

Análisis sobre el Presupuesto Público de la provincia de La
Pampa y su vinculación con el modelo de salud pública

Autora: CPN Yamila Magiorano

Directora: Dra. Lidia Raquel Miranda

Co- Director: Dr. Juan Carlos Estario

SANTA ROSA (La Pampa) - Año 2014

Tribunal de tesis:

Prof. Dra. Maria Cristina Cometto

Prof. Dr. Roberto Tafani

Prof. Mgter. Mónica Maria Teresa Sacchi de Van Dam

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a aquellos que pudieron apoyarme desde el afecto y la comprensión; a aquellos que nunca van a necesitar el cartón pintado de una acreditación para reconocermme y habilitar mi voz:

A mis hijos, por los momentos robados;

A Raúl, mi compañero de la vida, por su infinita paciencia y generosidad;

A Claudia y Varinia, que me enseñaron a pensar en términos políticos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a los docentes de esta casa de estudios por haberse trasladado a la ciudad de Santa Rosa para el dictado de la Maestría en Salud Pública y darme la posibilidad de ser mejor como profesional y como persona, ofreciéndome una visión de la salud no solo técnica, sino humana y amplia en todo sentido; a quienes me acompañaron a lo largo de las clases; y muy especialmente a mi directora de tesis Dra. Raquel Miranda, que a pesar de su intensa actividad profesional, brindó con calidez su apoyo y su asesoramiento para que esta tesis pudiera ser realizada.

Yamila Magiorano

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77: “La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”.

INDICE

RESUMEN	7
SUMMARY	7
INTRODUCCIÓN	9
<i>CONTEXTO PROVINCIAL Y SANITARIO</i>	11
Situación sociolaboral	15
Panel de estructura de los servicios de salud	18
<i>MARCO TEÓRICO</i>	20
Democracia deliberativa y políticas públicas	20
Formulación de políticas en un modelo de APS	23
Aspectos técnicos del Presupuesto Público	29
Presupuesto participativo	30
<i>CONSIDERACIONES GENERALES</i>	33
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	35
DISEÑO METODOLÓGICO	36
DISCUSIÓN	37
<i>CAPITULO 1: ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</i>	37
1.1. Legislación Vigente	37
1.2 Estructura y Organización del Sistema de Salud	41
1.3 Macrogestión de la salud pampeana.....	52
<i>CAPITULO 2: FUERZA DE TRABAJO EN SALUD</i>	58
2.1 Disponibilidad y distribución del personal de salud	61
2.2 Carrera sanitaria y otras modalidades de contratación laboral.....	63
2.3 Regulación de la formación y de las profesiones.....	65
<i>CAPITULO 3: EL PRESUPUESTO PÚBLICO</i>	67
3.1 El actual Presupuesto Público pampeano	70
3.2 Relación del Presupuesto y el Derecho a la Salud	81
3.3 Propuesta de Presupuesto Participativo	83
CONCLUSIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	91
ANEXOS	96

RESUMEN

Con este trabajo denominado “*Análisis sobre el Presupuesto Público de la provincia de La Pampa y su vinculación con el modelo de salud pública*” se pretende aportar al debate colectivo, a la construcción y el fortalecimiento del sistema público para garantizar el derecho a la salud en la provincia de La Pampa, teniendo en cuenta las premisas de la Atención Primaria de la Salud.

El tipo de investigación sigue una configuración metodológica de carácter descriptivo e interpretativo, que incluye el análisis documental del material legal pertinente, la revisión de las versiones taquigráficas de sesiones parlamentarias, los diarios provinciales, las estadísticas nacionales y provinciales en relación con el tema y con algunos de ellos se efectúa una comparación con el resto de las provincias.

Se analiza, en tres capítulos, el contexto en el cual se desarrollan las políticas públicas de salud. El primero de ellos tiene como objetivo conocer las características de la organización del sistema público e identificar las distintas normas legales nacionales y provinciales que regulan las actividades vinculadas a la salud; el segundo, las características de los recursos humanos afectados y por último cómo se reflejan los gastos en salud en el presupuesto público provincial generando una propuesta de Presupuesto Participativo.

SUMMARY

This paperwork entitled “*Analysis of the Public Budget in the province of La Pampa and its relationship to the public health model*” has as aim to contribute to the collective discussion, to building and strengthening the public system to guarantee the

right to health in the province of La Pampa, considering the assumptions of Primary Health Care.

The research follows descriptive and interpretative methodological settings, which includes the legal documents analysis, the revision of the parliamentary session shorthand, provincial newspapers; national and provincial statistics in relation to the subject and with some of them is made a comparison with the other provinces.

It is analyzed, in three chapters, the context in which is developed the public health policies. The first chapter aims to determine the characteristics of the public system organization and identify the various national and provincial legislation governing health-related activities, the second, the characteristics of the human resources involved and finally how health expenditures are reflected in the provincial government budget generating a participatory budget proposal.

INTRODUCCIÓN

Para enmarcar el presupuesto fue necesario sistematizar la información relacionada con la salud, en un documento explicativo, que intenta servir como un aporte al debate colectivo, a la construcción y el fortalecimiento del sistema público para garantizar el derecho a la salud en la provincia de La Pampa.

Se analiza el sistema de la salud pública de La Pampa bajo un enfoque del desarrollo humano, es decir centrado en la ampliación de las capacidades de las personas para gozar de una vida larga y saludable, contemplando dimensiones tales como el acceso al conocimiento necesario para un buen desempeño social y laboral (educación) y el acceso a un nivel de vida digno (ingreso o crecimiento económico). Esto implica el abordaje de la salud desde una concepción amplia que incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia.

Para comprender el modo en que se ha construido la política de salud en La Pampa se consideran ciertos rasgos estructurales. En primer lugar, es necesario destacar el sostenido esfuerzo financiero superior al 13% que revisten en promedio la mayoría de las provincias argentinas y que es posible por la mayor disponibilidad de recursos tanto propios como los recibidos por coparticipación¹, en relación a otras provincias que abrieron amplios márgenes de acción en el área de salud. En segundo lugar, los indicadores sociales positivos en relación con otras provincias argentinas constituyen una situación de partida comparativamente ventajosa para el funcionamiento del sistema de salud y, por lo tanto, para el desarrollo de las políticas en la materia. En este sentido, un informe reciente del Programa de las

¹ En el año 2010 La Pampa se encontraba en el 4° y 6° lugar dentro del orden nacional según la cantidad de ingresos propios y coparticipados, respectivamente, de acuerdo a información de la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal y el IIERAF.

Naciones Unidas para el Desarrollo (1), centrado en el desarrollo humano en las 24 jurisdicciones argentinas, clasificaba a La Pampa entre las provincias con situaciones más favorables respecto del Indicador de Desarrollo Humano Ampliado (el IDHA, que comprende factores tales como la longevidad, el nivel educativo y el PBG per cápita de la población), ya que ocupaba el segundo lugar en el orden nacional.

Hay que sumar a estos dos factores estructurales la gran extensión geográfica provincial que configura una barrera de acceso si no hay una adecuada organización en torno al modelo de Atención Primaria de la Salud (APS) y conlleva a una desigualdad territorial y social en el acceso al sistema de salud a pesar de contar con dimensiones demográficas pequeñas en la provincia (318.951 habitantes según el Censo 2010).

Se examina el presupuesto público ya que es un instrumento de la política que sirve para transformar la realidad, en sentido progresista o regresivo, o para reproducir el orden social. Nunca es neutro o aséptico sino que, por el contrario, refleja la distribución de poder en relación con los grupos e instituciones de un lugar y el juego de poder político que se da entre distintos actores. Es decir, expone la lógica del poder, esto es cómo opera y cómo funciona. Además muestra la voluntad política de los gobernantes, expresada en la agenda política en las cuestiones que se priorizan políticamente y en aquellas que quedan rezagadas. En fin, muestra a quiénes perjudica y a quiénes beneficia el modelo de política institucional de la provincia.

Al analizar el gasto público en salud hay que tener presente que no todo es asistencial; por el contrario, una parte de él se destina a programas de promoción y otra, a acciones de regulación e investigación que deberían ser considerados como bienes públicos (ya que no hay posibilidad de exclusión en su distribución y consumo) o bienes sociales. Esto implica que la

mayor parte del gasto público en salud se destina a la atención médica en el conjunto de las provincias argentinas; es decir que mientras que las acciones de salud colectiva (prevención y regulación) representan un gasto público per cápita mensual del orden de los \$15,6, la atención médica alcanza los \$167 (2).

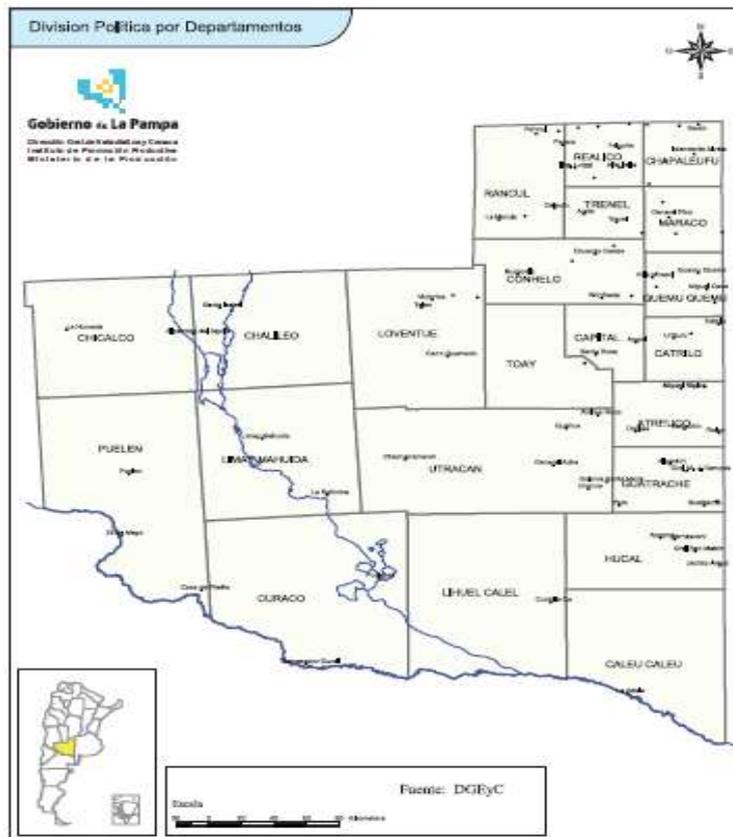
Por último se formula una propuesta de presupuesto participativo provincial en salud para favorecer y fomentar la discusión ciudadana en torno de la asignación de los fondos públicos.

CONTEXTO PROVINCIAL Y SANITARIO

La Provincia de La Pampa se encuentra localizada en el centro de la República Argentina, abarca una superficie de 143.440 km². Esta ubicación geográfica le permite comunicaciones fluidas con el resto del país y la posibilidad de una gran inserción política, social e institucional.

La provincia se encuentra dividida administrativamente en 22 Departamentos, los cuales a su vez cuentan con 58 Municipios que gobiernan los centros de población que tienen más de quinientos habitantes, en tanto que los poblados con menor población a la indicada conforman las 21 Comisiones de Fomento.

Figura 1: Departamentos de la provincia de La Pampa



¹ Fuente: Anuario Estadístico 2012 del Gobierno de la Provincia de La Pampa.

La Pampa es una provincia relativamente joven, cuya provincialización tuvo lugar en el año 1952; aunque su primera ciudad, Victorica, fue fundada en 1882.

La población de la provincia de La Pampa es, según censo del año 2010, de 318.951 habitantes. Este volumen de población representa el 0,8% del total del país, y el 2,3% de la región Pampeana. En valores absolutos, es mayor que la de las provincias de Santa Cruz y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. El crecimiento poblacional registrado entre 2001 y 2010 fue de 6,6%, alrededor de un 35% menor al observado a nivel nacional y regional. La Pampa es la tercera Provincia con menor población del país.

La densidad de población de la provincia de La Pampa según resultados del CNPHyV 2010 es de 2,2 habitantes por km², cifra muy inferior a la media del país (13 hab/km²) y solo superior a Santa Cruz que es de 0,8 hab/km².

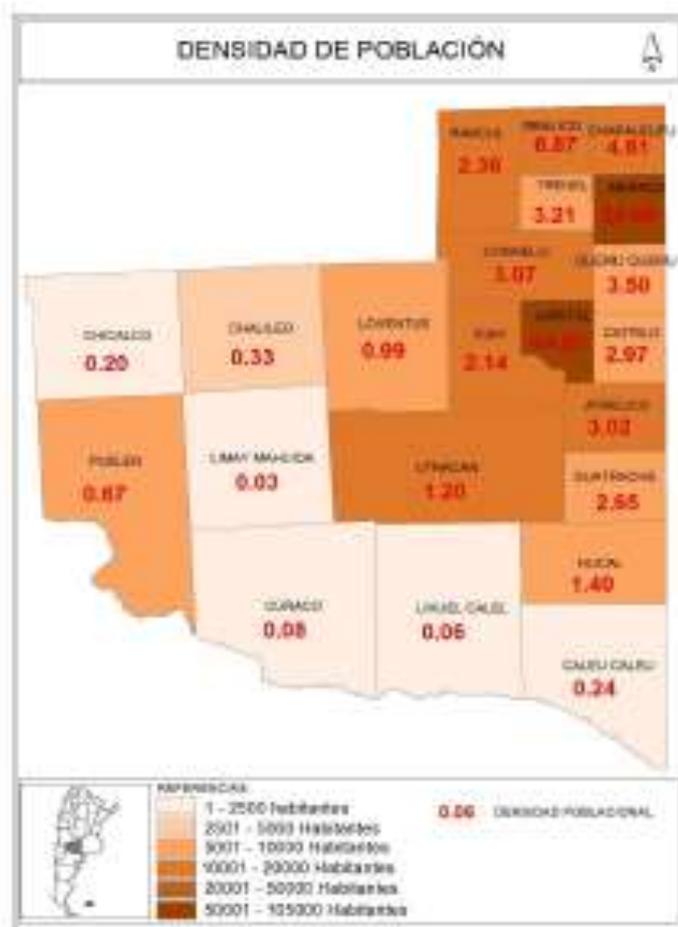
La Pampa presenta variaciones que inciden en las características de su población en diferentes zonas de su extensa geografía.

Hacia el Oeste, la mayoría de los departamentos cuentan con una densidad de población inferior a 1 habitante/km²; fuertes condicionantes ambientales impiden el desarrollo de una actividad económica sustentable que permita el asentamiento humano y evite las migraciones de la población².

Por otra parte, en la región Noreste de la Provincia se observan las mayores densidades de población, especialmente en los departamentos Capital y Maracó, en los que se asientan los principales centros urbanos (Santa Rosa y General Pico, respectivamente), en el siguiente mapa se pueden observar las diferentes densidades de los departamentos de la provincia.

² Anuario Estadístico 2012 elaborado por Gobierno de la Provincia de La Pampa.

Figura 2: Densidad de población de La Pampa

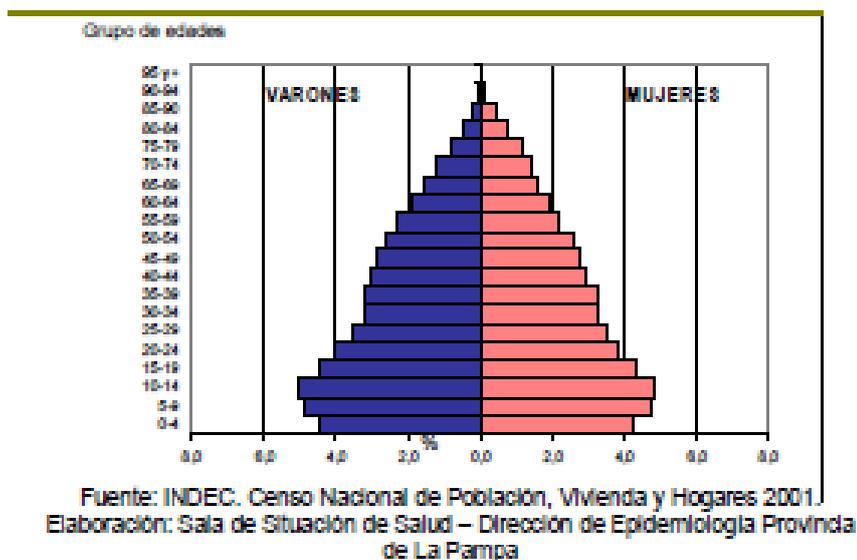


Fuente: INDEC - Censo 2010. Datos Provisorios. Elaboración: Sala de Situación de Salud – Dirección de Epidemiología Provincia de La Pampa

Las zonas urbanas de la Provincia concentran el 81% de la población, mientras que el 21% restante se distribuye en las áreas rurales.

La estructura de la población pampeana, de acuerdo al Anuario Estadístico 2012 publicado por la Dirección de Estadística y Censos (3), es una pirámide poblacional que adopta la forma de tipo constrictiva, es decir que se observa un estrechamiento en su base lo que indica una disminución en la población de jóvenes y un aumento paulatino en edades superiores.

Figura 3: Pirámide Poblacional de La Pampa



El número de nacidos vivos para el año 2011 fue de 5266; desde el año 2003 al 2011 ha disminuido con excepción del año 2010.

La población económicamente activa (PEA), entre 15 y 64 años, constituye la porción de la población que interviene en la producción de bienes y servicios y comprende el 61% de la población; mientras que los menores de 15 años representan el 28,8% y los adultos mayores (más de 65 años) el 10% de la población.

La Esperanza de Vida (EV) promedio del país es de 73,8 años. Analizando la Región Patagónica, se observa que la menor EV se registra en la provincia de Chubut (72,2 años) y la mayor en la provincia de Santa Cruz (75,2), mientras que la EV de la provincia de La Pampa es de 74,8, valor que supera la media nacional y se encuentra dentro de los más altos de la región.

