

PERSPECTIVAS

¿Existe un “cordobesismo” sanitario?

Por Iván Ase (*) y Jacinta Burijovich (**)

Los últimos 23 años del gobierno provincial estuvieron marcados por la alternancia de José Manuel De la Sota y Juan Schiaretti como gobernadores. Ase y Burijovich se enfocan en un análisis de la política sanitaria en Córdoba y plantean sus principales rasgos: descentralización de servicios de salud, presupuesto ajustado, modelo hospitalo-céntrico, modernización administrativa, precarización laboral y desatención a la salud mental. El “cordobesismo”, sostienen en el artículo, es un modelo que a pesar de sus éxitos políticos, merece ser evaluado con rigurosidad en cuanto a sus resultados sanitarios y la calidad de servicios. Un modelo que, cuando estas reflexiones se están publicando, parecería empezar a resquebrajarse a partir de la tragedia del Hospital Materno Neonatal de la ciudad de Córdoba.

Con espíritu de refundación

El 12 de julio de 1999 asume como gobernador de la provincia de Córdoba José Manuel De la Sota, poniéndole fin a la hegemonía del Partido Radical en la provincia luego del retorno a la democracia en 1983, y dando inicio a un ciclo de gobiernos provinciales peronistas que ya lleva 23 años. Fueron seis períodos de gobierno provincial en los que se alternaron José Manuel de la Sota y Juan Schiaretti.

Este electoralmente exitoso ciclo político está generando en la actualidad un intenso debate en el campo de la política pública. Una pregunta recorre, hoy, el análisis político provincial y nacional. ¿El peronismo de Córdoba ha logrado, en estos años de ejercicio del poder provincial, conformar un modelo político y de gestión particular? ¿Un modelo que le otorgue al peronismo cordobés una identidad particular? ¿Una identidad tal, que lo diferencie de las fuerzas políticas que han disputado el poder nacional en los últimos veinte años y lo ha convertido casi en un partido político provincial? ¿Un modelo tan enraizado en la idiosincrasia y cultura política local, al que algunos definen como “cordobesismo”, y que por lo tanto muestra dificultades para ser exportado al ámbito nacional?

Desde sus inicios, a este ciclo de gobiernos del peronismo de Córdoba no le faltó ímpetu refundacional. Al poco tiempo de iniciarse el primer gobierno de José Manuel De la Sota se lanzó el proyecto de ley del Nuevo Estado Provincial, que presentado con carácter de excepcionalidad por su intención de reestructurar el Estado, parecía ser una suerte de nuevo tratado de límites entre la sociedad, el Estado y el mercado, el cual trascendería en el tiempo a la propia gestión que lo proponía.

En este texto no vamos a analizar el modelo cordobés de manera integral, sino que nos vamos a enfocar en la política sanitaria provincial. Nuestra reflexión gira en torno a estas preguntas: ¿es posible pensar que el modelo político y de gestión provincial de los últimos 23 años haya quedado plasmado, también, en una política sanitaria que contribuya a la

construcción de esta identidad política? ¿Existe el “cordobesismo” sanitario? ¿Es posible encontrar rasgos, parámetros o tendencias de largo plazo que, más allá de las alternancias en el gobierno, del reemplazo de ministros y funcionarios del área, han ido consolidando un modelo sanitario con rasgos particulares? ¿Sería posible afirmar que en estos últimos 23 años han sido más las continuidades que las rupturas en esta área de política pública?

La política sanitaria provincial ha sido un tema que ocupó, desde el inicio del primer gobierno de José Manuel De la Sota, un lugar relevante. No debe olvidarse que las elecciones provinciales que determinaron su primer triunfo electoral se dieron en un contexto de un virulento conflicto sectorial contra las políticas de ajuste del entonces gobernador radical Ramón Mestre. Así, la problemática del sector salud se transformó en uno de los ejes de la disputa política. El 20 de diciembre de 1998, el gobernador Ramón Mestre es derrotado en las elecciones generales para gobernador a manos del candidato de Unión por Córdoba (cuyo componente más importante era el Partido Justicialista), José Manuel De la Sota. Difícil es precisar qué porcentaje de responsabilidad en la derrota tuvo el conflicto en el sector salud, aunque seguramente fue uno de los factores que más influyeron.

José Manuel De la Sota inicia su gestión con un estilo que pretende diferenciarse claramente del gobernador anterior; anuncia la vuelta atrás de todas las medidas implementadas por la gestión saliente en materia sanitaria, con la sola excepción del proceso de descentralización, y el retorno al “statu quo” anterior a 1995. Es necesario destacar en este punto que, más allá de dar cumplimiento con el compromiso electoral de dar marcha atrás con todo el proceso de reformas previo, el gobierno entrante termina convalidando la política sanitaria más importante llevada adelante por la saliente gestión radical, es decir, el proceso de transferencia de efectores a los municipios, el cual podría ser considerado como uno de los cambios estructurales más importantes de las últimas décadas en el sector público provincial de la salud.

