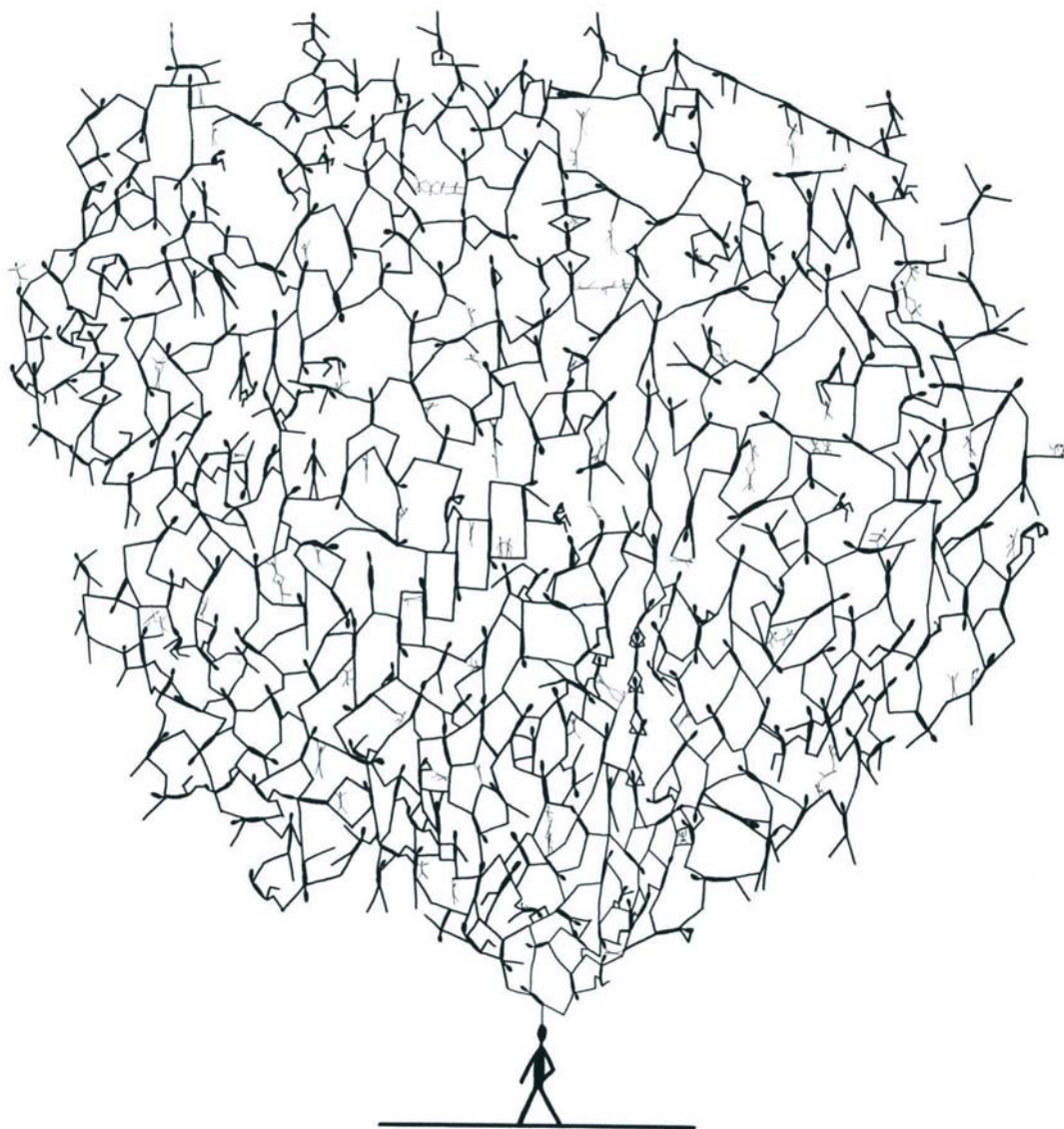


Experiencias de gestión pública en salud

PRIMER CICLO



P
A

CIPPEC

CENTRO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS
PARA LA EQUIDAD Y EL CRECIMIENTO

Experiencias de gestión pública en salud

PRIMER CICLO

Daniel Maceira (comp.)

Experiencias de gestión pública en salud: primer ciclo
Daniel Maceira, compilador

1ª Edición. Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2008. 112 p. ; 24x17 cm.

ISBN 978-987-1479-09-2

1. Salud Pública. 2. Políticas de Salud.
CDD 614

Fecha de catalogación: 28/10/2008

Imagen de tapa: Responsabilidades - 90 x 90 cm - Tinta sobre tela - Febrero 07 - Paloma Márquez

Paloma Márquez nació en el verano de 1988. Creció en Chilecito, La Rioja, donde se cruzó por casualidad con sus personajes, quienes con una simpleza absorbente construyen conceptos. Las situaciones asfixiantes buscan infinitas reflexiones, que lleguen más allá de los límites visuales, donde la repetición se vuelve trama y la trama un ruido insoportable. Consiguió una beca en la Organización Proyectarte. A su vez terminó la tecnicatura en Sonido. Actualmente toma clases con reconocidos artistas como Ernesto Pesce, Dolores Casares y su madre: Alicia Alba.

Espacio Mazal nace con el espíritu de lograr que la mirada del arte sea disfrutada y consumida por todos. Nuestra galería, a través de sus obras, esculturas y objetos de arte, intenta dar vida a cualquier lugar donde se encuentren. Nos enorgullece representar en forma exclusiva al internacionalmente reconocido artista Romero Britto, y que también nos acompañen otros grandes maestros de la pintura y nuevos talentos que merecen ser apreciados y difundidos. Los esperamos en Costa Rica 4670. Lunes a viernes 11:30 a 19:30 horas / Sábados de 14:30 a 19:30 horas / Domingos de 16.00 a 19.00 horas. También pueden consultar nuestro sitio web en: www.espaciomazal.com.ar .

Imprenta: Sevagraf SA – Av. San Juan 777, C1147AAF – Buenos Aires, Argentina.
CIPPEC Av. Callao 25, 1º piso. C1022AAA Buenos Aires, Argentina
Tel: (+54-11) 4384-9009 / Fax: (+54-11) 4371-1221
www.cippec.org / infocippec@cippec.org

Índice

- 7 **Agradecimientos**
- 9 **Introducción**
- 13 **Capítulo 1.** La salud en democracia. El desafío de la universalización
Aldo Neri, ministro de Salud de la Nación (1983-1986)
- 23 **Capítulo 2.** Atendiendo la urgencia. El financiamiento público de los
medicamentos en tiempos de crisis
Federico Tobar, coordinador General del Programa Remediar (2002-2003)
- 35 **Capítulo 3.** Atención Primaria de la Salud en Córdoba: el desafío de abandonar
una concepción medicalizada de la salud
Enrique Rozenblat, coordinador del PROAPS en la provincia de Córdoba (2001-2007)
- 45 **Capítulo 4.** La experiencia neuquina de Atención Primaria de la Salud.
Un caso pionero de modelos locales de gestión
Néstor Perrone y Elsa M. Moreno, Subsecretaría de Salud de la provincia de Neuquén (1970-1973)
- 57 **Capítulo 5.** Los desafíos de la política sanitaria nacional en un gobierno de
coalición. La experiencia de la Alianza
Héctor Moguilevsky, viceministro de Salud de la Nación (1999-2001)
- 67 **Capítulo 6.** Aprendizajes de gestión en un sistema fragmentado
de Aseguramiento Social en Salud
Rubén Torres, superintendente de Servicios de Salud (2002-2006)
- 79 **Capítulo 7.** La experiencia de Rosario en Atención Primaria de la Salud:
una estrategia basada en mecanismos participativos
Mónica Fein, secretaria de Salud de la ciudad de Rosario, Santa Fe (1997-2001 y 2003-2007)
- 91 **Capítulo 8.** El Seguro Público de Salud en la provincia de Buenos Aires.
Estrategia de gestión y construcción de consensos
Adolfo Sánchez de León, coordinador del Seguro Público de Salud de la provincia de Buenos
Aires (2003-2006)
- 103 **Reflexiones finales. Análisis comparado de las experiencias de gestión pública en salud**

Agradecimientos

El libro fue elaborado en el marco del Programa de Salud de CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento), compuesto por Daniel Macceira, Cintia Cejas, Pedro Kremer, Sofía Olaviaga y Mariana Stechina. Mariana fue quien estuvo a cargo de la producción general del libro, y la edición final fue de Carolina Nahon.

Esta publicación no hubiera sido posible sin el apoyo de la Fundación Navarro Viola. Las reuniones y los seminarios realizados con los funcionarios que integran el libro constituyen el insumo principal de esta compilación. Es por ello que se agradece especialmente la participación de Mónica Fein, Héctor Moguilevsky, Elsa Moreno, Aldo Neri, Néstor Perrone, Enrique Rozenblat, Adolfo Sánchez de León, Federico Tobar y Rubén Torres, como también los aportes del público asistente a los seminarios, que enriquecieron el debate.

Se reconoce particularmente la contribución de Paloma Márquez, que con su obra “Responsabilidades” se convirtió en la imagen que representa este libro: una construcción colectiva y coordinada de la política sanitaria en la Argentina.

Introducción

La gestión pública, en todos los ámbitos, presenta desafíos y constituye uno de los aspectos más desafiantes de la política pública. A pesar de su importancia, las experiencias de gestión pública y el “saber adquirido” difícilmente logran ser transmitidos a las administraciones posteriores. Esta situación se reitera a través de los sucesivos Gobiernos nacionales y locales, e implica una pérdida para el fortalecimiento institucional, que debiera nutrirse del aprendizaje que brindan los aciertos y desaciertos de gestiones anteriores.

Gran parte de las dificultades y problemas asociados con la gestión, de salud u otras áreas de Gobierno, se vinculan con las limitaciones para desarrollar un mecanismo de sistematización de las experiencias y su posterior comunicación a los ciudadanos. Ello se debe, en parte, a que durante el proceso de gobernar, los funcionarios, especialmente aquellos de países en vías de desarrollo, se encuentran con una agenda de compromisos condicionada por la coyuntura y la necesidad de brindar respuesta a múltiples demandas a través de la gestión diaria. Esta situación, en muchos casos desconocida en el momento de asumir funciones, lógicamente relega a un plano secundario la documentación de lo realizado.

Como resultado, la generación de conocimientos a partir de la implementación de una política o intervención, en el mejor de los casos, logra ser transferida al reducido grupo de personas que rodea al funcionario. La explicación sobre el por qué se llevó a cabo (fundamentos y objetivos), cómo (a través de qué estrategias y mecanismos), con quiénes (equipo de trabajo y beneficiarios), así como las dificultades que se generaron, los resultados obtenidos, los actores intervinientes (alianzas, apoyos y oposiciones) y las asignaturas pendientes, entre otros temas, se diluyen, así, en la memoria de unos pocos.

En este contexto, los funcionarios que llegan al cargo heredan el manejo de una agenda de programas e iniciativas provenientes de administraciones anteriores, sin información suficiente para la nueva gestión. Ello determina la necesidad de operar a partir de la fórmula de prueba-error, limitando el aprendizaje institucional y la posibilidad de construir sobre lo realizado.

El sistema público de salud argentino, descentralizado a nivel provincial y en algunos casos a nivel municipal, potencia los costos de esta dinámica. Así, la escasez de mecanismos de sistematización e intercambio de experiencias en el área representa un obstáculo para la socialización de modelos de gestión entre las jurisdicciones.

Esta dinámica afecta también a las acciones de otras instituciones, públicas y privadas, que intentan acompañar el análisis e implementación de políticas públicas, en la medida en que no cuentan con acceso a la complejidad de los procesos políticos para la toma de decisiones, limitando su capacidad de contribución.

Durante el año 2007, con el objetivo de reducir la brecha de conocimiento en la materia, CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento), con el apoyo de la Fundación Navarro Viola, organizó el Ciclo Experiencias de Gestión Pública en Salud, protagonizado por ex funcionarios nacionales, provinciales y municipales, quienes estuvieron a cargo tanto de programas específicos como de gestiones integrales, que directa o indirectamente colaboraron con el incremento del saber de la gestión pública en salud en la Argentina.

CIPPEC es una organización independiente y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Una de sus principales líneas

de acción consiste en apoyar el desarrollo y la capacidad de gestión pública de distintas áreas. En este contexto, el Programa de Salud de CIPPEC encontró en la Fundación Navarro Viola la colaboración para generar un espacio que permitiera sistematizar experiencias de gestión pública en salud, difundiendo nuevas opciones en la administración de los recursos públicos a nivel nacional, provincial y municipal.

Se realizó una selección de ocho experiencias de gestión y se invitó a sus protagonistas para que las compartieran en una serie de seminarios mensuales. El relato de cada actor central giró en torno a ejes comunes que abordaron tanto el perfil del funcionario como las características de la gestión y sus circunstancias. De esta manera, las presentaciones recorrieron los antecedentes del funcionario en términos de formación y grupo de pertenencia al asumir la función; cuál era su diagnóstico y las ideas fuerza al iniciar la gestión y cómo éstas se modificaron al interactuar con el contexto. El relato que hicieron los ex funcionarios incluye el análisis de la situación general del sector y el cambio de las condiciones en las que tuvo que operar. A partir de allí, se abordaron los ejes temáticos y estratégicos de cada gestión y su desarrollo; los desafíos más importantes que surgieron; cómo y en qué dirección se alinearon los actores en torno a las políticas propuestas; y cuáles fueron los logros y aprendizajes que recomendaría para incorporar en futuras iniciativas.

Este libro es producto de los encuentros realizados durante 2007. Las ocho experiencias, que se plasman en capítulos independientes y estructurados a partir de los ejes mencionados, son presentadas de acuerdo a la fecha en que se llevaron a cabo los seminarios. Cada uno cuenta con una introducción que ubica en contexto la experiencia narrada, una breve biografía del experto invitado y luego, un resumen de la exposición. Las opiniones de los protagonistas de cada experiencia no reflejan necesariamente la de los editores, ni la posición institucional de CIPPEC en el tema analizado.

El primer capítulo expone la experiencia de **Aldo Neri** como ministro de Salud y Acción Social de la Nación durante el Gobierno del presidente Raúl Alfonsín. A pesar de los desafíos, es claramente el relato de una experiencia de gestión signada por un clima optimista, producto de la apertura democrática. Además de la organización constitucional de las nuevas estructuras institucionales, los ejes estratégicos narrados fueron la política alimentaria, la política de medicamentos y la iniciativa del Seguro Nacional de Salud.

A continuación, **Federico Tobar**, ex jefe de gabinete del Ministerio de Salud de la Nación relata la experiencia de la formulación y coordinación del Programa Remediar durante los años 2002 y 2003. A principios de 2002, se llegó a consensuar un Plan de Emergencia Sanitaria para saldar las carencias que traía aparejada la crisis. En ese contexto, se propuso el objetivo de lograr la cobertura de medicamentos de aquellos sin cobertura en un contexto crítico.

En el tercer capítulo, **Enrique Rozenblat** comparte la experiencia en la coordinación de un programa provincial, el Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) en la provincia de Córdoba, del que fue responsable desde 2001 hasta 2007. También en un clima de crisis, el Dr. Rozenblat lideró el rediseño y la coordinación del Plan de Desarrollo del PROAPS asumiendo como desafío el desarrollo de una política sustentable en el tiempo, con apoyo político y credibilidad.

En el cuarto capítulo, **Elsa Moreno** y **Néstor Perrone**, ambos referentes y pioneros de la Atención Primaria de la Salud (APS) en la Argentina, expusieron la experiencia conjunta en el diseño y la gestión de la estrategia de APS de la provincia de Neuquén (1971-1973). Ésta implicó no sólo una redefinición de las estructuras organizacionales de la provincia, sino también un mejoramiento en la recolección de los indicadores sanitarios de la población.

El quinto capítulo aborda la experiencia de **Héctor Moguilevsky** como viceministro de Salud de la Nación durante el Gobierno del presidente Fernando De la Rúa (1999-2001). Su relato permite analizar las dificultades que implicó ejercer sus funciones en el contexto de una alianza donde él adhería a la parte minoritaria de la coalición gobernante, así como conocer las contribuciones de su gestión en temáticas regulatorias y de acceso a insumos sanitarios.

El capítulo siguiente presenta la experiencia de **Rubén Torres** en la Dirección de la Superintendencia de Servicios de Salud (2002-2006). El ex funcionario presentó su estrategia de gestión en una institución compleja, en la que estuvo a cargo de la regulación y articulación de fondos y actores variados, en un momento crítico de la historia reciente.

El séptimo capítulo relata la experiencia de **Mónica Fein** como secretaria de Salud (1997-2001 y 2003-2007) durante el proceso de reforma del sistema de salud de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. En esta experiencia se desarrolló un modelo innovador de atención basado en el fortalecimiento de la gestión de los procesos colectivos con el fin de crear vínculos entre ciudadanos y gobernantes mediante mecanismos participativos y en la articulación en forma de red del sistema sanitario.

Por último, el octavo capítulo recoge la experiencia de **Adolfo Sánchez de León** en el impulso, desarrollo e implementación del Seguro Público de Salud de la provincia de Buenos Aires (2003-2006), del que fuera coordinador. Los ejes estratégicos que guiaron su práctica fueron el mejoramiento del sistema de atención primaria y la accesibilidad de la población en el complejo contexto institucional de la provincia de Buenos Aires.

La sección final del libro ofrece, sobre la base de las experiencias compartidas, un análisis y caracterización de los participantes en las distintas gestiones y políticas de salud, e identifica algunas similitudes y diferencias en las intervenciones que constituyen un aporte de sistematización para el debate de gestión sanitaria.

Este libro se propone identificar problemas comunes de la gestión pública y difundir respuestas posibles, a través de la recuperación y el reconocimiento de la experiencia pasada. La intención final es socializar este conocimiento, con el convencimiento de que ello contribuirá a fortalecer la capacidad institucional de las estructuras públicas y las herramientas en manos de los funcionarios a cargo de tomar las decisiones en el campo de la salud.

Daniel Maceira
Director del Programa de Salud
CIPPEC
Octubre 2008

① La salud en democracia. El desafío de la universalización

Aldo Neri, ministro de Salud de la Nación (1983-1986)

INTRODUCCIÓN

Luego de más de siete años de dictadura militar, el Gobierno de Raúl Alfonsín abre el sendero de la recuperación democrática. El período iniciado en 1983 es fundacional, no solamente en términos de conquista de las libertades públicas, sino también en la definición de los caminos que permiten el cumplimiento de los derechos ciudadanos y de los desafíos asociados con ellos. El área de salud no quedó exenta de estos desafíos.

El renacimiento de la democracia define, de algún modo, no sólo las temáticas que van a ser discutidas una y otra vez en los siguientes 25 años, sino que modela el rol de cada uno de los actores que participa en el sector salud y los mecanismos de alineamiento de intereses, asociación, negociación y enfrentamiento entre ellos.

La gestión de Aldo Neri constituye, entonces, un esfuerzo fundacional por identificar los ejes de la política sanitaria y, de algún modo, descubrir, diseñar y aplicar herramientas de gestión. En las siguientes páginas, Neri nos permite observar cómo se identificaban las problemáticas de salud en esos años. De algún modo, y a través de una mirada retrospectiva, puede sostenerse que se utilizaban mecanismos mucho menos complejos que los actuales. De hecho, el gran debate disparado por “Invertir en salud” y sus enseñanzas y frustraciones fueron posteriores. Sin embargo, se conformaba una experiencia que serviría de muestra para la identificación de las temáticas recurrentes en el área sanitaria durante los siguientes cinco lustros: la necesidad de construir un seguro universal de salud, la identificación de la nutrición como un eje central de la política sanitaria y no excluida de ella, la política de medicamentos, el desafío de la descentralización y la autogestión, y el enfrentamiento entre sectores por estructuras de contratación y pagos vinculados con riesgo.

Aldo Neri, como principal protagonista en el área de salud de la Nación en este período, expone a continuación su visión de esta experiencia. Su relato nos enfrenta con una realidad reveladora: la capacidad de los argentinos de tropezar recurrentemente con las mismas piedras.

¹ Invertir en salud es un informe elaborado por el Banco Mundial con indicadores del desarrollo mundial: World development report 1993.

PERFIL DEL EXPOSITOR

Aldo Neri

Aldo Neri es médico y diplomado en Salud Pública. Fue director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, consultor de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Fue ministro de Salud y Acción Social en el gabinete del presidente Raúl Alfonsín entre 1983 y 1986. Dejó el Ministerio para presidir la Comisión Nacional para el Desarrollo Patagónico y el traslado de la Capital de la República.

Fue diputado nacional por la Unión Cívica Radical en dos períodos (1987-1991 y 2001-2005).

En la actualidad es vicepresidente de la Asociación Argentina de Políticas Sociales y de la Fundación Argentina para la Libertad de Información (FUALI). Es profesor honorario de Salud Pública en la Universidad de Buenos Aires.

Ha publicado numerosos trabajos sobre temas sanitarios, sociales, políticos y de seguridad social, en capítulos de libros, folletos y artículos. En 1982 publicó el libro *Salud y Política Social*, que agotó dos ediciones, de Editorial Hachette. En 1995 publicó el libro *Sur, penuria y después*, sobre la crisis de la política social en América Latina, de Editorial EMECE. En 2004 publicó el libro *Claves de Política Social*, de Editorial Miño y Dávila.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

La década del ochenta fue una década de retrocesos económicos en términos regionales, y de pérdida de riqueza medida en producto bruto nacional, en un contexto internacional muy desfavorable.

En sus inicios, la crisis de la deuda externa condicionó fuertemente la actividad de los Estados y de los Gobiernos. En particular, la economía argentina había sido inflacionaria desde fines de los años cuarenta.

Este contexto de estancamiento económico e inflación generó un recrudescimiento de la puja distributiva de los distintos sectores sociales para captar cuotas mayores de esa magra riqueza.

En una Argentina que emergía de una dictadura militar, el sistema de partidos estaba paralizado.

Además, se había perdido totalmente contacto y continuidad en el estudio y el conocimiento de las realidades nacionales.

Luego de un período de desmovilización social y política, el Gobierno de Raúl Alfonsín se presentó como proyecto político de emergencia nacional.

Por su experiencia de gestión a nivel provincial y militancia política desde principios de los años setenta, Aldo Neri fue convocado por el Gobierno radical. Si bien él ya tenía una especial afinidad con integrantes de la Unión Cívica Radical y su Movimiento de Renovación y Cambio, recién en ese momento se incorporó activamente.

Neri venía de una experiencia de gestión en el Consejo de Salud de la provincia de Río Negro, donde había ejercido la Presidencia durante cuatro años, y durante nueve años se había desempeñado como profesor universitario de Salud Pública con dedicación exclusiva, siendo durante cinco años director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Quien lo había propuesto como director de la Escuela fue el director anterior, Abraam Sonis, cuando se iniciaba el proceso de tecnificación del aparato del Estado. Sonis tenía una proyección muy fuerte de escuela internacional y nacional. Por ello, establecía una sólida relación con las provincias y asociaciones internacionales. Con su gestión, la Escuela empezó a establecer convenios con las provincias y se hacían cursos y estudios de investigación. Cuando inició su mandato como director, Aldo Neri mantuvo esta línea. Entre 1976 y 1983, luego de renunciar a la Universidad, Neri se desempeñó como consultor internacional por su fuerte vinculación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dedicando entre dos o tres meses a viajar al exterior. Luego llegó la apertura democrática de 1983 y asumió como ministro de Salud.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

En 1983, el área de salud se fusionó con la de Acción Social en el Ministerio de Salud y Bienestar Social, configurando un Ministerio amplio, heterogéneo y difícil de administrar. Dentro del Ministerio había cuatro Secretarías de Estado: Secretaría de Promoción Social, Secretaría de Desarrollo Humano y Familia, Secretaría de Vivienda y Ambiente, que contaba con importantes recursos antes de la transferencia a las provincias del Fondo Nacional de la Vivienda (FONAV I), y la Secretaría de Salud.

El área de Seguridad Social pasó a depender del Ministerio de Trabajo, como ocurre en la actualidad.

En diversos ministerios, la transición al gobierno democrático no implicó demasiado recambio de personal. Había muchos trabajadores de seguridad y de las Fuerzas Armadas. Sin embargo, la inoperancia del sector estatal era muy grande. El único mecanismo posible de reforma implicaba la organización de una nueva estructura que se adaptara con eficiencia a mayor funcionalidad. Para ello, había que desarmar la estructura anterior, que era “una máquina de pagar”.

Hubo áreas que llegaban al Gobierno con proyectos claros, algunas áreas con proyectos más precarios y otras áreas empezaban a elaborar sus proyectos recién durante la gestión. Las necesidades se fueron detectando durante la gestión y los cambios se fueron dando de acuerdo con la experiencia y la realidad del Estado y de la sociedad.

El primer gabinete de Alfonsín se conformó con quienes integraban el grupo Renovación y Cambio: Bernardo Grispun, Roque Carranza, Conrado Storani, Germán López y, más tarde, Dante Caputo. Este grupo compuesto por diez o doce personas se reunía regularmente una vez por semana a pensar una política general para el momento en que se recuperara la democracia.

El equipo de Aldo Neri se construyó en torno a sus contactos como docente en la Universidad. Por ejemplo, Jorge Mera venía de la Escuela de Salud Pública y lideró el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), antecedente de la Superintendencia de Servicios de Salud. Los principales responsables del área fueron compañeros y compañeras de la Escuela de Salud Pública, personas relacionadas con el ámbito universitario, o funcionarios de las provincias o de Nación de épocas anteriores.

Las áreas de gestión que tenían mayor historia y una coherencia programática contaban con ideas claras de qué se quería hacer inicialmente. En particular, Salud había establecido sus líneas prioritarias. Algunas, en términos de gestión, estaban fuera del ámbito de la salud pero directamente vinculadas con la problemática. Las grandes líneas de preocupación política eran: alimentación, medicamentos y la reorganización del sistema en su conjunto.

El tema alimentario se canalizó básicamente a través del Programa Alimentario Nacional (PAN). Su gestión fue, en cierta medida, autónoma y descentralizada.

Fue un programa muy importante e implicó uno de los principales compromisos de campaña del Presidente: erradicar el hambre en la Argentina, sobre todo en los niños. En realidad, se trataba de un programa de desarrollo social integral y no sólo alimentario. Esta integralidad se cumplió sólo en algunas zonas, porque otras no tuvieron capacidad de gestión para poner los condimentos sociales, promover la participación de la gente y la capacidad organizativa en los niveles comunitarios.

El padrón de los beneficiarios se fue armando con la escasa información que había y se complementó con datos de las provincias y de los municipios. Se trabajó, básicamente, con los resultados del Censo de Población de 1980. La población objetivo fue 15% de la población total argentina, lo que representaba aproximadamente a cuatro millones de personas.

Para este Programa no se requirió de gran cantidad de recursos humanos. Había algo más de 2000 personas trabajando en él, incluidos el nivel central y los agentes: supervisores, delegados provinciales, supervisores de cada provincia y agentes conectados directamente con la gente, como promotores sociales.

Los empleados eran contratados a nivel nacional. Los contratos se negociaban políticamente con los gobernadores, intentando equilibrar las incorporaciones políticas con cierto marco de antecedentes personales consensuados.

Se sancionó una ley especial para el PAN, que estableció mecanismos para proteger al Ministerio de Salud y Acción Social de aquellos conflictos que pudieran ocasionarse por la gestión de grandes cantidades de recursos monetarios.

La ley incluía el componente de financiamiento especial del PAN: rentas generales e impuestos a los cigarrillos, entre otros recursos impositivos. El Programa no contaba con financiamiento internacional.

El Ministerio de Salud y Acción Social se había convertido en el principal comprador de alimentos del país y ello presuponía un mecanismo de adquisición por fuera de las normas vigentes de la Administración Central (AC). Las compras las realizaba la Junta Nacional de Granos con mecanismos mucho más ágiles y transparentes que los de la AC, lo que garantizaba transparencia en las compras. Ello permitió que ningún funcionario fuera citado posteriormente a los Tribunales para dar explicaciones respecto de estas compras.

Para el proyecto de Seguro Nacional de Salud era necesario contar con establecimientos de primer nivel como centros de referencia en las provincias. A diferencia del PAN, que era producto de las ideas generadas en la etapa de la gestión (unos meses antes de asumir el Gobierno), el proyecto del Seguro surgió de ideas previas que traía el equipo de la Escuela de Salud Pública, que se vinculaban con la superación de la fragmentación y la anarquía del sistema de salud argentino.

Por otro lado, Neri había participado en la elaboración del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) ideado por Domingo Liotta, secretario de Salud del tercer Gobierno de Juan Domingo Perón (1973-1974). El equipo estaba conformado por ocho o diez personas ajenas al Gobierno, peronistas y radicales, de formación médica y académica. El SNIS era un proyecto integrador centrado en el Estado. Aunque mutilado en el Congreso por presión de la CGT, el proyecto de ley fue aprobado y se implementó en cuatro provincias, entre ellas Chaco y San Luis, donde funcionó hasta 1976².

Adaptando las ideas del SNIS a la realidad de la estructura de poder con que se contaba, apoyándose en un sistema de obras sociales y reformando partes del modelo original del sistema para adaptarlo a la realidad de los años ochenta, surgió la idea del Seguro Nacional de Salud, orientado hacia la universalización del sistema de obras sociales.

El Seguro era, por un lado, una reforma de las obras sociales, que pasaban de ser una entidad dependiente directamente del sindicato a constituirse en entidades con autarquía, autonomía y democráticamente gestionadas. Paralelamente, el Seguro proponía una tendencia hacia la descentralización de la gestión de los servicios de salud en manos de las provincias.

La descentralización de la capacidad y la responsabilidad de gestión en los niveles provinciales se fue dando lentamente. El plan original era que las provincias fueran tomando paulatinamente la responsabilidad del Seguro en su jurisdicción y las propias obras sociales les fueran delegando el manejo de la administración de los beneficios que recibieran sus afiliados. La obra social pasaba a cumplir un papel supervisor, no vinculado con la gestión. Dentro de este

² Si bien Neri, entre otros integrantes de este equipo, se retiró del proyecto por desacuerdos, reconoce las potencialidades de esta iniciativa.

contexto, el Ministerio se transformaba en un ente regulador, financiador y de gestión política estratégica: el responsable, en última instancia, de un fuerte sistema regulatorio.

A mediados de 1985, se presentó el Proyecto de Ley del Seguro Nacional de Salud que reformaba los servicios de salud y les acotaba poder político. Sin embargo, de las ideas formuladas en el proyecto de 1983 al proyecto que Alfonsín presentó en el Congreso en 1985, se observa una brecha importante, que implicaba un recorte de poder mucho mayor para las obras sociales. Luego de dos años de negociaciones entre las distintas posiciones, se empezó a discutir el proyecto presentado en el Congreso. Neri defendió su aprobación, negociando con la CGT³.

Como complemento de esta iniciativa, Neri recuerda haber gestionado dos grandes créditos internacionales⁴, ambos ante el Banco Interamericano de Desarrollo (BID):

1. El área de Salud destinó el crédito a la construcción de hospitales para reemplazar algunos y reformar otros, sustancialmente aquellos que eran cabecera de provincias.

2. La Secretaría de Vivienda gestionó la construcción y ampliación de infraestructura urbana en saneamiento, circulación y provisión de servicios.

El conflicto estaba focalizado en la política de medicamentos, donde predominaba un contexto de fraccionamiento del mercado y de consumo sólo de algunos sectores. Frente a este panorama, el desafío era, por un lado, facilitar el acceso a los medicamentos por parte de los más desprotegidos, es decir, de quienes no podían comprar o quienes no tenían cobertura⁵. Por otro lado, se debía regular y controlar los precios de los medicamentos en un mercado donde había distorsiones producidas, en parte, por el proceso inflacionario y, en parte, por uno de los grandes negocios de las empresas, que era la sobrefacturación de importaciones⁶.

Se constituyó una Comisión, presidida por Neri en condición de ministro de Salud, integrada por las áreas de Comercio Exterior e Interior (sectores responsables de la política de control de precios), Industria, Ciencia y Tecnología, Salud y Educación. Esta Comisión tenía como objetivo monitorear las decisiones tomadas en materia de política de gobierno para luego, si correspondía, aprobarlas y legitimarlas. Esto generó una importante unidad de criterio y de acción. Este mecanismo permitió construir una política de Estado frente al tema medicamentos, evitando políticas sectoriales difíciles de compatibilizar.

Se creó un Fondo de Asistencia en Medicamentos (FAM) para proveer a las personas sin cobertura. Este Fondo tuvo una inspiración similar al Programa Remediar: era un listado limitado de medicamentos básicos. Su instrumentación fue diferente: al no estar centralizado, el FAM delegaba la gestión a las provincias y los medicamentos llegaban al nivel hospitalario. El listado de medicamentos fue elaborado con el asesoramiento de organismos especializados en el tema.

Las compras se hacían a laboratorios privados por mecanismos abiertos de licitación. La compra y la fabricación de medicamentos por parte de los laboratorios estatales era, ya en esa época, muy limitada, salvo la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos G. Malbrán, que tenía cierta capacidad productiva de sueros y vacunas, principalmente.

³ Según Neri, en ese momento, el peronismo era la CGT. El peronismo político estaba fuertemente descentralizado en la gestión interprovincial. No era posible un acuerdo en la Cámara de Diputados. Incluso, la columna vertebral del Partido Justicialista era el sindicalismo.

⁴ Nunca se tomaron créditos para gastos corrientes, porque esa era la tesitura razonable que tenían los organismos internacionales en esa época.

⁵ En 1970, durante la gestión de Francisco Manrique, la cobertura de obras sociales no llegaba a 30% de la población. A mediados de la década, con la Ley 18.610, ya se había cubierto a más de 70% de la población.

⁶ Ese tema estuvo a cargo del subsecretario de Regulación y Control y de un grupo integrado, entre otros, por Jorge Katz y Roberto Lugones.

Transcurrido un período de varios meses de congelamiento total del precio de los medicamentos, se instaló la discusión acerca de una fórmula polinómica para autorizar el incremento de precios de acuerdo a los costos de insumos, y por ende de precios con márgenes razonables de rentabilidad. Esta política mejoró, según Neri, el acceso a los medicamentos, aunque se debilitó no por cuestiones de gestión sectorial sino por un problema de debilitamiento de la autoridad del Gobierno en su conjunto, que obligaba a hacer concesiones mayores, vinculadas con el difícil contexto macroeconómico.

Utilizando un formulario terapéutico de la Confederación Médica como borrador de trabajo, se promulgó el primer formulario terapéutico nacional, que era un listado de alrededor de 200 monodrogas probadas y seguras.

Este formulario no fue imperativo. Sin embargo, resultó un error no haberlo impuesto en el sistema de las obras sociales como la cobertura principal, debido a que, cubriendo 70% del costo del medicamento del formulario, las obras sociales tenían más poder de fijación de política que el resto, donde sólo se cubría 40 o 50% de los gastos de bolsillo.

La gestión de Neri finaliza a mediados del año 1986. Luego, como diputado nacional, vería declinar al Gobierno de Alfonsín, cuya gestión debilitada, con baja capacidad operativa y de gestión daba lugar a una oposición beligerante.

3. Actores: alianzas y oposiciones

La Argentina es un país en el que durante largos períodos históricos las corporaciones fueron las verdaderas protagonistas de la política nacional. En el ámbito de la salud, éstas han tenido un papel muy importante y definitorio. La principal fue la corporación médica, que modeló a su conveniencia un sistema de salud dual, sustentado en un modelo público subsidiario y en la consulta privada. A partir de los años cincuenta, entró en escena la corporación sindical, con fuerte capacidad de negociación desde las estructuras de las obras sociales.

3.1. Alianzas

En un contexto de muy buena permeabilidad y de opinión muy favorable al Gobierno, en sus inicios, el peronismo en las provincias era, en gran medida, proclive a apoyar el proyecto de gestión. Entendía que el mismo implicaba un fortalecimiento del federalismo, sin la atomización o la descentralización entendida como desentendimiento de la autoridad federal en el sector, que se llevó a cabo en la Argentina durante los Gobiernos militares.

