

Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias

*Magdalena Chiara
María Mercedes Di Virgilio
Arnaldo Medina
Marina Miraglia
(Organizadores)*



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

GESTIÓN LOCAL EN SALUD:
CONCEPTOS Y EXPERIENCIAS

Magdalena Chiara
María Mercedes Di Virgilio
Arnaldo Medina
Marina Miraglia
(*Organizadores*)

Con la participación de:
María Canel, Carlos A. Jiménez y María C. Cabrera

Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias

Celia Almeida, Susana Belmartino, Magdalena Chiara, Daniel Cravacuore,
Claudia Danani, Graciela Dinardi, Mercedes Di Virgilio, Gustavo Eugeni,
María Epele, Alberto Esteban, Mónica Fein, Silvio Feldman,
María Herminia Larussi, Ignacio Llovet, Daniel Esteban Manoukian,
Claudio Mate, Arnaldo Medina, Marina Miraglia, Mauricio Monsalvo,
Claudio Ortiz, José M. Paganini, Mario Pecheny, Javier Pereira,
Reinaldo Reimondi, Luís Eliseo Velásquez Londoño y Adrián Zelayeta



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

Gestión social en salud : conceptos y experiencias / coordinado por Arnaldo Medina ; Marina

Miraglia ; Magdalena Chiara - 1a ed. - Los Polvorines : Univ. Nacional de General Sarmiento, 2008.

316 p. ; 15x22 cm.

ISBN 978-987-630-019-3

1. Salud. 2. Políticas de Salud. I. Medina, Arnaldo, coord. II. Miraglia, Marina, coord. III. Chiara, Magdalena, coord.

CDD 613

© Universidad Nacional de General Sarmiento, 2008

J.M. Gutierrez 1150, Los Polvorines (B1613GSX)

Prov. de Buenos Aires, Argentina

Tel.: (54 11) 4469-7578

publicaciones@ungs.edu.ar

www.ungs.edu.ar/publicaciones

Diseño y Diagramación: Departamento de Publicaciones - UNGS



Licencia Creative Commons 4.0

Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada (by-nc-nd)

Índice

Presentación	11
LAS COORDENADAS INSTITUCIONALES DEL DEBATE	
La Universidad y la comunidad Silvio Feldman	17
La política de salud en la provincia de Buenos Aires Claudio Mate	21
La salud como derecho: el desafío para América Latina Luís Eliseo Velásquez Londoño	25
Parte 1	
LA GESTIÓN LOCAL EN SALUD: CONCEPCIONES, ESTRATEGIAS Y CONFLICTOS QUE ANIMAN LAS EXPERIENCIAS EN LATINOAMÉRICA	
La Gestión Local, la descentralización y el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud José M. Paganini	31
La génesis de la Reforma Sanitaria brasileña Celia Almeida	43
La implementación de la reforma en Brasil: la dinámica del Sistema Único de Salud y algunos resultados Celia Almeida	65
Lecciones aprendidas en gestión municipal de la salud en América Latina Luís Eliseo Velásquez Londoño	123
Parte 2	
¿QUÉ SE SABE SOBRE LA GESTIÓN LOCAL EN SALUD?	
La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación Susana Belmartino	129
Tensiones y dilemas en torno a la Gestión Local en Salud en el Gran Buenos Aires Magdalena Chiara, Mercedes Di Virgilio y Mariana Miraglia	143

Condiciones sociales y organizativas para la Gestión Local en Salud: reflexión a partir de la problemática de la Enfermedad de Chagas Ignacio Llovet y Graciela Dinardi	173
Crisis económica, uso de drogas y vulnerabilidad. Una mirada crítica a las políticas de drogas y de reducción de daños María Epele y Mario Pecheny.....	183
Parte 3	
LA AGENDA DE LA GESTIÓN LOCAL EN SALUD EN ARGENTINA	
El Seguro Público como parte de la estrategia de Atención Primaria de la Salud Adrián Zelayeta.....	209
Rosario. La salud como política de Estado Mónica Fein	219
Reflexiones sobre la salud en lo local Gustavo Eugeni	225
Experiencia desde un hospital público neuquino de mediana complejidad Daniel Esteban Manoukian.....	231
El rol de los municipios en la gestión en salud Arnaldo Medina	245
Parte 4	
LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES COMO COORDENADAS DE LA GESTIÓN LOCAL: ASPECTOS POLÍTICOS, FINANCIEROS Y DE GESTIÓN	
El sistema de salud como parte de las relaciones intergubernamentales Alberto Esteban	261
La coparticipación en la provincia de Buenos Aires y el sector salud María Herminia Iarussi	265
Reflexiones desde la gestión en el nivel regional Reinaldo Reimondi	279
La Gestión Local desde la mirada de un programa nacional: reflexiones desde el REMEDIAR Mauricio Monsalvo.....	285

Parte 5

RECAPITULANDO LOS EJES DEL DEBATE

La Gestión Local en Salud: concepciones y conflictos que animan las experiencias latinoamericanas	
Javier Pereira.....	295
¿Qué se sabe sobre la Gestión Local en Salud?	
Claudio Ortiz.....	299
La agenda de la Gestión Local en Salud en Argentina	
Claudia Danani.....	303
Las relaciones intergubernamentales en la provincia de Buenos Aires como coordenadas de la Gestión Local	
Daniel Cravacuore	307
Los panelistas.....	311

Presentación

La salud pública no es todavía un problema que convoque al conjunto de la sociedad, esto es, encuentra dificultades para convertirse en “cuestión pública”. Las dificultades que enfrenta el Estado para introducir las reformas de largo plazo en el sector es uno de sus emergentes más preocupantes.

En el Gran Buenos Aires, el subsector público de salud ha sido resultado de un proceso complejo, atravesado por las crisis que marcaron el funcionamiento de las instituciones estatales y las condiciones de vida de la población en las últimas décadas. Las investigaciones que se vienen desarrollando desde la UNGS dan cuenta de un sistema fragmentado en espacios locales, que se vieron presionados por una demanda que creció junto a los desocupados y subocupados.

Sin desconocer que la descentralización del sistema en la región generó una “ventana de oportunidad” para acercar las definiciones de política sanitaria a las preferencias de la población, el presente y futuro de la atención de la salud se enfrenta con distintos desafíos en torno a los cuales resulta ineludible generar un debate abierto.

Cómo garantizar con *eficacia* y *eficiencia* el funcionamiento del sistema en su conjunto en territorios contiguos es el primer desafío. El segundo es una cuestión esencialmente política: la necesidad de garantizar *la equidad en el ejercicio del derecho a la salud*. Las dinámicas autónomas que resultaron de la descentralización fueron efectivas para responder a las crisis, pero han dado lugar a muy distintas condiciones de acceso a los servicios: más preventivas o más centradas en la complejidad, completamente gratuitas o con algunos grados de arancelamiento.

La discusión acerca de lo que entendemos por *derecho a la salud* y cómo garantizar *niveles equitativos de acceso efectivo* debe comprometer no sólo a los responsables del gobierno (Municipio, Provincia y Nación), sino también a las asociaciones profesionales, gremiales, de la sociedad y también a las instituciones académicas. Se trata de un debate tan complejo como necesario.

Desde estas preocupaciones, surgió la idea de organizar conjuntamente entre la Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Instituto del Conurbano de la UNGS, un espacio de discusión para abrir a la perspectiva de otros actores y profundizar las líneas que este debate plantea.

El seminario buscó poner en diálogo a investigadores de distintas disciplinas, funcionarios y profesionales que trabajan en el campo de la Gestión Local en salud, con la idea de generar un espacio de diálogo en torno a las condiciones y dinámica de los procesos que se suceden en la gestión en el nivel local.

El debate se orientó a los siguientes objetivos: a) recuperar las experiencias latinoamericanas reflexionando acerca de las concepciones que las orientaron, las estrategias desde las que se sostuvieron y los conflictos que las animaron; b) “pasar en limpio” las contribuciones de la investigación académica sobre la gestión local en salud; c) identificar, desde la perspectiva de los actores, los temas que la gestión local pone en la agenda de la política sanitaria; y c) problematizar las relaciones intergubernamentales y la problemática del gobierno multinivel en el sector salud desde distintas perspectivas.

El mismo se desarrolló los días 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2006 y contó con la participación de 154 académicos, profesionales de las áreas de salud municipales, provinciales y nacionales, así como funcionarios responsables de organismos de los distintos niveles jurisdiccionales de distintas provincias, especialmente de la provincia de Buenos Aires.

Con la idea de ir consolidando los avances en el debate, se sistematizan aquí las presentaciones realizadas en cada uno de los paneles. Comienza su desarrollo con una presentación de las coordenadas institucionales del debate a cargo de los responsables de las instituciones organizadoras; en la primera parte se problematiza la Gestión Local en Salud en perspectiva de la experiencia latinoamericana y posteriormente se presentan distintos abordajes de la investigación académica en torno a la problemática de la Gestión Local en Salud; asimismo, se incorpora una reflexión desde la gestión de dos temas (chagas y adicciones) que permiten avanzar sobre aspecto de la problemáticas socio-sanitaria que caracteriza los procesos de transición epidemiológica en nuestros países. En la tercera parte y desde distintas perspectivas, las presentaciones “pasan en limpio” la agenda de la Gestión Local en Salud, mientras que la cuarta parte se centra en las relaciones intergubernamentales, trama que atraviesa fuertemente los procesos de gestión en salud post descentralización. Por último, cuatro comentaristas de distintas instituciones recapitulan lo que, a su juicio, son las contribuciones al debate de cada panel.

La coordinación del seminario estuvo a cargo de Magdalena Chiara y Mercedes Di Virgilio y su Comité Académico estuvo formado por Arnaldo Medina

(Subsecretario de Planificación en Salud de la Provincia de Buenos Aires); Roberto Bisang (Idel/UNGS) y Marina Miraglia (ICO/UNGS).

El seminario contó con la colaboración, además de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, de la Agencia de Cooperación y Relaciones Internacionales de la Secretaria General de la Gobernación Gobierno de la Provincia de Buenos Aires y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS / OMS) - Oficina Argentina. Su organización movilizó el trabajo de las instituciones organizadoras, el Instituto del Conurbano de la UNGS y la Subsecretaria de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

A todos nuestro más sincero agradecimiento.

**LAS COORDENADAS INSTITUCIONALES
DEL DEBATE**

La Universidad y la comunidad

Silvio Feldman

UNGS

Buenos días a todos. Para mí es un enorme gusto poder participar de esta apertura y sobre todo para nosotros como Universidad es muy importante que eventos como éste puedan realizarse y que la Universidad pueda contribuir junto con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y la OPS a pensar temas de tanta relevancia en la perspectiva de transformar la realidad, en particular con el propósito de contribuir al acceso de las personas al derecho a la salud.

Me gustaría, en primer término, explicar un poco los motivos por los cuales es importante y significativo para la UNGS un evento como éste. Porque se conecta con principios, criterios, objetivos y una actitud centrales en relación con esta reunión.

La UNGS se propuso desde su creación y constituye un elemento decisivo de su diseño y de su proyecto institucional, asumir un rol activo en el desarrollo de la reflexión y la acción con la comunidad para contribuir a abordar los principales sistemas de necesidades y desafíos que experimenta. Es así que nuestra Universidad está organizada por Institutos; el Instituto del Conurbano, el Instituto del Desarrollo Humano, el Instituto de Ciencias, el Instituto de Industria. Institutos que fueron pensados, fueron previstos luego de reflexionar acerca de cuales son los sistemas de necesidades, los desafíos que tienen una vigencia relevante en la sociedad y que se entendió que la Universidad podía trabajar junto con la comunidad en relación con ellos. Es decir que nuestra Universidad no está organizada por facultades, ni por disciplinas; incluso desde su diseño la estructura institucional expresa que se asigna una importancia decisiva en el sentido y la acción de la UNGS al objetivo de contribuir a la reflexión sistemá-

tica, a la investigación, a formar profesionales, a formar personas en relación con campos relevantes para la sociedad.

Si bien hay múltiples expresiones de esto, vale poner de relieve, en esta ocasión, que se trata de un objetivo y de una estrategia que se realiza de un modo sistemático. Cuando ingresé saludé al doctor Duro, porque lo conocemos en la Universidad por su actividad en la zona, además porque es miembro del Consejo Superior de la Universidad en representación de la comunidad. Ésta es otra expresión de que la Universidad en su diseño mismo ha buscado modos distintos para que su aporte en los campos de la investigación, la formación, reflexión y acción con la comunidad este sistemáticamente interpelado acerca de los modos de avanzar en esta perspectiva. Es por eso que para nosotros es relevante el desarrollo de foros, de seminarios y de talleres para pensar conjuntamente con quienes pueden acercarnos una visión de sentido, de la experiencia comparada en este campo, con la OPS y el Ministerio de Salud de la principal jurisdicción del país. Por eso nos resulta tan importante una reunión de este tipo.

Pero más aún, me gustaría subrayar que pensamos la relación entre la reflexión sistemática –propia de la ciencia– y la realidad, como una relación desafiante. Muchos de nosotros pensamos en la importancia de que la ciencia se oriente y dé prioridad al objetivo de ayudar a conocer y contribuir a resolver los sistemas de necesidades de la sociedad, los problemas y desafíos que experimentan los hombres y las mujeres. El principal desafío es cómo contribuir efectivamente a ello, es decir cómo hacer que la contribución de los ámbitos de desarrollo de investigación, como lo es por excelencia la Universidad, cumpla este papel. Creemos que esto se hace de múltiples maneras, y que particularmente una de ellas es pensar en conjunto sobre estos temas y por eso planteaba anteriormente que este evento nos parece tan importante, porque es un espacio para reflexionar sistemáticamente con quienes están en la gestión.

Quiero hacer una mención específica acerca de una acción que la Universidad realizó ya que da cuenta de la importancia otorgada al tema de salud. Probablemente muchos tengan presente que la Universidad (con la colaboración de organismos internacionales, locales y autoridades) realizó un Foro de Salud regional en la zona, organizado en un contexto de tensiones y conflictos. En efecto, fue realizado como un aporte para generar un espacio de reflexión, de discusión, en ese momento tan particular. Esto ilustra sobre nuestra vocación sistemática de dar lugar en distintas oportunidades al tratamiento de este tema.

Entendemos que esta oportunidad ofrece condiciones particulares para abordar ésta y otras temáticas, porque estamos en un contexto sin duda diferente, decisivamente más favorable, para enfrentar los efectos de las políticas impulsadas en el decenio de los años noventa en América Latina y también en Argentina. En efecto, en la mayor parte de América Latina desde hace algunos

años se experimenta cambios en las orientaciones políticas, económicas y en las dinámicas sociales, que incluye una recuperación o mejora de los niveles de actividad y crecimiento económico, así como de diversos indicadores sociales. Ello, junto a renovadas expectativas de cambio, abre perspectivas muy diferentes para abordar una temática de este tipo. Pero debemos asumir que estamos al mismo tiempo en un contexto más complejo y en diversos aspectos de mayor dificultad como consecuencia de los impactos de las políticas que marcaron los años noventa. Ocurre que enfrentamos contextos de una muy fuerte y mayor desigualdad, con mayores dificultades de hecho para proporciones todavía muy considerables de la población en relación con el acceso a distintos derechos.

Si bien ha mejorado de un modo notable, es necesario destacar, en relación con nuestro país y con otros respecto de tres o cuatro años atrás, que aún constituye un enorme desafío que se expresa en distintos planos y también en el de la salud.

Existe, por ende, la necesidad imperiosa de abordarlo.

Creemos que existe una oportunidad y una perspectiva de contexto diferentes y eso, para todos aquellos que estamos genuinamente comprometidos con mejorar el acceso a la salud y por lo cual estamos aquí, representa un desafío que no deberíamos desaprovechar. Más aún, quiero ser muy directo y franco: es una oportunidad significativa porque estamos en nuestro país en un momento de debate previo al periodo electoral del año próximo. Por esto me parece central que estos temas estén incluidos sistemáticamente en la agenda y esperamos contribuir a tal fin aunando el esfuerzo de todos los que participan en este seminario.

No considero necesario profundizar sobre la importancia del tema de la salud porque me encuentro en una mesa con especialistas, que conocen el tema, están comprometidos y además están trabajando sistemáticamente con ello. Pero quiero reafirmar que nos encontramos entre aquellos que tienen la convicción de que la salud es un derecho vital y que tenemos la esperanza y expectativa, así como comprometemos nuestra capacidad para que la UNGS, en colaboración con el Gobierno, la Sociedad Civil, y los Organismos Internacionales –beneficiándonos así con la experiencia comparada–, pueda ser entendida como tal.

Espero que este seminario permita elaborar de manera compartida temas tan importantes como la salud.

Aprovecho la oportunidad para decir que nos vamos a sentir muy contentos de recibirlos mañana en el campus de la Universidad y que puedan vivir ustedes mismos el modo en que esto que les traté de transmitir acerca del sentido que le damos a la Universidad se expresa en la realidad cotidiana. Sean bienvenidos entonces al desarrollo del seminario.

Para terminar agradezco al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y a la OPS, por trabajar conjuntamente para construir una aproximación conceptual acerca de las perspectivas para mejorar la realidad en beneficio de las personas, en particular respecto del ejercicio del derecho a la salud. Quiero también hacer un especial reconocimiento al Instituto del Conurbano y al equipo que participó en la organización de este importante evento. Muchas gracias.

La política de salud en la provincia de Buenos Aires

Claudio Mate

Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Ante todo le quiero transmitir mi agradecimiento a la Universidad de General Sarmiento, al Instituto del Conurbano y a la OPS que le da esta perspectiva regional y realiza este tipo de encuentros, y mis felicitaciones a nuestros equipos de la Subsecretaría de Planificación del Ministerio. Mi agradecimiento lo expreso por dos razones fundamentales que me gustaría desarrollar.

La primera de ellas es lo auspicioso que nos resulta iniciar desde esta cartera el reencuentro entre el ámbito académico o científico y la gestión. Es una necesidad imperiosa que en nuestra organización nacional tengamos coincidencias entre los dos ámbitos. La gestión y la política sin conocimiento, sin ciencia, sin método, no sirve para nada, y se ha degradado en el nivel que se ha degradado. Pero cuidado, que también la ciencia se ha desvinculado o ha perdido en este distanciamiento alguno de sus valores primordiales, como es la resolución de los problemas de la gente.

Recuerdo que, hace unos cuatro años atrás, iniciamos desde la Subsecretaría de Atención a las Adicciones una integración directa del CONICET a las reuniones de gabinete para trabajar en el tema “drogas”. Y por eso, hoy todos los informes que tiene la provincia de Buenos Aires sobre los temas relacionados con el alcoholismo, las drogas y el tabaco tienen el aval del CONICET. Estos trabajos de campo son respetados en todo el mundo, algo que no sucede habitualmente con los informes oficiales sobre algunos fenómenos sociales.

En este marco, he tenido una charla con un investigador del CONICET sobre la cuestión del divorcio entre el mundo científico y las instituciones públicas y él me contaba: “en el CONICET hay investigaciones financiadas por fondos

públicos, sobre la mortalidad del águila vizcachera de Minnessotta”. Es decir, se realizan investigaciones que no van detrás de un problema nacional. Estamos muy acostumbrados a instalar temas que no tienen que ver con el padecimiento de nuestra gente. Es más, voy a decir algo que por ahí resulta polémico para algunos: mañana es el Día Internacional del SIDA. Está muy bien y celebro que tengamos una fecha para recordar la lucha contra esta enfermedad, pero ¿cuál es el día del Chagas en la Argentina?

El punto de unión entre lo académico, lo científico y la gestión debe ser, como dice la doctrina que yo abrazo, la necesidad. Donde haya necesidad ahí tenemos que estar nosotros respondiendo, fundamentalmente, desde las organizaciones públicas.

Por este motivo, éste es un encuentro necesario. Porque puede orientar, por un lado, al científico sobre que necesitamos investigar, o a quien estudia, sobre que necesitamos estudiar. Y al que hace gestión, lo ayuda a sacarlo del día a día, de pensar si hoy fue el anestesista al quirófano, si no se pinchó la goma de la camioneta que llevaba los insumos, para ponerlo a pensar en los problemas a largo plazo. Objetivar los problemas, tener un método de abordaje, un método de intervención, una manera de encararlos y, sobre todo, una manera de resolverlos.

La segunda razón de mi agradecimiento es la elección del tema en sí mismo. Es decir, la cuestión de la gestión local de los servicios de salud, que interesa especialmente a la provincia de Buenos Aires. Nuestra provincia es la única que “revoleó” servicios de salud a los municipios y la totalidad de los CAPS, que son alrededor de 1300 en todo el territorio bonaerense. No descentralizó ni desconcentró, hace 15 años los “revoleó”. Pero además, en Buenos Aires existen 77 hospitales provinciales y unos 260 que son municipales.

Hay doce mil camas administradas por nosotros desde la provincia y doce mil camas administradas en esos 260 hospitales, más un gran desarrollo también del sector privado.

Todo eso es un enjambre, y cuando yo hablo de “revoleo” es porque entre otras cosas no se definen roles. Estoy convencido de que no se puede transferir todo al nivel local sino que debe haber determinados niveles de complejidad que tendrían que seguir siendo centralizados. Es la propia lógica racional del sistema.

Supongamos que hace 15 años, cuando se trasladó a las unidades sanitarias y a los hospitales de baja complejidad a los municipios, el sistema hubiera funcionado como estaba pensado. Realmente hubiera estado fantástico.

Sin embargo, nunca sucedió eso. En los hospitales interzonales de la Provincia se atiende un catarro, se atiende una gripe, se realizan partos sin control previo. Eso es un “revoleo” del sistema.

Si alguien me pregunta ¿cuál es la política ideal hacia la que quiere ir la Provincia? Yo le diría que buscamos tener hospitales provinciales sin consultorios externos. Me encantaría hacerlo por decreto, sería fantástico, hasta mediático. Pero sería dramático si tenemos en cuenta cómo funciona el sistema hoy. Ojala hubieran tomado esa medida hace 15 años.

Por el contrario, el Estado en ese momento trasladó las unidades sanitarias y el financiamiento, pero nunca puso condiciones para que ese dinero vaya al mejoramiento de la atención primaria. Es más, se estimuló el desarrollo de la alta complejidad.

Nosotros creemos que la descentralización se debe realizar cuando está garantizada la normativa y el modelo de atención sanitaria, porque antes que nada el sistema debe ser integral.

La Argentina está muy cerca de lograrlo, porque nuestro país no tiene excluidos en salud. Acá decimos que alguien no tiene cobertura médica porque no tiene OSDE, pero sin cobertura no hay nadie. Sin cobertura es aquel que se muere de un infarto debajo de un puente, y nadie lo atiende. En Argentina, a diferencia de otros países, el ciruja va a un hospital y lo atienden. Entonces, lo que tenemos que discutir es la integralidad del sistema.

En un sistema integral habrá una responsabilidad local o regional de esa integralidad, que se ocupe de la promoción, de la prevención, de que las embarazadas tengan controles. Pero creo que las redes locales nuestras son regionales. Ni provinciales, ni municipales. Debieran ser regionales porque ahí está el problema. No hace falta que todos los centros sean de alta complejidad como “Malvinas Argentinas”.

Está perfecto que exista el “Malvinas Argentinas”, pero no puede ser que “José C Paz” y “Moreno” funcionen en el mismo sentido, porque alguno de los tres va a perder.

Entonces, es regional el orden y la lógica de la red. Y lo local hay que definirlo y rediscutirlo. Pero la gente no puede comenzar el trámite cuando cambia de jurisdicción. El padecimiento lo viven en una continuidad y el sistema tiene que ir detrás de esa linealidad de proceso salud-enfermedad y no al revés. No le podemos pedir a la gente que organice su proceso de salud-enfermedad de acuerdo a cómo le presentamos los servicios.

Por su puesto que la resolución local debiera ser de un 80 u 85 por ciento de lo que se demanda en salud, pero no el 100. Es impensable, es ilógico, es irracional para la organización del sistema.

Hace diez meses que estamos en el gobierno, y hemos empezado a encarrilar las cosas. Por primera vez hay una Comisión Científica y un presupuesto para ciencia e investigación en el Ministerio de Salud. Lo sabe la OPS porque nos evalúa con las Funciones Esenciales, y lo saben todos porque hay una ley de

control de las investigaciones que se hacen en los hospitales. Además, hemos rescatado en la Comisión Científica a los más notables de los investigadores de los hospitales públicos.

Además, por primera vez hay una estructura real y formal donde se convoca a todos los Secretarios de Salud de los municipios y se distribuye en ese marco lo que se necesita. Ya no va el Intendente a hacer *lobby* con el Ministro a ver si se lleva el ecógrafo. Se distribuye desde la Región, se establecen prioridades.

Y ahora vamos a entrar en la discusión de la coparticipación, del financiamiento en salud, para que vaya detrás de lo que nosotros queremos, porque hace falta un proceso colectivo de debate, de discusión, de apertura.

Éstas son las reflexiones que yo quería compartir en el inicio de esta jornada.

Ahora, esperamos el aporte de todos ustedes.

Muchísimas gracias.

La salud como derecho: el desafío para América Latina

Luís Eliseo Velásquez Londoño
OPS/OMS

Señores panelistas y estimados participantes: en este Seminario Taller sobre Gestión Local en Salud, quiero en nombre de la Organización Panamericana de la Salud, felicitar a los organizadores de esta actividad. Consideramos muy oportuno y relevante reflexionar sobre estos temas desde la realidad argentina y latinoamericana. Nuestra directora, la Doctora Mirta Roses, nos recuerda permanentemente que América Latina es la región más desigual de mundo. El tema de la inequidad está marcando las reformas de los estados en nuestros países, también las reformas de los sistemas de salud y la gestión de la salud en los niveles locales.

La desigualdad se expresa en que en una parte muy importante de la población de América Latina, cerca del 50%, está excluida de los principales bienes y servicios para llevar una vida decente. Existen una gran cantidad de determinantes de tipo social, económico, cultural y político que impiden a los ciudadanos ejercer sus derechos. Tenemos contempladas en nuestras constituciones una serie de derechos ciudadanos, que no se cumplen porque no existen los mecanismos para hacerlos cumplir.

Un primer reto, entonces, en varios de nuestros países, es que la salud sea considerada como un derecho. No es igual en todos nuestros países la concepción de la constitución sobre el derecho a la salud. Hay algunos países que lo contemplan más ampliamente, como un derecho fundamental, como lo es el derecho a la vida, pero no todos los países tienen ese mismo nivel de desarrollo, porque algunos la contemplan como un derecho a recibir los servicios de salud, solamente se habla de acceder a un servicio cuando la persona esta enferma,

pero no se habla de la salud como un estado completo de bienestar, en donde todos estos determinantes para la salud estén cubiertos adecuadamente para que las personas puedan llevar una vida digna.

Además de estos problemas de ingresos, de acceso al agua potable, de la educación, hay otro problema que es muy serio en nuestra región. Las intervenciones de salud que son más costo-efectivas no están llegando suficientemente a las personas que más las necesitan. Siguen muriendo de neumonía niños en la puna peruana y boliviana, siguen muriendo mujeres en Argentina, Perú, Bolivia, Ecuador, Brasil, Colombia y otros países latinoamericanos por motivos relacionados con su embarazo, parto o puerperio. ¿Qué mayor fracaso social puede haber el que una mujer muera por razón de estar trayendo una nueva vida al mundo? Esta sucediendo todos los días: en el año 2005 hubo 22.000 muertes maternas evitables en la región latinoamericana.

Estos análisis de indicadores, que podemos hacerlos a nivel global y a nivel de nuestros países, tenemos que llevarlos al espacio local y ver qué está pasando en cada sitio, y ver por qué las intervenciones en salud costo-efectivas no están llegando a quienes deberían llegar.