Más y menos derechos en salud

Las leyes del Nuevo Estado Cordobés traen algunas consideraciones sobre el derecho a la salud que merecen destacarse. Mientras se incorpora toda una serie de nuevos derechos de los que gozarían los pacientes de instituciones estatales, que provienen de la moderna bioética (confidencialidad, información, privacidad, autonomía, entre los más importantes) y que no pueden dejar de considerarse como un progreso en el contexto de la atención sanitaria estatal, no deja de llamar la atención la interpretación que hace esta ley de la responsabilidad del Estado en materia de salud y que se expresa en los incisos a y b del artículo 6 del Estatuto del Ciudadano, donde se puede leer lo siguiente: “Todas las personas en la provincia tienen derecho a: a) recibir atención médica adecuada en los hospitales públicos cuando carecieran de seguro u obra social y se encuentren desempleados. Si en el momento de requerir el servicio no existiera capacidad asistencial, el hospital deberá derivarlo a otro centro médico privado a costa del estado provincial. b) Recibir atención de emergencia cuando lo requiera y necesite.”

La manera en que quedan formulados estos dos puntos merece algunos comentarios. En primer lugar, queda claro que el Estado hace a partir de esta ley una interpretación absolutamente restringida del derecho a la salud (inclusive contraria a lo establecido por la Constitución Provincial de 1987) al considerar que su responsabilidad se limita a un sector determinado de la población, quienes serían los únicos habilitados para exigirle servicios adecuados de salud al Estado. Realiza un pasaje de una concepción universalista a otra **residual** o **focalizadora** de la política sanitaria, propia de los procesos reformistas en clave neoliberal.

La nueva ley deja planteada la posibilidad de instrumentar cambios mucho más profundos en la organización del sistema público de salud. Así, el Estado asumiría la obligatoriedad de financiar la atención médica de su población beneficiaria, pero en el contexto general de la ley no estaría obligado a prestar directamente los servicios ya que todas las

instituciones públicas (sin excepción alguna) quedarían sujetas a la posibilidad de su gerenciamiento privado, tercerización, capitalización o privatización. De esta manera quedaron sentadas las bases legales para, si así se desea hacer en algún momento, transformar el financiamiento del sistema público de salud de la modalidad de **subsidio a la oferta** al de **subsidio a la demanda**.

Entonces, a partir de estos dos hitos iniciales (alta conflictividad sectorial heredada y reformulación de principios y reglas de juego sectoriales), ¿es posible encontrar parámetros o tendencias de largo plazo que fueron conformando un modelo particular de política sanitaria durante los últimos seis mandatos gubernamentales provinciales?

Las marcas del “cordobesismo sanitario”

Los siguientes son algunos de esos rasgos que consideramos fueron conformando el modelo vigente de política sanitaria provincial:

1. Lógica corporativa de vinculación con los actores

Durante la campaña electoral del año 1998, el entonces candidato de Unión por Córdoba, sacó partido de los infortunios que sufría el entonces gobernador Ramón Mestre, sosteniendo a lo largo y ancho de la provincia que el conflicto que atravesaba el sector salud en ese momento se resolvería “dando marcha atrás con las políticas impulsadas” por el gobierno de aquellos años y “entregándole la gestión del Ministerio de Salud a quienes más saben del tema, esto es, los médicos”. Esto era lo mismo que afirmar que lo que era bueno para uno de los sectores más importantes del sistema debía ser bueno para el conjunto de la sociedad.

Efectivamente, luego de ganadas las elecciones provinciales y asumido su cargo, el nuevo gobernador demostró una enorme capacidad para resolver el conflicto sectorial de la

salud a partir de la instauración de un modelo de gestión que expresó los intereses corporativos del mismo.

Entre las medidas adoptadas, además de suspender todas las políticas impulsadas por la gestión Mestre (con excepción del proceso de descentralización sanitaria), entregó la conducción del Ministerio de Salud a quien fuera en ese momento Presidente del Consejo de Médicos; transformó en funcionarios de su gestión a los más importantes miembros de las, hasta entonces, “combativas” gremiales hospitalarias; otorgó el pago de un incentivo por calidad de servicio a los equipos de salud; restituyó las residencias médicas; reimplantó la doble licencia sanitaria y reinició el proceso de contratación de personal suspendido durante la gestión anterior. A este entramado de medidas debe agregarse el acuerdo con los más importantes actores del empresariado médico para transferirles el “negocio” del gerenciamiento de los fondos del entonces IPAM y la conformación de la Mesa Provincia Municipios, en donde se pactó una nueva manera de distribución del FoFinDes para los municipios.