En términos generales, no había una resistencia importante de los otros partidos políticos. Los socialistas y los demócrata cristianos estaban a favor del proyecto. Y el Partido Intransigente, a pesar de su alianza con el peronismo, no era oposición. No obstante, se trataba de un contexto eminentemente bipartidista, que se empezó a diluir y a fragmentar paulatinamente.

3.2. Oposiciones

En general, en la Argentina los intereses cortan horizontalmente a los partidos políticos. Hubo también mucha resistencia –si se quiere, respetuosa– del propio radicalismo, que aunque no se expresaba como oposición, se hacía notar muchas veces.

La columna vertebral del peronismo era el sindicalismo. Los dirigentes peronistas no podían confrontar con los intereses sindicales, ya que representaban el principal respaldo.

Los empresarios fueron los actores más poderosos. En ese momento, el mundo de las prepagas era muy rudimentario y sin desarrollo. Las empresas privadas del sector se vinculaban con la fabricación de equipos y, principalmente, de medicamentos. Estos actores sí se opusieron al proyecto del Seguro por distintas razones, entre ellas, porque centralizaba el manejo del mercado.

La política de control de precios de los medicamentos generó la oposición de los laboratorios. El Gobierno se basaba en la hipótesis de que los laboratorios tenían una sobrerentabilidad histórica que les permitía perfectamente absorber un congelamiento de precios a pesar de que el proceso inflacionario seguía adelante en la Argentina. Se actuó sobre esa hipótesis, acordando con el Ministerio de Economía.

La relación con la industria farmacéutica fue tensa, ya que se le había impedido el acceso a una presunta rentabilidad surgida de la sobrefacturación de importaciones. Tal política había sido llevada a cabo por la Comisión Intersectorial, con el trabajo conjunto del área de Comercio Exterior.

Una de las principales oposiciones políticas del Gobierno, en los años ochenta, fue el sindicalismo peronista. La imagen personal de la oposición era Saúl Ubaldini. Por ello, en el área de la Salud, cualquier proyecto que afectara el poder consolidado de la dirigencia sindical en términos económicos y políticos conllevaría a una resistencia política global, ya que socavaba el modelo de poder político nacional. Al ser un sector altamente corporativizado, el predominio del sindicalismo como protagonista intrasalud, en ese momento, y como protagonista político, en el marco general de la sociedad, dificultaba cualquier propuesta de reforma.

Además de las corporaciones opositoras, como la Confederación General del Trabajo (CGT), ya fuera por omisión o por enfrentamiento, también se oponían al proyecto algunos profesionales de la salud. Los profesionales del sector pueden estar políticamente alineados a la izquierda o a la derecha. Sin embargo, el comportamiento de la profesión, en términos colectivos, es conservador. A pesar de ello, no se registró durante el período una oposición franca y abierta.

4. Obstáculos o dificultades

En el caso del PAN, una de las cuestiones que representó un obstáculo para el manejo del programa radicó en el recurso humano que lo gestionaba en forma directa. Había una falta de adecuación entre el perfil de estas personas y el objetivo más integral que pretendía el área de Desarrollo Social. En algunos casos, estas personas tenían una formación razonable y una inspiración positiva. En otros casos no, eran meros distribuidores. La falta de un cuerpo suficientemente idóneo para esta función limitaba mucho el avance en los objetivos.

También había pujas políticas en el nivel local, tanto desde el oficialismo como desde la oposición, ya que el PAN era un Programa que se acercaba mucho a la intimidad de la gente. No era fácil mantener continuidad en la reunión mensual o quincenal que se había preestablecido con las madres que recibían la caja. A pesar de estos obstáculos, Neri asegura que el programa “no fracasó, fue un programa razonable”.

En estos años, hubo factores psicológicos muy importantes. Un factor importante fue la economía inflacionaria que generó comportamientos colectivos e individuales, achicamiento de la riqueza, empobrecimiento del país y una puja distributiva muy dura, desencadenada en parte consciente e inconscientemente.

La dificultad para resolver los problemas concretos, la insatisfacción y la impaciencia creciente de la gente se expresaba tanto en las conversaciones de café como en la actitud de los sectores organizados (todos con intereses contrarios) en las mesas de negociación.

5. Aprendizajes y logros

El principal aprendizaje de la gestión fue la visualización y la reflexión sobre la distancia que existe entre las ideas formadas previamente a la asunción y la tarea cotidiana efectivamente desempeñada. Esta falta de adecuación suele ser habitual en la experiencia. Pero el reconocimiento de esta brecha es un aprendizaje significativamente valioso para futuras experiencias de gestión.

Por otro lado, como integrante del gabinete de Raúl Alfonsín, Neri reconoce como un hecho significativo del período el sólido acuerdo social experimentado con el establecimiento del decreto de Juicio a las Juntas Militares y las cúpulas guerrilleras. Neri recuerda este hecho como “un momento de mucha emoción”.

Los principales logros considerados por el expositor fueron:

- La política de medicamentos fue un éxito de gestión, no muy publicitado. Con ella se unificó la política y la gestión.
- El Programa Alimentario Nacional (PAN) fue un éxito en términos de política alimentaria. El modelo inicial trabajaba legislativamente en una línea de estrategia social básica, que trascendía el reparto de cajas de alimentos. En este sentido, si bien su mayor fracaso fue no haberlo generalizado como plan de desarrollo social más allá del componente alimentario, en algunos lugares hubo iniciativas en materia de vivienda y en compras y mercados comunitarios que relacionaban al productor con el consumidor.

6. Evaluación de la gestión

Frente a la iniciativa de construir un proyecto integrador del sistema de salud que lograra la universalidad en el acceso, se consiguió sumar a los sectores privado y público. Sin embargo, en la actualidad, gran parte de la población aún no tiene acceso o tiene acceso muy limitado al sistema de salud.

Se consideró la igualdad en el acceso a la salud como un derecho ciudadano y no atado a la condición laboral (concepción bismarkiana europea predominante desde la década del cincuenta). Hoy, se ha acentuado el fenómeno de desigualdad social en todos los terrenos, expresado claramente en el ámbito de la salud. Por ejemplo, y “vinculado con la alianza corporativa mencionada, en la actualidad el sindicato y la empresa comercial médica son, en buena medida, socios. Esto profundiza no sólo la desigualdad sino las estructuras de poder que tiene que enfrentar cualquier propuesta de reforma”, advierte Neri.

El momento de mayor decepción que reconoce Neri en su gestión fue cuando debió dejar el Ministerio. Tuvo que hacerlo por razones de reorganización del Gobierno, aunque hacía pocos meses se había planteado el proyecto central y eje del área: el Seguro de Salud.

El momento de mayor alegría de su gestión fue el inicio, con “el valor agregado del optimismo de haber salido de la noche oscura de la dictadura militar, optimismo que se había impregnado en toda la sociedad argentina”, recuerda Neri.

Finalmente, y a modo de balance y aprendizaje para futuras gestiones, Neri plantea que la estructura ministerial tiene que reflejar una concepción política que incluya las responsabilidades de los distintos niveles. A nivel nacional, el Ministerio de Desarrollo Social debería ser reducido progresivamente de acuerdo con la política social. Así, en cinco o diez años, el Ministerio de Desarrollo Social debería desaparecer, estimulando la creación de ministerios chicos y más operativos. Además, resulta imprescindible contar con un Gabinete Económico Social

fuerte que dirima y unifique la política social, donde se tomen las decisiones principales.

Buena parte de los programas asistenciales deben paulatinamente desaparecer y ser reemplazados por una universalización de prestaciones de la Seguridad Social, adquiridas como un derecho y no como dádiva. Esta última se arraiga en una concepción paternalista del Estado. En cambio, la población tiene el derecho de comprar sus alimentos y de comer en su casa. Para ello, hay que reforzar el ingreso con una política salarial y con una política de Seguridad Social que incorpore una asignación por niños y una universalización del sistema jubilatorio, independientemente de las condiciones laborales.

El Seguro debe tener una cobertura que integre adecuadamente acciones de prevención, de rehabilitación y curativas, absorbiendo varios programas especiales del Ministerio de Salud.

Neri plantea que también es importante descentralizar algunas cuestiones hacia las provincias. En su opinión, las provincias deberían ser responsables de su gestión, en tanto el Ministerio nacional se concentraría en la regulación, pero en función de un proyecto de país y no de 24 proyectos diferentes. La Nación debe equiparar la situación de las provincias en desigualdad de condiciones. Por su parte, el Gabinete Económico Social, integrado por ministerios chicos especializados sectorialmente en Salud, Seguridad Social y Educación debería cogestionar la política social en su conjunto.

② Atendiendo la urgencia. El financiamiento público de los medicamentos en tiempos de crisis

Federico Tobar, coordinador General del Programa Remediar (2002-2003)

INTRODUCCIÓN

El análisis del gasto de bolsillo de las familias para alcanzar bienes preferentes asociados con la salud y la educación, constituyen indicadores probados de equidad asignativa desde la perspectiva de la política pública y en materia de equidad distributiva en términos de la asignación de recursos en un país.

Las últimas encuestas -que vinculan ingresos familiares y erogaciones en salud- muestran la regresividad de este gasto. Es decir, si bien en términos monetarios los quintiles más pobres gastan menos en salud en pesos constantes que aquellos quintiles más ricos, esos montos, como porcentaje del ingreso de las familias más humildes, es proporcionalmente mayor.

Como ejemplo, para el año 2003, aproximadamente 16% del ingreso de los hogares se destinaba al gasto en el sistema de salud. Para el quintil más rico, ese número se reducía a la mitad: aproximadamente 8% del ingreso del hogar.

Ello demuestra que la atención de las necesidades de salud entre familias es dispar en cuanto a la capacidad de financiamiento. Particularmente, del total de ese gasto en salud, el gasto en medicamentos constituye una proporción extremadamente importante que, entre los más pobres, equivalía aproximadamente a dos tercios del gasto total.

En momentos de crisis, este cuadro de situación se agudiza. En el año 2001, con la salida del Gobierno de la Alianza y la asunción del nuevo Gobierno, uno de los ejes centrales de la política sanitaria se concentró en operar sobre el financiamiento de un aspecto extremadamente sensible: los medicamentos vinculados con el primer nivel de atención para los sectores de menores recursos. El objetivo de esta política fue la reducción del umbral de desembolso que las familias menos pudientes deberían afrontar para poder mantener o restaurar su salud.

Dentro de ese contexto de volatilidad macroeconómica y crisis sanitaria es que el Programa Remediar se constituyó como una herramienta valiosa de política, no sólo desde una perspectiva de diseño sino también desde una mirada de gestión sanitaria.

En este capítulo, Federico Tobar presenta los mecanismos que se articularon para llevar a cabo esta iniciativa.

PERFIL DEL EXPOSITOR

Federico Tobar

Federico Tobar es Licenciado en Sociología y Profesor de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Cursó el Máster en Administración Pública en la Escuela Brasileira de Administración Pública de la Fundación Getulio Vargas de Río de Janeiro. El Doctorado en Ciencia Política lo realizó en la Argentina, en la Universidad del Salvador.

Fue coordinador general del Programa de Investigación de los Mercados de Salud del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), coordinador del Programa de Investigación Aplicada del Instituto Universitario ISALUD y de la Secretaría de Ciencia y Tecnología. Fue jefe de gabinete del Ministerio de Salud de la Nación y coordinador general del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) – Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación, que contó con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Luego, fue coordinador general del Instituto de Desarrollo Económico y Social (INDES – BID), puesto para el que fue contratado a través de un concurso internacional en San Pablo, Brasil.

Tiene experiencia como consultor de organismos internacionales, tales como la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otros.

Su práctica docente se desarrolló, entre otros, en el Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, Universidad ISALUD, Universidad Nacional de Buenos Aires, Universidad Nacional de General San Martín, Universidad Argentina de la Empresa y George Washington University.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

Iniciar la gestión en momentos de crisis trae aparejada la dificultad de salir del discurso de la emergencia reproducido permanentemente cada vez que se formula una política o se negocia un préstamo. No obstante, es posible construir un discurso post crisis que nos guíe hacia soluciones más estructurales de nuestros problemas de salud.

El análisis de la gestión parte de un modelo de herramienta de gestión formulada por Peter Drucker. Este modelo establece que cualquier organización (en este caso, el Ministerio de Salud de la Nación) debe disponer de un esquema que le permita deducir cuáles son sus prioridades: lo que está bien, lo que no está bien, las actitudes que deben desarrollar sus agentes para determinadas habilidades y, fundamentalmente, si se avanza en la dirección deseada.

En resumen, se trata de simplificar el discurso. Este cuenta con tres grandes componentes: el conjunto de suposiciones sobre el ambiente en el cual se está desempeñando la organización; la misión y la contribución de la organización a la sociedad que justifica su existencia; y las competencias que los agentes de la organización deben desarrollar para cumplir con esa misión en ese ambiente particular.

El ambiente en el que se desarrolla la gestión de Federico Tobar se encuentra condicionado por la trayectoria previa a la asunción como funcionario del Ministerio de Salud de la Nación. En este sentido, fue fundamental haber compartido, durante mucho tiempo, el espacio de trabajo con Ginés González García en la Fundación ISALUD, como coordinador del área de investigación de la Fundación.

Durante varios años, en la Fundación se realizaban, como parte de la formación, simulacros en los que se demandaba el diseño de un Plan de Emergencia Sanitaria. Este ejercicio entrenaba a sus miembros en la reflexión y elaboración de propuestas en función de este objetivo.

Este plan se ha discutido en diversos espacios (entre ellos, CIPPEC) y se han escrito libros, en los que se propusieron modelos de reformas, entre otras acciones. Sin embargo, estas reformas no habían sido implementadas de manera completa.

En el contexto de la crisis de 2001 nace el Plan de Emergencia Sanitaria para el que es convocado Federico Tobar en el Ministerio de Salud de la Nación.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

La misión del Ministerio de Salud de la Nación era resolver la crisis política por medio de una actuación muy firme y activa. El mandato era preservar, restaurar, reparar y pacificar. Y evitar la implementación de políticas que damnifiquen a alguno de los actores implicados.

En una oportunidad, el Superintendente de Servicios de Salud, preocupado por evitar dañar a las obras sociales planteó la necesidad de derogar el Decreto 336/97 que posibilitaba que los hospitales públicos les cobrasen a las obras sociales por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios. El argumento se basaba en que el sostenimiento de esta política afectaba a las obras sociales. Tobar, entre otros funcionarios, argumentaba que si las obras sociales no podían soportar esta política debían seguir su camino, aunque éste sea la extinción. Pero esos recursos debían ser destinados al fortalecimiento del hospital público. Tobar no estaba satisfecho con esta decisión tomada por el Superintendente, aunque en el largo plazo advirtió que la política

central del gabinete era no hacer daño, preservar todo lo posible, es decir, no destruir a las obras sociales ni a los hospitales públicos.

Esta consigna no estaba ajustada a las expectativas de Federico Tobar, ya que sus propuestas giraban en torno a la reforma, dado que él entendía que existía margen para un gran cambio, para una destrucción creadora.

Las competencias requeridas para este proyecto eran la articulación y la conciliación. Todos los funcionarios de esa etapa asumieron esta postura política y, de ella, surgió, por ejemplo, la Mesa del Diálogo Argentino. Esta Mesa, convocada por la Iglesia y por las Naciones Unidas, contó con una importante asistencia.

En esta Mesa del Diálogo, la participación del Ministerio de Salud fue asombrosamente masiva, sólida y contundente. Junto con la Mesa de Justicia fue evaluada como una de las que mejor funcionó, dado que se lograron consensos sólidos y se creó un espacio de diálogo que en la actualidad valdría la pena recuperar. Más allá de esto, en gran medida estos acuerdos siguen vigentes y continúan siendo interesantes⁷.

Como la articulación y la conciliación no se restringía al diálogo interno, el Ministerio de Salud implementó varios comités de crisis que convocaban a representantes de todos los sectores, a todos los actores del sector y a todas las Cámaras, para discutir los diferentes aspectos de la crisis y para elaborar propuestas.

Además, se reactivó el Consejo Federal de Salud (COFESA) que, si bien existía desde hacía 30 años, estaba totalmente aletargado.

Mientras en contextos de crisis la tendencia predominante es la centralización, el Ministerio de Salud demostró una amplia convocatoria y una gran apertura al diálogo. La respuesta fue muy satisfactoria y logró configurar un espacio político sólido.

Desde el regreso de la democracia, probablemente no hubo una política de salud más consensuada y convalidada que el Plan de Emergencia Sanitaria. Quizás también ayuda a entender este consenso el contexto en el que se implementó el Plan. Para describirlo, Tobar asume la metáfora utilizada por el ex presidente Eduardo Duhalde, quien definía la situación como un país que se incendiaba y donde no había espacio para jerarquías ni para protocolos, y en el que no había horarios ni tiempo que esperar.

Otra de las hipótesis propuestas por Tobar para explicar el amplio apoyo que logró el Plan de Emergencia Sanitaria hace referencia a la capacidad de construcción a través de los discursos. La definición de las políticas, de los sistemas y del contexto en el que se está inmerso tiene mucho que ver con los resultados.

Por ejemplo, con la devaluación de la moneda, pese a que se dejó de ser un país ineficiente desde el gasto en salud, éste no había mejorado. El gasto en salud “pesificado” y ajustado al poder adquisitivo contribuía a demostrar este punto de vista. De repente, los medicamentos, que durante una década habían sido los más caros del continente, pasaron a estar entre los cuatro más baratos. En mayo del año 2002 hubo una inflación de 70% en los medicamentos. En un principio, se constituyó una canasta donde se congelaban los productos. Luego, cuando se rompió el pacto, los medicamentos sufrieron un gran aumento mientras los sueldos permanecían congelados y devaluados.

⁷ Hay un documento nuevo de la Iglesia que se llama “De habitantes a ciudadanos”, donde se recuperan seis de los consensos trabajados en la Mesa del Diálogo Argentino en el área de Salud.

Mientras había recursos, la dinámica de precios se regía por la puja distributiva entre todos los proveedores. Pero cuando los recursos comenzaron a ser escasos, este sistema se complicó.

Desde ISALUD se hicieron varias investigaciones. Una de ellas analizaba cómo crecían los pasivos sectoriales, es decir, cómo se iba rompiendo y erosionando progresivamente la cadena de pagos. En algún momento, esta situación iba a estallar.

Los proveedores aumentaban sus precios cubriéndose del riesgo que implicaba cobrar mal o, directamente, no cobrar. Esta situación generaba una inflación ilegítima en el sector, que no se traducía en mejores condiciones de vida ni en mejores condiciones de salud. La Argentina tenía el mayor gasto en salud de América Latina y, pese a esto, no tenía los mejores resultados sanitarios. En este contexto, la Argentina era ineficiente.

En el contexto de emergencia, primó el interés colectivo y se logró definir un Programa Médico Obligatorio bastante más coherente y sustentable con los recursos disponibles.

Se consiguió que el Ministerio de Economía asignara al sector cuatro millones de pesos (un millón de dólares). A este efecto, el ministro de Salud propuso establecer prioridades y elaborar un primer diagnóstico para la ejecución de estos escasos recursos. La falta de consenso con las provincias, generó algunos conflictos.

Con un fuerte espíritu conciliador se consiguió armar un listado de insumos. En esta instancia, ningún ministro provincial pensó en incorporar insumos para la Atención Primaria de la Salud (APS) y, en su lugar, se planteaba como prioridad absoluta su asignación a los hospitales. Entonces, el ministro de Salud de la Nación intentó redistribuir los fondos de los préstamos internacionales para el sector.

Se planteó un acercamiento al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para que, a través del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS), pudieran asignarse recursos para la provisión de insumos para la Atención Primaria de la Salud.

Se publicó en la página web del Programa Remediar una reseña que describía los antecedentes internacionales de programas de provisión pública de medicamentos en Atención Primaria de la Salud. Entre ellos, existía una iniciativa implementada en Brasil llamada “Farmacia Social”, que incluía botiquines con medicamentos producidos en laboratorios públicos que eran distribuidos en los municipios.

Para la implementación local del programa, se determinó la necesidad de elaborar un seguro que incluyera un talonario de prescripciones. La propuesta inicial planteaba la distribución de talonarios en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), que habilitarían la dispensa de los medicamentos en las farmacias. Sin embargo, los farmacéuticos demandaron cobrar una cápita para realizar esta tarea y el BID no permitía ese mecanismo. A su vez, este organismo había establecido numerosas condiciones. Entre ellas, exigía tener un único interlocutor. Tobar, que era jefe de gabinete, pasó a dedicarse exclusivamente a la coordinación del PROAPS, desde donde surgió el Programa Remediar. Otras de las exigencias del BID eran la extensión de un certificado de pobreza y la fotocopia del DNI de cada paciente que fuera a recibir los medicamentos. Se contrató una consultora internacional para analizar la probabilidad del riesgo que tenía el BID si el Programa no funcionaba bien.

En cuanto al equipo de trabajo con el que se llevó adelante el Programa Remediar, durante sus dos años de gestión, Federico Tobar interactuó con aquellos profesionales que conocía de su experiencia de 10 años de investigación en ISALUD, y con quienes compartía códigos.

Si bien el grado de involucramiento con la función no era parejo entre todos ellos, este buen clima laboral generó cierta mística, compromiso y colaboración. Por un lado, el Programa contaba con financiamiento, cuando los recursos eran escasos. Por otro lado, existía una dinámica de trabajo interesante.

La batalla más importante fue por garantizar la universalidad de la cobertura del Programa Remediar. Se defendió la llegada del Programa a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud de todas las localidades del país. También se rechazó la modalidad del experimento poblacional⁸ que prima en la mayoría de los programas de financiamiento externo. A este efecto se argumentó que este tipo de proyectos no genera derechos en la población, de modo que una vez que desaparece el proyecto vuelve la necesidad sin haber sido resuelta. Por tratarse de un Programa nacional, retirarlo implicaría un costo político mucho más alto. De esta manera, el Programa Remediar seguirá vigente más allá de lo establecido por el préstamo inicial.

Cuando los medicamentos empezaron a llegar a los CAPS, se incrementó la demanda por los botiquines de Remediar y se dio una fuerte y difícil disputa entre diversos actores, como el PAMI o algunos diputados, que demandaban recibir parte de dichos insumos. Por este motivo, fue fundamental la convicción, el apoyo y la firmeza del ministro de Salud de la Nación en cuanto a los lineamientos del Programa para mantenerlo vigente⁹.

La distribución de botiquines en los CAPS por parte de un Programa nacional avanza sobre la política de descentralización. Desde la lectura de Federico Tobar, en este sentido, hubo tres momentos en la gestión.

El primer momento, en plena crisis, fue el inicio del programa. En este contexto, cualquier medida era aceptada para salvar las necesidades de la población.

En un segundo momento, se dio una crítica muy fuerte donde Tobar sintió estar sin apoyo de nadie. En esa etapa, hubo dos aliados importantes y muy grandes: el BID, el chivo expiatorio, culpable de todos los males que sirvió como escudo para muchas medidas; y la Iglesia, que al principio fue vista como un problema, pero luego se constituyó en una aliada.

Un tercer momento fue cuando los ministros de Salud provinciales comenzaron a ver que el Programa Remediar resolvía problemas que les competían. Amira Santillán diseñó un informe emitido por el Sistema de Informaciones del Programa Remediar, que se distribuyó entre todos los ministros de Salud provincial. En los COFESA se les entregaba a los ministros una carpeta configurada de acuerdo al stock y al monto de dinero transferido a la provincia. Así, la relación con los ministros provinciales, que al principio era muy tensa, se volvió de gran cordialidad.

El mecanismo de incorporación de los CAPS fue un tema de discusión. En este aspecto, el Programa Remediar tuvo dos etapas diferenciadas: primero se incorporó en un grupo de CAPS y, luego, se masificó y generalizó.

Se emitió un botiquín de 21 productos que permitió poner en marcha el Programa pero no llegó a cubrir todos los CAPS del país cuando la propuesta se generalizó. En este sentido,

⁸ La noción del experimento poblacional implica que el financiador externo implementa el proyecto en forma experimental, es decir, en forma focalizada y durante un lapso de tiempo reducido. Se establecen consecuentemente diferencias en el acceso a los beneficios de dicho proyecto en la población. Y cuando finaliza el proyecto experimental, el financiador retira el proyecto y, con él, sus beneficios desaparecen volviendo a la situación de necesidad inicial.

⁹ El presidente Eduardo Duhalde apoyó con firmeza la implementación del este Programa y su sucesor, el ex presidente Néstor Kirchner, manifestó más reparos para aceptarlo. De hecho, la provincia de Santa Cruz fue la última en aplicar el Programa Remediar.

se les pidió a las provincias que determinarían las zonas prioritarias. Asimismo, había que tener en cuenta las condiciones que establecía el BID para otorgar los fondos para la prestación del Programa. Algunas de ellas eran capacitar a los beneficiarios y otorgarles un certificado de acreditación, identificar su domicilio y verificar que la dirección fuera la correcta, y que se pudieran determinar la cantidad de médicos y de horas-médico trabajadas.

De acuerdo con estas condiciones, el BID iba habilitando a los CAPS, y el Gobierno iba ofreciendo las prestaciones del Programa a cada uno de ellos. La intervención del BID en este proceso permitió que el modelo no se corrompiera mediante la utilización política del Programa.

En la actualidad, el Programa Remediar tiene un catastro, es decir, un censo de CAPS de todo el país.

La incursión de los laboratorios públicos también generó mucha discusión. En particular, se plantearon dudas sobre las licitaciones abiertas para la compra de remedios y acerca de si los laboratorios públicos debían o no ser los principales proveedores.

En el momento de implementación del Programa fue necesaria una solución de emergencia, ya que el proceso de licitación pública internacional demora al menos seis meses.

Se inició una batalla con los laboratorios públicos cuando el BID recibió la información de que los medicamentos se comprarían en estos laboratorios. El representante de los Estados Unidos en el BID amenazó con cancelar el préstamo.

Finalmente, se logró que el BID autorizara una licitación nacional mucho más rápida. A este efecto, se negoció que los laboratorios públicos estuvieran habilitados para participar de la licitación como cualquier otro, lo que implicó que prácticamente no se presentaran, en tanto no cumplían con los requisitos para acceder a dicha condición.

En la actualidad, algunos laboratorios públicos tienen registro ante la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), con sólo unos pocos productos habilitados¹⁰.

A pesar de que el mandato era la concertación, no hubo suficiente capacidad de conciliar con los intereses de los productores públicos. Lamentablemente, aunque nuestro país tiene un gran número de laboratorios públicos con bastante capacidad de producción, estos no cuentan con una política inteligente para aprovecharlos.

3. Actores: alianzas y oposiciones

En la coordinación del Programa Remediar, Tobar contó con el apoyo fundamental del ministro de Salud de la Nación, Ginés González García.

Los actores más conflictivos de la gestión fueron los ministros de Salud provinciales. En un principio, la relación con ellos fue de total enfrentamiento y resistencia.

En el Congreso de Atención Primaria de la Salud (APS) organizado por la provincia de Mendoza en julio y agosto de 2002, donde participaron representantes del Área de Atención Primaria de la Salud de todas las provincias, se presentaron numerosos (y auténticos) reclamos.

¹⁰ En los primeros COFESA, se luchó tenazmente para que el Director Nacional del ANMAT –en ese momento, el Dr. Manuel R. Limeres– liberara el registro de productos de los laboratorios públicos. Limeres rechazó fuertemente esta medida defendiendo la calidad por sobre todas las cosas.

Se terminaba de evaluar la primera licitación nacional del Programa Remediar, que no había sido exitosa, ya que sólo se habían podido comprar 21 de los 51 productos licitados.

Con el tiempo la relación fue mejorando, aunque nunca se llegó a intensificar lo suficiente. En este sentido, si bien el COFESA está activo y es importante, el Programa Remediar podría trabajar mucho más profundamente con las provincias.

La Iglesia fue una aliada del Programa aunque, en un principio, la relación fue conflictiva. Cáritas, quien tenía botiquines y dispensarios en muchas parroquias, exigió la prestación del Programa. Esta demanda le fue denegada puesto que las parroquias no contaban con médicos y con el modelo de atención con prescripción, que eran requisitos necesarios para que los botiquines fueran entregados.

Ante esta situación, la Iglesia atacó fuertemente al Programa. Un obispo de Jujuy envió una carta a los diarios, en la que criticaba el modelo, por su absoluta centralización en Buenos Aires.

El gerente de participación del Programa Remediar trabajó para lograr el apoyo del Episcopado. Se organizó una reunión con todos los obispos, se plantearon los lineamientos del Programa, se solicitó el apoyo de la institución y se llegó a un acuerdo. Se propuso que la red de Cáritas hiciera el control social del Programa. Y esto resultó una buena salida.

También se incorporó a la Cruz Roja, una red internacional con representación en todo el país.

Se armó un Consejo Asesor Intersectorial integrado por otras entidades, como UNICEF, la Confederación Médica Argentina y la Confederación Farmacéutica Argentina.

Lo imponente de esta política fue que movilizó a 3000 voluntarios de Cáritas y de la Cruz Roja, que recorrieron los CAPS de todo el país. No fue un trabajo riguroso pero otorgó un apoyo que políticamente era muy importante.

También hubo conflictos con los municipios del conurbano bonaerense. Esto era particularmente grave porque es allí donde peor funciona la salud pública. Sin embargo, con el apoyo de la Iglesia el conflicto adquirió otro tenor. No era lo mismo un enfrentamiento con el Gobierno que con la Iglesia.

4. Obstáculos o dificultades

Uno de los principales obstáculos con los que se enfrentó Federico Tobar al iniciar la gestión en el Ministerio de Salud fue el error de proyección de las políticas postcrisis que elaboró, producto de cierta ingenuidad de quien se inicia en la función pública.

Como autocrítica, Tobar se plantea que el error fue de percepción. Confiaba en que se trataba de una circunstancia que desembocaría en una reforma duradera y sustentable, un nuevo modelo de visión intergubernamental de las funciones de la salud¹¹, donde los municipios se iban a centrar en promoción y prevención e iban a abandonar la provisión de los servicios de

¹¹ Federico Tobar, en un artículo que escribió en el año 2002 para la revista de la Organización Panamericana de la Salud, titulado "Cómo curar al sistema argentino de salud", concluye que, "...en aquel momento, tenía una convicción absoluta de que la crisis terminaría en una reforma más duradera, más estructural, más sustentada del sistema de salud argentino. Esta hipótesis se valía de muchos ejemplos y artilugios teóricos. Los artilugios teóricos iban desde el conocido ideograma chino —que usa los mismos trazos para describir crisis y oportunidad— hasta la teoría de Ilya Prigogin que decía que cuando los sistemas complejos entran en una entropía pueden llegar a encontrar un equilibrio más estable, es decir, una homeostasis más duradera. El ejemplo más emblemático fue la redefinición de la canasta básica de prestaciones que cubre la Seguridad Social y la medicina prepaga en la Argentina denominado Programa Médico Obligatorio (PMO)".

salud. Una reforma donde los servicios de salud pasarían a ser integrados en seguros públicos y donde iba a haber un Fondo Nacional que asignaría recursos a las obras sociales. Un nuevo modelo que ajuste los seguros públicos según el riesgo y no en proporción al ingreso del beneficiario, como sucede en la actualidad con el sistema de la Seguridad Social. Un seguro único nacional capaz de cubrir las enfermedades catastróficas, con un sólo comprador de prestaciones de alta complejidad. Si bien hubo voluntad política, nada de esto pasó.

En la Argentina, los municipios tienen presencia en términos de provisión de servicios de salud, lo cual debería estar mejor articulado. Para ello, Tobar contaba con que los municipios pudieran integrarse al COFESA. En este sentido, había propuesto al ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires hacer un COFESA provincial con todos los secretarios de Salud de los municipios. Esto era imposible. Y, consecuentemente, no fue concretado.

Su propuesta se basaba en experiencias extranjeras. Por ejemplo, en Brasil, la máxima autoridad en salud no es el ministro de Salud de la Nación sino la Comisión Gestora Tripartita integrada por los ministros y secretarios estaduais.

Siguiendo con esta línea, cuando se hizo el Plan Federal de Salud, Tobar propuso avanzar en el modelo de división del trabajo con las provincias y los municipios. Finalmente, como suele pasar en la política de salud de la Argentina, los municipios fueron desplazados.

En cambio, se avanzó con la idea de los Municipios Saludables¹². Teniendo en cuenta los proyectos impulsados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre la década del setenta y mediados de la década del noventa, Tobar consideraba este proyecto como un paso atrás en las políticas de salud.

En las gestiones con el Banco Mundial, Tobar fracasó al no poder redistribuir los recursos de los Programas existentes con este organismo¹³. Si bien hubo reuniones y discusiones que fortalecieron los lazos, no se consiguió un aporte adicional. Se logró cierta flexibilidad pero con los mismos recursos con que se contaba.

En la gestión del Programa Remediar, Tobar se encontró con la dificultad de que muchos laboratorios no querían cotizar para los botiquines por creer (por carecer de información adecuada) que se trataba de un Programa que ofrecía muestras gratis. Efectivamente, al ver que en los medicamentos no se podía mencionar el nombre comercial y que estaba prohibida su venta, algunos laboratorios optaron por retirar su oferta, inclusive luego de haber sido preseleccionados.

Por otro lado, mientras el Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas –orientado a enfermedades de baja incidencia y alta costo– avanzaba, se iba creando un mercado de aseguradoras –similar al de las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo– totalmente contrario al proyecto de Tobar. Éste último se basaba en un único asegurador que definiera el tipo de cobertura, la población cubierta y el proveedor. Sin estar dentro del PMO, este seguro estaría disponible para todos los argentinos a través de un único seguro que comprase las prestaciones privadas y públicas. Se trataba de un modelo muy regulado, “si se quiere, hasta un tanto stalinista”, define el mismo Tobar, que estaba muy lejos de cumplirse.

¹² Municipios Saludables es una estrategia impulsada por Organización Mundial de la Salud (OMS) que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) introduce en América Latina a partir del año 1991. A fines de esa década, llega a la Argentina promovida por el Ministerio de Salud de la Nación y la representación de OPS en el país (<http://municipios.msal.gov.ar/>).

¹³El Banco Mundial tenía dos programas: el programa de SIDA y el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). El Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESAL) ya estaba prácticamente cerrado.

5. Aprendizajes y logros

Se logró cumplir el mandato de pacificar y demostrar que con políticas activas se puede resolver la crisis.

La situación económica mejoró y la Atención Primaria de la Salud (APS) se fortaleció. Aunque no hubo un cambio de actores y de roles importante.

Se aprendió que para la gestión pública es indispensable contar con tecnología, discursos para implementar o formular políticas, e intervenciones e hipótesis de intervención factibles.

Asimismo, para que haya factibilidad técnica hace falta viabilidad política y sustentabilidad financiera. Posiblemente, faltó capacidad administrativa y capacidad técnica para generar los cambios. Y quizás el optimismo con el que Tobar llegó a la gestión no era compartido por el resto del equipo.

Tobar reconoce haber comenzado con cierta ingenuidad. Creyó, como técnico, que era todo una “cuestión de saber” y subestimó la viabilidad política de sus propuestas.

6. Evaluación de la gestión

Compañeros en el campo académico, Federico Tobar y Ginés González García no habían planificado nunca el trabajo conjunto en la gestión. Incluso, en varias oportunidades, González García había expresado explícitamente que el espacio de desarrollo profesional de Tobar no era la gestión sino la academia. Paralelamente, Tobar no se define como funcionario, y reconoce las debilidades de su gestión, su falta de formación en ese perfil y su escaso conocimiento del ámbito político.

Al irse del Programa Remediar, Tobar publicó una carta de despedida en el Boletín del Programa. Dejó el Ministerio de Salud en buenos términos con sus autoridades y con una valoración positiva de la experiencia adquirida.

Tobar se alejó del cargo pero no de la gestión. Desde el año 2004 hasta la actualidad, logró formular e implementar algunos programas de provisión de medicamentos en otros países de América Latina, contratado por el BID, y colaboró con el Ministerio de Salud en la formulación de Programas.

