




La planificación de políticas de salud en una provincia periférica. El plan de salud de Chaco y su contexto social desde 2020

Healthcare Policy Planning in a peripheral Argentine Province. The Chaco Healthcare Plan, and its social context since the year 2020

 **Julio Andrés Sujatt**
asujatt@gmail.com Universidad Nacional de La Plata / Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Recepción: 02 Mayo 2023
Aprobación: 15 Agosto 2023
Publicación: 01 Febrero 2024

Cita sugerida: Sujatt, J. A. (2024). La planificación de políticas de salud en una provincia periférica. El plan de salud de Chaco y su contexto social desde 2020. *Cuestiones de Sociología*, 29, e166. <https://doi.org/10.24215/23468904e166>

Resumen: El artículo estudia el Plan de Salud para la provincia argentina de Chaco presentado en el año 2020. Se problematiza su papel en el marco de las políticas generales del gobierno provincial y su modelo de desarrollo. Este trabajo se basa en un análisis de documentos públicos, y el cuerpo de datos se complementó con fuentes periodísticas y audiovisuales de actos oficiales. El contexto se describe a través de fuentes estadísticas oficiales. Describimos los rasgos de la estructura social y su relación con los determinantes sociales de la salud en la región, y el papel que juega el gobierno provincial en ese escenario. Destacamos la trampa en la que caen las provincias periféricas bajo el actual sistema de atención médica descentralizada, dada su escasez de recursos para atender a una población empobrecida. Finalmente, consideramos que el Plan de Salud provincial ocupa el papel de lograr mejoras en la calidad de vida de la población en el marco de un Estado atravesado por contradicciones parciales, pero orientado a un modelo de desarrollo periférico que tiende a la reproducción de asimetrías.

Palabras clave: Salud pública, Políticas de salud, Noreste argentino, Factores socioeconómicos, Desigualdad social.

Abstract: This article study the Healthcare plan for the Argentine province of Chaco presented in the year 2020. The role of the Healthcare Plan is problematized within the framework of the general policies of the provincial government and its model of development. This work is based on a joint analysis of the public documents and the body of data was complemented by journalistic and audiovisual sources of official events. The context is described through official statistical sources. We describe the traits of the social structure and their relationship with social determinants of health in the region and the role the Provincial Government plays in that scenario. We highlight the trap in which the peripheral provinces fall under the current Health-care system - given their scarce resources to serve an impoverished population. Finally, we consider that the Healthcare plan occupies the role of achieving improvements in the quality of life of the population, within the framework of a Government crossed by partial contradictions, yet committed to a peripheral development model that tends to the reproduction of asymmetries.

Keywords: Public health, Health policy, Northeast Argentina, Socioeconomic factors, Social inequity.



Introducción

La salud como problemática social comprende varias dimensiones; entre ellas, las de la planificación de las intervenciones estatales en el área y de las condiciones sociales en que esto se realiza. Este artículo estudia el caso del plan de salud de la provincia del Chaco presentado en 2020. Se analizan sus objetivos, su diseño y su vínculo con el contexto social. Se problematiza la relación entre escalas y se analizan aspectos de los modelos de Estado y de desarrollo que subyacen, entendiendo que estas dimensiones condicionan el desarrollo de las políticas de salud.¹

En lo metodológico, este trabajo parte de la perspectiva del análisis documental de publicaciones oficiales del Gobierno de Chaco: el *Plan Chaco 2030 Políticas para el desarrollo sostenible* (2020a) y el *Plan Estratégico de Salud para la Provincia del Chaco Período 2020-2030* (2020b). El primero es un documento de 114 páginas publicado por el gobierno provincial. Cuenta con tres “ejes estratégicos” que organizan temáticamente las áreas de políticas públicas en las que señalan problemáticas y enuncian propuestas. Estos ejes son “Producción y empleo”, “Inclusión y equidad social” y “Gestión pública de calidad”. El Plan también presenta una “agenda digital” transversal y una serie de acuerdos sectoriales y compromisos de gobierno sobre distintas áreas.

El Plan Estratégico de Salud consta de una serie de objetivos orientadores de la política de salud pública, agrupados en diez ejes. Estos fueron presentados por la ministra Paola Benítez y el gobernador Jorge Capitanich en el marco de la conferencia que se utilizó como fuente para el análisis de este documento. Fueron tomados de manera complementaria otros testimonios ofrecidos públicamente por las ministras de Salud Pública y el gobernador.

Para el análisis de la planificación en el sector de la salud pública mediante el abordaje conjunto de estos documentos se ponen en juego las siguientes dimensiones: a) la caracterización de la situación general de la provincia, sus problemas y proyectos en lo que caracterizamos como un territorio de estructura periférica, y el lugar que ocupan en él las problemáticas de salud; b) el rol que se asigna a sí mismo el Estado en su intervención como agente planificador, incluyendo el planteamiento de vínculos con otros actores, y en el área de salud específicamente. También se incorpora la referencia a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas (2015), para establecer correspondencia.

El análisis se complementa en lo referido a datos contextuales con fuentes secundarias oficiales del INDEC, datos censales (2010 y 2023) y de EPH (2022a y 2022b), el Informe Productivo de la Provincia del Chaco (Ministerio de Economía de la Nación, 2021), la edición 2018 del Análisis de situación de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (MSyDS, 2018), documentos del Consejo Federal de Salud (2023) y el Informe de ejecución del presupuesto del Gobierno de la Provincia de Chaco de 2020 y

2021 de la Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública (ASAP). Sobre el sistema público de salud, se utilizaron adicionalmente datos de la Encuesta Nacional sobre la Estructura Social presentados por Silvia Mario (2018) en el libro *La Argentina en el siglo XXI*, de J. I. Piovani y A. Salvia. También se accedió a la base de datos abierta del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). Finalmente, también se usaron fuentes de la prensa oficial y comercial.

Marco conceptual

La relación centro - periferia refiere a un sistema de roles territoriales históricamente construidos. El estructuralismo latinoamericano problematizó el rol del Estado, la división internacional del trabajo y los tipos de inversiones necesarias para romper con determinados patrones de reproducción social (Santos, 1998). Coincidimos con Narodowski (2013) en que continúa vigente este enfoque, planteado en torno a analizar procesos sociales marcados por asimetrías territoriales que expresan la constitución de estructuras de poder y dominación, tanto para el plano internacional como para dentro de las fronteras de un Estado. De esta manera, desarrollo y subdesarrollo son vistos como parte de un mismo proceso, por lo que el fenómeno de la dependencia se expresa generalmente bajo la forma de limitaciones en las capacidades endógenas para afrontar tareas y circunstancias de distintas índoles, como las productivas, financieras, formativas, científico/tecnológicas, etc. Pero, a su vez, tiene manifestaciones en estructuras políticas, ideológicas y sociales internas (Santos, 1998, p. 6). Incluso dentro de un área específica como el de las políticas de la planificación de la salud pública, pueden rastrearse las contradicciones que esta situación plantea entre tendencias a la reproducción del patrón asimétrico e intentos más o menos planificados de superarlo sin romper con él.

El Estado es un fenómeno tanto político como burocrático. García Linera, por ejemplo, ve en él una “relación material de dominación y conducción política” (2020, p. 428) conformada por bloques y clases sociales que buscan constituir o asegurar su dominio implementando decisiones gubernamentales, y “una maquinaria donde se materializan esas decisiones en normas, reglas, burocracias, presupuestos, jerarquías, (...) como institucionalidad” (2020, p. 428).

Esta doble dimensión del Estado también se expresa en la planificación como actividad estatal, que presenta una relación entre aspectos “técnicos” y político-ideológicos que no siempre resulta clara al observador externo. El diseño “técnico” de políticas siempre es precedido y acompañado de acciones en las cuales la política se presenta abiertamente en la toma de decisiones y en la definición de situaciones dadas como problemáticas, pero también en la búsqueda de adhesiones, compromisos y legitimidad y en la implementación de dispositivos comunicativos o participativos que involucren a las poblaciones y territorios afectados. A su vez, elementos de aspecto puramente “técnicos”, como el diseño de una serie de políticas públicas para tratar o resolver un problema dado, conllevan la aceptación de principios teóricos y conceptuales que contienen, en sí mismos, concepciones sobre la política, la sociedad y el Estado más o menos afines a los valores que se ponen en juego en la arena política.

Bernazza, Comotto y Longo (2015) muestran un panorama de discusión entre distintos paradigmas sobre las llamadas capacidades estatales, principalmente el gerencialista y el de “en clave pública” presentado por ellos. El primero justifica una escisión entre el ámbito político y el técnico a fin de garantizar el principio de eficiencia en el diseño de políticas mediante lógicas institucionalistas y/o de mercado. El segundo propone claves para evaluar el desempeño estatal en función de un proyecto social definido con el Estado como actor central del desarrollo (2015, p. 21). Esta mirada pone de relieve la disputa de elementos ideológicos y materiales respecto del Estado, oculta en el enfoque gerencialista y que subyace a la adopción de uno u otro paradigma. En otras palabras, la planificación de *políticas es política*.

Matus articula técnica y política, y nombra como sujeto de la planificación al *cuadro técnico político*. Define la naturaleza de la planificación como el cálculo y la reflexión estratégica que precede y preside la acción (2020, p. 24). Para alcanzar un estado de situación objetivo los planificadores operan en los marcos de la racionalidad instrumental, componiendo un uso eficiente de medios y recursos limitados. Sin embargo, la voluntad que señala el objetivo a alcanzar es sustancialmente política.