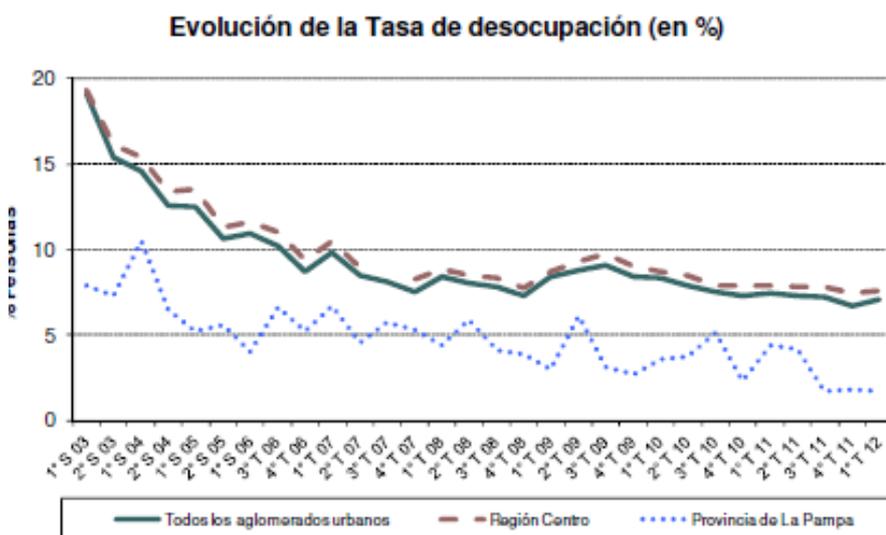
Situación sociolaboral

La tasa de actividad del aglomerado Santa Rosa - Toay fue de 44,7% en el primer trimestre de 2012, porcentaje alrededor de 2

puntos menor que el promedio regional y casi 1 punto menor que el promedio nacional.

Como se observa en el gráfico que sigue, la tasa de desempleo descendió entre 2004 y 2012, al pasar de más del 10% al 1,7% en el primer trimestre del último año, siendo este el registro más bajo del país. Durante todo el período analizado la tasa de desempleo de la provincia se ubicó en niveles inferiores a los del país y la región.

Figura 4:



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Permanente de Hogares Continua, INDEC.

En el tercer trimestre de 2010 los asalariados sin descuento jubilatorio fueron del 33,7% lo que denota un grado de informalidad del empleo inferior al registrado tanto a nivel nacional (37,8%) como al regional (36,4%). La Pampa es la sexta provincia con menor grado de informalidad del empleo privado en el país.

En el tercer trimestre de 2010 el 49,1% de los ocupados pampeanos en el sector privado formal tenía el secundario completo y el 16,0% el nivel superior, porcentajes que denotan un

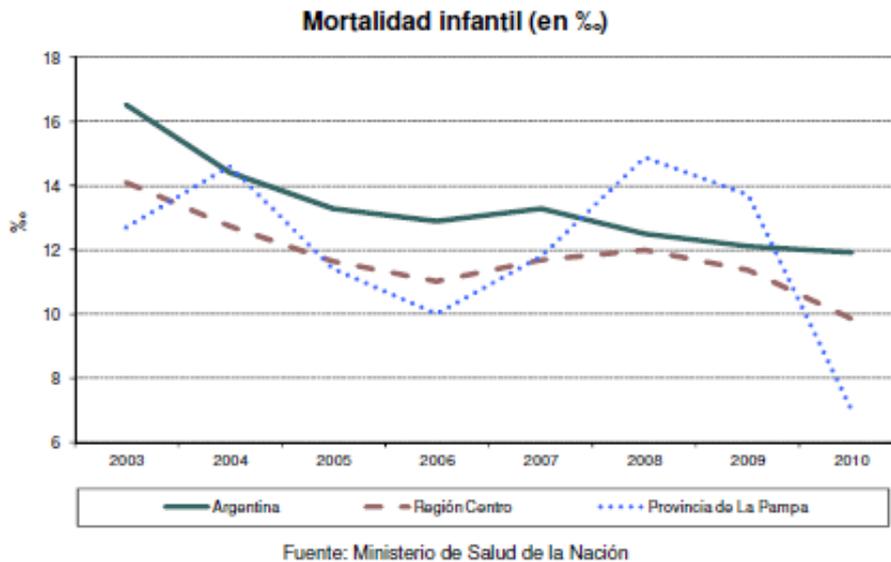
nivel de instrucción de los trabajadores pampeanos inferior tanto respecto al promedio regional como al nacional.

En cuanto al nivel salarial, la remuneración promedio de los trabajadores formales del sector privado alcanzó un monto de \$5.454 en el cuarto trimestre de 2011, cifra un 15% inferior al promedio regional y menor en un 14% al promedio nacional

En relación a la distribución del ingreso, la brecha entre las personas ubicadas en el decil que más ingresos perciben respecto del que menos lo hace fue de 15,6 para el cuarto trimestre 2011, encontrándose dicho guarismo levemente por debajo del registro del país (18,5) y del valor regional (16,7). Asimismo, el coeficiente de Gini muestra una distribución del ingreso relativamente más equitativa en La Pampa que en la región y en el país.

En materia de salud, el gráfico siguiente muestra que entre el año 2004 y el 2006 la tasa de mortalidad infantil de La Pampa registró una importante disminución ya que de valores cercanos al 15‰ en 2004 pasó al 10‰ en 2006. Desde el 2006 hasta el 2008 la tasa de mortalidad infantil aumentó hasta llegar a registrar valores superiores al observado en 2004, pero disminuyó nuevamente en los dos años siguientes, para ubicarse en 7‰ en 2010, la menor tasa de mortalidad infantil registrada en el país junto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Figura 5:



Asimismo, en el cuarto trimestre de 2011 se observa que el 64,3% de la población de La Pampa tenía algún tipo de cobertura de salud, nivel inferior al observado en el promedio de la región pero superior al promedio del país.

Panel de estructura de los servicios de salud

El Sistema de Salud Público de Provincia de La Pampa cuenta con 110 Establecimientos Asistenciales de diferentes niveles de complejidad que van desde la menor complejidad en el Nivel 1 a la mayor complejidad en el Nivel 8. Los Establecimientos se encuentran agrupados en cuatro Zonas Sanitarias, las que pueden apreciarse en la figura 6, y dos Áreas Programáticas: Santa Rosa y General Pico.

La Zona Sanitaria 1 concentra el 46% de la población de la Provincia y comprende los departamentos de Toay, Capital, Catriló, Atreucó y Guatraché. La Zona Sanitaria 2 reúne el 39% de la población y está conformada por los departamentos de

Rancul, Realicó, Chapaleufú, Trenel, Maracó, Conhelo y Quemú-Quemú.

Las zonas restantes corresponden a los departamentos de menor densidad poblacional de la Provincia. La Zona Sanitaria 3, comprendida por Puelén, Limay Mahuida, Utracán, Hucal, Caleu Caleu, Lihuel Calel y Curacó, posee el 11% de la población; por último la Zona Sanitaria 4, conformada por los departamentos de Chical-Có, Chalileo y Loventué, concentra solo el 4% de la población de La Pampa.

Figura 6: Zonas Sanitarias de la provincia de La Pampa



Fuente: www.ssl.lapampa.gov.ar

Elaboración: Sala de Situación de Salud – Dirección de Epidemiología Provincia de La Pampa

MARCO TEÓRICO

Para el abordaje metodológico de este trabajo se tiene en cuenta el concepto de gerencia pública elaborado por Carlos Losada Marrodan (4). Se coincide con el autor en que es preciso acordar en primer lugar sobre el diagnóstico, o sea obtener consenso sobre la identificación de los problemas y sus posibles soluciones; luego prestar atención al diseño, es decir a la generación de propuestas para reformar un sistema de organizaciones interdependientes; y, finalmente, considerar el concepto de desarrollo que referencia a la evolución de las formas de gestionar, vale decir pensar cómo se hace para que las propuestas se mantengan en el tiempo y continúen su adaptación al entorno.

Democracia deliberativa y políticas públicas

El objetivo principal de la democracia deliberativa es revalorizar la vida democrática y colocar al ciudadano en un papel más activo y responsable en la toma de decisiones políticas. Para lograr este propósito, esta teoría de la democracia adopta el procedimiento deliberativo como ideal de justificación política, por oposición a un sistema liberal basado en la agregación y satisfacción de intereses egoístas. De este modo, no es la regla de la mayoría mediante un voto secreto, sino el razonamiento público entre los ciudadanos iguales, la base de legitimidad y participación política. En la democracia deliberativa impera la cooperación para conseguir el bien común, la razonabilidad, el diálogo y la publicidad; en contraposición al liberalismo donde prima el conflicto, el autointerés o el voto secreto.

John Rawls (5), filósofo político destacado del siglo XX y creador de esta teoría, señala que la democracia debe visualizarse en términos de “razonamiento público” y no solamente a la luz de elecciones y votos, con la debida inclusión de la oportunidad del

debate público, así como de la participación interactiva y del encuentro razonado.

Este concepto más amplio incluye la oportunidad de los ciudadanos para participar en las discusiones políticas y para estar en condiciones de ejercer influencia sobre la decisión pública. La democracia tiene exigencias que van más allá de las urnas; el voto es solo un medio para hacer efectivo el debate público, siempre y cuando la oportunidad de votar se combine con la oportunidad de hablar y escuchar sin temor alguno. Rawls plantea exigencias sociales para llegar a un discernimiento justo, que incorpore el acceso a la información pertinente, la oportunidad de escuchar diversos puntos de vista y la posibilidad de estar expuesto a discusiones y debates públicos y abiertos.

El proceso de toma de decisiones a través de la discusión puede acrecentar la información sobre una sociedad y sobre prioridades individuales, y dichas prioridades pueden responder a la deliberación pública. Como sostiene el Premio Nobel de Economía James Buchanan: "La definición de la democracia como 'gobierno mediante la discusión' implica que los valores individuales pueden y de hecho cambian en el proceso de toma de decisiones." (Buchanan, citado por Sen; 6).

Según lo expresa Sen (6), el ideal del uso público de la razón está relacionado estrechamente con dos prácticas sociales particulares que merecen atención específica: la tolerancia hacia opiniones distintas (junto con la posibilidad de estar de acuerdo en no estar de acuerdo) y el fomento del debate público (junto con la confirmación del valor de aprender de otros).

Un mecanismo sistemático de participación, con orientaciones claras y específicas, existe en el ámbito de la Jurisdicción Nacional y es el Decreto 1172 del año 2003 "Mejora de la Calidad de la Democracia y de sus Instituciones". Este ejemplo puede tomarse como referencia de innovación en el campo de la

normatividad para la participación (más allá de la existencia de las herramientas), que regula cinco herramientas de participación ciudadana. Estas son las herramientas y sus principales objetivos, según la descripción de Silveri (7):

- *Audiencias públicas*: habilitan un espacio de participación de la ciudadanía en el que los afectados por determinada política puedan dar a conocer su opinión.
- *Gestión de intereses*: obliga a diversos funcionarios del Poder Ejecutivo Nacional (PEN) a informar mediante algún medio la agenda de reuniones que mantengan con sujetos vinculados a los temas que su área domina (conocida como lobbistas).
- *Elaboración participativa de normas*: proceso no vinculante mediante el cual organismos del PEN realizan rondas de consultas a organizaciones o ciudadanos para conocer su opinión acerca de un proyecto de ley que será remitido al Congreso.
- *Reuniones abiertas de los entes reguladores de servicios públicos*: esta norma habilita a todos los ciudadanos a estar presentes en todas las reuniones del directorio de los organismos.
- *Acceso a la información pública*: todo ciudadano tiene derecho a requerir, consultar y recibir información por parte del PEN.

El decreto refiere en particular a la información pública, ya que la democratización de la información es un aspecto fundamental para que la participación pueda tener incidencia en la administración pública.

Las herramientas señaladas deben implementarse mediante políticas públicas, ya que son las políticas las que expresan la respuesta del gobierno a las condiciones que generan o generarán necesidades a una cantidad importante de personas; estas respuestas deberían coincidir con el interés público. Los gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas,

morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no resulta eficiente. No responder también es una opción, por lo que la política pública se convierte en “lo que el gobierno hace y lo que el gobierno decide ignorar” (8).

La determinación de políticas públicas es una función primordial del gobierno e implica relaciones de poder, influencia, cooperación y conflicto en donde los valores, los intereses y las motivaciones determinan el diseño final y su implementación. De hecho, las políticas determinan, en realidad, quién obtiene qué, cuándo y cómo en la sociedad.

Específicamente, las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados.

Las políticas reguladoras en salud pueden otorgar acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos y la contaminación ambiental.

Formulación de políticas en un modelo de APS

González García y Tobar (9) señalan que la salud de un pueblo es indicador de su organización social y comunitaria y por ello debería ser un tema del Estado y la sociedad, una construcción permanente que se desarrolle entre todos y para todos. Mencionan también que los instrumentos de políticas y gestión

modernas que no involucran la participación y que no generan consenso pueden ser técnicamente factibles pero terminan siendo políticamente inviables y precisamente el presupuesto público es uno de los instrumentos de la política pública más relevantes.

En el diseño de las políticas de la salud pública, a un nivel macro, se puede definir una política sanitaria orientada hacia la atención primaria que es lo que hace el Consejo Federal de Salud (COFESA) donde intervienen el gobierno nacional y todas las provincias argentinas; a nivel meso ello requiere que los gobiernos provinciales elaboren ciertas redefiniciones regulatorias y de articulación entre los segmentos públicos, de obras sociales y privado; mientras que a nivel micro demanda por parte del Poder Ejecutivo Provincial la formación de recursos humanos de diversos niveles de capacitación y su reorientación hacia la prevención (1).

Son ejes rectores del trabajo los pensamientos del Premio Nobel de Economía y miembro de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, Amartya Sen (10), cuando afirma que los factores que pueden contribuir a los logros y fracasos en el campo de la salud van mucho más allá de la atención sanitaria; en ese sentido se deberían contemplar, desde las predisposiciones genéticas, los ingresos individuales, los hábitos alimentarios y los estilos de vida hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo. Señala también que la base informativa de la justicia social no puede consistir únicamente en la posibilidad de información, dado que además de lograr los resultados valorados son importantes los procesos. Por último, opina que la equidad en salud no puede preocuparse únicamente de la desigualdad en la salud o la atención sanitaria sino que debe considerar cómo se relaciona la salud con otras características, tales como la promoción de la

salud, a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales.

La visión integral de desarrollo humano es un modelo al cual adhieren Tafani et al (11), quienes señalan que los datos de los indicadores de salud sugieren que los servicios de salud por sí mismos no pueden dar cuenta de la salud de la población. Hay sobrados ejemplos que respaldan que un plan integral sanitario debe modelarse sobre la base de la inter-sectorialidad, ya que la educación influye en los problemas de los niños y la posibilidad de tener un servicio gratuito de salud. En efecto, es la madre la que decide llevar a los servicios a los niños y se observa que la no culminación del colegio primario va asociado a la mortalidad mientras que la acumulación de años de escolaridad se transforma en un factor de protección importante. Esto se verifica también para la mortalidad materna, cuando la mujer ha alcanzado el nivel de educación terciario completo.

La perspectiva de derechos en salud se refiere a que ésta es un componente propio de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo; es decir que todas las personas por el hecho de existir tienen derecho a la salud.

Sen, señala que:

[...] la salud es esencial para nuestro bienestar y que las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer dependen de nuestros logros en salud. Porque no podemos hacer muchas cosas si estamos discapacitados o incesantemente abrumados por la enfermedad y son muy pocas las que podemos hacer si no estamos vivos. La penalidad de la enfermedad puede no limitarse únicamente a la pérdida del bienestar, sino incluir también la falta de libertad para hacer lo que uno considere sus responsabilidades y compromisos. La salud y la supervivencia son fundamentales para entender no sólo la calidad de vida, sino también para que uno haga lo que quiere. (10)

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó la Observación General 14 donde se refiere al derecho a la salud, que sostiene:

[...] el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional” (12).

El enfoque de derechos tiene dos principios esenciales que lo conforman: la realización progresiva y la prohibición de regresividad. El primero de ellos implica considerar las limitaciones de recursos y proponer una realización progresiva y gradual de los derechos a través del tiempo, también establece prioridades entre los derechos tomando en cuenta que no todos pueden asegurarse. El segundo, es decir la prohibición de regresividad (o prohibición de retroceso) en su interpretación normativa expresa que cuando se modifica o sustituye una norma anterior por una posterior, esta no puede limitar o restringir derechos o beneficios concedidos (13).

El constitucionalista argentino Horacio Corti (14) expresa que la Ley de Presupuesto tiene una vinculación conceptual con el sistema de derechos humanos, que una de sus finalidades es la de hacer efectivo el conjunto de derechos humanos, de ahí que ella devenga inconstitucional si no cumple con dicho cometido o si, al desarrollarse, lesiona de alguna manera un derecho fundamental.

El presupuesto público es la ley fundamental que ordena la gestión económica y financiera del Estado durante un periodo de tiempo determinado, que en la provincia de La Pampa es anual abarcando de enero a diciembre de cada año, aunque la Ley Provincial N° 3 de Contabilidad establece que podría ser plurianual, situación que nunca desde su sanción en el año 1953 sucedió.

De acuerdo a las expresiones de Ander Egg (15), en ocasión de prestar servicios profesionales en la administración del gobierno de la provincia de La Pampa, “el presupuesto es el programa de gobierno reducido al común denominador que es el dinero”. La cuantificación monetaria de las actividades del Gobierno responde básicamente a tres preguntas: “cuánto”, “quién” y “en qué”; es decir que se referencia a montos de dinero que se autoriza a alguien a invertir en determinados conceptos o acciones.

En materia presupuestaria hay tres momentos claves: el de la planificación, el de la ejecución y el de la revisión. El primero de ellos es el diseño del proyecto que elabora el Poder Ejecutivo en función de las políticas gubernamentales, teniendo en cuenta gran cantidad de datos transformados en información y la intervención de gran cantidad de organizaciones y actores que interactúan en un juego de poder y de mutua influencia; esto luego se somete al debate parlamentario y finalmente se sanciona la ley. El segundo momento, la ejecución, sucede cuando se disponen los fondos, se autorizan y se registran las operaciones que se van realizando. Finalmente, el momento de la revisión se produce durante la ejecución y cuando finaliza el período de ejecución del mismo, que implica un proceso de control interno y externo del uso que se va haciendo basado en rendiciones de cuenta que se sintetizan en la Cuenta de Inversión

anual, que deberá ser aprobada o desaprobada por el Poder Legislativo.

