

Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000

Innovations in local health management:
a view from the case of the Municipality of Rosario
during 1995-2000

Carlos Andrés Jiménez¹

¹Licenciado en Política Social. Becario en Investigación y Docencia, Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento. Maestrando en Salud Pública, Instituto "Juan Lazarte", Universidad Nacional de Rosario. Argentina. cjimenez@ungs.edu.ar

RESUMEN Este trabajo analiza las políticas de salud implementadas por la Municipalidad de Rosario en la década del '90, cuando gran parte de la población perdió su cobertura de obra social y se produjo un aumento significativo de la demanda sobre el sector público de servicios de salud. Se describe cómo el gobierno socialista de Rosario redefinió las políticas sanitarias y orientó su gestión de manera divergente al área nacional y provincial mediante la incorporación de una serie de innovaciones en políticas de salud que impactaron directamente en los planos de la atención, gestión y financiamiento. Para ello, el gobierno local promovió la conformación de equipos técnico-políticos que lograron el apoyo y constituyeron una coalición con actores externos, como la Asociación Médica de Rosario y la Universidad Nacional de Rosario. A partir de casos concretos, se muestra cómo, desde la gestión local, se piensan y se materializan las propuestas de cambios orientadas a mejorar la accesibilidad de la población al sistema de salud pública, fundamentalmente en un contexto de reformas y reconfiguración de las responsabilidades del Estado para garantizar el derecho a la salud.

PALABRAS CLAVE Servicios de Salud; Políticas Públicas de Salud; Organización Municipal; Gestión en Salud; Argentina.

ABSTRACT *This work analyzes the health policies implemented by the Municipality of Rosario during the 1990's, when a great number of the population lost their health insurance and significantly increasing the demand on public health services. It is described how the socialist government of Rosario redesigned the sanitary policies and oriented its management differently from the national and provincial areas through the incorporation of a series of innovations in health policies which had a direct impact on assistance, management and financing areas. In order to do that, the local government promoted the formation political-technical equipments which gained support and constituted a coalition with external actors such as the Medical Association of Rosario and the National University of Rosario. From concrete cases, it is showed how proposals of change may be thought and materialized by local management, to improve the access of the population to public health services, particularly in a context of reforms and reconfiguration of the State responsibilities to guarantee health rights.*

KEY WORDS Health Services; Health Public Policy; Municipal Organization; Health Management; Argentina.

COORDENADAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS PARA EL ANÁLISIS DE LAS INNOVACIONES EN LA GESTIÓN LOCAL EN SALUD

Este artículo recupera los aportes del trabajo realizado en el marco de la *Beca de Formación en Investigación y Docencia para Graduados Recientes*, obtenida en el período 2006-2007 en la Universidad Nacional de General Sarmiento sobre el proyecto: *La gestión del subsector público de salud de la Municipalidad de Rosario: tensiones y dilemas en el contexto de las reformas en el período 1995-2000*. Por otro lado, retoma los resultados presentados en la ponencia *El papel de la gestión local en salud orientada a combatir las desigualdades: el caso de la Municipalidad de Rosario* (1).

Para comenzar podemos decir que las políticas sociales constituyen un nuevo campo en construcción dentro de las ciencias sociales; es por ello que en este trabajo las entenderemos como aquellas

...intervenciones sociales del Estado que se orientan [...] directamente a las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales. (2)

A partir de esta definición, podemos decir que las políticas de salud son aquellas que pueden reconocerse como esfuerzos sistemáticos del Estado dirigidos a intervenir sobre los problemas de salud de la población. Asimismo, las orientaciones que asumen las políticas de salud reconocen tres planos (3):

- El plano de la *atención*, que refiere a los servicios que se prestan a la población (en cantidad y calidad).
- El plano de la *gestión*, donde tienen lugar las cuestiones referidas a la organización, la asignación de los recursos y los intereses de los actores.
- El plano del *financiamiento* refiere específicamente a la distribución de los recursos.

Recuperamos la idea de *gestión* como un concepto de doble significado (4); por un

lado alude al conjunto de procesos a través de los cuales se articulan los recursos y por otro, al lugar donde se constituye la demanda (5). La gestión municipal implica la participación de diversos actores con intereses diversos y particulares. Así se configura el *entramado de actores* (6).

Para comprender cómo las políticas de salud se operacionalizan en nuevas propuestas de intervención, se torna central introducir el concepto de "innovación". Según Cravacuore (7,8), la innovación es "el proceso de implementación sostenible de nuevas políticas"; la define como aquella capacidad de los gobiernos de producir una novedad original, por lo cual este autor señala que la "voluntad política" y el liderazgo son los factores detonadores de las nuevas iniciativas.

Las innovaciones en la gestión se presentan como un nuevo modelo emergente en las formas de organización, en tanto cuestionan e interpelan al modelo tradicional, fundamentalmente en los cambios que implica respecto de las prácticas organizacionales. Este modelo rompe con las formas rutinarias de servicios a cargo de los municipios (7,8).

Los trabajos utilizados para este desarrollo conceptual provienen de dos líneas diferentes: de la seguridad social y de la gestión municipal. Por un lado, retomaremos a Susana Belmartino y su estudio sobre los procesos de cambio de los servicios de atención médica de la seguridad social entre 1990 y el 2000, y por otro lado, retomaremos los aportes de diversos trabajos de Daniel Cravacuore (7,8) sobre innovación en la gestión municipal. De la primera autora utilizaremos los aportes vinculados a las innovaciones en el sector salud y del segundo, lo referido a las innovaciones de gestión en los municipios. En este análisis (a) intentaremos dar respuesta a los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo surgen las innovaciones?
- ¿Qué factores las hacen posibles?
- ¿Quiénes las promueven?
- ¿Qué actores manifiestan resistencias?
- ¿Cuáles son los resultados que se buscan?
- ¿Qué tipos de cambios implican?
- ¿Cómo determina la innovación el contexto político?
- ¿Qué tipos de apoyo, alianzas o coaliciones las hacen posibles?