Desde una mirada crítica, Clichevsky y Rofman (1989) señalan que las políticas de planificación no se deben calificar por los objetivos que enuncian sino por sus resultados en relación con los objetivos de la clase gobernante, pues desde su concepción están asociadas con la ideología dominante y los modelos de desarrollo y de acumulación de los que dichas clases participan.

Matus (2007) señala que el objetivo de la planificación estratégica, en manos de los decisores tecnopolíticos, es abordar los conflictos de valores inherentes a cada decisión y sopesar adecuadamente las consecuencias políticas y económicas. La viabilidad del plan se construye considerando en un cálculo interactivo a los actores individuales y/o colectivos que intervienen: evalúa escalas de valores, intereses, objetivos, la creatividad y la autonomía de cada uno. Se descarta de plano cualquier planificación unilateral: el “otro” también juega y puede colaborar en la realización del plan u oponerse. La participación como aspecto metodológico dota de mayor consenso y viabilidad al Plan. De esta manera, señala Bernazza que la planificación estratégica presentó “una forma de gestión estatal novedosa que permitió visualizar una nueva frontera Estado-sociedad, donde la definición y ejecución de políticas públicas obedeció a estrategias entre actores antes que a normas impuestas por un centro de poder al conjunto social” (2006, p. 24).

Matus (2020) presenta tres categorías significativas como vértices interdependientes, que llama “triángulo de gobierno”: el proyecto de gobierno, la capacidad de gobierno y la gobernabilidad del sistema. El primero corresponde a la voluntad y el compromiso del gobierno. Se organiza en torno a la exposición de los grandes objetivos, los valores que sustentan la acción y el ámbito estratégico. La gobernabilidad es el grado de dificultad para implementar el proyecto en el contexto y se define por la capacidad de controlar o neutralizar variables de poder y los marcos condicionantes. Las capacidades se constituyen con las herramientas para el abordaje adecuado de problemas y la búsqueda de soluciones, su implementación, seguimiento, evaluación, etc. En definitiva, las relaciones de las variables son imprecisas, y la solución de los problemas es

situacional sobre la base de la interacción de los tres vértices. Consideremos, por ejemplo, que un plan puede tener una excelente factura técnica pero no logrará incidencia real en la gestión de gobierno si no hay voluntad política para ello; o que, en otro sentido, si la planificación no se da en la escala adecuada, es probable que no se dé un contexto de gobernabilidad y de capacidades de gobierno que lo habilite. La acción/reacción de otros actores siempre debe ser considerada, incluso la de actores que operan a otras escalas.

Bernazza, Comotto y Longo (2015) señalan que el ciclo de la gestión implica una etapa de diagnóstico y planificación previa a la acción, una etapa de actuación o ejecución propiamente dicha y una etapa de evaluación de lo actuado. No obstante, en la gestión cotidiana mantener el orden cronológico de estos pasos es improcedente. Estos necesariamente se solapan y la actividad se complejiza. La evaluación es permanente y retroalimenta el ciclo de planificación.

Situación social y del sistema de salud en el NEA y en la provincia del Chaco

El NEA es una región periférica en términos de desarrollo económico y social. Observando datos del Censo poblacional de 2010 (INDEC, 2010), se nota que, en términos generales, en el período 2001 - 2010 el NEA mostró un crecimiento población menor al del resto del país: 9,27 % contra 10,6 %, a pesar de contar con una población más joven: una edad mediana de 25 en el rango de medianas provinciales contra 29,8 del país. Esto sugiere una corriente migratoria hacia otras regiones. A su vez, los datos provisionales del Censo 2022 acentúan el desacelerado crecimiento de la población en Chaco (INDEC, 2023): un crecimiento del 8,3 % frente al 14,8 % nacional.

Sobre las condiciones de vida, señaló el MSyDS:

Para el 2010, el 9 % de los hogares del país y el 12 % de la población tenía al menos un indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), índice que mide la pobreza llamada estructural. Las regiones del NEA y NOA presentaron mayor proporción de hogares con NBI, representando el doble que en el resto de las regiones (2018, p. 29)

En el año 2021 las provincias con la mayor tasa de mortalidad infantil fueron Formosa y Corrientes, con 11,6 y 11,2 por cada mil nacidos vivos, respectivamente. Ese mismo año Chaco tuvo 9,5, mientras la tasa nacional fue de 8. En todos estos casos, las tasas presentaron una mejora respecto de 2020 (Consejo Federal de Salud, 2023).

Si bien en términos generales las provincias del NEA presentan rasgos comunes, Chaco tiene un recorrido histórico particular que debe señalarse brevemente. Esta provincia, al igual que Formosa, es resultado del avance y conquista del Estado argentino iniciados en el último cuarto del siglo XIX sobre territorios indígenas de las regiones de Chaco austral y central. El proceso de “pacificación” continuó durante las primeras décadas del siglo XX en el marco de un modelo económico dinamizado por la producción algodonera de pequeños colonos agrícolas europeos, en el cual las poblaciones indígenas fueron empujadas a servir de reserva de brazos baratos (Iñigo Carreras, 1986). También tuvieron relevancia las industrias maderera y taninera, y la ganadería extensiva. El modelo algodonero tuvo su apogeo con base en un esquema cooperativista, aunque entró

en crisis en la década del setenta cuando la política de la dictadura militar fracturó la alianza social que lo sostenía, aniquiló la militancia de las Ligas Agrarias, acorraló económicamente a los productores más pequeños y favoreció por un corto período al sector corporativizado, al asociarlo al capital financiero y al modelo aperturista (Roze, 2012). La región urbana del Gran Resistencia fue alcanza por el proceso de desindustrialización de las manufacturas asociadas al modelo agrícola cooperativo y al mercado interno. Con la llegada del siglo XXI cobró fuerza el modelo productivo rentista basado en cultivos transgénicos para la exportación de *commodities*, principalmente la soja (Roze, 2012).

Este recorrido histórico configuró una estructura social marcada actualmente por una gran informalidad, precariedad laboral, bajos ingresos en general y pobreza persistente. Nicolás Iñigo Carrera (2011) describe estos aspectos estructurales de la organización social chaqueña a partir del concepto de Marx de superpoblación relativa para referirse a una parte de la población que queda por fuera de los mecanismos que necesita el capital en su reproducción. Esto se expresa en la desocupación abierta y las masas de población subsidiada, pero también en una parte del empleo estatal.

El Informe Productivo Provincial de 2021 del Ministerio de Economía de la Nación señala que el salario medio privado en Chaco es un 27,1 % menor al nacional y que el ingreso per cápita de la provincia está un 25 % por debajo de la media nacional. Al igual que en el segundo semestre de 2021, en el primer semestre de 2022 (INDEC, 2022a) el Gran Resistencia fue el aglomerado urbano del país con mayor proporción de población bajo la línea de pobreza: 49,9 % de las personas, frente a 36,5 % de los 31 aglomerados urbanos del país. Los datos de indigencia en el Gran Resistencia también fueron notablemente más elevados que en el resto del país: 19,4 % de las personas contra el 8,2 % general. En el segundo semestre de 2022 la pobreza alcanzó al 54 % de los habitantes del Gran Resistencia (INDEC, 2022b). Estas fuentes indican que el NEA es la región con el mayor porcentaje de población en condiciones de indigencia.

Los parámetros del subdesarrollo se exponen en el sector de la atención médica como parte de los determinantes sociales de la salud. Este concepto fue acuñado en 2008 por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OPS, 2017). Esto se configura por los “principales aspectos sociales, económicos, culturales y medioambientales que influyen en los resultados en materia de salud”, y los “sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos” operan como “‘causas de las causas’ que son fundamentales para la buena y la mala salud” (OPS, 2017).

En definitiva, se reconoce una dimensión de la salud y de la enfermedad que va más allá de aspectos biológicos, genéticos o aun de hábitos puramente individuales y de factores de riesgo. Sin embargo, estas miradas descriptivas y con enfoques orientados a subsanar *déficits* de salud con base en el diseño de políticas públicas no suelen avanzar en el estudio o la crítica de las estructuras, y en la génesis histórica de los fenómenos que describen, por lo que el rol y los intereses de los actores sociales que reproducen dicha situación quedan velados. Algo similar sucede con los propios organismos multilaterales, cuyos diagnósticos

y recomendaciones distan de ser neutros. Krause (2014), por ejemplo, señala la promoción en los noventa, por parte del Banco Mundial, del modelo de los Hospitales Públicos de Autogestión y la acentuación de las asimetrías territoriales por la descentralización del sistema. En estos organismos “existe una apelación indirecta al acceso universal a la salud, a la educación, la vivienda y el desarrollo, pero su implementación ha generado efectos controvertidos en términos de justicia y equidad, cuando no contrarios a los Derechos Sociales, Económicos y Culturales de la población” (p. 129).

Según la Encuesta Nacional sobre la Estructura Social (Mario, 2018), entre 2014 y 2015 el 36,2 % de la población argentina carecía de una cobertura de salud adicional a la público-estatal de acceso universal. Ese indicador se elevaba a 53,6 % en el NEA, el más alto del país. En el Encuentro Regional de Salud realizado en Resistencia en 2022, la ministra de Salud Pública de Chaco, Carolina Centeno, señaló que actualmente ese índice llega al 60 % en su provincia. Dichos datos son inconsistentes con lo planteado en el Plan Chaco 2030 (2020a, p. 45), en el que se afirma que “el 97 % de los chaqueños se atiende en centros de salud y hospitales públicos o en instituciones vinculadas a obras sociales”, pero deja entender que sólo aproximadamente el 39 % de ellos dependería exclusivamente del sistema público.