Las políticas detalladas mostraron una enorme eficacia para sellar una suerte de “pax hospitalaria”, que otorgó al gobierno entrante el espacio político necesario para gestionar un conjunto de créditos con los organismos internacionales, que financiaron varias de las medidas detalladas y posibilitaron implementar algunas efímeras políticas de reforma sectorial.

Desde entonces los gobiernos analizados en este texto profundizaron los rasgos de este modelo de gestión a través del cual fueron, hábilmente, distribuyendo beneficios y privilegios y garantizando algunos viejos y nuevos derechos. Se intercambiaron algunas prebendas o satisfecho legítimas demandas a cambio de baja o nula conflictividad gremial o sectorial.

Para completar el modelo de gestión, a lo antes descrito se le sumó la construcción de un entramado de relaciones de mando y responsabilidad al interior de las instituciones

sanitarias, asentadas en la lealtad más que en el mérito o las competencias profesionales. Para esto desaparecieron los concursos públicos y abiertos para el acceso a los cargos operativos como a los de conducción técnica. Una política de recursos humanos con fuerte sesgo clientelar permitió, en base a decisiones discrecionales, ir llenando los espacios vacantes en las orgánicas hospitalarias con las “personas de confianza”.

La búsqueda de control y protección de los intereses del grupo político a cargo de la política sanitaria fue cerrando a las instituciones, eliminando todos los mecanismos de acceso a la información, generando miedo y desconfianza entre las y trabajadores de la salud. La precarización laboral fue utilizada, también, como estrategia de disciplinamiento institucional.

Un ciclo de gobiernos provinciales que se jactó siempre de comprometerse con los objetivos de los procesos de modernización estatal y, en la actualidad, con los principios del Gobierno Abierto, ha construido en salud un modelo de gestión patrimonialista que se apoya en el secreto, el silencio y la arbitrariedad decisional. En lugar de que las instituciones de salud se gestionen de manera abierta, transparente, con mecanismos de acceso a la información y rendición de cuentas, con concursos abiertos donde se premia el mérito y las competencias en el acceso a todos los cargos y se establecen dispositivos de participación ciudadana en la gestión, se las gestiona priorizando las “seguridades” e intereses del grupo gobernante en detrimento del derecho a la salud de quienes se asisten en estas instituciones.

2. Una política ajustada presupuestariamente

La estructura de financiamiento del sistema sanitario público provincial es una herencia de la política de descentralización finalizada a mediados de la década del noventa, en el marco del “ajuste” provocado por la crisis fiscal del Estado provincial, asociada al llamado “efecto tequila” en 1995. Este proceso dejó reducida la participación del rubro finalidad salud, en el total del presupuesto provincial, en torno al 10%. La descentralización implicó

para la jurisdicción provincial un “alivio” fiscal significativo: redujo, en 1996, el compromiso presupuestario para finalidad salud del 17,4% (promedio del quinquenio anterior) al 10%.

Este porcentaje se ha mantenido desde entonces (con oscilaciones mínimas en más o en menos) hasta la actualidad, sin que se conozcan estudios técnicos, ni antes ni ahora, que lo justifiquen y le quiten su carácter arbitrario.

A pesar de que desde el año 2003 en la Argentina, y como producto de las políticas de salida de la crisis posconvertibilidad, se ha producido un incremento considerable del gasto público, tanto en términos nominales como reales, el presupuesto sanitario provincial muestra de manera permanente signos evidentes de sus limitaciones.

El sistema público provincial ha seguido creciendo en estos años, pero no así su presupuesto. Desde el año 1999 a la fecha se han inaugurado nuevos hospitales (Hospital Florencio Díaz, Nuevo Hospital Río Cuarto, Instituto Oncológico, Hospital Elpidio Torres, Hospital Eva Perón, Nueva Maternidad Provincial), se han modernizado otros con incremento y mejoramiento de su tecnología (Hospital Córdoba, Hospital Misericordia, Hospital Río Tercero, Hospital San José de la Dormida), y se han provincializado algunos anteriormente descentralizados (Hospital Huinca Renancó, Hospital Unquillo, Hospital Mina Clavero, Hospital La Calera).