Tal como lo propone el autor cordobés Las Heras, al inicio de su capítulo sobre presupuesto, es interesante recordar las palabras del gran político argentino Juan Bautista Alberdi:

No hay barómetro más exacto para medir el grado de sensatez y civilización de cada país que su ley de presupuesto. La ley de gastos (si habla de verdad) nos dice a punto fijo si el país se halla en manos explotadores o está regido por hombres de honor; si marcha a la barbarie o camina a su engrandecimiento; si sabe dónde está y adónde va, o se encuentra a ciegas sobre su destino y posición (16).

Pese a la distancia temporal e ideológica que separa el momento actual del contexto de Alberdi, evidente en el uso de los conceptos de 'civilización', 'honor' y 'barbarie'³, la referencia resulta válida en tanto y en cuanto declara como ley fundamental la de presupuesto.

Por último es necesario señalar que la legislación en la provincia de La Pampa en materia de hacienda pública data de la década del `50, la cual por el inevitable transcurso del tiempo ha quedado disminuida en cuanto a su alcance dado que no ampara la diversidad de situaciones que genera la dinámica de la actual administración. Específicamente la ley 3 de la provincia de La Pampa que contempla los lineamientos que debe contener el presupuesto provincial es del año 1953 y el decreto reglamentario clasificador de los gastos del año 1981. Es evidente la necesidad

³ Remitimos a Svampa (17), *El dilema argentino: civilización o barbarie*, para un examen de las circunstancias y transformaciones que la dicotomía sarmientina ha experimentado en el devenir histórico argentino y los conflictos que dificultaron la consolidación de una tradición democrática en el país. No nos explayamos en eso aquí porque excedería los objetivos de nuestro trabajo.

de ajustar la legislación provincial; en este sentido Hollenbach afirma:

No hay una sociedad bien ordenada ideal que pueda ser realizada de una vez para siempre. En la medida en que es construida, siempre será imperfecta y frágil. Por lo tanto, siempre habrá necesidad de un serio debate público y de una argumentación acerca de lo que conforma el bien de la sociedad (18).

Aspectos técnicos del Presupuesto Público

De acuerdo a la Recomendación Técnica del Sector Público N° 1, emitida por la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas (19), los objetivos particulares de los estados contables son:

- informar a la ciudadanía y sus representantes la generación y el destino de los recursos públicos;
- garantizar la objetividad que el Estado debe brindar sobre la información del empleo de los recursos públicos;
- proporcionar al Poder Ejecutivo los elementos de juicio y datos aptos para permitir la elaboración de los programas de gobierno, el presupuesto y la Cuenta de Inversión o Cuenta General del Ejercicio;
- suministrar al Poder Legislativo información suficiente para el estudio, el análisis y sanción del Presupuesto, la aprobación o rechazo de la Cuenta de Inversión o Cuenta General del Ejercicio y los demás controles sobre la Administración Pública que considere necesarios;
- permitir a los órganos de control de la Administración Pública el cumplimiento de sus funciones, brindándoles información útil para el ejercicio de sus competencias y para la evaluación y control de la gestión;

- brindar información para el análisis de la gestión, facilitando la elaboración de indicadores que permitan la medición de la eficiencia, eficacia y economía en la generación de bienes y servicios que brinda el Estado; y
- proveer información al sistema de cuentas nacionales.

El proceso de formación y sanción de las leyes está normado por la Constitución Provincial, que en lo específico del presupuesto establece en su artículo 68 inc. 13) que es una atribución de la Cámara de Diputados fijar anualmente, a propuesta del Poder Ejecutivo, el presupuesto general de gastos; en el caso que el Poder Ejecutivo no remitiere el proyecto de presupuesto antes del 30 de septiembre, la Cámara puede iniciar su discusión tomando por base el que está en ejercicio. Incluso la Constitución prevé que si no fuera sancionado ninguno, se considerará prorrogado el que se hallare vigente; situación que nunca sucedió en la provincia.

El ejercicio del presupuesto es esencialmente un proceso de asignación de recursos, que se organiza en diversas etapas, es decir pasos o fases por las que atraviesa un presupuesto. Se reconocen habitualmente cuatro etapas: la elaboración del presupuesto, su aprobación, la ejecución del presupuesto aprobado, y finalmente, una instancia de control y evaluación. Estas etapas no son necesariamente consecutivas sino que son parte de un proceso continuo, pueden superponerse en algún momento y cada una incide regularmente sobre el desarrollo de las etapas siguientes, condicionando su calidad.

Presupuesto participativo

El Presupuesto Participativo (PP) se orienta a fortalecer los mecanismos de participación ciudadana como un medio para el fortalecimiento de la gobernabilidad democrática. Es una oportunidad para promover una mayor participación con

capacidad de tomar decisiones y construir mecanismos de democracia participativa que complementen la democracia representativa.

De acuerdo a lo expresado por Pineda Nebot y Pires (20) el PP es una metodología de gestión pública presupuestaria que, en los últimos veinte años, se ha convertido en una práctica innovadora y renovadora de la democracia y la calidad del gasto público. Por esta razón ha recibido el reconocimiento de varios organismos internacionales tales como la ONU, el Banco Mundial y por gobiernos locales y nacionales de todos los continentes, que lo han adoptado y adaptado a sus propias características.

A través del PP se desarrolla un proceso político que permite transferir parte del poder de decisión de las autoridades provinciales hacia la ciudadanía, pero también se les transfiere la obligación de construir acuerdos concertados ante la presencia de recursos escasos. Esto le confiere al proceso de presupuestación un contenido más político que técnico que permite la construcción de ciudadanía con un enfoque de corresponsabilidad para el desarrollo.

En España, país donde se ha aplicado en varios lugares este dispositivo, Lopes Alves y Allegreti realizaron una investigación de varios presupuestos participativos locales y concluyeron que:

El resultado positivo de una experiencia participativa puede ser observado de diversas maneras, sea por el incremento de la relación entre estado y ciudadanos, sea por la difusión de la información acerca de las reglas del juego político, que resultan en el empowerment ciudadano, sea en la transparencia del gobierno que por su vez genera confianza, o en la motivación del personal de BackOffice. O aún, en elementos más objetivos como la distribución de recursos de manera más igualitaria, la toma de decisión que considera problemas concretos que de otro modo

podrían no estar en la agenda, sea por la eficacia y eficiencia del uso de recursos (21).

De acuerdo a Barragán et al (22) se pueden definir cuatro características compartidas por todas las experiencias de PP; ellas son:

- La participación tiene como objeto la discusión de las finanzas públicas, es decir todos los presupuestos participativos tienen como objetivo común reflexionar sobre el destino de los recursos públicos.
- Todas las experiencias se desarrollan en escenarios que implican un conjunto de sub-unidades territoriales (barrios y distritos) y un espacio general que los incluye a todos (la ciudad).
- Las experiencias son periódicas, es decir se implementan de forma continuada, anualmente o con otra periodicidad, y siempre de manera estable.
- El proceso incluye la rendición de cuentas de los resultados del proceso, permitiendo a la ciudadanía valorar la gestión de los gobernantes y los efectos de su participación.

Hay dos cuestiones fundamentales referidas a los PP, la primera es que no existe un modelo único adaptable a cualquier realidad: cada experiencia, aunque tenga una inspiración, o provenga de una práctica ya consolidada y con ella guarde similitudes, es en realidad un ejercicio singular; es decir que las prácticas no pueden ser similares en contextos diferentes. La segunda cuestión es que ellos no pueden ser inamovibles, estáticos y rígidos en su propio modelo; o sea que un PP tiene siempre que adaptarse y readaptarse a la realidad donde se realiza.

En cuanto a la cantidad y el tipo de gastos que se realizan bajo este esquema de PP, en general representa entre el 1% y el 10%

del presupuesto ejecutado, es decir de la parte realmente gastada. Sin embargo, algunas ciudades o provincias colocan a debate más del 10% de su presupuesto. En escasos lugares del mundo, como Mundo Novo o Porto Alegre, discuten, por lo menos formalmente, el 100% del presupuesto. En el otro extremo, se ubican varias ciudades, especialmente europeas, donde el Presupuesto Participativo colocado a discusión puede representar menos del 1% del presupuesto municipal.

Respecto a los tipos de partidas sometidas a discusión hay una gran variabilidad en las distintas experiencias, mientras algunos sólo ponen a debate las inversiones, hay otros que ponen a discusión tanto las partidas de inversiones como las correspondientes a los gastos corrientes del presupuesto tradicional. En cuanto a las inversiones la parte que se somete a discusión varía entre el 100% del total del presupuesto de inversión y algunos porcentajes reducidos.

La doctrina especializada coincide en que no existe un porcentaje óptimo del presupuesto que deba someterse a discusión con la ciudadanía; depende de cada situación, de la voluntad política y de la capacidad de presión de la ciudadanía. En varios lugares este porcentaje va incrementándose año tras año, en la medida en que la experiencia se consolida y gana confianza, tanto en el entorno político local como entre la población.

CONSIDERACIONES GENERALES

Para orientar el análisis crítico del sistema de salud de La Pampa, esta tesis se ha organizado en tres capítulos.

En el primero de los capítulos se presenta el tratamiento de la “Organización del Sistema de Salud”, focalizando en la legislación vigente relativa a la salud de la provincia, la estructura del sistema en la República Argentina y en La Pampa, las implicancias de ser un país federal, los subsistemas que

intervienen y las distintas funciones que tiene el gobierno en su rol de rectoría, es decir la macrogestión ejecutada a través del Ministerio de Salud de la provincia. El capítulo dos analiza la “Fuerza de Trabajo en Salud”, cómo está compuesta, cantidad, formación, distribución geográfica, modelo de gestión y administración del personal, vínculo laboral, modalidad de contratación y pago y regulación de la formación en salud. El capítulo tres trata sobre el “Presupuesto Público de La Pampa”, el actual presupuesto, las etapas de formulación, los actores intervinientes, la evolución en el periodo 2001 al 2011; se analiza aquí cuál es el gasto en salud con relación al gasto total provincial y su comparación con otras jurisdicciones provinciales; por último se incluye una propuesta de presupuesto participativo.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

De los conceptos expuestos precedentemente surgió la hipótesis principal que ha guiado esta investigación, que puede ser formulada en los siguientes términos: el presupuesto público en salud de la provincia de La Pampa no refleja la estrategia de Atención Primaria de la Salud y esto podría afectar la garantía del derecho a la salud. A partir de allí, se desprende el objetivo general de la investigación que ha sido analizar el contexto en el cual se despliegan las políticas de salud pública en la provincia de La Pampa, y realizar aportes para una mejor gerencia gubernamental de la salud pública.

En ese marco, los objetivos específicos son los siguientes:

- Conocer las características de la organización del sistema público de salud en la provincia de La Pampa.
- Identificar las distintas normas legales nacionales y provinciales que regulan las actividades vinculadas a la salud en la provincia de La Pampa.
- Describir la fuerza de trabajo en salud pública en la provincia.
- Identificar la técnica presupuestaria del Presupuesto Público Provincial en salud.
- Realizar una propuesta de Presupuesto Participativo que vincule la forma de organización provincial en salud, la democracia participativa y las políticas públicas.

DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño de esta investigación conjuga el enfoque cualitativo con el cuantitativo. En efecto, de acuerdo con los objetivos y el marco de referencia planteados, se requiere una perspectiva metodológica de carácter descriptivo e interpretativo para analizar las fuentes que proporcionan información relativa a la práctica política de salud en la provincia de La Pampa. Asimismo, el análisis documental se complementa con el estudio de la distribución de gastos, asignaciones presupuestarias y datos estadísticos.

Teniendo en cuenta la factibilidad de esta investigación, se toma como unidad de análisis el Presupuesto Público de la provincia de La Pampa en el período 2001-2011, considerando el contexto provincial en materia social, política y económica y en relación con ciertos ejes que permiten un análisis sistemático y detallado, tales como el contexto sanitario, el marco legal, las políticas presupuestarias y laborales, la relación de la provincia con Nación y la comparación con otras provincias argentinas.

En primer lugar, se realizó un análisis documental del material legal pertinente, es decir los presupuestos provinciales y las cuentas de inversión. Luego, se consideraron las versiones taquigráficas de sesiones parlamentarias, los diarios provinciales, las estadísticas nacionales y provinciales en relación con el tema. Se efectuó una comparación con el resto de las provincias con los datos que suministra el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Economía de Nación. Finalmente, se procedió a realizar un análisis comprensivo de toda la información obtenida en conexión con el marco teórico de referencia, la hipótesis y objetivos planteados.

DISCUSIÓN

CAPITULO 1: ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. Legislación Vigente

La legislación otorga a las políticas de salud el sustento necesario para transitar del ámbito de lo político al marco de lo jurídico.

En cuanto a los sistemas y servicios de salud, la legislación define el papel que cumplen los actores públicos y privados; provinciales, nacionales e internacionales, así como sus funciones e interacciones, y establece el modelo mediante el cual se da vigencia a los objetivos provinciales de salud. Es decir que instrumenta un marco de garantías con su contrapartida de obligaciones.

Es necesario revisar de manera permanente el marco jurídico con el fin de instrumentar políticas orientadas a la reestructuración de los sistemas y servicios de salud. En la provincia de La Pampa esto sucedió, por ejemplo, con la redefinición del órgano rector del sistema de salud cuando pasó de ser una Subsecretaría a jerarquizarse en Ministerio en el año 2009; cuando se crearon planes para extender la cobertura y cuando se reguló la participación del sector privado con mecanismos de control, entre otras reformas legislativas que tienden a garantizar los derechos de los individuos en materia de salud.

El derecho a la salud se encuentra en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y en la Constitución Nacional al ratificar en su artículo 75, inciso 22 el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho a la salud está formulado como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En el ámbito de la región, el derecho humano a la salud

se define como el derecho a la salud física, mental y social; está contenido en el Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", ratificado por la República Argentina el 30 de junio de 2003.

De esta normativa nacional e internacional se deriva el ordenamiento legal sobre salud en todos los niveles y jurisdicciones provinciales o municipales.

Las siguientes normas organizan el funcionamiento del sistema de salud en la Provincia de La Pampa:

- **CONSTITUCION PROVINCIAL**

Artículo 6º: Todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos. No se admite discriminación por razones étnicas, de género, religión, opinión política o gremial, origen o condición física o social.

La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas.

La convivencia social se basa en la solidaridad e igualdad de oportunidades.

Las normas legales y administrativas garantizarán el goce de la libertad personal, el trabajo, la propiedad, la honra y la salud integral de los habitantes.

- **LEY 2079 /2003. EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA SALUD**

Artículo 1.-Las actividades de salud prescriptas en la presente Ley quedan sujetas a las normas de la misma y a las reglamentaciones que en su consecuencia se dicten.

Artículo 2.- Quedan comprendidas las actividades tendientes a promover, mantener, alcanzar o restablecer la salud, como así también aquellas que pudieran transformarse en peligrosas o

negativas para la salud individual desarrolladas por los actores señalados en el Artículo 96 y su reglamentación.

Entiéndase a la salud, como el estado de bienestar físico, psíquico y social que implica adaptación dinámica de la persona a su medio.

Es un derecho humano fundamental que debe ser considerado como objetivo social y su realización exige la intervención del Estado como responsable principal y la de los distintos actores sociales, políticos y económicos.-

Artículo 3.- Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en ésta Ley, la participación en actividades que estén contempladas en la misma. Sin perjuicio de las sanciones dispuestas por la presente, las que actuaren fuera de los límites en que deben ser desarrolladas sus actividades, serán denunciadas por infracción al Artículo 208 del Código Penal.-

Los artículos transcritos son apenas algunos de los 127 artículos que componen la norma. Es una ley con una concepción de avanzada para su época; ya tiene una década, es decir tiene preceptos acordes a los lineamientos que establece la Organización Mundial de la Salud. Lamentablemente solo fue reglamentada en forma parcial, en lo relativo a las habilitaciones para los locales y establecimientos donde se ejerzan actividades de salud; y por ello muchos de sus artículos no se aplican.

- **NORMAS COMPLEMENTARIAS DE SALUD**

Decreto 2626/1977 de *Sanidad Escolar*. Norma que ha permanecido en el tiempo a pesar de los cambios políticos. Actualmente se realizan controles en los alumnos de 1º, 3º (del primario o educación básica), y en 1º del secundario. Tiene por objetivo cumplimentar los esquemas de vacunación nacional además de detectar problemas solucionables en la población infantil inserta en la comunidad educativa. El examen es amplio y

contempla la detección de alteraciones a nivel oftálmico, auditivo, odontológico, la verificación del cumplimiento del esquema de vacunación y la realización de un examen clínico general.

NJF 1170/1982 (t.o. por el Decreto 393/2000) - *Ley Orgánica del Instituto de Seguridad* que establece la obligatoriedad de aportes y contribuciones de los empleados públicos provinciales a la Obra Social provincial SEMPRE. Los aportes son del 3,5% para el titular y el 1% por cada uno de las personas a cargo restantes obligatorios o el 6% si son voluntarios y las contribuciones del Estado Provincial o municipal en el 4,5%.

Ley 1363/1991. *Programa Provincial de Procreación responsable* a través del cual se brinda a toda la población que lo requiera información, orientación y prestaciones de servicios que aseguren el derecho humano de decidir libre y responsablemente sobre sus pautas reproductivas. El programa persigue como objetivos: disminuir la morbilidad perinatal y materna, evitar embarazos no deseados, disminuir el número de abortos provocados y favorecer el ejercicio de una sexualidad plena, sin temor al embarazo.

Ley 1420/1992 (reglamentada por Decreto 376 /1996)- *Sistema financiero integral de Medicina Social*. Mediante esta norma se incorporan al sistema de salud público los fondos provenientes de obras sociales por prestaciones realizadas a sus afiliados, las donaciones y los subsidios o préstamos. El destino de esos fondos se distribuye para el funcionamiento de los establecimientos asistenciales; programas de atención médica, inversiones de bienes de capital; perfeccionamiento del recurso humano, y bonificaciones o estímulos especiales para el personal de Salud Pública (este último ítem representa casi el 50% del fondo).