En cuanto a la cantidad de establecimientos de salud, los datos evidencian una importante capacidad instalada que mantiene, sin embargo, aspectos de subdesarrollo. Manzur (2011) señala que en Chaco hubo una gran expansión en inversión en las últimas décadas. Desde 1990 a 2010, “El promedio de inversión edilicia nueva fue de 1.996 m./año, lo que generó un crecimiento acumulado total de 41.915 m. nuevos” (2011, p. 49). Sin embargo, señala que antes de 2003 el crecimiento promedio fue de 641 m², mientras de 2004 en adelante dicho valor fue de 4.706 m². Según datos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, en 2017 el NEA contaba con 6,8 establecimientos cada 10.000 habitantes, por encima del promedio nacional de 5,8 (MSyDS, 2018, p. 50). El despliegue de establecimientos de salud del sector público en la región es notable: en 2017, sobre 10.000 habitantes a escala país había 2,4 establecimientos públicos, mientras en el NEA eran 4. En la región el 59 % de los establecimientos son públicos, mientras que en el país son el 41 % (2018, pp. 51-52). No obstante, la razón de centros con internación sobre la de centros sin internación es de 0,2, y 0,3 es la del país (2018, p. 53).

Continuando con los datos del MSyDS (2018), el NEA se destaca en establecimientos de atención primaria de salud (CAPS): 32,5 establecimientos cada 100.000 habitantes contra un índice general del país de 19,25, según datos del 2010. No obstante, en 2017, en el NEA el 48 % de esos establecimientos carecía de atención médica de forma periódica (menor a tres veces por semana), mientras que ese dato era del 25 % en el país. La cantidad de CAPS con atención diaria es en el NEA del 29 %, contra el 45 % nacional (2018, p. 54). El mismo informe (2018, p. 53) señala que en 2017 correspondían al NEA sólo el 6,6 % de camas de internación, es decir 3,6 camas cada 1000 habitantes, frente al 5,2 % nacional. En la región, el 57 % eran camas generales, y en el país, un 40 %.

El origen de esta sub-utilización de los recursos sólo en parte se debe a problemas de gestión, pues existe un anclaje en la estructura de subdesarrollo de la región. Por ejemplo, es una restricción para el despliegue de una amplia política de

desarrollo en salud que el NEA cuente con la menor proporción de profesionales de la medicina del país: el 5,2 % del total. Según el informe ya citado, el 75,7 % se radican en el centro, el 6,9 % en el Sur, el 6,31 % en el NOA y el 5,9 % en Cuyo. El NEA contabiliza 4,6 médicos y 5,2 enfermeros cada 1000 habitantes. Estos datos se elevaban a 8,7 y 7,8 en el país, respectivamente (MSyDS, 2018, p. 56).

En 2022, en la provincia del Chaco había 56 establecimientos hospitalarios de financiamiento provincial, según consta en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). En el Gran Resistencia dos de ellos, el Hospital Pediátrico Dr. Avelino Lorenzo Castelan y el Hospital Julio C. Perrando, son determinantes por la posición central que ocupan en la garantía cotidiana de atención médica a gran parte de la población geográficamente concentrada y desprovista de otra cobertura. Según declaró el gobernador Capitanich (2020) al inicio de su último mandato, previamente a la pandemia, el sistema estatal provincial de salud contaba con 1500 médicos generalistas y especialistas, y con 3500 enfermeros, de los cuales 2000 eran auxiliares de enfermería que requerían profesionalización.

En este marco, la elevada cantidad de pacientes que afluyen tiende a superar la capacidad de atención adecuada con los recursos disponibles. A la par, se crean y recrean malas condiciones laborales que afectan la calidad de atención y producen nuevos conflictos. Trabajadores profesionales, técnicos y no profesionales de la salud de Chaco han señalado, en hechos de protesta, bajos salarios, condiciones irregulares de contratación y de pago, malos tratos, falta de insumos de trabajo y jornadas de trabajo extensas y extenuantes, entre otros problemas y demandas (Sujatt, 2023a).

Nuevamente, la expresión de estos problemas no es sólo producto de ineficacias en la gestión. Hay raíces en la actual configuración descentralizada del sistema público de salud, que asigna a los estados provinciales el sostenimiento y la gestión de estos servicios en un marco de desigual disponibilidad de recursos y capacidades estatales (Mario, 2018).

En la Argentina, de manera deliberada, no existe una provisión homogénea de servicios públicos de salud. Las consecuencias perversas de esta organización del sistema son evidentes desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud y funcionan como una trampa: las provincias más empobrecidas son las que más atención pública requieren para una población con menor cobertura adicional y elevados factores de riesgo. Sin embargo, son estas las jurisdicciones que disponen de menores recursos fiscales y profesionales para sostenerlo. Así, se amplían las brechas de calidad entre segmentos del sistema de salud y de la calidad de vida entre los territorios centrales y periféricos del país, entre los que requieren menos y disponen de más, y los que requieren más y disponen de menos. Los instrumentos de redistribución secundaria y los programas aplicados directamente desde el centro no aciertan a revertir la situación.

Establecer el rol de los actores y las escalas de actuación en la trama de planificación del sistema de salud en la Argentina no es sencillo. Los tres subsistemas que lo componen se encuentran fragmentados y establecen entre sí un sistema territorial y socialmente asimétrico (Mario, 2018). Estos subsistemas son el público/estatal, el privado y el de la seguridad social, cada cual constituido por diversos actores, intereses y enfoques. El resultado de esta fragmentación del sistema es una segmentación de la población de acuerdo

a restricciones crecientes para acceder a una “cobertura adicional” de calidad diferenciada. Según la Encuesta Nacional sobre la Estructura Social en Argentina (Mario, 2018), la cobertura pública/estatal es de acceso universal y cubre de manera exclusiva al 36,2 % de la población. Sus efectores son mayoritariamente provinciales (hospitales, centros de salud, etc.). Otro 57,2 % de la población accede adicionalmente a la cobertura de obras sociales, con esquemas solidarios de abono para asalariados formales, jubilados y pensionados. La cobertura privada de seguros de salud de mercado, accesible para sectores de ingresos superiores a la media, cubre al 6,6 % de la población. Vemos que la jerarquía de tipos de cobertura que resulta de esta diferenciación se solapa a las desigualdades sociales de clase. En consecuencia, la población con mayores desventajas y riesgos en relación con su calidad de vida y sus estados de salud cuenta, comparativamente, con una menor cobertura.

En este escenario fragmentado, el Estado no es el único decisor en la trama de planificación. En su agenda, sus objetivos coinciden o compiten con la de otros actores relevantes: empresas, asociaciones profesionales y académicas, organismos internacionales, agrupamientos políticos/sociales, etc. Las decisiones del Estado, no obstante, son relevantes en dos sentidos: tiene fuerza normativa y de control y, además, los objetivos que se establecen desde la política tienen la capacidad de marcar la tónica y los énfasis con los que se desenvuelve el sistema. En la escala provincial, los gobiernos tienen menor capacidad de control sobre variables determinantes como los subsistemas privados. Sin embargo, en las provincias periféricas el Estado es preponderante en la cobertura de salud, con gran trascendencia para la calidad de vida de la población debido al volumen de la infraestructura y del personal que administran. No obstante, las coberturas de salud pública provinciales son heterogéneas en su calidad y en sus capacidades según las propias asimetrías regionales del territorio.

El Plan de Salud y el Plan Chaco 2030

En diciembre de 2019 asumió como gobernador en Chaco Jorge Capitanich, quien ya había estado al frente de la provincia en el período 2007-2015. Pocos días después presentó el Plan Chaco 2030 como un plan general para todas las áreas de su administración. El Plan Estratégico de Salud fue presentado semanas después, el 25 de enero de 2020, como una serie de diez ejes estratégicos y objetivos a alcanzar, destinados a organizar durante los siguientes años las intervenciones del Estado chaqueño en el sector. Teniendo en cuenta que hubo un cambio de ministra de Salud en 2021, que se detallará más adelante, en este artículo se consideran los ejes del Plan de Salud como referencia para la política general del sector, excepto cuando se señalen salvedades.

En la presentación del Plan Estratégico de Salud el gobernador planteó “recomponer el sistema sanitario de Chaco”, y la ministra de Salud Pública Paola Benítez expresó buscar “mejorar la calidad de vida de nuestra gente a través de mejorar el acceso a la salud con calidad, con equidad, con eficiencia y con justicia social para lograr un aumento en los años de vida saludable de nuestra población” (Capitanich, 2020).

El gobernador contextualizó:

el sistema de Salud en Argentina está en un estado extremadamente crítico y grave, y la Provincia del Chaco no es una excepción (...) Obviamente cuando existe una política nacional como la del expresidente Macri, que desjerarquizó el ministerio de Salud, que duplicó el desempleo, licuó los ingresos de las familias y dolarizó el costo de los medicamentos e insumos hospitalarios, lo único que genera es la quiebra de las obras sociales, del sector privado y un colapso en el sistema público de Salud. Revertir ese cuadro no es una cuestión fácil. (Capitanich, 2020)

Sin embargo, el juicio sobre el gobierno inmediatamente anterior no puede sustituir la caracterización del cuadro completo cuando en la búsqueda de la recomposición del sistema se enfrenta a condicionantes que lo exceden. Como ya se caracterizó, el estado “crítico y grave” del sistema de salud forma parte del escenario de subdesarrollo de las provincias del Noreste Argentino (NEA) de manera histórica y estructural. Es resultado de fenómenos que operan a distintas escalas, que han conformado estructuras de poder y han establecido tendencias generales difíciles de revertir en distintos ámbitos de la vida social, como el escaso desarrollo económico, la precarización laboral, los bajos ingresos de la población, la escasez de recursos estatales y la insuficiente fuerza laboral calificada en áreas como la salud, entre otros.