Todas estas nuevas instituciones, junto a las preexistentes, enfrentan permanentes restricciones de recursos que entorpecen su funcionamiento pleno. Tal vez, el caso más paradigmático de la restricción presupuestaria del Ministerio de Salud esté dado por el ejemplo del Hospital Florencio Díaz, inaugurado en el año 2011 y que recién entró en funcionamiento pleno en el año 2019. El publicitado modelo de gestión presupuestaria cordobés de “ahorros corrientes” permanentes que financian obras públicas de indudable impacto social ayuda a entender y explicar lo que sucede en el sector salud. “Ahorros corrientes” producto de artilugios contables, como el atraso de partidas en relación a la

inflación o la subejecución de las mismas permiten, en salud, financiar la construcción o modernización de hospitales, que luego tienen enormes dificultades para su funcionamiento cotidiano.

El panorama de estrecheces presupuestarias se completa con lo que sucede a nivel municipal. La Provincia financia a las instituciones de salud municipales mediante un fondo de asignación específica (FoFinDes), creado en 1989 y conformado con el 12,5% de la masa de recursos coparticipables a los municipios. A pesar de que la normativa vinculada a este fondo sufrió modificaciones a lo largo del tiempo (en especial Decretos Nº 2640/00 y 09/12), no se ha vuelto a poner en discusión la cuestión de fondo. Es decir, ¿los montos que conforman el FoFinDes son suficientes para financiar a un sector de salud municipal que ha aumentado sustancialmente la cantidad de efectores desde su creación?

En este sentido hay que decir que, a pesar de que los fondos coparticipables han sufrido un incremento “real” al igual que el gasto público en general, también la cantidad de efectores de primer nivel de complejidad se ha incrementado desde 1996 a la fecha. Al momento de la descentralización existían alrededor de 600 efectores de baja complejidad en toda la provincia de Córdoba, existiendo en la actualidad, según información oficial, más de 800. Esto explica, probablemente, los constantes conflictos entre la Provincia y los municipios por la distribución de fondos destinados a salud.

A lo largo de los últimos años, solo de manera excepcional, la jurisdicción provincial dispuso de fondos adicionales a los del FoFinDes destinados al financiamiento de las instituciones sanitarias locales. Cuando estos fondos existieron, fueron permanentes los reclamos referidos a la arbitrariedad y favoritismo con que se distribuyeron los mismos.

Las limitaciones presupuestarias a nivel de los gobiernos locales, además, han provocado efectos negativos en relación a algunos de los valores que sostienen al sistema público de salud, esto es, la gratuidad y la universalidad. Los gobiernos locales no sólo han debido salir a buscar fuentes de financiamiento alternativas, sino que también han arancelado o

limitado el acceso a la mayoría de los servicios que prestan (por ej. atender sólo a los pobres o solo a los habitantes del pueblo o ciudad del efector correspondiente).

3. Un sistema de salud descentralizado

La descentralización de servicios de salud pasó a formar parte de la agenda de modernización del Estado provincial de Córdoba, a partir del año 1987, con la reforma de la Constitución provincial. Sin embargo, y tal como ha sucedido en la mayoría de las experiencias descentralizadoras en América Latina, en Córdoba la descentralización de servicios de salud se concreta efectivamente a finales de 1995, apurada por una brutal crisis de financiamiento del Estado provincial, lo que lleva al gobierno a tomar medidas de ajuste fiscal extremo, con el objetivo de mejorar la condición de las cuentas públicas provinciales en muy corto plazo. En este contexto, se produce, en un lapso de seis meses, la transferencia masiva de efectores sanitarios de baja complejidad desde la jurisdicción provincial a la municipal.

El proceso de descentralización en la provincia de Córdoba estuvo marcado por características singulares en función de las variaciones que iba sufriendo el contexto político y económico provincial. Por ello, es posible observar que el proceso tiene etapas claramente diferenciadas: una, de tipo “gradualista” (período 1988 – julio 1995), en donde lo que primó fue la búsqueda de consensos entre los actores involucrados; y otra, de “shock” (julio 1995 – 1999), en la que primó la urgencia y compulsividad en la transferencia de los efectores de salud. A partir de entonces, se inicia un proceso de consolidación de la descentralización mediante la instrumentación de diversas estrategias de coordinación e integración de los efectores municipalizados.

Este proceso se inicia en julio de 1999 con la asunción de José Manuel De la Sota, a pesar de que al asumir el nuevo gobernador provincial decide revertir el conjunto de las políticas de reforma sectorial impulsadas por la gestión anterior, como estrategia para desactivar el alto nivel de conflictividad sectorial existente en ese momento. Por otra parte, en relación

al tema de la descentralización, el gobierno decidió considerarlo como un “hecho consumado” de imposible reversión. En este punto la crítica se centró en la metodología de implementación, pero no en la idea descentralizadora.