Otra cuestión que estamos discutiendo con los países es lo segmentado que siguen los sistemas de salud, a pesar de varias oleadas de reformas durante los últimos 30 años, no podemos hablar que la reforma sanitaria fue sólo en los noventa; hubo reformas que se pueden remontar décadas atrás. Si hablamos de los últimos 30 años, las reformas que se han ido introduciendo no han logrado suficientemente reducir la fragmentación y la segmentación que afecta fuertemente la entrega de esas intervenciones a toda la población. Esto se presenta aun en países que han realizado esfuerzos de integración muy grandes como Brasil. Encontramos un país como Argentina en donde la multiplicidad de instituciones, programas y recursos que hay a nivel local no se coordinan adecuadamente, las fuentes de financiamiento son diferentes, no hay una integración de los servicios, no se conforman redes, no se hablan entre los múltiples programas que existen.

Estamos entonces ante la necesidad de un diálogo permanente entre los tres niveles del Estado y de éstos con la sociedad para volver más efectivos todos los recursos sociales y lograr así mejores resultados sanitarios. Consideramos que espacios de diálogo como éste que se abre el día de hoy, entre efectores sanitarios, autoridades de los municipios y del nivel provincial de gobierno, deben llevar a generar propuestas e ilustrar un debate que se esta dando en la Argentina sobre cuál es el sistema de salud que se debe promover para responder mejor a las necesidades de la población. Probablemente es un tema de más inversión pública en salud; todavía hablamos de gasto público, pero creo que pronto se va a instalar el tema de la inversión en la salud, como es inversión la

educación. Actualmente el gasto público en salud es bajo proporcionalmente en la mayoría de los países de la región, inclusive en la Argentina, y el gasto de bolsillo es muy alto.

Sería conveniente profundizar en la discusión, entre los diferentes niveles del Estado, sobre cómo se puede mejorar la inversión pública en salud, cómo se puede complementar mejor la inversión federal con la provincial y la municipal y cómo entonces se garantiza la participación ciudadana que la entrega de todas las intervenciones en salud que están disponibles. Hay recursos en los diferentes subsistemas de salud que no están distribuidos equitativamente, se requiere mayor regulación en estos casos por parte del Estado.

La inversión pública en salud en América Latina no supera el 2,5 del PBI, es un nivel muy bajo; en los países desarrollados el promedio supera el 6%. Estamos muy lejos de lo razonable, tenemos pendientes reformas macroeconómicas que den mayor estabilidad a los sectores sociales. Sin embargo, la década del noventa nos dejó como una de sus lecciones que la reforma del financiamiento no es suficiente y que se requiere mucha creatividad y sacrificio de intereses grupales para buscar “el bien común”; y el escenario local probablemente sea el más adecuado para integrar todas estas políticas, para que la ciudadanía participe activamente en el desarrollo de la política pública en salud.

Muchas gracias y estaremos atentos a la conclusiones de esta reunión para compartir la experiencia con diferentes instancias de la OPS, especialmente con otros países de la Región de las Américas.

Parte 1
LA GESTIÓN LOCAL EN SALUD:
CONCEPCIONES, ESTRATEGIAS Y
CONFLICTOS QUE ANIMAN LAS
EXPERIENCIAS EN LATINOAMÉRICA

La Gestión Local, la descentralización y el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud

José M. Paganini

Universidad Nacional de la Plata

Introducción al concepto de SILOS

A partir de mediados de la década de los ochenta se define en la Región de las Américas una clara política de descentralización y de Gestión Local acompañando a los procesos globales de renacimiento de la democracia participativa.

Es decir, la descentralización definida como un proceso democrático político de gestión del Estado tiene una respuesta acorde con la propuesta de organización de la salud a nivel local, con la propuesta de organización de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

En la definición teórica de los SILOS se ha enfatizado que la misma significa una continuidad conceptual de la meta de salud para todos definida en 1977 y de la estrategia de Atención Primaria de la salud (APS) definida en 1978.

Más concretamente, la propuesta de desarrollo de los SILOS ha sido designada como una táctica operacional para facilitar la aplicación de la estrategia de atención primaria.

La estrategia de los SILOS sería, entonces, una actualización operativa de la estrategia de Atención Primaria dentro de un marco de desarrollo político-democrático en un Estado descentralizado.

En las Américas, el proceso de descentralización fue en gran medida impulsado por la Resolución XV, aprobada en septiembre de 1988 por la XXXIII

Reunión del Consejo Directivo de la OPS. En ella se subrayaba la urgente necesidad de acelerar la transformación de los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) como táctica operativa de la estrategia de atención primaria que se considera clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

- Los SILOS son una táctica operativa de la estrategia de Atención Primaria.
- Significan una continuidad conceptual de lo ya definido en la estrategia de Atención Primaria.
- Con el objetivo de lograr la meta de Salud para Todos, es decir la meta de la salud con equidad.
- Por lo tanto, los SILOS debe observarse como un instrumento operativo social hacia la equidad en salud.

El proceso de establecimiento y desarrollo de los SILOS es una política social en la que los aspectos relacionados con las estructuras de poder y las políticas de gobierno se entrelazan con factores culturales, de financiamiento y desarrollo económico, y de organización y administración del Estado en general y de los sistemas de salud en particular.

El sistema de salud, como parte integrante del sistema social, es resultado y a la vez condicionante de su entorno histórico, social, cultural, técnico y político. Por lo tanto, si se quiere actuar eficazmente en su transformación, no es suficiente limitarse al propio subsistema. Es preciso prever la evolución del entorno, ya que en función de él se deberán definir las políticas, las estrategias y los desdoblamientos tácticos y operativos seguidos por el sistema nacional de salud y, como parte integrante del mismo, por los SILOS. De este modo, se estará en mejores condiciones para evaluar las normas presentes, determinar las estrategias futuras y elegir los caminos que lleven más rápidamente a la meta de salud para todos.

Para que esto sea factible, es esencial que la reforma se lleve a cabo de manera que todas las fuerzas sociales puedan manifestarse. Por lo tanto, el componente territorial fundamental de los SILOS será el espacio político en donde se concreta la descentralización del Estado. Cada sistema local deberá coincidir por lo menos con la menor unidad político-administrativa reconocida en el país (municipio, cantón, departamento, etc.).

Los SILOS y el municipio

En el ámbito municipal (o su equivalente) se encuentran las bases constitutivas del poder local en las formas no sólo legítimas, sino también legales, de expresión. La dimensión de un SILOS puede ser mayor que la menor unidad político-administrativa, si refleja la voluntad expresa de sus integrantes. Se trata, en este caso, de la operación concertada entre unidades de autonomía relativa suficiente para definir el mejor modo de resolver sus problemas. Por otra parte, cuando los espacios político-administrativos tienen una alta concentración de población (como sucede en las grandes metrópolis o en territorios muy extensos) se puede tomar la decisión de subdividirlos en unidades menores para desconcentrar y facilitar la gestión administrativa.

Los SILOS y la reorganización del sector salud

Si bien la propuesta de descentralización y desarrollo local pone énfasis en los denominados SILOS es importante aclarar que esta propuesta no se desentiende de la necesidad de reorganización total del sistema de salud en sus aspectos de política general, de reorganización de la financiación, de desarrollo de los recursos humanos entre otros.

Muy por el contrario, la propuesta de desarrollo de los SILOS lleva implícita la necesidad de una reorganización total del sector salud comenzando a nivel local y a través de sucesivos ajustes de la gestión local lograr la esperada equidad y eficiencia de la atención integral de la salud.

Por lo tanto todo análisis de los SILOS debe, además de reflexionar sobre el espacio de actuación de los SILOS, considerar las responsabilidades que le corresponden al resto de los niveles del Estado nacional y/o provincial en su adecuación a las características requeridas para llevar a cabo una transformación acorde con la equidad y la justicia social.

El desarrollo de los SILOS requiere la participación de los organismos no gubernamentales y del subsector privado, pero ello no implica que la responsabilidad de los organismos estatales se elimine ni se limite, por el contrario, dentro de los SILOS: es el Estado el que debe continuar con su rol de coordinador de todos los recursos del sector con el fin de asegurar la satisfacción de las necesidades de la población postergada, aportar recursos y lograr el uso más eficiente de todos los recursos de la zona.

Por lo tanto, la propuesta de los SILOS no debe observarse como una atomización del sector con la pérdida de la conducción del Estado ni de un alejamiento del mismo de su responsabilidad social. Es a nivel local en donde el Estado y el sector privado junto con las organizaciones sociales de la comu-

nidad organizada pueden potencializar sus acciones y mejorar la calidad y la equidad en la utilización de todos los recursos.

La falsa dicotomía entre lo público y lo privado debe ser superada mediante propuestas que contemplen la coordinación adecuada de los intereses y misiones de ambos subsectores y, principalmente, de la sociedad. En la mayoría de los países, ni el subsector estatal ni el privado han podido, por sí solos, hacer frente con equidad y justicia social a las necesidades de salud de la población. Esto es aún más evidente en los momentos de mayor necesidad, cuando la falta de coordinación interinstitucional es otro factor que se suma al deterioro de las condiciones de vida de los que menos tienen. El Estado, que interviene activamente en otros sectores de la sociedad tanto en el ámbito social como económico, también debe intervenir de igual manera en la organización y gestión de la salud.

Esta intervención no puede limitarse a indicar lo que hay que hacer. El sistema de libre mercado muestra serias limitaciones para lograr la adecuada relación entre necesidad y recursos. En consecuencia, el ministerio público debe asumir el liderazgo en la organización, en la prestación directa de servicios descentralizados, coordinando con el sector privado para obtener de este toda su experiencia en la gestión, en el desarrollo de propuestas y en la atención de la salud, en la búsqueda de un sistema integrado público-privado con cobertura total e integral de la salud en sus componentes de promoción, prevención y atención de agudos y crónicos.

Pero además de la atención de las personas, un SILOS debe desarrollar su gestión en la búsqueda de un desarrollo integral comunitario en donde la atención del medio ambiente, el saneamiento básico, la provisión de agua, la vivienda y la alimentación adecuada y de los factores que hacen a la salud en el desarrollo, la educación y el trabajo sean componentes fundamentales de la salud colectiva.

Características básicas de un Sistema Local de Salud (OPS)

Un sistema local de salud constituye una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud, basada en un criterio geográfico-poblacional, en zonas urbanas o rurales. Esta propuesta geográfica-poblacional depende de las necesidades de la población, definidas en función de daños y riesgos, y se basa en las divisiones político-administrativas del país. La responsabilidad de los sistemas locales de salud es atender a los individuos, familias, grupos sociales, comunidades y ambiente, coordinar todos los recursos dispo-

nibles, tanto del sector salud como extrasectoriales, y facilitar la participación social.

Las sistemas locales de salud permiten integrar los recursos de salud, incluidos los hospitales, centros y puestos de salud, en una red de servicios interrelacionados con niveles de atención acordes con las necesidades de salud de la población.

Los sistemas locales de salud son parte fundamental del sistema nacional de salud al cual vigorizan y confieren nueva dirección; por la tanto, los SILOS deben verse como unidades básicas organizativas de una entidad global plenamente articulada: el Sistema Nacional de Salud.

La participación de la comunidad, mediante el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas, es de fundamental importancia para contribuir a activar movimientos locales a favor del bienestar y el desarrollo.

El tamaño de los SILOS varía de acuerdo con la realidad de cada país y, en el caso de la atención a las personas, es conveniente contar con un nivel de complejidad, combinado con una adecuada eficiencia en el uso de los recursos. En el caso de atención al ambiente, la capacidad resolutoria dependerá también de las características de cada tema específico por tratar, pero en todos los casos compete a los SILOS la responsabilidad de evaluar la situación y definir las necesidades.

En los SILOS se vuelve más concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas para atender las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente.

Además de la capacidad tecnológica que les otorgue un adecuado poder de resolución de los problemas de salud en su zona, los SILOS deberán poseer una adecuada capacidad técnico-administrativa en las áreas de planificación, administración, información y epidemiología, así como un conjunto mínimo de recursos humanos adecuadamente adiestrados.

Existe ya abundante literatura relacionada con diversos aspectos de los SILOS, por ejemplo, su importancia en la transformación del sector, su concepción jurídica y sus principios generales. Esta literatura específica de la región se complementa con la que corresponde a los distritos sanitarios en las otras regiones de la OMS.

El propio desarrollo de las experiencias de los países estimula gradualmente el avance conceptual sobre los SILOS y permite trazar líneas de operación más concretas. En ese sentido, parece oportuno profundizar en algunos conceptos clave de la propuesta, con miras a reanalizar el propósito de la estrategia y caracterizar las transformaciones estructurales que demanda.

Los SILOS como espacio social democrático

Los SILOS forman parte de la estrategia básica para reorganizar y reorientar el sector de la salud, con el propósito de lograr la equidad, la eficacia y la eficiencia sociales, a través de una intensa participación de las poblaciones y de la ejecución de la estrategia de atención primaria. La propuesta de desarrollo de los SILOS es, pues, el tercer componente de una continuidad conceptual y operacional que integró la definición de la meta de salud para todos y la estrategia de atención primaria.

Como se ha hecho notar, cada SILOS se organiza en un espacio geográfico que se circunscribe a una población. La coherencia del SILOS depende de que ese espacio geográfico tenga una base político-administrativo-cultural que permita una autonomía relativa legal y legítima. Dado este requisito, el proceso participativo, condición fundamental para el desarrollo de los SILOS, podrá transcurrir dentro de un marco establecido de representatividad y participación. Por esta razón, en la mayoría de los países la definición geográfica de un SILOS se ha basado en la menor unidad político-administrativa del Estado.

Los SILOS como instrumentos de la descentralización del Estado

La descentralización es un proceso de transferencia o de devolución de poderes de los niveles centrales hacia los periféricos. Su fin es establecer las condiciones necesarias para el ejercicio del control social de la gestión de gobierno, de acuerdo con los principios y entendimientos propios de la sociedad particular en consideración. La descentralización es, además, un movimiento dirigido a conseguir la autonomía que permita responder de forma más eficaz a las demandas y necesidades de los conjuntos sociales en su ámbito habitual de vida.

Se debe reconocer, sin embargo, que no todas las necesidades y demandas tienen un mismo espacio de resolución como puede ser el caso de la atención al medio y a los problemas ambientales. Ello obliga a considerar cuáles son los ámbitos en los que puede lograrse las soluciones más eficaces para cada situación. Algunos de éstos coinciden con el espacio definido para los SILOS. Otros conjuntos de problemas tendrán espacios de resolución distintos del nivel local. Esto debe quedar claro, pues es preciso conocer las posibilidades y limitaciones de las soluciones locales a partir de la descentralización.

Lo que importa es que al reforzarse el nivel local se refuerza también la posibilidad de resolver problemas en los otros niveles, porque se parte de hechos

percibidos como prioritarios por la base social para generar soluciones técnico-administrativas que involucran a todos los niveles del sistema de salud. Debe destacarse que este proceso invierte el orden tradicional de definir problemas primero en el nivel central para identificarlos después en el local.

En los sistemas locales de salud, la descentralización abarca tres dimensiones que se relacionan con tres espacios de poder específicos: el político, el técnico y el administrativo. En el campo político, la descentralización que debe operar en un SILOS tiene que ser consistente con los poderes transferidos a la instancia local. El SILOS debe desarrollarse de manera que los diferentes conjuntos sociales (institucionales y no institucionales) puedan expresar sus demandas y participar en el diseño de las estrategias orientadas a satisfacerlas.

Obsérvese que se habla del diseño de las soluciones y no de su propuesta o ejecución, ya que las soluciones, en cualquier campo especializado del conocimiento, requieren la aplicación de saberes diferenciados que no son propios del “común de la gente”. Así, los conjuntos sociales más amplios definen los modos de solución, mientras que los especialistas elaboran los aspectos técnicos relativos a esos modos. Conviene recalcar que se deberá obrar con sumo cuidado para que los técnicos o especialistas no monopolicen el poder de decisión.

En la programación local debe lograrse una adecuada relación entre las contribuciones de la comunidad para analizar y seleccionar los modos de intervención con el saber profesional y técnico con el fin de que ambos conocimientos se integren positivamente evitando el uso inadecuado de uno de ellos en detrimento del otro.

El SILOS es una instancia de gerencia y conducción política del sistema de salud, en donde se crean las condiciones propicias para el diálogo y la concertación entre los diversos actores sociales. El proceso debe dar como resultado continuo el logro de los objetivos planteados en función de los recursos existentes, incluidos el poder político y los conocimientos técnicos.

No sería apropiado discutir aquí las implicaciones político-sociales de la descentralización, sobre lo cual ya existe abundante bibliografía disponible. Lo que interesa es destacar la dimensión política de los SILOS como contribución del sector de la salud al desarrollo del Estado.

Dar prioridad al desarrollo local, en los SILOS, significó facilitarle al sistema nacional de salud las condiciones de operación necesarios para alcanzar los objetivos de democratización y decisión locales. Esas condiciones incluyen, por una parte, la actitud positiva hacia la transformación de todo el sector de la salud, y muy especialmente de su personal. Por otra parte, también incluyen la definición y aplicación de instrumentos para la formulación y la ejecución de políticas sociales y los recursos técnicos necesarios para lograr la equidad, la eficacia y la eficiencia requeridas.

Para que esto sea posible, es preciso que la conducción del proceso se defina claramente al más alto nivel político de gobierno y que la conducción de cada SILOS represente el liderazgo del actor social que posea las mejores y más favorables condiciones para dirigir el proceso hacia la meta planteada. En la región este actor debe ser el Estado, que en sus diversas instancias (nacional, provincial y municipal) deberá actuar en coordinación con la seguridad social, el subsector privado y las organizaciones no gubernamentales. Siguiendo estas exigencias, el subsector estatal deberá ser reformulado, en cuanto a sus características históricas, para adecuarse mejor a las necesidades de la transformación. Esto no descarta la posibilidad de que, en circunstancias particulares, el liderazgo sectorial pueda ser ejercido por instituciones que no pertenezcan a la esfera estatal.

En esta misión, las instituciones de Estado tendrán que superar fuertes tendencias hacia las prácticas autoritarias, la normalización vertical y el ejercicio del poder como un fin en sí mismo. Tendrán que colocarse en la posición de quien ejerce una autoridad que no emana de actos formales, sino del ejercicio de una reconocida capacidad para hacer frente a los problemas que se le plantean. Es decir, la autoridad es producto de su competencia para articular el conjunto de los recursos sociales de que dispone la comunidad, al servicio de la atención diferenciada de las distintas necesidades que tienen los conjuntos sociales que viven en el espacio geográfico poblacional específico.

La programación local

Se ha definido a los SILOS como la táctica operativa fundamental de la estrategia de atención primaria, que tiene como propósito favorecer la transformación de los sistemas nacionales de salud para lograr los objetivos de equidad, eficacia y eficiencia con la participación social.

El instrumento básico para articular las acciones transformadoras es el proceso continuo y reflexivo que denominaremos “programación local”. Los condicionamientos sociales, políticos y administrativos que existen en el ámbito local afectan la operabilidad de las acciones e interfieren con la responsabilidad de tomar decisiones apropiadas. En consecuencia, es imposible concebir un SILOS que carezca de un proceso adecuado de programación, ya que le faltaría el instrumento imprescindible para que el sistema local y sus elementos componentes desarrollen las capacidades de decidir y actuar. Estas capacidades guardan una relación directa con la programación a nivel local.

En la experiencia pasada y presente de la mayoría de los países, la programación local se asoció con la aplicación de normas definidas a nivel central y

con los cuadros y formularios confeccionados por el servicio de salud una vez al año, como ejercicio casi ritual para satisfacer los exigencias de algún nivel superior burocrático, pero que poco o nada tenían que ver con las necesidades locales o regionales. Puede decirse que el único sentido práctico de esta programación es ser una imposición para la asignación de ciertos recursos, especialmente los financieros.

No es esa la programación pensada para los SILOS. Por el contrario, se propone transformar la práctica tradicional de programación de los servicios para que se convierta en elemento catalítico de la reflexión y la participación de los conjuntos sociales locales, así como de decisiones en común sobre la gestión de los servicios de salud destinados a mejorar las condiciones de salud específicas del lugar. Esta programación debe apoyarse en los conocimientos más avanzados sobre las ciencias sociales y de la salud, a fin de generar los elementos necesarios para un análisis participativo de las diferentes opciones tendientes a transformar los servicios de salud.

La práctica de esta programación tiene como supuesto básico la aplicación del conocimiento epidemiológico y del enfoque de riesgo de la gerencia y la administración local, en todas las fases del proceso decisorio y en todos los niveles. El abordaje epidemiológico que surge del enfoque de riesgo aplicado a conjuntos poblacionales y de la definición ampliada de salud es la forma más apropiada para identificar los problemas prioritarios y las acciones correspondientes. Desde esta perspectiva, el individuo, la familia, la comunidad y el medio, así como los micro ambientes del hogar y el trabajo, constituyen ámbitos interrelacionados, sobre los cuales se debe trabajar en función de los problemas de salud percibidos como prioritarios por la población.

Un proceso de programación con estas características permitirá integrar los enfoques parciales que disgregan la realidad. El conocimiento especializado, por ejemplo, define actividades en función de las características específicas de alguna enfermedad. Este nivel analítico y forzosamente disgregante no debe confundirse con el de la práctica, que requiere sintetizar los conocimientos y las acciones para optimizar el uso de los recursos disponibles. El enfoque integral exige que las acciones de los diferentes programas converjan en los individuos, las familias, las comunidades o el ambiente, que son sus objetivos. Se puede así aumentar el efecto sinérgico de las intervenciones individuales, mejorar la utilización de los recursos y lograr una acción coherente y apropiada para resolver los complejos problemas de salud de las poblaciones.

Es en el contexto de la programación en donde deben confluir y armonizarse las distintas percepciones –nacional, regional y local– de los problemas de salud. Para considerar solo los extremos, las percepciones local y nacional configuran visiones complementarias que responden a competencias y poderes

de intervención también diferentes. No existe una transformación constante y uniforme de los problemas nacionales en problemas locales. Tampoco la suma de problemas locales define un problema nacional, pues muchos de ellos dejan de tener sentido fuera de su ámbito específico. Un problema de salud, y en general un problema social, solo es problema en relación a un conjunto social, a un espacio o un tiempo determinados. Si no fuera así, sería posible definir de manera única cada problema de salud, lo que, está demostrado, carece de todo fundamento.

La programación local es, tanto en su fase conceptual como en la operativa, un proceso integral que se origina en el esfuerzo conjunto de todo el sistema de salud. Todos sus componentes, institucionales e individuales deben colaborar en la organización de recursos y actividades para enfrentar, mediante estrategias de ataque coordinadas, los problemas de salud de los diversos conjuntos sociales que conviven en una zona.

Por ser la programación local un proceso participativo, orientado a resolver problemas determinados y a facilitar la toma de decisiones, no cabe pensar en etapas rígidamente definidas. El diagnóstico deja de ser el punto inicial obligatorio y se transforma en una parte integral y continua del proceso, como una evaluación permanente que puede suministrar, en todo momento, los elementos necesarios para la conducción del sistema. La programación requiere una vigilancia continua para observar en qué medida se están resolviendo los problemas identificados y, asimismo, si los problemas y prioridades continúan siendo los mismos. En este enfoque, lo principal es resolver los problemas a entera satisfacción de los actores sociales involucrados, a un costo mínimo y en el menor tiempo posible. No interesa cumplir con lo establecido en un programa que una vez confeccionado sustituye la realidad por un conjunto de indicadores que deben ser alcanzados aunque las circunstancias hayan cambiado. La programación requiere una flexibilidad que sólo puede lograrse mediante la intervención participativa de los diversos sectores involucrados en el quehacer de salud, cada uno aportando sus competencias y capacidades. En particular, es esencial que la comunidad participe para expresar sus prioridades, sugerir las soluciones que estén a su alcance, considerar las diferentes opciones y ejercer el control social de las actividades sectoriales.

Bastan estas consideraciones para fundamentar la necesidad de enfocar la programación local desde una perspectiva de flexibilidad, integralidad y adecuación constante. Esta perspectiva la hará adoptable a las cambiantes necesidades epidemiológicas y sociales, y capaz de asumir la evaluación participativa y permanente de las acciones del sistema de salud en la búsqueda de la equidad, la eficacia y la eficiencia sociales.

Los profundos cambios conceptuales y metodológicos que requiere el nuevo enfoque de la programación local encuentran un apoyo fundamental en el concepto de la planificación estratégica. La producción bibliográfica sobre el tema incluye numerosos trabajos que enfocan aspectos tales como los siguientes: el abordaje estratégico situacional de la gobernabilidad de los sistemas sociales, la planificación y la administración, la lógica de la programación, la aplicación de la técnica de escenarios en los niveles locales y las aplicaciones de la planificación estratégica en el ámbito de los hospitales y otros servicios de salud.

A través de las diferentes vertientes que ofrece la planificación estratégica, se puede abordar de manera holística el quehacer de salud e incorporarlo al sistema social como un todo. Esto permite abrigar fundadas esperanzas de que, a corto plazo, será posible contar con marcos de referencia suficientemente sólidos para que los procesos decisorios y la programación salgan de su actual empirismo, para transitar una ruta más adecuada a las demandas que el momento histórico impone a los responsables de la salud de las poblaciones.

Los SILOS y el desarrollo económico y social

La relación de mutua dependencia entre el desarrollo social y el desarrollo económico, así como la necesidad de avanzar en ambos campos, no ha llegado todavía a esclarecer la forma de dar solución a los problemas de miseria, injusticia, inequidad y falta de salud de gran parte de nuestras poblaciones.

Ante las medidas puestas en ejecución por los economistas, el sector social debe reclamar la “humanización” de las reformas estructurales de ajuste. Sin embargo, debemos reconocer que se ha hecho muy poco para convencer a los economistas y a los políticos de que los ajustes estructurales no pueden transmitir la idea de que haya “perdedores”. Por lo tanto, será imprescindible proponer medidas concretas y demostrar cómo el sector de la salud y las fuerzas sociales en conjunto, educación, vivienda, trabajo, se suman a los esfuerzos de desarrollo social y económico de los países. Dentro de esta idea cabe incorporar la propuesta de los SILOS.

Se ha dicho que los SILOS son la contribución del sector de la salud a la democracia, la participación y el liderazgo de nivel local. En realidad, si todas estas fuerzas se conjugan, los SILOS son y deben ser la contribución de la salud al desarrollo.

Bibliografía

- Alma-Ata reaffirmed at Riga (1988), *Declaración emanada de la reunión Riga*, URSS, del 22-25 marzo 1988.
- Organización Panamericana de la Salud (s/f), *Desarrollo de los Sistemas de Salud*. Evaluación del progreso en la implementación de la Resolución XV del XXXIII Consejo Directivo.
- OPS (1982), *Programación Local y descentralización administrativa*. Trabajo presentado en la Reunión sobre Extensión de la Cobertura en el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud, celebrada en la República Dominicana del 1 al 5 de noviembre (Mimeo).
- OPS (1987), Oficina Regional para el Pacífico Occidental. *Report of Regional Group on District Health Systems*. Harare, Zimbabwe, agosto.
- OPS (1988), *Resolución XV. Desarrollo y fortalecimiento de sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud Informes OPS*. XXXIII Reunión del Consejo Directivo OPS; XL Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington D C. Documento Oficial 225.
- Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Pacífico Occidental (1988). *Report of Regional Scientific Group on District Health Systems*. Seúl, República de Corea, 24-28 de octubre (Mimeo).
- Paganini, M. y Capote Mir, R., eds. (1990), *Los sistemas locales de Salud. Conceptos. Métodos. Experiencias*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica 519.