Nuestro interés no radica en describir nuevas prácticas, sino en conocer procesos, factores, intereses, dinámicas y lógicas que posibilitan o generan resistencias ante las innovaciones. Los trabajos de referencia coinciden en que el concepto de "innovación" es retomado de la economía (b), dado que es una idea que se funda en la búsqueda de mayor eficiencia y mayor productividad, en paralelo a la reducción de los costos de producción, ya sea de un bien o de un servicio (9). Sin embargo, el uso de tecnologías, no solo puede estar puesto en función de la productividad del mercado, sino también en mejorar la atención, la organización de las rutinas de trabajo y del funcionamiento de los equipos de salud (10). Desde esta perspectiva, entendemos que el concepto de innovación puede ser resignificado y utilizado para conocer los cambios (en los diferentes planos) en el subsector de salud pública. Es fundamental aclarar que este concepto puede ser comprendido de modo diferente desde las perspectivas dominantes del sector de salud privada, ligado directamente a la incorporación de tecnologías vinculadas a la alta complejidad del tercer nivel de atención, e incluso del segundo nivel.

En el caso de la Municipalidad de Rosario, según Belmartino (10), las obras sociales y Prepagas fueron incorporando innovaciones tecnológicas con el fin de capitalizar mayores recursos y en consecuencia generaron mercados más competitivos en el segundo y tercer nivel de atención de la salud (c). Desde un sentido amplio, podemos decir que las innovaciones son nuevas formas de organización; o sea, iniciativas que permiten enfrentar situaciones puntuales de formas distintas (9). La innovación no solo supone enfrentar un problema de manera diferente, sino que tiene que permitir resultados en términos de eficacia y eficiencia tendientes a mejorar la gestión.

Las nuevas iniciativas generan tensión con los modelos tradicionales de gestión, los cuales están fuertemente orientados y marcados por las inercias en las prácticas de trabajo de la administración pública y de los gobiernos locales. Así, las innovaciones en la gestión se presentan como un nuevo modelo emergente, en un estado germinal, en tanto cuestiona e interpela al modelo tradicional, fundamentalmente en los cambios que

implica en las rutinas organizacionales. De esta manera, el concepto alude a la creatividad de ciertos actores y a la capacidad de generar una novedad original o una combinación nueva de elementos ya existentes. En este sentido, las innovaciones pueden ser el producto de procesos iniciados en períodos previos. Vale aclarar que generalmente se tiende a pensar que surgen improvisadamente, es decir, de manera sorpresiva.

Siguiendo esta línea de análisis, el concepto de *equipo de cambio* propuesto por Belmartino (11) nos parece un aporte central. Esta autora explica que se refiere a un "grupo particular de agentes del Estado responsable de formular y promover el cambio de política" (d). Por ello, identificar las características del equipo de cambio, su integración, su composición, sus orientaciones, nos permite reconocer los cambios que intentan incorporar. Estos grupos operan como "la vanguardia" dentro de los actores involucrados en la gestión. Las innovaciones son nuevas estrategias para responder a las demandas sociales locales. Esto implica cierta planificación que tenga en cuenta técnicas, procedimientos, manejos claros y específicos con el fin de garantizar la eficiencia de la nueva iniciativa. En función de analizar, comprender y estudiar a las innovaciones, Belmartino (11) identifica una serie de subdimensiones, a saber: la incorporación de innovaciones, la identificación de factores que las posibilitan en los planos donde impactan –atención, gestión, financiamiento– (3) y por último, los resultados esperados de las mismas.

Este modelo analítico resulta útil para los fines de este trabajo. Por otro lado, a partir de la reconstrucción conceptual y recuperando la dimensión política, nos proponemos aportar nociones a ese modelo incorporando otras tres subdimensiones a identificar en las innovaciones:

- el *origen* de las innovaciones como resultado de un proceso;
- los *actores* de la innovación, apoyos, alianzas y coaliciones que las hacen posibles;
- la identificación de resistencias y *limitaciones* al cambio, es decir a las nuevas iniciativas.

Estas tres dimensiones forman parte del contexto político como determinante de la innovación (9).

EL CASO DEL MUNICIPIO DE ROSARIO

En la segunda mitad de los años '90 se advierten los graves efectos de los ajustes iniciados en los años anteriores, no solo por la destrucción de la producción y la desintegración de las economías regionales, sino también por la pauperización de grandes masas de población. La reestructuración del mercado de trabajo en la década del '90 y los acelerados aumentos de población en situación de pobreza e indigencia fueron algunas de las consecuencias más evidentes de los procesos de reforma del Estado y de la apertura económica (e). A partir de este contexto regresivo en términos socioeconómicos, los sectores más vulnerables se vieron obligados a buscar nuevas estrategias de supervivencia vinculadas fuertemente al cambio de hábitos, que permitían un menor control sobre los determinantes de la salud. Estas nuevas estrategias de supervivencia impactaron directamente en las condiciones de vida, y por lo tanto de la salud. Una de las consecuencias más importante de las transformaciones de los '90, fue el aumento de la población que perdió su cobertura médica mediante el sistema de obras sociales y medicina privada, incrementando también los niveles de vulnerabilidad sociosanitaria de la población y la presión de la demanda sobre el sector público de salud. En Rosario, dicho sector está conformado solo por efectores municipales y provinciales.

Desde 1989, la gestión municipal priorizó la salud pública en su agenda de gobierno, y se profundizó el proceso –en el año 1995–, con la asunción del Dr. Hermes J. Binner en la intendencia. Cuando comenzó su mandato, la Secretaría de Salud cobró relevancia, tanto en términos políticos como en términos financieros, en tanto el presupuesto asignado al área creció considerablemente: pasó de 58 millones de pesos a 66 millones, entre 1995 y el 2000, en un contexto de crisis económica.