En todo caso, lo que se intenta es recuperar el rol de la jurisdicción provincial en la articulación y coordinación de los efectores municipales. En su relación con los municipios, a partir de entonces, se van diseñando diferentes estrategias que buscan lograr estos objetivos: Plan Municipal de Salud lanzado desde el Ministerio de Gobierno provincial, creación de la Unidad Central de Gestión (UCG) y 9 regiones sanitarias, creación del Programa de Salud Familiar, sanción de la Ley de Garantías Saludables y, finalmente, el Pacto Sanitario Provincia Municipios. Los resultados obtenidos han sido más que mediocres. La falta de continuidad en las medidas mencionadas y la insuficiencia de los recursos disponibles dificultaron el objetivo de revertir el proceso de fragmentación y atomización provocado por la política de descentralización.

4. Un modelo hospitalo-céntrico tecnológico

En consonancia con el punto anterior, la política de descentralización de efectores de baja complejidad hacia las jurisdicciones locales o comunales dejó establecido que la jurisdicción provincial de la salud debería limitar sus responsabilidades prestacionales exclusivamente a los servicios de media y alta complejidad. Cuestión que habilitó a los gobiernos provinciales del período analizado a involucrarse muy parcialmente en lo que sucede con las políticas sanitarias locales, aduciendo la responsabilidad de los gobiernos locales en la materia, en función de la normativa vigente sobre autonomías municipales en la provincia y sobre descentralización en salud.

Esta posición hizo que el gobierno provincial pudiera redefinir la orientación de sus prioridades políticas y presupuestarias casi exclusivamente hacia las instituciones de media y alta complejidad a su cargo.

Así, como afirmamos arriba, se construyeron nuevos hospitales, se modernizaron otros y se re-provincializaron algunos que, luego de ser descentralizados en los noventa, se consideró necesario elevar su complejidad, por lo que la provincia recuperó su gestión. Se acompañó este proceso con algunas importantes inversiones en tecnología y aparatología médica.

Este modelo de priorización de obras de infraestructura por encima de la calidad de los servicios que efectivamente se prestan, también se hizo consistente, como dijimos, con el modelo general de administración presupuestaria provincial: “ahorros corrientes” para financiar obras públicas.

El haberse desentendido del primer nivel de atención hizo que, salvo breves períodos de tiempo (vigencia del Programa de Salud Familiar), la jurisdicción provincial abandonara la posibilidad de impulsar fuertemente una política basada en la estrategia de atención primaria de la salud, con redes de referencia y contrarreferencia en todo el territorio provincial y un enfoque comunitario.

Por el contrario, actualmente tenemos un sistema que funciona de manera fragmentada y descoordinada, con un perfil asistencialista, tecnológico y con serias dificultades para abordar los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Rasgos que, lamentablemente, se enfatizaron durante la pandemia de Covid-19.

5. Modernización administrativa

La modernización administrativa sectorial fue un objetivo explicitado desde los inicios del ciclo de gobiernos analizados. Ya en el año 2000, el gobierno de la provincia de Córdoba, a través de un conjunto de mecanismos de financiamiento que contaron con el apoyo de los organismos de crédito multilaterales, implementó acciones tendientes a equilibrar el presupuesto mediante reformas a la administración pública y a su gestión financiera, así

como a propender al aumento de la eficiencia y la eficacia en la provisión de los servicios sociales, entre los que se resaltaban salud y educación.

Este tipo de préstamo es similar a los otorgados anteriormente por estos organismos a otras provincias de la Argentina: apoya el proceso de reformas estructurales a nivel sub-nacional; incluye el fortalecimiento de los servicios descentralizados, tales como salud y educación; incentiva la disciplina fiscal en todos los niveles del gobierno; y propicia los procesos de privatización y tercerización para mejorar los servicios y reducir el peso fiscal del sector público.

En este contexto reformista, se sancionan, en enero de 2000, las tres leyes que genéricamente se conocen como del “Nuevo Estado” de Córdoba (leyes 8835 “Carta del ciudadano”, 8836 “Modernización del Estado” y la 8837 “Incorporación de capital privado al sector público”).

Como ya se dijo en párrafos iniciales de este texto, las leyes fueron presentadas con carácter excepcional y, además, dotadas de un espíritu refundacional del Estado, no asociándolas a límites temporales o de gestión alguna. En términos de la modernización administrativa, estas leyes son un verdadero compendio de la denominada Nueva Gerencia Pública (NGP) la cual, a partir de la crítica a los modelos burocráticos de gestión pública, aboga por la transformación del aparato estatal introduciendo en el mismo una lógica de resultados, orientación al cliente, flexibilización en la contratación del personal, los contratos de gestión, entre los aspectos más significativos.