La génesis de la reforma sanitaria brasileira

Celia Almeida

Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca
Fundación Oswaldo Cruz

Introducción

Este trabajo aporta una reflexión sobre la reforma sanitaria en el Brasil; para ello, analiza la historia del proceso de reforma y de constitución del Sistema Único de Salud, universal e igualitario.¹ La premisa de la cual se parte es que la formulación e implementación de la reforma sectorial han tenido lugar en momentos históricos y coyunturas distintas que marcaron una importante diferencia entre la especificidad del proceso brasileño y la de sus vecinos latinoamericanos (Almeida, 2002; Pêgo e Almeida, 2002).

La construcción de un proyecto de reforma del sector de la salud en el Brasil se remonta a los años setenta, aún en la época de la dictadura militar, y se extiende durante la década del ochenta, en la transición política, en estrecha relación con la lucha de la sociedad por la democratización del país y el surgimiento de nuevos actores y movimientos sociales, entre ellos, el Movimiento por la Reforma Sanitaria.

El saldo negativo del “milagro económico” promovido por los militares² era evidente: concentración de la riqueza, pérdida del poder adquisitivo de los salarios y la manipulación de sus índices de reajuste, aumento de precios, dismi-

¹ Otro artículo de la autora en esta publicación analiza el proceso de implementación de la Reforma.

² En 1964 hubo un golpe militar en Brasil que dio origen al surgimiento paulatino de un Estado “burocrático-autoritario” (O’Donnell, 1982), gobernado por una Junta Militar. Este Estado se caracterizó por ser más represor y dominador que en otros períodos autoritarios de la historia política del país.

nución de la oferta de alimentos, colapso de los servicios públicos (transporte, salud), empeoramiento de las condiciones de vida en las grandes metrópolis, deterioro de las condiciones sanitarias, aumento de la mortalidad infantil y de la desnutrición y la propagación de epidemias (Cordeiro, 1982; Kucinski, 1982 en Escorel, 1998).³ La crisis económica redujo significativamente los ingresos fiscales y los aportes sociales, provocando un fuerte impacto sobre el volumen de los recursos destinados a la asistencia para la salud –cuya cobertura era para entonces prácticamente universal– e impulsando estrategias racionalizadoras.

En esta coyuntura, el régimen autoritario perdió paulatinamente a sus principales aliados: los distintos grupos sociales que lo sostenían y el capital extranjero, que retrocedió ante la situación de insolvencia interna y externa del Estado. Paralelamente, en los intersticios del poder y de la represión, creció de forma autónoma un movimiento social amplio que buscaba mejores condiciones de vida y mayor participación política, abarcando distintos sectores de la sociedad (Iglesia, movimiento estudiantil, obreros y profesionales). En el campo de la salud, se destacó un activo movimiento sectorial, de base diversificada, que se insertó en el nivel nacional en la lucha por las transformaciones políticas y sociales (Escorel, 1998; Pêgo y Almeida, 2002).

El movimiento por la reforma sanitaria, desde sus comienzos y, posteriormente, durante la transición política, reunió a intelectuales, profesionales del área de salud, organizaciones y asociaciones de la sociedad civil, políticos de partidos de la oposición y representantes de la tecnocracia. Merced a su desarrollo se fue elaborando un ideario de la Reforma Sanitaria que estimuló y orientó el debate técnico y político durante la transición democrática (a partir de 1982) y la “Nova República” (1985-1989).⁴ Ese movimiento logró articular un frente amplio de presión que encabezó exitosamente en la Asamblea Na-

³ Durante los veinte años del régimen autoritario el patrón histórico de desarrollo excluyente se mantuvo y generó una estructura económica y social extremadamente heterogénea y fragmentada. A mediados de la década del ochenta, la centralización, la inflación, las desigualdades individuales y regionales y la corrupción alcanzaron niveles jamás vistos hasta entonces. Además, las condiciones de vida y de salud de la población empeoraron en virtud del desempleo, de los bajos salarios y de un proceso de marginación social relacionado con el gran número de trabajadores informales y con la precariedad de los derechos sociales, de los servicios y de los beneficios. La soberanía nacional era permanentemente cuestionada por los acreedores internacionales y por las grandes corporaciones multinacionales. Esta coyuntura generó una creciente inestabilidad institucional y política, que sumada al agravamiento de la situación inflacionaria y a la recesión económica, impulsó un proceso de “apertura política” –que culminó en la transición democrática– con características particulares. Inicialmente la apertura democrática había sido programada como una “descompresión planeada” y como un producto del pacto inter-elites (Melo, 1993; Melo & Azevedo, 1996; Fiori, 1995). Sin embargo, se prolongó por un largo período conflictivo y confuso que mantuvo a los militares y a los representantes más radicales de los distintos grupos conservadores en el poder.

⁴ Con la transición política, a partir de 1982, y después, con el advenimiento de la “Nueva República” (nombre dado al período 1985-1989), varias dinámicas de cambio que se venían procesando en diversos niveles de gobierno fueron potenciadas.

cional Constituyente (1987 y 1988) el debate sobre la *salud como derecho del ciudadano y deber del Estado*, bandera de la lucha sectorial que fue recogida por la nueva Constitución promulgada en 1988.

Tributaria de las acciones del movimiento, la Reforma Sanitaria brasilera se planteó el objeto de reestructurar el sistema de salud y se propuso la institución del Sistema Único de Salud (SUS), un sistema nacional de salud, universal y equitativo. La creación del SUS pretendía materializar la implementación del derecho a la salud como derecho social, garantizando el acceso de los ciudadanos a los servicios como manera de superar las segmentaciones históricas y las desigualdades que existían en el sistema.

La equidad fue el principio ordenador de la nueva racionalidad sectorial que pretendía avanzar mediante la sanción de legislación complementaria específica. El concepto de equidad estaba implícito en la universalidad de la cobertura y de la atención, así como en la uniformidad y equivalencia de los beneficios y servicios de salud para las poblaciones urbanas y rurales. De la nueva Carta Constitucional (1988) y de la legislación sectorial se infiere que el concepto de *igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud* se refiere a la “igualdad de oportunidades ante necesidades iguales” y supone una discriminación positiva compensadora de las desigualdades existentes en los condicionantes del estado de salud de la población, considerados socialmente injustos (Porto, 1997; Almeida *et al*, 1999).

En las secciones que siguen se analiza en profundidad el proceso de formulación de la Reforma Sanitaria.

El sistema de salud en Brasil en perspectiva histórica⁵

El modelo de intervención del Estado brasileño en el área social se remonta a las décadas de 1920 y 1930, cuando los derechos sociales y de ciudadanía estaban vinculados a la posición del individuo en el mercado formal de trabajo. En realidad, el sistema brasileño de protección social se expande y obtiene sus características durante dos ciclos autoritarios –el de Vargas (1930-45) y de los militares (1964-84)– y, en consecuencia, “las políticas sociales no sólo estuvieron asociadas a una creciente actividad en el ámbito federal –lo que ocurrió en la mayoría de las democracias federativas– sino que fueron también marcadas por concepciones autoritarias que consagraran el predominio del ejecutivo federal con base en procesos cerrados de decisión y en la gestión centralizada en grandes burocracias” (Almeida, 1996:13). El modelo del sistema de protección social resultante tenía como rasgo central la hipercentralización, la fragmentación

⁵ Gran parte de este texto es tomado de Pego y Abrantes (2002).

institucional y la desigualdad en la distribución de los servicios y beneficios (Draibe, 1986; Santos, 1988; Draibe, 1989; Draibe & Aureliano, 1989; Draibe & Silva, 1990; Castro, 1991).

Eso resultó en una estructura dual que se caracterizó, por un lado, por una actuación en el campo sanitario volcada hacia el control de las endemias, la promoción de campañas sanitarias, la vigilancia sanitaria de los puertos, y actividades referidas a problemas generales de saneamiento urbano, además de provisión de asistencia médica a grupos sociales pobres, y en especialidades específicas (tuberculosis, lepra y psiquiatría). Esas acciones permitieron la consolidación, en la década del cincuenta, del Ministerio de la Salud. Por otro lado, se organizó el sistema de protección social por categorías profesionales, con cobertura parcial y fragmentada, a través de los Institutos de Jubilación y Pensiones, en substitución de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones que existían desde 1923 (Braga & de Paula, 1981; Labra, 1985). El modelo selectivo y cooptativo de incorporación política de los trabajadores, en la perspectiva de algunos autores, permitió la consolidación de una red de poder que interconectaba a la burocracia de la seguridad social, la burocracia sindical y los cuadros de algunos partidos políticos, y que favorecía a las categorías detentadoras del monopolio de la representación ante el Estado (Malloy, 1985).

Para la política social, el golpe militar de 1964 significó la exclusión de la participación de los sindicatos del proceso de toma de decisión en la seguridad social y reforzó una visión tecnocrática y clientelar de la política sectorial. Además, el gobierno de la Junta Militar protagonizó en el período 1964-1970 una reforma institucional y administrativa de grandes proporciones en el sector, que provocó cambios importantes en el complejo institucional de protección social: unificó los Institutos de Jubilaciones y Pensiones en 1966; extendió los beneficios sociales a los trabajadores rurales y empleadas domésticas, al inicio de 1970, así como a otras categorías profesionales en el transcurso de la década.⁶

En la secuencia de las reformas fue promulgada la base jurídico-legal del sistema de salud, retirando *de facto* del Ministerio de Salud el poder de formulación de la política sectorial: fue creado el Ministerio de la Seguridad Social, en 1974, e implantado el Consejo de Desarrollo Social, como una instancia superior de coordinación de las acciones sectoriales y de aprobación de la política de salud; y fue creado un Sistema Nacional de Salud (1975) que, en realidad, consolidaba los respectivos espacios históricos de las instituciones y organizaciones públicas y privadas en el sector de asistencia médica, y proponía mecanismos de coordinación inter-institucional entre la seguridad social y el

⁶ Además, también implementó otras medidas de política social, tales como la creación del Fondo de Garantía por Tiempo de Servicio-FGTS, para los empleados en el mercado formal de trabajo, del Banco Nacional de Habitación-BNH y del Programa de Integración Social-PIS/PASEP.

Ministerio de Salud, que no fueron plenamente desarrollados. Paralelamente, la creación simultánea del Fondo de Apoyo al Desarrollo Social (FAS), que proporcionó una base financiera, y la de la DATAPREV, empresa pública para la sistematización de la informatización de la seguridad social, en 1974, constituyeron la faz modernizadora de la reforma. Finalmente, la creación del Sistema Nacional de Seguridad Social (SINPAS, en portugués) en 1978, en el cual se insertaba el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS), consolidaba el poder de conducción política y financiera y la hegemonía de la asistencia médica en el sistema de salud.⁷

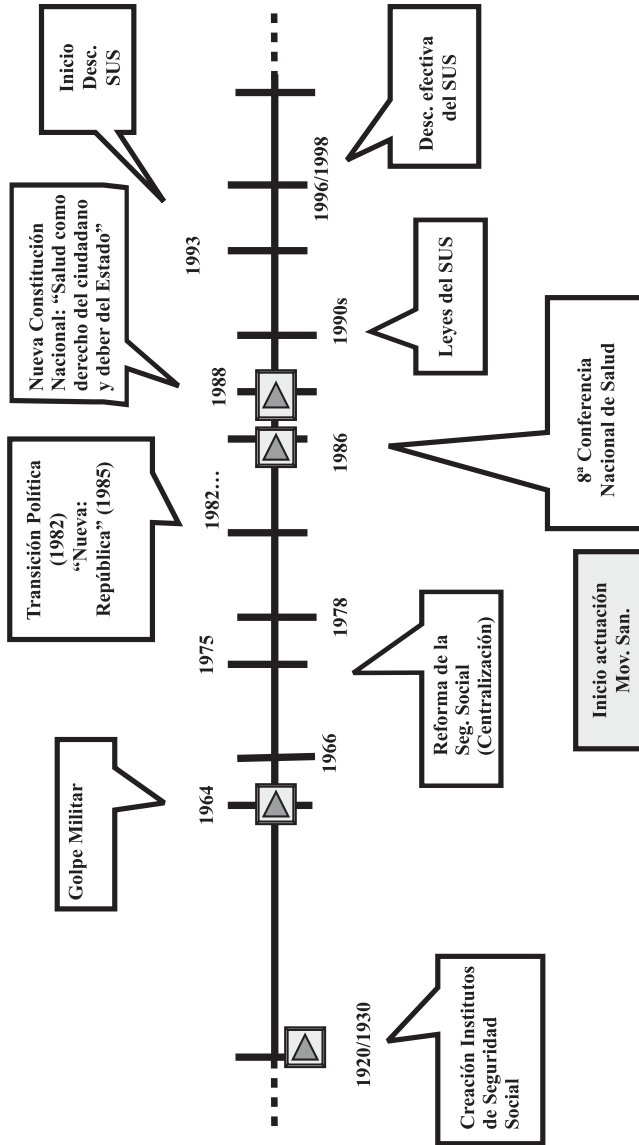
Esa reforma amplia y modernizadora capitaneada por la dictadura militar, por un lado, centralizó el poder sectorial en la seguridad social y, por otro, creó mecanismos y arreglos institucionales que abrieron el espacio para la discusión de un sistema de salud organizado en otro contexto.

Sin embargo, esa reforma institucional administrativa no alteró la esencia de la lógica privatizante, por lo que el desarrollo de los servicios de salud se vio vinculado al crecimiento de la asistencia médica de la seguridad social, y quedó, por un lado sometido al clientelismo del Estado y, por el otro, delimitado por las grandes crisis financieras del propio sistema que explotaron con fuerza en los años ochenta. El predominio de la asistencia médica en el sistema de seguridad social como modelo de atención a la salud y como volumen de recursos fue un elemento central en la formulación de la política nacional de salud, sobre todo a partir de la dictadura militar implantada en 1964.

Así, en la década de 1970, se consolidaron las principales características de la intervención social del Estado brasileño: a) centralización financiera y control de decisiones en el ámbito federal, b) fragmentación institucional, c) ausencia de control y de participación social y/o política, d) tendencia a la privatización del aparato burocrático y e) ventajas del sector privado en las relaciones público-privadas. La política social de los gobiernos militares se centró en la expansión de la cobertura de la asistencia médica, combinando una fuerte intervención del estado como financiador y comprador de servicios al sector privado con la gran penetración de capital privado en el área, y con el estímulo de la asistencia hospitalaria en detrimento de la atención básica y de la preventiva así como de la salud pública. Resultaron así políticas cada vez menos distributivas, reforzadas por el carácter extremadamente regresivo de la recaudación tributaria y por la lógica empresarial de la asignación de recursos,

⁷ A pesar de las intenciones explicitadas en el II PND (*II Plano Nacional de Desenvolvimento*, de 1976), de priorizar el área social y el combate a la pobreza, el aumento relativo de recursos para el Ministerio de la Salud significó la canalización para el MS de apenas 7,8% del total de los recursos gastos en salud, al mismo tiempo que la atención médica de la Seguridad Social era responsable por 92,5% de los gastos totales en salud (Escorel, 1998:58-59).

Figura 1. Hechos históricos relevantes: antecedentes de la reforma



en detrimento del sentido público de las políticas sociales. El modelo de atención resultante era discriminatorio e inicuo.

El concepto de Salud Colectiva y el Movimiento por la Reforma Sanitaria en Brasil

En los años setenta y ochenta se organizó y consolidó en Brasil un movimiento impulsado por un sector de profesionales del área de salud pública para lograr una reforma en el área. El contexto político y económico de entonces era de profunda crisis y transformaciones en la sociedad brasileña.

El movimiento por la reforma sectorial empieza a delinearse a partir de un grupo de profesionales, compuesto en su mayoría de médicos-sanitaristas militantes en la izquierda comunista y socialista, que se organizaron en torno a la crítica del modelo autoritario de intervención del Estado en el sector salud. Ese grupo tenía su sede en algunos departamentos de medicina preventiva de facultades de medicina, institutos universitarios o de investigación, e instituciones de servicios de salud. Desde allí, y con base en una perspectiva médico-social, se inició la lucha por la hegemonía al interior del propio “preventivismo”, oponiéndose tanto a los sanitaristas tradicionales (ubicados en algunos grupos de la academia y en sectores de la tecno-burocracia de las instituciones públicas de salud), como a los “racionalizadores” (presentes principalmente en el Ministerio de la Salud), y a los privatistas que estaban principalmente en las instituciones de seguridad social.

La búsqueda de “unidad”, no sólo teórica sino fundamentalmente político-ideológica, en torno a la oposición compartida al autoritarismo militar, fue un hecho decisivo en la conformación de ese grupo. Esa oposición tomó cuerpo en el área de la salud en la formulación de un proyecto que se enfrentaba al de la dictadura, y que se tornó una corriente de lucha al interior de los centros de enseñanza e investigación y de las instituciones públicas del sector.

Los postulados básicos que constituyeron la *Salud Colectiva* se fueron perfilando en oposición a la dictadura militar, y se afirmaron a la sombra del proceso de transición política como una modalidad específica del discurso sanitarista, con fundamento epistemológico y un registro histórico y conceptual propios, al mismo tiempo que se planteaba un proyecto político-ideológico profesional militante de reforma sanitaria, conducido por el llamado “Movimiento Sanitario”.

Dos vertientes principales conformaban ese proyecto de reforma del sector salud. En primer lugar, se buscaba la construcción de un saber alternativo y crítico con relación a la política de salud puesta en práctica por el régimen militar.

En segundo lugar, se trató de estructurar un proyecto técnico-asistencial capaz de transformar el modelo vigente de atención a la salud, y en torno al cual fuera posible reclutar aliados y construir una base de apoyo socio-política.

El concepto de *Salud Colectiva* fue entonces formulado con el propósito de institucionalizar un campo de conocimiento específico y una nueva vertiente analítica (Nunes, 1985; Teixeira, 1985, 1987, 1989a y b; Birman, 1991). Se constituyó a partir de la negación de la práctica médica hegemónica, identificada como operadora de un modelo indeseable de atención a la salud, y de la oposición a la práctica tradicional de la salud pública, por sus insuficiencias y subordinación a la perspectiva médica. Al mismo tiempo, la práctica política de ese grupo postulante de la *Salud Colectiva* reclamaba la “transformación social”, y para eso abogaba por la constitución de un sujeto dotado de “conciencia social”, conquistada a través de su “conciencia sanitaria” (Berlinguer, 1978; Teixeira, 1987; Escorel, 1998). La reforma sanitaria era concebida como “un proceso civilizatorio”.⁸

En ese sentido, esa corriente buscaba “distinguirse de las anteriores por su producción teórica, centrada en lo social como determinante de las condiciones de salud”, como también “por apuntar hacia la necesidad práctica del sanitarista como sujeto político de la transformación pretendida” (Escorel, 1987:95-96). El adjetivo “colectivo” fue introducido para definir el objeto que se procuraba comprender y sobre el cual se quería intervenir –la dimensión social de la enfermedad (por oposición a lo individual) –, y el método de aproximación elegido fue el “histórico-estructural” (por oposición a los abordajes funcionalistas y fenomenológicos utilizados en las décadas precedentes) (Nunes, 1985:37).

En síntesis, el esfuerzo de construcción del campo de la salud colectiva, como un nuevo campo de conocimiento, estuvo dirigido por una doble perspectiva: se dedicó, por un lado, a elaborar una base técnico-conceptual de referencia teórica y, por otro, a organizar una fuerza político-ideológica “contra-hegemónica”, con el propósito de alterar “la correlación de fuerzas [en el ámbito político] a partir de la profundización de la conciencia sanitaria de los varios actores políticos” (Teixeira, 1987:95).

Esa producción de conocimiento nació, pues, como un “saber militante”, como una especie de base ideológica para una militancia política transferida al área profesional ante la ausencia de canales político-partidarios abiertos y efectivos (Cohn, 1989:124). Al mismo tiempo, estuvo determinada por un par de jerarquizaciones y subordinaciones. En un primer momento, se orientó por

⁸ El término “conciencia sanitaria” fue concebido por Giovanni Berlinguer (1978), que ha colaborado activamente con el proceso de reforma del sistema de salud en Brasil. La expresión “proceso civilizatorio” fue formulada por el médico sanitarista Antonio Sergio da Silva Arauca, uno de los principales liderazgos del Movimiento Sanitario.

la primacía de lo social sobre lo biológico, como eje determinante de la problemática vinculada a la cuestión de la salud (Costa, 1990); posteriormente, predominó la subordinación de todos los ámbitos de la reflexión a lo político. Eso habría de condicionar la producción de conocimiento en el área de *Salud Colectiva* a un determinado proyecto político de reforma sectorial.

En su eje conceptual la noción de *Salud Colectiva* se sitúa en un dominio donde confluyen varias áreas del conocimiento que trabajan con diferentes objetos. Ella representa una inflexión decisiva para el concepto de salud, ya que, por un lado, niega el universalismo naturalista del saber médico, lo que provoca una ruptura con los discursos biológicos y con la concepción clásica de salud pública, dominantes en el campo de la salud. Por otro lado, promueve la reestructuración del propio campo de la salud pública, dado el énfasis que atribuye a la dimensión histórica de la enfermedad, y a la práctica política como transformadora de lo social. Con la noción aludida se replantea también el lugar de lo “público”, que no se verá como “estatal”, opuesto a lo “privado”, sino en términos del espacio de expresión, enfrentamiento y negociación de demandas, ya sean ellas individuales o colectivas (Birman, 1991:9-10).

Uno de los resultados de ese esfuerzo fue la consolidación de la *Salud Colectiva* en el plano institucional, donde logró ocupar un espacio propio en el ámbito académico, diferente tanto de las disciplinas médicas correlativas como de la salud pública. Se reestructuraron y organizaron postgrados, se incrementó el número de maestrías y doctorados en salud pública capacitados para formar recursos humanos de acuerdo con la perspectiva de la *Salud Colectiva*, se financiaron investigaciones apoyadas por los organismos científicos nacionales e internacionales, se realizaron debates, seminarios, conferencias y grupos de trabajo para el desarrollo conceptual y técnico, etcétera. De ese modo, se construyó un proyecto institucional de *Salud Colectiva* que rebasó el proyecto político que lo había alimentado en su origen.

Para socializar sus ideas más allá del ámbito técnico-académico, los sanitaristas-colectivistas crearon en 1976 el Centro Brasileño de Estudios en Salud –CEBES–, como la organización representativa de los profesionales que integraban el movimiento de oposición sectorial. Algunos de esos profesionales eran también líderes sindicales del área de salud, integraban grupos de mujeres y actuaban en otros movimientos sociales. Al mismo tiempo, fundaron la revista *Salud en Debate* para difundir un pensamiento crítico en el sector, y promovieron una serie de espacios de discusión. Una de las actividades más importantes del CEBES fue la elaboración de propuestas alternativas de políticas de salud y la formulación de estrategias para su desarrollo. Por iniciativa del mismo grupo en 1979 fue creada en el ámbito académico la ABRASCO –Asociación Brasileña de Salud Colectiva–, como un espacio para el diseño de políticas tendientes a

la formación de recursos humanos, y de análisis crítico del modelo vigente de asistencia a la salud, así como de generación y difusión de las propuestas de reforma (Escorel, 1998; Teixeira & Mendonça, 1989).

Como resultado de esa dinámica se produjo una vasta literatura preocupada tanto en denunciar la corrupción y la privatización del sector, como en elaborar conceptos que fueran capaces de explicar la dinámica del proceso de mercantilización del sector médico, y alimentar la elaboración de propuestas alternativas que se constituyeran tomando como referencia las particularidades de salud de los diversos grupos sociales. Una parte importante de esa producción centró su atención en los planos jurídico-legal y administrativo-organizacional. La práctica clínica hegemónica, o su expresión organizacional –la asistencia médica–, también fueron analizadas mayoritariamente dentro de este último enfoque. La Salud (así, con mayúscula) pasó a ser sinónimo de todo –condiciones de vida, trabajo, transporte, recreo, etcétera– y, consecuentemente, de nada, pues había sido desprovista de cualquier especificidad. De forma simultánea, grupos específicos dentro de esta corriente buscaron descubrir los caminos sinuosos por los cuales podría darse la transformación de las necesidades sentidas en demanda social.

Así, la *Salud Colectiva*, como vertiente analítica, posibilitó el desarrollo de una amplia agenda de investigación, y contribuyó para hacer de la salud un objeto importante de investigación para las ciencias sociales. También dotó de cuadros a los organismos internacionales sectoriales en la región y promovió un intercambio de ideas con otros centros de investigación en los países latinoamericanos y en el continente europeo, en particular con Italia y España, debido a la influencia del entonces representante del Partido Comunista Italiano, Giovanni Berlinguer, en los debates sectoriales.

Sin embargo, el punto de referencia principal para la delimitación del proyecto técnico-asistencial de los sanitaristas-colectivistas, que iría a orientar en el futuro la propuesta de reforma sanitaria, fue el mismo que actuó en el caso de otras reformas médicas anteriores, como la de la medicina integral, de la preventiva, de la medicina comunitaria y de la medicina social. Ese punto nodal fue el hecho de que la generalización del consumo médico no se haya puesto al alcance de todos los grupos sociales, y de que persistieran modalidades aún relativamente excluyentes de producción de servicios de salud (Donnangelo, 1975, 1976). Los sanitaristas-colectivistas, entretanto, negaban que las necesidades de salud encontraran en el campo médico su área privilegiada de expresión, y enfatizaban, por oposición a la asistencia médica, la práctica de la salud colectiva, proponiendo una subordinación de aquélla a ésta.⁹

⁹ Para una discusión sobre la Medicina Comunitaria y las reformas médicas anteriores ver Donnangelo (1975 y 1976).

La Salud Colectiva, el proyecto político de la reforma sanitaria y la actuación del movimiento sanitario

Alentado por el contexto de la transición brasileña, y resultado de la confluencia de diversas fuerzas sociales y políticas comprometidas con el proceso de democratización de la sociedad y con la mejoría de las condiciones de vida y salud de los diversos grupos sociales, el Movimiento por la Reforma Sanitaria Brasileña alcanzó mayor visibilidad a lo largo de la década del ochenta, en las postrimerías del régimen militar, cuando los sanitaristas que lo lideraban pasaron a ocupar la dirección de importantes instituciones sectoriales.

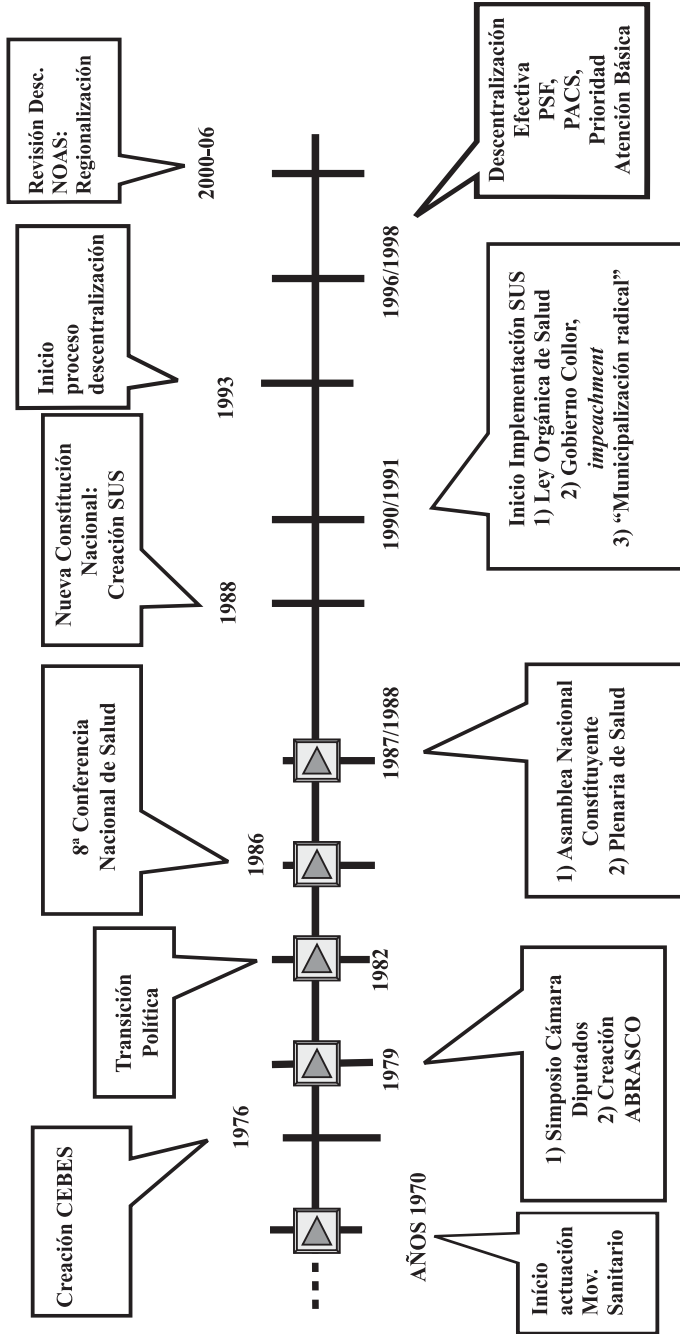
También fueron determinantes para su expansión las diversas manifestaciones de insatisfacción con la política de asistencia médica que se produjeron en diferentes momentos, a partir de la segunda mitad de la década del setenta. De forma simultánea, se desencadenó un proceso en el que varias organizaciones (como la Iglesia Católica, los sindicatos y otras asociaciones de la sociedad civil) y partidos políticos progresistas denunciaban la situación caótica de los servicios públicos de atención a la salud (Luz, 1991).