Un abordaje más encuadrado de las políticas de la salud es presentado en el Plan Chaco 2030 (Gobierno de Chaco, 2020a). Este nos es de interés para explorar sus lineamientos generales y entrever pistas sobre las condiciones sociales y políticas para la efectiva consecución de los objetivos del Plan de Salud. Este Plan presenta una programación de políticas a mediano plazo a escala provincial para todas las áreas de intervención estatal. Se afirma que

articula una matriz de políticas públicas con capacidad para incidir positivamente sobre el desarrollo provincial, aportando una mirada prospectiva que permita ejecutar, monitorear y evaluar el cumplimiento de sus objetivos y metas, asumiendo que las acciones del Estado deben resultar coincidentes con las aspiraciones ciudadanas para incrementar las oportunidades de desarrollo humano. (2020a, p. 16)

El Plan Chaco 2030 pone como referencia la Agenda 2030 de Naciones Unidas para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esta Agenda fue aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Allí se declara que “la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, incluida la pobreza extrema, es el mayor desafío a que se enfrenta el mundo y constituye un requisito indispensable para el desarrollo sostenible”. A continuación, se afirma que “Nos comprometemos a lograr el desarrollo sostenible en sus tres dimensiones — económica, social y ambiental— de forma equilibrada e integrada” (Naciones Unidas, 2015, p. 3). Esta Agenda, que consta de 40 páginas, presenta 17 “Objetivos de Desarrollo Sostenible” y 169 metas “de carácter integrado e indivisible” (2015, p. 6). Comentando brevemente, podemos decir que los objetivos 1 a 5 ponen en eje la necesidad de subsanar las manifestaciones más agudas de la marginalidad y la desigualdad social: la pobreza en todas sus formas, el hambre, la salud, la educación y la igualdad de género. Los objetivos 6 a 12 ponen de relieve el impulso a las condiciones materiales para lograr el progreso: energía asequible, crecimiento económico sostenible e inclusivo, infraestructura, industrialización e innovación, reducción de la desigualdad en los países y entre ellos, ciudades y asentamientos inclusivos y sostenibles, junto con modalidades de consumo y producción sostenibles. Los objetivos 13 a 15 refieren a combatir

al cambio climático y sus efectos, junto con la protección de los ecosistemas marítimos y terrestres. Finalmente, los objetivos 16 y 17 son de carácter más bien político: promover sociedades e instituciones pacíficas, inclusivas y justas, junto con “revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible” (2015, p. 16).

Sin dudas, el documento señalado es de gran trascendencia por su carácter consensuado en un ámbito multilateral, a la vez que su contenido es progresivo en relación con un desarrollo igualitario y de mejoras en la calidad de vida. En este sentido, sirve como orientación tanto para gobiernos en el diseño de sus políticas como para activistas en la fundamentación de sus demandas y reclamos. Sin embargo, parece importante señalar que la apelación a este tipo de documentos en programas e instituciones de distinto tipo puede funcionar, más allá de los fines declarados, como una suerte de “contraseña”. Primero, como un “paso obligado” de legitimación en la fundamentación formal del programa presentado, sin establecer claramente la correspondencia con la Agenda que se dice utilizar como referencia. En segundo lugar, como parte de la más amplia aceptación de los principios y criterios de organismos multilaterales que definen o restringen el acceso a financiamiento y otros programas de apoyo internacional.

El cumplimiento de objetivos progresivos ambiciosos y consensuados como los señalados requiere de la instrumentación de mecanismos locales e internacionales que favorezcan su cumplimiento y sancionen su abandono. Pero, a su vez, la agenda raramente establece las causas de los fenómenos que deben ser abordados ni la trama de intereses que obstaculizan su superación. En definitiva, cabe preguntarse, en cada territorio en particular, si las autoridades llamadas a avanzar en estos objetivos tienen la autoridad, el apoyo y la independencia de intereses suficientes para revertir situaciones de desigualdad que tienen tanto sus perdedores como sus ganadores.²

En términos generales y formales, el Plan Chaco 2030 presenta concordancia con los ODS. Este Plan busca instrumentar “políticas económicas que favorezcan la equidad y las oportunidades para el desarrollo humano”, y así “mejorar sus indicadores económicos y sociales y acortar la brecha que la separa de la media nacional” (2020a, p. 16). Tiene 114 páginas, tres “ejes estratégicos” – “Producción y empleo”, “Inclusión y equidad social” y “Gestión pública de calidad”- y una “agenda digital” transversal. Declara ser “un Plan para construir juntos” (2020a, p. 11). Se incluye un apartado específico sobre Salud Pública en su segundo eje (2020a, pp. 44-46).

Bernazza (2006, p. 240) presenta una distinción entre plan de gobierno y plan estratégico. El primero surge de las decisiones y las políticas que decide aplicar el gabinete, y se trata de un programa no consensuado. Allí se articulan decisiones políticas que van a determinar el perfil y las áreas prioritarias del gobierno. Su diferencia fundamental con el plan estratégico es que este establece niveles de consenso con organizaciones por fuera del ámbito gubernamental (sociales, privadas, etc.). De esta manera, el “Pacto para el crecimiento económico y la inclusión social”, compuesto por una serie de diez compromisos para ser suscripto en el Consejo Económico y Social, “tal cual lo establece nuestra Constitución Provincial” (Gobierno de Chaco, 2020a, p. 75), y la propuesta de “25 Acuerdos sectoriales” que componen el Plan, resultado de “veintiséis encuentros y conversatorios con referentes institucionales y actores representativos de la diversidad de sectores que constituyen las realidades (chaqueñas)” (2020a, p. 91),

son elementos que ponen sobre la mesa una serie de conversaciones y demandas ya asumidas, y efectivamente pueden avanzar en el espectro consensual propio de un plan estratégico de acuerdo al desenvolvimiento real del plan del gobierno.

Esta serie de pactos, acuerdos sectoriales y compromisos, junto con el papel del Consejo Económico Social establecido por la legislación provincial como “mecanismo de participación” y “como ámbito de expresión de los intereses y las demandas de los distintos sectores económicos, sociales e institucionales.” (2020a, p. 9), no establecen, *a priori*, instancias de consulta, evaluación y re-elaboración propias del plan. Originalmente, este fue diseñado en el marco de la campaña electoral, y los compromisos que presenta fueron elaborados en ese contexto, donde no se pone en juego la formalidad institucional sino la construcción de legitimidad política. La pregunta, más que por aspectos generales, surge de las áreas particulares: ¿cómo se implementan espacios de consenso con incidencia en la planificación en áreas específicas como la salud?

El instrumento de la planificación es positivo en sí mismo en tanto ordena, coordina y direcciona las intervenciones políticas y de gestión. Sin embargo, su orientación general no necesariamente es adecuada para cada área u objetivo particular. No se deben presuponer ni una total coherencia interna ni una plena adecuación a la realidad material y política en el que se pretende implementar. Las contradicciones parciales que se expresan en un plan son la expresión de un Estado no monolítico que alberga a decisores/funcionarios, a representantes - políticos y corporativos- y a ejecutores de políticas y de servicios públicos con distintos intereses y orientaciones. Las líneas maestras a identificar son el tipo de Estado y el modelo de desarrollo socio-económico proyectados.

En el Plan Chaco 2030 son centrales las críticas a la situación fiscal e institucional de la provincia, aspectos con mucha presencia en una propuesta de futura reforma constitucional –por ejemplo, “responsabilidad fiscal”, límites a las contrataciones, compromisos éticos de funcionarios- (2020a, pp. 64-66). Se plantea que el ordenamiento del Estado en ese sentido crea condiciones para un crecimiento económico proyectado a partir de explotar las “ventajas” ya existentes: afianzar la “especialización agroalimentaria” y una “densificación y diversificación industrial” asociadas. Con la superación de ciertas restricciones estructurales locales a la acumulación del capital (2020a, pp. 26 y 61), el Plan asume que parte del excedente económico quedará en la provincia y aportará al desarrollo, con mejoras en el empleo privado registrado, el ingreso económico de la población y el comercio interno. En paralelo, se planifican inversiones del Estado en las áreas social (salud, educación, etc.) y de infraestructura.

La apuesta por promover el crecimiento del capital agro-exportador en el territorio se expresa en una lista de “instrumentos de promoción” compuesta por distintas formas de transferencias de recursos públicos a inversores privados: subsidios, reintegros, reducciones impositivas, tarifas diferenciales, etc. Entre otros particulares, se contempla la reducción del aporte al “Fondo de salud pública” sobre la base del cumplimiento de metas de producción, empleo, exportación y la “instrumentación de un sistema de seguros agropecuarios” (2020a, p. 80).

Las escalas nacional e internacional conforman las condiciones generales macro-políticas y macro-económicas de oportunidades y desafíos para estas políticas. Esta escala es expresada por el Consejo Regional del Norte Grande

(Sujatt, 2023b). Los gobernadores de las diez provincias que lo componen acordaron una agenda de desarrollo en conjunto que busca posicionar esta región como proveedora de materias primas y zona de tránsito de las cadenas globales de valor del Pacífico, lo que requiere emplazar un corredor bi-oceánico entre las provincias. Resistencia fue la sede de constitución del Consejo en diciembre de 2020. El enfoque de crecimiento “hacia afuera” promueve una acelerada expansión y especialización del capital, en el marco del “regionalismo abierto” de integración subordinada al mercado mundial y de apertura a los marcos regulatorios de las empresas y organismos transnacionales (Merino, 2016). En una importante gira por Estados Unidos en septiembre de 2022, los gobernadores tuvieron significativos encuentros con organismos como el FMI, el BM, el BID, el Departamento de Estado norteamericano, entre otros, además de reuniones de negocios con muchas importantes empresas multinacionales. La apuesta que se trasluce es por la profundización de un modelo extractivista primario exportador, estableciendo un rol más dinámico del territorio en la periferia del capitalismo global sin constituir fundamentos para un desarrollo que revierta las desigualdades sociales. Esta agenda se complementa con una especialización agro-exportadora del territorio, pero entra en tensión con programas de desarrollo en otras áreas (Sujatt, 2023b).