En términos de continuidades y rupturas en las políticas implementadas durante su gestión, se observa que:

- No se logró generar una capacidad de fiscalización fuerte que permita que la práctica política trascienda el contexto de crisis, favorable para la implementación de este tipo de medidas.

- La crisis había mejorado la predisposición de las provincias para el diálogo. Sin embargo, en la actualidad este diálogo se suspendió, así como la articulación entre los Gobiernos provinciales y el Gobierno nacional.

- El modelo de poscrisis podría haber tenido un impacto sanitario significativo si hubiese articulado mejor la relación Nación–Provincias–Municipios.

- No se logró crear una Comisión Nacional o una Agencia que evalúe la tecnología incluidas en el PMO, no por falta de capacidad técnica sino por un juego de intereses que frenó las innovaciones.

• Hay un retroceso en la práctica política. El Programa Remediar siguió adelante, pero la prescripción por el nombre genérico no se universalizó, ya que el farmacéutico no tiene incentivos para efectuar las sustituciones por medicamentos más baratos si cobra en forma proporcional a sus precios. Paralelamente, el médico tampoco tiene incentivos para prescribir por nombre genérico, dado que no existen controles de esta índole por parte de las obras sociales o medicinas prepagas. De esta manera, quienes lo controlan y lo exigen “hacen militancia política”, reconoce Tobar.

• A pesar de ello, el acceso a los medicamentos ha mejorado en líneas generales. La posibilidad de comprar el medicamento más barato existe¹⁴. Asimismo, se abrió la competencia y los laboratorios líderes en ventas, para no perder sus nichos de mercado, también redujeron sus precios promedio. Hoy los medicamentos son más accesibles y existen más alternativas viables del mismo producto.

• El interés de sustituir las marcas comerciales por productos genéricos dependen de muchas variables que fluctúan notoriamente entre clases terapéuticas, es decir, ya sean antibióticos, analgésicos, productos oftalmológicos, antiinflamatorios¹⁵.

• En el acceso influye la situación económica de las personas. Un indicador que incide en la utilización de medicamentos por nombre genérico es el nivel de ingreso, ya que se observa que los sectores populares recurren a segundas marcas. Para ello, asisten a las farmacias y preguntan por el medicamento más barato. Esto demuestra que el Programa Remediar tuvo un impacto sobre la equidad en el acceso a medicamentos.

Es necesario ampliar este debate, construir puentes en el mediano plazo entre los tres “edificios” de la protección social en salud —el sector público, las obras sociales y la medicina prepaga— en función de la protección frente a patologías concretas.

Si todos los programas del Ministerio de Salud tuvieran esta lógica, se podría llegar en cinco o seis años a un sistema de programas con flujos de financiamiento adecuados, que trabajen en forma descentralizada. Este proyecto, que implicaría “reinventar el Ministerio”, es difícil de implementar no sólo porque requiere conocimiento especializado sino que también necesita de la presión de la población.

Quienes asisten a los CAPS son los sectores de menores recursos y no la clase media, que sí concurre a los hospitales públicos. Cuando la clase media utiliza los servicios públicos se da una alianza de clases que facilita el reclamo por la calidad y en contra del deterioro de los servicios. En cambio, cuando el servicio se focaliza en los pobres, se deteriora.

Es preciso llegar al acuerdo de que se requiere generar un modelo más homeostático y más estable, más equilibrado y más equitativo. Además de las competencias, hay que desarrollar actitudes y habilidades desde adentro del Ministerio de Salud, partiendo de la construcción de una visión de conjunto.

¹⁴ No hay aún criterios farmacológicos que aseguren que las segundas marcas no curan. Y hasta tanto esto no suceda, se debería seguir creyendo en la buena práctica de manufactura que el ANMAT garantiza.

¹⁵ “La prescripción por nombre genérico (sólo o con la marca comercial en la receta) es relativamente más frecuente en medicamentos antihistamínicos, antialérgicos, antibióticos, antiarrítmicos y antianémicos. Se consigna el nombre genérico exclusivamente con relativa mayor frecuencia en el caso de broncodilatadores, antianémicos, antihistamínicos, analgésicos y medicamentos para terapéutica tiroidea”, en Resultados comparados de las investigaciones realizadas en el marco del Estudio Colaborativo Multicéntrico: *Utilización del nombre genérico de los medicamentos*, Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) del Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, diciembre de 2003 (p. 21).

③ Atención Primaria de la Salud en Córdoba: el desafío de abandonar una concepción medicalizada de la salud

Enrique Rozenblat, coordinador del PROAPS en la provincia de Córdoba (2001-2007)

INTRODUCCIÓN

El concepto de gestión en salud involucra no sólo la identificación de una estrategia de acción sino también que se precise el modo de articulación de mecanismos que permitan que esa estrategia sea llevada a cabo.

En el contexto argentino esto cobra extrema relevancia, en tanto la gestión descentralizada de la salud involucra cierta inserción en el medio provincial o municipal donde se desarrolla, la interacción con médicos, instituciones sanitarias, agremiaciones, prestadores, entre otros, así como también un vínculo permanente con el Gobierno nacional. En la gestión de cada uno de estos tres niveles -municipal, provincial y nacional- no existen necesariamente enfoques similares acerca de las prioridades y herramientas a ser utilizadas. El caso del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) en la provincia de Córdoba involucra a varios de estos elementos de gestión.

En primer lugar, introduce la necesidad de acordar una estrategia sanitaria local dentro de la provincia, lo que implica un alineamiento de intereses de prestadores públicos y privados al interior de la gestión.

En segundo lugar, lograr que un programa con financiamiento internacional sea aprobado, apoyado y apropiado por las autoridades políticas a nivel local constituye otro desafío, que además de la sustentabilidad financiera del proyecto involucra la continuidad política de la iniciativa que se está llevando a cabo. Más allá de eso, esta sustentabilidad requiere de la interacción y el enriquecimiento de la estrategia local dentro del contexto político nacional. El desafío es aún mayor cuando un proyecto de estas características debe llevarse a cabo dentro de un marco de inestabilidad macroeconómica.

La experiencia del PROAPS en Córdoba muestra cómo estos elementos de micro, meso y macrogestión son llevados a la práctica, y cómo la gestión de la Atención Primaria en Salud (APS) no sólo es un ámbito circunscripto a conceptos de medicina y sanitarismo sino que va más allá, e involucra habilidades de gestión y el establecimiento de consenso de intereses.

PERFIL DEL EXPOSITOR

Enrique Rozenblat

Enrique Rozenblat es médico, formado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Es egresado de la Escuela de Salud Pública, con especialización en Administración Hospitalaria, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Profesor invitado en Servicios de Salud en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California (Los Ángeles). Es especialista en Medicina Sanitaria, con certificación de la Asociación Médica Argentina (AMA).

En los últimos 30 años, se ha desempeñado en diversas áreas: administración de servicios, obras sociales nacionales y provinciales, administración de recursos humanos, salud pública, docencia, educación médica, administración y desarrollo de proyectos en el país y en el extranjero.

Ha sido director del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich dependiente de la entonces Municipalidad de Buenos Aires, entre 1988 y 1996.

Fue consultor en recursos humanos y capacitación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de la Sociedad Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ) y de la Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (DSE). También fue consultor del Programa Ampliado de Inmunizaciones, entre 1979 y 1999, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Actualmente es profesor asociado y es director del Curso de Diplomado en Gestión de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Ha sido profesor asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública (España).

Ha publicado más de 10 trabajos y dictado cursos y conferencias en el país y el extranjero. Desde 2002, es coordinador del Programa de la Reforma de Atención Primaria de la Salud (PROAPS) y de la Sub-Unidad Ejecutora Provincial (SUE) de la provincia de Córdoba.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

El contexto institucional no sólo se caracteriza por la presencia de un cambio de gobierno y, por lo tanto, de un cambio de concepción de gobierno, sino que se enmarca en la crisis de 2001. Frente a ello, se debe gestionar en un contexto de redefiniciones sobre todo en un eje complejo: el sistema de salud. Es imprescindible reconocer que en el sistema de salud hay conflictos y hay crisis. Es necesario aprender a manejarlos, ya que los conflictos y las crisis sirven para el cambio siempre que no sean crónicos.

La concepción que predominaba era la “medicalización” de todo el sistema de atención de la salud. Es decir, una concepción que sostiene que la salud sólo puede tratarse a través de los médicos. Frente a esta medicalización, se presenta una concepción política que cambia el modelo de atención de la salud.

El Programa de la Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) si bien fue pensado para todo el país, se intentó iniciar el proceso de implementación en tres provincias: Córdoba, La Pampa y Salta.

En Salta no tuvo apoyo de la Legislatura. Y en La Pampa el sistema está manejado por la Corporación Médica, que obstaculizó el desarrollo del Programa. Entonces, se intentó implementar en Chaco, pero también fracasó.

La única provincia que aprobó la iniciativa y la implementó es Córdoba. El flamante gobernador José Manuel de la Sota en ese momento tenía en mente una reforma general del Estado, una Modernización del Estado y, dentro de ella, un cambio en la concepción de la salud.

Para coordinar el Programa, el gobernador y el ministro de Salud provincial convocaron a Rozenblat, entonces director de Planeamiento de la obra social de la provincia de Córdoba.

La trayectoria de Rozenblat, su acercamiento a la medicina y luego a la política, se fue construyendo “un poco por azar”, según recuerda. Participó durante bastante tiempo en el Movimiento Estudiantil Universitario, siendo presidente de uno de los grupos de la Facultad de Medicina. Ese fue uno de sus primeros accesos a la vida política.

Trabajando en la guardia del Hospital Fernández conoció a un director que comenzaba a organizar la administración científica de directores. Hasta el momento, el responsable del hospital era un administrador que no tenía conocimientos médicos, sino que acumulaba 40 años de experiencia en el hospital manejando la contabilidad. Como le gustaba la administración, Rozenblat pasó a organizar historias clínicas. Andaba “con un libro de Medicina y otro de Administración”, define gráficamente.

Su formación en Administración se afianzó siendo gerente de una obra social. También fue docente en la Escuela de Salud Pública y asesor del director del Hospital Fernández para luego ser elegido director asistente.

Ya como coordinador del PROAPS en la provincia de Córdoba, destaca que, en nuestro país, la implementación del Programa tuvo un problema de gestión: se legisló antes de definir su concepción. En cambio, en Canadá, el proceso se dio a la inversa. Un grupo de concepción socialista que manejaba una provincia muy pequeña – Saskatchewan – diseñó un sistema de salud que se extendió a todo el país. Sólo cuando 70% de las acciones de ese Seguro de Salud estaba en todo el país, sancionaron la Ley del Seguro de Salud. Ello da cuenta de un aprendizaje a adquirir: comenzar por las acciones, gestionar tomando conocimientos previos. En este caso,

aprender de funciones de Atención Primaria de la Salud (APS), desde una perspectiva no medicalizada, es decir, evitar asignar un médico de familia como barrera para pasar a otros niveles. Rozenblat propone avanzar desde una concepción integral de la política, una concepción socioeconómica de la Atención Primaria de la Salud (APS), que llegue a una concepción de derechos humanos que permita una visión social y económica, legislativa, integral, sustentable y con presupuesto suficiente.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

En los primeros años de la crisis, el Ministerio de Salud de la Nación implementó el Programa Remediar¹⁶. Como su implementación era prioritaria, se redestinaron diez millones de dólares del PROAPS al Programa Remediar¹⁷.

El desarrollo de la gestión de un Programa de esa magnitud requería definir un tipo de gestión adecuada para los conocimientos disponibles.

El financiamiento del Programa fue de 40 millones de dólares. Estaba financiado por el BID (un 60%) y por la provincia (un 40%). Fue desarrollado por la Sub-Unidad Ejecutora dependiente de la Agencia de Financiamiento¹⁸.

Frente al Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Ministerio de Salud de la Nación inició un proceso de rediseño del plan de desarrollo del PROAPS. En términos formales existía un marco conceptual y líneas de trabajo pero no existían equipos de trabajo, recursos humanos, infraestructura ni recursos físicos. El desafío del Programa era desarrollar una política sustentable en el tiempo, con apoyo político y credibilidad, tanto frente al Gobierno nacional como frente al propio BID.

Lentamente se empezó a resolver este problema en términos de proyectos, presupuesto y equipo de trabajo. Se redactaron normas operativas y se plantearon los ejes de la infraestructura económica y financiera.

El equipo de trabajo conformado para llevar adelante el Programa se configuró mediante mecanismos transparentes y ágiles: luego de un examen y una entrevista, se pasó la solicitud al Ministerio y, finalmente, al BID. Asimismo, se contrató una auditoría externa para controlar este proceso y acelerar la contratación. Si bien la auditoría se hacía *ex post*, la transparencia se garantizó poniendo a disposición de los auditores toda la documentación. Así, el Programa pasó de contar con tres personas a tener, actualmente, alrededor de 70. Paralelamente, el Ministerio de Salud de Córdoba había desarrollado equipos de Salud Familiar que estaban trabajando en la comunidad, en Prevención, Promoción y Atención Primaria de la Salud. Esos grupos trabajan fundamentalmente en los domicilios, no en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

¹⁶ Programa que surge en el período 2001-2003, en el peor momento de la última crisis, como una política del Ministerio de Salud de la Nación cuyo eje es la distribución de medicamentos en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Al respecto, ampliar en el capítulo 2 de este mismo volumen.

¹⁷ Antes de definir esta reasignación de recursos, el PROAPS de Córdoba había desaparecido del Boletín Oficial y, con él, los cincuenta millones de dólares que lo financiaban. El gobernador debió denunciar este hecho al Ministerio de Salud de la Nación y el Programa reapareció pero con una deducción de diez millones de dólares, que serían reasignados al Programa Remediar.

¹⁸ Esta Agencia se creó en el año 2000 con la función de tomar todos los préstamos internacionales y evaluar precios. Se trata de una estructura creada por el Proyecto de Modernización del Estado.

En términos de infraestructura, se consiguió un lugar de trabajo. Primero se utilizaba un espacio muy reducido del edificio del Ministerio de Salud. Luego, el Programa se mudó a un espacio cedido por el Banco de Córdoba que, si bien se encontraba en mal estado, permitió hacer dos o tres divisiones para ubicar al personal y adquirir equipamiento.

Todos los proyectos desarrollados en la provincia son, en primer lugar, evaluados por el Ministerio de Salud Pública de la Nación y, en segundo lugar, por el BID. Finalmente, llegan a la Sub-Unidad Ejecutora para ser implementados. Dada la cantidad de pasos burocráticos a seguir, se intentó que los proyectos sean aprobados rápidamente para poder cumplir con los plazos de ejecución.

El primer presupuesto presentado al BID fue elaborado por dos personas junto a Enrique Rozenblat (antes de conformar definitivamente su equipo de trabajo en el PROAPS), en conjunto con el ministro de Salud de la provincia. A pesar de no compartir la misma concepción política de la Atención Primaria de la Salud¹⁹, el ministro y Enrique Rozenblat pudieron delinear finalmente una política para el Programa.

Con la ejecución del presupuesto se fue conformando la sustentabilidad del Programa. Los documentos eran enviados a la Agencia Córdoba de Inversión y Financiamiento, luego al Ministerio y, finalmente, al BID.

Precisamente, al evaluar los gastos del Programa, se observa que en cinco años de duración, se ha ejecutado 96,5% del presupuesto, lo cual no es habitual en estos préstamos²⁰. Los 40,5 millones de dólares ejecutados en cinco años, se distribuyen de la siguiente manera:

Componentes	Años					
	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Total	2.961.927,48	3.088.504,99	5.164.928,18	8.103.436,62	21.212.384,75	40.531.182,02
Administración y supervisión	143.425,16	128.141,37	210.731,05	211.526,15	225.894,00	919.717,73
Recursos humanos	2.652.397,32	2.756.228,70	3.757.672,42	2.401.484,85	3.883.089,36	15.450.872,65
Sistema de información	0,00	32.942,00	12.688,00	1.805.217,03	6.422.504,88	8.273.351,91
Comunicación social	9.000,00	36.754,00	200.292,14	691.249,86	449.899,00	1.387.195,00
Fortalecimiento institucional	64.107,00	76.448,92	120.212,40	54.364,06	322.181,17	637.313,55
Adecuación de infraestructura	92.998,00	57.990,00	863.332,17	2.939.594,67	9.908.816,34	13.862.731,18

La concepción del PROAPS, a diferencia de otros programas de su tipo, contiene un planteo de la Atención Primaria de la Salud no sólo con un médico de familia que se acerca a la comunidad, sino con un equipo interdisciplinario y un trabajo intersectorial.

En este sentido, se fomentó la participación de la comunidad. Se presentó el Programa “Córdoba Sana”, donde se realizaron concursos para Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en los que se incentivó la presentación de proyectos para el trabajo dentro de la comunidad y unidos a los CAPS. Hubo capacitaciones que facilitaron la elaboración de los proyectos y la organización de sus estructuras internas. Previo al trabajo conjunto, algunas ONG no sólo desconocían la técnica para la elaboración de proyectos sino que, fundamentalmente, no con-

¹⁹ El Dr. Rozenblat considera la política de Atención Primaria de la Salud como “el primer contacto que tiene la población”, involucrando juicios humanos, interrelación entre sectores, participación de la comunidad, etc.

²⁰ Rozenblat compara esta situación con la de otra provincia –aunque sin nombrarla– cuyo préstamo del BID fue de 250 millones de dólares y tienen ejecutados sólo 35 millones de dólares. En la misma dirección se menciona el caso de la informatización de los hospitales en la ciudad de Buenos Aires. Allí no ejecutaron el presupuesto acordado y el plan no prosperó. De acuerdo con el expositor, el porcentaje de ejecución tradicional de este tipo de Programas nunca superó el 50% o 60%.

taban con la estructura legal para funcionar en forma sustentable, lo que reducía sus capacidades de contratación y recepción de dinero.

Se inició entonces un proceso de organización, dictado de estatutos, nombramiento de un Consejo y un Presidente. Se logró trabajar con varias ONG, mediante la convocatoria a concursos. Se hicieron cosas maravillosas como trabajos comunitarios, ómnibus, títeres y teatros que se lograron incorporar a diversos sectores de la sociedad hasta entonces excluidos de las actividades comunitarias.

Como resultado de esta política abierta e inclusiva, se presentaron una gran cantidad de proyectos de los cuales se eligió a los mejores. Finalmente, llegaron a incorporarse 75 ONG, cada una con un proyecto diferente.

La reforma también implicó la descentralización de la atención mediante la construcción de nuevos CAPS y la reforma de algunos de los existentes²¹. A este efecto, se incluyó la elaboración de planos y la organización de licitaciones. Esto fue consensuado con las municipalidades de las que dependen los CAPS, y con el Ministerio de la Salud de la provincia, que es responsable de la gratuidad del servicio ofrecido en ellos. La Legislatura, que representa a cada uno de los departamentos y conoce las necesidades de estos Centros, también fue un actor interpelado en esta reforma. Tanto el Gobernador como el ministro de Salud provincial y la Legislatura, fueron consultados para definir cuáles eran los CAPS que necesitaban reformas y se establecían las prioridades de acuerdo con la caracterización y demanda de los Centros.

Además, se implementó el Plan Informático que introdujo la Historia Clínica Única. Al integrar los CAPS con equipos de Salud Familiar, las acciones interdisciplinarias y la Historia Clínica Única, la gente empieza a generar una mayor relación de pertenencia con el Programa y se fortalece el vínculo. Como resultado, asisten más asiduamente al CAPS.

En cuanto a la dinámica de trabajo, Rozenblat plantea el principio de “flexibilidad” y estimula que los trabajadores intervengan en una diversidad de áreas. Por ejemplo, en tareas muy especializadas como comunicación e informática, el grupo de abogados trabajó con una mirada integral, no limitada a su papel de abogados del área de informática o comunicación, sino como abogados de la institución. De esa manera, todos los miembros del equipo se encontraban involucrados con las tareas de todos, lo que permitió generar un verdadero trabajo grupal, interdisciplinario e interrelacionado.

Como estrategia política, el Programa otorgó libertad a los grupos de trabajo para gestionar los proyectos. Si bien estos se discuten en forma colectiva, una vez aprobados, sus responsables trabajan en un marco de plena autonomía. Una vez constituido el equipo, se despidieron integrantes previos y se incorporaron otros, dando forma al equipo definitivo.

Paralelamente, el Programa debió construir una relación dialógica con el BID y con el Ministerio, con el fin de alcanzar plena credibilidad.

A modo de ejemplo, el BID había solicitado que se cambiase el sistema de pago existente en los Centros por un esquema por incentivos. A partir del aprendizaje del Programa, el cambio acordado fue que los incentivos se pagaran cuando el proyecto estuviera terminado y fuera aprobado.

²¹ La Legislatura y los representantes de los departamentos presentaban demandas locales, a partir de las cuales se inspeccionaban las instalaciones y se organizaban listas de Centros prioritarios para reformar. La Municipalidad entonces comenzaba a construir los Centros, previa escrituración del terreno.

Al comenzar el Programa, se observaron particularmente las prácticas concretas y transparentes que debía desarrollar el Programa. Se contrató una consultoría externa sólo para cuestiones específicas, como es el caso de informática para diseñar el software.

Con respecto a la capacitación, siete mil personas de diferentes profesiones hicieron cursos de capacitación de recursos humanos. Y luego, eran becados para desempeñarse durante tres años en los equipos de Salud Familiar.

El Ministerio de Educación colaboró en la enseñanza a tres mil docentes. Cada uno de ellos recibió una retribución vinculada con la asistencia. Como resultado, quienes fueron capacitados actualmente se desempeñan en casi todos los colegios de la provincia.

Se incorporó a la Universidad como mecanismo de ampliación de la oferta formal en educación de Atención Primaria de la Salud (APS). Sin embargo, y a pesar de que las Universidades eran muy solventes desde el punto de vista académico, no contaban con capacidad administrativa. Desde el Programa, se intentó aportar instrumentos para generar un cambio en este sentido.

Simultáneamente, en Córdoba los municipios asumen la reforma de los CAPS. Hay municipios radicales, justicialistas y de otros partidos políticos. Si bien, queda pendiente la implementación de la Historia Clínica Única, se logró la participación de todos los sectores políticos y se reformaron 150 CAPS en el trabajo con el sector local.

3. Actores: alianzas y oposiciones

La aprobación de este Programa requirió alianzas de todo tipo: con la comunidad, con la Legislatura, con los niveles políticos, con la municipalidad. Se trabajó con actores internos y con actores externos.

Como actores internos, fueron identificados:

- El equipo de trabajo. Es imprescindible que quienes son responsables de los equipos de Salud Familiar tengan una concepción de APS acorde con la visión del conjunto.
- El Ministerio de Salud de la Nación. Se ha trabajado intensamente con dos ministros: Salud y Educación. A pesar de que a veces no hay coincidencias respecto de las acciones prioritarias de APS, ambos ministros no han puesto barreras para el desarrollo del Programa. Esto es importante porque aporta un sustento político al desarrollo de las actividades.
- Otros. La Agencia de Financiamiento, la gobernación de la provincia de Córdoba, los políticos y legisladores provinciales.

Como actores externos, se mencionan:

- Las Universidades, aunque sin mucho éxito.
- Las organizaciones no gubernamentales (ONG). Fueron actores importantes que participaron en la implementación del Programa.
- Los colegios y federaciones médicas. Si bien se mantuvieron neutrales durante el desarrollo del Programa, no fueron neutrales en sus inicios. En un primer momento, la crítica fue muy agresiva. El Programa fue denunciado de haber sido “vendido al imperialismo” y contar con mecanismos que privatizarían la salud pública y que respondían a intereses particulares.
- Otros. Los docentes y los tutores que llevan adelante los proyectos. Debe tenerse en cuenta que el mapeo de actores es interminable.

4. Obstáculos o dificultades

La crisis de 2001 generó un cambio constante de liderazgos. Además, al interior del BID cambiaban los representantes e interlocutores. En el Gobierno nacional, cada quien traía su concepción. En este sentido, no sólo no existía una continuidad en la política de Estado sino que, inclusive, se corroboraba un fuerte intento de diferenciación de gestiones anteriores. Durante el gobierno de la Alianza, cada proyecto y cada propuesta entregada por el Programa al Gobierno nacional eran rechazados.

Por otro lado, la dinámica del trabajo de conjunto e interconectado, que se implementó en el marco del Programa, se enfrentó a una serie de obstáculos producto de la fosilización de la burocracia. En este contexto, resulta complejo redefinir las prácticas y su valoración con una nueva modalidad. De esta manera, aunque claramente fue una fortaleza, el trabajo conjunto con grandes grupos internos y externos de actores de diferentes extracciones, condiciones políticas, formaciones y concepciones, presentó dificultades en la implementación del Programa.

Con respecto a la comunicación nacional e internacional del Programa, existieron innumerables barreras para su difusión. Aunque el Ministerio de Salud de la Nación permitió que se trabajara en libertad, en ocasiones hubo que redefinir el Programa intentando compatibilizar las diferencias entre el Ministerio de Salud provincial y el Programa. Un ejemplo en este sentido es que hubo que dejar afuera de la estrategia de trabajo la integración de los sectores del sistema de salud, que había sido planteado como un avance al sistema unificado de seguro y atención.

Sin embargo, cabe destacar finalmente que los mayores obstáculos enfrentados no fueron políticos, financieros, ni técnicos sino administrativos.

5. Aprendizajes y logros

5.1. Aprendizajes

Los aprendizajes, en términos de gestión de la salud, se dieron en torno a los conocimientos, las acciones y el trato con los recursos humanos internos, externos y con la comunidad.

“La gestión es tomar saberes y tratar de aplicar esos saberes a las acciones que nosotros estamos realizando para alcanzar determinados objetivos”, define Rozenblat. Al asumir la responsabilidad de un Programa, se intentan aplicar los conocimientos capitalizados en experiencias anteriores. Enrique Rozenblat hace alusión a su propia experiencia más allá del PROAPS en el Hospital Argerich y en el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

5.2. Logros

Si bien en términos políticos Rozenblat inició su gestión en muy buenas condiciones, el desarrollo del Programa y la infraestructura eran deficientes. En el inicio de su mandato, debió elaborar un nuevo presupuesto para revertir esta situación. Con el tiempo se fue acumulando experiencia y credibilidad, fundamentalmente desde el BID. En este sentido, el principal logro mencionado fue la credibilidad que se alcanzó en el extranjero, respecto del desarrollo del Programa, que con la crisis del año 2001, se había perdido.

También se generó una estructura no burocrática sino dialógica. Los coordinadores de cada uno de los grupos (Comunicación, Informática, Fortalecimiento Institucional, etc.) no trabajaron en forma aislada sino de manera conjunta y articulada entre sí. De esta manera, hubo una

participación intergrupala, donde cada uno trabajaba en función de un mismo objetivo y aportaba su especialidad.

En el área de Capacitación, se alcanzaron a capacitar siete mil personas y se formaron tres mil docentes.

En el área de Informática, se implementó la Historia Clínica Única y el tablero de comando. La Historia Clínica Única está funcionando en cinco Centros, sobre la base del desarrollo de un software en conjunto con una empresa del sector privado.

En el área de Comunicación, se hicieron talleres con grupos de la comunidad y de los equipos de Salud Familiar.

En el área de Incentivos, los proyectos implicaron la participación de la comunidad, a través de las ONG. En Córdoba, la temática de salud no sólo es manejada por el Programa, con el apoyo del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación, sino también por los 140 CAPS (con más salas de atención, más equipos de Salud Familiar, rampas para el acceso de las personas discapacitadas, etc.).

Como indicadores relevantes, aumentaron las consultas por violencia familiar (que antes no se hacían) y por planificación familiar. Aumentaron las consultas sobre salud reproductiva. Se repartieron preservativos, lo que no tuvo repercusiones negativas por parte de la Iglesia.

Algunos hitos que marcaron la gestión fueron el apoyo político –no partidario– a la construcción y al desarrollo de este Programa, tanto desde la política interna como desde el BID.

También se logró la sanción de la Ley de Garantía Saludable, que se orienta fundamentalmente a la prevención. Toda la población de Córdoba tiene derecho a tener ese tipo de prestaciones. La ley establece rangos etarios, que definen qué prestación corresponde para cada edad ya sea en el sector público, en el sector privado o en el sector de la Seguridad Social.

Se logró trabajar en conjunto con los ministerios, construyendo una relación horizontal.

El fortalecimiento de la comunicación, la informática, la infraestructura fueron hitos fundamentales en los que se sustentó el Programa.

Este Programa tiene un gran apoyo político, producto de la macrogestión. De lo contrario, no podría haber funcionado.

6. Evaluación de la gestión

Desde el PROAPS se planteó la necesidad de que los Programas sean gestionados por las provincias, siendo los lineamientos generales establecidos desde el Ministerio. Dentro de ese marco, actualmente se encuentra bajo diseño un nuevo Programa denominado “Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud”, aunque aún no se conocen sus competencias y zonas de intervención.

Algunas asignaturas pendientes son:

- Difundir el Programa al resto de las provincias, permitiendo que se conozca en la mayor cantidad de jurisdicciones.
- Desarrollar este Programa en forma continua y sostenida.
- Solidificar los logros alcanzados. Para ello, es fundamental lograr sustentabilidad en la participación de la comunidad, y en la aplicación de la Ley de Garantía Saludable, de las pres-

taciones de la Canasta Básica y de la Historia Clínica Única.

- Llevar adelante la integración de los sectores del sistema de salud.

Existe en la actualidad un equipo trabajando en este Programa, al tiempo que existen grupos trabajando en cada una de las áreas y municipios cubiertos.

La Atención Primaria de la Salud ha dejado de ser una estrategia para transformarse en una filosofía. En este sentido, abarca a los Derechos Humanos, al trabajo en equipos interdisciplinarios, al acceso a la salud por parte de toda la comunidad –no de un sector de la comunidad ni de una medicina para pobres– y al trabajo por la salud y, sobre todo, por la prevención.

④ La experiencia neuquina de Atención Primaria de la Salud. Un caso pionero de modelos locales de gestión

Néstor Perrone y Elsa M. Moreno, Subsecretaría de Salud de la provincia de Neuquén (1970-1973)

INTRODUCCIÓN

En la Argentina federal y descentralizada, cada provincia cuenta con un amplio nivel de decisión en el diseño y la gestión de las políticas sanitarias locales. La capacidad del Ministerio de Salud de cada jurisdicción es crítica al momento de identificar las necesidades de salud de la población, y de establecer la estrategia sanitaria y la articulación de mecanismos que identifiquen prioridades y metas a ser alcanzadas. La provincia de Neuquén es considerada una de las jurisdicciones pioneras en esta dirección.

Según datos de 2003, Neuquén destina aproximadamente 360 pesos por persona en salud pública, constituyendo este monto 13% del Producto Bruto Geográfico (PBG) de la provincia. Este dato representa la mayor asignación pública de salud por persona y el mayor peso porcentual de la inversión en salud dentro de la estructura federal argentina.

Asimismo, la provincia cuenta con una tasa de mortalidad infantil que es la tercera en el concierto nacional: 9,9 0/00 ante un valor general de 13,3 0/00 en 2005. En esta misma dirección, el porcentaje de defunciones mal definidas es 1,8% del total, valor más de tres veces inferior al promedio del país (7,4%). Complementariamente, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el valor de años totales de vida perdidos de Neuquén fue de 565 años, contra 682 del promedio nacional para el año 2005. Y, aún con 565 años de vida potencialmente perdidos totales es la tercera jurisdicción en el país.

Estos resultados están asociados con una estrategia sanitaria basada sobre la atención primaria en salud que se volvió un ejemplo a nivel local e internacional. Esta estrategia se inició durante los años setenta y fue liderada por Elsa Moreno y Néstor Perrone.

En las siguientes páginas se intenta resumir de algún modo cómo esa estrategia de gestión local se gestó y llevó a cabo, lo que permitió fundar un modelo sanitario que hoy cuenta con resultados sobresalientes en el contexto nacional.

PERFIL DE LOS EXPOSITORES

Néstor Perrone

Es médico y doctor en Medicina, egresado con Diploma de Honor de la Universidad de Buenos Aires, donde también se diplomó en Salud Pública. Pocos años después, obtuvo el Diploma en Planificación Social, otorgado por la Universidad de Londres.

Fue director del Hospital Rural Los Menucos, en la provincia de Río Negro, y médico concurrente de la Cátedra de Ginecología del Hospital Nacional de Clínicas. Participó del diseño y organización de Programas de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Neuquén, desde la Subsecretaría de Salud de la provincia.

Actualmente, es docente de postgrado, especialista en proyectos de desarrollo integrado y participación comunitaria.

Cuenta con una amplia experiencia en la gestión y evaluación de redes de salud, en la evaluación de proyectos y de programas de salud, y en el diseño de programas de enseñanza de administración en el sector.

Elsa M. Moreno

Es farmacéutica y médica pediatra, egresada de la Universidad Nacional de Tucumán. Ha realizado estudios de postgrado en Clínica Médica (Universidad de Madrid), Pediatría Social (Universidad de Chile), Salud Materno Infantil y Salud Pública (Universidad de Buenos Aires) y Educación Médica (Universidad Nacional de Tucumán).

Entre 1966 y 1968, se desempeñó como subsecretaria de Salud de la provincia de Tucumán. Y, desde 1971 hasta 1973, fue subsecretaria de Salud de la provincia de Neuquén. Entre 1973 y 1976, fue directora Nacional de Salud Materno Infantil en esta misma provincia. En 1991, fue nombrada secretaria de Salud Pública del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Posteriormente, fue supervisora del Programa de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación y subsecretaria de Salud de la provincia de Tucumán.

Fue docente de Salud Pública en la Universidad de Buenos Aires, en la Universidad del Comahue y en la Universidad Nacional de Tucumán, donde ejerció como directora de la Maestría de Salud Pública. Actualmente, es docente en el Doctorado de Enfermería (Universidad Nacional de Tucumán), en la Maestría de Salud Pública (Universidad Nacional de Tucumán, de Cuyo – Mendoza, de Córdoba, de Salta y de Catamarca).

Desde el año 2001, es miembro permanente del Grupo Asesor Técnico del Programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de la Organización Panamericana de la Salud (oficina regional de la Organización Mundial de la Salud).

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

1.1. El país

Moreno y Perrone llegan a Neuquén en 1970. En ese momento, el Gobierno nacional estaba en manos de militares que, bajo el mando del Gral. Onganía, habían tomado el poder mediante un golpe de Estado en 1966.

En la década del sesenta el desarrollismo adquiere un auge no sólo a nivel nacional sino también internacional. En nuestro país, esta política de planificación para el desarrollo implicó una mayor descentralización provincial, la planificación y la regionalización del país. El gobierno de facto argentino adhirió a esta tendencia, que se concretó por medio del desarrollo de regiones sanitarias, y la creación del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y de los Consejos de Planificación y Acción para el Desarrollo (COPADE). En 1970, a propuesta del ministro Francisco Manrique, se promulgó la Ley 18.610 que consolidaba el sistema de obras sociales. Desde el Ministerio de Salud de la Nación, el secretario de Salud, Ezequiel Holmberg, impulsó las políticas de desarrollo sanitario en el interior. El Instituto de Planificación y Organización por Regiones creó las Delegaciones Sanitarias, que fueron otro de los mecanismos del gobierno central para intervenir en el desarrollo provincial.

En este contexto, Perrone y Moreno se embarcaron en el Plan de Salud neuquino, al ser enviados a la Delegación Sanitaria Nacional del Comahue. Las ideas allí implementadas tienen su antecedente en el modelo sanitarista de Cuba, la organización regionalizada y la Atención Primaria propiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Asimismo, durante los años sesenta, la Organización de los Estados Americanos (OEA) convocó a una reunión de los jefes de Estado americanos en Punta del Este, Uruguay, que impuso un nuevo ordenamiento del sector público basado en la planificación.

Es decir, la experiencia neuquina de los setenta no utilizó metodologías desconocidas en ese tiempo. Por el contrario, tomó estos modelos diseñados internacionalmente y diseñó un plan de trabajo propio, adecuados a la realidad local. Una realidad que contenía uno de los peores indicadores de salud del país, por un lado, y un crecimiento poblacional importante que dificultaba los diagnósticos y la planificación de políticas públicas acordes con las necesidades.