Ley 1724/1996. *Libreta Sanitaria Materno Infantil y del Adolescente*. La misma se ha mantenido con muy buena

aceptación por parte de la población en general y ha tomado carácter de documento para la realización de diferentes trámites, ingresos escolares, ya sea al nivel primario, el nivel secundario, el nivel terciario e, incluso, el nivel universitario.

Ley 2298/2006. Ley que regula la realización de tatuajes en la piel, las perforaciones para colocación de joyas u otros ornamentos en el cuerpo humano. Además de regular la práctica, aborda también la cuestión del consentimiento y la autorización a menores.

Decreto 164/2007. Reglamento para habilitaciones de locales y establecimientos para el ejercicio de actividades de la salud.

Resolución 2525/2007. Establece las categorías de los pacientes para el acceso a los servicios de Salud Públicos en “No Contribuyentes”, “Mutualizado” y “Contribuyentes”. Dicha división no constituye un limitante para acceder a la Salud Pública, pero prescribe que, en el caso de aquellos que posean mutual u obra social y por ende sean categorizados como “Mutualizado o “Contribuyente” respectivamente, será la institución a la que pertenecen la que pague al Estado por los servicios prestados. Para considerar a un paciente como “No Contribuyente” la norma considera que los ingresos de esa persona deben ser inferiores a cinco salarios mínimos vitales y móviles.

1.2 Estructura y Organización del Sistema de Salud

En términos amplios el sector público contribuye a moldear los resultados observados en el área de la salud a través de cuatro tipos de intervenciones: prestación de servicios y realización de programas; financiación; regulación y articulación de políticas públicas.

La Constitución Nacional establece que Argentina es un país federal, esto implica que cada una de las 23 provincias que la integran se reserva la potestad de decidir y elaborar políticas

públicas sobre las áreas que no sean de jurisdicción del Estado Nacional. La salud es una de las áreas que no ha sido delegada por las provincias a la Nación, o sea que las jurisdicciones provinciales gozan de autonomía política y administrativa en esta materia.

La autonomía mencionada es relativa, es decir que las provincias y Nación son interdependientes, ya que la discrecionalidad provincial es limitada por la influencia y el control del poder político nacional, ya que ejerce la función de rectoría y coordina acciones con los Ministerios de Salud provinciales a través del Consejo Federal de Salud (COFESA).

En muchas provincias la capacidad de ejercer su autonomía quedó sin efecto durante mucho tiempo, dado que el autogobierno tiene una estrecha relación con los recursos financieros de las provincias, la situación económica y la incapacidad para recaudar impuestos de algunas de ellas.

La mayor parte de la capacidad instalada del sector público de la salud argentina pertenece a las jurisdicciones provinciales. A su vez cada provincia cuenta con la Obra Social de la jurisdicción, las que tienen una regulación diferente a las nacionales, en tanto responden a la legislación provincial y cuentan con características propias y funciones particulares.

El marco descripto implica que son las provincias los ámbitos adecuados para desarrollar una política de salud; además de ser las responsables de la propiedad y administración de todos los servicios públicos de salud ubicados en su territorio, incluso aquellos que reconocen jurisdicción municipal.

Las provincias tienen poder jurisdiccional, su legislación incluye y obliga a todas las personas y entidades que están en su territorio; ejerce poder de policía en materia de habilitación y control de los establecimientos de atención médica, así como del personal

universitario y técnico de salud, respecto del cual tienen la potestad de habilitarles el ejercicio profesional, lo mismo que a autorizarles a anunciarse como especialistas. También las provincias son el agregado poblacional de las estadísticas vitales y los denominadores naturales para seguir el desenvolvimiento de los indicadores de salud (23).

La característica de que Argentina sea un país federal y que las provincias poseen las principales responsabilidades y atribuciones para la definición de políticas, organización, fiscalización y atención en su territorio incide en la falta de integración entre los distintos subsistemas y en que haya una deficiente articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). Esta afirmación ha sido sostenida reiteradamente por la doctrina (24,25).

Regulación del financiamiento, el aseguramiento y la inserción privada en salud

El financiamiento de servicios se encuentra compartido entre los subsectores públicos, la seguridad social y la medicina prepaga. El subsector público financia y provee servicios de salud a partir de los Ministerios de Salud de las provincias y el Ministerio de Salud de la Nación. Aunque formalmente esta cobertura es universal, la población que utiliza los servicios públicos de salud es la población que no cuenta con un seguro de salud.

La seguridad social incluye a los trabajadores formales en actividad con su familia y los jubilados. La gestión está a cargo de las obras sociales, que operan como seguros de salud y que no constituyen un grupo homogéneo sino varios sub-grupos altamente segmentados. Este subsector está conformado por 298 obras sociales nacionales, 23 provinciales y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP,

también conocido como PAMI), que financian servicios prestados mayoritariamente por instituciones privadas y médicos contratados (26).

La República Argentina desde el año 1996 estableció el Programa Médico Obligatorio (PMO), por imperio de la Ley 24754, y comenzó a exigir una canasta básica de servicios y medicamentos a todas las obras sociales y las entidades de medicina prepagas con el fin de satisfacer el derecho a la salud.

El PMO es fundamental para tomar decisiones relacionadas con la asignación de recursos y determinación de prioridades; es el gobierno nacional quien regula el contenido y los procedimientos para su determinación.

La Ley 25929 de 2004 amplía las prestaciones obligatorias que deberán brindar, al incluir el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, las cuales quedan incorporadas de pleno derecho al PMO, en el marco de un régimen de derechos para los padres y la persona recién nacida. En 2005, por Decreto 317 presidencial, se aprobó el Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales, que se implementa en forma progresiva en las distintas regiones del país y cuyo objetivo es evitar las intermediaciones en las contrataciones entre los grupos de obras sociales incorporadas al sistema y el conjunto de prestadores. Este decreto establece los lineamientos generales para asegurar la cobertura médico-asistencial a los beneficiarios de las obras sociales.

En abril de 2004 se sancionó la Resolución 310 del Ministerio de Salud que elevó al 70% el descuento en medicamentos para patologías crónicas, como diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, hipercolesterolemia, enfermedad coronaria, epilepsia, asma y otras.

El PMO está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendida no solo como la cobertura para el primer nivel de atención sino, fundamentalmente, como una estrategia de organización de los servicios sanitarios. Por tanto, sostiene el principio de privilegiar la prevención antes que la curación.

Entre los programas incluidos en el PMO se encuentran el Plan Materno Infantil, la atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, los programas de prevención de cánceres femeninos, la odontología preventiva y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

El organismo que se encarga de hacer efectivo el cumplimiento del PMO es la Superintendencia de Servicios de Salud, el ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Su misión es supervisar, fiscalizar y controlar a las Obras Sociales y a otros agentes del Sistema con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población.

Según Bergallo “la definición y el control del PMO se encuentra en la raíz de una cantidad importante de demandas relacionadas con el derecho a la salud” (27) y por ello es necesario saber que en la Argentina no hay un ente especializado, dedicado al diseño, reforma y ajuste de las reglas y el contenido del PMO.

Cobertura sanitaria en la Provincia de La Pampa

De acuerdo al Censo 2010 el 52% de los pampeanos tienen Obra Social (164.605 personas), el 12% tiene Prepagas, un 4% planes estatales de salud y el 32 % (101.796 personas) no tiene ningún tipo de cobertura sanitaria.

La Obra Social que mayor cantidad de beneficiarios posee es el Servicio Médico Previsional, SE.M.PRE, que fue creado por Ley 503 del año 1969, con el objeto de atender la asistencia médica

integral de los afiliados de la Caja de Previsión Social y familiares a cargo.

De acuerdo al Anuario Estadístico Provincial esta Obra Social provincial tenía, a diciembre del 2011, 82.389, afiliados; de los cuales 38.418 beneficiarios son directos (obligatorios o adherentes) y 43.971 son beneficiarios indirectos (obligatorios o voluntarios).

Los afiliados directos establecidos por la Ley 1170 son:

- los funcionarios y empleados que desempeñen cargos en cualquiera de los poderes del Estado Provincial o Municipal, sus reparticiones u organismos descentralizados o autárquicos;
- los jubilados, retirados y pensionados de los regímenes de jubilaciones y pensiones de la Provincia;
- agentes pertenecientes a entidades públicas, privadas o mixtas, que adhieran al SEMPRES mediante convenios (por ejemplo, los de la UNLPam);
- los beneficiarios de pensiones graciabes por vejez y/o incapacidad y/o aquellos encuadrados en el beneficio acordado por la Ley 830, que adhieran al régimen del SEMPRES; y
- los bomberos voluntarios que adhieran al régimen del SEMPRES (incorporados por ley 1877).

Son afiliados indirectos aquellos que necesitan de un afiliado directo para formar parte del padrón, y en general se trata de familiares que cumplen determinados requisitos.

El organismo que regula el funcionamiento del SEMPRES es el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina; a nivel provincial no hay ningún otro organismo externo que lo controle.

El PAMI es la institución que otorga cobertura a la población jubilada y pensionada. Es la más importante del país, y como tal, constituye una pieza clave en la definición de contratos con los prestadores de salud en la provincia.

Programas y políticas Nacionales vigentes en la provincia

El Ministerio de Salud de la Nación efectúa la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud, y conduce la planificación global del sector en coordinación con las autoridades sanitarias de las provincias. También tiene a su cargo el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica, de manera consensuada con las provincias, e interviene en la aprobación de los proyectos de establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas.

En la Argentina, por Resolución 482/2002 se aprueban las normas de organización y funcionamiento del área de servicio social de establecimientos asistenciales que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

El responsable de determinar los objetivos y políticas del sector y de ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia es el Ministerio de Salud de la Nación. Precisamente en el ámbito de este Ministerio existen varios programas nacionales de carácter vertical, cuya ejecución se realiza en jurisdicción de la provincia de La Pampa, ellos son:

Programa de tuberculosis: consiste en vigilar y controlar todos los casos notificados en la provincia (para el 2011 fueron 41), distribuir medicamentos, brindar los tratamientos, vacunar a los recién nacidos y capacitar a los equipos de salud.

Programa de inmunizaciones: se propone alcanzar y mantener un 95% de cobertura de vacunación en la población que prevenga sarampión, poliomielitis, rubeola, tétanos, entre otras enfermedades prevenibles.

Programa maternidad e infancia: promueve la reducción de la mortalidad infantil y materna, el número de muertes por abortos inseguros y la mortalidad de la mujer.

Programa Sanidad Escolar (PROSANE): cuyo objetivo es fortalecer la estrategia de Atención Primaria con participación de la comunidad educativa, detectar patologías prevenibles en los niños y favorecer el cumplimiento de la vacunación.

Programa de cardiopatías congénitas: para reducir el déficit de resolución quirúrgica de cardiopatías congénitas mediante la regionalización de la atención a nivel nacional.

Programa de Salud sexual y procreación responsable: previene embarazos no deseados, incluye las prácticas de ligadura de trompas de Falopio y vasectomía como métodos de anticoncepción.

Programa de prevención primaria del Cáncer de Cuello uterino.

Programa de Salud integral en la Adolescencia: promueve hábitos saludables para los adolescentes sanos, tiene un enfoque de riesgo y énfasis en la salud reproductiva.

Programa Incluir Salud: brinda cobertura sanitaria a los beneficiarios de pensiones no contributivas (son pensiones por invalidez, madres de 7 o más hijos, vejez, entre otras).

Plan Nacer: brinda cobertura a embarazadas y niños hasta los 6 años, y desde octubre del 2012 incorporó a los niños, niñas y adolescentes hasta los 19 años y a las mujeres sin obra social que tengan hasta 64 años; con la ampliación al Programa “Sumar”.

Plan Remediar: brinda medicamentos esenciales a la población cuya cobertura médica es exclusivamente pública.

Programa Médicos Comunitarios: cuyo propósito es fortalecer los recursos humanos consolidando la estrategia de APS.

Distribución Nacional de los Centros de APS

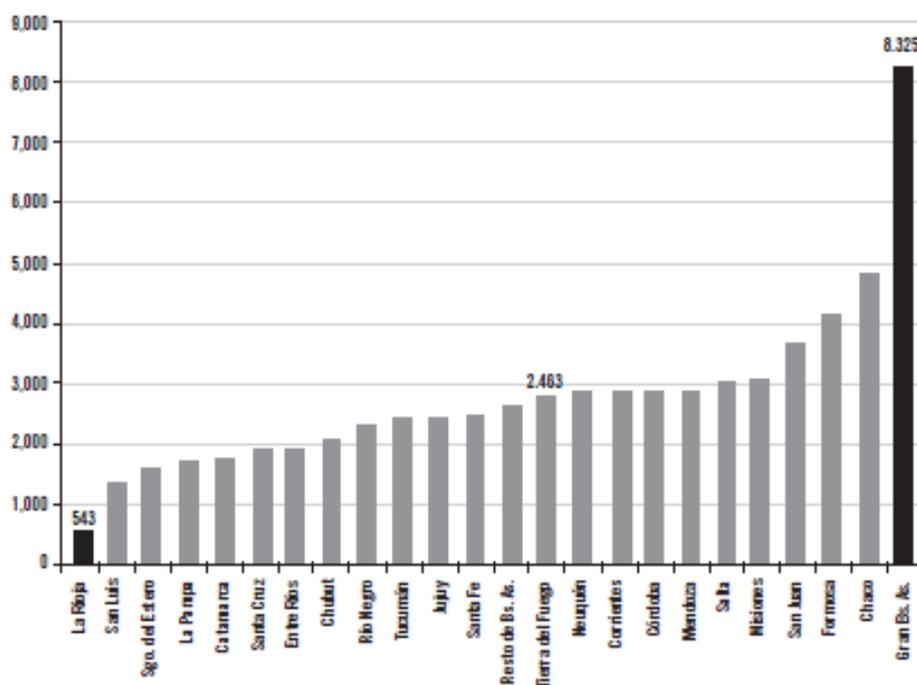
Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) constituyen la unidad inicial del sistema de salud público ya que representan la puerta de entrada natural de los usuarios al sistema. Es por

ello que su ubicación adquiere importantes implicancias en el acceso geográfico y financiero a la salud, especialmente para aquellos en condiciones de pobreza.

De acuerdo a un estudio elaborado por Maceira (28), el promedio nacional muestra que existen 3.183 habitantes sin cobertura formal de salud por cada centro asistencial. Sin embargo, se observan grandes diferencias tanto entre provincias como en el interior de cada una de ellas.

Es interesante comparar la distribución de los CAPS entre provincias, haciendo énfasis en su relación con aquella población que más los necesita, es decir con los grupos sin cobertura formal de salud.

Figura 7. Distribución de CAPS: brechas entre provincias



Fuente: D. Maceira (28) en base a información del Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación. 2006

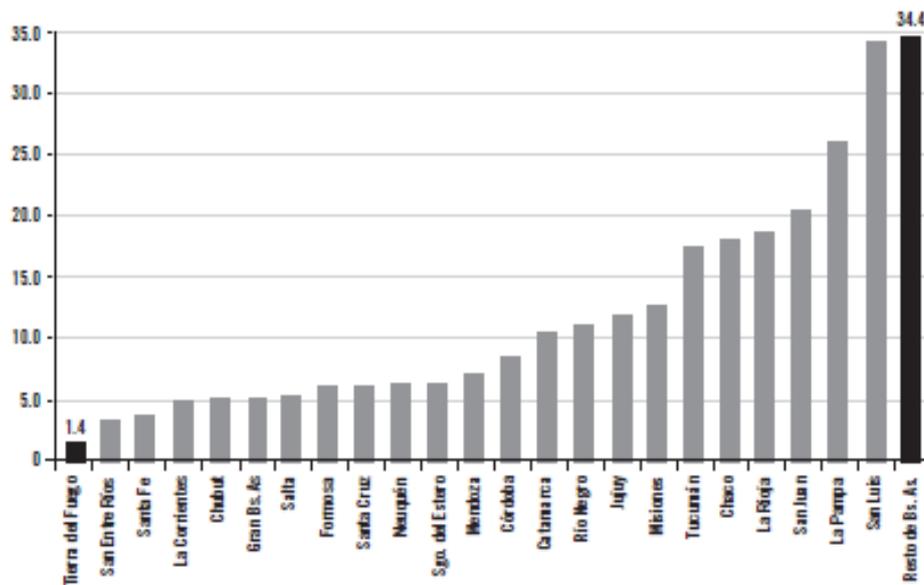
De la comparación surgen notorias diferencias, donde el promedio registrado en la provincia de La Rioja resulta 15 veces menor al obtenido en el Gran Buenos Aires. Ambos extremos

pueden asociarse, aunque no necesariamente, con una inadecuada asignación de recursos físicos y financieros, reflejando subutilización en el caso de la provincia norteña o sobreutilización en el caso bonaerense. La Pampa estaría según estos datos por debajo del promedio nacional, con 1800 habitantes que no tienen cobertura formal por CAPS. Esta comparación podría no ser del todo adecuada, en la medida en que cada provincia tiene estrategias sanitarias relativamente independientes, tal como fue indicado anteriormente.

Para obtener una información más apropiada Maceira (28) analiza las brechas en el interior de cada provincia, presentando la distancia entre el peor y el mejor departamento en la relación CAPS/población sin cobertura, para cada jurisdicción. Los resultados muestran que en un extremo se encuentran los Municipios de la provincia de Buenos Aires (exceptuando el conurbano) con una brecha de hasta 34 veces entre aquellos con mayor y menor densidad de CAPS para cubrir la población con necesidades de salud. En el otro extremo, la provincia de Tierra del Fuego muestra una distancia significativamente menor, de hasta 1.4 veces en esta relación.

Tal como puede observarse, La Pampa tendría una brecha de 26 veces entre aquella con mayor y menor densidad de CAPS para cubrir la población con necesidades de salud.