El movimiento se desarrolló en los espacios institucionales “posibles”, ocupando “vacíos de poder” (Arouca, 1979, *apud* Escorel, 1998). Revitalizando el debate en torno a la salud como política social, ese grupo introdujo una lectura eminentemente político-ideológica de la reorganización de la práctica sanitaria, combinando varias estrategias. Así, se apropió de las medidas racionalizadoras desarrolladas por el Estado, actuó en la formación de un determinado tipo de profesional de la salud, promovió nuevas formas de articulación funcional entre agencias, públicas y privadas, a través de las cuales se desarrollaba la producción de servicios.

En el plano del desarrollo socio-político del “Movimiento”, se delinearon distintas estrategias para alcanzar la reformulación sectorial. Algunos privilegiaban el ámbito institucional, defendiendo el “control del aparato burocrático estatal” en sus diversos niveles gubernamentales. Otros daban preferencia al ámbito societario, defendiendo el refuerzo de la sociedad civil. Sin embargo, para ambas perspectivas era importante denunciar el compromiso histórico de la burocracia de las instituciones de seguridad social con los intereses del sector privado, la corrupción reinante, las pésimas condiciones de las instituciones públicas de salud y el desprecio por la salud pública, además de afirmar que la reformulación del sistema de salud era parte del proceso de construcción de la democracia. En términos concretos, las distintas visiones significaron dos estrategias principales de lucha y alianzas diversas, pero complementarias.

Uno de los resultados de esas estrategias fue la inclusión de cuestiones referidas a la salud en los movimientos reivindicatorios desarrollados por diversas

Figura 2. Hechos históricos relevantes: “Movimiento Sanitario”



organizaciones sociales. Otra consecuencia fue la adopción, por los gobiernos locales de oposición, de algunas de las experiencias alternativas de reorganización de servicios con participación social. En ellos, los sanitaristas-colectivistas tuvieron un papel importante en la puesta en marcha de modelos alternativos de asistencia, que alimentaron propuestas de descentralización y posibilitaron el acceso a puestos de mando o técnicos en el aparato institucional municipal.

A partir de procesos extremadamente conflictivos, los sanitaristas-colectivistas se aprovecharon de las disputas por la conducción de la política sectorial, y de las fisuras presentes en la propia tecnoburocracia, para formular y poner en práctica proyectos especiales que, a su vez, fueron estimulados y financiados por el propio gobierno, que abrieron espacios institucionales para la inclusión de miembros del movimiento en el aparato del Estado (Escorel, 1998).

Así, los proyectos racionalizadores apoyados por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de Salud (extensión de cobertura en salud, atención primaria, medicina comunitaria, integración docente-asistencial) fueron apropiados de forma instrumental, transformados en *locus* de recuperación de las prácticas de salud colectiva a partir de los mecanismos de la planificación estratégica (como un “instrumento para el cambio”), y en medios para construir organizaciones alternativas de servicios de salud, que tenían como perspectiva la reversión del modelo hegemónico. Los sanitaristas-colectivistas también fortalecieron los nexos entre las instituciones del sector (ministerios de la Salud y de Seguridad Social), promoviendo y ampliando la actuación conjunta por medio de colaboraciones técnicas y financieras, inclusive en el área de formación de recursos humanos, con colaboración de organizaciones internacionales, como la Fundación Kellogg (Escorel, 1998; Mendes, 1994).

Con esas experiencias, los sanitaristas-colectivistas ampliaron el campo de actuación del movimiento reformista, articulándolo con fuerzas políticas municipales en distintas regiones del país y esa dinámica sirvió para reforzar las propuestas reformistas posteriores (Stralen, 1998; Machado, 1988). Para esto fue decisiva la victoria de los candidatos del único partido legal de oposición (PMDB) en las elecciones municipales de 1976, pues sus gobiernos incorporaron elementos de las experiencias “alternativas”. La salud pasó a integrar la agenda política local. Estos eventos trasladaron la “lucha por la reforma”, y los conflictos a ella inherentes, a los niveles estatales y municipales. Las articulaciones entre las experiencias municipales de cambio comenzaron a ocurrir con la realización de los Encuentros de Secretarios Municipales de Salud en 1979. Algunos de esos funcionarios eran oriundos del movimiento y habían participado de las experiencias alternativas mencionadas. En 1980 fue creado el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), con el objetivo de

representar los intereses sectoriales en los diversos niveles de negociación de la política de salud.

Al mismo tiempo, los sanitaristas-colectivistas, con el apoyo del Partido del Movimiento Democrático Brasileiro (PMDB), entonces el único partido de “oposición” en el bipartidarismo instituido por la dictadura militar, reactivaron los foros sectoriales de discusión, tales como las Conferencias Nacionales de Salud (CNS) que se venían realizando de manera irregular desde 1947, aunque básicamente como instancias tecno-burocráticas.¹⁰

También buscaron ampliar el abanico de alianzas en dirección al sector médico-liberal vinculado a la seguridad social. En 1979 se realizó, en la Cámara Federal de Diputados, el I Simposio sobre Política Nacional de Salud. Fruto de las articulaciones de los reformistas con grupos partidarios, ese foro contó con la participación del CEBES, organizaciones sindicales médicas, grupos de investigadores de la oposición sectorial y representantes del sector privado, con lo que se amplió todavía más el debate público y se acentuó la politización de la agenda para el sector.

Todo este proceso desembocó en una importante crisis político-institucional en el sector salud, que coincide con la declinación del régimen militar a inicio de los años ochenta, con el agravamiento de la crisis financiera de la seguridad social, y, consecuentemente, con la aplicación de medidas racionalizadoras en el ámbito de la asistencia médica. Con el proceso de transición política esas dinámicas de cambio se aceleraron y contribuyeron a renovar el movimiento municipalista por la salud. El Movimiento Sanitario ya había, para entonces, perfilado los postulados básicos de un nuevo modelo de atención y participaba del debate político con un discurso de reforma.

Las condiciones políticas para concretar la reforma sanitaria fueron dadas por la “Nueva República”, a partir de 1985, cuando los reformistas, en el comando de las principales instituciones del sector, como el INAMPS, el MPAS, y la Fundación Oswaldo Cruz del Ministerio de Salud, procuraron poner en práctica, aunque de forma inconexa, algunas propuestas desarrolladas dentro del ideario de disminuir la deuda social acumulada. Estos profesionales y sus equipos, apoyados por los partidos participantes de la coalición victoriosa, orientaron sus acciones con la intención de mantener la politización de la salud para influir también en los cambios constitucionales. A partir de entonces

¹⁰ La 4ª CNS había ocurrido en 1965 y, por contraste, entre 1974 y 1979 fueron realizadas la 5ª, 6ª y 7ª Conferencias, en las cuales fue creciente la participación de los salubristas-colectivistas, aunque esos foros continuasen siendo eminentemente tecno-burocráticos. La 7ª CNS, en 1979, después de la cual habría un lapso de siete años de interrupción porque el gobierno se rehusaba a convocarlas, tuvo como tema la implantación de una red básica de servicios de salud a escala nacional; en ella se puso de manifiesto el embate que ya se venía procesando en los bastidores del ámbito burocrático sectorial (Almeida & Oliveira, 1979).

ganó mayor fuerza la propuesta de municipalización de los servicios, y se intensificó el movimiento municipalista, que reivindicaba la reforma tributaria y una mayor autonomía para la formulación de políticas locales. En ese sentido, los Encuentros Nacionales de Secretarios Municipales de Salud no sólo continuaron efectuándose, sino que comenzaron inclusive a ser apoyados por el Ministerio de Salud. Los Encuentros culminaron, en 1988, con la creación de los Consejos Estatales de Secretarios Municipales de Salud (COSEMS) y del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS). Estos Consejos van a participar en diversos escenarios de discusión de la política de salud, representando intereses específicos.

La 8ª CNS, efectuada en marzo de 1986 en Brasilia, con una asistencia multitudinaria, se transformó en espacio de un amplio debate político nacional sobre el sector salud. Fue precedida por Conferencias Municipales y Estatales en todo el país, en las cuales se difundió y se debatió la propuesta de reforma, finalmente aprobada por delegados elegidos en asambleas de composición heterogénea, en las cuales se buscaba garantizar la representación de todos los actores involucrados con la cuestión del derecho a la salud como grupos de pacientes, alumnos de escuelas médicas, residentes, profesionales de la salud, corporaciones médicas, etcétera, hombro a hombro con sindicatos, grupos de mujeres, funcionarios locales, representantes de partidos entre otros.

La propuesta de reforma fue dada a conocer y difundida a partir de publicaciones específicas: la revista *Salud en Debate* del CEBES, las publicaciones de la ABRASCO y del proyecto intitulado “Reunión, Análisis y Difusión de Información en Salud” (RADIS), que venía siendo desarrollado por la Escuela Nacional de Salud Pública de la FIOCRUZ, desde la década del setenta.¹¹

El debate logrado durante la 8ª Conferencia, hasta entonces inédito en el país, legitimó la victoria del ideario político-ideológico de reforma de la política de salud. En parte, porque hizo posible que la propuesta de la reforma de la salud se tornase de dominio público. Por otro lado, el debate en torno de la estatización *versus* la privatización, polarizado y radical, estuvo en el centro los enfrentamientos dentro y fuera de la Conferencia. El sector privado se abstuvo de participar de la Conferencia, en una clara estrategia de no-reconocimiento de ese foro y de las temáticas que le dieron cuerpo. Su participación se dio, de hecho, a través de la prensa, que divulgó sus críticas, protestas, opiniones y propuestas contrarias a la reformulación que estaba siendo discutida, conjun-

¹¹ El RADIS había sido concebido para el tratamiento y difusión de informaciones referentes a la salud, en la época de la censura a la prensa durante la dictadura militar, y fue reestructurado en el contexto de la 8ª Conferencia, cuando, al lado de sus publicaciones regulares –Súmula y Tema–, se fundó una nueva publicación llamada *Proposta – O Jornal da Reforma Sanitária*, que circuló nacionalmente desde 1985 hasta el inicio de los 1990.

tamente con las noticias del evento, alentando a los grupos más radicales de la Conferencia en sus propuestas de estatización.

La propuesta técnico-asistencial de reforma sanitaria aprobada en la Conferencia proponía romper con el modelo corporativista tradicional, revertir la línea privatizante de la política sectorial e integrar áreas correlativas de política social, histórica y estructuralmente tratadas por separado. Propuso la institución de un Sistema Único de Salud (SUS), con acceso universal e igualitario, atención integral en todos los niveles, privilegiando el sector público y regulación efectiva sobre el sector privado. Formalizó también un concepto ampliado de salud (correlacionándolo con condiciones de vida, trabajo y recreación) y mecanismos de participación y control social. Presuponía, para su operacionalización, la revisión de los mecanismos de compra de servicios, de las relaciones con los productores de insumos, medicamentos y equipamientos; revisión de las fuentes y mecanismos de financiamiento (inclusive tributación); recuperación y ampliación del sistema de servicios de salud según la base geográfico-territorial, además de la descentralización y fortalecimiento del poder local.

Uno de los efectos más importantes de la 8ª CNS, y que constituyó un nuevo agregado al edificio de la reforma, fue la creación, en la estructura de la Seguridad Social, en el INAMPS, del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS), en 1987, concebido como una estrategia de transición para el Sistema Único de Salud (SUS).¹² También fue creada la Comisión Nacional de la Reforma Sanitaria (CNRS), compuesta por representantes de las organizaciones sindicales, de profesionales del sector, empresarios, burocracia e investigadores, para la discusión de la implantación de la propuesta reformista. En este foro, la corriente reformista colectivista fue derrotada y, en la práctica, la Comisión tuvo un papel más retórico que operacional. Sin embargo, la CNRS fue otro termómetro para medir la fuerza de los conflictos y el tamaño de las resistencias, provenientes muchas veces de los propios aliados en la lucha democrática.

Las divergencias señaladas anteriormente marcaron profundamente al sector de la salud en los años ochenta, cuando convivieron las más variadas prácticas políticas de articulación Estado-sociedad, no sólo en el sector, como muestra de la enorme diversidad de tendencias y tensiones. Los parámetros ideológicos que definieron las reformas sociales, así como las presiones de los nuevos actores, convergieron inevitablemente en la Asamblea Nacional Constituyente (1987-1988), sin contar, entretanto, con el refuerzo de un sistema partidario que pudiera servir de red para la negociación (O'Donnell, 1987; Fiori, 1989; Diniz, 1989; Castro, 1991). Por otro lado, las afiliaciones y divergencias partidarias se

¹² Conjuntamente con el programa de las Acciones Integradas de Salud (AIS), el SUDS tuvo importancia crucial en el proceso de descentralización del sistema de salud.

manifestaron agudamente en todos los procesos de discusión y reformulación en el área de salud, aunque nunca fueron hechas explícitas (Cohn, 1989).

En vista de eso, y con el propósito de garantizar la adhesión de los Constituyentes, los sanitaristas-colectivistas organizaron otro foro –la Plenaria de las Entidades de la Salud en la Constituyente–, que funcionó como importante fuerza de presión en el Congreso. Montada como “una articulación suprapartidaria”, la Plenaria congregó cerca de dos centenas de entidades y consiguió construir “un pacto progresista” –la “Enmienda Popular”– que sobrepasó coyunturalmente las divergencias existentes en el Movimiento Sanitario (Teixeira, 1987, 1989a y b). Esa Plenaria fue decisiva para la aprobación de los principios de la reforma y enfrentó, como las estrategias anteriores, una gran oposición del sector privado, fuertemente representado y actuante en el Congreso. La tesis *salud como derecho de ciudadanía y deber del Estado*, lema de la bandera de lucha sectorial, fue inscrita en la nueva Constitución (1988). Las CNSs fueron institucionalizadas como foros democráticos de debate de la política sectorial, a ser realizados cada cuatro años.

La nueva Constitución brasileña aprobó un sistema de salud en los moldes de los sistemas nacionales de salud europeos (Favaret, 1989; Fiori, 1991; Médici, 1990). Los beneficios se tornaron universales, independientes del vínculo contributivo del ciudadano. Se unificaron y ampliaron las fuentes de recursos federales y se creó el Presupuesto de la Seguridad Social (*Orçamento da Seguridade Social*–OSS, en portugués), dirigido al financiamiento de la salud, protección y asistencia social. Por último, se inscribió el derecho de acceso universal a cualquier servicio de salud financiado con fondos públicos. De hecho, era un avance en lo referente a la noción del derecho social universal. Entretanto, poco se discutió en el Congreso Constituyente sobre la forma de financiamiento relacionada con la incorporación de estos nuevos derechos y, al mismo tiempo, se aprobaron medidas redistributivas sin garantizar los recursos necesarios para su puesta en marcha (Fiori, 1991). El proceso de negociación que precedió a las etapas finales de la Constituyente y los acuerdos efectuados acabaron por introducir innumerables inconsistencias y ambigüedades en la nueva Constitución, que fueron remitidas a las subsecuentes etapas de reglamentación jurídica. El debate siguió en el campo legislativo, tanto en el ámbito federal, donde se dio la reglamentación de la Ley Orgánica de Salud, aprobada en 1990, como en el estatal y municipal, con la promulgación de las constituciones estatales y las Leyes Orgánicas de Municipalidades.

Paralelamente, y de manera independiente de la discusión de la Constituyente, se verificó un movimiento real de privatización del sistema de asistencia y financiamiento sectorial, como corolario de la crisis financiera de los años ochenta. Los gobiernos de la “Nueva República”, si bien no lo promovieron di-

rectamente, contribuyeron con su pasividad al crecimiento del mercado privado de servicios de salud, como una alternativa a la crisis y a su propia bancarrota (Faveret & Oliveira, 1989; Médici, 1990; Vianna *et al.*, 1990). Por otro lado, los sanitaristas-colectivistas no identificaron oportunamente esa dinámica, y desdeñaron su importancia en la reorganización del sistema de salud.

Siendo así, en el proceso de implantación de los ideales constitucionales se entrelazaron dinámicas contradictorias que repercutieron en el sector salud de forma particular. Mientras que las medidas de aplicación de la reforma privilegiaban la descentralización y pregonaban el fortalecimiento del sector público, el OSS no fue respetado. Los recursos para la salud disminuyeron de manera importante en los primeros gobiernos democráticos, *pari passu* a la homogenización del consenso político neoliberal durante el gobierno Color de Mello (1990-1992), recuperándose parcialmente, de forma muy inestable, en los dos períodos de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002).

Esa dinámica se reflejó también en la mayor visibilidad de las diferencias al interior del propio movimiento sanitario, que se desarticuló en la segunda mitad de los años noventa. Pero el proceso de reglamentación de la Constitución siguió su curso bajo la lógica de la racionalidad económica volcada hacia el quiebre del “monopolio” del Estado. Ese cambio de conducción del desarrollo provocó fuertes tensiones entre el ejecutivo federal y los sanitaristas, muchos de ellos diputados y senadores distribuidos en los diferentes partidos, o asesores en el Congreso y secretarios de Salud en estados y municipios gobernados por los principales partidos de oposición.

El frente de lucha es hoy más difuso, aunque nunca ha dejado de actuar en el sector, y recientemente se ha iniciado un proceso de rearticulación nacional. Por otra parte, de una manera general, el ámbito técnico-científico ha venido desarrollándose de forma considerable; la ABRASCO se consolidó como *la* organización representativa de la academia en el área de salud colectiva y sigue promoviendo los concurridos congresos nacionales de Salud Colectiva, de Salud y Ciencias Sociales, y de Epidemiología. De alguna forma, las “especializaciones” y las fisuras se mantienen entre los distintos grupos que componen el campo de la Salud Colectiva.

De hecho el sistema de salud fue reorganizado, y los cambios más importantes fueron, por un lado, constituirse en un sistema abierto a los diversos grupos sociales, independientemente de los vínculos con el mercado de trabajo; por el otro, se logró cambiar su eje de decisión, exclusivamente centrado en Brasilia, para incorporar actores de los estados y municipios. Sin embargo, todavía enfrenta muchas dificultades para conquistar mejores niveles de equidad, particularmente en una coyuntura de larga duración que continúa generando

pobreza, violencia, inestabilidad e inseguridad a la cual no se le ve fin en un futuro cercano.

Asimismo, la política de reforma del sector salud de hecho se consolidó como una política de Estado (por lo tanto, suprapartidaria), y entre las políticas sociales fue la que más avanzó; sin embargo, su implementación ha estado sometida a la voluntad política y decisión de los gobiernos, y no ha sido inmune a los problemas inducidos por los ajustes macroeconómicos y a las diferentes perspectivas o proyectos de reforma presentes en la agenda contemporánea difundida mundialmente.

Bibliografía

- Almeida, C.M. (2002), “Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90”. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 18(4):905-925.
- Almeida, C.M. & Oliveira, C.A. (1979), *O despertar da Phoenix? Algumas notas sobre a instituição Ministério da Saúde no período 1974-1978*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ (mimeo).
- Almeida, C.M., Travassos, C.; Porto, S; Baptista, T.W.F. (1999), “A Reforma Sanitária Brasileira: em busca da equidade”. *Research In Public Health Technical Report -OPS*, OPS, Washington, D.C., p. 1-89.
- Almeida, M.H. (1996) “Federalismo e Políticas Sociais”. Rui de B. A. Affonso & Pedro Luis B. Silva, *Federalismo no Brasil –Descentralização e Políticas Sociais*. São Paulo/Fundap, pp.13-40.
- Berlinguer, G. (1978), *Medicina e Política*. São Paulo: CEBES/HUCITEC.
- Birman, J. (1991), “A Physis da Saúde Coletiva”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 1(1):1-6.
- Braga, J. C. & Paula, S. G. (1981), *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES/HUCITEC.
- Castro, M. H. G. (1991), “Interesses, Organizações e Políticas Sociais”. *BIB - Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais*, 31:17-48.
- Cohn, A. (1989), “Caminhos da reforma sanitária”. *Lua Nova, Revista de Cultura e Política*, 19.
- Cohn, A. (1989), “Caminhos da reforma sanitaria”. *Lua Nova, Revista de Cultura e Política*, São Paulo, Brasil.
- Costa, Dina Czeresnia (org.) (1990), *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. Rio de

- Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- Donnangelo, M. C. F. (1975), *Medicina e Sociedade*, São Paulo: Biblioteca Pioneira em Ciências Sociais.
- Donnangelo, M. C. F. (1976), *Saúde e Sociedade*, São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- Draibe, S. & Aureliano, L. (1989), “A Especificidade do Welfare State brasileiro”. CEPAL/MPAS, *A Política Social em tempo de crise: Articulação Institucional e Descentralização*, V.1, Cap.III (Economia e Desenvolvimento), Brasília.
- Draibe, S. M. (1986), “O padrão brasileiro de proteção social: desafios à democratização”. *Análise Conjuntural*, Curitiba, 8(2):13-19, fevereiro.
- Draibe, S.M. & Silva, P.L.B. (1990), “Desenvolvimento de Políticas de Saúde nos anos 80: O Caso Brasileiro”. Campinas, NEPP/UNICAMP/OPAS (mimeo).
- Draibe, S.M. (1989), “O Welfare State no Brasil: Características e perspectivas”. *Ciências Sociais Hoje*: 13–61. São Paulo: ANPOCS.
- Escorel, S. (1998), *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário*, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- Favaret, P. & Oliveira, P. J. (1989), “A Universalização Excludente – Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde”. *Texto para Discussão*, N. 216, IEI/UFRJ.
- Fiori, J. L. (1991), “Democracia e Reformas: Equívocos, Obstáculos e Disjuntivas”. Brasília, OPAS/OMS, 1991 (mimeo).
- Fiori, J. L. (1995), *O Vôo da Coruja – Uma Releitura Não Liberal da Crise do Estado Desenvolvimentista*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro).
- Labra, M.E. (1985), *O movimento sanitario nos anos 20 no Brasil: da conexão sanitaria internacional a especialização em saúde pública*. Tese de Mestrado, EBAP-FGV, Rio de Janeiro, Brasil.
- Machado (1988), As possibilidades de controle social das políticas públicas. *Revista de administração Pública*, 22(1):32-49.
- Malloy, James. (1985), *A Política de Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal.
- Médici, A C. (1990), “Financiamento e Contenção de Custos nas Políticas de Saúde: Tendências Atuais e Perspectivas Futuras”. *Planejamento e Políticas*

- Públicas* (4):83-98.
- Melo, M.A. & Azevedo, S. (1996), “Mudanças Institucionais, Reforma do Financiamento da Seguridade Social e a Reforma Tributária no Brasil, 1990-1996”. *Relatório Final de Pesquisa*, Programa de Dotação para a Pesquisa FORD/ANPOCS, 1995 (mimeo).
- Melo, M.A. (1993), “A anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República”. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, pp. 119-163.
- Mendes, E.V. (1994), “As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neo-Liberal”. E. V. Mendes (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*, São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Nunes, E.D. (org.) (1985), *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*, Brasília: OPAS/OMS.
- O’Donnell, G. (1982), “Tensões no Estado autoritário-burocrático e a questão da democracia”. D. Collier (org.) *O Novo Autoritarismo na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Pego, R. A. & Almeida, C.M (2002), “Teoria y Práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y Mexico”. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4):971-989.
- Porto, S. M. (1997), *Equidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde – uma contribuição para o caso brasileiro*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Stralen, Cornelis van (1998), *The struggle over a National Health Care System. The Movimento sanitário and Health Policy making in Brazil: 1960-1990*. Utrecht, Netherlands:Universiteit van Utrecht.
- Teixeira, S. M. F. & Mendonça, M. H. (1989), “Reforma Sanitária na Itália e no Brasil: Comparações”. Teixeira, S. M. (org.), *Reforma Sanitária - em busca de uma teoria*, Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO.
- Teixeira, S. M. F. (1985), “Reorientação da Assistência Médica Previdenciária; um passo adiante ou dois atras?”. *Revista de Administração Pública*, 19(1), 1985.
- Teixeira, S. M. F. (1987), “O Dilema Reformista na Reforma Sanitária Brasileira”. *Revista de Administração Pública*, 21(4), Out-Dez.
- Teixeira, S. M. F. (1989a), “Política de Saúde na Transição Conservadora”.

Revista Saúde em Debate-CEBES (26):42-53.

Teixeira, S. M. F. (1989b), “Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária”. Teixeira, S.M. (org.), *Reforma Sanitária - em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO.

Vianna, M. L. W. *et al.* (1990), “Crise e Reestruturação do Sistema de Proteção Social: Brasil, Espanha e Itália”. Fiori, J. L., “Estado, Modernização Tecnológica e Bem-Estar Social”, Relatório Final, IEI/Fundação Ford, Rio de Janeiro, 1990 (mimeo).

La implementación de la reforma en Brasil: la dinámica del Sistema Único de Salud y algunos resultados

Celia Almeida

Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca
Fundación Oswaldo Cruz

En este texto se avanza en la reflexión acerca del proceso de implementación de la reforma sanitaria en Brasil, analizando en qué medida ha sido posible efectivamente construir un sistema de salud universal y equitativo. Aprobado en la nueva Constitución de 1988 e reglamentado en 1991, el Sistema Único de Salud (SUS) empezó a ser implementado en la década del noventa.

Estructuralmente, el sistema de salud brasileño está compuesto por una compleja red de prestadores y compradores de servicios, complementarios y competitivos, que conforma un *mix* público y privado financiado principalmente con recursos públicos. El sistema está compuesto básicamente por tres subsectores: 1) el subsector público, con servicios prestados y financiados por el Estado, en los niveles federal, estadual y municipal, que incluye los servicios de salud para las fuerzas armadas; 2) el subsector privado (lucrativo y sin fines de lucro), constituido por servicios que son financiados de distintas formas –reembolsos y varias formas de pago– a partir de fondos públicos o privados; 3) el subsector de seguros privados de salud (llamado “subsistema complementario”), con diferentes modalidades de planes de salud, primas de seguro y subsidios fiscales.

Estos tres subsectores estructuran una red servicios inconexos y no jerarquizados que brinda distintos niveles de atención a diferentes grupos poblacionales. Una parte significativa de los prestadores privados atiende simultáneamente a clientelas financiadas con recursos públicos y privados. Alrededor del 76% de

la población es atendida exclusivamente por el subsector público, otra parte que cuenta con planes y seguros de salud privados también utiliza la red pública de servicios, principalmente para los procedimientos más complejos y de mayor costo. De este modo, la población integra su canasta de consumo de servicios de salud utilizando los tres subsectores, de acuerdo con la facilidad de acceder a cada uno, sea por la capacidad de circulación en el sistema o mediante el pago privado del servicio.