1.2. La provincia de Neuquén

En la provincia de Neuquén, el sistema de salud presentaba las mismas polaridades y fragmentación sectorial que en el resto de las provincias. Por un lado, el desarrollo del subsector público y, por otro, el correspondiente a las obras sociales. Ambos subsectores se encontraban representados, respectivamente, en el Plan de Salud y la instalación del Policlínico Asociación Neuquina de Obras Sociales (ANDOS).

En 1970, Felipe Sapag²² asumía como interventor en Neuquén. En la provincia, el Gobierno nacional acababa de implementar el esquema de gestión de establecimientos de salud descentra-

²² Felipe Sapag, representante del neoperonismo, fundó el Movimiento Popular Neuquino. Fue gobernador de la provincia de Neuquén en cinco oportunidades: entre 1962 y 1963, entre 1970 y 1972 (como interventor durante el gobierno militar de la autodenominada Revolución Argentina), entre 1973 y 1976, entre 1983 y 1987, y entre 1995 y 1999.

lizados. La Dirección Provincial de Salud se encontraba liderada por Quiroga. En ese año, el Gobernador convocó a Néstor Perrone para que encabezara esta Dirección, con el fin de resolver la seria problemática que atravesaba la provincia en materia de organización sanitaria.

Como diagnóstico del sistema de salud provincial, Perrone y Moreno resaltan la escasa infraestructura sanitaria y las limitaciones de los medios de comunicación y de movilidad (medios de acercamiento a zonas alejadas y de difícil acceso). Prácticamente no existían programas de promoción y prevención de la salud y eran insuficientes las actividades de saneamiento ambiental (agua potable, eliminación de excretas, desparasitación de perros, etc.). Además, existían problemas de acceso a la atención médica, que estaba centrada en la atención de demandas por patologías.

La provincia contaba con una alarmante tasa de mortalidad infantil, con un promedio de 110 por mil nacidos vivos. En algunos lugares, la mortalidad infantil había llegado a 150 por mil. “Si se murieran las ovejas como se mueren los niños, esto sería un muy mal negocio para los ganaderos”, decía el Gobernador.

No existían servicios de neonatología ni pediatras (menos aún, neonatólogos) en ninguno de los servicios del sector público. En un elevado porcentaje, los partos se efectuaban fuera de los ambientes hospitalarios y no se realizaban controles médicos durante el período de gestación. De esta manera, la tuberculosis e hidatidosis así como las enfermedades relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio provocaban la muerte prematura de muchas madres y niños de la provincia.

Sin embargo, los expositores rescatan la tradición provincial en algunos otros aspectos relacionados con la salud pública, tales como la vacunación, que no era común en otras provincias del país. Aunque en forma poco sistemática y desordenada, los médicos salían de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) a vacunar. Por ello, cuando se declaró la epidemia de poliomielitis, Neuquén no presentó ningún caso mientras que en Cipolletti –localidad rionegrina, vecina a la Ciudad de Neuquén– se identificaron numerosos casos.

En términos de recursos humanos, la situación era heterogénea. Al no tener servicio de Neonatología ni de Pediatría en el hospital provincial más importante, estas especialidades eran ejercidas por médicos generales que no estaban específicamente capacitados para ello. Asimismo, la mayoría de los médicos no había recibido ninguna formación de postgrado. Las enfermeras, en general, eran “empíricas”: 82% no tenía título ni formación especializada.

Muchos elementos obstaculizaban la implementación de nuevas políticas. Por ejemplo, el Área de Estadística era indispensable para elaborar el plan integrado que demandaba la provincia. Sin embargo, cuando Elsa Moreno demandó los datos necesarios para la planificación, los trabajadores alegaron que no podían prepararlos porque no estaban incluidos en el Plan Nacional. Esto llevó a que el diagnóstico previo haya sido básicamente cualitativo, basado sobre la información que los mismos actores describían acerca de la situación sanitaria.

En términos de planificación y regionalización, el director de Salud precedente, Quiroga, había iniciado algunos esbozos de regionalización provincial. “Por lo menos, estaba la cosa dibujada”, dice Néstor Perrone. “Había un mapa con regiones, nada más”, sintetiza Elsa Moreno. Es decir, estaba la intención de regionalizar pero no la instrumentación de la política.

Las áreas programáticas se encontraban delimitadas, pero las decisiones de políticas de salud se tomaban a nivel central. Como la política nacional propiciaba la centralización normativa y la descentralización ejecutiva para el desarrollo del sector público, los programas eran gene-

rados por las provincias y las normas generales las establecía la Nación. Esto traía complicaciones, ya que no había flexibilidad con respecto a las planificaciones provinciales que se salían de las denominaciones emitidas por el Gobierno nacional. “Era la época del concepto de plata contra programa”, afirma Néstor Perrone. Tampoco se preveían programas integrados: “Había vacunas, por un lado, y salud rural, por otro”.

Esto da cuenta de que, si bien los programas nacionales eran un apoyo económico para las provincias, desde el punto de vista administrativo hacían más compleja la gestión provincial, convirtiéndose en un juego entre tecnoburócratas nacionales y provinciales. Al intentar que el programa se adaptara a las disposiciones nacionales y respondiera a la tecnoburocracia central, se daba la espalda a los establecimientos de la provincia y se dejaban hospitales desatendidos.

A partir de esta realidad, una de las primeras estrategias de trabajo que delinearon Perrone y Moreno fue dividirse las responsabilidades. “Somos como un diplococo: uno mira para un lado y el otro mira para el otro lado”, definía Néstor. Y resultó. Mientras él contenía las demandas de los niveles políticos y nacionales, ella contenía las demandas técnicas y los requerimientos de los establecimientos sanitarios.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

La elaboración del proyecto de trabajo se realizó en tres meses. Para ello, partió de un estudio general de la provincia.

Uno de los primeros propósitos planteados era conocer el terreno. “Los primeros días me acuerdo que repetíamos el nombre de las localidades. Porque yo no conocía la provincia, yo venía de Río Negro. Entonces, nos tomábamos exámenes hasta que las conociéramos. Repetíamos las localidades para ubicarnos donde estábamos”, recuerda Néstor Perrone.

Se armó la estructura del nivel central y se formó un equipo de salud. Se articularon los esfuerzos individuales, orientados a la gestión, y se respetó la política de regionalización²³ a partir de la conformación de las áreas programáticas. De esta manera, se dividieron las tareas y se asignaron responsabilidades dentro del equipo. Se fijaron los niveles de educación necesarios para los trabajadores de la salud y se buscó gente que estuviera interesada en ser entrenada. Así, se inició un proceso progresivo de capacitación del equipo conformado. A este efecto, se envió parte del equipo a otros lugares del país a hacer cursos en Salud Pública.

Otra estrategia diseñada fue el desarrollo del Programa de Reuniones Periódicas. Este Programa consistía en una mecánica de reuniones mensuales que duraban todo el día, a las que asistían los responsables de las zonas sanitarias, los responsables de la conducción a nivel central y, si correspondía, un especialista de la temática que se abordaba. Cada reunión respetaba una agenda preestablecida.

“Esa reunión era sagrada”, recuerda Elsa Moreno, “mientras estuve en Neuquén, se hicieron siempre, todos los meses, eran las reuniones de los jefes de zona, de las cuales nos traían todas las noticias de lo que pasaba y las necesidades”. Al contar con una rigurosa disciplina de asistencia y permanencia, la dinámica de estas reuniones consolidó al equipo. Se construyó un grupo de trabajo realmente valioso y se mantuvieron siempre activos los canales de información y comunicación.

²³ En aquel entonces la provincia tenía cuatro regiones. En la actualidad, cuenta con seis.

Además de informativa, la reunión era de discusión y debate. Se analizaban las licitaciones, las inversiones, el presupuesto. Existía una delegación técnica y una delegación administrativa. La delegación técnica garantizaba que todos los procesos normados centralmente fueran conocidos, respetados y difundidos. Y la delegación administrativa tomaba decisiones respecto del personal, las compras, etc.

Así como existía el Programa de Reuniones Periódicas con los jefes de zona, las jefaturas zonales mantenían sus propias reuniones periódicas con los directores de hospitales. “Nosotros decíamos algo así como que las jefaturas zonales son la esencia de la estructura, son repetidores técnicos del nivel central y administradores locales del recurso que se le ha delegado”, define Néstor Perrone.

La descentralización –prolija y ordenada– y la concentración de poder en una instancia más micro –sobre la base de la delegación de responsabilidades– fueron el sustento del proceso de regionalización. La responsabilidad primaria recaía sobre el nivel central, pero quienes tomaban las decisiones cotidianas eran los jefes zonales. Fue una dinámica que reorientó las demandas hacia niveles con capacidad de respuesta inmediata y resolución de problemáticas.

Los trabajadores administrativos eran fundamentales ya que, en las reuniones periódicas, ellos movilizaban los expedientes, las licitaciones, las compras, la provisión. La elaboración del vademécum se hacía con la participación de todos los niveles. Se realizaban una o dos compras al año, y se las distribuía a las zonas de acuerdo con los pedidos, donde también se habían nombrado trabajadores administrativos.

El plan integral presentado incorporaba la estrategia de atención primaria y la extensión de la cobertura. Sus programas y actividades se desarrollaron en forma integral y de manera horizontal: salud materno infantil, tuberculosis, salud bucal, nutrición, control de la hidatidosis, etc.

En este sentido, desde el comienzo, la modalidad de trabajo fue de cooperación. La escuela colaboraba con el almacenamiento y reparto de la leche, las vacunas y demás, que se enviaban a los lugares alejados previa llegada del invierno (para evitar problemas en el acceso a estos servicios). Una vez avanzado el invierno, se usaban los vehículos del Ejército y de Gendarmería para que las embarazadas accedieran a los hospitales cuando los caminos estaban intransitables por las nevadas. La Policía facilitaba el teléfono para llamar a los médicos cuando se presentaban problemas en los hospitales que requerían de determinadas especialidades.

Para incentivar el desarrollo de los establecimientos de salud, se implementaron nuevas modalidades de atención como las visitas médicas a poblaciones nucleadas y escuelas. Estas visitas eran programadas. Todos los médicos, como trabajaban con dedicación exclusiva, salían del hospital e iban a las poblaciones nucleadas y a las escuelas en un horario y día particular. Los CAPS fueron abiertos por la tarde, ya que muchos médicos establecían la rutina de ir la mañana al hospital y a la tarde a los CAPS.

La creación de infraestructura sanitaria fue muy importante. Cada quince días, Sapag inauguraba una escuela o un CAPS. Ante tal necesidad de construir hospitales y CAPS, se creó una Unidad de Arquitectos con profesionales cuidadosamente seleccionados y bien capacitados en las obras de la provincia. Los arquitectos hacían los modelos necesarios para construir consultorios externos, CAPS, hospitales rurales y de cabecera. Luego, una vez que Sapag elegía el modelo y se determinaban las dimensiones, se investigaba cuáles eran las localidades donde se requerían CAPS, ambulancias, etc.

En el desarrollo de la infraestructura física, se priorizaron las necesidades del área Materno Infantil y la esterilización central en los establecimientos con internación.

En cuanto a la política de recursos humanos, fue necesario acordar con las autoridades provinciales los lineamientos definidos para la designación del personal. Esto fue así, ya que ni los jefes zonales ni el Director provincial tenían atribuciones en la materia. Las designaciones se llevaban a cabo directamente desde la provincia.

Los lineamientos acordados establecían que, en el nivel central, se fortaleciera el área de Administración. Se incorporó un contador para poder manejar el presupuesto. Luego se tomaron contadores-administradores para los hospitales. De esta manera, se formó un grupo administrativo, que era muy importante tanto en el nivel central como en los hospitales.

En cuanto a la formación y capacitación de personal médico, se implementaron residencias médicas rurales y generales, y la capacitación en Enfermería.

Las residencias se iniciaron con el primer egresado de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires de formación generalista. Cada tres meses, se daba una rotación médica en el interior. En la residencia se formaba a los médicos, se les explicaba el sistema y la mecánica de trabajo, las costumbres locales e indígenas. Así se formaron médicos rurales profesionales y muy comprometidos en su relación con la comunidad. Prácticamente, fueron ellos quienes pusieron en marcha el sistema y permitieron que persista.

Las residencias eran un requisito para acceder al cargo, ya que todos los que eran nombrados debían haber pasado por ella. En segundo lugar, con los lineamientos de este sistema, los profesionales se insertaban en los establecimientos con un conocimiento exhaustivo del área. Sabían cuánta gente había, cuántas eran mujeres, cuántas mujeres estaban en edad fértil, cuántos niños menores a un año y cuántos escolares habitaban el área.

Debido a que no había enfermeras profesionales ni becas de estudio para su formación, la capacitación se llevó a cabo por medio de la contratación de las enfermeras. Una vez contratadas eran enviadas a Rosario, donde finalizaban su capacitación. Posteriormente, fue creada una Escuela de Enfermería.

En relación con la convocatoria de médicos especializados, en primer lugar, se envió a Carlos Arturo Gianantonio (creador de la primera Residencia pediátrica en el país, que funcionaba en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, de la Ciudad de Buenos Aires) un pedido de ocho médicos pediatras bien formados e interesados en participar con dedicación exclusiva en esta experiencia, que implicaba, en algunos casos, residir en zonas rurales de difícil acceso y clima hostil²⁴. A estos profesionales se les ofrecía la vivienda y una muy buena remuneración. Por otro lado, tenían la posibilidad de perfeccionarse mediante especializaciones, desarrollarse en el área de Clínica Básica o Medicina General. Podían tener orientaciones específicas en Salud Materno Infantil, en Clínicas, incluso en Cirugías simples. Todos los médicos aceptaron la propuesta, salvo uno que solicitó una mayor remuneración, lo cual fue rechazado. Quienes ingresaron, constituyeron el soporte para mejorar los servicios de neonatología y pediatría de la provincia. Incluso hoy se han jubilado como trabajadores de la salud neuquinos.

²⁴ Según cuenta Néstor Perrone, los primeros médicos “iban a lugares increíbles. Me acuerdo que a uno de ellos, Valdemarín, que después fue secretario de Salud, lo mandamos a Varvarco. De Chos Malal a Varvarco hay un camino que se llama La Puntilla. Como es un camino de montaña, cuando se nieva, había que acceder a caballo. Entonces este chico agarró el caballo y se fue por el camino de La Puntilla. Y dice que la nieve le llegaba hasta la panza del caballo. Si le llegaba a pasar algo a ese chico, ¡que responsabilidad! Y llegó. Después de mucho, lo fuimos a ver con Elsa, pero en avioneta. Y ahí lo vimos. Estaba muy bien, ya con su mujer. Después a esa zona fue un Vaca Narvaja, ¡uno de los chicos de Vaca Narvaja que era una polenta! Un revolucionario. Estaba en Las Ovejas. Era un tipo muy lúcido”.

Para ser director de un hospital, hasta la actualidad, existen concursos. El director debe concursar junto a su equipo de trabajo. Para ello, debe presentar un programa con un diagnóstico de situación y una propuesta de mejora de dicha situación. El tamaño del equipo de trabajo depende del nivel del establecimiento que se presenta a concurso, pero la gestión dura, en todos los casos, cuatro años.

En segundo lugar, se convocaron médicos de otras especialidades o generalistas, para diferentes lugares. Los protagonistas cuentan, a modo de anécdota, que se priorizaba la contratación de matrimonios profesionales de la salud para cubrir distintas especialidades, sobre todo en zonas rurales.

Asimismo, se convocaron especialistas para organizar el trabajo en cada una de las áreas. A este efecto, se contrató a una nutricionista, para que modernizara el Programa de Nutrición, se incorporó a Dina Tomio, en Enfermería, y se contrató a Elizabeth Christensen en Estadística. El mejoramiento de los registros permitió llevar a cabo las evaluaciones de las actividades y las planificaciones de un modo más acorde a las realidades de la población. La precaria estadística previa se traducía en desinformación e incongruencia entre el accionar médico y la planificación desde el nivel central. Por ejemplo, al principio, Elsa Moreno había realizado aproximaciones y cálculos acerca de la cantidad de niños a los cuales debía distribuirse leche. Sin embargo, los médicos advertían que la leche no era suficiente ya que los niños superaban las estimaciones. En 1970, el Censo Nacional de Población permitió que se conocieran los datos reales y se corroboró el reclamo de los médicos. La población de Neuquén crecía en forma acelerada²⁵. Asimismo, por indicación de Elsa Moreno, el área de Estadística incorporó variables que antes no existían en las planillas de medición, como por ejemplo, la noción de *niño bajo control*. Estas variables fueron definidas y medidas mensualmente para identificar a aquellos que no estaban siendo cubiertos por el sistema. A modo de anécdota, Elsa Moreno cuenta que solía aparecer en los hospitales por la tarde o por la noche para controlar su correcto funcionamiento.

3. Actores: alianzas y oposiciones

3.1. Alianzas

El primer paso de Néstor Perrone, una vez aprobado el proyecto, fue solicitar la contratación de Elsa Moreno, por su experiencia en el área Materno Infantil en la provincia de Tucumán y por su formación en Salud Pública.

Él estuvo en Neuquén durante dos años y ella, tres años y medio.

Elsa Moreno y Néstor Perrone se habían conocido en el año 1968, en la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Él había trabajado diez años en un pueblo llamado Los Menucos (Río Negro) como médico rural y luego en el nivel central. Ella había trabajado en Tucumán, donde regresó al terminar la Maestría y le expresó al ministro de Salud de la provincia su interés en incorporarse al área de Salud Pública. El ministro le negó esa posibilidad, al considerar que su formación en Pediatría era más relevante para la salud pública, en el marco de las necesidades locales. Por este motivo, Elsa Moreno estableció contactos con la Secretaría de Salud de la Nación, en vistas de poder cumplir sus expectativas laborales. Inmediatamente, esta Secretaría le ofreció trasladarse al Comahue, donde había azotado la epidemia de poliomielitis (fun-

²⁵ La provincia fotocopió todas las planillas del Censo Nacional de Población de 1970 antes de remitirlas a Nación. Ese año la población de Neuquén era de 154.143 habitantes. Según el Censo de 2001, la población ha crecido a más del doble: 474.155 habitantes.

damentalmente en Cipolletti). Como la vivienda que le iban a asignar no estaba disponible aún, antes de instalarse en Neuquén, estuvo en las provincias de La Pampa y Río Negro, donde se encontró con Néstor Perrone, quien estaba dando un curso en Administración.

Una de las principales alianzas que posibilitó la efectiva implementación del Plan de Salud diseñado por Perrona y Moreno, fue aquella concertada con el gobernador de la provincia, Felipe Sapag y dos de sus ministros, Alberto Del Vas, de Bienestar Social y Pedro Salvatori, de Economía. Con ellos existía una aceptación mutua: por un lado, se aceptaban las decisiones políticas por parte de los equipos técnicos y, por otro, se respetaban los conocimientos técnicos por parte de los cuadros políticos.

A pesar de ello, las decisiones eran discutidas fuertemente ya que también existían presiones políticas, sobre todo para los nombramientos de profesionales. Sin embargo, la planificación previa y los objetivos claros permitieron llevar a cabo el Plan.

El apoyo político y económico logrado por parte del Gobierno provincial, favoreció la continuidad del Movimiento Popular Neuquino en el poder y del propio personal de salud capacitado, que progresó en el tiempo desde los cargos operativos hasta las instancias de conducción de cada sector.

Con las comunidades indígenas no hubo conflictos. En primer lugar, porque los agentes sanitarios eran de la propia comunidad²⁶, los elegían las propias tribus y nunca se vio atacada la atención de las *machis*²⁷. Por otro lado, en las residencias, los agentes tenían una fuerte formación en lo cultural y en el respeto por la gente.

Otros actores cuyo apoyo fue determinante para la puesta en práctica del Plan fueron los jefes regionales y los profesionales que conducían, en el nivel central, las áreas de Enfermería, Saneamiento, Atención Médica, Arquitectura Hospitalaria, Nutrición, Estadísticas, Administración, entre otras.

Por su parte, también apoyaron la política de salud los directores de los hospitales, los nuevos médicos, los residentes en salud rural, el personal de enfermería, los agentes sanitarios, el personal de administración central y de los servicios.

En este sentido, fue imprescindible la buena relación generada entre los distintos niveles del sistema de salud provincial: el nivel central con los jefes zonales, y estos con los directores de los hospitales y con los médicos rurales ex residentes.

El sector privado sanatorial, que no estaba tan expandido como en la actualidad, se acopló a los cambios e intuyó prontamente sus ventajas relativas, al corroborar que Neuquén asumía el liderazgo sanitario del Alto Valle del Río Negro. Por otro lado, como el funcionamiento del sistema de salud en el sector privado no era bueno²⁸, requirió asesoramiento del sector público para mejorar la calidad de los servicios que prestaba.

²⁶ Para elegir a un agente sanitario el director de la zona ofrecía el cargo a la comunidad. Ésta proponía algunos agentes y, entre ellos, se seleccionaba. Bastaba con que supiera leer y escribir, y que hubiera asistido a la escuela. El resto de la formación la adquiría mediante el desempeño laboral.

²⁷ Las "machis" son las médicas entre los mapuches. Generalmente son mujeres. Son muy respetadas por la comunidad, ya que se las reconoce como mediadoras entre el mundo natural y el sobrenatural. A través de su mediación, se otorga salud, bienestar, tranquilidad y abundancia.

²⁸ Las deficiencias del sistema privado de salud y la cobertura muy reducida de las obras sociales ("Entre el 2% y el 3%", afirma Néstor Perrone) generaban que la gente eligiera concurrir a los Hospitales públicos en lugar de a los Sanatorios privados.

3.2. Oposiciones

Los principales opositores al sistema fueron, al comienzo de la experiencia, los médicos de la Asociación Médica Neuquina y algunos médicos especialistas del hospital cabecera provincial. Cuando se comenzaron a tomar decisiones sobre el presupuesto para reorientar la inversión en equipamiento, que era dispersa, se recibieron amenazas. Elsa Moreno fue declarada persona no grata por reorientar las partidas presupuestarias del sector de Salud provincial.

Sin embargo, esta oposición no fue permanente ya que, como cuentan los actores, luego de este hecho, Elsa Moreno pidió una reunión con los integrantes del Colegio Médico, en donde explicó la estrategia sanitaria en curso y se alcanzó un acuerdo.

4. Obstáculos o dificultades

No fueron identificadas grandes dificultades, salvo las presiones iniciales y las demandas desde distintos niveles y dependencias (tanto del nivel nacional como de los propios establecimientos sanitarios).

Los obstáculos se atenuaron con la consolidación de la estructura regionalizada, el fortalecimiento técnico del nivel central provincial y el cumplimiento del Programa de Reuniones Periódicas.

Si bien el Gobierno nacional tuvo dificultades para comprender el concepto de integralidad, el gobierno provincial intervino resolviendo los problemas que se generaron en relación a ello.

5. Aprendizajes y logros

5.1. Aprendizajes

El mayor aprendizaje que Perrone y Moreno identifican de su paso por la gestión neuquina se vincula con el cuidado de las relaciones humanas: dedicar tiempo a atender las demandas individuales y reconocer los méritos alcanzados por los miembros del equipo de gestión. Además, resaltan la importancia de mantener una buena comunicación entre la conducción y los equipos de trabajo en el terreno a fin de priorizar la posibilidad de dar respuestas a las demandas locales más que a generar indicaciones normativas. En la misma dirección señalan el valor de mantener presencia en los establecimientos y servicios de atención, “dando la cara” ante el personal y la población.

En este sentido, la distribución de las actividades entre Néstor Perrone y Elsa Moreno evitó descuidar el nivel político, por un lado, y los establecimientos, por otro. De esta manera, se facilitó la viabilidad política sin descuidar la tecnificación del sistema de salud.

Ambos coinciden en que mejorar el sistema de salud permitió la resolución de cuestiones administrativas, la oportunidad de las licitaciones, el abastecimiento de insumos críticos, el desarrollo de las obras y equipamientos, así como también la capacitación y actualización del personal.

Esta última, constituye particularmente una dimensión que permite evaluar el éxito de la experiencia neuquina. Los propios protagonistas consideran que entre tanto no se resuelva el problema de los recursos humanos en la Argentina, no será posible resolver los problemas del sistema sanitario. Por ello, otra de las dimensiones reconocidas como imprescindibles para llevar adelante un Plan de Salud como el neuquino es el apoyo político (y económico) de las autoridades provinciales para su implementación.

5.2. Logros

El programa más exitoso fue el Materno Infantil, que prontamente impactó en el descenso de la mortalidad al año. El momento que se identifica como el de mayor satisfacción de toda la gestión fue aquél en que se conoció la evaluación donde se observaba el descenso de la mortalidad infantil en la provincia. “En un año bajamos de ciento veinte a setenta y pico de mortalidad infantil. ¡En un año! En el primer año que aparecimos...”, afirma con felicidad Elsa Moreno. Reconocido como un resultado del trabajo en equipo, este hecho fue festejado con todos los que habían intervenido en la implementación del Plan. Elsa Moreno pidió que se compren “masas, chocolate, torta, y se la repartieran a toda la Secretaría (...) ¡Por que se murieron menos niños! La alegría de la gente era una maravilla. Estos éxitos fueron compartidos con toda la gente, no sólo con los niveles altos”.

Por su parte, el área de Salud de la provincia dejó de ser una Dirección General de Salud para transformarse en la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Bienestar Social, con administración directa de su presupuesto, cuya evolución acompañó el fuerte crecimiento poblacional que se experimentó en la provincia.

Posteriormente fueron importantes la creación de nuevas áreas específicas en la Subsecretaría y la asignación y adecuación de los establecimientos según los niveles de complejidad; la expansión y la regularización de los servicios y de los establecimientos de salud, ya sea con obras nuevas como con ampliaciones o con remodelaciones, y la definición de las actividades prioritarias y la cuantificación de las metas de producción esperadas.

En cuanto a la política de personal, fue fundamental la incorporación y nombramiento de los trabajadores, la creación de las residencias y el desarrollo del área de Enfermería.

6. Evaluación de la gestión

En el año 2005, el ministro de Salud de Neuquén convocó a Elsa Moreno para evaluar el Sistema de Salud neuquino. Para ello, se conformó un equipo de trabajo que, financiado por la provincia, realizó el estudio de seguimiento. El trabajo se llevó a cabo durante aproximadamente nueve meses, mientras que la elaboración del informe final insumió dos meses adicionales.

El análisis abarcó los servicios de Atención Primaria de la Salud de cada zona sanitaria. Sus conclusiones son muy claras y dan cuenta de algunas falencias actuales, resultado del abandono de ciertas líneas de trabajo que fueron fundamentales para el éxito del programa anterior. Pese a esto, se mantienen ciertas prácticas comunitarias y políticas que permiten que la gestión del sistema de salud siga en marcha.

6.1. Rupturas

En primer lugar, se ha abandonado el trabajo conjunto entre el área de Salud y el área de Acción Social. Durante la gestión Perrone-Moreno, el médico y las enfermeras visitaban las comunidades indígenas y la atención era integral. Sin embargo, en la actualidad, cada área tiene poco conocimiento del trabajo llevado a cabo por la otra. Néstor Perrone reconoce que, mientras hoy el Ministerio de Salud y el Ministerio de Acción Social son jurisdicciones separadas, antes existía la ventaja de que el Ministerio de Bienestar Social manejaba, en forma conjunta, ambas funciones.

En segundo lugar, el problema actual radica fundamentalmente en la situación de los recursos humanos. Aunque algunos médicos siguen con dedicación exclusiva, las residencias están en crisis y, a nivel político, los técnicos no son escuchados. A muchos médicos les han

quitado la vivienda, se la han vendido a los petroleros²⁹ o tuvieron que empezar a abrir consultorios privados descuidando su función en la salud pública. Mientras tanto, el Gobierno sigue construyendo hospitales sin resolver el problema habitacional del profesional de la salud. En el año 2006, en una entrevista con Elsa Moreno, el gobernador de Neuquén propuso “darles créditos a los médicos para que se hagan la casa”. Ella le explicaba la inviabilidad de la iniciativa, ya que “la preocupación de los médicos era cuánto iban a tener que permanecer en el lugar... Nosotros los llevábamos a la Cordillera y le prometíamos que, en dos años, les íbamos a dar la posibilidad de que se formen de nuevo o alcanzaran alguna otra posición. Hay que hablar con los miembros del equipo para identificar sus intereses. Este es el camino para lograr que el médico se haga aliado del sistema, no enemigo del sistema”.

En relación con esta temática, queda pendiente el desafío de mejorar no sólo la situación habitacional y contractual del médico sino elevar los salarios reales de los trabajadores de la salud. Neuquén, como advierte Néstor Perrone, “es una provincia rica: tiene gas, petróleo, energía eléctrica, bosques, parques nacionales”. Ello le permitió que el presupuesto destinado a Salud acompañara el fuerte crecimiento de la población en las últimas décadas. Sin embargo, con el último movimiento inflacionario el presupuesto aumentó, al igual que la dotación de personal. Sin embargo, los salarios no aumentaron, quedando atrasados en 22%, lo que genera, consecuentemente, conflictos con los trabajadores. En este sentido, una de las recomendaciones en la que más enfatizan, tanto Elsa Moreno como Néstor Perrone, es en la política de Recursos Humanos.

En tercer lugar, se hace referencia a los defasajes en la formación. En la actualidad, los agentes sanitarios deben enfrentarse a nuevas patologías o problemas, como la violencia y la drogadicción, para lo cual no se encuentran formados. En este sentido, Elsa Moreno cuenta la experiencia que vivió con sus alumnos de la Maestría en Neuquén: “Hicimos una recorrida para que ellos vieran el sistema. Mis alumnos quedaron emocionados porque en Zapala reunieron 150 agentes sanitarios de la zona y del norte, con los que pudieron hablar durante dos días, y saber qué hacen”. En ese recorrido, se pudo evaluar también el cambio en las necesidades de la población respecto del sistema de salud previo y la consecuente necesidad de formación continua que esto trae aparejado.

Otra falencia identificada en la actualidad es la falta de transporte para el traslado de pacientes, ya que los autos con que cuentan los hospitales y los CAPS son escasos o no funcionan.

6.2. Continuidades

El sistema de salud neuquino conserva muchas de las iniciativas de los años setenta. Una de las más significativas fue el mantenimiento de los indicadores canónicos: la población se encuentra satisfecha y aún confía en el sistema público. Paralelamente, la tasa de mortalidad infantil se mantiene entre las más bajas del país.

El de indicadores canónicos es un concepto acuñado por Elsa Moreno. Ante la situación actual, ella admite que le resulta “casi un milagro” que se sigan manteniendo buenos indicadores y que el sistema sostenga la descentralización.

Asimismo, la participación de la comunidad en la gestión, la promoción de la salud y la cultura evaluativa se instalaron desde los inicios y se mantienen en la actualidad.

²⁹ Según Néstor Perrone, “lo ideal hubiese sido que se les alquilase la casa a los médicos y que no se la pusiesen a su nombre ni se les otorgase préstamos para que ellos se construyan las casas ya que, cuando el médico se va del lugar, vende la casa y el médico que viene no tiene vivienda. Entonces, hay que volver a financiarlo”.

5 Los desafíos de la política sanitaria nacional en un gobierno de coalición. La experiencia de la Alianza

Héctor Moguilevsky, viceministro de Salud de la Nación (1999-2001)

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países federales, el Ministerio de Salud de la Nación es el encargado de diseñar y fijar las políticas implementadas en todo el territorio del país a partir de un acuerdo con las administraciones locales sobre objetivos y metas sanitarias. Sin embargo, en la Argentina, dada su constitución política, el rol que desempeña el Ministerio de Salud de la Nación involucra la delegación de funciones sanitarias, por lo cual la participación en el financiamiento y la prestación de servicios de salud en las provincias es mucho más limitada. De este modo, buena parte de las intervenciones del gobierno central se concentran en aspectos de regulación y financiamiento de programas verticales, debiendo recurrir a procesos de fijación de acuerdos y negociaciones con los Ministerios provinciales para establecer objetivos y estrategias sanitarias comunes.

Dentro de ese marco, la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria (SPRS) tiene a su cargo una tarea extremadamente compleja. Debe arbitrar los mecanismos regulatorios que sirvan de marco para toda la Nación, sin tener jurisdicción específica sobre las provincias que deberían aplicar esa estructura.

Por tal motivo, la función objetiva del funcionario que lidera esta Secretaría requiere de una alta exposición y de una marcada capacidad de identificación de intereses comunes a ser aliados con los representantes sanitarios de cada una de las 24 jurisdicciones del país.

De este modo, un cargo con un perfil técnico tiene como requisito adicional la necesidad de desarrollar habilidades políticas que le permitan articular efectivamente su gestión.

En el transcurso del gobierno de la Alianza, durante el período 1999–2001, este cargo transitó momentos de extrema fragilidad. La labor a ser realizada por esta Secretaría no solamente requería de las habilidades mencionadas sino que, asimismo, se encontraba en una posición política desventajosa ya que el cargo había sido asignado al socio menor de la alianza gobernante, el Frente País Solidario (Frepasso). Esta perspectiva potenció los desafíos de gestión y señaló a esta Secretaría como un objeto de estudio ideal para el análisis de política sanitaria en un contexto de mapeo de actores altamente complejo.

Entre diciembre de 1999 y octubre de 2001, esta labor fue llevada a cabo por Héctor Moguilevsky, quien participó del Ciclo Experiencias de Gestión Pública en Salud, donde ofreció su visión de este período.

PERFIL DEL EXPOSITOR

Héctor Moguilevsky

Es médico, egresado de la Universidad de Buenos Aires. En 1967, revalidó sus títulos de médico y cirujano en el Estado de Illinois, Estados Unidos. Es especialista en Cardiología y en Salud Pública.

Fue médico interno en el Mount Sinai Hospital de Chicago (Illinois, Estados Unidos) y médico residente en Cardiología en el Michael Reese Hospital de esa misma ciudad, donde realizó la residencia en Cardiología. De regreso a la Argentina, fue jefe del área de Cardiología en el Instituto de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer (Buenos Aires), jefe de la sección Hemodinamia en el Hospital General de Agudos José M. Ramos Mejía (Buenos Aires), desde septiembre de 1976 hasta abril de 1989, y jefe de Unidad Internación de la División de Cardiología de este mismo hospital, desde abril de 1989 hasta agosto de 1999, y desde octubre de 2001 hasta la actualidad.

Entre agosto y diciembre de 1999, ocupó el cargo de director General de Programas Especiales de la Secretaría de Salud del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Se alejó de esta función para asumir como secretario de Políticas y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación; papel que desempeñó hasta su renuncia en octubre de 2001.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

Héctor Moguilevsky ingresa al mundo de la política en forma repentina, ya que su trayectoria hasta el momento estaba eminentemente dedicada a la investigación, la gestión hospitalaria y la atención privada (en su consultorio).

Luego de muchos años de complementar estas actividades, decidió renunciar al Instituto María Ferrer y mantener su cargo en el Hospital Ramos Mejía, donde surgió su interés por la política pública. Las dificultades con las que trabajaba en el Hospital lo llevaron a reflexionar acerca de la posibilidad de involucrarse en la gestión de la salud. Sin embargo, para saldar esta inquietud era necesario involucrarse en el diseño de políticas de salud, ya que no eran cambios pasibles de ser instrumentados desde el Hospital.

A partir de entonces, comenzó a capacitarse en el diseño e implementación de políticas de salud. Hizo el curso de Sanitarismo en el Instituto Universitario Municipal y, en el año 1995, conoció a Carlos “Chacho” Álvarez, a través de una amiga en común. En ese momento, Álvarez era una figura en ascenso y, para muchos, admirable en su oposición a la política menemista. De algún modo, su figura encarnaba el proyecto del cambio.

Se abocó entonces a organizar un equipo para hacerse cargo del Área de Salud del espacio liderado por Carlos Álvarez que, en ese momento, era el Frente Grande. Se reunían en un bar en Riobamba y Bartolomé Mitre, “donde se llegó a juntar mucha gente, ya que la idea era muy convocante”.