Figura 8. Distribución de CAPS: brechas intra provincias



Fuente: Maceira (28) en base a información del Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación. 2006

Mecanismos regulatorios dirigidos a evitar descreme, riesgo moral, selección adversa

La regulación lentamente está incorporando mecanismos de protección a los usuarios de los mercados de salud, para corregir las asimetrías de información y poder que lo caracterizan. Así, el surgimiento de los Comités de Bioética en los Establecimientos Públicos, la reglamentación de la gestión de reclamos de beneficiarios de las obras sociales nacionales y la creación de una oficina para ello, bajo la dirección de la Superintendencia de Servicios de Salud, o la regulación de la publicidad de tales entidades, constituyen avances importantes en la materia. En la provincia de La Pampa, el riesgo moral es controlado por la Comisión de Ética del Consejo Médico y a nivel público lo regula el Consejo de Bioética (la ley establece como función del Ministerio de Salud “Promover la creación de una Comisión de Expertos y la conformación del Consejo de Bioética, a fin de

evaluar los casos que requieran un análisis especial o donde se vean involucrados derechos personalísimos de los interesados”).

A su vez existe una Comisión de Ética que trabaja dentro del Departamento de docencia e investigación dependiente de la Dirección de Atención Médica del Hospital Dr. Lucio Molas (centro asistencial de Nivel 8, ubicado en la capital de la provincia de La Pampa). Se reúne cuando alguien solicita su convocatoria ad hoc para dictaminar sobre casos clínicos dilemáticos, evaluación de trabajos de investigación, asesoramientos de consultas o requerimientos de la justicia provincial.

En cuanto al desceme, es decir el proceso mediante el cual un asegurador trata de seleccionar a los mejores aportantes con el objetivo de maximizar sus ganancias, la provincia no tiene mecanismos para evitar que las obras sociales realicen este tipo de maniobras.

1.3 Macrogestión de la salud pampeana

En la Provincia de La Pampa, de acuerdo al art. 17 bis de Ley de Ministerios 1666, le compete al Ministerio de Salud asistir al Gobernador de la Provincia en todo lo inherente a la política y acción asistencial del Estado en materia de salud integral de la población, previniendo, promoviendo, protegiendo, recuperando la salud física y mental del ser humano de manera individual y general, enfatizando los aspectos preventivos de dicha actividad; en todo lo que permita lograr el bienestar general de la salud de la población; y en particular:

- 1) Intervenir en la formulación y ejecución de la política sanitaria provincial que se desarrollará en base a los lineamientos de la prevención, de la potenciación de la atención primaria, de la concientización y de la participación de los organismos, de la comunidad, y del individuo en el auto cuidado y en la difusión de

aquellas que contribuyen a mejorar la calidad de vida, considerando la salud un derecho humano;

2) Promover las acciones tendientes a resolver estados de carencias individuales a través de subsidios, en especie o efectivo, derivados de sus competencias;

3) Promover la articulación con otros organismos gubernamentales y organizaciones sociales para la prevención y tratamiento de la violencia y de las adicciones al tomar en cuenta sus consecuencias para la salud integral de las personas;

4) Fiscalizar, en la esfera de su competencia, todo lo atinente a la elaboración, distribución, comercialización y expendio de medicamentos, productos biológicos, drogas, yerbas medicinales y dietéticas; lo relativo a la elaboración, distribución y uso de insecticidas y plaguicidas en coordinación con los organismos pertinentes, artículos de tocador, aguas minerales y del material e instrumental de aplicación médica;

5) Elaborar un sistema que haga efectivos los principios de promoción y recuperación de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación de las personas en los aspectos físico-psicosociales;

6) Promover que los servicios de salud de la provincia de La Pampa tiendan a la universalidad, equidad, accesibilidad, eficiencia, calidad y sustentabilidad en sus prestaciones;

7) Promover el desarrollo de una conciencia sanitaria en todos los niveles de la población a través de los organismos técnicos educativos pertinentes, así como la participación de la comunidad organizada en la realización de los respectivos programas;

8) Promover el desarrollo adecuado de la natalidad, disminuyendo la mortalidad materno-infantil a través de la implementación de programas de promoción, procreación responsable, prevención, control y asistencia;

- 9) Ejecutar programas sanitarios tendientes al control y erradicación de enfermedades infectocontagiosas, así como realizar programas y campañas de inmunizaciones; y en coordinación con el Ministerio de la Producción, los correspondientes a zoonosis;
- 10) Intervenir en la prevención, recuperación y conservación de la salud bucodental;
- 11) Ejecutar programas médico-sanitarios para atender problemas relacionados con siniestros, enfermedades por carencia en la nutrición, enfermedades degenerativas y enfermedades no transmisibles;
- 12) Fiscalizar el estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública y de aquellos que ya se desempeñan en la misma;
- 13) Intervenir en la medicina del deporte;
- 14) Intervenir en la reglamentación y fiscalización del ejercicio de las profesiones vinculadas a la salud conforme a lo establecido en la Ley 2079;
- 15) Realizar acciones tendientes al fomento y la cobertura de las especialidades críticas en los establecimientos asistenciales públicos;
- 16) Promover la creación de una Comisión de Expertos y la conformación del Consejo de Bioética, a fin de evaluar los casos que requieran un análisis especial o donde se vean involucrados derechos personalísimos de los interesados;
- 17) Propiciar proyectos que tiendan a la descentralización de la administración de los establecimientos asistenciales públicos;
- 18) Fiscalizar las prestaciones que hacen a la salud que estén a cargo de obras sociales, mutualidades y entidades similares vinculadas a organismos nacionales, provinciales, municipales y entes autárquicos;

- 19) Entender en el contralor y orientación de entidades privadas que desarrollen actividades relacionadas con la salud en general;
- 20) Coordinar las acciones conjuntas que se lleven a cabo con los servicios estatales nacionales, provinciales y municipales, y de estos con los servicios privados vinculados a salud;
- 21) Promover y fiscalizar programas destinados a la protección integral del medio ambiente, abastecimiento de agua potable, disposición de líquidos cloacales y todo otro servicio sanitario;
- 22) Intervenir en coordinación con los Municipios en lo referente a salubridad de los centros urbanísticos;
- 23) Articular medidas que promuevan la donación de órganos; e
- 24) Intervenir en los casos de emergencias sanitarias que requieran la presencia del Estado."

Las funciones del Ministerio de Salud que derivan de la Ley 1666 se encuentran repartidas en distintos organismos, de acuerdo al texto del artículo 16 del Decreto 17 del 10/12/2011, y ellos son:

0. Ministerio de Salud

1. Subsecretaria de Salud

1.1. Dirección de Recursos Humanos

1.2. Dirección de Zonas Sanitarias y Área Programática

1.3. Dirección de Gestión Sanitaria y APS

1.4. Dirección de Epidemiología

1.5. Dirección de Programas de Salud

1.6. Dirección de Maternidad e Infancia

1.7. Dirección Seguridad EA Lucio Molas

1.8. Dirección de Seguridad EA Gob. Centeno

2. Subsecretaria de Administración

2.1. Dirección de Prestaciones

2.2. Dirección de Auditoría

- 2.3. Dirección de Recursos Físicos
- 3. Subsecretaría de Salud Mental y Abordaje de las Adicciones
 - 3.1. Dirección de Salud Mental
 - 3.2. Dirección de Abordaje de las Adicciones
- 4. Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas
- 5. Establecimiento Asistencial Gob. Centeno

Órganos de fiscalización

La ley provincial 2079, en su artículo 4, expresa “Todas estas actividades estarán sometidas a la Fiscalización del Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Salud, la que asumirá facultades regulatorias y sancionatorias, de acuerdo a lo que disponga ésta ley y sus reglamentaciones correspondientes”.

En el mes de septiembre del año 2009, mediante la Ley 2519, se creó el Ministerio de Salud jerarquizando la antigua Subsecretaría de Salud y creando nuevas direcciones a su cargo. Dentro del ministerio hay un Departamento de Fiscalización y Regulación, que actualmente y según el organigrama depende de la Dirección de Recursos Humanos y esta de la Subsecretaría de Salud propiamente dicha. No obstante la normativa, en la práctica el Departamento de Estadística ejerce también estas funciones.

Otros órganos de control son los propios colegios profesionales a través de la ley que les da origen, ya que son ellos quienes otorgan matrícula a sus asociados y deben por tanto ejercer el control a través de la Comisión de Ética.

En la Ley 2101: Consejo Consultivo de la Salud. Creación en el ámbito del Ministerio de Bienestar Social, art. 2º - “El Consejo que se crea por el artículo anterior tendrá por función brindar asesoramiento y recomendar a los actores vinculados al servicio de la salud, acciones tendientes a optimizar la prestación de tal

servicio, el respeto a los derechos del paciente, el resguardo de la ética profesional y la mejor inversión de los recursos económicos, en aras de la prevención y atención en calidad para todos los habitantes de La Pampa. Sus integrantes desempeñarán tal cometido ad honorem.” Este Consejo tuvo reuniones el primer año de su creación y luego no ha vuelto a convocarse.

Por otra parte, hay fiscalización en farmacias a través de organismos Nacionales como el ANMAT que funciona por denuncias.

CAPITULO 2: FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

La planificación de recursos humanos en salud es una falencia generalizada a nivel de América Latina, tal como lo revela una encuesta de 28 países en la que el 75% admitió que no disponían de información suficiente sobre los trabajadores de la salud, sus ocupaciones y competencias (8). Si bien algunos países realizan grandes esfuerzos para conocer la cantidad de médicos y enfermeros con que cuentan, y por lo general recurren a información procedente de bancos de datos preexistentes (censos de población, registros en colegios profesionales, etc.), son pocos los que, como Brasil, desarrollan procesos de información original orientados a responder a problemas específicos.

La información sobre recursos humanos en salud se ha fortalecido en la Argentina e incluso se está desarrollando una Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) que abarca a la totalidad de los efectores de salud del país, ya que es la articulación de los registros de profesionales de todas las provincias. El componente central del REFEPS es la Ficha Única del Profesional de la Salud, que actúa como contenedor de la información de cada uno de los profesionales de la salud en relación a su identificación personal, formación y sus registros de matriculaciones, especializaciones y residencias.

La responsabilidad de actualización y mantenimiento del registro es de cada jurisdicción provincial. El diseño de la ficha responde a los requerimientos establecidos en la Resolución 604/2005 del Mercosur, que fija la matriz mínima de registro de profesionales de salud, con el objetivo de contar con la información básica armonizada. Esto promueve la estandarización de la información de los profesionales de la salud que se registran en cada provincia.

En lo específico de la provincia de La Pampa, hay muchas limitaciones en este aspecto a pesar de haberse sancionado en el año 2009 la Ley 2504 mediante la que se aprueba el Convenio celebrado entre el Ministerio de Salud de la Nación y la Provincia, por el que se implementa la “Matriz Mínima de registro de Profesionales de salud en el Mercosur”; nunca fue reglamentado y el sistema no posee los datos. La única información pública referida al personal sanitario está contemplada en la Ley de Presupuesto Público Provincial, en el cuadro N° 5 donde figura el total de agentes que pertenece a cada ministerio, tal como se puede observar en el Anexo 1.

En el año 2011, producto de un trabajo del módulo “Bioestadística” de la Maestría de Salud Pública (29), se realizó un análisis del personal de salud pública de los 3.177 agentes que había en el año 2009 (cuya fuente fue un registro de datos internos de una repartición del Ministerio de Salud de la provincia de La Pampa no disponible al público en general). Las principales conclusiones a las que arribaron son:

- La edad promedio del personal de salud pública era de 48,78 años.
- El 70,25% de los agentes son mujeres y el 29,75% son hombres.
- El 41% de los profesionales médicos son mujeres y el 59% son hombres.
- El 39,28% de los agentes no tiene formación secundaria, terciaria ni universitaria.
- El 87% de los agentes trabajaba en la zona sanitaria I o II.

Por otra parte, en noviembre del año 2012 el Ministerio de Salud informó a la Cámara de Diputados de la Provincia, por requerimiento previo de la Resolución 62/2012 CD, la nómina de los 3.608 empleados del Ministerio de Salud. Esta importante variación de 413 agentes fue producto de la incorporación a la

planta permanente de agentes encuadrados en la Ley de Jornada Reducida 2343, provenientes de los Planes Trabajar, que en general tienen escasa o nula formación profesional. Los principales aspectos que surgen de dicho informe se pueden visualizar en las siguientes tablas:

Zona Sanitaria	Agentes	%	Ramas	Agentes	%
Zona I	1685	47%	Administrativa	566	16%
Zona II	1176	33%	Enfermería	841	23%
Zona III	334	9%	Profesional	863	24%
Zona IV	145	4%	Servicios Generales	1128	31%
Fuera de zona	268	7%	Técnica	210	6%
Total	3608	100%	Total	3608	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Res. CD 62 /2012

Es necesario señalar que en la rama de servicios generales se incluyen 101 agentes pertenecientes a la Ley 2343 que no han podido incorporarse a la Ley de Carrera Sanitaria o al Estatuto del Empleado Público por no poseer instrucción primaria, requisito imprescindible para el ingreso.

En cuanto a la distribución por sexo se mantiene la alta proporción femenina, que alcanza un 71% del total de los agentes, aunque en los niveles jerárquicos este guarismo se revierte e incluso en las autoridades políticas (funcionarios) apenas el 25% son mujeres.

Estos últimos datos de los trabajadores de la salud pampeana corroboran las características propias de los roles tradicionales de género como sucede en otros países, tal como lo relatan Compeán Dardón et al, quienes concluyen que:

Los hombres eligen carreras que se relacionan con características del rol masculino como tener dominio sobre los

demás, estatus social, obtener puestos importantes y mayor ingreso; en tanto que las mujeres, apegándose al estereotipo de género, se interesan por carreras que les permitan desarrollar cualidades femeninas: preocuparse por el cuidado y bienestar de los demás y que les permita seguir cumpliendo con las labores domésticas y de crianza. (30)

2.1 Disponibilidad y distribución del personal de salud

De acuerdo a la OPS (31) se estima que gran cantidad de naciones en América Latina no cuentan con el personal necesario para alcanzar un nivel de cobertura mínima de servicios de salud; en contraste con ello, otro grupo de países tiene una disponibilidad cinco veces mayor. La densidad promedio de profesionales de atención sanitaria por habitante en los grupos de países con índices de disponibilidad bajos, medios y altos es de 1,84; 2,77 y 12,26 (recursos humanos por 1.000 habitantes), respectivamente. Cabe señalar que, mientras la tasa de profesionales de la salud correspondiente al grupo de países con menor dotación de personal (1,84) se encuentre por debajo del parámetro mínimo propuesto por la OMS (2,5 profesionales por 1.000 habitantes), no se alcanzará la meta de 80% de los partos atendidos por personal idóneo. En la provincia de La Pampa la dotación de médicos de acuerdo al Ministerio de Salud es de 2,11 cada 1.000 habitantes; esto implica que hay menos profesionales que lo recomendado por la OMS.

La falta de médicos en La Pampa se acentúa en aquellos casos que tienen la especialidad de anestesistas y de pediatras, y ello es objeto permanente de reclamo por parte del resto de los trabajadores de salud y de la comunidad en general. Esto se puede analizar con la lista de espera quirúrgica que tenía el Hospital Dr. Lucio Molas a fines de junio de 2012, cuyo tiempo de

espera promedio era de 47 días y cuyo equipo profesional contaba con tres anestesistas:

Especialidad	Cantidad	%
Cirugía general	59	15
Cirugía infantil	156	39
Traumatología	109	28
Ginecología	9	2
Oftalmología	2	1
Urología	11	3
Neurocirugía	3	1
ORL	42	11
TOTAL	391	100

Fuente: Resolución de la Cámara de Diputados 62 /2012

La escasez de trabajadores sanitarios es un problema de varios países de Sudamérica, que se agrava por la tendencia de los profesionales a ubicarse en zonas urbanas, lo que restringe el ya limitado acceso a servicios de salud de las poblaciones residentes en zonas rurales. Solo nueve de los 28 países de la región manifiestan estar satisfechos con la disponibilidad de información sobre distribución del personal de salud en relación con la población. Al mismo tiempo, 82% de los países reconocieron debilidades en la adopción de políticas y en la instrumentación de planes orientados a movilizar y atraer a los trabajadores de salud a las regiones de mayor necesidad. La Pampa está inmersa en esta problemática ya que es muy difícil conseguir que los profesionales se radiquen en las localidades más alejadas de las dos grandes ciudades (Santa Rosa y General Pico), máxime cuando la legislación laboral no prevé adicionales específicos por zona desfavorable o vivienda permanente.

Hay notables diferencias en cuanto a la distribución urbanorural de los recursos humanos en salud. En general, la disponibilidad

de médicos en las zonas urbanas supera 1,5 a 4 veces la tasa nacional, y es 8 a 10 veces mayor que en las zonas rurales.

Los gastos por concepto de remuneraciones y otras erogaciones relacionadas con el personal sanitario constituyen uno de los rubros más importantes de los presupuestos de salud. De hecho, en La Pampa este rubro siempre ha superado el 63% de las erogaciones efectuadas en la finalidad salud.

2.2 Carrera sanitaria y otras modalidades de contratación laboral

Se advierte una creciente insatisfacción en torno a las formas de relación laboral en el sector salud que se manifiesta, en la Argentina, por ser uno de los sectores que mayor conflictividad laboral. Esto se pudo corroborar por un estudio realizado por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social durante el periodo 2006 a 2008 en el cual se concluyó que una de las causas radica en que

(...) el subsistema de salud pública fue afectado por las reformas ortodoxas aplicadas en los años '90 que incluyeron políticas de desregulación, privatizaciones, desestatización, descentralización, subcontratación, mercantilismo, entre otras que tuvieron fuertes implicancias sobre la calidad del servicio público de salud, así como sobre el empleo y las relaciones laborales del sector. (32)

Del estudio realizado por la OPS (31) en el año 2005 en Sudamérica surge que el 75% de los países consultados considera que los sistemas de contratación, incentivos y evaluación del personal de salud no promueven la identificación de los trabajadores con la misión de dar buenos servicios de salud. Algunos de los países latinoamericanos y caribeños están

discutiendo reglamentaciones que buscan colocar las relaciones de trabajo en un marco más definido.