El Plan Chaco 2030, que engloba y da sentido de posibilidad al plan de salud, es conservador respecto de este orden político/institucional: no exento de tensiones, parte desde ese modelo y se plantea mejorar el desempeño fiscal-institucional del Estado provincial y consolidar el patrón de desarrollo económico agro-exportador. Sobre esos fundamentos planea fortalecer la inversión en calidad de vida de la población. Sin embargo, el fuerte eje en las políticas de “equilibrio fiscal” que apuntan a contener el gasto en la provincia -remuneraciones, en gran parte- condiciona de hecho al resto de las esferas de acción del Estado, en tanto el derrame de los beneficios del modelo de desarrollo agroindustrial son, en el mejor de los casos, a futuro. Las perspectivas para los inmediatamente posteriores a la presentación del Plan son mencionadas lateralmente, dando cuenta de un escenario aún más restrictivo, debido a la caída del “flujo de recursos nacionales, afectados por la actual recesión económica y la mengua de ingresos que impacta sobre el nivel de actividad y en la estructura de ingresos fiscales de la provincia” (Gobierno de Chaco, 2020a, p. 62). Las políticas de ajuste previstas para lograr el “cumplimiento de las obligaciones financieras a largo plazo asumidas por la provincia” son severas, sobre todo con los trabajadores estatales (2020a, p. 62). Esto pone en evidencia un desfasaje con problemas urgentes como la estructura de bajos ingresos de gran parte de la población ya descripta, en la cual una parte significativa sobrevive en la economía informal y la pobreza, con serios problemas para cubrir con sus ingresos el costo de una canasta básica alimentaria.

Las complejidades propias del territorio y su población imponen condiciones materiales al modelo de desarrollo y a los cursos de acción posibles, lo que repercute en la formulación de las herramientas políticas/institucionales del Estado. El aparato médico-sanitario cumple su función en este marco con su propio bagaje de intereses, representaciones y prácticas sociales explícitas o implícitas en sus demandas y formulaciones de políticas de salud. Abordar la planificación estatal como dimensión del proceso Salud-Enfermedad-Atención-

Cuidado es aludir a este entramado de factores de desigual escala e incidencia, pero entrelazados en su desarrollo.

En este marco general, el rol asignado al Plan de Salud en Chaco parece ser el de subsanar desde el Estado parte de las desigualdades e inequidades sociales producidas y reproducidas por el modelo de desarrollo vigente del que el mismo Estado es parte y promotor. Sin embargo, desde el punto de vista de la salud pública Chaco no escapa a la trampa. La condición del Estado provincial como garante del derecho a la salud está emplazada sobre elevados niveles de pobreza y de economía informal para gran parte de la población, que recurre al sistema público como única o principal alternativas de atención, en tanto la situación de subdesarrollo de la región afecta las capacidades del Estado provincial para dar plena respuesta a esta gran demanda.

El Plan de Salud en Chaco: la salud como una problemática social y su abordaje por la política

La formulación de un plan de salud como el de Chaco invita a pensar el vínculo entre las políticas del Estado y los fenómenos sociales que subyacen al proceso salud-enfermedad. La formulación del Plan de salud permite problematizar de manera situada las “condiciones de vida, la desocupación, la precarización laboral, las condiciones de trabajo adversas que afectan la salud de los/as trabajadores/as” y así proponer una mirada más amplia sobre “la atención médica respetuosa de los derechos de las personas, las características del sistema de salud con sus alcances, limitaciones, contradicciones y problemas” (Pagnamento, Castrillo y Hasicic, 2020, s. p.).

Hubo dos presentaciones para la planificación de la política de salud. La primera fue el Plan Estratégico de Salud en enero de 2020, ya relatada. El delicado panorama presente en ese momento se agravó por la crisis del COVID-19; el Gran Resistencia fue una de las primeras regiones del país en alcanzar el estado de Emergencia (Campusano, Castelo y Gutniski, 2022). La pandemia irrumpió en un sistema de salud en estado crítico y que proyectaba reformas.

A mediados de 2021 la ministra de Salud Paola Benítez fue reemplazada en el cargo por Carolina Centeno. Benítez pasó a ser tercera candidata a diputada provincial para las elecciones legislativas de ese año, tras haber encabezado el Ministerio durante la emergencia sanitaria. Poco antes, en enero de 2021, a pocos días de haber entrado en vigencia la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) N° 27.610, una jueza del fuero Civil y Comercial de la Provincia decidió dar lugar a un amparo y suspendió la vigencia de la ley en la provincia. Carolina Centeno, en ese momento sub-secretaria de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos, sostuvo de manera pública la postura del gobierno provincial de “seguir impulsando este derecho para proteger a las mujeres y personas gestantes” (DW, 29/01/2021).³ En paralelo, durante la primera mitad de 2021 irrumpieron algunos conflictos resonantes con trabajadores de la salud pública, quienes llegaron a plantear medidas radicales de protesta denunciando que sus reclamos no eran reconocidos (Sujatt, 2023a). En contraste, Centeno gestionó más abiertamente las demandas del sector, con la apertura de algunos espacios de debate y reivindicando en discursos la militancia política en salud.

Centeno fue promotora de dos encuentros regionales para el debate político sobre la situación del sistema, con la participación de referentes del área del oficialismo nacional: el Primer Encuentro Regional de Salud (Resistencia, 5/8/2022) y el Encuentro Regional de Salud NEA “Hacia un sistema nacional integrado de salud federal” (Resistencia, 27/8/2022). Más acotado, el 8 de noviembre de 2022 se presentó el “Plan de fortalecimiento de salud provincial”, con eje en el abastecimiento de insumos y medicamentos con inversión para la producción local. El relanzamiento del plan que realizó en 2021 muestra continuidad en la planificación de un sistema que sufrió la crisis del COVID-19 y debe enfrentar urgencias y demandas. Pero también se deja entrever la problemática de conjugar la potestad estatal de la planificación con la búsqueda de participación de los sujetos a los que están dirigidas las políticas. Cuando existen, y más allá de su real incidencia en la política, las convocatorias abiertas a participar son *ex post*.

En la presentación original de enero de 2020 Capitanich planteó “objetivos y metas básicos y esenciales a corto plazo”, como la aprobación por decreto de la Emergencia Sanitaria con objeto de agilizar la contratación de personal y subsanar el déficit de fármacos e insumos hospitalarios. Denunció que esto último se debía a problemas financieros y de gestión que habían creado grandes deudas con proveedores. El anuncio del Plan Estratégico de Salud fue acompañado de un aumento en la partida presupuestaria, “el más alto respecto de los años 2003 y 2007, que en promedio fue del 7 %”. En 2019 la participación del sector de salud en el presupuesto total había sido del 8,8% (ASAP, 2020, p. 15). Efectivamente, el presupuesto destinado a salud en la provincia creció entre los años 2020 y 2021, pues pasó del 10,4 % al 10,9 % del total. La provincia del Chaco tuvo superávit en esos dos años (ASAP, 2021, p. 15).

El Plan Estratégico de Salud incluye una serie de políticas públicas divididas en diez campos. Busca mejorar la calidad de la prestación de servicios a través de inversiones en capacitación de recursos humanos, equipamiento, insumos, tecnología y participación. Se presenta para el período 2020-2030 pero sus indicadores de objetivos son hasta 2023. A continuación, se repasan sus ejes.

Primer objetivo: “Fortalecer al Estado en su misión de formular las políticas públicas de salud y conducir el sistema sanitario”. Están implícitos la fragmentación del sistema de salud y el complejo papel del Estado en la escala provincial. Junto con la sanción de la emergencia sanitaria, se plantea una Ley del Sistema de Salud Pública, la sistematización y unificación de los programas, la historia clínica electrónica y un observatorio provincial de salud. El punto “Seguro público de salud provincial” puede vincularse a la meta 3.8 de los ODS: “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas” (Naciones Unidas, 2015, p. 19). Se plantea la descentralización paulatina de servicios hacia los municipios -CAPS y administración de centros de salud- en un plano de cooperación, dejando en el nivel provincial los servicios más complejos y la capacidad de regir el sistema. La propuesta de reforma constitucional también contempla la descentralización a municipios de numerosos servicios, incluyendo los de salud (Gobierno de Chaco, 2020a). “Avanzar en la descentralización de la ejecución de las políticas públicas en el territorio requiere aumentar la participación de los municipios en la

prestación de servicios y (...) asegurar (...) el control ciudadano del cumplimiento de los objetivos” (2020a, p. 11). Sin embargo, el punto exige una advertencia: una descentralización como variable de ajuste fiscal, sin la transferencia adecuada de recursos y capacidades estatales, ahondará las asimetrías y la descoordinación del sistema.