La actividad privada es libre pero está sometida a la regulación, la fiscalización y el control del Estado, dado que el texto constitucional considera “de relevancia pública” a las acciones y servicios de salud.¹

La contratación de servicios con el sector privado y el pago directo a los prestadores es responsabilidad de los gestores estatales y municipales, de acuerdo con el grado de autonomía que obtienen al acreditarse según las diferentes condiciones de gestión descentralizada del sistema. Las instituciones sin fines de lucro tienen prioridad en la contratación de prestadores privados por parte del Estado en los distintos niveles del gobierno.²

En el plano legal, la nueva organización de las acciones y servicios de salud en el Sistema Único de Salud (SUS) –con las respectivas atribuciones de los diferentes niveles de gobierno– fue reglamentada tardíamente y la elaboración y discusión de las leyes fue un proceso conflictivo: la aprobación se dio después de varias discusiones y vetos presidenciales.

Con la creación del SUS en 1990, la reforma sectorial abogaba por:

- En el *área de financiamiento*: el incremento del volumen de los recursos, la diversificación de las fuentes de financiación, el establecimiento de partidas presupuestarias específicas para salud y el cambio en la forma de distribuir los ingresos entre las unidades de la federación.
- En el *ámbito institucional*: el privilegio del sector público en el área de atención a la salud, el fortalecimiento de la capacidad regulatoria de la autoridad sectorial, la descentralización del sistema de salud con la redefinición de competencias entre los niveles federal, estadual y municipal.
- En la *organización y gestión del sistema*: la reingeniería institucional, la racionalización de la oferta de servicios, la redefinición de las relaciones entre los prestadores, en particular del segmento privado que tiene convenios con el sector público.

¹ Cfr. 1988, art. 197.

² Cfr. 1988, art. 199, Par.1.

- En el *plano político*: la democratización del proceso decisorio, con la institucionalización de una arena colegiada integrada por representantes de todos los intereses sectoriales (autoridades, agentes privados, corporaciones profesionales, sindicatos, usuarios, etc.).
- En el *control social*: la participación de la población organizada en el proceso de toma de decisiones, a través de Consejos gestores o consultivos; el diseño de sistemas de información y de comunicación públicas transparentes, accesibles y oportunos, entre otros medios e instrumentos.

¿Cuáles fueron, entonces, las innovaciones que introdujo la reforma y cómo se la implementó?

Para intentar responder a esas preguntas, primero se presenta algunos aspectos de la dinámica económica y social, se aborda la cuestión del financiamiento sectorial y se evalúa el proceso de construcción del Sistema Único de Salud (SUS), la descentralización sectorial, la estructura institucional construida para el proceso de toma de decisiones y su funcionamiento. Posteriormente, se presenta un balance de los cambios en la oferta de servicios, resaltando algunos de los resultados obtenidos.

Breve panorama de la dinámica económica y social

Brasil es una República Federativa con 26 estados, un Distrito Federal donde está localizada la capital, Brasilia, y 5.560 municipios (2003)³. El sistema de gobierno es presidencialista: el Presidente, los gobernadores e intendentes son elegidos por voto directo.

Es un país continental con 8,5 millones de Km² y 182.060.108 habitantes bastante concentrados.⁴ Está dividido en cinco regiones geográficas –Norte, Nordeste, Sur, Sudeste y Centro-Oeste– con diferentes realidades demográficas, económicas, sociales, culturales y sanitarias que, combinadas históricamente, construyeron un mosaico caracterizado por profundas desigualdades internas.

En el plano económico, desde hace más de dos décadas se vive en Brasil un proceso de ajuste estructural que ha generado gran inestabilidad (Fiori, 1993;

³ Cerca de 48,4% de los municipios tiene menos de 10.000 hab., donde vive 8,2% de la población; 42,2% de los municipios tiene entre 10.000 y 50.000 hab., donde vive 28,5% de la población; y 9,5% del total de municipios tienen 50.000 y 500.000 hab, donde viven el 63,2% de la población. De estos últimos, 27,6% están en los municipios con más de 500.000 hab. (que representan sólo 0,6% del total de municipios).

⁴ En 2004, 65,4% de los habitantes (117 millones) vivía en las regiones Sudeste, Sur y Centro-Oeste, pero el Sudeste concentraba 77 millones (cerca de 42%), y la población de la ciudad de São Paulo (región metropolitana) era de 19,2 millones (10,5% del total) (IBGE, Censo Demográfico, 2004).

1995 a y b; 2001), que ha estado sinado por una enorme incertidumbre, varios cambios de ministros y el *impeachment* de un Presidente (Fernando Collor de Mello, en 1992). La dinámica redistributiva ha sido cíclica, afectando diferencialmente a las distintas fajas de renta (Prado e Pochmam, 1997).

La política macroeconómica adoptada por los gobiernos de Fernando Henrique Cardoso (electo en 1994 y reelecto en 1998), y que permaneció en el primer gobierno de Lula (2002-2005), centrada en el tipo de cambio fijo ha fragilizado de forma importante la economía nacional, con la reinstalación de ciclos recesivos, altas tasas de interés, aumento del desempleo estructural, continuo achatamiento de los salarios y concomitante aumento de la concentración de renta. Aunque ese proceso se había estructurado desde el inicio de la década del noventa, puede afirmarse que desde 1994, con el Plan Real (el último plan económico de estabilización monetaria) y, principalmente, a partir del segundo mandato del Presidente Cardoso, la nación estaría respondiendo a los estímulos y condicionantes definidos por la comunidad financiera internacional, de modo que la actuación estatal y los instrumentos de política sectorial han estado subordinados al objetivo primordial de mantener el equilibrio macroeconómico (Fiori, 1993, 2001). Y los resultados considerados positivos de la estabilización económica en los años noventa, con alguna mejora de los indicadores sociales, control del aumento de la inflación, expansión del consumo en periodos específicos y aumento de los salarios en el orden del 40%, no se reflejarían en la atenuación de las enormes desigualdades en la distribución de la riqueza nacional.

El gobierno de Lula, a partir de 2002 (y re-electo en 2006), no significó grandes cambios en la orientación de esa política macroeconómica, aunque se han intensificado las acciones en el campo asistencial (con programas de transferencia de ingresos, como el *Bolsa Familia*, *Fome Zero*), con resultados aparentemente positivos.

Se registra todavía un importante aumento de la carga tributaria en el país (20% del PIB en 1995 hasta 23,6% en 2001 y 35,45% en 2004). En 2004, el monto destinado al pago de intereses de la deuda externa correspondió a cerca del 8,5% del PIB.

En el plano social esta situación se refleja en datos poco alentadores: desempleo y sub-empleo que no disminuyen; pobreza irreductible, aunque con alguna mejora; baja movilidad social; persistencia de la concentración de ingresos, pero también con una pequeña disminución; mejora de la educación escolar, pero la deserción continua elevada, y prevalencia muy alta e inaceptable de analfabetismo en la población adulta, así como altas tasas de analfabetismo funcional.

En el contexto latinoamericano, Brasil es todavía el país donde la desigualdad entre los grupos socioeconómicos es la más marcada. A pesar de la mejora de algunos indicadores y de la reducción de la desigualdad en el ingreso en todas las regiones, en los últimos años (entre 2001 y 2004), la distancia entre los extremos aún es muy grande. La distribución de la renta nacional está todavía extremadamente concentrada.

Finalmente, en el campo de la salud, se observa alguna mejora: la esperanza media de vida al nacer se elevó en las últimas décadas; se redujeron la mortalidad general, la específica y la infantil, pero persisten las diferencias regionales y entre grupos sociales.

El patrón de mortalidad proporcional cambió significativamente con un considerable aumento en accidentes y violencia como causas de muerte, principalmente entre jóvenes de sexo masculino, en ascendencia continua.

En síntesis, la profunda desigualdad en la distribución del ingreso, los elevados índices de desempleo y sub-empleo, combinadas con la fragilidad de organización política de los segmentos más pobres y excluidos, resultan en precarias condiciones de vida y salud de expresiva parte de la población brasilera y tornan aún más complejo el desempeño del sistema de salud en Brasil.

El financiamiento del sistema: el presupuesto de la Seguridad Social y la inestabilidad financiera del SUS

Una de las principales innovaciones de la Constitución de 1988 fue la creación del Presupuesto de la Seguridad Social (*Orçamento da Seguridade Social*–OSS, en portugués), compuesto por impuestos y contribuciones sociales, que creó nuevas fuentes de recursos para el área social. Entretanto, contradictoriamente, uno de los principales desafíos del SUS ha sido la permanente inestabilidad financiera de la salud en el ámbito de la Seguridad Social, y las soluciones transitorias fueron la norma en toda la década del noventa.

A diferencia de otros países con sistemas nacionales de salud, la participación de impuestos generales en el financiamiento sectorial históricamente no es muy significativa en Brasil, incluso antes de 1988, cuando la contribución de empleadores y empleados sobre la planilla de salario era responsable de más del 80% del financiamiento federal de la salud. Con el OSS, la elevada participación de las nuevas contribuciones sociales en el erario confirmó esa tendencia.

En la Constitución de 1988, se definió la composición del OSS: 1) se mantuvieron los aportes sociales de los empleados y empleadores formales sobre los salarios, 2) se incorporó un nuevo aporte patronal sobre la ganancia neta de las empresas (CSLL), y 3) se reasignaron otras dos fuentes que financiaban

gastos sociales genéricos (sobre la facturación de las empresas—COFINS, y de las loterías) (Afonso, 1994:8; Dain, 1995:29). El OSS debería financiar tanto el programa de beneficios dinerarios como la prestación de servicios en las áreas de previsión social, asistencia social y salud, consagrando derechos universales a la vez que se respetan los derechos individuales (Dain *et al.*, 2001:233). El SUS, por su parte, se financiaría con los recursos financieros del OSS, de la Federación, de los Estados, del Distrito Federal y de los municipios. El único aporte social que no formaba parte de este financiamiento era el destinado a los programas de protección del trabajador (Reis, Ribeiro & Piola, 2001)⁵ (Cuadro 1).

Según las Disposiciones Constitucionales Transitorias (1988, Art. 55), en tanto no se sancionara la Ley Orgánica de Salud, se destinaría a los programas federales de salud como mínimo el 30% de los recursos de la seguridad social (sin incluir los relativos al PIS/PASEP) (Médici, 1996; Piola & Biasoto, 2001). Durante los dos primeros años (1989 y 1990), esta regla funcionó. Sin embargo, en oportunidad de la sanción de la Ley Orgánica de Salud (Ley N° 8.080/1990) y de la Ley N° 8.142 (28/09/1990),⁶ no se definieron los criterios de distribución de los recursos del OSS entre las distintas áreas de la seguridad social ni cuánto se destinaría a salud (Médici, 1996:317). Esta situación hizo que el importe de los recursos destinado a cada área de la seguridad social fuese establecido en las Leyes de *Directrices Presupuestarias* (LDO) sancionadas para cada ejercicio fiscal. En realidad, las LDO funcionan como estimaciones de gasto, toda vez que durante el proceso de ejecución presupuestaria pueden ocurrir fluctuaciones tanto en el nivel de los recursos como en la asignación de ellos entre las diversas áreas (Reis, Ribeiro & Piola, 2001; Piola & Biasoto, 2001). La disposición constitucional fue incluida en algunas LDO, “*sirviendo más como techo presupuestario que para la realización efectiva de gastos*” (Ribeiro, Piola & Servo, 2007:24).

Entretanto, la composición de las fuentes de financiación para la salud cambió significativamente a partir de 1993, cuando los recursos recaudados por el área de Previsión Social (el aporte social de los empleados y empleadores) dejaron de ser transferidos al área de salud, que entonces comenzó a disputar con las restantes áreas las otras fuentes de ingresos que, a su vez, eran más permeables a las variaciones de los ciclos económicos. En consecuencia, el Ministerio de Salud recurrió a préstamos del Fondo de Amparo al Trabajador (FAT), lo que impuso una carga sobre los presupuestos de los años siguientes

⁵ Programa de Integración Social-PIS/Programa de Formación del Patrimonio del Empleado Público-PASEP del Fondo de Amparo al Trabajador-FAT.

⁶ La Ley Orgánica de Salud (N° 8080, del 19/09/1990) dispone sobre la organización, dirección y gestión del SUS. Y la Ley N° 8142 (del 28/12/1990) dispone sobre las transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el área de salud y la participación de la comunidad en la gestión del SUS.

Cuadro 1 – Principales fuentes de financiamiento de los gastos globales del Ministerio de la Salud, Brasil, 1995-1999 (%)

Descripción de las fuentes	Años											
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Recursos ordinarios	8.9	1.0	3.2	0.2	1.0	10.8	14.7	5.20	14,3	10,3	13,1	7,1
Títulos responsabilidad del Tesoro Nacional	15.1	1.6	2.6	3.3	2.8	0.5	0.8	0.7	0.9	1.3	0.5	0.0
Operaciones crédito internas – Moneda	2.6	–	7.6	8.3	–	–	–	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Operaciones crédito externas – Moneda	0.5	1.2	1.1	0.9	0.5	1.1	1.4	2.6	2.1	1.8	1.1	0.7
Recursos directamente recaudados	1.0	2.1	2.4	2.5	2.4	2.6	3.5	3.2	3.1	2.6	2.3	2.2
Contribuciones sociales:	67.4	54.6	69.4	63.4	73.1	71.1	62.5	81,5	74,1	78,7	80,9	87,2
<i>Contrib. Social Lucro de las Empresas (CSLL)</i>	10.7	12.9	20.2	20.8	19.3	8.0	13.3	12,3	7,1	23,5	27,4	32,7
<i>Contrib. Social p/ Finan. Seg. Social (CO-FINS)</i>	25.1	34.0	49.2	42.6	25.9	26.0	26.6	37,7	39,5	19,2	21,1	25,1
<i>Contrib. Emp. y Trab. para la Seguridad Social</i>	31.6	–	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>CPMF</i>	–	–	–	–	27.8	37.1	22.6	31,5	27,6	36,0	32,4	29,4
Fondo de Estabilización Fiscal ⁽¹⁾	–	36.8	12.0	17.7	19.5	13.3	14.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Fondo de Lucha y Erradicación de la Pobreza	–	–	–	–	–	–	–	–	4.3	1.7	0.0	0.9
Otras Fuentes	4.4	2.6	1.8	3.7	0.7	0.7	3.0	7,3	1,2	3,5	2,2	1,9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100	100	100	100

Fuente: SIAFI/SIDOR, Elaboración IPEA/DISOC, en: Reis, Ribeiro & Piola (2001: 14, Tabla 4) para 1993 y Ribeiro, Piola & Servo (2007:36, Tabla 8).

(1) El Fondo de Estabilización Fiscal es el ex Fondo Social de Emergencia.

(Piola & Biasoto, 2001; Reis, Ribeiro & Piola, 2001; Ribeiro, Piola & Servo, 2007).

Como intento de resolver las dificultades financieras originadas en estos cambios y oscilaciones, en 1994 el entonces Ministro Adib Jatene se sumó a la lucha por la restauración de un impuesto transitorio, el Impuesto sobre los Movimientos Financieros (IPMF), aprobado en 1994 y rebautizado en 1996 con el nombre de Contribución sobre los Movimientos Financieros (CPMF), que comenzó a regir en 1997, destinado específicamente al financiamiento de la asistencia sanitaria. La CPMF ha sido prorrogada desde 1998, con una alícuota mayor en cada prórroga (actualmente es del 0,38%), y prácticamente, desde el inicio los recursos de la CPMF no fueron utilizados exclusivamente para el área de salud (Piola & Biasoto, 2001). La creación de esta nueva contribución y sus sucesivas prórrogas, mediante Enmiendas Constitucionales, ha suscitado intensos debates y encendidas controversias.

Concretamente, la CPMF se transformó en la principal fuente de financiamiento del área de salud y representando alrededor del 30% de todos los gastos del Ministerio, con ciertas fluctuaciones, sin que los recursos aumentaran en forma global ya que se produjo una reducción de los recursos provenientes de otras fuentes. Con su extinción, el presupuesto destinado a salud ha sufrido un gran golpe y actualmente (en 2008) se intenta aprobar una nueva tasa específica para financiar al sector. Sin embargo, hay muchas dificultades políticas para esa aprobación y pocas posibilidades de éxito. Por otro lado, una parte significativa de los ingresos por aportes sociales no fue asignada a financiar los gastos de la seguridad social sino otros, tales como las cargas financieras de la deuda del Ministerio de Salud o las cargas previsionales de la Federación (Reis, Ribeiro & Piola, 2001; Dain *et al.*, 2001).

Otra fuente importante de financiamiento de la salud en el período 1994-1999 la constituyó el Fondo Social de Emergencia (FSE), posteriormente transformado en el Fondo de Estabilización Fiscal (FEF). Los recursos de este fondo tenían su origen en la desvinculación de ingresos. El FSE/FEF se reformuló en 2000 y comenzó a ser denominado Desvinculación de los Ingresos de la Unión (DRU) y no integran una fuente específica, pero son ejecutados a través de la fuente Recursos Ordinarios. Este procedimiento hizo menos transparente el análisis de la ejecución presupuestaria, dado que dejó de ser posible distinguir qué porción de los recursos se originan en los impuestos generales y cuál en la desvinculación. Además, de la observación de la trayectoria de esta fuente surge que los recursos se vienen reduciendo desde 2000, pues no mantienen la misma participación anterior de ambas fuentes sumadas.

Para tratar de superar esta situación, durante casi diez años se tramitó en el poder legislativo un proyecto para establecer un piso mínimo de recursos

de la Federación, los estados y los municipios que debería ser aplicado al área de salud. En términos generales, la Constitución de 1988 promovió una efectiva descentralización fiscal, especialmente por la elevación del volumen de transferencias automáticas y del poder impositivo a los estados y los municipios. Sin embargo, no se dio simultáneamente un proceso consensuado de redefinición de las respectivas atribuciones en el área social en los diferentes niveles de gobierno. A fines del 1990, el problema era garantizar un volumen estable de recursos para el SUS, y el aumento de la participación de las esferas infranacionales.

Finalmente, en agosto de 2000 se aprobó la Enmienda Constitucional N° 29 (EC-29), que vincula un porcentaje de los presupuestos de la Federación, los estados y los municipios a la salud. Establece que la Federación está obligada a aumentar sus inversiones sectoriales en forma proporcional al crecimiento del PBI y que, en el período 2001-2005, debería gastar, cada año, un 5% más que el año anterior, incluyendo también el crecimiento nominal del PBI, es decir, la corrección por inflación más el crecimiento real de la economía. A partir de 2000, los estados y el Distrito Federal deberían destinar al SUS el 12% y los municipios, el 15% de sus ingresos propios por impuestos, una vez deducida la porción transferida a los municipios, debiendo invertir como mínimo el 7%. La EC-29 dispone también la aplicación en los municipios del 15% de los recursos federales en acciones básicas, por medio de Fondos de Salud controlados por los Consejos de Salud; establece que la asignación de recursos entre los diversos niveles del gobierno debe obedecer a criterios de prorratio que apunten a la progresiva disminución de las disparidades regionales; y prevé sanciones para los estados y los municipios que no cumplan esas normas.

La aprobación de esta enmienda es el resultado de un prolongado proceso de debate y tramitación en el Parlamento (la Propuesta de Enmienda Constitucional 169 – PEC 169); desde la reglamentación del SUS en 1990 se pretendió definir la vinculación de un porcentaje mínimo para la financiación de la salud en el OSS (30% de las contribuciones sociales) y el 10% de los recursos fiscales de la Federación, los estados y los municipios. Sin embargo, a diferencia de las propuestas anteriores, la EC-29 no estableció ninguna vinculación de fuentes ni de un porcentaje del OSS para el área de salud, en principio debido a la expectativa de sanción del proyecto sobre reforma tributaria.

Así, la EC-29 constituye una solución exclusivamente sectorial, implementada ante las dificultades de financiación de las políticas sociales, y sus propósitos fueron por un lado garantizar recursos estables y regulares para la salud frente a los vaivenes crónicos del volumen del gasto público y por el otro promover la participación de los estados y los municipios en la financiación del SUS, a fin de aumentar la responsabilidad de estos niveles subnacionales en el ordenamiento federativo que es sustento del SUS (Ribeiro, Piola & Servo, 2007).

A pesar de estos aspectos positivos, se critica a la EC-29 el virtual abandono del OSS, que preveía la solidaridad entre las áreas sociales, la disociación del volumen de recursos destinados al área de salud con respecto al crecimiento de la recaudación de las contribuciones sociales (indudablemente más veloz) y la vinculación al PBI nominal, que representa un problema grave en un escenario de estancamiento económico (Dain, 2001:136).

La implementación plena y efectiva de la EC-29 tropieza además con problemas de interpretación, que dificultan la reglamentación final y el monitoreo de sus resultados. La falta de definición clara de lo que debería financiarse efectivamente con recursos vinculados ha generado muchas dudas sobre qué gastos pueden ser considerados “acciones y servicios públicos de salud”⁷ y sobre la base de cálculo que se debe utilizar para la previsión mínima de recursos (“base fija” versus “base móvil”), además de que habilitó un espacio para incluir en esa vinculación a los gastos en programas asistenciales y de transferencia de renta (como el *Bolsa Familia*) (Reis, Ribeiro & Piola, 2001; Ribeiro, Piola & Servo, 2007).

Aun así, la implementación de la EC-29 produjo resultados distintos en cada esfera de gobierno y alteró la composición de la inversión pública en salud: tuvo éxito en su objetivo de aumentar la participación de los estados y municipios, pero confirmó la tendencia restrictiva en la participación de la Federación. De esta manera, aunque los gastos en Acciones y Servicios Públicos de Salud hayan crecido considerablemente, el nivel federal no ha logrado cumplir la EC-29 y el gasto se mantuvo estancado hasta 2003, momento en que se registra una caída significativa. Por su parte, los estados y los municipios ampliaron su gasto de forma diferenciada: el crecimiento en los estados fue menor (del 7,1% en 2000 al 9,6% en 2003), y solamente 11 estados cumplieron la EC-29. En los municipios la situación se muestra más consolidada, pues el gasto en salud pasó del 13,9% en 2000 al 17,4% en 2003, superando el piso del 15% establecido por la ley, y el 51% de los más de cinco mil municipios cumplieron la EC-29 (Ribeiro, Piola & Servo, 2007:32-33).

Finalmente, los beneficios fiscales en salud tienen una selectividad perversa y se encuentran fuertemente concentrados en el Impuesto a las Ganancias (IR) y en el Impuesto a los Productos Industrializados (IPI), y representan un gasto indirecto del Estado y una renuncia fiscal que tiene un impacto negativo sobre las fuentes de financiamiento, acentúa la regresividad del financiamiento de la atención a la salud, agrava el panorama de las desigualdades y fortalece al sector privado (Dain *et al.*, 2001:254).

En lo que respecta al Impuesto a las Ganancias de las Personas Físicas (IRPF) se permite deducir los gastos realizados en el sistema privado de salud

⁷ ¿Qué hacer con los gastos de saneamiento, con los trabajadores inactivos del sector de la salud, con las políticas de alimentación y con los gastos en planes de salud de los empleados públicos, entre otros? Éstas son cuestiones todavía no resueltas.

por las familias. Durante los ochenta, estas deducciones se ampliaron paulatinamente con algunas pocas restricciones (Médici, 1991a y b). Y a partir de 1991 (año base 1990) se retornó a la restitución íntegra de los gastos en salud (Almeida, 1998), que subsiste hasta el presente. En 2003, esa renuncia fiscal alcanzó alrededor de R\$ 2,8 mil millones, es decir, cerca del 10% de los ingresos de las operadoras privadas de seguros de salud.

Esto significa que las personas que pueden pagar –sea en forma directa al profesional o al servicio, sea a un plan de seguro médico– reciben el reembolso de sus gastos cuando presentan su declaración anual de ganancias. Quienes tienen ingresos muy bajos y, por lo tanto, no deben presentar esa declaración, muchas veces pagan planes de seguro médico más precarios, que en general les ofrecen coberturas muy limitadas y, además, cargan con la totalidad del costo de la atención privada. La deducción en el IRPF se configuró, por lo tanto, como el gran incentivo al gasto privado de las familias, sobre todo de los grupos de ingresos medios y altos, y profundizó las inequidades en el financiamiento de la salud. Está abierto el debate, sin embargo, sobre la pertinencia (o no) de derogar este beneficio.

Asimismo, la renuncia fiscal vinculada al mercado de planes de seguros médicos representa un subsidio importante del Estado a las empresas privadas aseguradoras y operadoras, además de promover la “socialización” de los costos de los planes de las empresas para sus empleados, que son pagados, en última instancia, por toda la sociedad debido a la transferencia a los precios de los productos o por la tributación general. Además, la renuncia fiscal dirigida a los proveedores no discrimina entre red pública y privada y se los exime del pago de impuestos.

El gasto social en salud

En la última década los recursos para el financiamiento de la seguridad social presentaron crecimiento constante, pasando de 9% del PIB en 1995 al 13,1% en 2001 (variación de 33%). El gasto social en Brasil, de alrededor del 19% del PBI en el periodo 1990-91, llegó a 19,8% en 1996-97 (aumento de 0,8%). La parte federal de ese gasto se situó en alrededor del 12% del PBI en el periodo 1994-97 (aumento de 2% en relación con 1986-92), concentrado básicamente en seguridad y salud; y desde 1999, cuando alcanzó 13% del PBI, viene creciendo gradualmente, con 13,9% en 2001 (OPS, 2005:5).

En 1989, el gasto federal en salud alcanzaba al 19% del gasto total efectivo del gobierno federal, pero ese gasto disminuyó de forma importante en los años noventa; la oscilación ha sido la norma, con alternancia de caídas y

recuperaciones parciales. El año en que se registró el mayor gasto fue 1997, en tanto que en 2003 se dio la caída más pronunciada, con una recuperación en 2004 que resultó insuficiente con relación al nivel de 2001 (Ribeiro, Piola & Servo, 2007).

Las estimaciones señalan un Gasto Total en Salud (GTS) (público y privado) de alrededor del 8,0% del PBI, lo cual representa en la actualidad cerca de 150 mil millones de reales;⁸ la parte pública rondaba el 3,6% (promedio de R\$ 380 *per cápita*) en 2004. El gasto privado en salud es bastante alto –alrededor del 56% del GTS– y, de ello, cerca del 64,1% es gasto directo de las familias (de bolsillo). Por lo tanto, en 2004 la participación de las fuentes públicas en ese gasto total fue de cerca del 44%. Aunque ese gasto del Ministerio de Salud no sea despreciable frente al gasto total del gobierno federal (tercera área más importante de gasto gubernamental), es todavía insuficiente para atender las necesidades de salud de la población.

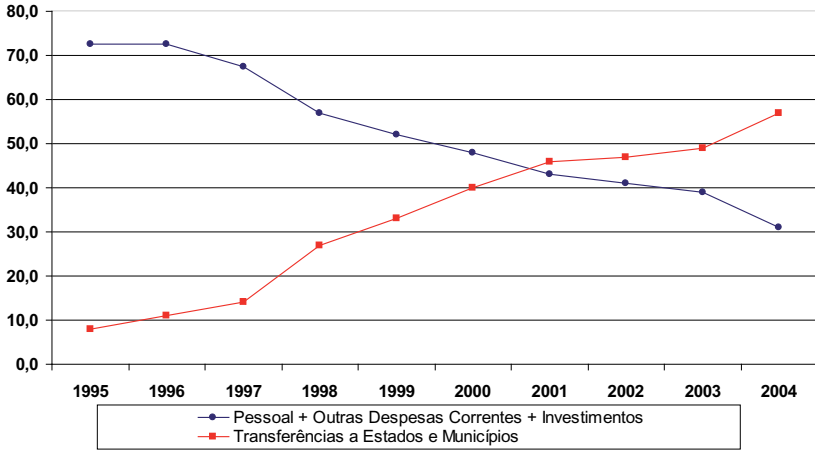
Un análisis de la evolución del gasto del Ministerio de Salud en el período 1995-2004, según las categorías económicas de los gastos, exhibe como características una reducción del gasto en personal, inversiones y, principalmente, de los pagos realizados directamente a los prestadores de servicios de salud. La primera característica se debe a un conjunto de factores –contención salarial, aumento de las jubilaciones (por las incertidumbres generadas por la reforma del Sistema de Previsión Social) y falta de reemplazo de los recursos humanos transferidos a los estados y municipios–, la segunda y la tercera expresan claramente la dimensión financiera de la descentralización (Gráfico 1).