Por ello, Rovere (13), señala que el período 1995-2000 fue una etapa de institucionalización de cambios en el subsector salud. En 1989 –con el entonces Secretario de Salud Dr. Hermes J. Binner–, se definió la reestructuración del sistema bajo ejes estratégicos, que logró introducirse desde el Poder Ejecutivo –en el año

1995–, cuando dicho funcionario llegó a la intendencia. En ese momento se institucionalizaron los siguientes lineamientos planteados antes del año 1995: descentralizar los servicios hospitalarios, jerarquizar la atención primaria, recuperar la capacidad instalada, capacitar al personal, desarrollar investigación, impulsar la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, articular en red los diferentes niveles e impulsar la participación social. Dichos lineamientos estratégicos fueron acompañados por el planteo de marcos normativos (14). Desde 1995 siguieron dos grandes directrices: la descentralización y la participación. Lo cierto es que las políticas de salud entre el año 1995 y el 2000, formaron parte de un proceso de cambio mucho más amplio. Según Rovere (13), los cambios sustanciales se iniciaron con el gobierno socialista en 1989, y se sostuvieron en el tiempo, bajo un marco de estabilidad político-institucional que posibilitó dicho proceso. Desde el año 1995, se implementaron varios programas de promoción y prevención en salud, la mayoría de origen municipal, a saber:

- VIH/sida, Ordenanza 6192/1996 (15).
- Salud Sexual, Ordenanza 6244/1996 (16).
- Prevención de violencia familiar, Ordenanza 6238/1996 (17).
- Prevención de violencia contra la mujer, Ordenanza 6873/1999 (18).
- Programas integrales para jóvenes, Ordenanza 6536/1998 (19).
- Programa de prevención de obesidad, Ordenanza 6919/2000 (20).
- Prevención de bulimia y anorexia, Ordenanza 6825/2000 (21).

Asimismo, se crearon varios centros de atención y capacitación y se pusieron en marcha diversos dispositivos orientados a garantizar el derecho a la salud. En el año 1996 se implementó un gran programa con financiamiento internacional que se transformó en caso paradigmático del proceso de focalización de las intervenciones sociales en la década del '90. Nos referimos al Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) (f). Este promovió algunos componentes que resultaban convergentes con los lineamientos de la Municipalidad de Rosario, tales como "reforzar

la capacidad instalada de los servicios de salud" o "mejorar la relación entre el primer nivel de atención y el nivel de referencia en el abordaje de la problemática del grupo objetivo" (4). Esta convergencia de objetivos facilitó claramente la "adaptación" del programa a los lineamientos de la Secretaría de Salud. Otro punto de convergencia fue que el PROMIN, al igual que la Secretaría de Salud, promovía la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), basado en el modelo de promoción y prevención. Otro punto en común fue el "mandato" de la participación. Claramente esta coincidencia entre algunos postulados del Banco Mundial y del municipio de Rosario fue lo que posibilitó la incorporación del programa.

LAS INNOVACIONES DE LA GESTIÓN EN SALUD EN ROSARIO 1995-2000

Del análisis en profundidad de las políticas puestas en marcha en el período, se identificaron muchas nuevas intervenciones de diferente orden. En este trabajo solo se seleccionaron las innovaciones que marcaron nuevas formas de organización y cambios respecto del período previo. Por ello, se seleccionó la creación del Instituto "Juan Lazarte", la apertura del Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM), la articulación en red de los efectores y la creación de Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR).

El LEM se creó en el año 1996 sobre la base de la antigua droguería municipal. Produce y distribuye medicamentos para los efectores municipales con costos menores que los comerciales (g). Apuntó a resolver básicamente el desabastecimiento de insumos, reemplazando en parte la producción privada evitando la compra de los medicamentos, y por lo tanto, abarató los costos del sector de salud pública municipal. Esta innovación se terminó de institucionalizar como Sociedad del Estado por la Ordenanza 6310/1997 (23).

Por otro lado, el gobierno local redefinió la *articulación en red* de los efectores municipales de salud según nuevos perfiles de atención y servicios, además adecuó las infraestructuras. A

partir de esa redefinición se estableció que la red de efectores comenzaría con los Centros de Atención Primaria, encargados de articular el primer vínculo entre la comunidad y el servicio municipal de salud. El problema que apuntó a resolver fue la accesibilidad y la captación de la población recuperando la capacidad instalada, con la idea de territorializar la atención y hacerla más costo-efectiva con el objetivo de intervenir en los problemas barriales concretos. Su objetivo fue conformar un sector de salud pública articulado, con una visión integral, intentando resolver el problema de la demanda creciente en un contexto socioeconómico desfavorable, ordenando, referenciando y territorializando la atención.

El Instituto de Salud "Juan Lazarte" es un centro de Formación Superior de Postgrado en Salud Pública. Fue creado con el fin de pensar a las instituciones de formación por fuera de las facultades de medicina tradicionales. Posee dos áreas de trabajo, por un lado la que desarrolla el componente de investigación y por el otro, el área de fortalecimiento de la gestión y de formulación de políticas. Es una institución tripartita, conformada por la Municipalidad de Rosario, la Universidad Nacional de Rosario y la Asociación Médica de Rosario. Dicha composición institucionalizó el vínculo entre los diferentes organismos. Su objetivo fue fortalecer la formación de los profesionales de la salud desde otro modelo, orientado en el paradigma de la salud pública. Desde su creación, el Instituto de Salud "Juan Lazarte" intentó generar un "espacio de reflexión y práctica concreta, orientado al estudio interdisciplinario de los problemas de salud colectiva y de los de la planificación y gestión de los servicios asistenciales" (24).

El CEMAR es un centro asistencial creado para el diagnóstico, tratamiento y atención del segundo nivel, al cual solo se accede por referencia del primer nivel o por emergencias. Apuntó a resolver el crecimiento de la demanda de servicios de diagnósticos y de tratamientos de interconsultas del segundo y tercer nivel. Este centro fue creado para intervenir sobre la nueva demanda pública de especialidades en los servicios de salud generada por la crisis de las obras sociales y las prepagas.