2º: “Fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud”. Se plantea el modelo médico familiar integral con población nominada a cargo. Se destacan el conocimiento del territorio y la creación de vínculos con las comunidades. Se mencionan barreras económicas, territoriales y culturales que deben sortearse. Las capacidades de satisfacer las demandas de salud de la población no son ubicuas. Las asimetrías centro - periferia se reproducen en la provincia. El Plan se enfoca en lograr políticas públicas de abordaje territorial que articulen promoción, prevención y atención primaria de la salud. Propone “fortalecer las redes de atención primaria para reducir las desigualdades territoriales en el acceso a la salud” (2020a, p. 44). La problemática de acceso a la salud en zonas rurales conjuga los desafíos de la optimización de la infraestructura y del equipamiento con la incorporación de recursos humanos calificados. El abordaje de la APS en zonas rurales y de difícil acceso se planteó con equipos itinerantes, el programa Acercar Salud y el programa Orígenes más Salud, “conducido por hermanos originarios para amalgamar los tratamientos tradicionales y los ancestrales, trabajando juntos y disminuyendo barreras socioculturales” (Capitanich, 2020). Este último es un aspecto relevante, aunque debe ser acompañado por un conjunto más amplio y sistemático de políticas estatales: tanto en el interior de la provincia como en el Gran Resistencia la pobreza y la desigualdad tienen un fuerte componente étnico, que se ensaña particularmente con las comunidades originarias y las familias indígenas.

3º: “Impulsar la Prevención de enfermedades, promoción de la salud y mejora en la calidad de vida”. Son aspectos muy resaltados por el Gobernador, por el impacto en la calidad de vida y en los recursos sanitarios de enfermedades y hechos prevenibles: formación del Consejo Provincial de Promoción de la Salud (COPROSACHA) y del Programa de prevención de accidentes de tránsito, suicidios, violencias y adicciones. También, la ampliación de la cobertura de servicios para la discapacidad.

4º: “Conformar verdaderas redes regionales de servicios al cuidado de la salud, con acuerdos públicos-privados intergubernamentales, interprovinciales e internacionales”. El Gobernador menciona, entre otras, la posibilidad de realizar un acuerdo *join venture* público-privado para constituir instituciones de alta complejidad y la asociación con otras provincias para la producción de insumos y medicamentos.

5º: “Perfeccionar y asegurar el capital humano como principal recurso del sistema de salud”. Es importante por las restricciones estructurales de personal calificado en la región; hubo acuerdos de capacitación con instituciones universitarias. También se plantean un programa de becas, una Escuela de gestión sanitaria y la telemedicina. Consideramos que el perfeccionamiento del personal debe ir acompañado de mejoras sustanciales en las condiciones salariales y laborales, junto con políticas específicas para expandir la formación, la atracción y la retención de nuevos profesionales al sistema público. En 2021 se presentó un proyecto de ley destinada a regular las condiciones de carrera, salariales y

de incentivos para el sector, se otorgaron reconocimientos para los legajos de servicios al personal que había estado afectado a la crisis del COVID-19, se anunciaron un plus salarial, nuevas capacitaciones y la posibilidad de acceder a la estabilidad laboral para el personal no profesional (Gobierno de Chaco, 2021). En agosto de 2022 una porción importante de trabajadores con contrataciones precarias fue pasada a planta permanente. Este eje se vincula de manera directa a la meta 3.C de los ODS: “Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo” (2015, p. 19).

6º: “Promover la participación de la población en las definiciones que hacen al cuidado de su salud”. Se planteó crear “oficinas dentro de cada institución donde los usuarios puedan acercarse a remitir sus opiniones para ser tenidos en cuenta” (Capitanich, 2020). Es importante el reconocimiento de que la voz calificada del profesional/decisor no es la única a ser tenida en cuenta para el tratamiento médico o la política sanitaria. En 2021 la satisfacción del paciente fue presentada como dimensión política para medir el progreso de las reformas. La ministra expresó que “la mejor salud de la población, los mejores servicios de salud y las experiencias de las personas, son los que nos permiten medir si hemos cumplido los objetivos y garantizamos derechos” (NEA Hoy, 14 agosto 2021). Sin embargo, la oficina de opiniones y sugerencias es insuficiente como mecanismo de control ciudadano y de participación comunitaria o colectiva. En términos de despliegue de políticas en red, el Plan Estratégico estipula la creación del mencionado COPROSACHA con participación de ONG y del sector privado. También, la puesta en marcha de Consejos locales de salud y del Programa de Prevención mencionado, en el que tendrán injerencia otros organismos estatales.

7º: “Impulsar la investigación en salud y en los servicios de salud”. Destacamos la constitución de un Observatorio de Salud Mental⁴ destinado a indagar sobre la situación social en esa área.

8º: “Optimizar el financiamiento en las acciones del subsector público de salud”. Se plantea la optimización financiera mediante la creación de un Fondo Provincial Compensatorio que garantice el equilibrio en la asignación de recursos a las diferentes jurisdicciones, un plan de ordenamiento administrativo para la reducción de gastos innecesarios y el mejoramiento del sistema de recupero de costos. Se señaló que, por los problemas de recobro, el sistema estatal subsidia a aseguradoras, ART y otras entidades que no pagan los servicios prestados en el sector público a sus abonados.

9º: “Fortalecer recursos físicos, estructura edilicia, plaza automotriz y equipamiento”. Es relevante por el atraso en infraestructura en varios puntos de la provincia. Incluye la construcción de nuevos hospitales en los municipios de General San Martín, Gancedo y Puerto Vilelas (sur del Gran Resistencia), junto con la refacción integral de tres hospitales y dos centros de salud.

10º: “Metas 2023”, referido a alcanzar mejoras en indicadores de salud. Varios de los indicadores forman parte de los ODS, aunque con otras magnitudes. Entre otros: Mortalidad infantil (ODS 3.2), disminuirla tres puntos; Mortalidad materna (ODS 3.1), disminuir dos puntos; Chagas congénito, como parte de las “enfermedades tropicales desatendidas” (ODS 3.3), disminuir cinco puntos; HIV y tuberculosis (ODS 3.3), disminuir un punto. También se

plantean el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles (ODS 3.4), la disminución de la mortalidad por accidentes viales (ODS 3.5) y el descenso del 75 % de la desnutrición infantil (parte del ODS 2 y del compromiso general contra el hambre).

Repasando los ejes, son cinco las dimensiones que se abordan: el primer objetivo refiere a la *capacidad del Estado* para conducir el sistema de acuerdo a sus propios criterios. Hay una mirada proyectiva sobre el *despliegue del sistema y el territorio* en los objetivos 2 y 3 respecto de la APS, en el 4 respecto de vínculos y redes institucionales, y en el 9 sobre los recursos físicos, las estructuras edilicias y el equipamiento. Hay planteos sobre *los sujetos* en los objetivos 5, el “capital humano” que presta el servicio, y el 6, “la población” que lo recibe. Los objetivos 7 y 8, investigación y financiamiento, apuntalan *elementos de autonomía* del sistema. Finalmente, el décimo objetivo refiere a la evaluación cuantitativa de la eficacia del sistema sobre variables epidemiológicas.

En el relanzamiento del Plan de Salud en 2021, el gobernador explicó que este es un conjunto de políticas estratégicas y herramientas clave para el desarrollo y la transformación del sistema de salud, y puso el foco principal en la salud como derecho humano fundamental. Expuso el Plan organizado en cinco ejes estratégicos: 1) Gobernanza del sistema sanitario con valores de universalidad, solidaridad y justicia social. 2) Modelo de financiamiento que redirige los flujos de aporte para provisión de insumos, equipamiento, medicamentos y ambulancias. 3) Modelo de atención centrado en recursos humanos capacitados e incentivados, priorizando áreas como salud mental, salud y género, y el Plan de 1.000 días. 4) “Salud digital”, digitalización de varios procesos del sistema sanitario. 5) Ciencia e innovación para investigar e implementar las políticas sanitarias, buscando vinculaciones con universidades nacionales, centros de investigación y de tecnologías (Gobierno de Chaco, 2021).

El Plan Chaco 2030 (2020a) hace eje en un punto que refiere a su propia capacidad de implementación y que merece destacarse, el de los *cuadros tecnopolíticos* capaces de gestionar y conducir el sistema. Acerca de la selección de personal de alta responsabilidad en la presentación del Plan Estratégico de Salud, el gobernador anunció que propiciará concursos de antecedentes y oposición para cubrir cargos de director en hospitales y centros de salud. También sostuvo que exigirá un convenio de reciprocidad a quien asuma esas responsabilidades, que incluya una prohibición de participar en partidos políticos. El gobernador argumentó que los directores no pueden participar en partidos políticos ni en otras instituciones “porque lo que tienen que hacer es garantizar la ejecución efectiva de las políticas sanitarias [y] el cumplimiento de [la] premisa esencial [del] bien jurídico estructural de la salud de la población” (Capitanich, 2020). En un tono similar, el Plan Chaco 2030 expone como mecanismo para el control de metas que los funcionarios deben “suscribir un contrato de cumplimiento de metas de gestión” que los somete a un “sistema de puntaje que permita su separación del cargo en caso de incumplimiento” (2020a, p. 10).

El Plan afirma que

El actual modelo de gestión pública está en crisis. Y la capacidad de gestión del Estado es trascendente para la organización de los complejos procesos que debemos afrontar en el mediano plazo para lograr eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los objetivos y metas de las políticas públicas. (...) la gran restricción para enfrentar

estos desafíos es la disponibilidad de *cuadros tecnopolíticos* imbuidos con estas ideas para fortalecer la capacidad de gobierno (2020a, p. 16).

Vale preguntarse: ante un contexto de escasez de “cuadros tecnopolíticos” ¿se debe hacer eje en la formación o en la sanción? Los cuadros “tecnopolíticos”, en la mirada de Matus, unen ciencia y política en su formación. Las *bajas capacidades de gobierno* están asociadas a una inadecuada formación de los decisores políticos en la “ciencia horizontal”, referida al comportamiento humano y al pensamiento estratégico en situaciones concretas. El objetivo de los cuadros tecnopolíticos es abordar los conflictos de valores inherentes a cada decisión y sopesar las consecuencias políticas y económicas en su adecuada ponderación. En el Plan Chaco 2030 los *cuadros tecnopolíticos* son evocados sin establecer mecanismos de elaboración estratégica ni situacional. Por el contrario, se organiza un enfoque gerencialista para “lograr eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los objetivos y metas de las políticas públicas”, y se reducen los valores en juego a “suscribir un contrato de cumplimiento de metas de gestión”.