En el caso del sector salud, la citada Ley 8836, a la que debe agregarse la Ley 8991¹, habilitó la designación de “gerentes” que, según el gobierno, imbuidos del espíritu de las nuevas ideas, asumirían la tarea de transformar la gestión ministerial. De esta forma se

¹ La Ley 8991 es la que habilitó la creación de una estructura de nuevos cargos “gerenciales” que no estaban contemplados ni en las Leyes 7233 (y su modificación 8575) “Estatuto del Empleado Público”, ni en la 7625 “Ley del Equipo de Salud”, y que regían en ese momento las relaciones laborales entre el ministerio y sus agentes.

conformó una estructura gerencial paralela a la burocrática que, de manera gradual, fue asumiendo las funciones de ésta.

Existe abundante bibliografía, a nivel nacional e internacional, que señala los conflictos y límites que encuentran las estrategias de cambio organizacional a partir de la creación de estructuras “paralelas” o “ad hoc”. Las dificultades para impactar sobre las estructuras administrativas estables en una perspectiva de largo plazo han sido evidenciadas en los citados estudios.

Desde este momento inicial, las políticas de reforma y modernización administrativa siguieron derroteros diversos, aunque siempre se sostuvo el discurso modernizador de la gestión de manera activa.

En relación a la Ley 8991 que permitió la creación de cargos gerenciales, en el año 2011, en el marco de un contexto electoral y de negociaciones con el Sindicato de Empleados Públicos, se la derogó, habilitándose una reforma de la Ley 7233 (“Estatuto del Empleado Público”) que posibilitó la incorporación de los nuevos cargos gerenciales al escalafón administrativo. Así, la carrera administrativa que llegaba hasta cargos de jefes de departamentos se amplió con la incorporación de directores y subdirectores de jurisdicción, jefes y subjefes de áreas. Podríamos decir que la lógica de negociación corporativa con algunos actores sectoriales obligó a sepultar algunas ideas modernizadoras de la gestión. Se terminó ampliando el escalafón burocrático estatal que se venía a modernizar y aplanar.

En cuanto a las posibilidades de tercerizar y privatizar servicios, habilitadas por la Ley 8836, fueron utilizadas de manera variable. En el contexto del Ministerio de Salud, la estrategia de tercerización de servicios se utilizó con cierta frecuencia. A los tradicionales servicios de logística hospitalaria (cocina, lavadero, limpieza, seguridad, mantenimiento), se agregaron la facturación del recupero de gasto a la seguridad social, la gestión de archivos, la gestión de farmacias hospitalarias y la gestión de servicios de atención a

personas con consumo problemático. Aunque, tal vez, el momento de mayor utilización de esta estrategia administrativa en relación a los servicios prestacionales se dio durante la pandemia: se tercerizaron servicios de emergencias, centros de hisopados y centros de vacunación. La provincia financió estos servicios, que fueron gestionados por importantes actores privados del campo de la salud.

Otro hito importante en el proceso de modernización administrativa fue en el año 2019 la sanción de la Ley 10618 de “Simplificación y Modernización de la Administración” que rige para todo el sector público provincial y promueve la incorporación de la administración electrónica, el expediente digital, la identidad digital y firma electrónica, el domicilio administrativo electrónico, gestión a distancia, audiencias públicas digitales, la interoperabilidad e interconectividad, entre otras herramientas modernizadoras.

En cuanto al sector salud específicamente, se elaboró la Resolución 1468/2018 que pone en funcionamiento el Sistema Integral de Gestión de Asistencia en el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y en todos los establecimientos sanitarios que de él dependen.

En sus considerandos se afirma que, en el marco del proceso de modernización estatal y apuntando al logro de la transparencia en la gestión, el sistema se conformará de tres componentes: relojes biométricos, una plataforma informática y una nueva herramienta de gestión que formará parte del Sistema Integral de Administración del RRHH.

Finalmente, desde julio de 2018 el Ministerio de Salud avanza en la puesta en marcha del Sistema Informático Si Salud. Este estará compuesto por tres componentes: en primer lugar, la reingeniería de procesos, que se efectuará mediante la estandarización de los procesos de gestión y logística de atención de la salud entre los diferentes hospitales de la red provincial, en base a buenas prácticas clínicas internacionales y normativas locales, para detectar oportunidades de mejora.

El segundo componente incluye la implementación de la Historia Clínica Digital Única (HCDU), y sistemas de información hospitalaria, de planificación de recursos e indicadores de gestión. También prevé la creación de un portal del paciente.

En cuanto al tercer componente, abarca el desarrollo de capacidades del personal, transferencia del conocimiento tecnológico, acompañamiento de la gestión y soporte técnico.