Entre 1996 y 1999 las transferencias a los municipios crecieron de manera apabullante, y desde entonces se estabilizaron en un nivel elevado. Por su parte, las transferencias a los estados comenzaron a registrar un crecimiento más intenso a partir de 2001. Esto se explica por el proceso de descentralización, como analizaremos a continuación (Ribeiro, Piola & Servo, 2007). Cerca de 80% de los ingresos municipales proviene de transferencias, siendo un 50% del nivel federal.

En síntesis, la participación de los tres niveles del gobierno en el gasto público en salud varió notablemente entre 1995 y 2003, con un aumento marcado en los municipios y más modesto en los estados, acompañando la disminución de la participación del Gobierno Nacional (Gráfico 2). Asimismo, se evidencia la importancia de la Unión en el gasto público total en salud, aunque esa participación haya disminuido paulatinamente durante los años noventa.

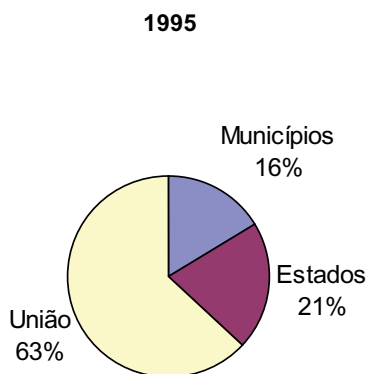
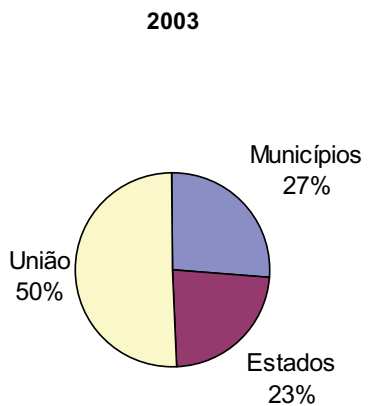
⁸ Es importante señalar que el sector de la salud emplea a alrededor del 10% de la población en trabajos calificados y representa el área en que las inversiones en investigación y desarrollo son las más destacadas del país (José Gomes Temporão, Ministro de Salud, discurso en la ceremonia de asunción, 19/03/2007).

Gráfico 1 – Descentralización del gasto del Ministerio de Salud: comparación entre la participación porcentual de las aplicaciones directas del Ministerio de Salud y los recursos transferidos a otras esferas de gobierno, Brasil, 1995-2004



Fuente: SIAF/SIDOR. Elaboración IPEA/DISOC, en: Ribeiro, Piola & Servo, 2007:40 (Gráfico 4).

Gráfico 2 – Participación de las tres esferas del gobierno en el gasto público en salud, Brasil, 1995 y 2003



Fuente: Ministerio de Salud (SIOPS, 2005). Elaboración IPEA/DISOC, en: Ribeiro, Piola & Servo, 2007:33 (Gráficos 1 y 2).

Problemas y tendencias en el financiamiento

Persisten varios problemas en el financiamiento del sistema de salud. La continuidad de la política macroeconómica de ajuste fiscal, basada en la política monetaria, mantiene la inestabilidad financiera del sector. Hay intentos de aprobar la desvinculación de las recetas del nivel federal, promoviendo la retención en el Tesoro Nacional de 20% de todas las fuentes del OSS; además, hay los problemas de asincronía entre presupuestos autorizados y liquidados. La descuidada discusión de la reforma tributaria y del pacto federativo constituyen una amenaza permanente a la efectiva implementación del SUS.

De hecho, la pretendida solidaridad en el área social en Brasil siempre se vio obstaculizada, desde la aprobación de la Constitución de 1988, en nombre de la austeridad fiscal y del ajuste en las cuentas del sistema de pensiones y beneficios pecuniarios. Esta dinámica condujo a la búsqueda de alternativas sectoriales específicas para el área de salud que, por un lado, garantizaron cierto avance, a pesar de la permanente falta de estabilidad financiera, pero por otro lado exacerbaron la disputa federativa por recursos del OSS. Aun así, la carga tributaria global para salud en la década del noventa aumentó del 30% en 1998 al 38% en 2003, y un punto importante en el debate federativo hoy es justamente la reivindicación de la disminución de los aportes sociales y su distribución entre la Unión y los estados, principalmente la CPMF.

“El significativo impacto [del financiamiento de las políticas sociales] sobre la carga tributaria incidente sobre las empresas, aliado al carácter acumulativo de las contribuciones más significativas y dinámicas de la recaudación federal, coloca a los aportes sociales en uno de los puntos centrales del debate sobre la reforma tributaria tanto para el perfeccionamiento del sistema como para la preservación de la recaudación que ellos garantizan y, por lo tanto, de la financiación de las políticas sociales, incluida las de salud” (Dain *et al.*, 2001:233).

Siendo así, la reforma tributaria es uno de los asuntos pendientes de la política económica y en la nueva discusión del pacto federativo brasileño y puede tener un impacto negativo sobre los recursos asignados a la salud, debido a los posibles cambios en el cobro y la distribución de los aportes sociales que hoy son parte esencial del financiamiento de las políticas sociales.

El proceso de descentralización

Pacto federativo y descentralización

El proceso de democratización y la crisis fiscal del Estado fueron, en las últimas décadas del siglo pasado, los grandes condicionantes y determinantes

de la transformación del sistema federativo brasileño, que incluye a la política social apenas como uno de sus elementos (Almeida, 1996; Melo, 1993; Melo & Azevedo, 1996). Estos dos factores —económico y político—, si bien son concomitantes, tuvieron un peso y una influencia distintos: “a comienzos de los 80, los impulsos democratizadores fueron más importantes que las limitaciones económicas; a partir de 1988, éstas pasaron al primer plano” (Almeida, 1996:16).

La crisis del régimen y la transición política generaron poderosas corrientes descentralizadoras, pero con diferentes motivaciones y en momentos coyunturales específicos. Así, el impulso descentralizador en el área social tuvo motivaciones distintas de las que generó la tendencia a la redefinición del pacto federativo nacional, pero sufrió el brusco impacto del resultado de dicho pacto.

En primer lugar, la lucha por la descentralización en Brasil llevó la marca de la singularidad de la transición democrática brasileña. En segundo lugar, en el marco del enfrentamiento de las características centralizadoras del régimen militar, las izquierdas impulsaron la idea de que la descentralización era sinónimo de democracia y de participación social: de devolución a los ciudadanos de la autonomía y la injerencia sobre las decisiones, que habían sido usurpadas por los militares. En el ámbito específico de las políticas sociales, llevaba implícita la transferencia de competencias y atribuciones de otras esferas al municipio; no se trataba de redefinir la naturaleza de la intervención pública de carácter social en el ámbito de un nuevo pacto federativo que fortaleciera a los estados, sino de redistribuir competencias y funciones de manera de incrementar el acceso de la población a los servicios sociales (Almeida, 1996:17). Finalmente, en tercer lugar, la descentralización también sufrió la influencia de las ideas difundidas por los organismos internacionales, en el marco de los ajustes macroeconómicos y de las reformas sectoriales.

La Constitución de 1988, de hecho, estableció una nueva distribución federativa, disponiendo una significativa transferencia de recursos, capacidad decisoria y funciones, principalmente a los municipios (Dain, 1995), pero también significó una pérdida sustancial relativa de la Unión en los ingresos fiscales del país (Rosa, 1989 *apud* Melo, 1996), transfiriendo inicialmente recursos sin la contrapartida de la transferencia de las obligaciones correspondientes (Affonso, 1994). La imposibilidad de la Unión de mantener los niveles históricos de inversiones en infraestructura y en políticas sociales habría acarreado lo que Melo y Azevedo denominan “descentralización salvaje” (1996:56). En otras palabras, el impacto del nuevo federalismo fiscal, que quitó capacidad de financiamiento y margen de maniobra al nivel federal, en un ambiente democrático, hizo que los gobiernos estatales, y principalmente los municipales,

tuviesen que responder a las demandas de servicios y equipamientos colectivos, a veces de manera desordenada, aun cuando no fueran prioridades de gobierno (Melo & Azevedo, 1996:56-57).

La implementación de esta nueva distribución, que supuso la sanción de legislación complementaria, nuevas reglas e instrumentos de asignación, negociaciones y administración de conflictos y la reforma administrativa del aparato estatal en todos los niveles de gobierno, ya es de por sí una tarea lo suficientemente complicada. Se complicó aún más por las dificultades de los gobernantes para acordar coaliciones estables (sobre todo en los tres primeros gobiernos civiles), con el agravamiento de la crisis económica, las denuncias de corrupción y otros constreñimientos políticos, que redundaron en una enorme rotación de los equipos de gobierno y en esfuerzos sucesivos y contradictorios de reforma que minaron la eficiencia de las agencias públicas y la efectividad de las políticas de reforma.

En el caso específico de las políticas sociales en general, la falta de un centro de comando del proceso fue particularmente importante, y dio por resultado controversias y la explicitación de distintos proyectos con diferentes objetivos y prioridades –por un lado, el área económica y, por el otro, los ministerios del área social, todavía más divididos entre sí, que movilizaban en torno de ellos a los distintos grupos de interés vinculados al funcionamiento de cada sector en coaliciones defensivas–, todo lo cual perpetuó una lógica de acción siempre sectorial y “carente de compromiso con una visión más abarcadora sobre lo que puede o debe ser la actuación del gobierno federal en el dominio social” (Almeida, 1996:18). Además, el nivel central no fue capaz de formular una estrategia de redefinición de los tres niveles de gobierno y, a pesar de la generalización de la idea de descentralización, no se formuló una política con ese fin que orientase la reforma de las diferentes políticas sociales; por el contrario, las lógicas particulares presidieron la redistribución de competencias y atribuciones en las diferentes áreas.

Esta dinámica más general se reflejó de manera particular en la descentralización del sistema de salud y ha condicionado su ritmo de implementación y sus contramarchas.

De esta manera, se puede afirmar que la transferencia de recursos a los Estados y Municipios antes de la reforma (anteriores a los noventa), realizada mediante la implementación de las Acciones Integradas de Salud (AIS) y del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS) (1987-1989)⁹, por un

⁹ Muy brevemente: con las AIS se quebró la concepción de que el sector privado tenía el monopolio de la atención terapéutica y se estableció la planificación integrada (secretarías estaduais, municipales y superintendencias regionales del INAMPS), a partir de la Programación y Presupuestación Integradas (POI) y se activó el proceso de gestión colegiada, con la creación de la Comisión Interministerial de

lado puso de manifiesto esta dinámica contradictoria y tuvo características muy diferentes de aquellas que se verificaron en el transcurso de los noventa, con el SUS; y, por otro estableció principios, mecanismos e instrumentos que se reactualizaron en esa década.

Durante los noventa, la implementación de la descentralización difiere marcadamente si se considera la primera y la segunda mitad de la década. Si en los ochenta estos procesos estuvieron fuertemente marcados por la especificidad de la transición democrática, por los casuismos políticos regionales y por el poder de los *lobbies* público y privado (Médici, 1996:310), así como por disputas internas sobre cuáles eran las estrategias más efectivas para llevar adelante el proceso reformador, en los noventa las coyunturas críticas fueron completamente distintas.

En la primera mitad de la década, la implementación de la reforma sufrió el impacto financiero del comportamiento defensivo de la Unión frente a la disminución de los grados de libertad fiscal y política en el contexto de autoritarismo y confrontación que caracterizaron al “reformismo cesarista” del gobierno de Collor de Mello, además de la subsiguiente crisis institucional y de gobernabilidad, con las denuncias de corrupción y el nuevo “pacto de salvación nacional” articulado después de su *impeachment* (Melo & Azevedo, 1996:22). La segunda mitad de la década estuvo influida por las asperezas de la estabilización económica, con el ajuste macroeconómico considerado exitoso del Plan Real, acompañado sin embargo de una disminución importante en el crecimiento económico, la corrosión de las bases fiscales de los Estados (disminución de los ingresos e imposibilidad canjear deuda), y de las reformas institucionales y políticas, en general muy conflictivas e incompletas.

Aun así, existe consenso entre los autores de que a partir de la nueva Constitución, el área de salud fue de hecho la única que asumió deliberadamente una política radical de descentralización definida en el ámbito federal, que representó el principal eje de construcción del SUS. A pesar de los enormes problemas y de las innumerables contramarchas, el SUS “constituyó seguramente la reforma más exitosa del área social emprendida durante el nuevo régimen democrático [... y produjo] una transformación profunda del sistema público de salud” (Almeida, 1996:20).

Planeamiento y Coordinación de la Salud (CIPLAN) y de las correspondientes a los niveles regional, estadual, municipal y local: Comisiones Interinstitucionales de Salud (CIS), Comisiones Interinstitucionales Regionales de Salud (CRIS), Comisiones Interinstitucionales Municipales de Salud (CIMS) y Comisiones Interinstitucionales Locales de Salud (CLIS). Y con el SUDS se profundizó el papel de los estados en la coordinación del proceso de municipalización de los servicios de salud y en los instrumentos técnicos de transferencia de recursos, con el objeto de destacar el carácter redistributivo hacia las diferentes esferas locales (Médici, 1996).

Sin embargo, el punto de partida no fue un modelo acabado, sino un diseño que se fue tejiendo paulatinamente, según la voluntad de los dirigentes que detentaban el poder, que variaron mucho en la última década,¹⁰ y de las formas específicas que se encontraron para superar los frecuentes traspiés coyunturales.

La descentralización del sistema de salud: las Normas Operativas

La descentralización en el área de salud se implementó mediante Normas Operativas (NOB), que son resoluciones del Ministerio de Salud destinadas a reglamentar el proceso de descentralización, publicadas en 1991, 1992, 1993, 1996 y en 2001, aunque en este último año con otro nombre, la Norma Operativa de Asistencia a la Salud (NOAS 2001). Estas normas definieron y redefinieron la forma de transferencia de los recursos financieros a los estados y municipios y los prerrequisitos de habilitación para las distintas “etapas” (progresivas) de la descentralización. Y fomentaron notablemente, por un lado, las articulaciones entre los niveles de gobierno y el diseño de los sistemas locales de salud y, por el otro, la institucionalización específica de la arena decisoria sectorial.

La Ley Orgánica de la Salud (1990) definió los criterios para las transferencias de recursos del nivel federal (Ministerio de la Salud) a Estados y Municipios. Esos criterios son: perfil demográfico; perfil epidemiológico; características de la red de servicios; desempeño técnico, económico y financiero; participación de la salud en los presupuestos locales; previsión de inversión; reembolso a otros niveles de gobierno. Y la Ley 8.142 (1990) estableció el carácter regular y automático de las transferencias, según el cumplimiento de algunos requisitos (creación del Fondo de Salud, constitución del Consejo de Salud, elaboración del Plan Plurianual de Salud, contraparte de recursos e implantación de comisión para elaboración del Plan de Carrera, Cargos y Salarios).

Una comparación entre las tres NOB y la NOAS revela los principales cambios en las relaciones entre los niveles de gobierno propiciados por la política de descentralización en cada momento (Tabla 1).

Así, las NOB 1991/92 se formularon todavía en época del INAMPS, ya incorporado al Ministerio de Salud, y reflejan su cultura política e instrumental (Levcovitz *et al*, 2001). La principal contribución fue la generalización del mecanismo de compra hasta entonces utilizado para el pago de los servicios

¹⁰ La conducción sectorial fue signada por la inestabilidad: a partir de 1990 el Ministerio de Salud tuvo ocho ministros, con un promedio de permanencia de 15 meses, y cuatro Ministros Interinos (que desempeñaron sus cargos entre dos y seis meses). Entre 2002 y el inicio de 2007, hemos tenido tres ministros de salud, siendo uno interino por más de 6 meses. En términos generales, cada cambio de Ministro fue acompañado del cambio más o menos abarcador de los equipos ministeriales.

Tabla 1 – Proceso de descentralización: Normas Operacionales Básicas (NOBs), principales inflexiones, 1991-2002

Normas/Año	Objetivo central	Mecanismo	Inflexión/ Relación entre niveles de gobierno
NOB 1991/1992	<p>Normatización del financiamiento del SUS.</p>	<p>Generalización del mecanismo de compra, hasta entonces utilizado para el pago de los servicios privados contratados (AIH), para toda la red de asistencia médica, pública y privada. Restaura la transferencia negociada y no implementa la transferencia automática.</p>	<p>Gobierno central se transformó en comprador de servicios de los gobiernos estatales y municipales y utilizó mecanismos apropiados para reembolso de servicios médicos como instrumentos de asignación de recursos financieros.</p>
NOB 1993	<p>Establecimiento de un proceso de descentralización flexible, gradual y negociado.</p> <p>Definición de condiciones distintas de gestión para estados y municipios, con responsabilidades, incentivos financieros y requisitos diferenciados.</p>	<p>Gestores del sistema local (<i>Gestión Incipiente, Parcial y Semiplena</i>) y a los estados en las condiciones de <i>Gestión Parcial y Semiplena</i>.</p> <p>Constituye las CIB en los estados como <i>locus</i> privilegiado de negociación entre gestores (comando único), como medida reguladora de las relaciones entre los niveles estatal y municipal. Divide de forma igualitaria entre estados y municipios la responsabilidad sobre la aprobación de los criterios de distribución de los recursos federales entre los municipios y sobre la definición de los municipios aptos para recibir transferencias.</p>	<p>Recentralización a nivel federal.</p> <p>Se dispara efectivamente el proceso de descentralización, con un fuerte direccionamiento municipalista y disminuyendo el papel coordinador del nivel provincial. CIB como instancia deliberativa para decisión sobre habilitaciones de los municipios colocándolos en la posición estratégica de controlar el poder de los estados en la implementación de las determinaciones de la política nacional, invirtiendo la relación jerárquica federativa. A la vez, institucionaliza la arena decisoria, cuya actuación de los distintos foros politicizó de forma importante el proceso descentralizador.</p>

<p>NOB 1996 (inicio 1998)</p>	<p>Flexibilización de las condiciones de gestión y habilitación acelerada para atención básica. Consolidación del poder público municipal como administrador de la atención a la salud. Redefinición de las relaciones entre niveles de gobierno.</p>	<p>PPI, Reducción de los tipos de habilitación: Gestión Plena de la Atención Básica (PAB) y Gestión Plena del Sistema (GPS) para municipios. Y Gestión Avanzada del Sistema Provincial (GASE) y Gestión Plena del Sistema Provincial (GPSE). Institucionalización del PAB (recursos fijos <i>per cápita</i> + incentivos financieros variables) y prioridad para programas especiales (PSF, PACS). Transferencias "fondo a fondo".</p>	<p>Intento de reversión del direccionamiento municipalista anterior con la reanudación y fortalecimiento del papel de los estados en la coordinación y conducción de los sistemas de salud, deseccionalización acelerada, privilegiando la atención básica y los programas especiales, fortaleciendo prioridades enfocadas en la atención básica), como estrategia de redireccionamiento del modelo asistencial.</p>
<p>NOAs 2001 (inicio 2002)</p>	<p>Construcción de un sistema funcional de salud con la regionalización, concebida como estrategia de jerarquización de los servicios de salud y de búsqueda de mayor equidad. Aumentar la cobertura de la atención básica.</p>	<p>Instituye la nueva etapa de condiciones de autonomía gerencial - Gestión Plena de la Atención Básica Ampliada – GPABA, con definición de áreas de actuación estratégicas mínimas detalladas según tipo de actividad. Se acrecienta procedimientos y acciones al paquete anterior definido por el PAB. Creación del PAB Ampliado.</p>	<p>Induce el mayor protagonismo del nivel provincial en la coordinación de los sistemas municipales y establece mecanismos articuladores. Refuerza el carácter centralizador de la intervención federal. Aparentemente, fragmentó todavía más el sistema según niveles de complejidad tecnológica de la asistencia, substrayendo al administrador municipal poder de decisión sobre determinadas áreas del sistema, apuntando hacia una especialización de las instancias de gobierno.</p>

Fuente: en Almeida *et al.*, 2003 (Cuadro 4).

privados contratados a toda la red de asistencia médica, pública y privada,¹¹ y el cambio del criterio de *transferencia automática*, propuesta en la legislación infraconstitucional, por el de *transferencia negociada*, muy utilizados en la década del setenta y comienzos del ochenta (Barrera & Roarelli, 1995:132).¹² La extensión de esta forma de remuneración transformó a los municipios en prestadores de servicios, equiparando los servicios públicos y privados, y restó a los estados y municipios autonomía en la gestión de sus recursos, toda vez que recentralizó los recursos y rompió con la lógica de la Programación Pactada Integrada (POI) utilizada anteriormente, en la época del SUDS, conduciendo a la pérdida de la potestad de celebrar convenios que tenían las comisiones intergestores (Lucchese, 1996; Levcovitz, 2001). Por otro lado, este modo operativo se restringió a la asistencia médica.

Estas medidas que se implantaron durante el gobierno de Collor de Mello generaron muchas resistencias en los actores y coincidieron con la coyuntura del *impeachment* del Presidente. Fueron también contemporáneas del inicio del proceso de reforma administrativa del Ministerio de Salud (1993), de las iniciativas de revisión constitucional (previstas en las disposiciones transitorias de la Constitución de 1988 cada 5 años), de la conmoción provocada por la Comisión Parlamentaria de Investigación del Presupuesto, de la crisis fiscal y de financiamiento del OSS y del calendario electoral de 1994. El proceso de revisión de la constitución desencadenó la formación de comisiones parlamentarias específicas para el análisis de temas de seguridad social y propuestas de medidas para la asistencia médica (pública y privada).¹³

Toda esta dinámica exacerbó los ánimos contrarios a estas medidas, que fueron vehementemente criticadas en la IX Conferencia Nacional de Salud de 1992, luego de mucha polémica y de la destitución del entonces Ministro de

¹¹ Se extendió al sector público el instrumento de pago que hacía años era utilizado por el INAMPS para remunerar a la red privada contratada y a los hospitales universitarios: la Autorización de Internación Hospitalaria (AIH). Ese instrumento consiste en un pago estimativo por procedimiento que substituyó a la forma de pago anterior, por unidades de servicio. El nuevo mecanismo de pago guarda similitud con el sistema de pago del Programa *Medicare* norteamericano (los *DRG—Diagnostic Related Groups*). Tal sistema, adoptado en Brasil, no logró avanzar mucho en tanto instrumento de regulación y control, quedando como mecanismo de pago con varios problemas operativos.

¹² Las *transferencias negociadas* son *transferencias no tributarias* y *no regulares*, que dependen de programas específicos y mecanismos de convenios; las *transferencias automáticas* son *no tributarias* y *regulares*, es decir, no son recursos resultantes de la distribución regular de impuestos, sino que se establecen por ley (Afonso, 1989 *apud* Barrera & Roarelli, 1995).

¹³ Durante 1993, se crearon varias comisiones con el objeto de debatir los problemas y elaborar enmiendas constitucionales. Entre ellas, merecen mencionarse la Comisión Especial de Seguridad Social de la Cámara de Diputados, la Comisión de Seguridad Social y Familia, también de la Cámara de Diputados, y la Comisión Especial para reglamentar las actividades de la medicina complementaria (planes de salud privados). Paralelamente, el sector privado, a partir de sus asociaciones, también elaboró y presentó un Plan Básico de Asistencia Médica, con la forma de anteproyecto de ley. También en 1993 el Ministerio de Salud impulsó el proceso de disolución del INAMPS, sancionado en 1993 (Viana, 1996).

Salud (por sospecha de corrupción), e impulsó el debate en dirección de una municipalización radical. La formulación de una “nueva” estrategia de descentralización tuvo lugar simultáneamente con la preparación de la Conferencia y la discusión ganó relevancia nacional, materializándose posteriormente en la aprobación de la NOB 93 (NOB SUS 01/93).

Con la NOB 1993 se puso en marcha efectivamente el proceso de descentralización, de fuerte orientación municipalista, que prácticamente anuló la función coordinadora del nivel estadual. Al mismo tiempo, se institucionalizó la arena decisoria, cuya actuación a través de los distintos foros politizó notablemente el proceso descentralizador. Las principales características de esta nueva NOB eran las siguientes: señalaba la diversidad de las realidades estaduais y municipales; reconocía la necesidad de asociarse entre los niveles del gobierno y de establecer un proceso flexible, gradual y negociado entre ellos y definía condiciones distintas de gestión para los estados y municipios, con responsabilidades, incentivos financieros y requisitos diferenciados (Lucchese, 1996). Su eje central era la constitución de las Comisiones Intergestores Bipartitas (CIB) en los estados, como *locus* privilegiado de negociación entre gestores, con el objeto de institucionalizar un comando único sectorial, y la propuesta de medidas reguladoras de las relaciones entre los niveles estadual y municipal. Hizo posible habilitar a los municipios como gestores del sistema local, de acuerdo con tres etapas diferentes (gestión incipiente, parcial y semiplena), y a los estados en dos condiciones de gestión (parcial y semiplena), en ambos casos siempre según el cumplimiento de determinados criterios.

La aprobación de esta NOB fue resultado de un prolongado proceso de debate en el que participaron los diversos actores de la arena sectorial en permanente embate con la burocracia. Las condiciones para las transferencias automáticas de recursos recién se reglamentaron por decreto en agosto de 1994 (Levcovitz *et al.*, 2001). Mientras tanto, esto significó la ruptura con la línea anterior de flujo directo de recursos del nivel federal a cada unidad prestadora de servicios, radicalizando, sin embargo, la relación directa entre el nivel federal y el municipio. Aunque pretendía redimensionar el papel del estado, la NOB 93 dividió de forma igualitaria entre los estados y municipios la responsabilidad sobre la aprobación de los criterios de distribución de los recursos federales entre los municipios y sobre la definición de los municipios aptos para recibir las transferencias y, concretamente, la creación de las CIB como instancia deliberativa para esta decisión las colocó en la posición estratégica de controlar el poder de los estados sobre las determinaciones de la política nacional (Levcovitz *et al.*, 1997:278), invirtiéndose la jerarquía en términos de la relación federativa.

Como resultado de la implementación de la NOB 93 se constata la enorme heterogeneidad entre los diversos municipios habilitados para una misma etapa de gestión, diferentes grados de descentralización entre los estados de

la federación y la superposición de responsabilidades y de comando entre las tres esferas de gobierno.

En diciembre de 1995, fue creado el Ministerio de la Reforma Administrativa del Estado –MARE– para conducir un proyecto de reforma general del aparato gubernamental. En función de eso, el debate de la segunda mitad de la década del noventa fue centrado en la reforma administrativa del Estado, claramente afinada con la agenda internacional, incluyendo tanto la privatización como la tercerización y el énfasis en la contratación de servicios del sub-sector privado. En él se enfatizaba el gerencialismo y las reformas orientadas hacia el mercado, así como la introducción de mecanismos competitivos para “estimular el mejor desempeño del sistema de salud”. Mientras tanto eran activados varios instrumentos para tornar el gerenciamiento del sistema “más flexible”. Por otra parte, el mismo proceso de descentralización implementado hasta entonces había exacerbado la fragmentación del sistema y debilitado la legitimidad del SUS como una institución nacional.