Héctor Moguilevsky confiesa que en un principio no veía una posibilidad real de que este proyecto se plasmara en una propuesta concreta a corto plazo. Sin embargo, le resultaba interesante poder aportar sus preocupaciones y propuestas en este ámbito, en simultáneo con su función en el Hospital Ramos Mejía y con su consultorio privado.

Paulatinamente, la posibilidad de que este espacio se convirtiera en un partido político en condiciones de disputar la presidencia de la República se fue haciendo cada vez más real e inmediata. Se iniciaron las conversaciones tendientes a concretar la Alianza con el partido Radical. Este proyecto encauzaba una masiva demanda social para derrotar al menemismo.

A principios del año 1999, cuando la Alianza ya se había formalizado, Héctor Lombardo, secretario de Salud de la Ciudad en ese momento, convoca a Héctor Moguilevsky a incorporarse a su equipo de Salud en el Gobierno de la Ciudad, como Director de Programas Especiales. Era momento de establecer relaciones políticas y estudiar cuestiones relacionadas con la gestión y el diseño de políticas de salud. No obstante, se atravesaba un período de mucho vértigo en la gestión, que se expresaba, por ejemplo, en que las decisiones se iban tomando de manera sorpresiva. “Un día determinado me entero que voy al Ministerio de Salud de la Nación”, recuerda Moguilevsky. Si bien sabía que estaba prevista su incorporación al equipo de Salud del Gobierno nacional, desconocía cuál Secretaría estaría bajo su liderazgo. Por tal motivo, se reunió con Lombardo, quien estaría a cargo del Ministerio de Salud de la Nación.

Moguilevsky estaba interesado en la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria por las incumbencias que la atañen: la temática de las obras sociales provinciales y nacionales, la relación con los organismos internacionales, tales como la Organización Panamericana de la Salud, el MERCOSUR y algunos programas nacionales.

Dentro de sus proyectos de gestión figuraba la reformulación de aspectos relacionados con “la fragmentación de las obras sociales provinciales, el sector público y el sector privado”. Desde su punto de vista, había que diseñar e implementar políticas que fomentasen la disminución de esa fragmentación. Había que organizar y racionalizar el financiamiento y las prestaciones. “Yo entré con esa idea. Al poco tiempo, me enteré que eso era imposible”, confiesa Moguilevsky.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

Como parte de sus funciones en la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria, Moguilevsky se desempeñó como director del Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS) en sus últimos años de vigencia. El PROS, iniciado durante la presidencia de Carlos Menem, era un Programa financiado por el Banco Mundial que planteaba la desregulación de las obras sociales y se proponía sanear las cuentas de las obras sociales nacionales de mayor tamaño.

Desde esa función, el PROS vigilaba que los planes de reconversión y los desembolsos respecto de las metas aprobadas fueran reales. Dentro del Comité de Conducción, Moguilevsky estaba acompañado por otros tres funcionarios: Daniel Gil, en representación del Ministerio de Economía, Rubén Cano, de la Superintendencia de Servicios de Salud, e Ignacio Katz de la Comisión Normalizadora del Hospital Profesor Dr. Alejandro Posadas.

Las acciones del PROS incluían: (i) el saneamiento financiero de las obras sociales nacionales, (ii) la reconversión de la planta de personal, dado que había exceso de personal y, en la mayoría de las obras sociales, los gastos administrativos representaban entre 30% y 40% de lo recaudado y, en algunos casos, alcanzaban 60%³⁰, y (iii) el fortalecimiento institucional, la formación del personal y la auditoría.

El Grupo de Salud del MERCOSUR contenía tres comisiones: Medicamentos, Alimentos y Productos Médicos. Y dentro de esta última, había seis subcomisiones: (i) Psicotrópicos; (ii) Sangre, Hemoderivados y Cosméticos; (iii) Vigilancia Epidemiológica (dengue, posibles epidemias y control sanitario de puertos); (iv) Prestaciones de Servicios de Salud; (v) Ejercicio Profesional y (vi) Tecnología. Este Grupo buscó homologar con los otros países del Bloque (Paraguay, Uruguay y Brasil) la certificación cruzada, de modo tal que cualquier medicamento argentino pudiera ingresar al mercado brasileño y viceversa. La realidad era que, mientras los medicamentos de industria brasileña podían ingresar fácilmente al mercado local, para los laboratorios argentinos —especialmente para la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA)³¹— resultaba complejo, debido a que la legislación de Brasil no lo permitía. En estas reuniones se logró el compromiso del Poder Legislativo de Brasil para modificar esta ley. Hubo reuniones con el director de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil (ANVISA)³², Gonzalo Vecina Neto, con quien se afianzó la conformación de un grupo de trabajo que permitió que la industria argentina hoy pueda exportar a Brasil.

En segundo lugar, en el Grupo de Salud del MERCOSUR, también se discutió el Programa Sangre Segura, donde una colaboradora del Ministerio, Ana Del Pozo, trató de homologar con Brasil las reglas del Programa.

³⁰ Legalmente, este porcentaje no puede superar el 8% (Ley 23.660, artículo 22).

³¹ CILFA fue fundada el 12 de junio de 1964 por 31 laboratorios nacionales para “defender, fomentar y prestigiar la industria y demás actividades afines a la elaboración de productos medicinales de fabricación nacional, conforme a los principios de libertad económica”. Actualmente, nuclea a 41 laboratorios de capital nacional. Al respecto, ampliar en www.cilfa.com.

³² Para ampliar la información sobre ANVISA, consultar www.anvisa.gov.br.

La Argentina nunca tuvo una buena política en este aspecto, ya que hay exceso de Bancos de Sangre (con muy poca regulación, al contrario de lo que se aconseja a nivel mundial) e innumerables donantes voluntarios (sin una organización a nivel nacional, sino con pequeños centros distribuidos a lo largo del país). Finalmente, se lograron acuerdos entre los cuatro países que marcan, en gran medida, un éxito de la gestión en este espacio.

La Comisión Mixta del Convenio Argentino Chileno de Cooperación en Materia de Salud tenía como objetivo resolver las diferencias de política sanitaria entre ambos países. Mientras los enfermos de cáncer de Chile cruzaban la frontera para atenderse en la Argentina (sobre todo en Santa Cruz) y lograbán acceder al tratamiento de quimioterapia completo en los hospitales argentinos, los turistas argentinos en Chile sólo podían acceder a la atención médica en forma arancelada, aunque se tratase de intervenciones sencillas, poco costosas y de urgencia.

Ante esta realidad, se realizó un estudio de la utilización y costo de los servicios prestados en los hospitales patagónicos a la población chilena, para quienes tenían documentos, quienes no los tenían y quienes estuvieran en tránsito. Los resultados de las negociaciones fueron exitosos: permitieron que los argentinos en tránsito en Chile tengan derecho a acceder a atención gratuita frente a cualquier problema de salud.

Por otro lado, como parte de las actividades del Comité Interjurisdiccional de Emergencia para el Abordaje de la Problemática del Dengue, se organizaron reuniones periódicas con las provincias del noroeste y del noreste, Gendarmería Nacional y profesionales del Hospital Garrahan, para coordinar la realización de un relevamiento de esta temática. Aunque sólo se habían registrado tres casos de dengue en la provincia de Salta y la mayoría de los casos detectados habían ingresado de Brasil y de Paraguay, la presencia real del mosquito en la Argentina requería planificar políticas de prevención.

En otro orden de actividades, y como director del Consejo Federal de Salud (COFESA), se trabajó en la posibilidad de implementar un Seguro de Salud para la población sin cobertura. Como parte de esta iniciativa, se elaboró y presentó un estudio del gasto de cada provincia en la atención de la población sin cobertura formal. El mismo mostraba que con 30 pesos por persona se podía ofrecer un buen seguro de salud, aunque en la realidad las provincias invertían entre 45 y 50 pesos por persona para un servicio poco satisfactorio. El eje de la propuesta se vinculaba, entonces, con la reasignación de recursos y la planificación. Si bien teóricamente el COFESA estaba a cargo del Secretario de Políticas y Regulación Sanitaria, en la práctica cotidiana era evidente que la dirección del Consejo la ejercía el ministro de Salud Nacional, Lombardo, quien vetó el avance de la iniciativa.

Al no poder avanzar con el proyecto de los Seguros de Salud provinciales, se profundizó la iniciativa de llevar a cabo el estudio de gasto y financiamiento del sector salud. El mismo generó muchas expectativas y fue un punto de partida para conocer cómo se gastaba en salud y evaluar por primera vez en la Argentina la magnitud del gasto de bolsillo.

Uno de los temas de mayor avance fue la problemática de la biodisponibilidad y la bioequivalencia de medicamentos. No era un tema sencillo, ya que involucra muchos intereses económicos que mediaban en la implementación de la política.

A modo de ejemplo, en el Programa Nacional del SIDA, las licitaciones para el abastecimiento de los medicamentos más costosos habían sido ganadas por los laboratorios nacionales que producían marcas alternativas. Algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) denunciaron, en más de una ocasión, que los medicamentos genéricos eran sólo malas copias de los producidos por los grandes laboratorios multinacionales. Sin embargo, estaba probado que los medicamentos ofrecidos en el Programa eran realmente efectivos.

A raíz de los conflictos generados y por propias convicciones y preocupaciones personales, Moguilevsky impulsó el estudio de biodisponibilidad y bioequivalencia de los medicamentos. Esto implicaba demostrar en pacientes que se prestaran voluntariamente a colaborar con este estudio, que un determinado medicamento, igual al original, administrado por la misma vía y en las mismas condiciones, tendría una curva en sangre exactamente igual y el mismo efecto.

Los laboratorios nacionales, agrupados en CILFA, se opusieron a esta política, alegando que significaba una inversión de mucho dinero. Paralelamente, omitían las ventajas que esto implicaba en términos de exposición en el mercado internacional.

Resultado de mucho trabajo y sorteando múltiples barreras, se lograron aprobar tres resoluciones (SPRS, 189/2000, 229/2000 y 40/2001), que obligaban a los laboratorios a cumplir con estos estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia. Como resultado, se abrieron las oportunidades de los productos locales de competir en el mercado internacional.

La falta de jurisdicción de la ANMAT en las provincias era (y es aún hoy) un tema constante de discusión. Si bien las provincias producen medicamentos, muchas de ellas tienen laboratorios cuyas plantas no se encuentran en estado óptimo. Recuerda Moguilevsky que, algunas de las plantas inspeccionadas, “eran sólo galpones que no respondían a las más elementales normas de calidad”.

Se intentó, mediante acuerdos con las provincias, que la ANMAT tuviera jurisdicción sobre ellas y permitir su inspección. Sin embargo, las provincias nunca lo aceptaron, ya que sabían de las altas probabilidades de que sus plantas fueran clausuradas por este organismo.

Otra política interesante que fue implementada fue el Programa de Cárceres Saludables, que se llevó a cabo junto con la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Asuntos Penales, liderada en ese momento por Patricia Bullrich. Este Programa incluía distribución de preservativos, realización de papanicolau (PAP) y mamografías, educación sexual, detección de tuberculosis, tratamiento de la drogadicción, entrega de cepillos de dientes, aplicación de vacunas, entre otros servicios.

Otro de los espacios dirigido por Héctor Moguilevsky como secretario de Políticas y Regulación Sanitaria fue la Comisión Nacional de Ética Biomédica³³. Esta Comisión contaba con una conformación altamente corporativa y con una mayoría de integrantes vinculados a ex funcionarios del gobierno militar, y representantes de los diversos credos (católico, judía, musulmán, entre otros).

Se generó un gran conflicto, que devino irresoluble, a raíz de una denuncia al interior de la Comisión que declaraba que uno de sus miembros, Alberto Rodríguez Varela, había desarrollado funciones como ministro de Justicia del dictador Videla. Ante esta situación, Héctor Moguilevsky interrumpió la sesión en que se desató el conflicto, decidió modificar el Decreto, resolver la denuncia emitida y reformar la selección de los integrantes de la Comisión. En adelante, figuraría entre los requisitos el criterio del prestigio personal y la representatividad frente a la sociedad. Este propósito demandó mucho trabajo, que culminó con un proyecto de creación de la nueva Comisión Nacional de Ética Biomédica.

³³ El decreto N° 426, sancionado el 16 de abril de 1998, creó la Comisión Nacional de Ética Biomédica en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social.

3. Actores: alianzas y oposiciones

En términos generales, en el Ministerio de Salud no había funcionarios del Frepaso, por lo cual la gestión de Moguilevsky fue dificultosa y tuvo que desempeñarse en un espacio cuyos integrantes, en su mayoría, eran “opositores”.

Con el ministro de Salud, Lombardo, si bien mantuvo una relación “fácil y amable” al inicio de su gestión, ésta luego se convirtió en aislamiento, sobre todo luego de la renuncia del vicepresidente Álvarez. Esta situación, naturalmente, profundizó las barreras para el trabajo conjunto.

Tanto el secretario de Atención Sanitaria del Ministerio, Arnoldo V. Castillo, proveniente de la provincia de Catamarca, como el subsecretario de Planificación, Control, Regulación y Fiscalización, Guillermo Gaudio, se encontraban fuertemente alineados al ministro, por lo cual la relación sufrió el mismo destino.

Sin embargo, era el subsecretario de Coordinación, Fernando Sola, quien planteaba los mayores obstáculos a la gestión de Moguilevsky, en tanto establecía barreras para el financiamiento de las actividades.

Además, la Superintendencia de Servicios de Salud, liderada por Rubén Cano, al responder en forma directa al ministro de Salud, se convirtió en un espacio de conflicto, con limitadas oportunidades de trabajo conjunto.

Al mismo tiempo, no había una contención partidaria en otro espacio del Ministerio, capaz de compensar este aislamiento. No obstante, Moguilevsky reconoce que contaba con el apoyo de algunas personas, tales como Darío Alessandro (desde el Congreso); Juan Pablo Cafiero (desde el Ministerio de Desarrollo Social); Aníbal Ibarra (entonces jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Durante su difícil gestión, Moguilevsky rescata la importancia del equipo de trabajo que lo acompañó para llevar a cabo sus proyectos. Este equipo había sido conformado antes de que él asumiera la gestión y estaba integrado por gente del Frepaso. “Eran realmente muy eficientes (...) trabajaron mucho y muy bien”, recuerda Moguilevsky. Algunos de ellos fueron Carlos Damin, actualmente profesor titular de Toxicología de la Universidad de Buenos Aires y jefe de Toxicología del Hospital Juan A. Fernández; Patricia Mancuello, encargada de las cuestiones administrativas; y Ana Del Pozo, jefa de Hemoterapia del Hospital Juan P. Garrahan, quien manejó el Programa Sangre Segura.

Tenía buena relación con el director de la ANMAT, Roberto Lugones, lo que le permitió tener reuniones y discusiones acerca de la política de biodisponibilidad y bioequivalencia de medicamentos, temática sobre la cual se alcanzaron resultados concretos.

La relación con los ministros provinciales era, en general, buena y constructiva. Mientras que algunos ministros radicales se compadecían del aislamiento con el que contaba el secretario de Políticas y Regulación Sanitaria, como único eslabón frepasista del Ministerio, otros, disidentes de la gestión radical, apoyaban la presencia e iniciativas de Moguilevsky como forma de encontrar espacios de gestión alternativos.

El representante de la OPS en nuestro país, Juan Manuel Sotelo, fue un aliado importante, dado que apoyó sustancialmente el Programa de Cárcel Saludables. A este efecto, compartió las actividades, los resultados y las metas estratégicas producto de las experiencias en países donde este Programa se había implementado.

Con el Congreso de la Nación, más allá de alguna reunión en torno a la temática de medicamentos, la relación fue limitada.

4. Obstáculos o dificultades

Al debilitarse la relación con el ministro de Salud, algunas de las cuestiones que Moguilevsky había planificado fueron luego difíciles de llevar a cabo, tanto por las dificultades políticas dentro de la Alianza gobernante como de las limitaciones de coordinación al interior del sector salud.

Paralelamente, si bien la Superintendencia de Servicios de Salud, de acuerdo al organigrama ministerial, dependía de la Secretaría que él dirigía³⁴, sus posibilidades de intervención se veían reducidas en tanto la autoridad de la Superintendencia, Rubén Cano, había sido designada directamente por el ministro de Salud, para que se relacionase con el sector sindical y con las obras sociales nacionales. Ese era un sector “vedado totalmente” para el viceministro.

Al asumir en la conducción del PROS, Moguilevsky se encontró con que reconvertir las obras sociales nacionales ya no era posible, en tanto el Programa de Reversión de las Obras Sociales ya estaba terminando, él mismo no tenía acceso a la Superintendencia y no había contención partidaria, ya que él era el único funcionario del Frepaso en el Ministerio.

Como evaluación del PROS, en la opinión de Moguilevsky, algunas obras sociales habían logrado terminar su programa de reversión y muchas se habían presentado en convocatoria de acreedores. Sin embargo, algunas obras sociales no cumplimentaban con las obligaciones pautadas. Negarse a firmar el acuerdo con las obras sociales en estos casos implicaba estar expuesto a presiones. Sin embargo, mediante el diálogo, aunque no sin conflicto, se llegaron a cubrir los requerimientos exigidos y acordar la aprobación de las obras sociales que habían sido reconvertidas.

En los últimos seis meses previos a la renuncia, se produjo un gran vaciamiento y aislamiento de sus funciones y responsabilidades. Esto confirmó la decisión de su alejamiento, que se dio en octubre. En diciembre fue el cenit de la crisis mayor del gobierno de la Alianza.

5. Aprendizajes y logros

Al encontrarse con diversas dificultades, Moguilevsky decidió concentrarse en aquellas cuestiones sobre las que podía incidir. Y, en esa dirección, recuerda algunos logros como los mejores momentos de su gestión:

- La aprobación de las resoluciones sobre la biodisponibilidad y bioequivalencia de los medicamentos.
- La presentación del Estudio de Gasto y Financiamiento del Sector Salud.
- La firma del Convenio con Chile.
- La participación en el Grupo de Salud del MERCOSUR, que permitió la homologación de los Bancos de Sangre.

³⁴ En la actualidad, la Superintendencia de Servicios de Salud es un organismo descentralizado del Ministerio de Salud. No obstante, una de las funciones de la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria es “supervisar el accionar de la Superintendencia de Servicios de Salud” (Administración Pública Nacional – Decreto 20/1999).

6. Evaluación de la gestión

Tras el triunfo de la Alianza, los pocos referentes del Frepaso que ingresaron al Gobierno, lo hicieron fundamentalmente en el Ministerio de Desarrollo Social: Pablo Vinocur (que, en un principio, estuvo a cargo del Programa Materno Infantil y Nutrición –PROMIN-), Juan Pablo Cafiero, Graciela Fernández Meijide, entre otros. En cambio, en el Ministerio de Salud, Héctor Moguilevsky estaba solo.

Durante su gestión, tuvo que ir adaptándose a esta situación. En un principio, encaró sus responsabilidades con mucho entusiasmo y, de hecho, gran parte de los logros de su gestión se concretaron en los primeros 10 meses.

Luego, con la renuncia de Carlos Álvarez, la relación con el radicalismo en el Ministerio de Salud se tornó compleja, lo que dificultó su gestión.

Finalmente, su destitución de la Dirección del Programa de Reconversión de las Obras Sociales lo llevó a presentar su renuncia.

Precisamente, el peor día de su gestión fue aquél en que, encontrándose en Londres en una conferencia sobre Prevención Cardiovascular, su asesor Carlos Damín le informa que en el Boletín Oficial había salido publicada su destitución del cargo de Director Nacional del Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS), y que asumía en su lugar Rubén Cano.

Luego de la renuncia, Moguilevsky se reintegró en el Hospital Ramos Mejía como jefe de Internación de Cardiología e intentó reconstruir el consultorio, lo que pudo lograr después de dos o tres años.

Si bien sigue manteniendo el espíritu de trabajar la salud orientada a la implementación de políticas públicas, confiesa no estar interesado en posiciones de gestión ejecutiva. Prefiere espacios en los que, mediante el asesoramiento a otras figuras, pueda incidir en el mejoramiento de la calidad de la salud de la población.

Para finalizar, y a modo de evaluación de la situación actual, Héctor Moguilevsky menciona que uno de los problemas principales en la actualidad, que no estaba visualizado en aquel momento, se vincula a la disminución del trabajo formal, el crecimiento del trabajo informal y su efecto sobre el sistema de salud.

El financiamiento de la salud en la Argentina está diseñado para un país que tiene 60 o 70% de sus habitantes con cobertura formal. Sin embargo, esto no sucede en nuestra realidad. En este sentido, queda pendiente la implementación y la ampliación de la acción del Estado en la atención de esta población.

Otro de los aspectos pendientes es resolver la imposibilidad de la ANMAT de inspeccionar los laboratorios provinciales, lo cual no pudo ser logrado durante su gestión. La ANMAT sigue teniendo jurisdicción nacional y, por lo tanto, no está autorizada para poder incidir en las provincias. Para ello, se debe promulgar una nueva ley de medicamentos que tenga en cuenta todas las etapas de su producción y comercialización.

Por último, Moguilevsky resalta la gran disparidad entre provincias en cuanto al desarrollo de hospitales y tecnología, por un lado y los indicadores de salud, por el otro.

Para enfrentar esta estructura social argentina, es necesario planificar una reconversión del sistema de salud orientada a fortalecer el hospital y los centros de atención públicos.

Es imprescindible un Estado presente que nivele estas disparidades a través de acuerdos con jurisdicciones y mediante su tratamiento en el Congreso. Es la única manera de enfrentar esa problemática.

6 Aprendizajes de gestión en un sistema fragmentado de Aseguramiento Social en Salud

Rubén Torres, superintendente de Servicios de Salud (2002-2006)

INTRODUCCIÓN

Al igual que en gran parte de los países de la región latinoamericana, la Argentina presenta una cobertura asociada con la fragmentación de los fondos de aseguramiento social. La población con menores recursos recurre para su atención a los hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), cuyo financiamiento es público, en tanto las clases medias y medias altas utilizan los mecanismos de aseguramiento social provistos por los sistemas basados en la remuneración de los trabajadores que desarrollan sus actividades en el sector formal. El tercer componente son los sistemas privados de salud, mayormente utilizados por la población de ingresos medio altos y altos.

El caso de la Argentina resulta paradigmático en tanto los sistemas de aseguramiento social vinculados con el empleo cuentan con más de trescientos fondos que, formalmente, garantizan un paquete básico de servicios. Gran parte de estos fondos están gerenciados por los sindicatos, como representantes de los trabajadores que, con su salario, aportan a los mismos. La Superintendencia de Servicios de Salud es la institución normalizadora y reguladora de sus actividades.

De acuerdo a la información que surge de la última Encuesta Nacional de Utilización y Gastos de los Hogares, la Superintendencia opera sobre aproximadamente 46% de la cobertura del país, la cual se encuentra focalizada especialmente entre el segundo y cuarto quintil de la población.

Las características de esta estructura regulatoria es extremadamente amplia. Se extiende desde el seguimiento de la capacidad financiera de las obras sociales, hasta la identificación de los mecanismos de financiamiento y transferencia de recursos entre instituciones y con el sector público. Su fin último es garantizar el acceso de todas las personas bajo su órbita al cuidado de la salud, desde la atención preventiva hasta la alta complejidad.

Entre 2002 y 2006, período extremadamente crítico desde una perspectiva macroeconómica, Rubén Torres estuvo a cargo de la Superintendencia de Servicios de Salud. Su experiencia de gestión se documenta en las siguientes páginas.

PERFIL DEL EXPOSITOR

Rubén Torres

Rubén Torres es médico cirujano infantil (Universidad de Buenos Aires), magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social (Universidad de Lomas de Zamora), magíster en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social (Universidad de Alcalá, de Henares, España), especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales (Universidad de Buenos Aires) y magíster en Sociología (Academia de Ciencias de la República Checa).

Se desempeñó como docente y director de la Maestría en Sistemas y Seguridad Social (Instituto Universitario ISALUD), y de la carrera de especialización en Seguridad Social de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (República Dominicana).

Entre 2002 y 2006, fue superintendente de Servicios de Salud (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina).

Otras experiencias en gestión fueron como coordinador de los Programas de Reversión de las Obras Sociales (PROS) y de Reversión del Sistema del Seguro de Salud (PRES), coordinador de la Comisión Técnica Permanente de Prestaciones de Salud de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, y subsecretario de Estado de Salud de la provincia de Santiago del Estero. Actualmente, es consultor regional en Políticas y Sistemas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

Es autor de 70 trabajos, los que han sido publicados en revistas y diarios, y presentados en congresos nacionales e internacionales. Entre ellos, es coautor de “Satisfacción de los usuarios y efectores con los Sistemas de Salud. Un estudio sobre perfección de niveles y criterios de satisfacción” (2005), de “Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios” (2005) y de “Mitos y Realidades de las Obras Sociales” (2004).

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

Hacia fines de la década del sesenta, era “una época políticamente particular en la Argentina, donde todos –incluso los cirujanos– tenían inquietudes mucho más allá de las habituales para los médicos”. En ese contexto, tres años antes de recibirse de médico, Rubén Torres había iniciado sus estudios de Sociología.

Debido a la irrupción del golpe militar de 1976, se cerró la Facultad de Ciencias Sociales y no pudo finalizar la carrera, dejando pendiente sólo nueve materias. Torres plantea que “quienes, dentro de la Medicina, tienen una visión más social son los médicos de familia y los pediatras”. Por lo tanto, decidió hacer la residencia en Cirugía General. En el tercer año de la residencia, realizó un curso universitario de especialización en Cirugía Pediátrica.

Su inserción en la función pública se dio en la dirección de hospitales públicos municipales de la provincia de Buenos Aires, primero como director del Hospital Municipal de Vicente López (años) y, luego (dos veces) como director de la Maternidad Santa Rosa (agregar años).

En la Maternidad desarrolló una buena gestión, organizando el Área de Neonatología, promoviendo el crecimiento y mejoramiento del edificio, entre otras cuestiones que fomentaron su desarrollo.

El “Santiago” de diciembre de 1992, lo convirtió en subsecretario de Salud de la provincia de Santiago del Estero durante la intervención federal. Las condiciones de la asunción no fueron las favorables ya que carecía de experiencia en la materia y debió aprender durante la gestión. A pesar de ello, su administración fue exitosa. Dado que la situación previa era abrumadora, con la implementación de medidas muy simples se lograron buenos resultados: se bajó cinco puntos la mortalidad infantil y se desarrolló un Sistema de Atención Primaria, que se sustentó en la creación de Unidades Periféricas de Atención (UPA).

Entre 1992 y 1994, se concentró nuevamente en afianza formación profesional, realizando la Maestría en Salud y Seguridad Social en ISALUD, donde luego se desempeñó como docente y luego, director. Defendió en Praga su tesis de la Maestría en Sociología, que había realizado a distancia.

Esta trayectoria vinculada al ámbito académica con apariciones puntuales en gestión, le permiten a Rubén Torres vincularse con quienes luego le propondrían presidir la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.

En el contexto de la crisis macroeconómica argentina de fines de 2001, Ginés González García fue designado ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires por el gobernador Felipe Solá. Mientras armaba su equipo de trabajo fue convocado por el entonces presidente Eduardo Duhalde para el cargo de ministro de Salud de la Nación.

Este nombramiento, inicialmente, sorprendió y, luego, generó muchas dudas en el equipo ya que, por internas dentro del peronismo la relación con Duhalde era conflictiva. Sin embargo, ante la oportunidad que le abría el nombramiento, su decisión no fue rechazarlo, sino –por el contrario– acelerar la conformación del equipo de trabajo para iniciar la gestión.

Si bien en un principio, Torres fue propuesto como viceministro de Salud de la Nación, finalmente, en enero del año 2002, asumió como Superintendente de Servicios de Salud. La función era controlar el Sistema de Seguro Social Argentino, en un período de “terribles niveles de desempleo y de informalidad, y de deterioro político. La práctica recaudadora de las obras

sociales en ese momento era morosa y elusiva”. Bajo este contexto, “no hubo una verdadera transición de gobierno. Había un abandono absoluto del poder. Ese fue el marco”.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

El primer año se implementaron medidas de salvataje que se orientaron a:

- Anular la posibilidad de que el Superintendente otorgue subsidios financieros a las obras sociales, ya que ésta era una puerta hacia la corrupción. Al eliminar estos subsidios, la Superintendencia pudo pagar las deudas de 1998, 1999, 2000 y parte de la de 2001. Un año después, las prestaciones se pagaban en 45 días.

- Resolver la hiperpoblación de personal que había en la Superintendencia. Esto generó conflictos con los gremios, ya que se despidieron cien personas. El equipo de trabajo consolidado fue de 370 personas, número que se mantuvo hasta el final de la gestión.

- Supervisar que las obras sociales designaran autoridades, ya que al inicio de su gestión menos de 40% tenía autoridades constituidas. Desde el punto de vista jurídico, ello constituía una irregularidad y un desafío a resolver. En 2005, casi 80% de las obras sociales tenía autoridad reconocida.

- Controlar las prestaciones de salud, monitoreando que las obras sociales presentasen anualmente el Plan Médico Obligatorio y la cartilla de prestadores. Mientras que en el año 2002, menos de la mitad de las obras sociales había presentado la cartilla y el Programa Médico Obligatorio (PMO), al finalizar la gestión de Torres más del 80% de las obras sociales había cumplido con el primer requisito y el 100%, con el segundo.

- Exigir a las obras sociales la entrega de sus balances anuales, con el fin de constatar que, como establece la ley, 80% se destine a prestaciones médicas, 12% a prestaciones sociales y no más de 8% a gastos administrativos.

El Sistema de Seguros Sociales depende exclusivamente de los impuestos al trabajo, tanto mediante aportes de los empleadores como de los empleados. Es un porcentaje de aproximadamente 10% de los trabajadores asalariados de todo el país. Al inicio de la gestión de Torres prácticamente no había fiscalización de los aportes y el nivel de desempleo era altísimo, así como el grado de informalidad.

En el primer mes de gestión, la recaudación de ese fondo no alcanzó para pagar los sueldos del personal de la Superintendencia. Estaba en crisis la continuidad del Sistema de Seguridad Social en salud en la Argentina. Las prestaciones estaban en gran parte suspendidas, la deuda con los prestadores era de no menos de siete meses y no había ningún tipo de institucionalidad en los controles.

El Decreto 486/2002 declaraba la “emergencia sanitaria”, que fue una medida netamente fiscal. “La deuda acumulada entre las instituciones de Seguridad Social y los prestadores, y entre las instituciones entre sí era impagable”.

Tanto en 2001 como en 2002, la recaudación total de la Seguridad Social cayó abruptamente. El ingreso promedio por titular aportante en el año 2002, era de 54 pesos, mientras el Programa Médico Obligatorio costaba alrededor de 30 pesos por beneficiario por mes. “Como el promedio de beneficiarios por aportante de la Seguridad Social es 2,6, con los 54 pesos alcanzaba a cubrir un Programa y medio: uno del titular y medio de los beneficiarios”.

En diciembre de 2002, se supo que el costo del PMO era de 30 pesos y que la recaudación

por beneficiario era de 24 pesos. En las obras sociales sindicales, la recaudación era de 20 pesos y en las de personal de dirección, 60 pesos. En ese momento, prácticamente diez millones de personas se encontraban cubiertas por las obras sociales sindicales, de modo que 90% de ellas no tenía posibilidades de cubrir el Programa Médico Obligatorio.

Más allá de la problemática del financiamiento y de la corrupción —que no son los únicos motivos por los cuales el sistema no funciona— con ese nivel de recaudación y con una canasta básica de servicios a la que no está adaptada la recaudación, el sistema no podía funcionar aún en las manos más profesionales del país.

A fin de hacer frente a la crisis, se decidió corregir la asignación del Fondo Solidario de Redistribución. Por ley, este fondo tiene cuatro asignaciones:

1. El sostenimiento de la Superintendencia de Servicio de Salud y de la Administración de Programas Especiales, que es la encargada de pagar las prestaciones.
2. El pago de las prestaciones de alta complejidad, de alto costo y baja incidencia.
3. El sistema de subsidio automático, que es el que permite igualar en un piso a la totalidad de los trabajadores independientemente de sus aportes.
4. La Ley de Subsidio Financiero. Según Torres, el subsidio financiero era una expresión legal de la puerta para la corrupción. El subsidio financiero, que era gestionado individualmente por el Superintendente, debía ser utilizado para compensar aquellas obras sociales pequeñas en número de beneficiarios o en el monto de sus ingresos para lograr equipararlas al conjunto de las obras sociales.

Al llegar a la gestión se observó que se había distribuido 80% de los subsidios automáticos entre ocho obras sociales. Mientras tanto, el sistema de pago de las prestaciones de alta complejidad tenía una deuda acumulada desde 1998.

En este sentido, una de las primeras medidas tomadas fue anular la posibilidad de que el Superintendente aprobara los subsidios financieros. Según el cálculo realizado, si se suspendía esa entrega discrecional que hacía el Superintendente, se podría pagar toda la deuda por prestaciones médicas de alta complejidad.

En 2001 se pagaron 3.500 expedientes y en 2002, 10.000 expedientes adicionales. Paralelamente, se triplicó el monto pagado por prestaciones a las obras sociales.

Al llegar a la función pública había 2.500 expedientes impagos desde el año 1999. Ellos incluían trasplantes, operaciones cardiovasculares, medicamentos de alta complejidad, etc. Los prestadores (laboratorios, entidades de alta complejidad y demás) aún no habían cobrado estos servicios.

En el año 2001, se pagaron 45 millones de pesos de prestaciones totales. En el año 2004, se pagaban 330 millones de pesos. En 2005, se alcanzó la suma de 690 millones de pesos en prestaciones, con una demora promedio de 45 días.

Otra medida tomada en los primeros meses de gestión fue la confección del Programa Médico Obligatorio de Emergencia. El objetivo no era modificar provisoriamente la canasta de prestaciones por la emergencia, sino realizar una verdadera transformación.

El Programa Médico Obligatorio había sido creado en 1996. En lugar de diseñar una canasta de prestaciones, se preparó un listado de prestaciones disponibles sin evaluar los costos y las posibilidades reales de financiamiento. En este sentido, durante la gestión de Torres se intentó darle alguna lógica y quitar aquellos servicios que no contaban con respaldo desde el punto de vista de la evidencia.

Esta medida no fue exitosa. El etiquetado “de emergencia” generó una confusión en la población: se interpretó que todas las prestaciones que se habían eliminado del PMO se volverían a incluir una vez finalizada la crisis.

Se priorizó la devolución de las retenciones de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP). En el momento en que Torres se hizo cargo de la Superintendencia, la recaudación era de 5.000 millones de pesos. Sin embargo, las tareas de saneamiento de gestión dentro de la institución mostraron que existían errores en la confección de los datos de las recaudaciones y que se subestimaban los ingresos. Fue necesario activar gestiones a fin de recuperar tales fondos para que fueran reorientados a las obras sociales.

Además, se intentó por primera vez alinear la Seguridad Social con la política de medicamentos que planteaba el ministro de Salud. Luego de la política de prescripción de medicamentos por el nombre genérico, se diseñaron medidas complementarias, tales como el formulario terapéutico de Seguridad Social, con el objeto de reducir la irracionalidad en el gasto en medicamentos.

También se focalizó en una problemática de relevancia creciente en la Argentina y en el resto de América: la judicialización de las prescripciones. De no recibir el medicamento solicitado, el beneficiario puede apelar a la Justicia mediante un amparo que convalida su demanda. Esto produce que 34% de los medicamentos que se financian a través del Fondo Solidario de Redistribución, tengan su origen en este procedimiento, aunque la mayoría no cuente con justificación basada en evidencia. A raíz de este problema, se firmó un convenio con la Academia Judicial Internacional, que logró convocar a un conjunto de jueces para que generase una guía de evidencia científica que sirva de parámetro para la toma de decisiones.