En este sentido, el establecimiento de la carrera sanitaria se está considerando como una respuesta a la falta de identificación de los trabajadores sanitarios con su función y como una herramienta adecuada para mejorar la calidad de la relación laboral.

En el año 1990 se sancionó por unanimidad en la provincia de La Pampa la Ley de Carrera Sanitaria 1279 para los Trabajadores de Salud Pública. La ley se estructura en 19 títulos que comprenden: los fines y el ámbito de aplicación, la clasificación de los establecimientos asistenciales, la clasificación de personal, el escalafonamiento, el ingreso, las funciones jerárquicas, los concursos, el régimen de trabajo, los derechos, deberes especiales, el régimen disciplinario y la creación de una comisión asesora de carrera sanitaria.

Es necesario señalar, que en oportunidad de sancionarse la Ley 1279, en el debate parlamentario se mencionó que:

(...) esta ley, como todas las leyes, no ha de ser perfecta, con el correr del tiempo y con la experiencia de su aplicación, surgirán puntos que se deberán corregir, pero es indudable que sobre la base de este trabajo, la carrera sanitaria encontrará los medios necesarios para que la salud de la población encuentre el respaldo que le permita gozar de una atención correcta. Para ello se prevé la creación de la Comisión Asesora de Carrera Sanitaria.... (33)

Lamentablemente esta comisión no funcionó nunca y en la actualidad es preciso realizar algunas reformas a la ley; por lo menos, ese es el sentido en que se han manifestado varios actores involucrados.

En la actualidad hay personal que trabaja en salud pública y no pertenece a este estatuto laboral, es decir está encuadrado en

otros regímenes de la Administración Pública como la Ley del Empleado Público 643 o la Ley de Jornada Reducida 2343; que en ambos casos difieren en la carga horaria exigida y en los derechos y deberes que establece para los trabajadores. Incluso hay algunos trabajadores, que devienen de la tercerización de servicios y se encuentran como monotributistas.

La tercerización o subcontratación en salud en la provincia se centra principalmente en el área de servicios generales (limpieza, alimentación, mantenimiento y seguridad), en tanto que las nuevas modalidades de contratación por servicios, el cobro por factura y el pluriempleo se observa en el caso de los profesionales y los técnicos.

En lo que respecta a la estructura sindical del sector salud en La Pampa, es compleja y muestra una composición diversa según se trate de la representación de los trabajadores profesionales agrupados en la Federación de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA), enfermeros, técnicos, administrativos u otros estatales agrupados en la Asociación Trabajadores del Estado (ATE) o en la Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN). También existe otra organización que intenta agrupar a todos y es el Sindicato de Trabajadores de la Salud de La Pampa (SITRASAP), que estuvo varios años gestionando el número de personería gremial y finalmente lo obtuvo en octubre de 2013.

.

2.3 Regulación de la formación y de las profesiones

Esta responsabilidad tiende a recaer en los propios colegios a través de la ley que les da origen, ya que son ellos quienes otorgan matrícula a sus asociados y deben por tanto ejercer el control a través de la Comisión de Ética. En el caso de aquellas profesiones que no tienen colegio y tienen asociación, quien ejerce el control y fiscalización es el propio ministerio, ya que es

este el organismo que otorga la matrícula profesional. Es decir que el Ministerio se complementa con las actividades del Consejo Médico y de los distintos Colegios Profesionales.

Los Colegios existentes en la provincia de La Pampa son:

- Colegio de Asistentes Sociales
- Colegio de Bioquímicos
- Colegio de Farmacéuticos
- Colegio de Kinesiólogos
- Colegio de Nutricionistas
- Colegio de Profesores de Educación Física
- Colegio de Psicólogos
- Colegio de Psicopedagogos
- Colegio Médico
- Colegio de Ópticos y contactólogos

Las Asociaciones de profesionales de la salud son:

- Asociación de Enfermeros
- Asociación de Fonoaudiólogos
- Asociación de Obstetras
- Asociación de Terapistas Ocupacionales

CAPITULO 3: EL PRESUPUESTO PÚBLICO

En materia de planes de gobierno suele producirse una gran brecha entre las propuestas del discurso y lo que efectivamente se plasma en el presupuesto de gobierno. Como razón de esas distancias puede encontrarse la improvisación o pueden incidir factores exógenos, especialmente los que afectan a los recursos.

Con el análisis del presupuesto y su posterior ejecución se puede tener certezas respecto a las verdaderas causas de esta brecha, pero es necesario tener un conocimiento apropiado de esta herramienta de gobierno para mejorar el nivel de transparencia de los gobiernos provinciales y el gobierno nacional.

La transparencia de las cuentas públicas se puede lograr publicando en Internet la información presupuestaria, que generalmente se produce en los Ministerios de Economía, y mejorando el rol de los ciudadanos en la toma de conciencia del derecho a conocer la manera en que se administran los dineros públicos con información sencilla y fácil de procesar. Cabe indicar aquí que la publicación vía web de la información presupuestaria se establece en la Ley Nacional 25917, del Régimen Federal de Responsabilidad Fiscal, que fue aprobada en el año 2004 y a la cual se adhirieron la mayoría de las provincias Argentinas con excepción de Salta, San Luis y La Pampa.

Para mejorar el nivel de transparencia provincial es necesario que los gobernantes tengan la voluntad política para hacerlo y que los ciudadanos ejerzan el derecho a conocer la administración de los fondos públicos.

La organización International Budget Partnership (IBP) diseñó el *Índice de Presupuesto Abierto* para comparar a nivel mundial la transparencia de los Estados y desde el año 2008 en la Argentina el Centro de Investigación y Políticas Públicas (CIPPEC) adoptó

esta metodología para evaluar a las veintitrés provincias argentinas y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De acuerdo al informe elaborado por Díaz Frers y Casadei (34), en el que califican del 1 al 10 a las provincias, las más transparentes son Mendoza y Córdoba (9,1 puntos), mientras que la menos transparente es la provincia de La Pampa con un guarismo de 2,10 muy por debajo del promedio nacional que es de 6,40 puntos. En la siguiente tabla se pueden ver los distintos valores provinciales:

PROVINCIAS	PROMEDIO 2010	PROMEDIO 2013
1 Mendoza	9,13	9,10
2 Córdoba	8,73	9,10
3 T. del Fuego	3,42	8,70
4 Entre Ríos	8,05	8,68
5 Catamarca	7,07	8,43
6 Santa Fe	6,75	8,38
7 CABA	6,95	8,28
8 San Juan	8,55	8,23
9 Salta	7,57	8,18
10 Buenos Aires	6,95	7,98
11 Rio Negro	7,97	7,83
12 Tucumán	6,65	7,68
13 Neuquén	7,93	7,63
14 San Luis	5,95	6,10
15 Misiones	4,08	5,95
16 Formosa	7,67	5,85
17 S. del Estero	5,92	5,70
18 Jujuy	4,63	4,85
19 Chaco	2,67	4,53
20 Chubut	5,72	4,43
21 Corrientes	4,63	4,05
22 Santa Cruz	4,05	2,30
23 La Rioja	2,98	2,30
24 La Pampa	2,25	2,10
PROMEDIO	5,96	6,40

Fuente: CIPPEC, 2013

La baja calificación recibida por la provincia de La Pampa tiene su razón en que solo se publican las leyes de presupuesto de cada año, pero no se publican informes de ejecución parciales ni finales. Los informes finales de ejecución constituyen lo que se denomina Cuentas de Inversión, que en La Pampa se entregan solo a la Cámara de Diputados en septiembre del año siguiente al que finalizó su ejecución, es decir que hay gastos que se conocen un año y medio después de que han sido efectuados.

Por otra parte, la Cuenta de Inversión de esta provincia, tiene la particularidad de que se confecciona en un formato diferente al de la Ley de Presupuesto aprobada, ya que no menciona los nombres de las partidas sino solo sus códigos con los montos; e incluso en algunas Jurisdicciones aparecen códigos de cuentas con gastos que nunca fueron presupuestados. Esta situación implica que sea muy engorroso conocer el destino del gasto o, en el caso de que no se hubiera presupuestado, directamente se desconozca en que se efectuaron esos gastos de los cuales solo se tienen números.

Por todos los conceptos vertidos es necesario ampliar las posibilidades de control social y reflexionar sobre las palabras del economista argentino Kliksberg al relatar sobre las experiencias municipales de participación en América Latina:

La apertura plena de los presupuestos, su análisis por la ciudadanía, su selección directa de prioridades, la rendición de cuentas, generaron una gestión municipal muy mejorada y redujeron sensiblemente los niveles de corrupción y clientelismo.

(35)

3.1 El actual Presupuesto Público pampeano

De acuerdo a la Constitución Provincial, es el Poder Ejecutivo el que debe proyectar el presupuesto general de gastos de la Administración Provincial y enviarlo al Poder Legislativo antes del 30 de septiembre de cada año para que fije la Ley Anual de Presupuesto donde figuren todos los servicios ordinarios y extraordinarios.

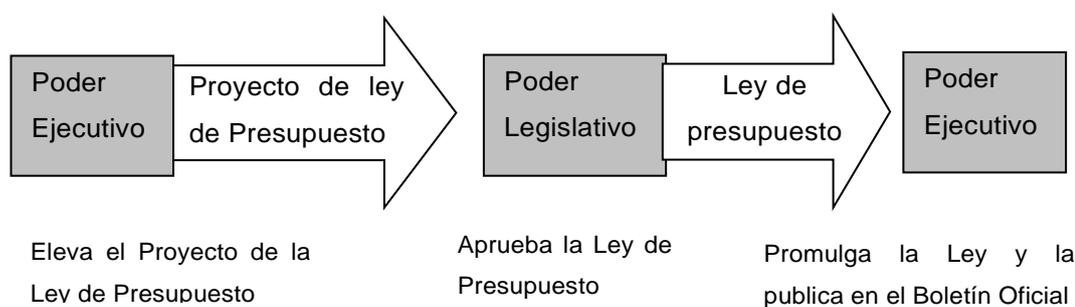
En la Constitución, o ley de leyes como se la denomina habitualmente, está contemplada la posibilidad de que el Poder Ejecutivo no remita el proyecto de presupuesto antes del 30 de septiembre, en cuyo caso la Cámara de Diputados (el Poder Legislativo en la provincia es unicameral) puede iniciar su discusión tomando por base el que está en ejercicio. Si no fuera sancionado ninguno, se considerará prorrogado el que se encuentra vigente. Esta última circunstancia sucedió en el caso de la jurisdicción nacional para el año 2012 y se subsanó con el procedimiento que estipula la Constitución Nacional, que es similar al de La Pampa, es decir prorrogar el del año anterior y efectuarle las reestructuras presupuestarias que por Ley de Administración Financiera se le permiten.

El proceso de sanción y aprobación de la Ley de Presupuesto pasa por cada una de las instancias del trámite legislativo, establecido en la Constitución Provincial y en el reglamento Interno de la Cámara de Diputados. Cuando el proyecto de ley elaborado por el Poder Ejecutivo ingresa en la Legislatura, es analizado por la Comisión de Hacienda y Presupuesto. Es habitual que esta comisión organice una ronda de consultas con funcionarios del Poder Ejecutivo, los técnicos del Ministerio de Hacienda y responsables de otros ministerios u organismos, para pedir aclaraciones respecto del presupuesto propuesto y el destino de los fondos. Una vez superado el período de análisis,

esta Comisión prepara un dictamen y eleva el proyecto a la Cámara para su aprobación, que debe llevarse a cabo en el recinto junto a todos los miembros de la Cámara, quienes a su vez pueden introducir otras modificaciones.

Una vez aprobada la Ley de Presupuesto por la Legislatura, vuelve al Poder Ejecutivo para su promulgación y publicación en el Boletín Oficial. Si el Poder Ejecutivo hiciera observaciones a la Ley, la Legislatura debería contar con dos tercios del cuerpo para reconsiderar la parte objetada; caso contrario, se transforma en ley con las objeciones finales del Ejecutivo.

Figura 9: Proceso de Aprobación de la Ley de Presupuesto



Los problemas que se han presentado durante muchos años en el Poder Legislativo para ejercer las amplias funciones que le otorga el marco normativo son:

- Los plazos que dispone la Cámara para el tratamiento del presupuesto son insuficientes para asegurar un análisis profundo de la propuesta del Ejecutivo, situación que se agrava debido a los incumplimientos en las fechas de presentación; en estos últimos diez años siempre ingresó en el mes de diciembre en lugar de ser en septiembre como lo establece la Constitución.
- El personal técnico adecuado para el análisis del presupuesto es muy escaso, por lo cual los legisladores tampoco disponen con información suficiente para el debate. Esto es especialmente

importante dado que, en general, el presupuesto es muchas veces un bloque incomprensible de cifras y cálculos que dificulta la lectura por parte del ciudadano común y de legisladores no especialistas, lo cual debilita el proceso democrático.

- El proceso de discusión y aprobación del presupuesto está lógicamente enmarcado en el contexto político de la provincia, entonces el proceso de sanción suele depender de la composición y las afinidades políticas de la Legislatura, situación que en muchos casos coloca en un segundo plano el debate sustantivo del presupuesto.

Estas limitaciones hacen que el rol que la Legislatura puede cumplir y efectivamente cumple en la definición del presupuesto sea muchas veces limitado, y en general se tiende a aprobar el proyecto presentado por el Poder Ejecutivo con escasas modificaciones.

Para la organización financiera de la ejecución, el Ministerio de Hacienda y Finanzas administra el ingreso de los recursos y libera cuotas a las dependencias en función de un cronograma anual de avance físico de los proyectos y actividades del Estado. Estas cuotas deben ser gastadas en el tiempo que determina el presupuesto, aunque dado que la disponibilidad de recursos está atada a diversas variables (el ingreso de los fondos nacionales, la recaudación efectiva, la inflación, el crecimiento de la economía, etc.) las cuotas se van ajustando de acuerdo con la coyuntura y con el flujo de caja, aunque también en vista de las prioridades del gobierno.

Durante la ejecución del presupuesto, que es a lo largo del año, normalmente se presentan variaciones respecto de la ley aprobada. Pueden deberse a cambios en la coyuntura económica o por las prioridades políticas, los recursos proyectados difieren de los efectivamente disponibles, o bien estos son gastados con propósitos diferentes a los originales.

La situación antes descripta origina que haya sub o sobre-ejecuciones en las partidas presupuestarias. La sobre-ejecución de una partida presupuestaria, o de un programa, se produce cuando se erogan mayores gastos a los planificados en el presupuesto. Por el contrario, la sub-ejecución implica que no se ha ejecutado la totalidad de los recursos asignados.

Las modificaciones del presupuesto aprobado, al igual que la planificación financiera, son una herramienta del Poder Ejecutivo para administrar la ejecución del presupuesto, que puede introducirlas siempre que se mantenga dentro de las pautas establecidas por la normativa, que en el caso de la provincia de La Pampa está contemplada en la Ley 1388, "Ley Complementaria de Presupuesto".

Esto implica que durante el ejercicio el gasto puede sufrir tanto variaciones en el destino asignado, como recortes o aumentos del crédito disponible para gastar. Para ejemplificar esto se puede mostrar la ejecución de los gastos del año 2011:

Finalidad	Presupuesto 2011	Cuenta de Inversión 2011	Diferencia
Administración General	954.572.821	1.085.527.961	14%
Seguridad	345.996.208	383.564.450	11%
Salud	947.735.714	728.349.411	-23%
Bienestar Social	900.180.798	626.442.787	-30%
Cultura y Educación	1.269.445.357	1.252.802.024	-1%
Ciencia y Técnica	4.661.398	4.072.314	-13%
Desarrollo de la Economía	893.326.930	717.557.503	-20%
Deuda Publica	17.481.000	5.209.630	-70%
TOTAL	5.333.400.226	4.803.526.081	-10%

Fuente: Elaboración propia en base al presupuesto y cuenta de inversión 2011

Con posterioridad a la etapa de ejecución viene la etapa de control y evaluación, en la cual el gobierno rinde cuenta de los montos ejecutados y de los resultados obtenidos. En el análisis de esta información pueden reconocerse las prioridades reales del Ejecutivo, ya que habitualmente existen diferencias entre el presupuesto que aprueba la Legislatura y el que finalmente es ejecutado.

Una primera instancia de control y evaluación corresponde a la ejecución presupuestaria y la realiza el Ministerio de Hacienda, a través de la Dirección de Presupuesto, tanto en forma periódica (durante el ejercicio) como al cierre del mismo. En segundo lugar, existe otra instancia en la Contaduría General de la Provincia, referidas a las actividades de auditoría interna del Ejecutivo. En tercer lugar, como órgano de control externo de las cuentas del ejercicio finalizado interviene el Tribunal de Cuentas de la Provincia, organismo que efectúa un examen de la legalidad del gasto y efectúa un informe que se agrega al expediente.

Por último, y respetando los pasos constitucionales, quien aprueba o desaprueba los gastos del ejercicio que se sintetizan en la Cuenta de Inversión es la Cámara de Diputados.

Clasificación del gasto

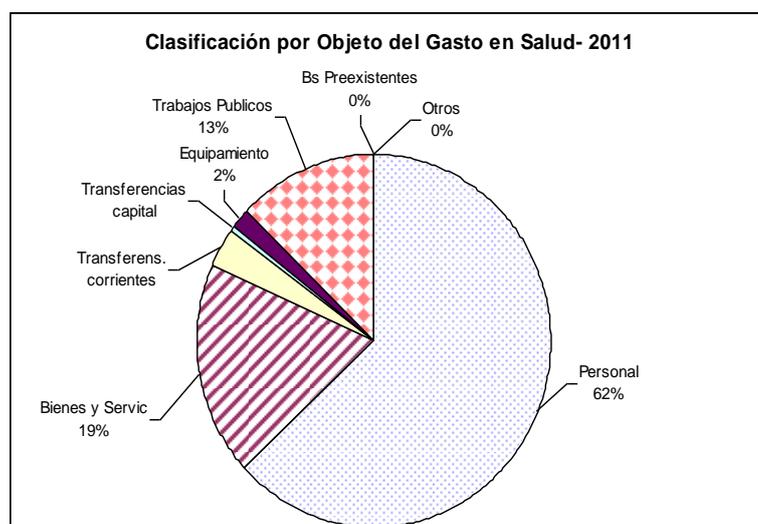
El instrumento que se utiliza para mostrar la composición del gasto público de todos los recursos e inversiones de la provincia es el Clasificador de Gastos cuya elaboración fue realizada en el año 1981, y responde a un modelo de Presupuesto Tradicional. En lo relativo a los gastos hay cuatro clasificaciones vigentes: por objeto del gasto, finalidad y función, económica e institucional.