FACTORES CONDICIONANTES DE NUEVAS INICIATIVAS

Las innovaciones en el sector salud podían estar condicionadas por una serie de factores, a saber: la falta de recursos económicos, desarrollo o escala de una economía, aptitudes organizacionales y por último la falta de profesionales competentes (10). El LEM fue un ejemplo de la dimensión del mercado como factor condicionante. Desde la municipalidad, afirmaron que centraron los esfuerzos en producir medicamentos de calidad. Dicha característica fue expresada en la presentación del envase y el prospecto. Con esta estrategia se logró legitimar la producción pública de medicamentos, utilizando un método que involucró la participación y el trabajo de los bioquímicos convocados de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Así, los medicamentos se legitimaron como productos de calidad por parte de la población. Particularmente en el caso de Rosario, el gobierno fue otorgando un presupuesto creciente desde el año 1989 que se sostuvo en el período 1995-2000. Si bien este período fue de gran crisis socioeconómica, dicho aumento del presupuesto dio cuenta de la priorización de la cuestión de la salud en la agenda del gobierno. El LEM trabajó produciendo a demanda con el fin de hacer más "costo-efectivo" el gasto en producción. Asimismo, los equipamientos y la infraestructura fueron comprados en remates y supervisados técnicamente por la UNR.

El gobierno municipal, tanto para la creación del CEMAR como para la del LEM, convocó a diferentes instituciones involucradas en la salud pública e incorporó cuadros técnicos para trabajar en esos proyectos, muchos de ellos de la UNR. Por lo tanto, el tipo de competencias profesionales, efectivamente resultó ser un factor que en este caso condicionó positivamente la aparición de nuevas iniciativas. Si bien el factor económico, mediante el aumento del presupuesto en salud, posibilitó la introducción de cambios, claramente fueron procesos habilitados por la dinámica del entramado de actores.

ORIGEN DE LAS INNOVACIONES

Como se hizo referencia previamente, las innovaciones no surgen solo de nuevas ideas

que llegan a un espacio de gestión, sino que tienen diferentes orígenes y su aparición depende de los procesos previos de construcción política.

Según Belmartino (10), las innovaciones podían ser externas o internas a la gestión municipal. El CEMAR fue una innovación adaptada, dado que surgió de la observación y el estudio de experiencias similares en Israel y Chile. Posteriormente, un equipo técnico, reformuló la idea para Rosario, teniendo en cuenta incluso factores simbólicos como el lugar donde fue construido (25). Recordemos que la adaptación de una innovación, conceptualmente refería a la aplicación de técnicas de otras experiencias, teniendo en cuenta el contexto económico social y cultural que implica una estrategia orientada al éxito en un nuevo territorio (9).

El LEM también fue una iniciativa que tuvo origen en otras experiencias de producción de medicamentos a cargo del Estado. Por ello, forma parte de una innovación adaptada, con mecanismos para la legitimación de los productos y su permanencia como Sociedad del Estado. La articulación en red fue un proceso de adaptación con una combinación de origen endógeno mediante la implementación de programas novedosos y de intervenciones integrales. El Instituto "Juan Lazarte", si bien plantea una concepción diferente sobre la salud pública, con relación a la cuestión instalada en la arena nacional y provincial, retoma las ideas del paradigma de la salud pública con énfasis en el desarrollo económico como un determinante de las condiciones de salud. Así reproduce un modelo similar al de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), con las particularidades de los actores locales.

En conclusión, los orígenes suelen ser combinaciones de experiencias con nuevas ideas que resultan posibles dado el grado de desarrollo económico y los cambios socioculturales en un territorio específico.

LIMITACIONES A NUEVAS INTERVENCIONES

Recuperando los aportes referidos a la dimensión política en el nivel local, Cravacuore (7), afirma que las innovaciones pueden ser limitadas por diversos aspectos, como la cultura

organizacional, las capacidades de gestión, los lineamientos políticos, la cultura profesional y hasta las características de la demanda.

Respecto de la cultura profesional un ejemplo fue la creación del CEMAR dado que promovió nuevas prácticas profesionales. Las trayectorias laborales, las creencias y el posicionamiento del personal estuvieron marcados por sus concepciones acerca de la "función" del hospital. Por lo tanto, el recurso humano, particularmente los especialistas, se mostraron resistentes a la nueva reestructuración de las horas.

Sin duda, los cambios que se iniciaron en el gobierno municipal desde 1989, aportaron para que las prácticas de Atención Primaria estuvieran consolidadas en los centros de salud hacia el año 1995 (13). Esta nueva visión de la salud, también involucró a los especialistas con relación a que no conocían otra modalidad de atención. Así las transformaciones previas fueron facilitadoras para la incorporación de cambios, particularmente en la articulación y jerarquización del primer nivel. La cuestión relacionada a las características de la demanda se observa con la creación del LEM. Ante el desabastecimiento de insumos medicinales, la demanda de medicamentos creció considerablemente por la crisis de cobertura y por el contexto económico regresivo, por lo cual dicha demanda de productos medicinales facilitó esta innovación (25).

Fundamentalmente el CEMAR marcó un nuevo modelo en Rosario, en el sentido de que no atienden consultas espontáneas, sino solo aquellas derivadas de los centros de salud. En apariencia, esta modalidad funcionó en forma aceptable, dado que no se registraron conflictos.

Por otro lado, la articulación jurisdiccional limitó el acceso de la población a las innovaciones en Rosario. Este aspecto político impidió, en ocasiones, el acceso de los mismos ciudadanos a los servicios públicos de salud. Por ejemplo, según el material relevado en el campo, algunos centros de salud provinciales no estaban abastecidos de medicamentos y los ciudadanos recurrían a los centros municipales a buscar los remedios recetados, sin una referencia del centro original, lo cual dificultó la articulación y el referenciamiento.

CONVERGENCIA DE ACTORES: SINERGIA EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN

Retomando el concepto de actor, lo definimos como aquel que tiene la capacidad de intervenir para transformar la realidad y se encuentra atravesado por intereses particulares que delimitan su acción y se ponen de manifiesto en los procesos de gestión (26). En el período 1995-2000, en Rosario podemos identificar tres grupos de actores involucrados en la introducción de innovaciones. En primer lugar, la Secretaría de Salud y los equipos técnicos de las diferentes áreas y direcciones. En segundo lugar, las instituciones como la Asociación Médica de Rosario (AMR) y la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y por último organizaciones de la sociedad civil y actores involucrados en los procesos de participación. Particularmente, la AMR y el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) tuvieron un rol central en la reorganización del sistema en los años previos a 1995. Estas instituciones tuvieron un papel clave en la planificación y en la organización de los cambios, fundamentalmente en lo referido al recurso humano y la atención primaria.