Como medida para resolver los problemas de transparencia, se expusieron en Internet las transacciones realizadas por la Administración de Programas Especiales. A este efecto, el equipo de informática de la Superintendencia diseñó específicamente un sistema de seguimiento de expedientes. Este sistema evita los manejos espurios, ya que con el número de documento del interesado es posible hacer el seguimiento de expedientes en la Superintendencia.

El sitio web de la Superintendencia de Servicios de Salud fue el primer sitio web de la Administración Pública Nacional accesible para ciegos. En este sitio se publicaban las audiencias del Superintendente y toda la información relativa a las obras sociales. Además, es posible acceder al padrón de beneficiarios, utilizar un buscador de medicamentos genéricos y realizar consultas por correo electrónico. Los beneficiarios cuentan, además, con la línea telefónica 0800. En la misma dirección se proporcionó un código de entrada a todos los directores de hospital para que pudieran seguir sus expedientes.

También se les otorgó en forma gratuita a 150 hospitales un software de facturación. Para su mejor utilización, se capacitó al personal para manejarlo y se brindaron cursos de facturación y gestión. Esta iniciativa permitió firmar convenios con las provincias de Santa Fe, Salta y Córdoba. A pesar de lograr algunas mejoras de facturación y cobro, el volumen total de prestaciones no evidenció cambios.

En el tablero de control de la Superintendencia de Servicio de Salud se reunía toda la información que se obtenía por las distintas gerencias. Una vez analizada, esta información podía ser utilizada como herramienta de gestión. A modo de ejemplo, el número de reclamos de cada obra social dividido por el total de beneficiarios permitía obtener un indicador de quejas comparable entre instituciones.

La Superintendencia tiene como función no sólo garantizar que los beneficiarios reciban el servicio requerido, sino que la calidad del servicio sea la adecuada. Por eso, se realizaron estudios sobre las políticas de atención al cliente de las obras sociales (línea 0800, servicio social, etc.). En esta dirección, se realizaron, sistemáticamente, estudios de opinión de la ciudadanía. Esta iniciativa surgió de un debate con el gerente de proyectos del Banco Mundial, en ese momento, Juan Pablo Uribe. En enero de 2002, Uribe le planteó a Rubén Torres que, dado que el país estaba atravesando una crisis, era el momento de avanzar en una reforma amplia del Sistema de Aseguramiento Social en salud. A fin de conocer las preferencias de la ciudadanía respecto de las distintas formas de cobertura, se elaboró un estudio que demostró lo que Torres llama la “paradoja social” del hospital público y de las obras sociales. La población que, según el estudio, opina que los hospitales no brindan una cobertura adecuada por el ausentismo médico, la calidad de la comida o la limpieza de las instalaciones es aquella que nunca fue atendida en los hospitales públicos. Lo mismo ocurre con las obras sociales. El 80% de quienes se habían atendido a través de sus obras sociales opinaba que la atención era buena, muy buena o excelente. Si bien la opinión generalizada es que el sistema requiera cambios, nadie argumentó la necesidad de “hacer desaparecer el sistema”.

En relación a la consolidación interna de la institución, se discutió la misión de la Superintendencia de Servicios de Salud. Para ello, se realizó un análisis “FODA” del organismo, que se propuso identificar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas del sistema. En esta tarea se le dio participación al personal y se puso en funcionamiento una Intranet donde todos los empleados pudieron acceder a toda la información.

Prácticamente nadie conocía a la Superintendencia, ni los propios beneficiarios del sistema de salud. Por eso, una de las áreas más importantes a fortalecer fue la de Comunicación, a fin de mejorar el conocimiento del organismo.

Al conformar el equipo de trabajo, se puso el acento en tres áreas claves:

1. La Gerencia de Control Prestacional, a fin de mejorar el trato con los oferentes de servicios. Esta gerencia la ocuparon una persona experta en el manejo de una obra social y con una Maestría en Economía de la Salud, y un médico de familia, experto en temas de evidencia y análisis de costo-efectividad de las prestaciones.

2. La Gerencia de Servicios al Beneficiario, con la intención de brindar a la población una imagen positiva de la Superintendencia en su papel de defensora de sus intereses. Se destinó a este puesto a una persona con maestría y título de Doctora en Ciencias Políticas, a la que se le encargó el diseño de nuevas formas de comunicación. La acompañaba un abogado, también con título de magíster, defensor de los derechos de salud.

3. La Gerencia de Planeamiento Estratégico. Ese lugar, lo ocuparon dos médicos de familia, con maestría y posgrado en evidencia clínica. En el curso de la gestión fue designado un abogado, personal de planta de la Superintendencia, que se había especializado en el tema de la judicialización de actos médicos y amparos.

Algunas de las obligaciones de las obras sociales, que fueron regularizadas por el control de la Superintendencia de Servicios de Salud, fueron:

1. Padrón de beneficiarios: por ley, las obras sociales deben tener un padrón que determine quiénes son realmente los beneficiarios de la Seguridad Social. El padrón recibido en el año 2002 no era un padrón confiable. Sólo registraba al 67% de las obras sociales. Rubén Torres lo llamaba “padrón acordeón”, ya que se modificaba de acuerdo a las circunstancias e intereses políticos. Se agrandaba cuando había que votar en la obra social y se achicaba cuando había que contratar a los prestadores.

2. Autoridades constituidas en las obras sociales: por ley, las obras sociales deben elegir autoridades y, una vez elegidas, éstas deben ser certificadas por el Ministerio de Trabajo de la Nación y presentarse a la Superintendencia. En el año 2002, sólo 58% de las obras sociales tenían autoridades reconocidas. Estas autoridades son las que reciben los fondos y libran los cheques de la institución.

3. Operatoria de las obras sociales: por ley, las obras sociales deben contar con una cartilla de prestadores y un Programa Médico Asistencial (un plan que establece cómo van a ser los servicios ofrecidos, cómo van a estar organizados esos servicios para lograr la prestación del Programa Médico Obligatorio). En el año 2002, ninguna obra social presentaba la cartilla de prestadores y sólo un 43%, el Programa Médico Asistencial. Sin esos datos, la Superintendencia no podía ejercer ningún tipo de control.

4. Presupuesto de las obras sociales: como fuera mencionado, por ley se establece que 80% del presupuesto debe destinarse a actividades médicas; 12% a prestaciones sociales; y 8% a administración.

La Ley de Obras Sociales N° 23.660 establece que si las obras sociales no cumplen alguna de estas cuatro condiciones de control, se deben aplicar sanciones, que llegan hasta el cierre de la obra social. Esta es una de las funciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.

La falta de aplicación de esta facultad de la Superintendencia se evidencia al observar que hasta la gestión de Torres las obras sociales nunca habían pagado ninguna multa, ya que el artículo correspondiente de la Ley de Obras Sociales hasta entonces no había sido reglamentado.

En el año 2002, se impuso el débito automático para el pago de multas. Una vez impuesta la sanción y luego de que ésta estuviera firme desde el punto de vista administrativo, al cabo de 30 días se descuenta la multa en forma automática de la cuenta de recaudación de la obra social. Durante la gestión de Torres, se reglamentó el artículo de la ley que regulaba este aspecto.

Durante la gestión Torres se cerraron 19 obras sociales. A pesar de ello, en ocasiones, el Secretario General del Sindicato recurría a la Justicia, donde el Juez dictaba una medida de amparo y dictaminaba que la obra social siguiese operando. En la actualidad, muchas de esas obras sociales siguen recaudando fondos y no brindan prestaciones.

En la Superintendencia de Servicios de Salud existía, desde la década del noventa, el Programa de Reforma de las Obras Sociales (PROS), con fondos del Banco Mundial. Su objetivo fue reformar el sistema y apoyar el saneamiento y la reconversión de las obras sociales. Entre los componentes más importantes del Programa se encontraba la elaboración de un padrón de beneficiarios. Pese a sus tres años de gestión desde la Superintendencia, hacia 2002 no se había logrado inscribir un sólo beneficiario.

La información geo-referencial, creada por Jorge Becerra, permitió generar un padrón actualizado en seis meses, en el que se podían observar todos los beneficiarios y prestadores. Este padrón brindaba información clave, en tanto permitía conocer si las obras sociales contaban con suficientes prestadores para su número de beneficiarios y facilitaba el conocimiento sobre su accesibilidad geográfica. Lamentablemente, esta resolución³⁵ fue derogada por la gestión actual, a pesar de ser una de las mejores políticas implementadas por la Superintendencia.

³⁵ La Resolución N° 674/2003 establecía que todo procedimiento, tecnología o medicamento que ingresara al Programa Médico Obligatorio o que saliera de él tenía que pasar previamente por una evaluación de tecnología. Esta Resolución fue derogada por la Resolución 499/2006.

A través del Departamento de Comunicación, se emitía un *newsletter* en papel y vía electrónica. Se llamaba “Saludable” y en él se informaba sobre lo que pasaba en la Superintendencia y se publicaban artículos de promoción de la salud, el Manual del Beneficiario de las obras sociales, etc. La Superintendencia también contaba con un espacio en la radio, con la participación de Esteban Mirol, todos los días miércoles. En este espacio se contestaban preguntas de los beneficiarios. Había un promedio de 600 llamados telefónicos por día. “Este mecanismo de reclamo les daba a los afiliados un gran poder: cuando las obras sociales escuchaban que se las nombraba en el programa, el problema estaba resuelto inmediatamente”.

Por último, cabe mencionar una breve referencia respecto de la desregulación de la Seguridad Social. La desregulación permite que si un beneficiario no se siente conforme con los servicios que le brinda su obra social pueda migrar a otra obra social o a la medicina prepaga. Este mecanismo destruye el sistema y aumenta la inequidad. El Sistema de Seguridad Social argentino es, básicamente, un sistema solidario donde cada uno aporta de acuerdo a su salario y recibe de acuerdo a su necesidad. El sistema compensa las diferencias que este modelo conlleva. Al permitir la migración, el beneficiario se lleva la totalidad de sus aportes y rompe el equilibrio solidario.

Asimismo, se trata de juego desigual, ya que mientras las obras sociales tienen un sistema de control muy estricto sobre el manejo de sus fondos y sus prestaciones, la medicina prepaga carece de regulación³⁶. Finalmente, la lógica de las empresas de medicina prepaga (entidades con fines de lucro) y la de las obras sociales (entidades sin fines de lucro) son contrapuestas. En este sentido, Torres trabajó en un proyecto de ley para regular el Sistema de Medicina Prepaga que llegó a tener la aprobación de la Cámara de Diputados pero, lamentablemente, no prosperó.

3. Actores: alianzas y oposiciones

Rubén Torres logró establecer alianzas con algunos sectores que le facilitaron el desarrollo favorable de su gestión. No obstante, también encontró actores que no lo apoyaron con suficiente firmeza, dificultando la toma de decisiones.

- La Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES). Una de las recomendaciones recibidas por la comunidad fue que la Argentina debía tener un sistema único de información para la Seguridad Social, un padrón que sirviera a todos los fines: previsión, riesgos de trabajo, etc. A pesar de que ello nunca se logró, durante la gestión de Torres, no hubo problemas con la ANSES. Se logró intercambiar padrones y depurar las actualizaciones elaboradas mensualmente.

- La Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP). Esta Administración es el ente recaudador para todo el sistema, no sólo previsional, sino también de salud. Allí también hubo un gran avance. Se estableció un mecanismo de reasignación de fondos de rezago que en la actualidad se encuentra en funcionamiento. Con la AFIP hubo, asimismo, una gran disputa por el estatus de los contribuyentes bajo el sistema de monotributo. Cuando se creó el monotributo –para aumentar la recaudación impositiva– se otorgó el beneficio de la cobertura de la obra social mediante un precio irrisorio.

- Dirigencia sindical. Durante sus cuatro años de gestión en la Superintendencia de Servicios de Salud, Rubén Torres encontró entre quienes manejaban las grandes obras sociales gente enteramente dedicada a su trabajo que, a pesar de carecer de conocimiento técnico, toma decisiones con mucha lógica. A su vez, en las gerencias conoció a gente muy capaz.

³⁶ Torres lo sintetiza de la siguiente manera: “La Ley 24.654 es una de las leyes más cortas de la historia argentina. Tiene dos artículos: Art. 1: Las empresas de medicina prepaga deben cumplir el Programa Médico Obligatorio. Art. 2: Archívese”. Al no precisar quién debe hacer cumplir ese texto, se genera un gran problema de regulación.

- Funcionarios del gobierno nacional. La gestión de Rubén Torres en la Superintendencia de Servicios de Salud llega de la mano de una fuerte alianza con el ministro de Salud de la Nación, basada en la trayectoria compartida. Pese a esto, con el cambio de Gobierno en el año 2003, la relación con la Presidencia de la Nación se debilitó.

Efectivamente, la principal razón de su renuncia fue la falta de apoyo de la autoridad máxima del Gobierno nacional respecto de su gestión. No se trató de una oposición explícita, sino de un no reconocimiento e indiferencia respecto de las políticas presentadas desde el organismo.

4. Obstáculos o dificultades

Uno de los obstáculos detectados en el inicio de la gestión fue, por ejemplo, la ausencia de un padrón unificado de beneficiarios.

Tampoco se conocían los recursos sanitarios instalados, la tecnología médica disponible (por la desactualización del Registro Nacional de Prestadores), ni las especialidades y servicios habilitados de cada prestador.

No existían datos epidemiológicos de las atenciones hospitalarias y se desconocían las causas de enfermedad según zonas geográficas.

Existía un desfasaje entre la demanda generada por el Programa Médico Obligatorio y los servicios con capacidad de ser financiados.

Por último, al momento de asumir, existía una marcada superpoblación de personal en la Superintendencia de Servicios de Salud.

Como se mencionó anteriormente, resultó un obstáculo –además de la razón de abandono de la gestión– el desinterés por parte del Gobierno nacional respecto de los proyectos y propuestas presentadas por el Superintendente de Servicios de Salud.

5. Aprendizajes y logros

5.1. Aprendizajes

La discusión de todos los gremios no es uniforme ni está siempre alineada al objetivo de luchar por la dignidad de los trabajadores y la efectividad del sistema. Si bien, como se mencionó anteriormente, hay quienes toman decisiones en forma lógica y con compromiso, en algunos casos, se trabaja, simplemente, por la persistencia de conservar el poder en el manejo de la designación de cargos.

5.2. Logros

- Se logró una mayor transparencia garantizada a través de los mecanismos descriptos.
- Se implementó un poderosísimo mecanismo de informatización de la Superintendencia (seguimiento de expedientes, página web, comunicación con los beneficiarios, etc.).
- Se elaboró el padrón de beneficiarios.
- Se construyó el Sistema de Registro Nacional de Prestadores.
- Se aumentó la cobertura de los medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas (70%).

- Se incorporó un formulario terapéutico al Programa Médico Obligatorio. Éste, además de establecer los medicamentos que podían prescribirse, se encontraba acompañado de guías y protocolos clínicos, basados en evidencia.

- Se logró un ahorro en el gasto de la administración de la Superintendencia de aproximadamente 24%.

- Se diseñó un Subsidio Automático por Riesgo. Este proyecto fue elaborado por el equipo de Rubén Torres y rechazado por el entonces presidente Néstor Kirchner (junio de 2005). El sistema de compensación para las obras sociales de bajos ingresos era discrecional. Por lo tanto, se diseñó un sistema de otorgamiento de subsidio por riesgo, edad y sexo. Al asumir Héctor Capaccioli como director de la Superintendencia de Servicios de Salud, a fines del año 2006, se aprueba la iniciativa del equipo de Torres, aunque con algunas modificaciones que la desvirtúan.

- Se firmaron Cartas Compromiso con el Ciudadano³⁷. La administración anterior de la Superintendencia de Servicios de Salud se había comprometido voluntariamente a modificar algunas de sus políticas de gestión. Esto no se había puesto en marcha. En este sentido, Torres firmó tres Cartas Compromiso con el Ciudadano, por las cuales se recibieron varios premios. Entre ellos, en el año 2005, la Superintendencia fue galardonada con el Premio Nacional a la Calidad (era la primera vez que un organismo regulador ganaba este premio).

6. Evaluación de la gestión

Una de las cuestiones pendientes a lograr es la libertad para ejercer los traspasos entre obras sociales que, en la actualidad, no son posibles para toda la población.

Asimismo, resta aún reglamentar el Decreto de Regionalización de las Obras Sociales. Este decreto obliga a las obras sociales pequeñas (que tienen pocos afiliados) en las provincias a unirse a otras obras sociales para contratar conjuntamente. También habilita, en el marco del Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales, el “Régimen de Débito Automático” que se aplicara a las facturaciones de los prestadores por los servicios de salud brindados que no se pagasen en los plazos estipulados previamente. Con este mecanismo se podría haber logrado reducir el número de obras sociales, sobre todo teniendo en cuenta que en la Argentina 60% de la población se encuentra afiliada a 10 obras sociales.

Queda pendiente también reorganizar el Sistema de Seguridad Social. En el año 2002, existían 146 obras sociales que recibían, en promedio, entre 20 y 30 pesos por parte de sus beneficiarios. Otras 15 obras sociales podían cubrir el Programa Médico Obligatorio porque recibían entre 30 y 35 pesos. Por último, 78 obras sociales recibían más de 35 pesos, pero en términos de cantidad de beneficiarios eran las más pequeñas. Esta situación persiste hoy y, en la medida que no cambie el Sistema, seguirá constituyendo un riesgo.

³⁷ El Programa Carta Compromiso con el Ciudadano (Decreto 229/2000) funciona en la Secretaría de la Gestión Pública, dependiente de la Jefatura de Gabinete de Ministros (www.sgp.gov.ar).

7) La experiencia de Rosario en Atención Primaria de la Salud: una estrategia basada en mecanismos participativos

Mónica Fein, secretaria de Salud de la ciudad de Rosario, Santa Fe (1997-2001 y 2003-2007)

INTRODUCCIÓN

Dentro de los desafíos más significativos que pueden asociarse con el diseño y la gestión de un modelo de atención sanitaria se encuentran, en primer lugar, la capacidad de identificar y mantener en el tiempo una intervención consistente, y sustentable política, institucional y económicamente, en la que se vinculen las estrategias y los resultados.

El segundo aspecto es identificar mecanismos que hagan de las acciones en salud una materia interrelacionada con otras intervenciones de política pública. Idealmente esto sería la resultante de un proceso de intercambio entre actores con poder de negociación sectorial y, a su vez, de la incorporación de la voz de la comunidad como un mecanismo de construcción del modelo sanitario.

Si bien normalmente se habla de atención primaria en salud como un modo que facilita esa relación bidireccional entre el poder político y la comunidad, poder plasmar esa estrategia ha mostrado ser uno de los desafíos más grandes de la gestión sanitaria.

Las acciones en Atención Primaria de la Salud (APS) de la ciudad de Rosario permiten aprender sobre un modelo local de gestión que involucra no solamente un mecanismo de identificación de necesidades comunales, sino un modo en el que la gestión local a nivel municipal debe interactuar con un modelo provincial, manteniendo su autonomía.

En este sentido, en las páginas que siguen se narra este proceso de la mano de Mónica Fein, quien comparte su experiencia como secretaria de Salud de la ciudad de Rosario durante dos gestiones socialistas: 1997-2001 y 2003-2007. Durante esa época, la tasa de mortalidad infantil de Rosario descendió de 14 a 11 por mil nacidos vivos, en tanto la incidencia de consultas de APS sobre el total se incrementó sustancialmente, de 45% a 66%. El interés en esta experiencia se potencia con vistas a una gestión socialista en la provincia de Santa Fe.

PERFIL DEL EXPOSITOR

Mónica Fein

Es bioquímica, graduada en la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario.

Tiene una larga militancia que se remonta a sus años de estudiante. Durante la última dictadura militar, con 17 años, inició su participación política –activa y clandestinamente– en el Movimiento Nacional Reformista. Con la apertura democrática, y próxima a finalizar la carrera de Bioquímica, fue elegida presidenta del Centro de Estudiantes.

Mientras tanto, había adquirido experiencia laboral en un hospital municipal, donde se desempeñó como técnica en el Área de Inmunohematología.

Una vez recibida, se desempeñó como secretaria de Bienestar Estudiantil, secretaria de Extensión Universitaria y consejera graduada de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas.

Se formó en Salud Pública en el Instituto Juan Lazarte de Rosario. Fue jefa de División del Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM), dependiente de la Secretaría de Salud Pública. Fue subdirectora General de Saneamiento, concejala electa por el Partido Socialista y presidenta de la Comisión de Salud del Honorable Concejo Municipal de Rosario. Fue secretaria de Salud Pública en dos oportunidades, entre 1997 y 2001, y entre 2003 y 2007.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

En el sistema de salud, había una concentración funcional y operativa de los servicios, con sólo seis hospitales y un escaso número de dispensarios o estaciones sanitarias.

El sistema estaba fragmentado y el modelo de gestión se centraba en lo hospitalario y en la oferta espontánea, sin una planificación estratégica de quiénes debían ser atendidos prioritariamente. Se contaba con 7% del presupuesto municipal.

No había participación de los trabajadores de la salud y de los ciudadanos en la discusión de la gestión pública y sanitaria.

En un contexto de creciente aumento de la exclusión social, de disminución de la cobertura formal y de una mayor necesidad de presencia por parte del sector público, la discusión sobre el rol del Estado se centraba en su ineficiencia como garantizador del Derecho a la Salud.

En ese momento, en Rosario comienza todo un debate respecto de un documento del Banco Mundial que planteaba los procesos privatizadores en el sector salud en función de la ineficiencia de lo público. A su vez, este documento impulsaba propuestas que se focalizaban en los programas sociales y no sólo en los sanitarios. Surge entonces como paradigma de este proceso de discusión, el concepto de hospital de autogestión.

Este fue el contexto de inicio de la gestión. En una ciudad como muchas otras, compleja, multiforme, donde los ciudadanos y ciudadanas viven, sufren, se organizan para luchar contra los problemas que tienen. Estos son parte de los procesos ciudadanos. Los desafíos planteados se orientaron, entonces, a la lucha y a la organización de la ciudad para garantizar sus derechos sociales.

Al asumir como secretaria de Salud de la ciudad de Rosario por primera vez en 1997, su gestión puso énfasis en la transferencia e intercambio de experiencias en el ámbito de la salud y la gestión, por que consideraba que existía una ausencia de sistematización de las mismas.

“Los procesos políticos son procesos de continuidad en el tiempo. Son procesos largos y colectivos. En todo el proceso de reforma del sistema de salud rosarino pasaron por dicha Secretaría cinco funcionarios. Si bien, cada uno le ha dado un perfil determinado, este proceso empezó en 1990”. Así, Mónica Fein se inserta en un proceso político rosarino en construcción, particularmente en el área de Salud³⁸. “Yo representaba sólo un actor más de un proceso que, en la ciudad de Rosario, se desarrolla desde hace ya mucho tiempo”, resume.

Si bien, la trayectoria de Mónica Fein es mayormente en el Poder Ejecutivo, entre los años 2001 y 2002, por circunstancias políticas de la ciudad, se desempeñó como concejala de la ciudad de Rosario.

Siendo aún concejala, asume la intendencia de Rosario Roberto Miguel Lifschitz -actual Intendente de la ciudad-, que le plantea a Fein que renunciara al Concejo y volviese a la Secretaría de Salud. Así, en el año 2003, asume nuevamente como secretaria de Salud, gestión que se prolonga hasta mayo del año 2007.

³⁸ En Rosario, los sucesivos responsables del área sanitaria se encuentran muy vinculados a una trayectoria política. Son parte de una Red de Secretarios de Salud de las Américas y han participado de varios Congresos de la Salud de la región.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

En la Municipalidad de Rosario, la Secretaría de Salud es uno de los lugares de trabajo más grandes y complejos, ya que de diez mil trabajadores municipales, cuatro mil están insertos en el área de Salud.

La red de efectores de salud de la ciudad está formada por 50 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), seis hospitales, dos maternidades, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) y una Red de Rehabilitación. Esta red de efectores se organiza en distintos niveles. Ellos son:

- Primer nivel. Los CAPS municipales son el espacio de mayor resolutiveidad. Existe un centro de rehabilitación por distrito.

- Segundo nivel. Los hospitales, el Instituto de Rehabilitación y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario garantizan un diagnóstico rápido y la resolución de la demanda. Tienen vinculación con los 50 CAPS.

- Tercer nivel. Está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños de alta complejidad y el nuevo Hospital de Emergencias y Agudos Dr. Clemente Álvarez. Articulan fundamentalmente con los establecimientos de segundo nivel.

- Además, existe un área de internación domiciliaria y un sistema de emergencias prehospitalarias, que cuenta con 10 ambulancias.

La internación domiciliaria fue un proceso de gran innovación en la gestión municipal. Primero se incorporó el servicio clásico de Enfermería, para luego conformar un equipo interdisciplinario. Este sistema requirió de un profundo debate para evaluar la factibilidad, o no, de la internación a la luz de las condiciones de vulnerabilidad social de muchos ciudadanos. Finalmente, se concluyó que la mejor condición para la rehabilitación de los pacientes es estar rodeado por el núcleo familiar. En la actualidad, tanto en niños como adultos, existen equipos interdisciplinarios de internación domiciliaria en más de 100 viviendas.

Esta experiencia permitió que el CAPS también articulase con la región de referencia del paciente internado, lo que posibilitó la incorporación de un nuevo eslabón a la cadena de Atención Primaria de la Salud (APS).

La gestión en la Secretaría de Salud se estableció sobre procesos colectivos en torno a la conformación de vínculos entre los ciudadanos y los gobernantes. El proceso de reforma en la APS en la ciudad de Rosario se basó, en primer lugar, en la democratización de la política y de la gestión, y se aplicó en todas las áreas municipales a través de mecanismos participativos. Democratizar la gestión y la toma de decisiones fue un proceso de gran aprendizaje, que enfrentó grandes dificultades, producto de la falta de experiencia. Frente a las medidas unilaterales y verticalistas que siempre aceleran y facilitan la gestión, buscar espacios institucionales para acordar y consensuar complejiza los procesos pero produce una transformación cultural que permite que el proyecto construido se mantenga y perfeccione más allá de la alternancia política.

Además, fue clave acordar sobre la importancia de la articulación en red. La complejidad del sistema de salud obliga a una intersectorialidad. Se han realizado múltiples acciones que fueron cambiando la cultura organizacional, y ayudaron a incorporar el trabajo en red allí donde es indispensable pensar, conocer y reconocer el rol de cada actor; es decir, en los CAPS y en los hospitales.

Dentro de este marco, se organizó la ciudad en distritos. La organización de los Centros de

distrito tenía por objetivo que los ciudadanos y las ciudadanas tuviesen espacio para diferentes actividades: realizar sus trámites administrativos, casarse, encontrarse en actividades culturales.

En el marco de este modelo, se organizaron las diferentes estructuras comunitarias y se redefinieron las políticas públicas a impulsar. A este efecto, se tomaron en cuenta los problemas del sector, considerando como eje de trabajo la cuestión territorial, elemento fundamental de toda construcción política. La participación ciudadana se mantuvo como núcleo que articulaba todo el municipio.

Desde esta perspectiva, se planteó como eje del sistema de salud al Centro de Atención Primaria. Dentro del CAPS, la adscripción es un proceso de generación de vínculos entre las familias y los trabajadores de la salud. Este fue el fundamento principal sobre el que se erigieron las políticas implementadas: mantener el vínculo fundamental. El contexto donde el ciudadano vive, el barrio, el CAPS y el resto del sistema actúan de acuerdo a esta necesidad matricial.

En función de la organización del sistema, el ciudadano mantiene el vínculo permanente con el médico y la enfermera del CAPS. Ellos son sus referentes y, de alguna manera, administran la totalidad del sistema y articulan con el resto de los actores.

El CAPS se transformó, de este modo, en el espacio de mayor resolutiveidad. Este espacio, formado por equipos interdisciplinarios de entre 12 y 45 trabajadores de la salud, permitió articular y acceder a todo el sistema.

Estas transformaciones se fueron logrando mediante acuerdos, concertaciones y debates en los que se priorizó la necesidad del ciudadano y la equidad de los servicios. Se generó una discusión acerca de la conveniencia o no de crear áreas programáticas. Teniendo en cuenta la estructura que tenían los hospitales en ese momento, se decidió que no era conveniente que los centros de salud dependieran del hospital y que, en cambio, debían mantener una lógica diferente.

El proceso de descentralización implicó la desconcentración funcional y operativa de servicios, la coordinación de las actividades de las distintas áreas del municipio (Salud, Promoción Social, Cultura, Servicios Públicos, etc.), la organización de las estructuras comunitarias, la redefinición de las políticas públicas, y la construcción de ciudadanía a partir de la participación de la comunidad en la toma de decisiones.

Se pensó una organización, una reforma del Estado que acercase los problemas de los ciudadanos al gobierno. El inicio de la gestión tuvo tres pilares:

1. Se creó una Dirección de Epidemiología a fin de identificar de qué se enfermaba o moría la población de Rosario.
2. Se comprendió la necesidad de formación y de desarrollo profesional.
3. Se creó la Dirección de Atención Primaria como una Dirección autónoma.

La formación en gestión se fomentó a partir de las necesidades de los Directores de hospitales que, si bien eran buenos médicos, cirujanos, enfermeras y psicólogos, no estaban capacitados para gestionar, ni especializados en Salud Pública. La formación iba de la mano de la necesidad de gestionar y de ir buscando herramientas para comprender, aprender o incorporar saberes.

³⁹ A fines del siglo XX, las ciudades comienzan a percibirse como un espacio totalmente nuevo para la gestión de las políticas públicas. Con el debilitamiento de los Estados nacionales, las ciudades incorporan en su agenda la cuestión social, lo que genera un proceso de gestión pública. Se recupera el concepto de lo “público” y lo “local” con un complemento adicional que es fundamental: la proximidad entre los que gobiernan y los ciudadanos. Este es un valor importante a rescatar.

En el Instituto Lazarte se organizaron congresos anuales con talleres y debates. Se realizaron aproximadamente 10 congresos de salud, donde participaron representantes de Brasil, Uruguay y otros países latinoamericanos. Para ello, se contó con la ayuda financiera de la Organización Panamericana de la Salud. El objetivo era establecer un debate ideológico dentro del municipio para analizar y poner en discusión las políticas públicas de nivel local³⁹.

Así, en la ciudad de Rosario, se formaron trabajadores municipales. Se puso el acento en la capacitación de promotores estratégicos, transformadores de la realidad sociocultural, que logren trascender la mera función de administradores del Estado.

La política de descentralización se definió como la articulación entre la participación y la gestión pública. En este sentido, se impulsó una reforma integral del Estado municipal basada en la participación de la comunidad en la definición de los problemas y en la construcción de opciones y entornos saludables.

Mónica Fein no plantea a Rosario como un modelo estático a seguir. Por el contrario, define este proceso como una modalidad de intervención que se está repensando y transformando cotidianamente.

Los ejes estratégicos de estas políticas fueron:

- Este proceso de equidad tuvo dos subejos: la equidad en el saber y la equidad en el poder. Ello involucró la equidad en la utilización de los servicios (nadie debe ser excluido del sistema de atención), la democratización del debate y la participación de los ciudadanos en los procesos de definición de las políticas de salud.
- El protagonismo de la comunidad. Uno de los ejes de trabajo más importantes fue la planificación local participativa de las acciones en defensa de los derechos. En términos concretos, esto implicó que los equipos de salud debieran reunirse periódicamente, como parte de la gestión, con todos aquellos actores sociales comprometidos con el proceso, para garantizarles espacios de participación y la posibilidad de modificar localmente la gestión.
- La contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud. La práctica contextualizada permite que cada equipo, cada centro y cada trabajador de la salud entienda a cada ciudadano como un sujeto histórico en un medio social, con la complejidad que esto implica. Es decir, que se conciba a la salud como un proceso social. Para ello, entre otras cosas, es vital que se trabaje en la atención ambulatoria a partir de comprender que todo sujeto social tiene saberes y prácticas y que el sistema de salud debe articular con los ciudadanos y ciudadanas.
- La eficacia social. La definición y organización del sistema según la necesidad de los ciudadanos fue uno de los mayores desafíos del debate en la gestión. Esto implicaba repensar el sistema de salud en forma inversa: desde el ciudadano hacia el sistema. En el ámbito de la salud es común organizar el sistema de prestaciones de acuerdo a las necesidades del servicio del hospital y del profesional. En este sentido, se trabajó para modificar esta modalidad y lograr que el sistema sea eficiente en función de las necesidades de los ciudadanos.
- La definición de estos ejes estratégicos demuestra que todos ellos pueden ser generados en los diferentes espacios de la Secretaría de Salud. El gran desafío consiste en identificar acciones

⁴⁰ Con este criterio fueron aceptados muchos proyectos nacionales, incluso en los años noventa. En tanto se pudiese articular con los ejes estratégicos de la gestión, todos los programas eran aceptados y adaptados a las necesidades locales. Así se aceptaron programas como el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), que fue adaptado a los ejes estratégicos y dejó en la ciudad una estructura erigida. Sin embargo, por ejemplo, los Hospitales de Autogestión no fueron aplicados en Rosario ya que su lógica rompía con la del sistema y no se articulaba con los ejes estratégicos. Planteaban una lógica de facturación que priorizaba a la población con obra social.

de gobierno que se vean incluidas en ellos. Toda acción de salud que garantice la equidad, la participación y el acceso de la población es factible de ser planificada en términos locales⁴⁰.

Se trata de un proceso en continuo movimiento y crecimiento en el que los funcionarios van generando periódicamente un compromiso de discusión con los vecinos.

En los CAPS se discutían los problemas barriales, las prioridades, el otorgamiento de turnos, el acortamiento de la espera. La discusión de si los CAPS deben tener turnos programados o turnos a demanda fue un debate que se podría haber resuelto rápidamente pero, de acuerdo a este paradigma, fue un proceso que llevó un año. Cada CAPS trabajó la problemática en su equipo y lo discutió con la comunidad. Se realizaban reuniones quincenales donde cada equipo llevaba su experiencia, y las ventajas y desventajas de cada opción de acuerdo a la realidad de cada lugar. Se debatían las experiencias y se recuperaban los lineamientos que habían sido rediscutidos en la comunidad. Y así, se fue construyendo un sistema que no es un producto individual sino colectivo, de trabajo conjunto entre la comunidad y los tomadores de decisiones de la municipalidad. Fueron necesarios estos procesos colectivos para que hoy en cualquier CAPS y cualquier trabajador de la salud reconozca la dinámica del lugar como un proceso propio.

Asimismo, se pusieron en discusión las demandas de la comunidad. Por ejemplo, en una oportunidad, frente al problema de la espera para hacerse las mamografías, las mujeres exigían tener un mamógrafo en el CAPS. Se generó un debate en el que se explicó por qué no era conveniente cada CAPS tuviera su mamógrafo. Hubo una amplia participación y se acordó que el mamógrafo sería ubicado en el hospital de referencia propuesto por la comunidad, el más votado por todos los vecinos. En la inauguración, los mismos vecinos explicaron la razón por la cual convenía que el mamógrafo estuviese allí.

Otro ejemplo de participación comunitaria fue la implementación del Presupuesto Participativo. Mediante este proceso, los ciudadanos discuten los procesos de atención de la salud y sistematizan las preocupaciones para que puedan ser retomadas por las políticas públicas. Este proceso implica un debate anual acerca de una importante parte del presupuesto con los vecinos. Se discuten los problemas que los vecinos definen como prioritarios y se otorga un presupuesto para ello.

En el año 2001, al momento de la crisis, se profundizó la participación social y se comprendió que la única posibilidad era discutir con los vecinos acerca de la factibilidad de las propuestas. A pesar de que se había consolidado un sistema gratuito y universal de salud, se generó un fuerte déficit de recursos que ni siquiera permitía la compra de elementos fundamentales, como los medicamentos. Se generó un gran debate acerca de cuáles eran las prioridades de la comunidad y se abrió la discusión con los vecinos mediante talleres por distrito.

En una oportunidad, en uno de los distritos con población más vulnerable de la ciudad, en presencia del intendente Hermes Binner, los vecinos y los equipos de los CAPS discutieron las prioridades. Se habían establecido como tales, la leche y los antibióticos. Y una vecina planteó la necesidad prioritaria de incluir anticonceptivos en el listado. Así que hubo leche, antibióticos y anticonceptivos por definición, y debate con los vecinos. Estos son los procesos que hacen una agenda pública diferente.