La clasificación por objeto del gasto muestra la desagregación de las erogaciones según la naturaleza específica del gasto.

En esta presentación del presupuesto sanitario se encuentran los recursos destinados a la partida del "Personal" es decir las

remuneraciones de los médicos, enfermeros, técnicos, administrativos del sector; también la clasificación de “Bienes y servicios”, cuyo principal componente son los insumos, medicamentos, leche en polvo y derivaciones a centros asistenciales privados; “Transferencias corrientes” corresponde el pago de las becas a los residentes; y “Trabajos Públicos” que agrupa a las obras de infraestructura; entre los más importantes.

Figura 10.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta de Inversión 2011.

Un segundo enfoque consiste en analizar las prioridades de gasto de acuerdo a la clasificación de “finalidad y función”, es decir según la naturaleza de los servicios que el Estado brinda a la comunidad, a la vez que permite inferir la importancia asignada a cada uno de ellos en particular.

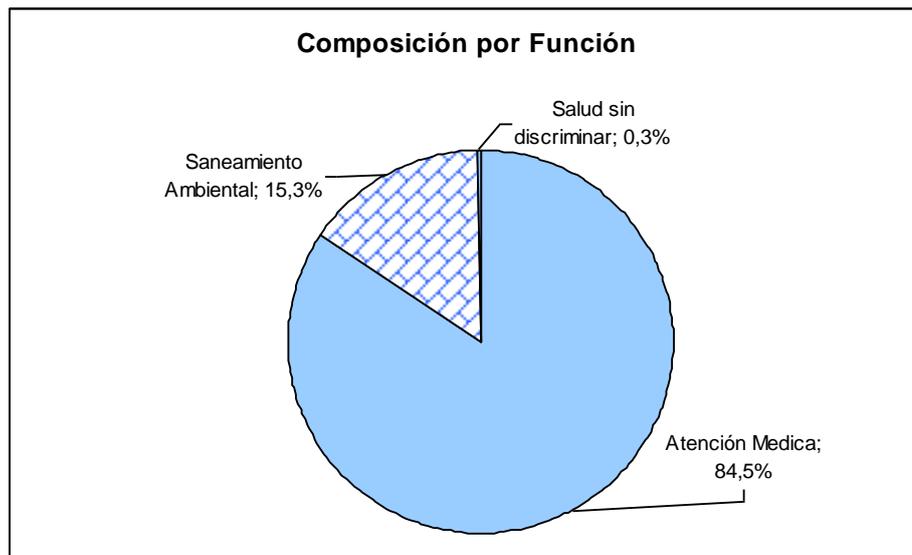
Bajo estas categorías encontramos: Administración General, Seguridad, Salud, Bienestar Social, Cultura y Educación, Ciencia y Técnica, Desarrollo de la Economía y Deuda Pública. A su vez, dentro de estas categorías se pueden encontrar subdivisiones, que se denominan “función”, tal como se presenta a continuación:
 3 – SALUD (finalidad): Acciones orientadas a las personas y al medio para asegurar el óptimo estado sanitario de la comunidad.

10 – ATENCIÓN MÉDICA (función): Asistencia médica de las personas para la promoción, protección y recuperación de la salud. Comprende la atención en consultas externas e internas en establecimientos; la asistencia alimentaria de la población infantil expuesta al riesgo de enfermedad y muerte; las vacunaciones y vigilancia epidemiológica para el control de las enfermedades. Incluye además todas aquellas acciones encaminadas a la satisfacción de necesidades propias o en beneficio de sus agentes, asilados, alumnos, reclusos, etc., por organismos del gobierno que actúen principalmente en otras finalidades.

20 – SANEAMIENTO AMBIENTAL (función): Acciones destinadas a controlar el medio físico, biológico y social del hombre para preservar la salud y el equilibrio ecológico y la educación para la salud. Incluye los aspectos de ingeniería sanitaria, provisión de agua potable, sistema de eliminación de excreta, residuos industriales y basuras, contaminación de aire, agua y suelo; control de zoonosis y vectores; luchas antichagas, antipalúdica, antirrábica, etc.

90 – SALUD SIN DISCRIMINAR (función): Acciones de conducción, administración, apoyo, etc., que por su generalidad no encuadran en alguna función determinada de esta Finalidad.

Figura 11



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta de Inversión 2011.

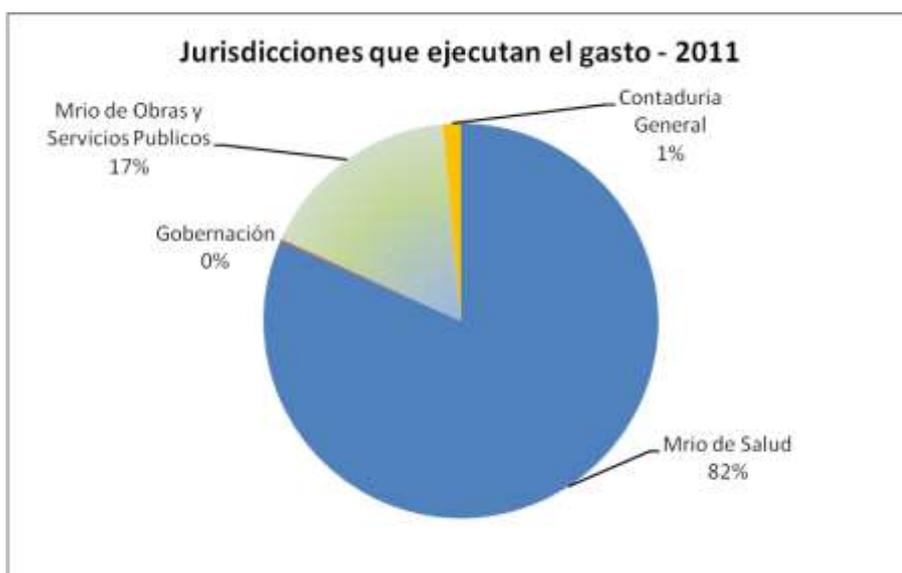
La clasificación “institucional” de las erogaciones responde a la estructura del Estado y refleja las unidades institucionales del Gobierno que ejecutarán el presupuesto.

JURISDICCIÓN: Cada una de esas unidades institucionales se denomina Jurisdicción, entendiéndose por tal a cada uno de los Poderes establecidos por la Constitución Provincial y al Tribunal de Cuentas. Dentro del ámbito del Poder Ejecutivo, se consideran como jurisdicciones, además de la Gobernación, a los distintos Ministerios y Secretarías que lo componen. El Ministerio de Salud está representado con la letra “X”.

UNIDAD DE ORGANIZACIÓN: Cada jurisdicción está compuesta a su vez por unidades institucionales fundamentales denominadas Unidades de Organización. Aquí se incluyen algunas Direcciones, Departamentos, Organismos descentralizados, e incluso se encuentran los dos centros Asistenciales de mayor Nivel de Complejidad, el Lucio Molas (de Santa Rosa) y el Gobernador Centeno (de General Pico).

El gasto en salud es realizado por distintas Jurisdicciones, aunque el principal organismo ejecutante es el Ministerio de Salud y en segundo lugar el Ministerio de Obras y Servicios Públicos, que es quien realiza las obras de infraestructura. Esto puede observarse en 2011 en el siguiente gráfico.

Figura 12



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta de Inversión 2011.

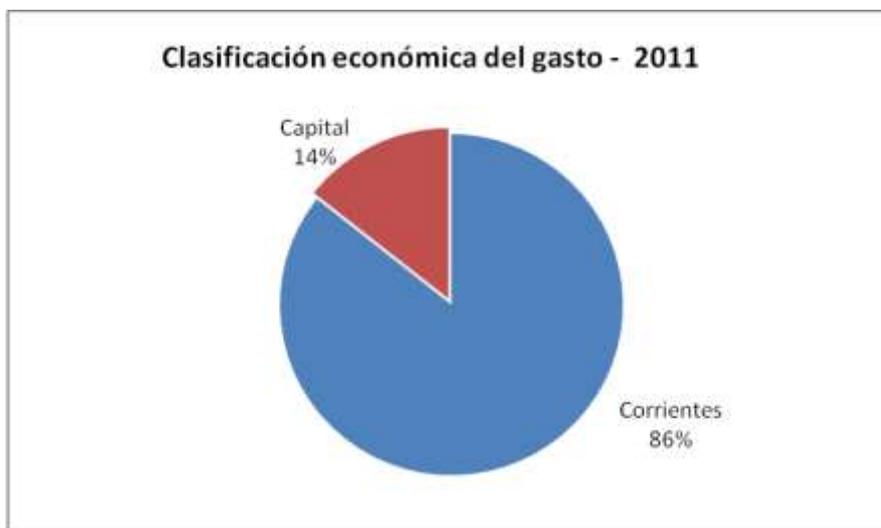
Por último existe la clasificación de las erogaciones "económicas", procura brindar elementos de juicio útiles para analizar los efectos que la actividad del Estado provoca en la economía, y asimismo, proporcionar información que permita la confección de las cuentas nacionales.

Los que son recurrentes, es decir, se repiten año a año de una manera estructural, se denominan *gastos corrientes*, y su principal característica es que se consumen en un período corto.

Por el contrario, otros recursos se destinan a la creación de bienes que perduran en el tiempo, o bien a la conservación de los

ya existentes, como el gasto en equipamiento o en infraestructura sanitaria; estos gastos se denominan *gastos de capital*.

Figura 13



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta de Inversión 2011.

En el Anexo 2 se puede observar una combinación de las erogaciones ejecutadas por cada una de las jurisdicciones del Ministerio de Salud de La Pampa teniendo en cuenta la naturaleza, que sirve para saber cómo gestiona el gobierno.

Se puede observar allí que la jurisdicción que efectúa el pago de los sueldos al *personal* es la Subsecretaría de Salud, es decir que está centralizado su administración. Otro dato saliente es que los gastos de *bienes y servicios* son realizados fundamentalmente por la Dirección de Auditoría que paga básicamente los medicamentos (\$ 41 millones), la leche en polvo (\$7 millones) y parte de las derivaciones a terceros (\$7,5 millones); y por la Subsecretaría de Administración que efectúa los pagos para el funcionamiento de los hospitales (\$22 millones) excluidos el hospital Dr. Lucio Molas y Gobernador Centeno que muestran los gastos por separado.

En lo que respecta a las transferencias se observa que el mayor componente (\$ 22 millones) es hacia el Ministerio de Obras y Servicios Públicos por el aporte a la empresa del Estado “Aguas del Colorado” que realiza la administración del acueducto y la fibra óptica de la provincia.

La partida de trabajos públicos fue ejecutada durante el año 2011 por la Administración Provincial de Agua (\$73 millones) y son fondos provenientes de un convenio de reparación histórica y del Fondo Federal de la Soja; el otro organismo que tuvo gran importancia en la ejecución de esta partida fue la Dirección de Obras Públicas (\$18 millones) y también fue con los fondos del Fondo Federal de la Soja, cuya adhesión fue sancionada por la Ley 2477 y en el presupuesto se expresa con ese número.

Por último es interesante mostrar, y con esta combinación de clasificaciones se puede hacer, la evolución que tienen los gastos realizados por derivaciones a otros centros asistenciales fuera del sistema público provincial que pasó de \$4 millones en el año 2007 a \$18 millones en el 2011; y para el año 2013 está previsto que sean \$22,6 millones. Las derivaciones son realizadas por la Dirección de Auditoría, la Dirección de Programas de Salud y la Subsecretaría de Abordaje a las Adicciones.

<i>Unidad de Organización</i>	<i>2011</i>	<i>2010</i>	<i>2.009</i>	<i>2.008</i>	<i>2.007</i>
Dirección de Auditoría	7.511.478	7.235.307	5.544.654	6.092.001	2.691.993
Dir Programas de Salud (PROFE)	5.356.077		1.345.429	1.523.902	1.207.770
Sub de Abordaje de las Adicciones	4.960.823	3.035.443	2.792.200	1.352.400	284.867
TOTALES	17.828.378	10.270.750	9.682.283	8.968.304	4.184.630

Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta de Inversión 2011.

3.2 Relación del Presupuesto y el Derecho a la Salud

Tal como lo expresan Ase y Burijovich (13) “un derecho que no cuente con mecanismos que hagan posible su ejercicio y exigible su protección es un derecho incompleto”.

Una primera evaluación para determinar la relación que vincula al presupuesto y el derecho a la salud hay que hacerla observando el grado en que la legislación provincial se adecua a la normativa internacional de los derechos humanos en el ámbito de la salud y las cuentas públicas, así como sus interacciones.

Hay diversos tratados y declaraciones de derechos humanos internacionales y regionales que señalan que los Estados deben adoptar medidas para proteger y promover la salud, ello exige ocuparse de los determinantes sociales (educación, vivienda y trabajo) y de otras cuestiones de apertura democrática y rendición de cuentas gubernamental⁴.

Las normas provinciales deben incluir obligaciones positivas y también procedimentales, que involucren mecanismos para garantizar la efectividad del derecho a la salud. Específicamente la Provincia cuenta con la Ley 2079 de concepción avanzada, pero lamentablemente no ha sido reglamentada en la mayoría de su articulado y por ende no es de aplicación en varios temas importantes; tampoco se observan normas que incluyan

⁴ Declaración y Plataforma para la Acción de Beijing, cuarta conferencia sobre la mujer, 15/9/1995; UN Doc A/ CONF. 177/20 & Add. (1995), párr.91; Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. OEA, Serie de Tratados nº 69 (1988), entrada en vigor: 16/11/1999, reimpresso en Documentos Básicos Concernientes a los Derechos Humanos en el Sistema Interamericano, OEA/Ser. L.V./II 82 Doc 6 rev. 1 en p.67 (1992); Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 5-13 /9/1994, ONU Doc. A/CONF. 171/13 (1995)

mecanismos de información, transparencia y rendición de cuentas a los que obliga el sistema de Naciones Unidas y otros organismos como fue anteriormente descrito; e incluso la Ley provincial 2504 que establece la Matriz Mínima de Registro de Profesionales de salud tampoco fue reglamentada y por ende no hay datos públicos.

Una segunda aproximación corresponde al monitoreo de indicadores, específicamente los de carácter epidemiológico, que se podrían efectuar con los datos de las Estadísticas Vitales y Hospitalarias que son elaborados por la Dirección de Estadística Sanitarias del Ministerio de Salud; pero que no son de dominio público sino restringido para los altos niveles de gestión. La información podría servir para hacer análisis con estándares que permiten identificar grados de desarrollo humano tal como los que realiza el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y la comisión económica para América Latina (CEPAL), entre otras. La tercera dimensión está brindada por el rol que debería jugar la sociedad civil, que debería realizar un control social fundamental para que se cumplan las políticas del Estado. Estas acciones serían la participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad que garanticen la accesibilidad para todos: los que viven en zonas urbanas y rurales, los grupos étnicos minoritarios y mayoritarios, los habitantes de mayores y menores ingresos. Esto se podría materializar a través de la elaboración de los indicadores de salud, que recomienda enérgicamente el Relator Especial de las Naciones Unidas, Sr. Paul Hunt, para el planteamiento basado en los derechos humanos y usar las categorías básicas que propone de indicadores estructurales, indicadores de proceso e indicadores de resultados (36)⁵.

⁵ Este aspecto podría ser motivo de un trabajo de investigación posterior por su relevancia, pero actualmente excede los lineamientos planteados en esta tesis.

Otra forma de participación activa en el ejercicio de los derechos civiles sería el proceso de presupuesto participativo, que facilitaría el empoderamiento y la exigencia por el cumplimiento del contenido del derecho a la salud.

En la medida en que los pampeanos se vean como portadores de derechos y dejen de creer en la distribución de la enfermedad como mala suerte para interpretarla como injusticia, puede producirse un cambio significativo en lo que respecta a identidad, significado social y empoderamiento.

3.3 Propuesta de Presupuesto Participativo

El Presupuesto Participativo (PP) rompe con la concepción tradicional del presupuesto que lo define como algo meramente técnico que solo puede ser abordado por profesionales, y pasa a considerarse como un instrumento esencialmente político en el que todos y cada uno de los ciudadanos están involucrados, o sea, que es un proceso colaborativo.

El PP no es una técnica presupuestaria sino de un criterio para permitir la participación ciudadana (16), ya que es una herramienta de formulación, seguimiento y control de los recursos públicos. El documento final concluye en los esquemas de programación presupuestarias tradicionales o modernas (programas, resultados, recursos o acciones). En el caso de la provincia de La Pampa el único que se elabora es el tradicional.

La experiencia de trabajo con PP se efectúa en 13 provincias argentinas, pero en todos los casos a nivel municipal, incluso estuvo vigente en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En la siguiente tabla se puede observar que jurisdicciones lo implementan:

Municipios con PP		
Buenos Aires	Unquillo	Neuquén
Avellaneda	Villa Carlos Paz	Neuquén
Berisso	Villa María	Zapala
Gral. Madariaga	Corrientes	Río Negro
Gral. San Martín	Bella Vista	Viedma
Gral. Pueyrredón	Corrientes	Rawson
La Matanza	Entre Ríos	San Luis
La Plata	Cerrito	Juana Koslay
Lanús	Concepción del Uruguay	Santa Fe
Morón	Concordia	Cañada de Gomez
Municipio de La Costa	Crespo	Rafaela
Rivadavia	Galeguaychú	Reconquista
Salto	La Paz	Rosario
San Miguel	Paraná	Santa Fé
San Nicolás de Los Arroyos	Jujuy	Santo Tomé
Tandil	San Salvador de Jujuy	Sunchales
Trenque Lauquen	Mendoza	Venado Tuerto
Zárate	Godoy Cruz	Santa Cruz
Chaco	Junín	Caleta Olivia
Resistencia	Las Heras	Tierra del Fuego
Córdoba	Maipú	Río Grande
Córdoba	Mendoza	Ushuaia

Fuente: Red Argentina de Presupuesto Participativo. Año 2013

En cuanto al monto sujeto a debate hay que tener presente que la finalidad Salud en el Presupuesto de la provincia de La Pampa asciende al 13% del total de los gastos, y es un guarismo importante en relación con otras provincias argentinas; pero alrededor de un 70% de ese gasto está destinado a Personal y es una partida que no es aconsejable que se someta a la discusión de un PP, con lo cual el monto sugerido sería cercano al 4% del total del presupuesto de gastos del año.

