		1983 - 132 - Ley orgánica de ministerios 1983 - 22779 Convenio Chagas con Jujuy 1983 - 22953 - Rabia 1983 - 22964 - lepra 1983 - 22990 - Ley de Sangre 1983 - 22914 - Régimen de internación en establecimientos 1983 - 22909 - Ley de vacunación obligatoria  Ley 132 - Creación del Ministerio de Salud y Acción Social	Asume Víctor Felix Reviglio como Ministro de Salud, Acción Social y Medio Ambiente  Ley 9282 - Profesionales de la sanidad Ley 9325 Discapacidad Ley 9604 - Modificatoria 5110
					9529 - Sistema provincial de Residencias

<b>Año</b>	<b>Hito político nacional</b>	<b>Hito político provincial</b>	<b>Medidas nacionales vinculadas</b>	<b>Medidas sectoriales nacionales</b>	<b>Medidas sectoriales provinciales</b>
1984			23056 - Programa alimentario Nacional	23102 - Fondo de Asistencia en Medicamentos	9538 - Ejercicio profesional de la psicología 9597 - Propaganda medica 9479 - Caja de asistencia social - sorteo inundaciones
1985					9799 - Instituto de Administración Publica 9822 - Recupero de las erogaciones por atención de particulares en hospitales 9847 - Régimen habilitación centros asistenciales 9840 - (modifica la 9288 IAPOS) 9945 / Agentes comunitarios
1987	Triunfo del Partido Justicialista en las elecciones legislativas nacionales	Triunfo de Víctor Reviglio en las elecciones a gobernador			Asume Guillermo Weisbug como ministro de salud y medio ambiente
1988				Ley 23.660/88 Ley de obras sociales-obras sociales - aportes a obras sociales contribuciones a obras sociales- dirección nacional de obras sociales  Ley 23.661 Sistema Nacional del Seguro de Salud Creación.	Ley 10288 - Prohibición Plus

<b>Año</b>	<b>Hito político nacional</b>	<b>Hito político provincial</b>	<b>Medidas nacionales vinculadas</b>	<b>Medidas sectoriales nacionales</b>	<b>Medidas sectoriales provinciales</b>
			Ley de Coparticipación Nacional 23.548	Ambito de aplicación. Beneficiarios. Administración del Seguro. Agentes del Seguro. Financiación. Prestaciones del Seguro. Jurisdicción, infracciones y penalidades. Participación de las Provincias. Disposiciones transitorias. Sanción: 29/12/1988; Promulgación: 05/01/1989; Boletín Oficial 20/01/1989 Reglamentación: Decreto 576/1993 (B. O. 07/04/1993)	
1989	Crisis de hiperinflación / saqueos  Asume Carlos Menem la presidencia de la Nación	Antonio Vanrell es destituido por juicio político en 1989 acusado de irregularidades administrativas  Triunfo del PJSF en las elecciones legislativas nacionales  Derrota del PJSF en las elecciones a intendente en Rosario y Santa Fe	Ley 23.696 ley de Reforma del Estado y Emergencia Económica		Gabinete de Emergencia Sanitaria  Asume González Brunet el ministerio de salud.  Plan de Emergencia Sanitaria
	Crisis hiperinflación				

<b>Año</b>	<b>Hito político nacional</b>	<b>Hito político provincial</b>	<b>Medidas nacionales vinculadas</b>	<b>Medidas sectoriales nacionales</b>	<b>Medidas sectoriales provinciales</b>
1990		<p>ley de Emergencia Económica provincial (10472)</p> <p>Cambio de Gabinete provincial</p> <p>Sanción de la ley de lemas</p>			<p>Asume Juan Carlos David el ministerio de salud</p> <p>Fondo de Asistencia para la Salud Pública (ley 10520)</p>
1991	<p>Plan de Convertibilidad</p> <p>Elecciones Legislativas</p>	<p>Triunfo del PJSF en las elecciones legislativas nacionales</p> <p>Triunfo de Carlos Reutemann en las elecciones a gobernador</p> <p>Intervención del PJSF</p>		<p>Ley 24.049 de descentralización de los servicios sociales</p> <p>Decreto 1564 - Descentralización establecimientos</p>	<p>Ley de Descentralización Hospitalaria</p> <p>Ley Salud Mental (10772)</p>
1992			<p>Pacto Fiscal (ley 24.130)</p> <p>Decreto 163 - régimen de transferencias financieras a las provincias</p>	<p>Ley 24.061 de Transferencias de Hospitales a la órbita provincial</p> <p>Dec. 1269/92 Definición de políticas sustantivas e instrumentales (se redefine el rol del Msa) fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización actuando concertada y coordinadamente con los Estados Provinciales</p>	<p>Asume J. C. Bossio la Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud</p>

Año	Hito político nacional	Hito político provincial	Medidas nacionales vinculadas	Medidas sectoriales nacionales	Medidas sectoriales provinciales
				<p>Res. 432/92 Creación del Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Decreto 1424/97 y 939/00</p> <p>Acuerdo federal de políticas de salud" / COFESA/ Decreto 1269/92 que estableció las "Políticas sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud" (entonces parte del Ministerio de Bienestar Social)</p> <p>Decreto n° 576, de 01 de abril de 1993. Reglamentación del sistema de Obras Sociales y del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Fecha de Emisión: 01/04/1993; Deroga los Decretos 358/1990 y 359/1990</p> <p>Ley de Presupuesto 24.061/92. Se concretó la transferencia de los últimos hospitales públicos nacionales hacia las jurisdicciones de asiento.</p> <p>Decreto 251 - Declaración de emergencia sanitaria</p> <p>Decreto 1490 - Creación ANMAT</p>	

<b>Año</b>	<b>Hito político nacional</b>	<b>Hito político provincial</b>	<b>Medidas nacionales vinculadas</b>	<b>Medidas sectoriales nacionales</b>	<b>Medidas sectoriales provinciales</b>
1993	Elecciones legislativas nacionales		Pacto Fiscal (ley 24.307)	Decreto 9/93 Libre elección de obras sociales  Decreto de Creación del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (Dec. 578/93)  Formulación del PRESALL (Programa de Reformas del Sector Salud) (BIRF)  Decreto 443/93 Creación Programa PROMIN	11073 - PROMIN (Programa Materno Infantil)
1994	Pacto de Olivos  Reforma de la Constitución Nacional				Expropiación hogar de niños Sta Fe (11130)
1995	Asume Carlos Menem su segundo período en la presidencia de la Nación	Triunfo de Carlos Reutemann (PJSF) en las elecciones a senador nacional Asume Jorge Obeid la gobernación	Decreto 292 – Reducción de aportes patronales - Distribución Fondo Redistribución	Programa de Reformas de Sistemas de Seguros de Salud, PRESSAL) (BIRF 3831-AR) (1995 – 2000)  24455 - OBRAS SOCIALES – SIDA	Convenio con Nación Asistencia técnica para la Reforma del Ministerio de Salud (11277)  Donación de órganos (11264)