La AMR se involucró con la gestión municipal mediante la creación del Instituto Lazarte. Dicha asociación tenía una importante historia de trabajo en salud pública, mediante el CESS. Allí, se realizaban investigaciones sobre los modelos de gestión en salud pública, muchos de ellos de reconocimiento internacional. La AMR se vinculó directamente en la formación del personal y de los profesionales de la salud, primero a partir de cursos con eje en salud pública y después a partir del dictado de posgrados como la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud y la Maestría en Salud Pública, a través del Instituto Lazarte. Un ejemplo de la visión política convergente fue que el secretario general de la AMR, en un período (1993-1995) fue el Secretario de Salud (Raúl Rivero). El proceso de acercamiento y convergencia entre la AMR y el gobierno municipal fue posible por el interés común sobre la salud pública.

La UNR también cumplió la función formadora de nuevos profesionales, mediante la

modificación curricular de la carrera de Medicina, que se orientó a capacitar médicos generalistas, mediante convenios con la Secretaría de Salud. La UNR apoyó los cambios con mayor protagonismo desde otras secretarías de la Municipalidad. El proceso de gestión de la Municipalidad de Rosario fue acompañado por la UNR y la Facultad de Medicina. Por ello crearon el Área de Estudios Interdisciplinarios y a partir de esa nueva área se vincularon al Lazarte. Posteriormente, la Facultad de Medicina retomó el caso del sistema de salud de Rosario para trabajarlo en la formación. Así, comenzaron a formar médicos en Atención Primaria de la Salud, contextualizados en una práctica social que generó un proceso de enseñanza-aprendizaje en los nuevos estudiantes universitarios.

El tercer grupo fue el conformado por los actores sumados a la participación social y que se involucraron específicamente en los equipos de los centros de salud (consejos barriales de salud, presupuesto participativo, etc.). El gobierno sostuvo que la apertura a la participación ciudadana, le permitió retomar la visión de la población en torno a los problemas y así pudo brindar respuestas a diversos conflictos. Desde los documentos institucionales se afirma que la participación ciudadana generó una legitimación sobre el proceso de cambio que facilitó la incorporación de nuevas prácticas. Las reuniones en centros y la participación de los equipos en la comunidad generaron un mecanismo que permitió el apoyo social sobre los cambios en el sector público de salud. La búsqueda de consensos, la convocatoria, la generación de vínculos y de canales para la participación de los diferentes sectores, fue la estrategia más importante de la gestión rosarina en salud para consolidar la incorporación de nuevas iniciativas. Consideramos que cuando existen dos o más actores claves que buscan cambios y sus intereses se orientan hacia el mismo objetivo, se puede generar una sinergia (27) que posibilita la aparición de nuevas iniciativas o innovaciones. Los *equipos de cambio* (11) se conformaron dentro de la gestión en salud de la Secretaría Municipal (h), pero este proceso se fortaleció con el apoyo de equipos externos al gobierno local (CESS, UNR). Así se produjo la conformación de una coalición (27), que incluyó los equipos de diferentes ámbitos institucionales. Esta coalición fue estructurada por diversas instituciones y actores,

como la AMR y el CESS, y la UNR a través de las diferentes facultades. Según Repetto (27), dichas coaliciones son conformaciones "cuyo cemento son los intereses e ideologías en común". En el caso de Rosario, el modelo de la "salud pública" fue el punto de convergencia político-ideológico. De esta manera, la suma de los múltiples recursos de los grupos y los equipos de cambio, generaron sinergias que produjeron capacidades agregadas.

CAMBIOS INCORPORADOS MEDIANTE LAS INNOVACIONES: ATENCIÓN, GESTIÓN Y FINANCIAMIENTO

Como mencionamos previamente, las orientaciones que asumen las políticas de salud, así como sus consecuencias en el sector público reconocen tres planos: la atención, la gestión y el financiamiento (3). Claramente el LEM impactó principalmente en el plano del financiamiento, dado que fue creado con el fin de responder al desabastecimiento de los centros en un contexto de crisis económica. Para su puesta en marcha se requirió de fondos para la producción de medicamentos, que fueron presupuestados y financiados por la Secretaría de Salud. Esto generó que la producción de medicamentos se realice de acuerdo con la demanda, por lo cual hizo más costo-efectiva la fabricación, logrando un gasto más eficiente. Por otro lado, para cubrir la demanda pública creciente la Secretaría de Salud también adoptó programas de financiamiento internacional, fundamentalmente para acceder a la provisión de medicamentos que no se producían localmente (i).

El LEM modificó la gestión, básicamente mediante la creación de mecanismos aceitados para la producción y logística de distribución de medicamentos. Por ello se creó una droguería central a la cual los centros hacían sus pedidos de acuerdo a la demanda y fueron distribuidos entre todos los efectores municipales. Esto implicó cambios en la administración y en la toma de decisiones sobre la organización de la distribución de medicamentos. Esto implicó una atención con mayor acceso a medicamentos y en cierta medida la desmercantilización de la misma.

Respecto de la *articulación en red* de los efectores, ésta generó un fuerte impacto en el plano de la *gestión*, dado que el objetivo de dicha articulación fue, desde una visión integral, ordenar, referenciar y territorializar la atención. Implicó cambios en las prácticas administrativas y mejoramiento de los recursos y mecanismos para la articulación con el segundo nivel (referencia y contrarreferencia). Asimismo, incentivó la incorporación de mecanismos informales para la articulación entre efectores de salud de la municipalidad e incluso con efectores de la provincia.