3. Actores: alianzas y oposiciones

El principal actor de esta experiencia fue la comunidad de la ciudad de Rosario. La estrategia de gestión fue la incorporación de actores al proceso de decisión, permitiendo que la población se expresara. Primero, se definía el problema. Luego, se convocaba a los actores involucrados.

Finalmente, cuando se llegaba a un acuerdo, la práctica iba estructurando la decisión tomada, que era respetada desde el secretario de Salud hasta el último trabajador. Este proceso colectivo estaba basado sobre consensos y no sobre opiniones aisladas. Implicaba una dinámica de co-gestión participativa.

Se eliminaron los procesos burocráticos que demoran los plazos en la búsqueda de soluciones. Y se repensó colectivamente el modelo administrativo.

Los trabajadores de la salud actuaron en forma conjunta con la comunidad. Se fortaleció la interconexión entre los distintos niveles del sistema de salud y se logró trabajar junto con otras áreas del municipio de Rosario.

Los CAPS no se estructuraron a partir de un jefe sino por medio de un equipo de gestión, que se involucra y responsabiliza de su administración. Para ello, se reúnen quincenal o mensualmente y discuten los grandes lineamientos o problemas, y las grandes directrices de estos procesos. A esas reuniones asisten también el Secretario de Salud y los Directores de Hospitales.

El apoyo y la interacción entre estos distintos sectores son fundamentales para mantener en funcionamiento el sistema de salud construido.

Como se trata de un proyecto de gestión basado en la participación social y en la construcción colectiva, la interacción con los Gobiernos nacional y provincial se ajustó a los lineamientos estratégicos consensuados al interior de la ciudad. Los programas y políticas aportados por estos niveles de gobierno eran aceptados y aplicados de acuerdo a dichos ejes y, en caso contrario, rechazados. Ello generó que el crecimiento y el mejoramiento de la calidad de vida de la población se base en mecanismos transparentes, horizontales y consensuados. Dividió responsabilidades y orientó las demandas de la comunidad hacia canales resolutivos más eficaces. Finalmente, como resultado de este proceso, en la actualidad, los ciudadanos son los protagonistas en la definición e implementación de las políticas públicas del sector.

4. Obstáculos o dificultades

El reclamo salarial por parte de los trabajadores de la salud fue una de las dificultades encontradas por Fein durante su gestión. En el año 2003, surge este conflicto, que generó un gran problema en el municipio. Si bien, producto de demandas y acuerdos, se llegó a elevar el presupuesto de Salud al 27% del presupuesto municipal, la cuestión salarial estuvo ausente en los 18 años de discusión y construcción colectiva del sistema. No se ha avanzado lo suficiente en ello, por lo cual este debate permanece latente.

Fue un obstáculo la desactualización de la Constitución santafecina. Se trata de una de las pocas Constituciones provinciales que no se ha *aggiornado*. En este sentido, excluye, por ejemplo, la autonomía municipal y perpetúa una estructura muy centralizada.

También se encontraron obstáculos en la obra social provincial y el sistema público de salud. La población prioritaria para ser atendida en el hospital público es aquella que no cuenta con cobertura formal de salud⁴¹. Sin embargo, como generalmente los beneficiarios de las obras sociales prefieren atenderse en los hospitales públicos, la aplicación de este criterio en forma excesivamente normativa termina excluyendo a la población. En este sentido, el desafío es instar a quienes tienen obra social a utilizarla para así poder destinar el sistema público a aquellos que se encuentran sin cobertura.

⁴¹ En la ciudad de Rosario, hay aproximadamente un 40% de personas que no tienen cobertura de salud.

El cumplimiento de esta exigencia se enfrenta con algunos problemas. Por ejemplo, la demanda de los pacientes de ser atendidos con los mismos profesionales con los que se han atendido siempre, y que trabajan sólo en el hospital, es incompatible con la exigencia de que los pacientes con cobertura traten de evitar la utilización del hospital público. Otro problema es que muchos beneficiarios desconocen a qué obra social están afiliados. Para ello, sin embargo, existen espacios de asesoramiento.

5. Aprendizajes y logros

5.1. Aprendizajes

- La participación de los trabajadores de la salud, y de los ciudadanos y las ciudadanas en la construcción de un nuevo modelo de Estado.
- La gestión participativa y democrática. Para ello, fue fundamental encontrar mecanismos de intercambio de experiencias para fortalecer el proceso de gestión participativa. Este proceso instó a aceptar la heterogeneidad y la diversidad de la población para lograr el diálogo de saberes entre los equipos y la comunidad.
- La capacidad del Estado para articular los diferentes intereses de la sociedad en forma eficiente y eficaz.
- El debate como proceso abierto.
- La visión intersectorial del derecho a la salud que plantea la necesidad de interactuar con otros actores.
- El rol de los Gobiernos locales para reformular mucho más ágilmente los sistemas de salud.
- La innovación y creatividad producto del crecimiento de la participación de las organizaciones.

5.2. Logros

- Los procesos de gestión colectiva y de debate. Se construyeron formas de organización muy poco burocráticas y se abandonaron mecanismos de “decretos y resoluciones”. Las prioridades fueron establecidas por la propia comunidad en reuniones de debate que permanentemente ponían en discusión la organización del sistema.
- Trabajo en redes. Existe una mirada del sistema que prioriza la lógica del trabajo en red y lo presenta como un desafío fundamental de gestión.
- Formación de los recursos humanos. Se creó la Residencia de Medicina General, lo que significó un cambio muy importante en la estructuración de los nuevos profesionales. Además, se creó el Instituto Juan Lazarte en conjunto con la Universidad Nacional de Rosario y la Asociación Médica. El Instituto cuenta hoy con una larga historia de trabajo en Salud Pública, ha formado cientos de trabajadores que en Gestión de Salud, Salud Pública, Epidemiología, entre otros.
- Creación de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, un hito de la gestión descentralizada y participativa.
- Construcción del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Existía un viejo esqueleto de hormigón que estuvo 40 años abandonado. La construcción del Centro significó un hecho arquitectónico para la ciudad, un gran emblema. Pero para el sistema de salud fue un cambio de paradigma que permitió pensar en un segundo nivel (el CEMAR) ar-

ticulado con el primero (los CAPS). En el CEMAR se atiende a los pacientes con turnos programados, otorgados en los CAPS. En este sentido, se logró instaurar la lógica comprobable de que el especialista puede actuar en referencia con el CAPS. Desde su habilitación en 1998, el CEMAR cuenta con servicios de cirugía ambulatoria y un laboratorio central, entre otros servicios.

- **Inauguración del Hospital de Emergencia.** En cuanto a su estructura edilicia, el nuevo Hospital de Emergencias es magnífico. Fue cambiando su paradigma. En un principio se organizó para atender cuidados progresivos y luego se transformó en uno de los hospitales más complejos de Rosario. En él, existen equipos de referencia que son responsables de los pacientes desde su ingreso hasta su egreso. Esto llevó un gran trabajo intersectorial con las distintas áreas de Gobierno.

- **Política de medicamentos.** Se impulsó un Laboratorio de Especialidades Medicinales que, en la actualidad, se encuentra habilitado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Además, se creó una Comisión de Medicamentos, y se logró articular un sistema absolutamente descentralizado, gratuito y universal donde se mantuvieron como ejes la equidad y la accesibilidad para todos. Los medicamentos que no estuvieran comprobados no estarían disponibles para nadie. Pero todos aquellos que tuvieran aprobación, más allá del valor económico, debían estar accesibles y garantizados para todos. Se implementó el formulario terapéutico. Y se logró la asignación del 11% del presupuesto de la Secretaría de Salud a esta área.

- **Historia Clínica Familiar.** Se implementó para contextualizar la salud del paciente en el entorno familiar. En este sentido, se trabaja con mecanismos innovadores aunque no todos los CAPS hacen lo mismo: cada CAPS trabaja con la comunidad en aquellos temas que se consideran prioritarios de acuerdo a la realidad local (basurales, el agua potable, etc.). Son equipos que trabajan con autonomía, tienen directrices claras y pueden generar espacios de aprendizajes.

- Se ha reformado la programación local mediante la mejora del sistema de información y la epidemiología comunitaria. En este sentido, se adecuaron los términos de geo-referencia puesto que se ha comprendido que cada equipo que trabaja en un territorio debe conocer lo que ocurre con la población de su entorno para que pueda trabajar sobre datos verosímiles y, de este modo, articular con otros actores y la comunidad. Además, la comunidad debe participar en la construcción de estos datos.

- A modo de ejemplo, en una oportunidad los vecinos de un barrio comenzaron a organizarse por un problema medioambiental. Al observar los datos del CAPS, se verificó el aumento de consultas con problemas respiratorios, sobre todo de niños, respecto de los datos relevados por el Gobierno central. El neumólogo de referencia había observado que ese CAPS derivaba muchos más chicos que otros Centros, lo que confirmaba la presencia de un problema medioambiental. En función de ello, primero se aplicó una encuesta casa por casa para relevar la apreciación subjetiva de la enfermedad. Mientras tanto, se trabajaba con la empresa contaminadora obligándola a cumplir con las normas. En las reuniones con la empresa participaban el Gobierno y los vecinos, quienes fueron actores protagónicos. Se logró mejorar la situación.

- **Informatización de los CAPS.** Se diseñó especialmente un software que permite realizar una derivación más directa al especialista desde el CAPS. Los turnos se adquieren telefónicamente o con cupos.

- **Creación de un Centro Único de Facturación (CUF) de toda la red.** Este sistema permite que cuando una persona que tiene obra social se interna, el CUF se haga cargo de los trámites de recupero.

- **Presupuesto.** Se logró que el municipio destine al área social 50% del presupuesto muni-

cial. El área social estaba incluida por Cultura, Promoción Social, Vivienda, Salud Pública (donde se destina 25%).

6. Evaluación de la gestión

Como desafío a futuro se mencionó la articulación de los diferentes actores del Estado con el objetivo de garantizar el derecho a la salud, fortaleciendo la cooperación entre el municipio y la gobernación.

Existe una concepción que privilegia al ciudadano, más allá de la jurisdicción del sistema, y que implica una gran responsabilidad para el funcionario: garantizar que cada ciudadano pueda gozar de su derecho.

Es necesario también mejorar el sistema de información y promover una epidemiología comunitaria. Esto debería ser así para mejorar la programación local, avanzar en los patrones de calidad centrados en el ciudadano, reformular el modelo de gestión en la búsqueda de equilibrios entre derechos y responsabilidades, y para construir equipos comprometidos con el derecho a la salud, y garantizar el financiamiento que permita la gratuidad y la integralidad.

Mónica Fein finalizó su presentación en el Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud con una frase que acompañó las reuniones y los debates en el municipio de Rosario en su interacción con la comunidad: “si algo es necesario y es imposible hay que cambiar las reglas del juego”.

Es en este sentido que se fueron generando las transformaciones del sistema de salud rosarino. Se trabajó para que la definición de las necesidades sea en forma conjunta y conduzca a la creación de “nuevas reglas del juego”.

La participación del ciudadano en la discusión, y la participación colectiva de los gestores y de los actores fundamentales en este proceso fueron elementos centrales, sin los cuales es difícil pensar en un Estado eficiente, que garantice salud y que permita una innovación permanente a partir de las nuevas necesidades y desafíos. Estos elementos permitieron pasar de una gestión burocrática con trabajadores no motivados, a una gestión participativa con trabajadores protagonistas de la construcción del proceso.

Como se trata de un sistema construido colectivamente y con el protagonismo y responsabilidad de toda la comunidad existe un alto grado de aceptación del sistema de salud de la ciudad de Rosario. Un indicador de ello, es que las encuestas expresan que 90% califican al sistema como “bueno” y “muy bueno”.

Existen indicadores de salud que expresan el éxito del sistema y que diferencian a la realidad de Rosario de otras ciudades del país. Hay 26.000 mujeres incluidas en el Programa de Procreación Responsable, 99% de los partos son institucionalizados y sólo 2% de los embarazos no están controlados. Los tratamientos de tuberculosis tienen 88% de adherencia y la tasa de mortalidad asociada al SIDA ha disminuido de un 10 por mil (1994) a un 4 por mil (2002). Asimismo, se observa una disminución de la mortalidad infantil, un aumento de los egresos hospitalarios y un aumento de las consultas en Atención Primaria de la Salud⁴².

Sin embargo, existen numerosas autocríticas con respecto al desarrollo del proceso de reforma. La más recurrente es que los trabajadores en terreno asumen responsabilidades que,

⁴² Este último dato cuestiona la idea arraigada en muchos sectores de que la gente prefiere ir al hospital en lugar del CAPS. Se trata más bien de la necesidad de asistir a aquellos lugares donde los problemas se resuelven.

muchas veces, son demasiado complejas y carecen de herramientas suficientes para enfrentar la problemática. En este sentido, falta avanzar en la interacción en términos locales para dar contención a los actores que se insertan en territorios de alta complejidad.

Por otro lado, el proceso de toma de decisiones en forma colectiva fue más instaurado en el primer nivel que en el segundo y los trabajadores de los CAPS cuentan con un ingreso mayor al de los trabajadores de los hospitales (un “adicional por función Centro”).

A pesar de estas cuestiones que quedan pendientes para las próximas gestiones, es importante resaltar que, en la actualidad, en la ciudad de Rosario, existe un eje político central del gobierno que es el proceso de participación ciudadana. Este proceso permite ir pensando y re-pensando el posicionamiento de los propios protagonistas y generando mayor autonomía en las decisiones y en las acciones. Además, hace que cada uno enfrente la tarea cotidiana con mayor responsabilidad.

El proceso es complejo: interpela la práctica política cotidiana; problematiza los saberes propios y plantea el reconocimiento de los saberes de los demás; y pone en juego la definición de autoridad tradicionalmente arraigada en los sujetos, fundamentalmente entre los actores políticos.

La transformación en la gestión se da con más encuentros, acuerdos y conciliaciones, acercando los ciudadanos a los trabajadores de la salud, a los gestores, a los políticos, a los gobiernos.

Esto genera una cultura que diferencia a Rosario de muchas otras ciudades. Se trata de prácticas basadas en el debate de las ideas, en la discusión de los problemas (sin mecanismos de confrontación personal), en la interpelación de la comunidad hacia el funcionario, en el aprendizaje mutuo a lo largo del proceso y en ciudadanos como actores indispensables del cambio.

A modo de balance de la gestión, Mónica Fein recuerda uno de los momentos más difíciles de la gestión, al poco tiempo de asumir como secretaria de Salud, cuando un niño perdió la vida en un CAPS donde sólo había una enfermera. Más allá de la demanda de funcionamiento correcto del CAPS, la situación encerraba una problemática compleja que expresaba la ausencia del Estado allí donde la comunidad más lo necesita. La Secretaría de Salud asumió la responsabilidad por la situación de abandono que sufre una parte de la población.

Otro momento difícil que debió enfrentar, esta vez durante el último año de gestión, fue el conflicto salarial con los trabajadores de la salud. Aún cuando existían diversos espacios de debate y de participación, el problema salarial no había sido discutido al interior de la Secretaría. Este hecho interpeló a los protagonistas de la gestión. El conflicto expresó un debate ausente que se ponía en agenda por fuera de la Secretaría.

Mónica Fein reconoce haber sentido en este conflicto una interpelación personal de lo que aún faltaba mejorar en la gestión. Encontró una limitación para asumir el problema, para plantear la necesidad de los colegas trabajadores de la salud y resolver el conflicto en forma colectiva, como lo venían haciéndolo hasta entonces en el sector.

Entre los momentos más felices de la gestión recuerda, fundamentalmente, los procesos colectivos de debate, la protección del equipo y el sentimiento de estar construyendo un proyecto en forma colectiva. Se logró un encuentro con la sociedad, que empezó a opinar sobre su propio sistema de salud.

Fueron procesos muy abiertos, cuya construcción llevó muchos años. Implicaron un cambio cultural muy fuerte hacia una sociedad que apuesta al proceso de solidaridad y equidad. Son cambios estructurales que marcan, no sólo la atención médica que efectivamente mejoró, sino el proceso de sentirse parte integrante de la sociedad.

8 El Seguro Público de Salud en la provincia de Buenos Aires. Estrategia de gestión y construcción de consensos

Adolfo Sánchez de León, coordinador del Seguro Público de Salud de la provincia de Buenos Aires (2003-2006)

INTRODUCCIÓN

La provincia de Buenos Aires reproduce en cierta medida la organización del sistema de salud presente en todo el país. Cada municipio recibe fondos y transferencias en especie, tanto desde el Gobierno federal como desde el Estado provincial. Asimismo, el sistema de aseguramiento social opera atomizado, con la convivencia de prestadores públicos y privados encargados de garantizar la cobertura de la población.

Con 38% de la población argentina y una densidad de 44,5 habitantes por km², la provincia se organiza en 134 municipios distribuidos en 12 regiones sanitarias. Al igual que en el nivel nacional, la asignación de recursos en el sector no se encuentra necesariamente relacionada con los indicadores de necesidad sanitaria, tales como la población con necesidades básicas insatisfechas o la tasa de mortalidad infantil. Paralelamente, la asignación de recursos refleja una alta correlación con los indicadores asociados a oferta e infraestructura, como por ejemplo el número de instituciones públicas y el número de médicos.

Dentro de este contexto, cualquier objetivo de política pública se vincula con la identificación de mecanismos de asignación de recursos que permitan limitar aquellas barreras institucionales que impiden la concentración de la atención en los más necesitados.

Un desafío tradicional para el diseño de políticas enfocadas en esa dirección es poder alinear a los actores participantes del sector salud, no solamente actores públicos nacionales, provinciales y municipales, sino también al sector privado a través de asociaciones de clínicas, círculos médicos, etc. En algunos casos, estos alientan y facilitan el desarrollo de políticas innovadoras. En otros, constituyen un obstáculo para llevarlos a cabo.

Dada la dimensión de la provincia y la brecha entre la necesidad y la gestión, el Seguro Público de Salud provincial se constituyó en una iniciativa novedosa que intentaba, por un lado, utilizar la estructura de los servicios públicos, anclándose en las características descentralizadas de la provincia, aunque utilizando modos de pago articulados a través de instituciones intermedias: las asociaciones de profesionales de cada municipio.

Esta experiencia es descripta y analizada en la presente sección por Adolfo Sánchez de León, quien fuera su director entre el período 2003–2006.

PERFIL DEL EXPOSITOR

Adolfo Sánchez de León

Es médico egresado de la Universidad Nacional de La Plata, especialista en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y magíster en Salud Pública de esta misma casa de estudios.

En la función pública, fue asesor de la Presidencia del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP); director de Capacitación de Técnicos de la Salud de la Provincia de Buenos Aires; jefe del Departamento de Educación para la Salud del Ministerio provincial; titular de la Unidad Ejecutora provincial del Seguro Público de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y director de Salud y Desarrollo Comunitario de la municipalidad de La Plata.

Realizó consultorías para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y para varias provincias de nuestro país, tales como Entre Ríos, Río Negro, Tucumán, Santa Cruz, Salta, San Juan, Mendoza, La Pampa y Buenos Aires.

En la actualidad, es director de la Revista Gestión en Salud, coordinador académico y docente de la Maestría de Gestión en Sistemas y Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Rosario e investigador en el Proyecto Análisis de las Capacidades Institucionales y Evaluación de Desempeño del Seguro Público de Salud, implementado en forma conjunta por la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Internacional Canadiense de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC).

Recientemente fue nombrado como subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en el Ministerio de Salud de la Nación.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

1.1. Experiencias

Con antecedentes en militancia política⁴² y opción por la Salud Pública desde los inicios de su formación, Adolfo Sánchez de León define su perfil dentro de la gestión de la salud de la provincia de Buenos Aires.

Su introducción en la temática de la Atención Primaria de la Salud (APS) se da de la mano de Floreal Ferrara, a quien conoció en la facultad⁴⁴ y llegó, finalmente, a convertirse en “su maestro”.

Floreal Ferrara fue convocado a integrar el Gobierno de la provincia de Buenos Aires en el marco del Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS). Adolfo Sánchez de León, que en ese momento era residente de Medicina General, es nombrado jefe de Departamento de Evaluación, fundamentalmente orientado a la educación para la salud.

El Programa ATAMDOS se aplicó entre los años 1988 y 1989, e implicaba una propuesta muy fuerte de rectoría por parte de la provincia de Buenos Aires para el primer nivel de atención. Los equipos conformados eran multidisciplinarios, integrados por psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras y obstetras; y cada uno de ellos tenía una determinada área programática a su cargo. Este proyecto, con Floreal Ferrara en la conducción, duró sólo tres meses, para transformarse en un Programa Materno Infantil.

El fracaso de esta iniciativa puede atribuirse a la fuerte reacción contraria de las conducciones municipales. Se asumió posteriormente que uno de los más grandes errores estratégicos del ATAMDOS fue no haber acordado con los intendentes una estrategia conjunta y menos verticalista.

En términos generales, en la provincia de Buenos Aires, se presentan dos líneas estratégicas en el primer nivel de atención: la línea “municipalista”, descentralizadora, que se impone luego de la crisis del Programa y la línea “garante”, que quiso recuperar el ATAMDOS.

Por ello, el conflicto desatado se basó, en gran medida, en el enfrentamiento entre dos posiciones ideológicas muy diferentes. Una de ellas es la posición netamente municipalista, de gestión local. La segunda posición, basada en la fuerte rectoría del Ministerio de Salud en el primer nivel de gestión, sostenía que la provincia de Buenos Aires debía ser garante final de la salud de toda la población. Desde esta mirada, una propuesta en otro sentido produciría segmentación e inequidad.

Luego de esta experiencia, Adolfo Sánchez de León fue director de Salud de la municipalidad de La Plata, donde implementó un Programa Materno Infantil que duró dos años.

Luego de esta experiencia, Sánchez de León se inserta en el Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. La provincia había iniciado la gestión un préstamo de ajuste fiscal con condicionales para evitar consecuencias sociales negativas. Los condicionales eran: educación, salud y acción social. Sánchez de León asume el rol de negociar los condicionales referidos a la salud por parte del Gobierno provincial.

⁴² Inició su militancia política en la facultad, en las filas del peronismo, dentro de la corriente Intransigencia y Movilización.

⁴³ Ricardo Martínez, un profesor de la facultad, le recomienda la lectura de un libro de Floreal Ferrara, que lo incentiva a acercarse a él y a incursionar en el mundo de la Salud Pública, con un fuerte acento en la Atención Primaria de la Salud.

Posteriormente, integró el grupo coordinador del Programa de Reformas del Sector Salud (PRESSAL) con financiamiento del Banco Mundial, a partir del cual recibieron Préstamos de Reformas Provinciales (PRL) La Pampa, Río Negro, Salta y Tucumán. El sector público estableció condicionales al Banco Mundial para ejecutar el préstamo. Estos condicionales eran el Contrato de Gestión, los Hospitales de Autogestión y el Seguro Público de Salud. En el año 1996, las cuatro provincias habían firmado el Seguro Público de Salud. De todos modos, los resultados fueron dispares: Tucumán no avanzó en ningún condicional, La Pampa avanzó en el Contrato de Gestión, y Salta y Río Negro avanzaron en el Seguro Público de Salud. Respecto de este último condicional, cada una de estas provincias propuso un modelo diferente.

Salta optó por un modelo de caja única. La obra social sería la compradora de servicios. Se logró que el PAMI transfiriese sus compradores y se conformó un contrato de gestión entre el Ministerio de Salud y la obra social provincial. Por medio de este mecanismo, 80% de la población de Salta estaría cubierto por un Seguro Público de Salud. Los hospitales se transformaban en empresas públicas estatales, y con ello se rompía “la ley del personal”, porque todos los empleados pasaban a un régimen de tipo privado. Frente a esta situación, hubo paros y conflictos y, finalmente, el Seguro Público fracasó.

Río Negro creó un Seguro circunscrito al primer nivel de atención (Centros de Atención Primaria de la Salud) que, por tanto, no abarcó el segundo y tercer nivel. En esta provincia no se han registrado inconvenientes de orden político.

La Pampa se basó en un sistema público tradicional austeramente administrado. Tenía la mortalidad más baja del país y se garantizó una buena gestión de los hospitales y de los Contratos de Gestión.

A partir del registro de los logros de las experiencias en Río Negro, Salta, La Pampa y de la implementación del IOMA, la obra social de la provincia de Buenos Aires, se elaboró lo que sería el embrión del Seguro Público de Salud de la provincia.

1.2. Diagnóstico

El Seguro Público de Salud es un programa diseñado enteramente con el equipo que luego lo ejecutó. Antes de identificar la hoja de ruta, se elaboró un diagnóstico de la situación sanitaria de la provincia.

Por el lado de la oferta, se evidenciaba una fuerte fragmentación de los servicios en toda la provincia de Buenos Aires y una alta ineficiencia tanto en el sector público como en el sector privado.

En el sector público había una clara fragmentación del primer nivel y del segundo nivel de atención. En tanto el primer nivel era municipal y el segundo nivel podía ser municipal o provincial, existían limitaciones para coordinar y articular políticas. Los 134 municipios que conforman la provincia de Buenos Aires estaban fragmentados y cada municipio tenía un sistema de salud diferente.

En el conurbano bonaerense, por ejemplo, se daban casos donde los municipios contaban con la atención del primer nivel arancelada, ya sea por medio de las cooperadoras o de modo directo. Otros municipios otorgaban un número de turnos reducido: cinco o diez por día. En otros casos, el servicio era gratuito. Mucha gente que vivía en el municipio arancelado se desplazaba a atenderse en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) vecinos. Ello generaba grandes problemas políticos entre municipios.

Esta alta fragmentación no se basaba sólo en la gratuidad, o no, del primer nivel de atención

de la salud, sino en la disparidad de los indicadores y de la oferta de servicios según los municipios. Se generaba así una fuerte incapacidad del Ministerio de Salud de la provincia de incidir en la gestión municipal, de imponer o llevar adelante políticas propias y de cumplir su rol rector. Si bien existían numerosas normas que regulaban los Programas, no se habían institucionalizado los controles comunes necesarios para desarrollarlos y ejecutarlos.

Desde el lado de la demanda, todos los indicadores sociales demostraban una fuerte disparidad según ingresos económicos. A peores niveles económicos, peores indicadores. Esto evidenciaba una profunda inequidad en cuanto a la atención de los servicios de salud.

En tercer lugar, como resultado de la relación entre la oferta y la demanda, se observaban graves problemas de accesibilidad. Los sectores más humildes contaban con mayores barreras para el acceso.

Este problema no estaba relacionado con la lejanía de los CAPS sino con la ausencia de una atención capaz de garantizar un acceso de calidad, oportuno en el tiempo y eficaz en el resultado.

El sistema era inequitativo, ineficiente e inaccesible. Frente a ello, la propuesta del Seguro Público de Salud fue la transformación de la planificación tradicional de la oferta. Y se mejoró la accesibilidad a los servicios de acuerdo a las necesidades de la población.

1.3. Marco político

Las gestiones en Salud Pública se definen de acuerdo a dos características que, a veces, se combinan. Ellas son: el incentivo hacia las medidas “salubristas” como la recomendación de caminar, dejar de fumar, etc. y el planteo de reformas del sistema.

La década del noventa transcurrió en un fuerte clima de discusión sobre las reformas.

Se planteaba el Hospital Público de Autogestión con la idea de participar dentro del hospital en la mesogestión y en la separación de funciones, de contrato, de gestión o de compromiso de gestión.

A nivel organizativo, se comenzaron a difundir los Seguros Públicos de Salud. Hubo discusiones sobre algunas experiencias. En la provincia de Buenos Aires, se planteaban dos modelos alternativos: la dicotomía entre el municipalismo y la gestión centralizada a nivel provincial.

En este contexto, se planificó la implementación del Seguro Público de Salud de la provincia de Buenos Aires, que también fue favorecido por la existencia de una promesa electoral vinculada con la cobertura de salud de las Manzaneras del Plan Vida.

El Plan Vida era un plan de Acción Social que establecía la entrega de alimentos por parte de las Manzaneras, uno de los voluntariados más grandes de Latinoamérica, ya que llegó a contar con aproximadamente 40.000 voluntarias. Creadas por la estructura política del duhaldismo, había una Manzanera cada seis manzanas que se encargaba de distribuir los alimentos de acuerdo a un padrón.

Para llevar adelante este Seguro Público de Salud en la provincia de Buenos Aires, se convoca a Adolfo Sánchez de León. La historia del programa tiene tres etapas:

1. 2000–2001. El Seguro estaba muy influido por las regiones sanitarias. El Director de Salud negociaba con el Secretario de la región que, a su vez, negociaba los salarios con los médicos. El desafío era persuadir al Secretario de Salud de las virtudes del Seguro Público de Salud, y de la necesidad de transparentar la selección de los médicos. Se trabajó con los actores públicos y se logró cubrir a un total de 40.000 Manzaneras y a sus grupos familiares en 40 municipios.

2. 2002–2003. Con la crisis macroeconómica y el cambio de autoridades, en el año 2002, el Seguro llegó a tener una deuda de ocho meses con las entidades prestadoras, tanto médicas como farmacéuticas. Existía un convenio con farmacias que entregaban medicamentos a través de un vademécum de monodrogas que, como resultado de la crisis, se vio afectado y debió finalizar. Además, se cerró una línea de comunicación 0800 destinada a canalizar los reclamos de los beneficiarios del Seguro Público de Salud.

El Seguro Público de Salud parecía haberse extinguido. Adolfo Sánchez de León se aleja de la Dirección y desarrolla actividades en el PAMI. Allí permaneció hasta diciembre, cuando regreso a la dirección del Programa.

3. 2003–2006. Superada la crisis, el gobierno de la provincia de Buenos Aires implementó el Plan de Más Vida (donde se sumaron a Acción Social, el Ministerio de Salud y Educación de la provincia), que cubría a aproximadamente un millón de beneficiarios. En esta etapa se dio una fuerte discusión con el Subsecretario de Salud de un distrito del conurbano bonaerense. Se proponía financiar a los médicos de las unidades sanitarias desde la dirección de cada Municipio. Nuevamente, intentaba imponerse el discurso municipalista. Desde el equipo del Seguro Público se defendió la figura del Ministerio de Salud como órgano rector. Lo que finalmente convenció a las autoridades fue que el Seguro no demandaba el nombramiento de personal ya que una de sus principales metas había sido eliminar los contratos “basura” y regularizar la situación laboral de quienes estaban insertos en el Estado provincial.

Esta etapa se prolonga hasta el año 2006, momento en el que el Seguro otorgaba cobertura a 700 mil personas. Debido a la composición etaria de la población beneficiaria, se constituye en un Seguro Materno Infantil. Esto hizo que el Seguro se ubicase dentro de una de las líneas estratégicas que promueve la Organización Panamericana de la Salud: protección social a través del aseguramiento de la población materno infantil.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

El Seguro Público de Salud se creó con la idea de ofrecer un servicio de excelencia a todos los habitantes, independientemente del nivel socioeconómico.

Finalmente, se configuró como un programa destinado a dar cobertura explícita a través de un modelo de atención basado en un médico de cabecera con población a cargo, que trabaja en el lugar donde viven los beneficiarios (y donde se atienden más de mil personas).

Cuenta también con servicios de odontología, que tienen programas de prevención de cáncer bucal y prevención de HIV en boca, que son atendidos en sus consultorios privados. A su vez, se ofrece cobertura explícita en el primer nivel de los análisis de laboratorios clínicos, en cualquiera de los laboratorios habilitados de la provincia de Buenos Aires. Las derivaciones a especialistas en Radiología y Diagnóstico por Imágenes se hacen al hospital público. Este esquema generaba una oferta prestacional mixta, pública y privada.

El Seguro se financia con el presupuesto del Ministerio. En un principio, la asignación era de cinco millones de pesos. Luego, se desató la crisis y, a partir del año 2003, hubo un fuerte apoyo a la gestión y se llegó al presupuesto actual, de aproximadamente 25 millones de pesos.

Junto con el avance del presupuesto, el Seguro Público de Salud crecía en términos políticos. En un principio, el Seguro dependía de la Dirección provincial que se encontraba a cargo de una Subsecretaría del Ministerio de Salud. En el año 2003, adquirió mayor relevancia y se creó una Unidad Ejecutora Provincial, dependiente directamente del ministro de Salud.

En términos legales, el Seguro se creó mediante una resolución. Luego pasó a ser un decreto del Gobernador el que habilitaba el Seguro para una cobertura de 2,5 millones de personas. Finalmente, se sancionó, por aprobación en ambas Cámaras y por consenso con todos los partidos políticos, la Ley del Seguro Público (13.413). La ley establece que el órgano de ejecución sea el Ministerio de Salud de la provincia.

El modelo de gestión fue un modelo innovador, particularmente desde una perspectiva pública. Se realizaron convenios con las cuatro federaciones médicas de la provincia de Buenos Aires: (i) la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA), (ii) la Federación Médica del Conurbano Bonaerense (FEMECON), (iii) la Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires (FABA), y (iv) la Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires (FOPBA).

El Convenio, basado en cápitas, se trasladaba casi íntegramente al médico, ajustando el sueldo al número de pacientes a cargo.

Desde la mirada del beneficiario, éste tenía la posibilidad de elegir el médico entre un grupo disponible.

En el caso de la FABA, la institución intermedia cobraba por cápita pero abonaba a sus profesionales por prestación. Los valores eran los mismos a los del IOMA. De esta manera, para los beneficiarios resultaba atractivo poder acceder al mismo laboratorio o al mismo odontólogo que accedía un beneficiario del IOMA.

El Seguro Público de Salud fue pensado con dos grandes ejes estratégicos:

- Mejorar el sistema de salud y la accesibilidad de la población.
- Reformar el sector público de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Ante la ausencia de la función rectora del Estado nacional, las provincias y los municipios asumían la función de reestructuración de sus respectivos sistemas. En términos ideales para la realización de una reforma, la Nación debería plantear un modelo de reforma federal con una línea clara de gestión. Sin embargo, como ello no sucedía, se planteó un intento de reforma gradual desde el nivel provincial.

Desde el equipo del Seguro Público de Salud se planteó una reforma que se iniciara al interior del sector público y que evitara su fragmentación en 134 sistemas de salud diferentes. El Seguro debía ser la base para establecer un sistema de salud con igualdad de oportunidades. Una persona que se atiende en Florencio Varela debe recibir un servicio de la misma calidad que quien se atiende en Pergamino. Además, se planteaba el logro de una fuerte rectoría por parte del Ministerio de Salud para coordinar esta propuesta.

Esto fue compartido con el actual senador y ex director del IOMA, Javier Massa. Inclusive, se llegó a considerar un eventual Programa conjunto entre el Plan Nacer y el Seguro Público de Salud, el Nacer Seguros.

A fin de fortalecer el rol rector del Estado provincial, uno de los impulsos dados por el Seguro Público fue desarrollar la función de compra del Ministerio, tanto en términos de contratos como de voluntad política. Paralelamente, se llevó a cabo una política activa de incidencia, una estrategia denominada índice de penetración: cantidad de médicos financiados en un municipio sobre la cantidad de pedidos totales. Paulatinamente, en función de este índice, se fueron involucrando médicos al Seguro. A mayor índice de penetración mayor influencia del Seguro en la acción municipal.

A pesar de que la gestión seguía siendo local, se centralizaron las normas y la garantía del cumplimiento de las mismas. Se fueron incorporando médicos, supervisores y auditores.

Se establecieron un ranking de médicos, a fin de mejorar la calidad de atención. Además, se confeccionaron historias clínicas, se buscó concordancia diagnóstico-terapéutica, y se crearon indicadores vinculados con “zonas de riesgo”, “cantidad de consultas preventivas”, “seguimiento de los niños”, entre otros.

Particularmente, la modalidad de selección del médico afectó los indicadores y la calidad de la atención. En la primera etapa del Seguro, cuando los médicos eran elegidos arbitrariamente, los beneficiarios del plan se quejaban de la mala calidad de atención. En cambio, al establecer criterios claros de selección de los profesionales, la población se mostró muy conforme con el servicio, se atendía complaciente y políticamente significó un gran avance de su administración. De este modo, una cuestión técnica se transformó, entonces, en una herramienta política muy importante.