Paralelamente, el gobierno y el Congreso entraron en un arduo proceso de regulación del sector de seguros privados de salud, que cuenta con cabildos poderosos, bien organizados y fuertemente arraigados en la política sectorial.

Toda esa dinámica, conjuntamente con los cuellos de botella producidos por la situación económica, ha desafiado la implementación de la reforma como estaba planeada en sus inicios.

En lo que concierne específicamente a las actividades sociales y de salud, la propuesta de reforma administrativa propondría la separación de las funciones de financiamiento y ejecución. Es en esa perspectiva que se formularon las *Organizaciones Sociales* (OS), modelo jurídico de organizaciones públicas no estatales, entidades de derecho privado, constituidas bajo la forma de fundación o sociedad civil sin fines lucrativos, a las cuales se atribuiría la prestación de servicios sociales de naturaleza pública, con autonomía financiera y administrativa y nuevos instrumentos de control y evaluación de desempeño (Almeida, 1999). La relación OS y Estado sería regulada por compromisos mutuos, definidos en contratos (Organizaciones Sociales, Anteproyecto de Ley, Brasilia, abril de 1996; Bresser Pereira, 1998:29-30)

En lo que se refiere al sector salud, partiendo del presupuesto de escasez de recursos, al mismo tiempo que se reiteraban los principios básicos del SUS, se propondría una reforma administrativa dirigida al sistema de atención médico-hospitalaria, aparentemente desconectada del proceso de implementación del SUS, enfrentando un gran debate y oposición sectorial (Almeida, 2000).¹⁴

¹⁴ El MARE fue disuelto en enero de 1998, durante el segundo mandato del presidente Cardoso, y si bien la reforma administrativa del Estado no prosperó, permanecieron algunas ideas y propuestas que fueron implementadas de forma dispersa en el sistema de salud, como las OS.

Así, en esa coyuntura crítica, la NOB 1996 (NOB/SUS 01/1996) fue un punto de inflexión importante en la reforma sectorial. Intensamente discutida, tanto en el ámbito del aparato del Estado, principalmente a nivel federal, con la participación del MARE, como en los Consejos y Comisiones institucionalizadas en la arena decisoria del SUS, hace explícita la reversión de la orientación municipalista hasta entonces privilegiada, retomando el fortalecimiento del papel de los estados en la coordinación y conducción de los sistemas estatales de salud, que incluyen los sistemas municipales. Además, privilegia una determinada organización del sistema, centrada en la atención básica y en los programas especiales. La reforma de la asignación de recursos financieros fue el principal instrumento inductor de la NOB 96, con la institucionalización del PAB –Piso Asistencial Básico– para la atención básica, y de incentivos financieros específicos para los programas de Salud de la Familia (PSF) y de Agente Comunitario de Salud (PACs), estos dos últimos dirigidos especialmente a las poblaciones más carenciadas.

Su objetivo central era promover y consolidar el pleno ejercicio, por parte del poder público municipal, de la función de gestor en atención de la salud, con la respectiva redefinición de las responsabilidades y de las relaciones entre los niveles gubernamentales, procurando recuperar el papel del nivel estadual como coordinador del sistema y utilizando como principal instrumento integrador la Programación Pactada Integrada (PPI). La innovación principal fue privilegiar la atención básica y explicitar la propuesta de reorganización del modelo asistencial a partir de ella; reducir a dos las etapas de habilitación en el nivel municipal –Gestión Plena de Atención Básica (GPAB) y Gestión Plena del Sistema (GPS)– y así descentralizar en el corto plazo la gran mayoría de los municipios brasileños; institucionalizar el Piso Asistencial Básico (PAB), priorizando ese nivel de atención, tanto con recursos fijos específicos *per cápita* como con incentivos financieros variables para programas y acciones especiales, tales como el Programa de Salud de la Familia (PSF) y el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS); implementar la transferencia automática de los recursos financieros fondo a fondo, con la reducción progresiva de la remuneración por los servicios producidos; reorganizar la gestión de los procedimientos de mediana y alta complejidad ambulatoria y mantener los foros permanentes de negociación y convenios entre gestores.

Por lo tanto, a partir de la NOB 96, el PAB –fijo y variable– es el recurso financiero que se transfiere a los municipios habilitados para la prestación de asistencia básica ambulatoria,¹⁵ aunque también se privilegian los programas

¹⁵ El PAB tiene dos componentes; uno es fijo y consiste en la transferencia de una suma *per cápita*, nacional y única para la población cubierta, que no puede ser inferior a R\$10,00/*per cápita*/año, de forma regular y automática, fondo a fondo. Se estableció un paquete asistencial que debería ser cubierto

especiales incentivados para este nivel de atención (PACS y PSF). Y se crearon sub-techos para mediana y alta complejidad, internación hospitalaria, campañas específicas, además de mantenerse algunos de los mecanismos de convenio en ciertas áreas (saneamiento básico, control de endemias, inversiones para SIDA, etc.). Para Barros (2001:309), esta fragmentación “creó rigidez en la asignación de los recursos en los niveles municipal y estadual, y redujo significativamente la capacidad decisoria de los gestores subnacionales”. Según esta autora, este proceso estaría indicando una “recentralización del proceso decisorio”, que se expresaba también en los innumerables condicionantes para el acceso a los recursos y la aprobación de la habilitación en las diferentes etapas de la descentralización.

La implementación de la NOB 96 comenzó en febrero de 1998, luego de un prolongado proceso de discusiones y negociación sobre el valor del piso básico *per cápita*, la flexibilización de las condiciones de gestión y el modelo asistencial a ser privilegiado, además de las diversas resoluciones ministeriales de reglamentación complementaria de la NOB/96.

El proceso acelerado de habilitación de los municipios en su nueva condición de gestor de la asistencia básica se desencadenó luego del cambio de la conducción ministerial en 1998.¹⁶ En octubre de 1998, menos de un año después del comienzo de este proceso, el 90,85% de los municipios estaba habilitado en una de las dos condiciones, de los cuales el 82,69% se encontraba habilitado para la gestión plena de la atención básica, principalmente en las regiones Centro-Oeste, Sur y Sudeste (Ministerio de Salud, 1996 y 1998). En febrero de 2004, la gran mayoría de los municipios brasileños se encontraba descentralizada (99,7%): el 88,7% estaba habilitado para la gestión plena de la atención básica y el 11% para la Gestión Plena del Sistema Municipal. El Sur y Centro-Oeste contaban con casi el 100% de sus municipios habilitados, seguido del Nordeste, con el 99,9%, y el Sudeste, con el 99,6%. El Norte era la región con porcentajes más bajos (99,6%) (Cuadro 2).

mediante este financiamiento. La CIT propone el nomenclador de procedimientos que cubre el PAB y la suma *per cápita* nacional única, y ambos son votados por el CNS. Esta suma se reajusta tomando como base, como mínimo, el aumento promedio de la tabla del SIA/SUS. El componente variable consiste en incentivos financieros específicos para estimular la implantación de *algunas acciones especiales*, tales como el PACS (se destina una suma por año, por agente); el PSF (se establece una transferencia de una cifra máxima por año por equipo instalado); la Asistencia Farmacéutica Básica; el Programa de Lucha contra las Carencias Nutricionales (cifra por niño de entre 6 y 23 meses en situación de riesgo nutricional: los niños deberían recibir una cantidad establecida de alimentos básicos); las acciones básicas de vigilancia sanitaria y de vigilancia epidemiológica y ambiental.

¹⁶ José Serra fue nombrado Ministro de la Salud en 1997 y fue el primer economista que asumió ese cargo desde la creación del Ministerio de la Salud.

Cuadro 2 – Porcentaje de municipios habilitados, por grandes regiones, de acuerdo con las diferentes etapas de autonomía de gestión (NOB 96 y NOAS 2002), Brasil, febrero 2004

Autonomía de Gestión Regiones	Número total de municipios			Modalidades de autonomía de gestión (NOB 96/NOAS 2002)					
	Exis- tentes (*)	Habi- litados	Cober- tura Total	GPSM(1)		PAB(2)		PAB-A(3)	
				Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	450	445	98.9	76	16.9	336	74.7	33	7.3
Nordeste	1.834	1.833	99.9	191	10.4	1318	71.8	324	17.7
Sudeste	1.818	1.809	99.6	282	15.5	1034	57.0	493	27.1
Sur	1.205	1.205	100.0	46	3.8	530	44.0	629	52.2
Centro-Oeste	463	463	100.0	37	8.0	388	83.8	38	8.2
BRASIL	5.770	5.755	99.7	632	11.0	3606	62.4	1517	26.3

Fuente: Ministerio de Salud/Secretaría de Atención Básica – Depto. de Descentralización de la Gestión de la Asistencia.

(*) El número total de municipios varía según la fuente de los datos, sobre todo por la permanente creación de nuevos municipios.

(1) Gestión Plena del Sistema Municipal; (2) Gestión Plena de la Atención Básica y (3) Gestión Plena de la Atención Básica Ampliada.

Obs.: 15 municipios no estaban habilitados en ninguna gestión: AC: 3; AP: 2; MA: 1; MG: 7 y SP: 2.

Con relación a los Estados, el proceso de habilitación de la NOB 96 fue más bien lento e irregular. En diciembre de 2001, 12 estados, del total de 27 (44,5%), se encontraban habilitados en alguna condición de gestión, 7 de ellos en Gestión Avanzada del Sistema Estadual (GASE) y 5 en Gestión Plena del Sistema Estadual.

En cuanto al PAB total (fijo y variable), representaba alrededor del 12% del total de los recursos presupuestarios federales estimados para el 2000 (aprobados pero no necesariamente ejecutados), de los cuales el monto fijo absorbía el 72,5%. En lo que respecta al segmento variable, de incentivos financieros, su implementación fue acompañada de una serie de reglamentaciones ministeriales que fortalecieron el carácter focalizador de la propuesta, pues privilegiaron el número de equipos implementados, en el caso del PSF, y el número de agentes comunitarios, en el caso del PACS, y no el aumento de la cobertura, como se preveía inicialmente en la NOB 96. En otras palabras, no siempre el aumento de la capacidad instalada (para el caso, equipos y agentes) da como resultado el aumento de la cobertura, ni tampoco se garantiza la integridad de la atención, ya

que los incentivos no privilegian ni están orientados a promover la articulación entre los niveles de atención.

Como resultado de esta estrategia, se observa una expansión real de la implementación de ambos programas (PACS y PSF).

Finalmente, la NOAS/2001 se formuló a partir del reconocimiento de los avances logrados mediante el proceso de descentralización con la implementación de las NOB anteriores, así como los “problemas u obstáculos” que surgieron en dicho proceso. Entre estos últimos se reitera que el acuerdo federativo institucionalizado en la Constitución de 1988 confiere una peculiar complejidad a la estructura político-administrativa de los tres niveles de gobierno, toda vez que son autónomos y no tienen vinculación jerárquica entre sí, lo que dificultaría la construcción de un *sistema funcional de salud*. Se reconoce la gran heterogeneidad de los estados y municipios, así como también el hecho de que buena parte de los últimos carecen de la posibilidad de gerenciar en su territorio un sistema integral de salud. Para superar esta dificultad, se propone la regionalización, mediante la organización de sistemas de salud “funcionales” con todos los niveles de atención, no necesariamente confinados a los respectivos territorios, bajo la coordinación de las Secretarías Estaduales de Salud. Se concibe al proceso de regionalización como una estrategia de jerarquización de los servicios de salud y de búsqueda de una mayor equidad. Para aumentar la cobertura de la atención básica se instituye en los municipios una nueva etapa de autonomía gerencial, la de *Gestión Plena de Atención Básica Ampliada* (GPABA), que define *áreas de actuación estratégicas mínimas* detalladas según el tipo de actividad, que agregan procedimientos y acciones al paquete anterior definido por el PAB. Para el financiamiento de este nomenclador de procedimientos de la *Atención Básica Ampliada*, se instituye el *PAB Ampliado*, cuyo valor actual ronda entre los R\$12,00 y 18,00 por habitante.

La NOAS claramente fomenta un mayor protagonismo del nivel estadual en la coordinación de los respectivos sistemas municipales y establece mecanismos de articulación entre esos dos niveles, pero refuerza el carácter centralizador de la intervención federal, pues la aprobación de los estados y municipios para las diferentes etapas de gestión es realizada por el Ministerio de Salud. Y está prevista también la inhabilitación de los municipios y estados por incumplimiento de algunas de las atribuciones definidas en la norma; la responsabilidad de la inhabilitación corresponde a la CIB, con homologación de la CIT. La forma de funcionamiento de la regionalización no es muy clara en la resolución ministerial que aprueba la norma, y el proceso de su implementación ha sido lento.

Aparentemente, la forma en que fueron redefinidas en la NOAS 2001 las funciones de las esferas de gobierno fragmentó aún más el sistema de acuerdo con niveles de complejidad tecnológica de la asistencia, “quitando al gestor

municipal el poder de decisión sobre determinadas áreas del sistema, favoreciendo la especialización de las instancias de gobierno (...) y reservando al Ministerio de Salud elementos clave del proceso decisorio” (por ej., la definición del financiamiento de alta complejidad) (Barros, 2001:309-310). Se abandona así el papel noble del nivel federal en el ámbito nacional: la regulación de la incorporación tecnológica de alta complejidad, que promueva la inversión en la red pública de manera de superar la inequitativa distribución de la oferta de servicios en el territorio nacional y el perverso *mix* público privado, puesta de manifiesto por la dependencia del sector público de los servicios privados y por la gran concentración de los equipamientos en las regiones más ricas.

En síntesis, existen actualmente cuatro grandes flujos de recursos (*per cápita*, incentivos a programas especiales, pagos de internaciones y pagos por procedimientos y prestaciones), subdivididos en varios tipos de transferencias financieras.

Tabla 2 – Trasferencias del Ministerio de Salud a las secretarías estaduais de salud y a las secretarías municipales de Salud^(*)

<p>Transferencias globales de recursos calculadas en base a un valor <i>per cápita</i> e incentivos para implementación de programas específicos:</p> <p>1. Piso de Atención Básica (PAB): una parte fija (calculada en base a un valor <i>per cápita</i> multiplicado por tamaño de la población); y una parte variable, destinada al estímulo financiero para implementación de programas especiales (PACS y PSF), PCCN, Acciones Básicas de Vigilancia de la Salud, Epidemiológica y Ambiental.</p>
<p>Transferencias globales de recursos para mediana y alta complejidad (pagos por procedimientos):</p> <p>2. Recursos para procedimientos ambulatorios de alto y mediano costo/complejidad: FAE (<i>Fracción Asistencial Especializada</i>), destinada al financiamiento de procedimientos de mediana complejidad, medicamentos e insumos especiales, órtesis y prótesis ambulatorias; APAC, relativa al financiamiento de procedimientos de alto costo o alta complejidad (pagos por procedimiento).</p> <p>3. Recursos del FAEC (Fondo de Acciones Estratégicas y de Compensación).</p>
<p>Transferencias de recursos para internaciones:</p> <p>4. Recursos para internaciones (pagos por procedimientos –AIH– combinados con factores de compensación a unidades que actúan con costos hospitalarios diferenciados: FIDEPS – Factor de Incentivo al Desarrollo de Enseñanza y Investigación (destinado a hospitales de enseñanza y investigación); e IVHE (Índice de Valorización Hospitalaria de Emergencia).</p>

(*) Ese sistema, instituido con la NOB-96, continúa funcionando hasta hoy.

Esa diversidad de formas de transferencias de recursos tiene varios problemas, que pueden ser sintetizados de la siguiente manera:

1. Pulverización de los recursos, proliferación de cuentas y exceso de normalización (exigencias y criterios a cumplir).
2. Disminución del grado de autonomía de los gestores locales: en 2004, 101 vinculaciones del gasto (“sellos”) en la mediana y alta complejidad, acciones estratégicas y PAB variable.
3. Baja eficiencia del gasto público.
4. Falta de apoyo del nivel federal al desarrollo de capacidad de implementación en los niveles locales (carácter centralizador de la descentralización).
5. Heterogeneidad y fragmentación.

Asimismo, hay un importante cambio en los porcentajes de recursos transferidos para distintas actividades, con aumento de recursos para atención básica y acciones estratégicas, pero la alta y mediana complejidad todavía consume mayor cantidad de recursos (Cuadro 3).

Cuadro 3 – Transferencias del Ministerio de Salud a las secretarías estaduais y municipales de Salud, Brasil, 1997-2004

(%)

Año	Pago por servicios producidos	Alta y mediana complejidad	Atención Básica	Acciones Estratégicas
1997	71,3	28,7	-	-
2000	39,9	36,4	24,6	-
2004	2,3	59,6	27,5	10,1

Fuente: DATASUS.

Por otro lado, la cuestión de la regionalización está en debate y se han puesto en marcha algunas experiencias en algunos estados y municipios: la “Programación Pactada Integrada” (PPI) es un instrumento que, a pesar de no ser totalmente cumplido en algunos estados y municipios, está haciendo posible entablar un diálogo más fluido entre los niveles estaduais y municipales para armonizar la oferta y atender necesidades, y el “Pacto por la Salud” es un nuevo instrumento exigido para la adhesión de los municipios y estados al “Acta de Compromiso de Gestión”, que substituye actualmente las formas de calificación anteriores de descentralización y establece metas y objetivos a ser alcanzados y renovados anualmente, tales como:

- Conjunto de medidas para mejorar la gestión e integración entre esferas de gobierno y responsabilizar al gestor por la atención de las necesidades de salud de la población.
- Cambio de las formas de transferencia de recursos federales a estados y municipios que deben ser integradas en áreas prioritarias de financiamiento: atención básica, mediana y alta complejidad.

Dirección y coordinación del SUS

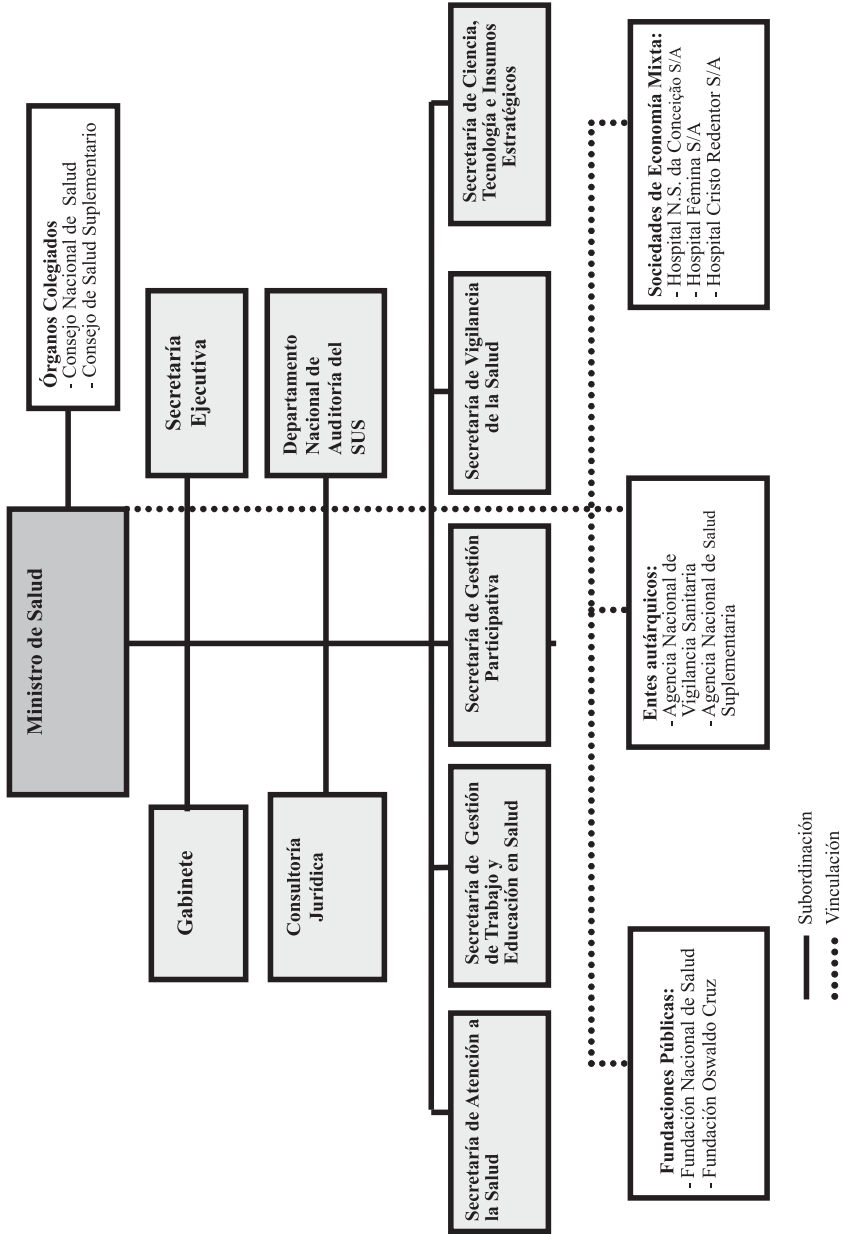
El Ministerio de Salud es el gestor nacional del SUS y, mediante la articulación con los demás organismos gestores (CNS y CIT), tiene la función de establecer directivas y metas nacionales; participar en el financiamiento; coordinar, evaluar y realizar el seguimiento del funcionamiento del sistema y establecer estándares técnicos de asistencia a la salud; coordinar áreas específicas (producción de insumos, medicamentos etc.); coordinar los sistemas nacionales de vigilancia sanitaria y epidemiológica y de información; regular el sector privado y participar en la formulación de las políticas de áreas afines (tales como saneamiento y medio ambiente, nutrición, asistencia social, etc.). Integra asimismo otros de los varios consejos nacionales que supervisan las acciones intersectoriales. Las acciones y los programas intersectoriales son implementados por las tres esferas de gobierno mediante contratos y convenios.

En el inicio del nuevo gobierno (2003), se redefinió la estructura del Ministerio de Salud. Se disolvieron las tres secretarías anteriores y se crearon cinco nuevas (ver Organigrama, Figura 1). Se destaca, entre ellas, la creación de la Secretaría de Ciencia y Tecnología, destinada a coordinar el área de investigaciones en temas de salud, que trabaja en articulación con las demás áreas de ciencia y tecnología a nivel federal, lo cual representó una iniciativa inédita y una inflexión importante para la investigación y el desarrollo tecnológico en salud.

La elaboración de una Agenda de Investigación en Salud, a partir de un amplio proceso de discusión y consulta pública, y la realización de la II Conferencia Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud son fruto del trabajo que está llevando a cabo esa secretaría. Se registra asimismo un aumento importante de la financiación para investigaciones esenciales para el desarrollo del SUS.

Otra innovación, anterior a esta reestructuración, y que merece ser mencionada, es la creación de las agencias reguladoras. En términos generales, estas agencias son instituciones responsables de la regulación de áreas específicas, vinculadas al Ministerio de Salud, pero con un cierto grado de autonomía e independencia. Están presididas por profesionales propuestos por el Ministro

Figura 1 – Organigrama del Ministerio de Salud, 2003



de Salud y nombrados por el Presidente de la República, con mandato de cinco años. La inspiración de la creación de las agencias es el modelo de separación entre la financiación y la provisión de servicios, con la delegación de funciones reguladoras a agencias independientes, encargadas de supervisar a los prestadores de servicios y de manejar las cuestiones externas vinculadas a los mercados de salud.

La primera agencia creada en el área de salud fue la de vigilancia sanitaria (*Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria*—ANVS), en 1999, encargada de las acciones de control y vigilancia en salud; a la que le siguió la creación, en 2000, de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), responsable de la supervisión y regulación de los seguros y planes de salud privados.¹⁷

Este modelo no es original, pero adquiere características particulares en el proceso de reforma sectorial brasileño, en primer lugar, porque el Estado no tiene ni tradición ni gran experiencia regulatoria y, en segundo lugar, porque no es clara la articulación entre esas organizaciones y las instituciones del SUS en los diversos niveles de gobierno, que históricamente desempeñaron actividades similares. A pesar del aprendizaje efectivo que se ha acumulado con el funcionamiento de estas agencias, se detecta un riesgo de fragmentación en la coordinación y conducción de la política nacional de salud, lo que por veces ocasiona tensiones con el Ministerio de Salud.

El proceso de decisión: la institucionalización de la arena de decisión y el control social

En la dinámica de implementación del SUS, cabe un papel central a la estructura de decisión formal y de gestión institucionalizada con la reforma del sistema: las Comisiones Intergestores y los Consejos de Salud (nacional, estatales y municipales), que actúan articulados con el aparato del Estado. Concebidos desde una perspectiva democratizadora, estos foros constituyen el *locus* privilegiado donde los representantes de los diversos intereses sectoriales expresan su voz y voto.

Para la ejecución de las responsabilidades sanitarias descentralizadas, se estructuró la gestión del sistema a través de la redefinición de las funciones, tanto de los organismos ejecutivos tradicionales como de los colegiados. Las respectivas composiciones y funciones de cada uno de esos foros se señalan en el Cuadro 3.

¹⁷ Se está analizado desde hace algunos años la creación de otras dos agencias (la de vigilancia epidemiológica y la de ciencia y tecnología en salud), pero el actual gobierno no parece ser muy favorable al modelo de las agencias reguladoras.

Tabla 3 – Participación y control social: instancias decisorias colegiadas (1)

Foro	Característica/Composición	Nivel/Función
Foros de Control y Participación Social		
Conferencias de Salud (Ley 8142/1990)	Es convocada por el Poder Ejecutivo o por el Consejo de Salud cada cuatro años, con la representación de varios segmentos sociales. Los delegados son elegidos en cada estado, que define los criterios para tal representación.	De carácter consultivo , tiene por función la evaluación de la situación de salud y el establecimiento de directrices para la formulación de la política de salud en los niveles correspondientes.
Consejo Nacional de Salud (CNS) (Ley 8142/1990, Decreto N. 99438)	Es un órgano colegiado , presidido por el Ministro de Salud, y compuesto por representantes del gobierno, prestadores de servicio, profesionales de salud y usuarios. Composición paritaria.	Es un órgano permanente y deliberativo , a nivel nacional , en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la Política Nacional de Salud.
Consejos Estatales de Salud (CES) (Ley 8142/1990, Resolución de cada estado)	Son órganos colegiados integrantes de la estructura básica de la Secretaría Estatal de Salud, Composición paritaria : 50% usuarios, 25% trabajadores de la salud y 25% de prestadores de servicio público y privado	Es la instancia permanente que tiene poder deliberativo a nivel estatal . Fiscaliza y concluye las cuestiones establecidas por la Comisión de Intergestores Bipartita.
Representaciones de los Secretarios de Salud Estatales y Municipales		
Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud (CONASS) (Constituido en 1980)	Entidad que reúne y representa a los secretarios estatales de salud.	Junto con el CONASEMS tiene un puesto garantizado en la Comisión de Intergestores Tripartita y en el Consejo Nacional de Salud.
Consejo de Secretarios Municipales de Salud (COSEMS) (Constituido en 1988)	Entidad que reúne y representa el conjunto de los secretarios municipales del Estado.	Participa como miembro de la CIB y del CES y mantiene representantes en todas las instancias y eventos relacionados con la política de salud.
Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS) (Constituido en 1988)	Es una organización no gubernamental que representa potencialmente a todos los secretarios municipales de salud del país, posee una dirección ejecutiva y vicepresidencias regionales. Es miembro permanente de la CIT y del CNS.	Es una entidad que actúa como articuladora de los Secretarios Municipales de Salud, formula y difunde propuestas y estrategias, presta consultorías, realiza estudios, hace contactos nacionales e internacionales, sobre los asuntos que se refieren a la política de salud.