Respecto de la atención, los centros de salud se transformaron en la puerta de entrada al sistema de salud, es decir, se convirtieron en la vía por donde ingresa la población a los servicios de salud. De allí se articularon con los consultorios clínicos o externos. No hay que dejar de lado el cambio que implicó la internación domiciliaria, no solo en lo relacionado a hacer más efectivo al sistema, sino en una modalidad que beneficia la recuperación del paciente (j). Asimismo, los programas de salud y la red de rehabilitación fueron otros cambios en la modalidad de atención de la salud de la población. Su financiamiento provino del presupuesto municipal que implicó la recurrente asignación de partidas –Decreto N° 0548 (28) y Decreto N° 2623 (29)– para el mantenimiento y creación de programas que promovieron la atención primaria y la prevención en materia de salud.

El Instituto de Salud "Juan Lazarte", impactó fundamentalmente en el plano de la *gestión*. Su creación implicó el diálogo interinstitucional y de mecanismos de articulación entre diferentes organizaciones nacionales como la AMR y la UNR, e internacionales como la FIOCRUZ y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Respecto de la atención implicó el fortalecimiento del recurso humano desde el modelo de la salud pública y del campo social, por lo cual la formación se orientó a mejorar la atención mediante la capacitación de los profesionales de la salud.

Por su lado, el CEMAR impactó directamente en el plano de la atención dado que se creó para responder a la creciente demanda cualitativa y cuantitativa de especialidades, aunque también impactó en la *gestión* dado que forma

parte de la articulación en red. El CEMAR significó una transformación en la atención en especialidades que pasó a estar articulada con la necesidad del primer nivel, y articulada con turnos programados. La modalidad de atención fue el cambio más sustancial, dado que los consultorios solo reciben pacientes derivados de los centros de salud y no por demanda espontánea. Cambió la relación de la mirada del hospital hacia la red, fundamentalmente hacia el centro de salud (30). Este proceso les permitió discutir e identificar distritos sanitarios, por lo cual realizaron diferentes experiencias participativas y heterogéneas dado que reconocieron que los barrios eran distintos y los equipos de los centros eran diferentes. La dimensión simbólica fue central en torno a la apertura del centro porque se construyó sobre un edificio abandonado por 40 años, y donde se discutía si construir un shopping o una cochera. Su creación y puesta en marcha implicó cambios en las prácticas administrativas, en el mejoramiento de los recursos, en los mecanismos de articulación con el segundo nivel (teléfonos, móviles, computadoras, etc). Esta nueva gestión promovió la articulación de la atención primaria de forma territorial con el hospital de referencia. Así, los centros de salud comenzaron a agendarle las prioridades al hospital de acuerdo a la situación concreta del barrio.

El problema del hospital –según aparece en los documentos–, fue conocer cuál era la situación de la población que "no llegaba al sistema". Así priorizaron, no desde el concepto de los que viven en la ciudad, sino desde aquellos que necesitan de atención y con el eje puesto en la accesibilidad. Según señalan algunos actores, lo más difícil del proceso fue articular con una visión centrada en el hospital –por parte de los profesionales– y la dificultad fue pensar al consultorio externo y la interacción con referencias al centro de salud. El CEMAR implicó una transformación en el plano de la atención, también respecto al trabajo del segundo nivel, coordinado con la atención en los centros de salud. También en la atención ambulatoria, relacionada con el primer nivel y no con la demanda espontánea. Así lograron la articulación entre centro y hospital. El CEMAR se financió con el presupuesto asignado por la Municipalidad, mediante la Secretaría de

Salud, sobre la base de la atención que brindan. No funcionó como los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), dado que posee un mecanismo de recupero de obras sociales y prepagas mediante el Centro Único de Facturación (CUF) (22), que distribuye los fondos con criterios diferentes. Dicho centro recauda y luego regresa aproximadamente el 80% de los montos facturados a obras sociales al mismo centro, y el resto es distribuido según diversas necesidades y criterios establecidos desde la Secretaría de Salud.

CONCLUSIONES

A partir del material de campo y de su posterior análisis, podemos decir que hubo una decisión, por parte del gobierno local, de recuperar el rol del Estado, deteriorado desde los inicios de la década del '90. En la indagación identificamos que los cambios se gestaron convocando, tanto a los ciudadanos como a los profesionales. La estrategia se centró en la búsqueda de consensos, en la convocatoria y en la participación de diferentes sectores y actores sociales. La construcción de consensos facilitó la incorporación de las innovaciones, dado que todas ellas involucraban actores de diferentes ámbitos para su implementación. Por un lado, establecieron alianzas estratégicas con instituciones como la AMR, la UNR, la FIOCRUZ, la OPS, y hasta el Consejo Nacional de Salud (CNS) de Brasil. Y por el otro lado, fortalecieron el vínculo con la sociedad civil a través de las organizaciones y los espacios de encuentros con la población, en este caso en los centros de salud y en los barrios. La búsqueda de consensos, la generación de vínculos y de canales para la participación a los diferentes sectores fue la estrategia más importante para consolidar algunas transformaciones y lograr la incorporación de nuevas iniciativas. Así, llegamos a la conclusión de que cuando más de un actor busca "transformar" y sus intereses se orientan hacia la misma finalidad, se pueden conformar equipos de cambio (11) que pueden generar o producir un valor agregado o sinergia (27). Los equipos de cambio de la gestión, junto con los actores externos al gobierno,

consolidaron coaliciones que produjeron capacidades agregadas. En el caso de Rosario, claramente el modelo de salud pública fue el punto de convergencia político-ideológica que cohesionó la coalición.

Podemos reconocer algunas limitaciones: el principal obstáculo fue que las innovaciones implicaron cambios en las modalidades de trabajo (CEMAR, articulación en red), por lo tanto las prácticas y rutinas de trabajo se vieron modificadas sustancialmente. Esto generó algunos inconvenientes sobre todo en el personal médico. Asimismo, dada la creciente crisis económica y social del período 1995-2000, la puja salarial fue el eje de conflictos entre diversos actores.