El gobierno provincial sostiene que el nuevo paradigma de salud 3.0 supone generar una red colaborativa entre los equipos de salud bajo estándares de seguridad tecnológica, con un rol activo de las personas que son atendidas en el sistema y con la meta de eliminar el papel en la gestión de la información. Para avanzar con la implementación del programa se sancionó la Ley 10590/18, a través de la cual se crea el Sistema Provincial de Historia Clínica Electrónica Única y que se encuentra en pleno proceso de implementación.

6. Precarización de los/as trabajadores/as

Desde el inicio del ciclo analizado de gobiernos peronistas, la política de recursos humanos estuvo en el centro de la agenda. Como dijimos antes, el gobierno de Ramón Mestre había llevado adelante un brutal ajuste del sector, lo que provocó una enorme conflictividad. Las políticas de ajuste instrumentadas, en particular la de descentralización, redujeron la planta de personal del Ministerio de Salud en alrededor de 7.500 agentes (pasó de 18.000 a 10.500 agentes de salud). El gobierno entrante de De la Sota había asumido con la promesa de terminar con el congelamiento de vacantes heredado y recuperar el personal que se considerara necesario.

Así, a partir de entonces, se restablecieron las designaciones y contrataciones de personal, pero en un número que podríamos considerar, veinte años después, siempre insuficiente. El número de agentes de salud empezó a crecer hasta llegar en 2005 a 12.909, descendió a 10.045 agentes en 2010, subió nuevamente a 12.510 en 2015 para iniciar un nuevo

descenso que llegó a los 11.639 en 2019. Finalmente, en el año 2020, en el marco de la pandemia se recuperaron 1000 cargos, que llevaron la planta de personal actual a valores cercanos a los de 2015. Estas oscilaciones en el número de empleados ministeriales probablemente están asociadas a los avatares fiscales de la provincia.

Se observa, entonces, que si comparamos la cantidad de personal que posee el Ministerio de Salud en la actualidad en relación a la cantidad encontrada en 1999, el incremento ronda un 20%. Un porcentaje insuficiente en función de los hospitales inaugurados, ampliados y reprovincializados durante el período.

Pero además de haberse manejado a lo largo del período estudiado con una planta de personal “ajustada”, lo que caracterizó centralmente a este ciclo de gobiernos fue la introducción de mecanismos de flexibilización en las relaciones laborales entre el Estado y sus empleados. La precarización laboral llegó, en algunos momentos del período, al 50% del total de empleados ministeriales. Y aunque mediante negociaciones con los sindicatos estatales reconocidos, periódicamente y en coincidencia con momentos electorales, se acordaron masivos pases a planta permanente, los porcentajes de empleados en condición precaria se han mantenido siempre altos a lo largo del tiempo.

La instrumentación de mecanismos flexibles de contratación también permitió, a lo largo del tiempo, la eliminación de los concursos públicos y abiertos para el acceso a cargos que posibilitan el acceso al sistema como a los de conducción técnica. Así, la política de selección y designación de personal tuvo un marcado sesgo clientelar y corporativo en lugar de la lógica del mérito. Las decisiones discrecionales eliminaron cualquier atisbo de carrera sanitaria, con posibilidades de ascensos en las estructuras orgánicas institucionales. La lealtad y el “amiguismo” reemplazaron al mérito y las competencias durante estos años analizados.

7. ¿No hay salud sin salud mental?

Elegir la problemática de la salud mental como parte del modelo que estamos tratando de caracterizar se asocia al hecho de que la salud mental siempre ocupó, de manera ambigua y contradictoria, un lugar destacado en la serie de gobiernos analizados.

Inicialmente, y como venimos diciendo, en el contexto del conflicto sanitario heredado de la gestión de Ramón Mestre, José Manuel De la Sota y algunos integrantes del equipo que lo acompañaba resaltaban la relevancia que las políticas de salud mental debían tener. Denunciaban el ajuste brutal sobre el sector y, no sin un dejo de ironía, rescataban las políticas para el área llevadas adelante durante los gobiernos radicales de Eduardo Angeloz. Inclusive, el nuevo gobernador, entre sus promesas reparatorias para el sector, aseguraba que repondría en sus cargos a algunos viejos funcionarios del área de trayectoria “angelocista”.