De acuerdo a un estudio realizado a partir de 30 experiencias en desarrollo en América Latina y Europa, se concluye que la tasa de participación promedio se sitúa entre el 2% y el 7% de la población (37). No obstante en algunas localidades argentinas

esta participación es inferior, así lo revelan los Indicadores Ciudadanos 2011 elaborados por la Red Ciudadana Nuestra Córdoba (38) donde participan entre el 0,18% y 0,23% de la ciudadanía o la localidad de Rosario donde participan en promedio el 1% (39). Si trasladamos estos guarismos a la población mayor de 19 años en La Pampa esto sería entre 380 y 2120 personas.

Para la implementación del PP debería tenerse presente la actual organización del Sistema de Salud, es decir incluir como puerta de entrada para el debate a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) ya que constituyen la unidad inicial del sistema de salud público pampeano y representan el ingreso natural de los usuarios al sistema.

La participación de los ciudadanos se organizaría en diferentes momentos: la primera ronda de Asambleas Barriales, la segunda ronda de Consejos Participativos de Zona y la tercera ronda de Elección de Proyectos en los CAPS.

Deberían ser en los CAPS donde se realice la primera ronda de “asamblea barrial”, ya que son pequeños núcleos que están insertos dentro de todas las localidades y responden a la división territorial establecida para la Atención Primaria de la Salud. La discusión se debería centrar en saber cuáles son las problemáticas que se podrán plasmar en propuestas para ejecutar durante el año siguiente. En ese momento del proceso, se irán marcando las reglas de trabajo y se elegirán consejeros para trabajar junto con los equipos técnicos.

En la segunda ronda, cuya duración aproximada es entre cinco y seis meses, se deberían elaborar los proyectos y finalmente ponerlos a votación en cada CAPS. Los proyectos deberían ser ordenados según la cantidad de votos obtenidos y se incorporarían hasta cubrir el monto estipulado para cada Zona

Sanitaria (es otro de los niveles que prevé Ley Provincial de Organización del Sistema de Salud, Ley 1279).

El Poder Ejecutivo debería remitir la información necesaria para el desarrollo del debate y la toma de decisiones en cada una de esas instancias; dicha información debería ser procesada de tal forma que resulte accesible para los participantes. Asimismo, las Asambleas o los consejeros podrían solicitar al Poder Ejecutivo información adicional y asistencia técnica cuando la complejidad de la materia analizada así lo requiriera.

Todos los proyectos elegidos, hasta la asignación presupuestaria específica correspondiente al PP, deberían ser incorporados al Proyecto de Ley de Gastos y Cálculo de Recursos que se envía a la Cámara de Diputados para su tratamiento y aprobación.

En este esquema de organización sería interesante que se incorporaran los actores de la comunidad educativa, tales como estudiantes y docentes de la Carrera de Enfermería y de la Carrera de Contador Público que funciona en la órbita de la UNLPam, porque podrían hacer aportes interesantes desde lo técnico.

La información es una herramienta fundamental para la toma de decisiones en cualquier campo de la actividad humana, pero es particularmente importante en el campo de la salud donde la situación de salud tradicionalmente se ha conocido indirectamente a través de índices e indicadores “negativos” de mortalidad o morbilidad vinculados a eventos de salud ocurridos en la población. Precisamente en La Pampa este tipo de indicadores se elaboran desde hace algunos años en el documento de “Estadísticas Vitales y Hospitalarias” que, como se mencionó anteriormente, solo se dan a conocer a algunos funcionarios del Poder Ejecutivo, situación que debería revertirse y publicarse en la web.

Posiblemente la forma de canalizar esta propuesta sea a través de la presentación de un Anteproyecto de Ley en la Cámara de Diputados o la ejecución de un Proyecto de Extensión Universitaria donde se comience con la práctica participativa para luego acercar las propuestas concretas. Esta última opción debería incluir la organización y el dictado de cursos, seminarios y charlas de capacitación gratuitos destinados a los participantes de las diferentes instancias del proceso.

CONCLUSIONES

Si me hubieran hecho objeto sería objetivo. Como me han hecho sujeto soy subjetivo. (José Bergamín)

La crisis del sistema de salud argentino tiene características propias y otras compartidas con otros países; sin embargo, debido a la condición federal del país y la diversidad de las características poblacionales y organizacionales de los sistemas provinciales de salud se hace necesario que las reformas surjan desde las diferentes realidades provinciales.

Este trabajo de tesis servirá para la toma de decisiones en salud en el ámbito político con la revisión de la normativa legal, la planificación de recursos humanos, el análisis presupuestario provincial, la transparencia de las cuentas públicas y la orientación de nuevas investigaciones que se realicen tendientes a garantizar el derecho a la salud de la población pampeana.

El concepto central que guio la investigación es que el presupuesto público en salud de la provincia de La Pampa no refleja la estrategia de Atención Primaria de la Salud y que ello afecta la garantía del derecho a la salud plasmado en la Constitución Nacional. Bajo esta premisa se analiza el marco en el cual se despliegan las políticas de salud pública en la provincia de La Pampa y se realizan aportes para una mejor gerencia gubernamental en salud pública.

Del análisis de la normativa legal surge la necesidad de reglamentar la Ley de Ejercicio de Actividades de la Salud 2079, una ley de concepción avanzada que solo se aplica parcialmente. Para su total vigencia el Poder Ejecutivo debe avanzar en el establecimiento de algunas cláusulas particulares y esta es una deuda que tiene con los pampeanos desde el año 2003. Otro ajuste que se debe hacer es en la Ley 1279 de Carrera Sanitaria,

para reflejar las nuevas concepciones en torno a la Atención Primaria de la Salud, articular mejor las acciones con los programas nacionales y re significar algunas funciones de los agentes de salud.

En lo relativo a los recursos humanos habría que establecer lineamientos que contemplen la perspectiva de género, ya que el 70% de los agentes de salud son mujeres, y efectuar incorporaciones en las ramas profesionales y técnicas ya que el promedio de edad de los agentes actuales se halla alrededor de los 50 años y están próximos a jubilarse de acuerdo al régimen previsional provincial.

Del análisis del presupuesto surge que es elaborado mediante la técnica del presupuesto tradicional y la desagregación de partidas en la finalidad salud es muy genérica e imprecisa al considerar únicamente “atención médica”, “saneamiento ambiental” y “salud sin discriminar”, es decir que no refleja las funciones de “promoción de la salud” y “prevención de la de la enfermedad”, pilares de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Asimismo es sumamente necesario transparentar las cuentas públicas y dinamizar la democracia participativa a través del uso de la herramienta del Presupuesto Participativo, que por su génesis de elaboración ayudaría a los pampeanos a apropiarse de información para exigir el derecho a la salud. La propuesta de PP que se propicia a partir de esta investigación posee algunas fortalezas tales como una fuerte presencia de organizaciones civiles dispuestas a participar de estos temas (capital social), escasa población de la provincia que puede asimilarse al tamaño de las comunas, existencia de recursos fiscales suficientes para responder a las demandas y proyectos públicos.

La idea central que prevalece en esta investigación es que el documento legal del presupuesto debería dejar de ser un

documento técnico, y se convierta en una herramienta de lectura para la toma de decisiones de la comunidad interesada en aspectos de salud pública.

En tal sentido, la propuesta intenta resolver la principal debilidad que se observa actualmente que es la falta de voluntad política del gobierno de turno que se traduce en un bajo compromiso ideológico con la idea de compartir la responsabilidad en la toma de decisiones.

La Salud Pública y el Presupuesto de La Pampa constituyen un área de investigación no desarrollada aun en la Provincia en lo relativo el campo de las Ciencias Económicas, por lo que representa un área de vacancia que se intenta empezar a cubrir a partir de trabajos focalizados como este; por ello quedan temas como la distribución espacial de los agentes, el sistema de guardias, la apertura de nuevas partidas presupuestarias, entre otros, que deberán ser abordados en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010. *Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos*. Buenos Aires, Argentina: PNUD; 2010.
2. Tobar, F.; Olaviaga, S. y Solano, R.. *Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino*. Documento de Políticas Públicas/Análisis N°99. Buenos Aires; Argentina: CIPPEC; 2011.
3. Anuario Estadístico 2012 del Gobierno de la Provincia de La Pampa. Santa Rosa, La Pampa: Dirección de Estadística y Censo; 2013.
4. Losada Marrodan, C. *¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
5. Rawls, J.. *Teoría de la Justicia*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 1979.
6. Sen, A. *El valor universal de la democracia*. *Letras Libres*. N° 34. Consultado en <http://www.letraslibres.com/revista/convivio/el-valor-universal-de-la-democracia-0>; 2004. Fecha de captura: 09/02/13.
7. Silveri C. *La participación como estilo de gobierno*, ponencia presentada en la mesa Democracia Participativa: desafíos del siglo XXI. Buenos Aires: Subsecretaría para la Reforma Institucional y Fortalecimiento de la Democracia; 2007.
8. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas, 2007. Volumen I- regional*. Rio de Janeiro, Brasil: OPS; 2009.
9. González García G. y Tobar F. *Salud para los argentinos*. 1° edición. Buenos Aires, Argentina: Ediciones ISALUD; 2004.

10. Sen, A.; Kliksberg, B. *Primero la gente*. 9° edición. Buenos Aires, Argentina: TEMAS Grupo Editorial SRL; 2011. p. 61
11. Tafani R, Roggeri M, Chiesa G, Gaspio Nuri. *Argentina. Tendencias en indicadores de salud. Primera década del milenio*. Revista de Salud Pública, (XV) 2, dic. 2011: 70-82
12. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales); 2000. p. 4
13. Ase I, Buriyovich J. *La estrategia de Atención Primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?* Córdoba: Revista Salud Colectiva; 2009.
14. Corti, H. *Derecho Constitucional Presupuestario*. Buenos Aires, Argentina: Editorial LexisNexis Argentina S.A; 2007.
15. Ander Egg, E. *Cuaderno 1: Organización de la Administración Pública*. Santa Rosa, La Pampa: Versiones taquigráficas de la Cámara de Diputados de la Provincia de La Pampa; 1958. p. 18
16. Las Heras, J. *Estado Eficiente. Administración Financiera Gubernamental- un enfoque sistémico*. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial Osmar Buyatti; 2010. p. 141
17. Svampa, M. *El dilema argentino: civilización o barbarie: de Sarmiento a revisionismo peronista*. Buenos Aires: El cielo por asalto; 1994
18. Hollenbach, D. *Public Reason/Private Religion? A Response to Paul J. Weithman*. Journal of Religious Ethics, N° 22, primavera; 1994. pp. 39-46.
19. Centro de Estudios Científicos y Técnicos de la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas. *Recomendación Técnica del Sector Público N° 1: Marco Conceptual Contable para la Administración Pública*. Buenos Aires, Argentina; 2008.

20. Pineda Nebot, C y Pires V. *Características de las experiencias españolas de presupuesto participativo: intento de encuadramiento en una tipología*. Revista Gestión y Análisis de Políticas Públicas. España: Editorial Nueva Época, N 7; 2012. pp 51-90.
21. Lopes Alves, M y Allegretti, G.. *Evaluar los Presupuestos Participativos: un ejercicio dinámico en Democracia Participativa y Presupuestos Participativos: acercamiento y profundización sobre el debate actual*. España: Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga; 2011. p. 212
22. Barragán V, R. *Fundamentos políticos y tipología de los Presupuestos Participativos en Acercamiento y profundización sobre el debate actual*. España: Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga; 2011.
23. Mera, J. y Bello J. *Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina. Una introducción*. Publicación Nº 56. Buenos Aires, Argentina: OPS.; 2003.
24. Acuña, C., Chudnovsky M. *El sistema de Salud en Argentina*. Documento de trabajo número 60. Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional; 2001.
25. Califano, J. *El financiamiento del sistema de salud argentino*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Dunken; 2007.
26. Superintendencia de Seguros de Salud, 2011.
27. Bergallo, P.. *Argentina: los tribunales y el derecho a la salud* en el libro *La lucha por los derechos de la salud*. Buenos Aires, Argentina. Siglo Veintiuno Editores S.A., 2013. p. 70
28. Maceira, D et al.. *El rol legislativo en la formulación de políticas sanitarias: aprendizajes del seminario La Atención Primaria de la Salud*. 1ª ed. - Buenos Aires, Argentina: Fundación CIPPEC; 2008.

29. Magiorano Y. y Ortiz V. *Agentes de salud pública de la provincia de La Pampa*. Santa Rosa, Argentina. Trabajo inédito; 2011.
30. Campeán Dardón, S. et al.. *Diferencias entre hombres y mujeres respecto a la elección de carreras relacionadas con atención a la salud*. Guadalajara, México: Revista La Ventana; N° 24; 2006. p. 204
31. Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro, Brasil: OPS; 2012.
32. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. *Los conflictos laborales en la salud pública en la Argentina en Trabajo, ocupación y empleo: una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación*. Buenos Aires, Argentina: Serie Estudios /9; 2010.
33. Diario de sesiones parlamentarias de la Cámara de Diputados de la Provincia, de la 34 reunión parlamentaria realizada el 29 de noviembre de 1990. Santa Rosa, Argentina: Camara de Diputados de la Provincia de La Pampa; 1990.
34. Díaz Frers, L. y Casadei, E. *Mapa de la transparencia presupuestaria en la Argentina. Nación o provincias ¿quién lleva la delantera?* Documento de Políticas Publicas / Análisis N° 116. Buenos Aires: Fundación CIPPEC; 2013.
35. Kliksberg, B. *¿Cómo enfrentar la pobreza y la desigualdad? Una perspectiva internacional*. 1º edición. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Educación de la Nación; 2013. p. 223
36. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. *Los derechos económicos, sociales y culturales*. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt. Consultado en

http://www.unfpa.org/derechos/documents/relator_salud_2006.pdf. Fecha de captura 30/9/2014

37. Cabannes, Y. *Presupuestos participativos: marco conceptual y análisis de su contribución a la gobernanza urbana y a los objetivos de desarrollo del milenio. Documento conceptual*. Quito, Ecuador: UN-HABITAT, Programa de Gestión Urbana-ALC (Cuaderno de Trabajo; N° 139); 2004.
38. Red Ciudadana Nuestra Córdoba. *Indicadores ciudadanos Nuestra Córdoba*. Consultado en http://www.nuestracordoba.org.ar/documentos/Indicadores_Nuestra-Cba_2011.pdf; 2011. Fecha de captura: 28/7/13
39. Signorelli, G. *Re-presentando la participación ciudadana. Análisis del Presupuesto Participativo Rosario 2006–2009*. Tesina de Grado. En: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=4345&tipo=objetoMulti>; 2012. Fecha de captura: 7/8/13

ANEXOS

ANEXO 2: Gastos en Salud en La Pampa. Año 2011

Gastos en Salud Pública en la provincia de La Pampa durante el año 2011

JURISDICCION	Personal 10	Bs y Servic 11	Intereses 20	Transf Comienzos 30	Transfer Capital 31	Equipam 50	Trab Públicos 51	Bs Preexist 60	Invers Financ 70	TOTAL	%
Ministerio de Salud											
Ministerio	1.012.369	3.696.810		132.397		113.072				4.954.648	0,7%
Subsecretaria de Salud	441.859.936	3.826.380	8.046			23.930			9.300	446.730.841	61,1%
Dirección de RRHH		3.049.077						3.250		3.049.077	0,4%
Direc Zonas Sanitarias y Area Pr	214.419	2.821				6.322				223.562	0,0%
Direc Gestión Sanitaria y APS	273.475	35.679				20.683				329.837	0,0%
Direc de Epidemiología		48.837				368.022				416.859	0,1%
Direc de Salud Mental	743.655	31.373				22.608				797.636	0,1%
Direc de Programas de Salud		6.913.954				322.319				7.236.313	1,0%
Direc Maternidad e Infancia		14.496				6.084				20.580	0,0%
Direc Seguridad Lucio Molas		17.600								17.600	0,0%
Direc Seguridad Gob Centeno	122.597									122.597	0,0%
Subsecretaria de Administración	1.707.960	22.186.667		798.995		8.797.505				33.491.127	4,6%
Direc de Prestaciones	1.457.075	34.783				2.252				1.484.110	0,2%
Direc de Auditoría	2.294.006	62.429.460				85.197				64.808.663	8,9%
Direc de Recursos Físicos	1.799.550	1.295.609				274.238	23.600			3.392.997	0,5%
Subsecretaria de Abordaje Adicci	1.636.575	6.311.710		531.180		37.374				8.516.839	1,2%
Est. Asist Lucio Molas		12.033.296				505.518				12.539.813	1,7%
Est. Asist Gob Centeno		7.968.648				339.524				7.908.172	1,1%
Gobernación											
Subsecretaria de Ecología		1.272.988				117.788		3.600		1.394.376	0,2%
Ministerio de Obras y Servicios Públicos											
Mtro de Obras y Servicios Públicos				22.046.000	2.171.500					24.217.500	3,3%
Admin Provincial del Agua	489.230	317.587		531.400	3.226.709		73.037.380	3.343		77.605.649	10,6%
Direc Gral de Obras Públicas							18.159.628			18.159.628	2,5%
Direc de Conservación							2.105.555			2.105.555	0,3%
Contaduría General											
Contaduría General	5.643.330	4.980.115								10.623.445	1,5%
TOTAL	459.254.177	136.057.919	8.046	34.039.972	5.396.209	11.043.446	93.326.163	10.193	9.300	728.147.424	100%
	63,0%	18,7%		3,3%	0,7%	1,5%	12,8%	0,0%	0,0%		