Como identificamos previamente, el proceso de transformación de la gestión del gobierno local en salud de Rosario fue diferente al provincial y nacional. Es decir, pese a esa divergencia de orientación en políticas, el modelo rosarino se nutrió de la situación provincial y nacional. La gestión municipal, estratégicamente, buscó enclaves en programas provinciales y nacionales de financiamiento externo para captar recursos. La orientación de la gestión del gobierno municipal efectivamente marcó cambios en esos dos sentidos (administración y recursos), sobre todo en un período donde existía un modelo hegemónico en políticas de salud. De la divergencia "política" entre jurisdicciones, aparecieron los principales problemas como la desarticulación que dejó a los usuarios en el medio de las diferencias políticas. Esto dio lugar a la búsqueda de distintos mecanismos de articulación informal y artesanal, para no perjudicar a los usuarios. La gestión municipal sabía que las diferencias políticas generaban consecuencias regresivas en la atención de la salud de la ciudadanía, sin embargo decidieron vincularse solamente desde el aspecto técnico, articulando programas con los equipos correspondientes.

Como conclusión, podemos afirmar que la gestión para la transformación, no solo implica redefinir conceptos, formular, incentivar e implementar nuevas iniciativas, sino que además requiere buscar estrategias políticas para lograr la articulación jurisdiccional a pesar de las perspectivas político-ideológicas distintas. Fundamentalmente porque de esa desarticulación se generan problemas que repercuten directamente en la salud de la

población. Más allá del discurso contrahegemónico del gobierno local, en este estudio encontramos que se implementaron intervenciones afines al modelo neoliberal, aunque no en un estado puro, sino más bien adaptadas al contexto territorial, como fue el caso del PROMIN (4). Esto nos habilita a concluir que la gestión del gobierno municipal de Rosario, entre los años 1995-2000, orientó sus intervenciones en salud de manera diferente a la arena provincial y nacional, pero se alimentó –en parte– de dicha diferencia. La orientación divergente fue posible mediante la incorporación de innovaciones que transformaron las políticas de salud en el gobierno local respecto del período previo en los planos de la atención, la gestión y el financiamiento. Las innovaciones orientaron a la gestión local en salud hacia un modelo universalista –con muchos matices– que buscó la disminución de las

desigualdades en el acceso a la salud por parte de la población, en un contexto donde se comenzaban a visualizar las consecuencias de los ajustes económicos de los '90 (k). Los cambios no solo fueron producidos por la "voluntad política" de la gestión local. Sin la convergencia de intereses entre actores e instituciones, e incluso la sociedad civil, los cambios no hubieran resultado posibles. Cravacuore (9), acierta cuando señala que la "voluntad política" y el liderazgo son los factores detonadores de la innovación, pero cabe agregar que no son determinantes de cambios. Para ello, se tienen que generar procesos paralelos, como la construcción de consensos y participación social que involucren a varios actores que produzcan sinergia de capacidades y den cimiento a esa "voluntad política".

NOTAS FINALES

a. El presente trabajo se desprende de un estudio de caso basado en el análisis y la reconstrucción de documentos bibliográficos y estadísticos, con una triangulación de entrevistas. El período recordado para el análisis (1995-2000) fue seleccionado, por un lado porque es cuando se comienzan a observar los problemas socioeconómicos vinculados a los ajustes implementados a inicios de los '90 (aumento de morbilidad materna e Infantil, desnutrición, etc.), y por el otro, porque fue el momento donde se introdujeron algunos cambios e iniciativas significativas para nuestro análisis.

b. En los trabajos rastreados, el concepto de innovación es generalmente utilizado para describir los cambios productivos, es decir relacionados al impulso y a la promoción del desarrollo local de la economía regional.

c. Belmartino (10) sostiene que en Rosario las innovaciones tecnológicas alcanzaron mayor madurez; un ejemplo claro es la creación de un centro privado de emergencia y traumatología, con ambulancias propias, aparatología de imágenes de alta complejidad, etc.

d. Según Belmartino, "recibe la denominación de equipo de cambio el grupo particular de agentes del Estado responsable de formular y promover el cambio de política. El supuesto subyacente de

estos estudios es que los decisores tienen una agenda política con contenidos propios que no está basada solamente en las presiones de los grupos de interés de la sociedad" (11 p.138).

e. El desempleo y el subempleo crecieron considerablemente. En la ciudad de Rosario, los índices del período 1995-2000 dan cuenta de una realidad desfavorable en términos socioeconómicos. Según señala el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), en el año 1995, el NBI promediaba el 15,5% y la desocupación más del 18% (12 p.6).

f. El programa se financió con los préstamos AR-3169 y AR-4164 (4).

g. Según un estudio el ahorro anual en medicamentos producidos por la Municipalidad fue de más de un millón de pesos anuales (22).

h. El supuesto que subyace ese análisis es que los decisores del Estado no solo tienen una agenda marcada por los grupos de interés de la sociedad, sino que hay un proceso más complejo donde ese "equipo de cambio" tiene un rol muy importante en la formulación de políticas (11).

i. La gestión local incorporó dos programas para utilizar sus recursos medicinales: el PROMIN y el Programa contra la Tuberculosis.

j. La articulación en red implicó la nueva modalidad de internación domiciliaria con el objetivo de descomprimir la demanda creciente en hospitales.

Este modelo tiene origen en la modalidad de hospitales rusos de la década del '40, la cual también aportaba a la rápida recuperación de los pacientes (22).

k. Pese al contexto de deterioro socioeconómico (la desocupación creció del 18% al 25% entre el 1995 y el 2000), los indicadores de mortalidad