El Plan Chaco 2030 y el Plan de Salud se presentan como planes estratégicos, lo que en la concepción de Matus implica que la planificación no culmina con su presentación. Aquella se extiende sistemáticamente a la ejecución y a la evaluación misma de los resultados y de las metas, con carácter abierto o participativo para ajustar las herramientas y los objetivos con base en las experiencias obtenidas. El enfoque de las metas rígidas (generalmente cuantitativas) puede poner en crisis el triángulo de gobierno, por factores externos no manejables propios de la gobernabilidad o por factores internos referidos a capacidades estatales no adecuadamente desarrolladas. Por el contrario, en un diálogo flexible con la comunidad a la que se destinan las políticas puede sopesarse positivamente la defensa de determinados valores o admitirse modificaciones en las metas a pesar del aparente fracaso gerencial. Es una tarea de la gestión política planificar y entablar esos diálogos para el cumplimiento de metas y disponer de mecanismos políticos situados para responsabilizar a los funcionarios por sus fracasos.

Comentarios finales

Las políticas de salud tienen un gran impacto en la calidad de vida de las personas y los recursos que insumen son vastos, por lo que son un tema de gran relevancia en cualquier plan de gobierno. La estructura periférica del NEA oficia de marco condicionante para el diseño e implementación de estas políticas tanto en lo desfavorable del punto de partida como en lo limitado de las opciones que se tienen a mano para superarlo.

Las desigualdades sociales y territoriales tienen su correlato en los llamados determinantes sociales de la salud, con una población en peores condiciones materiales y con desigual acceso a los servicios de salud. El desigual despliegue de los subsistemas de salud que cada territorio alberga da cuenta de las relaciones sociales, económicas y políticas asimétricas entre ellos. Estas condiciones desiguales de acceso a la salud refieren, en territorios como Chaco, a las penurias de gran parte de los habitantes. La planificación estatal puede incidir favorablemente en los territorios y poblaciones que pagan con pobreza y salud las consecuencias de estas asimetrías. Esto último requiere de voluntad política,

visión estratégica y una abierta disposición a tal fin de recursos económicos, técnicos e institucionales.

Iñigo Carrera (2011) presentó la noción de superpoblación relativa para referirse a la condición estructural de un marco capitalista en el que “sobran” personas y territorios para la reproducción funcional del capital, y que se expresa en la extendida y persistente pobreza que afecta a una parte considerable de la población. En contextos de crisis este fenómeno, que en tiempos de auge económico no desaparece, se despliega en su versión más insostenible: indigencia y/o desempleo. Esto es relevante para considerar que el sistema de atención pública de salud, que garantiza el acceso universal al derecho a la salud, debe estar en condiciones de cubrir la demanda de una porción importante de la población que carece de otras alternativas. La demanda de atención de todos estos sectores recae sobre los hospitales públicos y sus trabajadores. Estos últimos, a su vez, expresan sus demandas de mejoras en las condiciones salariales y de trabajo.

En este artículo se abordó la respuesta que en modo de dispositivo de planificación ha ofrecido el Estado provincial a este cuadro. El conjunto de la planificación abordada en el artículo amalgama orientaciones y racionalidades contradictorias en varios puntos. Existe una tensión entre su planteo *externo* de ser “un plan para construir juntos” y algunos tópicos *internos* que, en busca de la “modernización del sistema institucional” (Gobierno de Chaco, 2020a, p. 64), se expresan en una racionalidad instrumental gerencial. Llevados a la práctica, los mecanismos “eficientes” en el logro de objetivos pueden entrar en conflicto con las motivaciones para la participación ciudadana y el debate democrático. El enfoque de “consolidación de un estilo de gestión orientada al logro de resultados” (2020a, p. 55), que se trasluce en iniciativas como el veto político a directores de hospitales, es una reacción de la racionalidad instrumental al diagnóstico crítico sobre una gestión pública que se ve atrapada en procesos ineficaces de administración y conducción. Sin embargo, *despolitizar* la acción del gobierno, abstraerla de los contextos y actores participantes reales y naturalizar el lenguaje gerencial en la política pública es una manera de construir la eficiencia estatal alejada de los intereses populares y de los conflictos derivados por su insatisfacción. De hecho, ese enfoque contrasta con las iniciativas de debate sobre las políticas de salud que hubo en 2022. Al pensar la salud pública desde la dimensión de la planificación, las comunidades y los protagonistas del sistema tienen algo para decir, por lo que las redes y los roles no estatales deben estar delineados y acompañados de los recursos financieros e institucionales necesarios para ser desplegados. Desde la planificación estratégica, los conceptos de participación y evaluación están íntimamente vinculados al concepto de aprendizaje y a la construcción de viabilidad del plan. El aprendizaje no es potestad del experto, y “lo estratégico” incorpora el largo plazo al despliegue de una racionalidad articulada con otros actores intervinientes. Un plan constituye un aporte a la sociedad democrática y a un Estado con capacidades adecuadas a ella en cuanto pone nuevas bases para el debate político.

El plan de salud estudiado sirve como documento ordenador de las políticas y establece lineamientos que tienden al mediano plazo. No se explicitaron instancias de reformulación ni revisión, aunque el plan fue relanzado tácitamente tras la primera etapa de la pandemia. Este plan es pertinente para la situación crítica de la provincia, tuvo apoyo político y acompaña el modelo de desarrollo

vigente en el territorio. Por el marco general, podemos evaluar que el planificador ubica las políticas del área de salud como posibles constructoras de consensos o legitimidad sobre la base de generar condiciones de sostenibilidad del sistema público y obtener mejoras en la calidad de vida de la población.

Cabe preguntarse: ¿se puede emprender la elaboración de un plan estratégico sobre una cuestión atravesada por la crisis, los conflictos y la emergencia? ¿Acaso la planificación estratégica no requiere del sosiego de los tiempos de los debates, los consensos y los acuerdos? Y más aún: ¿qué lugar ocupa un plan sectorial orientado a mejorar la calidad de vida de las clases populares en el marco de una agenda general que apuntala las condiciones de reproducción del capital en un territorio periférico?

Ante el desafío de fortalecer el sistema público de salud en una provincia periférica marcada fuertemente por restricciones que superan la escala provincial, emergen, entre otros, el dilema de la urgencia del diagnóstico planteado y la necesidad de apelar al largo plazo para abordar seriamente los problemas. Pero el largo plazo queda sujeto a los tiempos y los calendarios políticos. Los grupos que gobiernan, a su vez, construyen su posición sobre un modelo asimétrico de poder que aceptan como parte de las reglas de juego y que tiende a profundizarse. Las políticas restrictivas acordadas en la escala nacional con el FMI para la próxima década son un agravante también aceptado por las élites gobernantes de estos territorios, como se vio en el Consejo del Norte Grande. Sin un cuestionamiento fuerte a las estructuras de poder que operan en todas las escalas y que mantienen el *statu quo* del que partimos, los aspectos más progresivos del Plan pasan a depender en gran medida del voluntarismo de quienes lo impulsan.

En conclusión, el proceso general de planificación que hemos reseñado busca una adaptación planificada al contexto y el fortalecimiento de algunas capacidades endógenas, con miras a una mejora relativa en términos productivos y sociales sin modificar el compromiso estatal y de los sectores dominantes con las reglas de juego vigentes. Dichas reglas son económico/productivas, financieras y político/institucionales, y traen implícitas la aceptación de un horizonte determinado de desarrollo en el marco de la periferia nacional y global. El Plan Chaco 2030 no busca romper con los patrones actualmente vigentes, sino más bien organizarlos, racionalizarlos y potenciarlos. En este marco, el Plan de Salud expresa el cruce de múltiples tensiones: pone de relieve la existencia de graves problemas y ofrece el despliegue de una política que compense en parte las consecuencias de este modelo. Condicionado de esta manera, el plan de salud, al avanzar, se topará con las restricciones sociales y políticas, algunas de carácter estructural, que hemos descripto. Es un desafío estratégico construir una base social que se involucre y demande el avance de los aspectos más progresivos para sortear y tensionar las restricciones que se encuentran dentro y fuera del Estado. Emplear una parte del excedente económico de este modelo en mejorar el sistema público de salud es un hecho positivo en sí mismo pero, de materializarse en el largo plazo, tampoco alcanzará a revertir las consecuencias generales de un patrón socioeconómico desigualador que se profundiza.