Así, desde ese momento, todos los gobiernos analizados (con algunas breves discontinuidades) sostuvieron en lo discursivo la importancia de las políticas de salud mental. Llegando, en 2010, al punto culminante de esta postura con la sanción de la Ley 9848 de Salud Mental, en sintonía con la sancionada Ley Nacional 26657 de Salud Mental y Adicciones. La implementación de estas leyes se convirtió en la consigna que sostienen desde entonces las y los diferentes funcionarias y funcionarios del área de la salud mental provincial.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, la política de salud mental fue de manera permanente una fuente de conflictos y de costos políticos para los gobiernos provinciales del período. Denuncias sobre el deterioro de las instituciones de salud mental y sobre las espantosas condiciones en las que se encontraban alojados las y los usuarios en algunas de ellas, la falta de recursos, los déficits de personal, la carencia de dispositivos no hospitalarios de perfil comunitario y las debilidades de la red provincial de efectores públicos fueron las fuentes habituales de los mismos.

Los conflictos permanentes y denuncias públicas se explican porque la relevancia discursiva que los gobiernos analizados le daban a la política de salud mental nunca estuvo acompañada de los recursos presupuestarios necesarios para llevar adelante una profunda transformación de las instituciones de salud mental.

A pesar de que los organismos sanitarios internacionales recomiendan que el gasto público en salud mental sea el equivalente a, como mínimo, el 10% del gasto total en salud, en las últimas dos décadas ese porcentaje en la provincia de Córdoba ha oscilado entre el 5 y el 6%, con una tendencia a la baja en los últimos cinco años, llegando en 2021 al 3,88% del total salud. Ni la pandemia fue motivo suficiente para revertir el subfinanciamiento del sector de la salud mental.

En este contexto, la política de salud mental a lo largo del ciclo de gobiernos analizados, y a pesar de los discursos, ha quedado asociada a la idea de un ajuste del sector más que a una verdadera transformación del mismo.

Algunas reflexiones finales

A lo largo de estas páginas hemos intentado caracterizar los rasgos sobresalientes del modelo sanitario gestionado por el ciclo de gobiernos peronistas, iniciado en 1999 hasta la actualidad. Hemos tratado de precisar si alcanzan para construir una identidad política sectorial particular. En síntesis, si era posible identificar un “cordobesismo” sanitario cuyas tendencias de largo plazo trascendieran gestiones ministeriales o contextos particulares.

Lo primero que se puede afirmar es que, durante el período analizado, se convalidó la política de reforma estructural más importante del sistema público de salud, que fue iniciada por las gestiones radicales anteriores: la descentralización de servicios de salud de baja complejidad hacia los gobiernos locales. Al haberlo hecho, convirtió esta política en la de mayor consenso provincial. Hoy, en esta materia, el debate se reduce a pensar los

modos de mejorar las estrategias de coordinación o los mecanismos de financiamiento destinados a los gobiernos locales.

Algunos de los otros rasgos, como son presupuesto ajustado, modelo hospitalo-céntrico, modernización administrativa, precarización laboral y desatención a la salud mental, tal vez no alcancen para conformar una identidad particular. Estas características de política sanitaria no son muy diferentes a las que tienen aquellas que se implementan en otras provincias argentinas, aunque sí debería resaltarse la continuidad de largo plazo en la orientación de la misma, más allá de los cambios en los ejecutores y en los contextos.

Lo que sí es necesario afirmar, antes de finalizar, es que a pesar de las restricciones presupuestarias y el deterioro de las condiciones laborales en el sector, la política sanitaria provincial se ha desarrollado en el período analizado con un bajísimo nivel de conflictividad, a pesar del esfuerzo de un gran número de actores gremiales y académicos y de diferentes organizaciones sociales por instalar la problemática de salud en la agenda pública y de gobierno. En este sentido, el control político de instituciones y actores del campo ha sido casi hegemónico.

Tal vez allí pueda encontrarse un rasgo identitario del “cordobesismo” sanitario: el modo de vinculación con los actores sectoriales. Un modelo de gestión que ha combinado distintas estrategias de incorporación de los mismos a la política ministerial, lo que ha logrado, de parte de aquellos, colaboración voluntaria, cooptación, sometimiento o silencio. Un modelo “enraizado” en la pluralidad de actores que le garantizó cierta estabilidad y “governabilidad” sistémica. Una manera de gestionar la política sanitaria que, cuando lo anterior le resultó insuficiente, mostró su costado más autoritario: falta de acceso a la información pública, limitaciones estrictas en el contacto con la prensa, extorsiones, sanciones y silencio.

Un modelo que, a pesar de sus éxitos políticos, merece ser evaluado con rigurosidad en cuanto a sus resultados sanitarios y de calidad de servicios. Un modelo que, cuando

escribimos estas páginas, parecería empezar a resquebrajarse a partir de la tragedia del Hospital Materno Neonatal de la ciudad de Córdoba.

(*) Médico, Magíster en Administración Pública y docente e investigador del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP) de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC).

() Licenciada en Psicología, Magíster en Administración Pública y Vicedecana de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC).**