infantil mejoraron, pasó del 15,41% del año 1995, al 13,49% en el año 2000. Esto, no solo se debe a las diferentes intervenciones implementadas en el período, sino al crecimiento del presupuesto que pasó de \$58.792.000 en el año 1995, a \$66.312.000, en el año 2000 (22).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez CA. El papel de la gestión local en salud orientada a combatir las desigualdades: el caso de la Municipalidad de Rosario. [En línea] Ponencia presentada en el 4º Congreso Nacional de Políticas Sociales; 12-14 de noviembre de 2008; Santa Fe, Argentina. Buenos Aires: UNGS [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: http://www.ungs.edu.ar/cm/uploaded_files/file/institutos/ico/contenidos/download/JIMENEZ_Elpapeldegestionlocalensalud.pdf
2. Danani C. El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la economía social. En: Danani C, compiladora. Política Social y Economía Social: debates fundamentales. Buenos Aires: Altamira; 2004.
3. Tobar F. Herramientas para el análisis del sector salud. [En línea] Buenos Aires: Universidad Isalud; 2000 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: http://www.isalud.com/htm/site/documentos/13_Archivo_largo.PDF
4. Chiara M, Di Virgilio MM. Gestión social y municipios. De los escritos del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento, Prometeo Libros; 2005.
5. Coulomb R. La participación de la población en la gestión de los servicios urbanos: ¿privatización o socialización? En: Azuela A, Duhau E, coordinadores. Gestión urbana y cambio institucional. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 1993.
6. Subirats J. La puesta en práctica de las políticas públicas. En: Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas; 1989.
7. Cravacuore D, Ilari S, Villar A. La articulación en la gestión municipal. Actores y políticas. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de Quilmes; 2004.
8. Cravacuore D, Israel R. Procesos políticos comparados en municipios de Argentina y Chile (1990-2005). Buenos Aires. Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes; 2007.
9. Cravacuore D. Motivaciones para el cambio: un análisis de liderazgos en municipios bonaerenses. [En línea] Trabajo presentado en el VIII Congreso internacional del CLAD sobre la Reforma del

- Estado y de la Administración Pública; 28-31 de octubre de 2003; Panamá [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0047812.pdf>
10. Belmartino S, Bloch C, Báscolo E. La Reforma de la atención médica en Argentina. Escenarios provinciales. [En línea] Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad; 2002. (Serie Seminarios Salud y Política Pública 4) [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: http://www.cedes.org/descarga/serie_sem/SSPP200204.zip
11. Belmartino S. La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación. En: Chiara M, Di Virgilio MM, Medina A, Miraglia M, organizadores. Gestión local en Salud: conceptos y experiencias. [En línea] Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento; 2008. p. 129-142 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.ungs.edu.ar/publicaciones/pdf/lu25.pdf>
12. Rosario se disputa la cabeza del ranking de desempleo. Diario La Capital. 16/07/1995.
13. Rovere M. Una ciudad modelo en salud pública. La construcción de una estrategia, el diseño de una gestión. En: Políticas para la gobernabilidad. Rosario: PNUD, Municipalidad de Rosario; 2005.
14. Secretaría de Salud Pública. La unificación de los servicios públicos de atención de la salud en el municipio de Rosario y su integración regional; propuestas para los subsectores provincial y municipal. Santa Fe. Argentina. Tomo I. Rosario: Municipalidad de Rosario, Fundación Banco Municipal Rosario; 1994.
15. Municipalidad de Rosario. Ordenanza N° 6192/1996. [En línea] Rosario; 10 de septiembre de 1996 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=40753&modo=attachment>
16. Municipalidad de Rosario. Ordenanza N° 6244/1996. [En línea] Rosario; 23 de octubre de 1996 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=39943&modo=attachment>
17. Municipalidad de Rosario. Ordenanza N° 6238/1996. [En línea] Rosario; 15 de septiembre de 1996 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=39940&modo=attachment>
18. Municipalidad de Rosario. Ordenanza N° 6873/1999. [En línea] Rosario; 17 de diciembre de 1999 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=14517&modo=attachment>
19. Municipalidad de Rosario. Ordenanza N° 6536/1998. [En línea] Rosario; 2 de abril de 1998 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=40602&modo=attachment>
20. Municipalidad de Rosario. Ordenanza N° 6919/2000. [En línea] Rosario; 30 de marzo de 2000 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=18323&modo=attachment>
21. Municipalidad de Rosario. Ordenanza N° 6825/2000. [En línea] Rosario; 20 de marzo de 2000 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=18279&modo=attachment>
22. Taboada E. El proceso de gestión de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario en el período 1989-1995. [Tesis de Maestría en Salud Pública]. Rosario: Universidad Nacional de Rosario, Centro de Estudios Interdisciplinarios; 2001.
23. Municipalidad de Rosario. Ordenanza N° 6310/1997. [En línea] Rosario; 7 de enero de 1997 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=38983&modo=attachment>
24. PNUD, Municipalidad de Rosario. Experiencia Rosario. Políticas para la gobernabilidad. [En línea] Rosario: Municipalidad de Rosario; 2005. [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/mr/mri/www/premios/experiencia-rosario-politicas-para-la-gobernabilidad>
25. Municipalidad de Rosario. Rosario 1995/2003: Ocho años de transformaciones y participación ciudadana. Rosario: Municipalidad de Rosario; 2004.
26. Lanzetta M. Las transformaciones en las formas organizativas de los sectores populares para la resolución de programas habitacionales. El caso del barrio Santa María del municipio de Quilmes. 1908-1996. [En línea] Ponencia presentada en el

- 1er Congreso Internacional "Pobres y Pobreza en la Sociedad Argentina"; 3-7 de noviembre de 1977; Quilmes, Buenos Aires, Argentina [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://naya.org.ar/congresos/contenido/quilmes/P1/35.htm>
27. Repetto F. Capacidad Estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina. Nueva York: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social; 2004. (INDES Working paper series; 1-52).
28. Municipalidad de Rosario. Decreto N° 0548. [En línea] Rosario; 19 de marzo de 1996 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=2946&modo=attachment>
29. Municipalidad de Rosario. Decreto N° 2623. [En línea] Rosario; 20 de octubre de 1999 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=12405&modo=attachment>
30. Fein M. La salud como política de Estado. En: Chiara M, Di Virgilio MM, Medina A, Miraglia M, organizadores. Gestión local en Salud: conceptos y experiencias. [En línea] Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento; 2008. p. 219-224 [fecha de acceso 12 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://www.ungs.edu.ar/publicaciones/pdf/lu25.pdf>

FORMA DE CITAR

Jiménez CA. Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000. *Salud Colectiva*. 2009;5(2):211-224.

Recibido el 30 de enero de 2009

Versión final presentada el 26 de marzo de 2009

Aprobado el 14 de abril de 2009