Referencias

- Alfa Periodismo (26/07/2021). *Una 'pañuelo verde' en lugar de una 'pañuelo celeste' en la cartera Sanitaria del Chaco*. <https://alfaperiodismo.com.ar/2021/07/26/una-pañuelo-verde-en-lugar-de-una-pañuelo-celeste-en-la-cartera-sanitaria-del-chaco/>
- ASAP (2020). *Informe de ejecución del presupuesto del Gobierno de la Provincia de Chaco. Segundo semestre de 2020*. https://asap.org.ar/img_informes/12121547_InformedejecucindelaprovinciadeChaco0220.pdf
- ASAP (2021). *Informe de ejecución del presupuesto del Gobierno de la Provincia del Chaco. Año 2021*. https://asap.org.ar/img_informes/12121545_Informedejecucindela-provinciadeChaco0221.pdf
- Bernazza, C. (2006). *La planificación gubernamental en Argentina. Experiencias del período 1974-2000 como puntos de partida hacia un nuevo paradigma* (Tesis doctoral). Buenos Aires. FLACSO.
- Bernazza, C., Comotto, S. y Longo, G. (2015). Evaluando “en clave pública”: Indicadores e instrumentos para la medición de capacidades estatales. *Revista Estado y Políticas públicas*, 4, 17-36.
- Campusano, M., Castelo, N. y Gutniski, L. (2022). De la casa al trabajo. Imágenes de la cotidianidad de las enfermeras y enfermeros en Chaco y Corrientes durante la pandemia de covid-19 (2020- 2021). *Cuadernos de H ideas*, 16, e063.
- Capitanich, J. (2020). *Presentación del Plan Estratégico de Salud. Jorge Milton Capitanich*. 25/1/2020. [Video]. www.youtube.com/watch?v=hfH_gZc8ISM
- Clichevsky, N. y Rofman, A. (1989). Planificación regional y urbana en la Argentina. Una revisión crítica. *Ciudad y Territorio*, 1(79), 61-71.
- Consejo Federal de Salud (2023). *Actas 2023. Acta 02. Anexo 7. Mortalidad Infantil y materna. Año 2021*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/consejo-federal-de-salud/actas-2023>
- DW (29/01/2021). *Argentina: jueza suspende la ley de aborto en Chaco*. <https://www.dw.com/es/argentina-jueza-suspende-la-ley-de-aborto-en-chaco/a-56377778>
- INDEC (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultado*. Cuadro P 1 y Cuadro P17. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- INDEC (2022a). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. 1er semestre de 2022*. www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_09_2223ECC71AE4.pdf
- INDEC (2022b). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. 2do semestre de 2022*. www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_03_2302A7EBAFE4.pdf
- INDEC (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados Provisionales. Enero 2023*. censo.gob.ar/wp-content/uploads/2023/02/cnphv2022_resultados_provisionales.pdf
- Iñigo Carreras, N. (1986). *Corrientes historiográficas e investigación. Seminario sobre metodología de los estudios e investigación en las ciencias humanas*. Resistencia, Chaco: IIGHI
- Iñigo Carrera, N. (2011). Introducción. En N. Iñigo Carrera (Dir.), *Sindicatos y desocupados en Argentina. 1930/1935 - 1994/2004: cinco estudios de caso*. PIMSA Programa de Investigación sobre el Movimiento de la Sociedad Argentina. Vicente López: Dialektik.

- García Linera, A. (2020). El Estado en transición. Bloque de poder y punto de bifurcación. *La potencia plebeya. Acción colectiva e identidades indígenas, obreras y populares en Bolivia* (pp. 427-450). Buenos Aires: Prometeo-CLACSO.
- Gobierno de Chaco (2020a). *Plan Chaco 2030. Políticas para el desarrollo sostenible*. <https://gobiernoabierto.Chaco.gob.ar/plan-Chaco-2030/>
- Gobierno de Chaco (2020b). *Plan Estratégico de Salud para la Provincial del Chaco. Período 2020 – 2030*. <https://www.chacodiapordia.com/2020/01/25/Capitanich-presento-el-plan-estrategico-de-salud-y-reconocio-que-el-estado-del-sistema-sanitario-es-critico-y-grave/>
- Gobierno de Chaco (2021). *Capitanich valoró el trabajo del personal de salud durante la pandemia en la presentación del plan de salud 2030*. <https://chaco.gov.ar/noticia/65537/Capitanich-valoro-el-trabajo-del-personal-de-salud-durante-la-pandemia-en-la-presentacion-del-plan-de-salud-2030>
- Krause, M. (2014). Organismos internacionales y transformaciones del Estado en salud y educación. *Estudios. Revista del Centro de Estudios Avanzados*, 31. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/35791/CONICET_Digital_Nro.e2ea1d6a-b05f-4cd2-a177-54e0797fda17_A.pdf
- Manzur, J. L. (2011). La situación de la salud en el Chaco. En O. J. Ferreres (Dir.), *Chaco. Su historia en cifras* (pp. 48 – 50). Resistencia: Librería de La Paz.
- Mario, S. (2018). Servicios de salud: cobertura, acceso y utilización. En J. I. Piovani y A. Salvia (Comps.), *La Argentina en el siglo XXI. Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta Nacional sobre la estructura social* (pp. 265- 289). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Matus, C. (2007). Escuela de gobierno. *Salud Colectiva*, 3(2), 203-212. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/137/119>
- Matus, C. (2020). *Adiós, señor presidente. Cuadernos del ISCo/12*. Remedios de Escalada: UNLA. isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/13/24/55-2
- Merino, G. (2016). *Alianza Trans-Pacífico, Plan Belgrano y el retorno del regionalismo 'abierto': reactualización de la relación centro-periferia*. Trabajo presentado en II Congreso de Pensamiento Económico Latinoamericano. Cochabamba, Bolivia, 27 y 28 de octubre de 2016.
- Ministerio Economía Argentina (2021). *Chaco. Informe productivo provincial. Cierre estadístico año 2020*. Secretaría de Política Económica, Subsecretaría de Programación Regional y Sectorial.
- MSyDS (2018). *Análisis de la Situación de Salud. República Argentina*. bancos.salud.gob.ar/recurso/analisis-de-situacion-de-salud-republica-argentina
- Naciones Unidas (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. A/RES/70/1. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
- Naciones Unidas (2023). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Edición especial*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Narodowski, P. (2013). El problema de la estructura económica: un análisis multiescalar. *Cuestiones de sociología*, 9, 275-278.
- NEA Hoy (14 agosto 2021). *Presentaron el Plan de Salud 2030 para el Chaco*. www.neahoy.com/2021/08/14/presentaron-el-plan-de-salud-2030-para-elChaco

- Noticias del Paraná (14/7/2022). *CHACO: Paola Benítez: 'La ley de asueto en el día de Pentecostés, es una manera de visibilizar y reconocer al 25% de la población del Chaco que profesamos esta fe'*. <http://www.noticiasdelparana.com.ar/NuevaEdicion/2022/07/14/chaco-paola-benitez-la-ley-de-asueto-en-el-dia-de-pentecostes-es-una-manera-de-visibilizar-y-reconocer-al-25-de-la-poblacion-del-chaco-que-profesamos-esta-fe/>
- OPS (2017). *Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. Salud en las Américas+ 2017*. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>
- Pagnamento, L., Castrillo, B. y Hasicic, C. (2020). La salud y la enfermedad como problema social. *Cuestiones de sociología*, 22. <https://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar/article/view/CSe088/12325>
- Roze, J. P. (2012). ¿Crisis de las economías regionales o avatares del capital en los territorios? Acerca de subsunción real en la producción agraria chaqueña. En F. Delich, (Coord.), *Marx, ensayos plurales* (pp. 201 – 218). Córdoba: Comunicarte.
- Santos, T. (1998). La teoría de la dependencia: un balance histórico y teórico. En F. López Segrera (Ed.), *Los retos de la globalización. Ensayo en homenaje a Theotonio Dos Santos* (pp. 39 – 719). Caracas: UNESCO.
- SISA (s. f.). *Registro de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada*. <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa>
- Sujatt, J. A. (2023a). Las condiciones de trabajo y la organización de trabajadores precarizados de la salud en hospitales de Resistencia-Chaco. *Conflicto Social. Revista del Instituto de Investigaciones Gino Germani*, 16(29), 189-230.
- Sujatt, J. A. (2023b). *Del Plan Belgrano al Consejo Regional del Norte Grande: el enraizamiento del proyecto de regionalismo abierto*. XLII Encuentro de Geohistoria Regional. Mesa Temática N° 2: Historia económica del Norte Grande desde el siglo XIX hasta la actualidad. Sectores productivos, sujetos sociales y políticas públicas. Resistencia, septiembre de 2023.

Notas

- 1 Una versión anterior de este trabajo se presentó en las XI Jornadas de Sociología de la UNLP (diciembre de 2022).
- 2 El *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023: Edición especial. Por un plan de rescate para las personas y el planeta* presenta lo limitado de los avances obtenidos hasta el momento en el cumplimiento de las metas. El Secretario General de Naciones Unidas, António Guterres, señala: “Los avances para más del 50 % de las metas de los ODS son endebles e insuficientes, y el 30 % están estancados o han retrocedido. Estos incluyen metas esenciales sobre la pobreza, el hambre y el clima”. Afirma que “la Agenda 2030 podría convertirse en el epitafio del mundo que podría haber sido”, debido a múltiples catástrofes (pandemia, cambio climático, pérdida de biodiversidad y contaminación, aumento de precios de alimentos y energía por la invasión rusa a Ucrania), e identifica la arquitectura financiera global como la principal dificultad a enfrentar para los “países vulnerables” y “en desarrollo” (Naciones Unidas, 2023, p. 2).
- 3 El enfoque adoptado por el gobierno provincial de garantizar la vigencia de la ley N° 27.610 como parte de las políticas de salud ante el embate de grupos conservadores pudo haber incidido en el cambio ministerial, debido a la pertenencia pública de Benítez al culto evangélico (Alfa Periodismo, 26/07/2021). Ese sector religioso presentó una notoria oposición a la sanción de la ley IVE. Actualmente, como legisladora la exministra Benítez ha señalado el importante peso de este sector en la provincia (Noticias del Paraná, 14/7/2022).

- 4 La salud mental es mencionada explícitamente en el Plan Chaco 2030, junto al tratamiento de adicciones en la sección Protección Social desde la perspectiva de derechos. La salud mental y la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias adictivas son parte de los puntos 3.4 y 3.5 de los ODS (2015, p. 18).