La Comisión de Selección de médicos estaba integrada por representantes del Círculo Médico, la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA), la Región Sanitaria y el propio Secretario de Salud. En la segunda etapa, se incorporó a la junta una persona del Programa con posibilidad de veto. Las primeras selecciones fueron difíciles ya que se pedían anestesistas, ginecólogos, pediatras, entre otros, y se aprobaban aproximadamente la mitad de los médicos que se presentaban. Ello mejoró los indicadores de desempeño del Programa. Paralelamente, más de cien médicos fueron despedidos, por razones de falta de excelencia en la atención⁴⁵, lo que el Seguro debía garantizar.

Algunas de las herramientas que sirvieron de eje para la política de reforma basada en la Atención Primaria de la Salud fueron las siguientes:

La elaboración del padrón de beneficiarios fue una herramienta fundamental de gestión para impulsar la transformación, para crear la reforma. Permitió establecer la capacidad de pago, ya que a cada médico se le pagaba por beneficiario atendido en cada barrio. La actualización era compleja ya que había 10% de recambio por mes.

- El sistema de información sobre consultas, que determinaba los indicadores de cantidad, calidad y oportunidad, y definía el número de beneficiarios del Programa.

- La accesibilidad debía estar garantizada, lo cual implicaba que el médico estuviese efectivamente en el lugar de trabajo y cumpliera una serie de acciones pautadas previamente con guías entregadas.

- La modalidad de pago salarial pasó a ser por cápita, lo que da flexibilidad y posibilita premiar a quien más trabaja, y permite la libre elección del beneficiario.

- El equipo de trabajo del Seguro Público de Salud se fue construyendo y modelando paulatinamente de acuerdo a los lineamientos del Programa y a la forma en que los actores aceptaban estos lineamientos.

Carlos Benedetti, médico generalista, compañero de trabajo de Sánchez de León en el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), crea un equipo de médicos para funcionar como supervisores (acompañamiento médico y capacitación inicial). Asume como jefe de Departamento de Gestión Clínica del Seguro Público de Salud.

⁴⁵ De acuerdo a una investigación del Instituto Lázarte, un médico es un buen médico no sólo por su capacidad técnica, sino por su aptitud y actitud hacia la atención primaria. Estas pautas fueron incorporadas entre los criterios de evaluación de los médicos que se postulaban para el Seguro.

Gabriel Ciancio, experto en informática y también compañero en el PROMIN, forma un equipo con otras dos personas, con antecedentes en el IOMA.

Para reemplazar a un enviado de FEMEBA, Adolfo Sánchez de León designó a un profesional de su confianza a cargo de un equipo de auditores excelentemente formados.

Se incorporó un pedagogo y técnico en hemoterapia que trabajaba en la Escuela de Sanidad de La Plata, compañero de trabajo de Sánchez de León en la Dirección de Capacitación de Técnicos. Y el área de Administración se conformó con tres personas.

3. Actores: alianzas y oposiciones

El Seguro procuró sortear los inconvenientes del sistema de salud por medio de diversos mecanismos. Para ello, recurrió a organizaciones intermedias, negoció con los médicos, dialogó con los municipios, generó mecanismos de premios, operó sobre el contorno del sistema y buscó una estrategia que finalmente lo rodee. Constituyó una labor de gran intensidad en términos de gestión cotidiana, con dos actores sumamente poderosos: los municipios en la provincia de Buenos Aires y las organizaciones de profesionales.

En un principio, la reacción de las instituciones profesionales fue negativa. Alegaron no tener ganancias con la propuesta ofrecida por el Seguro. Luego, la mayoría de estas entidades profesionales apoyaron al Seguro, particularmente FABA y FOPBA.

Estas entidades lograron formar un excelente nivel de cuadros y, en la actualidad, sostienen un discurso más revolucionario sobre la Atención Primaria de la Salud que el propio Ministerio, y son las que defienden el Seguro Público de Salud.

Inicialmente, hubo una articulación entre el sector público y privado. Las entidades participaron y firmaron los convenios. Este proceso nunca adquirió la forma de una tercerización o una privatización, sino que fue un trabajo conjunto entre el Estado y las cuatro entidades organizativas, que conformaron un Consejo Asesor con un nivel coordinador del Seguro.

En los municipios, inicialmente, los Secretarios de Salud se mostraban contrarios a la implementación del Seguro. Sin embargo, paulatinamente, empezaron a ver las potencialidades del Programa. Fueron adquiriendo herramientas de gestión y, luego, estrategias de capacitación sobre gestión.

La incorporación de cada municipio al Programa fue voluntaria. Muchos de ellos no aceptaron entrar al Seguro, y no lo hicieron. Se organizaron las Coordinadoras Municipales, integradas por el Secretario de Salud y el Secretario de Acción Social, las que intentaron articular “la voz de la oferta” y “la voz de la demanda”.

Asimismo, se procuró involucrar a los círculos médicos, al círculo odontológico y al círculo científico y, también, a las obras sociales. Esto fue así, ya que la intervención del sector privado cooperaba a generar gobernabilidad en la Secretaría de Salud.

Los gremios que actúan tradicionalmente en el sector son tres: la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP), la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y la Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN). Estos actores no tuvieron un papel activo en la política implementada por el Seguro Público de Salud.

4. Obstáculos o dificultades

Los obstáculos más pequeños fueron los vinculados con las carencias de infraestructura, tales como no tener oficinas, secretarías, etc. Esto, en un principio, debilitó la gobernabilidad.

Los obstáculos más significativos fueron los político-ideológicos. Es decir, luchar contra una ideología que no considera la Atención Primaria de la Salud como una herramienta poderosa de cambio político.

Otra dificultad fue la falta de capacidad institucional en algunos municipios. Esta falencia se hizo evidente en la ausencia de un discurso común en torno a la reforma.

Al inicio de la implementación del Seguro un obstáculo importante, de orden coyuntural, fue la crisis del año 2002. Pero, como toda crisis, representó la posibilidad de salir adelante con un proyecto fortalecido.

5. Aprendizajes y logros

Reconocidas como grandes innovaciones, algunas de las herramientas creadas por el Seguro Público de Salud eran cuestiones no negociables con el resto de los actores. Por ejemplo, la selección del médico, el registro de los médicos de cabecera responsables del modelo de atención, la gestión de turnos y la configuración y actualización del padrón de beneficiarios.

La selección de los médicos fue un proceso importante e innovador ya que debían ser profesionales en condiciones de salir a los barrios a identificar pacientes, médicos con empatía. Esta temática generó, al principio, una gran disputa con las federaciones y los círculos que se negaban a negociar cupos. Finalmente, resultaba difícil encontrar médicos formados con el perfil deseado. Pese a estas dificultades, las designaciones discrecionales fueron suprimiéndose como producto de esta lógica de selección.

También se reconoce como un logro el hecho de que el Seguro Público de Salud haya comenzado a funcionar en el subsuelo del Ministerio de Salud de la provincia, en un depósito, en el que estaba prohibido establecer oficinas; y, finalmente, que haya terminado ocupando un despacho privilegiado, cerca del Ministro. Más importante aún, es que se logró, con el tiempo, aumentar su presupuesto.

Se ascendió en la estructura interna del gobierno provincial. Se dejó de depender de una Dirección provincial y, en su lugar, se constituyó como una Unidad Ejecutora Provincial, dependiente en forma directa del Ministerio, para lo que contó con reconocimiento legal.

Teniendo en cuenta que quienes tienen obra social o prepagas integran el sector privado y que la mitad de la población de la Argentina se atiende en el sector público o no se atiende, se deduce que esta mitad de la información de la vigilancia epidemiológica de este país no está relevada. Con el Seguro, se logró registrar los datos principales de los pacientes beneficiarios por medio de un formulario específicamente diseñado a este efecto. Los resultados del estudio se incorporaban al registro y la información era centralizada por el Seguro. De esta manera, se aportaron datos claves para la vigilancia epidemiológica de una gran proporción de la población de la provincia de Buenos Aires.

Finalmente, una de las grandes innovaciones del Seguro Público de Salud fue el trabajo conjunto entre el Estado y las entidades profesionales, así como entre el nivel central y los niveles locales.

6. Evaluación de la gestión

El Seguro Público de Salud nació como puntapié inicial hacia una gran política de reforma del sistema de salud.

Intentaba que todos los programas existentes confluyeran a una modalidad única de incidencia sobre la salud pública, una política integral para todos los programas.

Esto no se logró. Si bien fue planteado como un proceso de reforma, sólo se convirtió en un programa más del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. En este sentido, en la actualidad, el Seguro está contribuyendo a la fragmentación generada por la gran cantidad de programas que se implementan en el sector.

En la actualidad, el trabajo conjunto que se había logrado entre el Estado y las organizaciones de profesionales se reconfiguró, ya que desde que el equipo de Adolfo Sánchez de León se alejó de la gestión, las entidades profesionales no han logrado vincularse con la nueva administración y se reinstaló la distancia tradicional entre la figura de un Estado “financiador” y la de las entidades proveedoras.

Esto demuestra que en nuestro país no se han podido consolidar políticas de salud como políticas de Estado que puedan tener una continuidad. Políticas que logren consenso sobre los mecanismos de aseguramiento y la atención de la salud. Por ello, cuando cambia un funcionario, cambia el proyecto de gestión y se desmiembran los equipos, más allá de la eficacia de los mismos.

Es necesario generar compromiso y militancia entre los actores principales de la sociedad, para que los proyectos trasciendan a los funcionarios de turno. Además, el poder de rectoría se debe ejercer en forma centralizada, fortaleciendo al Ministerio provincial. En la Argentina, un país federal donde cada provincia puede tener independencia de gestión, la intervención de la Nación debe ser fuerte, coherente y responsable.

En la actualidad, el Seguro Público de Salud sigue funcionando y cuenta con 600 mil beneficiarios.

Reflexiones finales. Análisis comparado de las experiencias de gestión pública en salud

Daniel Maceira, director del Programa de Salud de CIPPEC

1. La gestión en contexto

El relato de las experiencias de gestión pública en salud permite el análisis de una diversidad de factores. Ellos se vinculan no sólo con las características específicas de los Ministerios, programas o actividades que llevaron a cabo cada uno de los funcionarios durante su acción pública, sino también con los condicionantes externos provenientes tanto del contexto macroeconómico como del político institucional. Ambos contextos interactúan entre sí, y conjuntamente determinan en parte la naturaleza y la dinámica de acción, que se traducirá en una mayor o menor efectividad de la política pública aplicada. Ello dará como resultante la brecha entre lo idealmente pensado como alcanzable al inicio de la gestión y lo efectivamente realizado al culminarla.

En general, el contexto económico, político y social se identifica con condiciones básicas o variables del Estado y de la sociedad sobre las cuales los actores tienen escasa capacidad de incidencia, y pueden determinar, en parte, el ejercicio de una función. A partir de un contexto dado, cada uno de estos actores debe operar diseñando una estrategia, en este caso de políticas sanitarias, que se traduce en acciones vinculadas con cada una de las áreas de incumbencia del Ministerio o del programa en el cual se desenvuelve.

Asimismo, para cada una de esas acciones o intervenciones sería posible identificar metas a partir de las cuales establecer un plan de acción, que interactúa estratégicamente con las intervenciones de otros actores del sistema. En muchos casos, tales actores se convierten en socios que facilitan y potencian las capacidades del funcionario de alcanzar los objetivos propuestos y, en otros, operan como obstáculos limitantes para poder llevarlos a cabo.

Las experiencias relatadas en este libro muestran que los funcionarios no solamente requieren de cierta capacidad técnica específica vinculada con su responsabilidad sino también de un conocimiento no curricular vinculado con la posibilidad de generar consensos.

Aunque muchos de los actores del sector pueden encontrarse alineados o bien enfrentados en algún área específica de la gestión del funcionario, hace a la capacidad del funcionario reconocer la arena y los mecanismos ideales donde cada una de las actividades se pueda desarrollar. En la medida en que adquieran la capacidad no sólo de la gestión específica en temas sanitarios sino también de la construcción de consensos, la probabilidad de alcanzar los objetivos planteados será mayor.

En este sentido, esta publicación compila ocho experiencias de gestión pública en salud que, de acuerdo con el contexto político y el nivel de gestión que refieren, han contribuido al diseño e implementación de políticas sanitarias a nivel nacional, provincial o municipal.

2. El contexto de la gestión

Luego de más de siete años de dictadura militar, junto con la apertura democrática y con la llegada del radicalismo al gobierno, se reabrió la agenda de los derechos humanos. Dentro de este eje de política acuñado por el gobierno de Raúl Alfonsín, Aldo Neri, desde el Ministerio

de Salud de la Nación, impulsó reformas relacionadas con una idea de aseguramiento social unificado y una política alimentaria amplia. La premisa planteada en el conocido discurso “con la democracia se come, se cura y se educa”, se tradujo en una política sanitaria que sostenía un modelo de cobertura universal, tanto en alimentación como en salud. Fue un momento político fundacional, que se esperaba favoreciera la generación de acuerdos y consensos en torno a ejes que debían regir la vida democrática.

Asimismo, aunque salvando las distancias, la crisis macroeconómica que culminó con la debacle del año 2001 provocó un alineamiento espontáneo de intereses a nivel nacional y provincial que en otras ocasiones hubiese sido difícil de implementar. Más allá de la capacidad técnica de los funcionarios a cargo, este escenario crítico facilitó el desarrollo de una estrategia, tanto desde la Superintendencia de Servicios de Salud (con el liderazgo de Rubén Torres), como para facilitar el acceso a medicamentos desde el Ministerio de Salud de la Nación (a través del programa REMEDIAR, coordinado por Federico Tobar)¹.

Localmente, la capacidad de impulsar las estrategias provinciales se ve influenciada por la relación que desarrollan el funcionario y su equipo con el entorno. Mónica Fein en la ciudad de Rosario, Enrique Rozenblat en la provincia de Córdoba, Néstor Perrone y Elsa Moreno en la provincia de Neuquén, y Adolfo Sánchez de León en la provincia de Buenos Aires evidencian esfuerzos tanto técnicos como de construcción de estructuras políticas y administrativas que acompañan las iniciativas planteadas. Esto se tradujo en mecanismos de generación de consensos, a través de instancias colectivas (en el caso de Rosario); estrategias involucrando la micro, meso y macrogestión (en el caso de Córdoba); mecanismos de alineamiento de intereses con las asociaciones sanitarias intermedias (en la provincia de Buenos Aires); y el desarrollo de modos de coordinación con el gobierno provincial y la calificación de recursos humanos, estableciendo normativas, pautas y rutinas novedosas en el contexto provincial (en la provincia de Neuquén).

En todos estos casos, se identifica no solamente una estrategia sanitaria que coincida, en este caso, con la Atención Primaria de la Salud, sino que involucra la toma de conciencia de los actores participantes acerca de la necesidad de construir mecanismos de poder al interior del sector que validen, apoyen y acompañen una acción de política de salud. En la medida en que ello no sucede, las posibilidades de alcanzar las metas propuestas son reducidas.

Incluso dentro de ámbitos políticamente restringidos, se observan experiencias de búsqueda de espacios de intervención pública en los cuales se pueda aportar al modelo sanitario global. Tanto los ejemplos de menor apoyo político relativo (el caso de Héctor Moguilevsky como representante del partido minoritario en la Alianza gobernante), como aquellas experiencias de funcionarios con una base más amplia de apoyo político (en la gestión de Eduardo Duhalde y Néstor Kirchner en el Ministerio de Salud de la Nación) muestran el desafío que implica unir a la capacidad técnica, las aptitudes para desplegar una estrategia política en torno a los objetivos propuestos.

En términos teóricos, mientras los actores públicos tienen objetivos claramente identificables y demuestran mayor capacidad de acción, su vínculo con los otros actores del sistema tiende a ser relativamente más sencillo y la probabilidad de alcanzar con éxito sus objetivos es mayor. Por el contrario, los objetivos difusos al momento de asumir la función pública, limitan y debilitan la posibilidad del funcionario de relacionarse con los otros actores del sistema y, por lo tanto, reducen la posibilidad de alcanzar con éxito la intervención propuesta.

¹ A la provisión pública de medicamentos a través del programa REMEDIAR se sumó la definición de las reglas de prescripción por el nombre genérico.

El grupo de pertenencia de los funcionarios previo a la llegada al poder es un elemento que orienta el análisis de las experiencias expuestas. Por ejemplo, Neri formaba parte del círculo íntimo del radicalismo alfonsinista desde la década del setenta. Torres y Tobar integraban el equipo de Ginés González García previo a que asumiera como ministro de Salud de la Nación. Perrone y Moreno protagonizaron la experiencia neuquina de Atención Primaria de la Salud a partir de miradas y objetivos unificados en su paso por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

Todas las gestiones permiten observar que la historia profesional individual y el grupo de referencia de cada uno definen, en gran parte, cuáles serán los ejes de política una vez que estos profesionales se incorporen a la gestión pública. En este sentido, la “historia importa”, y permite ampliar la capacidad de generar una estrategia consistente.

3. Actores del sector y estrategias sanitarias

A fin de poder contribuir al análisis sobre las capacidades de diseñar, desarrollar e implementar políticas sanitarias en cada caso presentado en esta publicación, se les solicitó a los protagonistas que evaluaran a un grupo de actores del sistema de salud argentino en términos de su ‘poder de acción’ (intensidad: alta – media – baja) y su ‘posición frente a la política implementada’ (dirección: a favor – neutra – en contra). A partir de este mapa, se intentó encontrar el ‘vector de poder relativo’ de cada funcionario con respecto al resto de los actores del sistema, en términos la dirección e intensidad del posicionamiento de cada uno de tales actores del sistema frente a la estrategia sanitaria pública.

Entre los actores del sistema que se le propuso a cada expositor evaluar se encontraron: el Ministerio de Salud, las Gobernaciones y los Municipios, los hospitales públicos, las clínicas privadas, las obras sociales, las prepagas, las asociaciones profesionales y de establecimientos (los círculos médicos y las asociaciones de clínicas y sanatorios) y los laboratorios. Cada uno de ellos fue calificado por los entrevistados tanto en términos de la dirección de la relación con su política como de su intensidad.

En términos consolidados, la Tabla 1 expresa la distribución de las ocho experiencias respecto de la dirección (la posición frente a la política implementada) y la intensidad (el poder de acción) que adquirió cada uno de los actores del sistema en su gestión.

Tabla 1: Actores involucrados de acuerdo a la intensidad y direccionalidad de la acción en las gestiones expuestas

Actor	Dirección			Intensidad		
	A favor	Neutra	En Contra	Baja	Media	Alta
Ministerio de Salud de la Nación	6	0	2	0	4	4
Gobernaciones/Municipios	5	2	1	1	2	5
Hospitales públicos	4	4	0	5	2	2
Clínicas privadas	2	6	0	6	2	1
Obras sociales	2	5	1	4	2	2
Prepagas	1	6	1	7	1	0
Colegios/Círculos médicos	2	4	2	2	6	0
Laboratorios	2	5	1	5	2	1

Las evaluaciones que surgen de este análisis están relacionadas con la percepción de los actores, por lo cual pueden incluir sesgos vinculados con juicios de valor.

La Tabla 1 muestra un resumen de esta información, agregando para cada caso el número de funcionarios que se expidieron positivamente para cada alternativa propuesta. Se observa, por ejemplo, que son las instituciones públicas (el Ministerio, las Gobernaciones y Municipios, y los hospitales) las que, en general, tienen un posicionamiento positivo frente a la reforma implementada (seis de los ocho funcionarios vieron una burocracia ministerial que respaldaba su gestión, en tanto dos de ellos manifestaron lo contrario). Mientras tanto, los sectores privados (las clínicas, las obras sociales, las prepagas y los laboratorios) concentran altos valores (entre cinco y seis sobre ocho experiencias), en la posición neutra.

En términos de intensidad, el poder de incidencia de los sectores públicos sobre el sector es percibido como alto, particularmente el Ministerio de Salud de la Nación y las Gobernaciones y Municipios. En cambio, los hospitales públicos, acompañados por el resto de los actores privados, muestran una intensidad baja en su poder de acción, con la sola excepción de los colegios y los círculos médicos, con un nivel intermedio de intensidad en la repercusión de las gestiones recorridas.

De todos modos, de la lectura de estos indicadores surge una probable subestimación de los actores privados que, en general, son referidos como una fuente de conflicto para la política pública.

Se identifica asimismo cierta homogeneidad de los funcionarios entrevistados acerca de la dirección (apoyo u oposición) de los actores del sector. Son los colegios y círculos médicos los que evidencian una relativa mayor dispersión desde la mirada del funcionario. Paralelamente, el Ministerio de Salud de la Nación muestra, en general, apoyo de gestión, aunque dos de los ocho expositores ubicó la posición ministerial en el extremo opuesto. Ellos coinciden con administraciones de filiación partidaria contraria al Ejecutivo nacional de su época.

Las figuras siguientes dan cuenta del nivel de apoyo de los distintos actores a las políticas implementadas, tomando en consideración las ponderaciones de las respuestas de los expositores.

En relación con el posicionamiento frente a la gestión, la dirección que asumieron los actores fue clasificada por los funcionarios:

- A favor: se ponderó con valores positivos, entre 1 y 3.
- Neutro: se ponderó con valores positivos, entre 0 y 1.
- En contra: se ponderó con valores negativos, entre -1 y -3.

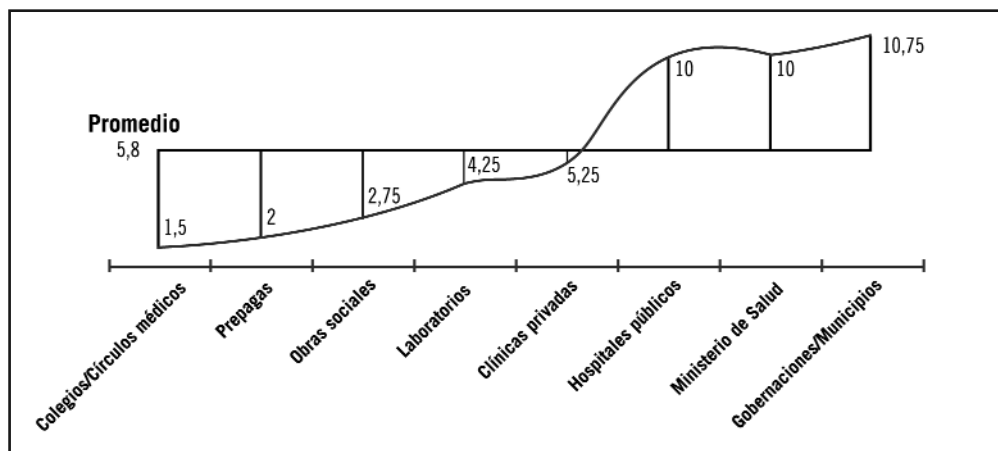
Asimismo, el poder de acción de estos actores, fue evaluado en función de la intensidad del posicionamiento frente a la política implementada:

- Alta: se ponderó con los valores 3, 0,75 y -3 (ya sea a favor, neutro o en contra, respectivamente).
- Media: se ponderó con los valores 2, 0,50 y -2 (ya sea a favor, neutro o en contra, respectivamente).
- Baja: se ponderó con los valores 1, 0,25 y -1 (ya sea a favor, neutro o en contra, respectivamente).

A partir de la aplicación de tales criterios, se calcularon valores para el análisis comparado que emerge de dichas ponderaciones. Las figuras siguientes ofrecen una mirada transversal. La

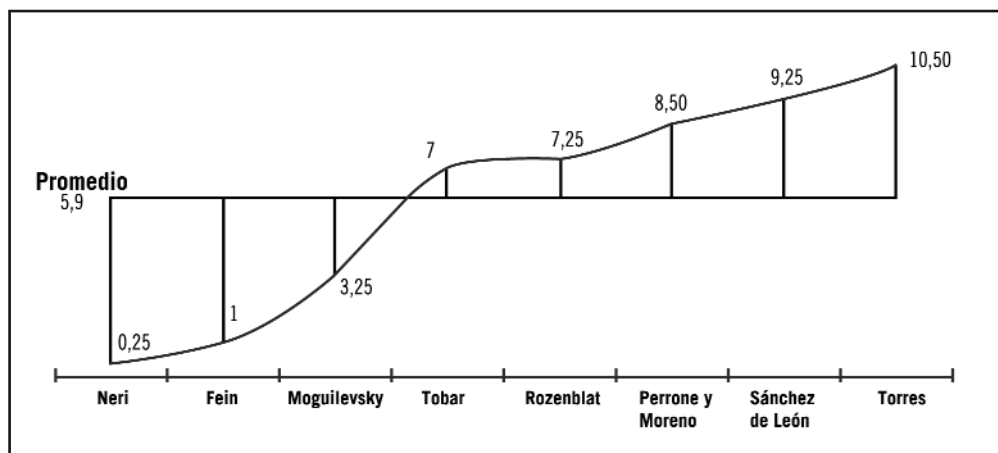
primera da cuenta de la suma de las percepciones que los funcionarios entrevistados tienen de cada actor del sistema. La segunda, por su parte, presenta el nivel de apoyo a cada funcionario, considerando a los actores del sistema en conjunto.

Figura 1: Percepción del grado de apoyo de distintos actores a las políticas implementadas



La Figura 1 muestra que todas aquellas instituciones que se encuentran sobre el promedio de apoyo a la implementación de políticas (5,8) corresponden al sector público (Gobernaciones y Municipios, Ministerios y hospitales públicos). Mientras que las instituciones no públicas se encuentran por debajo del promedio, representando un menor apoyo relativo. Los colegios y círculos médicos se erigen como los actores de mayor potencial de conflictividad, seguidos por las prepagas, las obras sociales, los laboratorios y las clínicas privadas.

Figura 2: Grado en el que los distintos funcionarios vieron apoyada su gestión por parte de los actores claves del sector



Paralelamente, la Figura 2 plantea que, desde la perspectiva del apoyo de los actores seleccionados, de las ocho experiencias documentadas, tres de ellas se encuentran por debajo del promedio (5,9) y cinco, por encima.

Las experiencias que se ubican por debajo del promedio pertenecen a tres funcionarios no justicialistas que debieron enfrentar, tanto en el nivel nacional (Neri y Moguilevsky) como en el nivel local (Fein), la necesidad de debatir, consensuar y disputar su capacidad de generación de políticas, ya sea al interior de su grupo de pertenencia (Moguilevsky) como con respecto a otros actores sociales (Neri y Fein).

Se encuentran por arriba del promedio aquellos de filiación justicialista, excepto Rozenblat. Él, junto con Tobar, son los únicos dos funcionarios de esta grilla vinculados con programas con financiamiento internacional (PROAPS Córdoba y REMEDIAR, respectivamente). De acuerdo con su exposición, el énfasis estuvo puesto en generar consensos tanto a nivel del Ministerio de Salud de la Nación (del cual dependía funcional y financieramente, aunque no formaba parte del grupo ministerial), como a nivel provincial (con el que fue necesario coordinar actividades y roles, más allá de la microgestión del Programa).

De esta figura surgen dos lecturas posibles. La primera interpretación es que las gestiones justicialistas tienen mayor capacidad de poder lograr los apoyos necesarios para llevar a cabo una intervención de política pública en el sector. Así, ser funcionario oficialista y pertenecer al Justicialismo reduce el riesgo de conflictividad (o aumenta las chances de gobernabilidad) en la gestión. Alternativamente, la segunda lectura presupone mayor resistencia entre los funcionarios justicialistas a manifestar el no apoyo a la gestión.

A partir de estas conclusiones generales, se pueden realizar algunas comparaciones e identificar contrastes entre experiencias ejecutivas. Los casos de Fein y su equipo en Rosario y la experiencia de Perrone y Moreno en la provincia de Neuquén muestran que ambas fueron administraciones provinciales focalizadas en el desarrollo de estrategias de atención primaria, paradigmáticas en la salud pública argentina. Perrone y Moreno contaron con amplio apoyo gubernamental, en tanto los colegios profesionales y círculos médicos fueron actores más complejos en la experiencia de gestión. Por el contrario, Fein encontró un apoyo gubernamental limitado (la ciudad de Rosario se encontraba bajo una administración que no era políticamente afín a la Gobernación) aunque supo utilizar su relación con las corporaciones médicas para poder desarrollar una estrategia sanitaria exitosa. Ambas experiencias tuvieron un importante apoyo de la estructura hospitalaria, independientemente de su signo político.

Como se señaló previamente, resulta de gran relevancia contemplar el contexto macro para analizar las experiencias de gestión. De todos los casos analizados, sólo uno (Perrone y Moreno) no se encontró inmerso en un contexto de crisis macroeconómica. Las experiencias restantes se desarrollaron en el contexto de un escenario crítico, ya sea debido a la crisis inflacionaria del inicio de la democracia, a la transición post menemismo del gobierno de la Alianza o al subsecuente proceso de devaluación.

Estos contextos generaron aprendizajes sobre la capacidad de alinear intereses de acuerdo con los diferentes marcos político institucionales.

Sánchez de León, en la provincia de Buenos Aires, y Neri, en el Ministerio de Salud de la Nación, propusieron apoyar y desarrollar seguros de Salud, con distinto éxito relativo. El proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud, que impulsó Neri, no logró aprobarse en el Congreso. Sánchez de León, por su parte, implementó exitosamente el Seguro Público de Salud, pero no logró institucionalizarlo como política de Estado provincial.

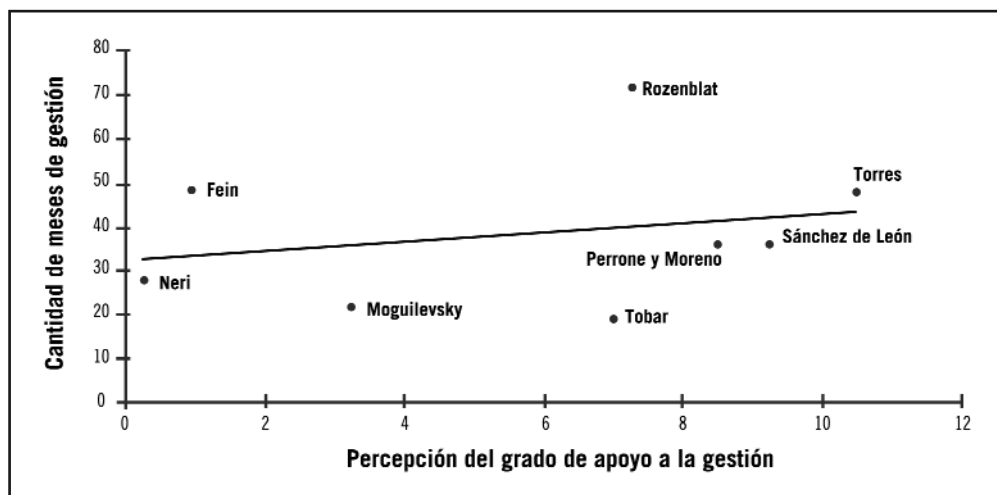
Complementariamente, el análisis de estas experiencias, que no son necesariamente representativas a nivel nacional, señala cierto vínculo entre la escala de los objetivos y sus chances de éxito. Las gestiones locales como las de Rozenblat, Perrone y Moreno, Fein y Sánchez de

León mostraron el cumplimiento de gran parte de las metas trazadas. Las experiencias nacionales de Neri, Tobar, Moguilevsky y Torres, si bien cumplieron algunos o varios de los objetivos previstos, según cada caso, contaron con metas más complejas, lo que aumentó la potencial distancia entre los objetivos y los logros alcanzados.

No obstante, todos los casos refieren a debates de políticas sanitarias, que aún hoy siguen vigentes. La experiencia de Neri plantea la necesidad de debatir un seguro nacional de Salud, en tanto que el caso de Tobar nos enfrenta al desafío de construir una política consistente de medicamentos. El relato de Torres subraya la importancia de articular los mecanismos de aseguramiento social dentro de una estrategia de salud nacional, y la gestión de Moguilevsky pone el acento en la discusión de un marco regulatorio dentro de un sistema segmentado, donde el Ministerio de Salud de la Nación es responsable de una proporción menor del financiamiento público de la salud.

Finalmente, la Figura 3 intenta vincular la percepción de apoyo de los actores a su gestión con la cantidad de meses en la función pública, para cada entrevistado.

Figura 3: Percepción del grado de apoyo a la gestión de los expositores, según cantidad de meses de gestión



Se observa una leve tendencia positiva entre el grado de apoyo a la gestión y la extensión efectiva del mandato. Esta observación apoyaría una de las principales conclusiones presente en todas las experiencias: la capacidad de construir consensos y generar apoyo a la gestión involucra mayor posibilidad de desarrollo de una estrategia sanitaria.

En todos los casos, la dispersión con respecto a la tendencia encontrada es reducida, con la excepción del programa de atención primaria en la provincia de Córdoba, a cargo de Rozenblat.

Si bien no contamos con un número importante de observaciones para hacer inferencias estadísticamente significativas, esta relación aporta una hipótesis de trabajo a ser contrastada en el futuro.

La gestión de políticas públicas de salud muestra un desafío pendiente para los especialistas, los funcionarios públicos, los legisladores, los referentes de instituciones privadas de salud e incluso para otros actores externos al sistema sanitario como ser los medios de comunicación, los sindicatos o las organizaciones de la sociedad civil.

Creemos que la sistematización de estas experiencias contribuirá a generar un cuerpo de conocimiento que trascienda la estructura teórica y que permita vincular experiencias con contextos y políticas.

Una misma política puede resultar exitosa o fracasar a partir del contexto macroeconómico y social, y a la forma en que el funcionario se posiciona en sus funciones. La capacidad para generar consensos no se aprende en los espacios de formación profesional, sino que se adquiere paulatinamente a partir de la experiencia. Es un proceso de aprendizaje continuo donde las prácticas pasadas deberían ser la principal fuente de consulta y enseñanza.

En este sentido, el objetivo de este libro es intentar contribuir con las experiencias de los funcionarios del futuro, facilitando la sistematización de estrategias sanitarias en un contexto político y social cambiante.

Experiencias de gestión pública en salud

PRIMER CICLO

La gestión en salud, como en otras áreas de gobierno, en ocasiones se ve obstaculizada por las limitaciones para sistematizar y comunicar las experiencias a través de las sucesivas administraciones. En parte, ello se debe a que los funcionarios se enfrentan a una agenda condicionada por la coyuntura y la necesidad de brindar respuesta a múltiples demandas cotidianas. La ausencia de espacios de transferencia de conocimiento limita el aprendizaje institucional y la posibilidad de una construcción social a partir de los logros y los obstáculos de las administraciones anteriores.

Durante 2007, con el objetivo de contribuir a incrementar el saber de la gestión pública en salud en la Argentina, el Programa de Salud de CIPPEC, con el apoyo de la Fundación Navarro Viola, organizó la primera edición del ciclo “Experiencias de Gestión Pública en Salud”. Los expositores invitados fueron ex funcionarios nacionales, provinciales y municipales, con intensa experiencia en el liderazgo de programas específicos y gestiones integrales de salud.

Este libro se propone identificar y sistematizar problemas comunes de la gestión pública y difundir las respuestas implementadas, recuperando y reconociendo la experiencia pasada. La intención final es socializar este conocimiento, con el convencimiento de que ello contribuirá a fortalecer la capacidad institucional de las estructuras públicas, ofreciendo herramientas a los funcionarios a cargo de la toma de decisiones en el campo de la salud.

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Nuestro desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de Desarrollo Social, Desarrollo Económico y Fortalecimiento de las Instituciones, a través de los programas de Educación, Salud, Política Fiscal, Inserción Internacional, Justicia, Transparencia, Instituciones Democráticas, Desarrollo Local, Política y Gestión de Gobierno e Incidencia de la Sociedad Civil.



Av. Callao 25, 1º piso
C1022AAA Buenos Aires, Argentina
Tel: (+54-11) 4384-9009 / Fax: (+54-11) 4371-1221
www.cippec.org



Fundación Navarro Viola