Comisiones de Intergestores de Salud		
Comisión de Intergestores Tripartita (CIT) (NOB 01/1993) (Existe desde 1991)	Es un órgano colegiado , que integra el poder ejecutivo en el ámbito federal , se somete al poder deliberativo del CNS y es compuesto paritariamente por representantes del Ministerio de Salud, del CONASS y del CONASEMS.	Es el principal foro de negociación de las cuestiones relativas a la formulación de la política de salud , tiene por función asistir al Ministerio de Salud en la elaboración de propuestas para la implantación del SUS, es también foro de negociación para cuestiones no resueltas en las CIB y CES.
Comisión de Intergestores Bipartita (CIB) (NOB 01/1993)	Es un órgano colegiado , que integra el poder ejecutivo en el ámbito estadual , y está constituida paritariamente por representantes de la Secretaría Estatal de Salud y de las Secretarías Municipales de Salud, indicados por el COSEMS, incluyendo obligatoriamente al Secretario de Salud de la capital.	Es el foro de negociación de los Consejos Municipales de Salud, sometiéndose al poder deliberativo y fiscalizador del CES.

Fuente: Ministerio de Salud, Normas Operacionales Básicas; COSEMS (1997). En: Almeida *et al.*, 2003 (mimeo) (Cuadro 3).

Cabe recordar que los secretarios estaduais y municipales de Salud ya habían creado sus organismos representativos, como colegiados nacionales, en los años ochenta (el CONASS, en 1982 y el CONASEMS, en 1988) y que la CIT ya existía y actuaba en un nivel central desde 1991, cuando se creó una Comisión Técnica en el Ministerio de Salud (Resolución del Ministerio de Salud N° 2156, de noviembre de 1991), con la participación de representantes del INAMPS, CONASS y CONASEMS, con el objeto de “discutir y elaborar propuestas para la implantación y el funcionamiento del Sistema Único de Salud”. En abril de 1992, el Ministro de Salud designó a los nuevos representantes de la Comisión Técnica, y entre sus propósitos se incluyó el gerenciamiento y la financiación del SUS. No obstante, la institucionalización definitiva se registró con la NOB 1993, momento en que pasó a denominarse Comisión Intergestores Tripartita (CIT); a partir de entonces, el foro se amplió, pasando a contar con la presencia de muchos otros participantes, además de los representantes formales de los tres niveles de gobierno, y adquirió la condición de organismo integrante del proceso decisorio.

La CIT está constituida igualmente por representantes del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Secretarios Estaduales de Salud (CONASS) y del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS) y

actúa en el nivel federal; y la CIB, por representantes del gobierno estadual y del CONASEMS, y actúa en el nivel estadual.

En cuanto a la competencia de los Consejos de Salud, en las tres esferas de gobierno abarca un amplio espectro de actividades, y sus decisiones tienen carácter resolutorio. Sin embargo, estas competencias legales son ejercidas de modo parcial únicamente y no corresponden a un poder real. Su composición, en general, no refleja el cuadro de reparto del poder político y la influencia social prevaleciente en los distintos segmentos sociales, sea en el aparato del Estado, sea en la sociedad civil, y resultan favorecidos los sectores con mayor acceso al poder. Con una composición que representa a los usuarios en un pie de igualdad, prevalecen los segmentos que no disponen de canales propios de acceso a la burocracia, y el peso de las entidades populares en general es mayor que el de las empresariales (Carvalho, 1995). En otras palabras, la representatividad es más política que social o técnica.

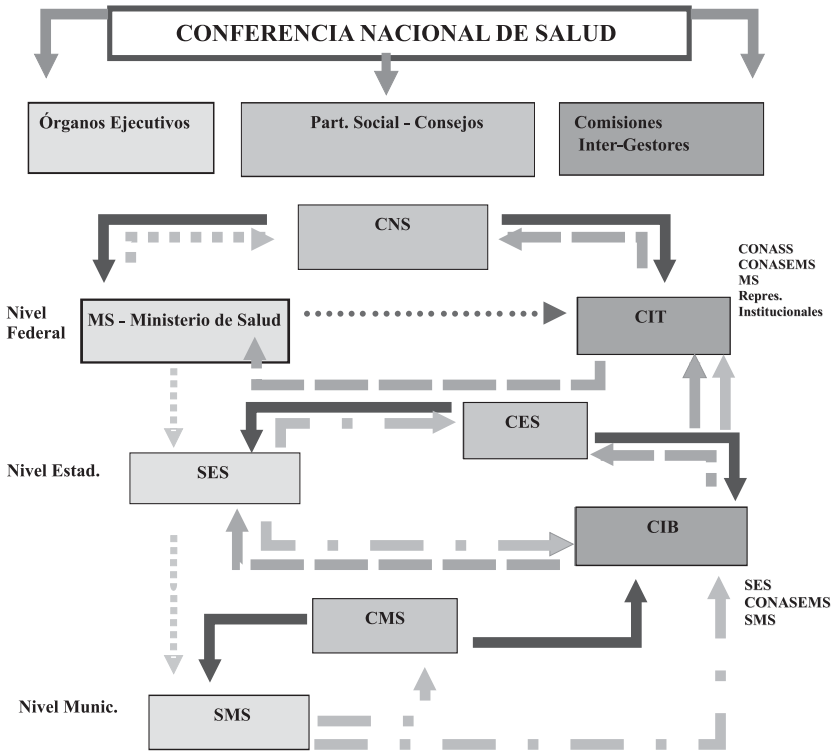
Desde la celebración de la 8ª CNS (en 1986), se recuperaron en el proceso de reforma las Conferencias Nacionales de Salud (CNS) como foros legítimos para la discusión y propuesta de directivas sobre la política nacional de salud, con amplia participación de representantes de la sociedad civil organizada; las Conferencias se realizan cada cuatro años y tienen carácter consultivo.

La Figura 2 muestra un esquema de los flujos del proceso de decisión. Puede decirse que esta nueva estructura organizacional, en la que se entrecruzan las líneas de poder, ha exacerbado los conflictos y puesto de manifiesto más claramente los diferentes “proyectos” de distintos actores que buscan institucionalizar sus demandas.

Para explicarlo mejor, esta dinámica de decisión ha trasladado los movimientos de participación y expresión del área sectorial hacia las Comisiones Intergestores (en el nivel federal y estadual), eminentemente tecnoburocráticas, lo cual se traduce en resoluciones que no están exentas de contradicciones, desacuerdos o superposiciones. La CIT cumple una función arbitral en las complicadas negociaciones relativas a la descentralización política, administrativa y financiera del SUS, sea en el nivel federal, estadual o municipal, dado que reúne, en el nivel federal, a los principales gestores de la arena sectorial y es el foro de decisión para cualquier dificultad que no pueda ser resuelta en el nivel subnacional. Si bien hace posible la articulación y el fortalecimiento del debate sobre la operacionalización de la reforma, esta institucionalización rescata, en cierta medida, el poder de la tecnoburocracia sectorial, llevando a ese foro privilegiado de negociación entre gestores los conflictos inherentes a las relaciones entre los diversos niveles de gobierno.

Aparentemente, el proceso decisorio así estructurado tiende a favorecer a aquellos actores que históricamente ya detentaban mayor poder de negociación,

Figura 2 – Proceso de toma de decisión – SUS



Fuente: Elaboración propia, Almeida, Octubre 2002. Referencias: MS – Ministerio de Salud; SES – Secretaría Estadual de Salud; SMS – Secretaría Municipal de Salud; CNS – Consejo Nacional de Salud; CES – Consejo Estadual de Salud; CMS – Consejo Municipal de Salud; Comissão Intergestores Tripartita; CIB – Comissão Intergestores Bipartita; CONASS – Conselho Nacional de Secretarios de Salud; CONASEMS – Cons. Nac. de Secretarios Estaduales de Salud; CONSEMS – Cons. Nac. de Secretarios Municipales de Salud.

o que van de un cargo a otro, permaneciendo siempre en la esfera del poder, muchas veces en distintos niveles del gobierno.

Esto remite a la vieja discusión sobre los mecanismos más adecuados para el ejercicio de la democracia participativa, además de suscitar una reflexión sobre la funcionalidad y pertinencia de estos arreglos institucionales.

La estructuración de las diferentes etapas de habilitación de la gestión descentralizada, las innumerables condicionalidades y reglas para las transferencias, las dificultades originadas en la insuficiencia de recursos que presenta la financiación a nivel nacional, han sido el núcleo de los debates en estos foros decisorios, cuyos límites son definidos por el ejecutivo, postergando la discusión de mecanismos más efectivos para el alcance de mayor equidad sectorial. En otras palabras, los arreglos institucionales modelan los canales de participación y control social y condicionan los términos del debate político.

Sin duda alguna, no obstante, la mayor politización de las discusiones sobre la implementación del SUS, la complejización de las negociaciones y la obligatoriedad de someter a debate diferentes “proyectos” y perspectivas en la implementación de la reforma constituyen una ganancia *per se*. Por otro lado, muchas veces se legitiman por esta vía las políticas propuestas por el gobierno.

La evolución de la red de servicios de salud: cobertura y utilización

En términos generales, con la implementación del SUS se observa un aumento de la oferta de servicios de salud en el país, principalmente en las regiones más carentes. Pero todavía hay mucho que mejorar.

La atención básica

Como se mencionó anteriormente, en la última década la atención básica mereció especial atención en Brasil debido a diversos factores, entre ellos la necesidad de ampliar la cobertura y poner a disposición de la población servicios básicos más accesibles, equitativos y de mejor calidad. Para responder a este desafío, el Ministerio de Salud ha recurrido a diversas estrategias, como el establecimiento de la transferencia de recursos *per cápita* a partir de la NOB 96 (el PAB), como parte del proceso de descentralización y, principalmente, dando prioridad a los programas especiales e innovadores, tales como el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), desde 1991, y el Programa de Salud de la Familia (PSF), concebidos desde 1994 con el propósito de promover un cambio del modelo asistencial en el Sistema Único de Salud (SUS).

El PAC tiene sus antecedentes en el final de la década de los 1980, con las experiencias de utilización de Agentes Comunitarios de Salud en la provincia de Ceará (1987), como parte del programa de emergencia de combate a la sequía y reducción de la mortalidad infantil.

El PSF, en particular, se considera, junto con el PAB, la estrategia prioritaria del gobierno para la reestructuración no sólo de la atención básica, sino también del modelo asistencial. Implantado inicialmente en 1994 como un programa vertical, con selectividad en los servicios ofertados y volcado hacia la extensión de cobertura asistencial para poblaciones en situación de más riesgo, gradualmente ganó importancia en la política nacional de salud, y desde 1998 es la estrategia estructurante de los sistemas municipales de salud, apuntando a reorientar el modelo asistencial y la organización de los servicios y acciones sectoriales.

Entre las características innovadoras del programa se incluyen el énfasis en reorganizar los servicios de atención básica, centrándolos en la familia y la comunidad, según parámetros definidos para la atención primaria, e integrándolos a los otros niveles de atención. Así, el PSF tiene carácter substitutivo del modelo tradicional de atención primaria desarrollado en el país, históricamente basado en programas tradicionales de salud pública y atención a la demanda espontánea. Promueve la atención integral, el trabajo intersectorial (integrando proyectos sociales y sectores afines, volcados hacia la promoción de la salud), y la territorialización (adscripción de clientela y demanda estructurada); trabaja con equipos multiprofesionales (los equipos de salud de la familia–ESF) que tienen una responsabilidad y un vínculo con la comunidad (participación en la dinámica social de las familias asistidas y de la comunidad) y promueve la participación social (participación de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones del programa).

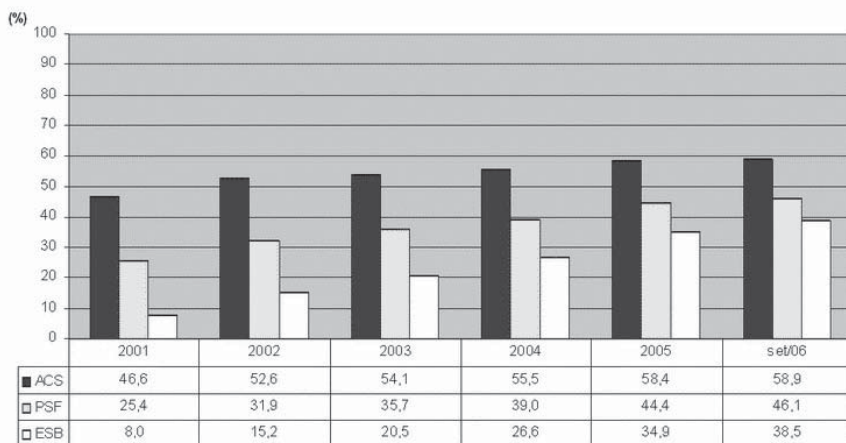
En el ámbito operacional, el PSF está estructurado en Unidades de Salud de la Familia (USF), que deben actuar como puerta de entrada preferencial al sistema local de salud y primer nivel de atención, con integración a la red de servicios más complejos. Se recomienda que cada equipo sea responsable por 600 a 1.000 familias (promedio de 3.000 personas). El ESF debe:

1. Conocer las familias en su territorio de adscripción.
2. Identificar los problemas de salud y las situaciones de riesgo existentes en la comunidad.
3. Elaborar programación de actividades para enfrentar los determinantes del proceso salud/enfermedad.
4. Desarrollar acciones educativas e intersectoriales relacionadas con los problemas de salud identificados.

5. Prestar asistencia integral a las familias de su responsabilidad en el ámbito de la atención básica.

En la última década el PAC y el PSF tuvieron un crecimiento considerable, sobre todo ese último.¹⁸ En diciembre de 2000, estos programas ya cubrían al 51,5% y el 22,5% de la población, respectivamente (Levcovitz, 2001:286); y en septiembre de 2006 esa cobertura alcanzaba 59,9 y 46,1%, respectivamente (MS/SIAB, 2006). La implementación de Equipos de Salud Bucal (ESB) empezó a crecer a partir de 2002 y en septiembre de 2006 la cobertura era de 38,5 (Gráficos 3 y 4).

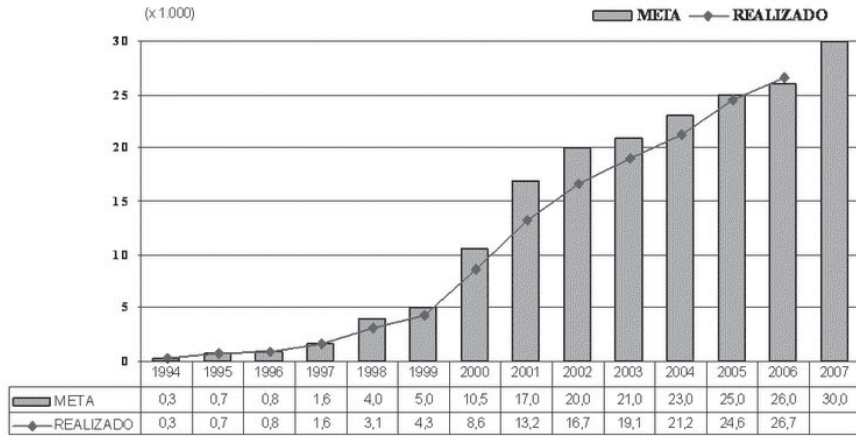
Gráfico 3 – Evolución de la cobertura poblacional (%) de ACS, PSF y ESB, Brasil - 2001 a septiembre 2006



Fuente: SIAB, gráficos disponibles en www.saude.gov.br; <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>

¹⁸ De 900 equipos en 900 municipios en 1996, el PSF pasó a contar con casi 5.000 equipos en 1.870 municipios en 1999, y 10.025 equipos en 3.059 municipios en 2000. En 2004 existían más de 19.943 equipos funcionando en 4.565 municipios, con más de 188.000 agentes comunitarios de salud trabajando en 5.175 municipios (Aguiar, 1998; MS, 2000 y 2004).

Gráfico 4 – Meta y evolución del número de equipos de salud de la familia implantados, Brasil, 1994 – Septiembre 2006



Fuente: SIAB, gráficos disponibles en www.saude.gov.br; <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>

Sin embargo, las regiones con mayores coberturas son el Norte y el Nordeste para el PACS (coberturas mayores de 80%), y el Nordeste y el Centro-Oeste para el PSF (entre 49,8 y 38,9%). Norte y Nordeste son las regiones más pobres y con menor oferta de servicios y, en general, con menor capacidad gerencial.

A pesar de ese importante avance, la atención básica todavía enfrenta problemas y desafíos. Entre ellos se destaca los que siguen.

En relación con el pretendido cambio del modelo asistencial a partir de la atención básica, la no uniformidad en la implementación del PSF en las distintas regiones ha sido un problema y la ampliación de cobertura a los municipios mayores y a los grandes centros urbanos todavía es una aspiración; en muchos casos, el PSF es un “programa vertical” que actúa paralelamente a la red de servicios de atención básica tradicional, promoviendo la superposición (y no integración) de redes asistenciales y, de hecho, funcionando de modo focalizado. Además, hay falta de inversión en los otros niveles de complejidad (atención especializada) y de mecanismos adecuados y efectivos de referencia y contra-referencia, dificultando la integración con los otros niveles de atención y la constitución de la atención básica como puerta de entrada preferencial en el sistema.

Por otro lado, el establecimiento de la “puerta de entrada” en el sistema, con prioridad para la atención básica, no es una práctica de fácil implementación en Brasil, sea porque históricamente el sistema no ha sido organizado de esa manera, sea por la generalizada creencia en las especialidades médicas y en los exámenes diagnósticos de punta, muy estimulada por los medios de comunicación de masas; o por la no valoración del clínico general en la misma formación médica y en el mercado de trabajo; o también por la poca resolutivez de la atención básica, demostrada por la experiencia histórica acumulada de implementación de programas verticales; así como por los mismos incentivos financieros fragmentados y que no priorizan la integralidad de la atención, además de los límites presupuestarios siempre presentes.

Una forma de superación de esos problemas sería promover la articulación y cooperación intermunicipal, sobre todo entre municipios de distintos tamaños y con redes de servicios complementarios, como garantía de atención integral en salud y cooperación con otros sectores. Sin embargo, la diversidad de los más de 5.560 municipios (la gran mayoría de pequeño porte), el déficit de oferta de servicios complejos y especializados se configura un obstáculo y un desafío formidable para establecer redes intermunicipales. Además, en términos generales, se constata una baja capacidad de gestión del nivel local y de regulación en el ámbito nacional, obviamente con excepciones, lo que complica aun más el problema.

Así mismo, la estrategia de fortalecimiento de la atención básica se ha demostrado efectiva para el desarrollo del SUS y continua como una prioridad de gobierno, en la perspectiva de avanzar para la superación de los desafíos mencionados. Para cumplir con ese objetivo en 2006 se ha institucionalizado la Política Nacional de Atención Básica.¹⁹

La red de servicios

En el periodo 1992-2002, o sea, desde el inicio de la implementación del SUS, hubo un progresivo aumento de la oferta de servicios de salud en el país, con crecimiento de la capacidad instalada del orden de 31,5% (Viacava y Bahia, 2002). Y en el periodo 2003-2005, ese crecimiento fue de 17,8% (5,6% al año) lo que favoreció de una manera general a las regiones menos dotadas (como la región Norte, cuyo crecimiento de la red de servicios fue superado apenas por el Distrito Federal) (IBGE, Pesquisa de Assistência Médico Sanitária-PAMS, 2005).

¹⁹ Resolución N° 648, del 28/03/2006, del Ministerio de Salud.

Del total de establecimientos de salud en actividad en 2005, 72% era ambulatorios (crecimiento de 19,2% entre 2003-2005); y 11% hospitalario (caída de 3,2%).

Entre los establecimientos sin internación, 75,6% es público y entre los que cuentan con internación, 65% es privado. Sin embargo, en todas las regiones los establecimientos sin internación tienen como principal fuente de financiamiento los recursos públicos, y para el país como un todo 64,8% de esas unidades está financiada exclusivamente por esa vía (en 1996 ese porcentaje era de 76%). Lo mismo ocurre con las Unidades Básicas de Salud y aquellas que tienen un solo consultorio médico, exclusivamente financiadas con recursos públicos.

La oferta de equipamientos en la red ambulatoria es escasa y la distribución es asimétrica por región, lo que es más deficiente en la región Norte; entretanto, los datos de 2005 demuestran aumentos de esa oferta en relación con 1999.

Además, el SUS es el principal financiador de las especialidades básicas (clínica médica, pediatría y ginecología) y de algunas especialidades con menor peso en la capacidad instalada (enfermedades transmisibles, atención a los enfermos de SIDA y portadores de HIV, neumología, psiquiatría y otras).

Hubo una disminución del 3,2% del número total de establecimientos hospitalarios entre 1992 y 2005. Se observa que esa reducción es mayor en el sub-sector privado, pues hubo aumento en el sub-sector público. Es decir, esa reducción de la participación del sector privado en el total de establecimientos con internación (de 71,5% en 1992 para 65% en 2005) indica una tendencia de reducción de la diferencia entre la oferta pública y la privada en el conjunto de los establecimientos con internación, derivada no sólo de la propia reducción del sector privado, sino relacionada también con un aumento de los establecimientos públicos, principalmente en las regiones Norte y Nordeste.

En el sub-sector público hubo un aumento de las internaciones y de la atención ambulatoria entre 1998-2003. La atención médica pagada directamente del bolsillo, inclusive la pagada por seguros privados de salud, aumentó en la atención ambulatoria, pero disminuyó en las prestaciones hospitalarias. Aumentaron también los co-pagos de la atención ambulatoria en los planes de seguros privados de salud, y disminuyeron los de la atención hospitalaria.

La cobertura de planes y seguros de salud privados se estimaba para 2004 en 24,6% de la población (43,2 millones). Estimaciones efectuadas a mediados de los noventa señalaban una cobertura de cerca de 28-30%, dependiendo de la fuente de datos. Esa cobertura varía mucho entre las regiones y es más significativa en la región Sudeste. Por otra parte, se constata que la mayor parte de los asegurados tienen planes de salud vinculados a la empresa donde trabajan y ese segmento está concentrado en la región Sudeste. La cobertura de seguros privados aumenta según el nivel de ingresos, siendo mucho más alta

en los grupos con ingresos superiores a cinco salarios mínimo, así como en las áreas urbanas. La primera ley que reglamenta el funcionamiento de los planes de salud privados es de 1998, y una parte importante de los planes contratados son anteriores a esta ley.²⁰

Hubo también un aumento de la oferta de cupos de trabajo médico, sobre todo en las áreas con mayor carencia. La proporción de médicos por mil habitantes creció en todo el país, y en todas las regiones (aumento del 54% entre 1997-2001), pero persisten las desigualdades regionales y no se logró todavía implementar una política nacional de recursos humanos compatible con el desarrollo del sistema.

La Encuesta Poblacional de 2003 (*Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios*–PNAD, en portugués) evidenció que todavía existen importantes limitaciones en el acceso y utilización de los servicios de salud. Entretanto, mostró también que entre 1998 y 2003 hubo mejoras pronunciadas en varios de los indicadores de acceso analizados (IBGE, 2005).

Así, la proporción de personas con restricción de actividades por motivos de salud aumenta con la disminución de los niveles de ingreso. Asimismo, cerca de 29% declara ser portador de enfermedad crónica.

Entre los que buscaron atención, 98% fue atendido en el primer o en el último intento, y la mayor parte de esa búsqueda fue determinada por una enfermedad; 86% de los que fueron atendidos evaluó la atención recibida como muy buena.

Los principales motivos de falta de atención en el primer intento fueron falta de turnos (48,9%) y falta de profesional médico (25,5%); y los principales motivos de no haber procurado atención a pesar de la necesidad fueron falta de dinero para desplazamiento hasta el servicio (23,8%); larga distancia o falta de transporte (12,7%); horario incompatible de funcionamiento de los servicios (12,7%); y largas colas de espera (18,1%).

Entre 1998 y 2003, la proporción de personas con por lo menos una consulta médica en el año aumentó de 54,7% para 62,8%.

Los servicios de atención básica fueron responsables por 39,1% de las actividades asistenciales: 57,2% en los servicios públicos y 26% con participación integral o parcial de planes de salud. De los entrevistados, 79,3% (139,5 millones) declaró, en 2003, tener un servicio de uso regular, contra 71,2% en 1998. La utilización de postas o centros de salud creció entre 1998 y 2003 (de

²⁰ La Ley N° 9.656 (03/07/1998), que dispone sobre planes y seguros privados de salud, es el principal instrumento de regulación de la actuación de las personas jurídicas de derecho privado que operan planes o seguros privados de salud, atribución exclusiva de la Unión. Vale la pena recordar que hubo proyectos de ley para la regulación del subsector de seguros y planes privados de salud en trámite en el poder legislativo desde fines de los ochenta, sin que lograran sanción en más de una década.

41,8% para 52,4%) y es más alta entre los menores de 19 años, del sexo femenino y de bajos ingresos.

No obstante, se constata también importantes inequidades: aunque el aumento de la oferta y de la utilización se observa tanto en las áreas urbanas cuanto en las rurales, y en todas las clases de ingresos, el uso efectivo de los servicios continúa más alto entre residentes de las áreas urbanas, y el diferencial de uso entre las clases sociales extremas se mantuvo alto. Esas diferencias son todavía más marcadas en la atención odontológica, de implementación más reciente.

Los datos de ampliación de la oferta, así como los referentes al uso de servicios confirman en poco más de una década el resultado positivo de las estrategias que vienen siendo implementadas por el SUS, a pesar de la falta de recursos financieros y inestabilidad institucional, tanto en los años de la década de 1990 o en los 2000. Sin embargo, persisten muchos problemas.

En síntesis, la implementación del SUS se llevó a cabo de manera heterogénea y desigual en los distintos estados y municipios. Si bien los datos evidencian señales claras de mejoría en la cobertura de la atención en salud, ésta no siempre va acompañada de una mejoría en la calidad de la asistencia, pues las inversiones efectuadas son todavía insuficientes. Para explicarlo mejor, el *stress* fiscal provocado por el proceso de ajuste económico contribuyó, especialmente durante la década de 1990, al deterioro de los servicios públicos y a la disminución de la red privada de contratistas del Estado. En forma paralela, se observó la reestructuración de los mercados privados de servicios de salud y del *mix* público y privado, que se configura de forma distinta en los estados de la federación, así como a la expansión del sector de seguros privados que entretanto ya alcanzó su límite de crecimiento (Almeida, 1998; Bahia, 2001).

Asistencia farmacéutica

La reorganización de la atención farmacéutica en el SUS ha sido uno de los problemas que concitó mayor preocupación, ya que hasta los años ochenta Brasil estaba abocado a la construcción de una política nacional de medicamentos y al fortalecimiento de la red de laboratorios nacionales para la elaboración de medicamentos o de diagnósticos e insumos para el sistema de salud. Durante los años noventa, más específicamente durante los dos gobiernos de Cardoso, y sobre la base de las ideas de flexibilización y disminución del tamaño del Estado, esta red nacional fue desactivada sustancialmente o bien dejada de lado. Actualmente, el gasto en compras de medicamentos a las empresas privadas consume un segmento sustancial del presupuesto sectorial.

La actividad de asistencia farmacéutica incluye el incentivo financiero a los municipios habilitados para la parte variable del PAB para atención básica

(la *Farmacia Básica*); el apoyo a la producción, adquisición y distribución de medicamentos e insumos estratégicos; y la capacitación de laboratorios oficiales y públicos. Diversos programas incluyen en sus gastos la adquisición de medicamentos; en algunos, estas erogaciones dan cuenta de la mayor parte del gasto (como el Programa Prevención, Control y Asistencia a los Portadores de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA) y se garantizan los medicamentos utilizados durante las internaciones.

El Programa Nacional de Farmacia Básica fue instituido para posibilitar el acceso gratuito a alrededor de 40 medicamentos esenciales y, posteriormente, se convirtió en un incentivo financiero, con la transferencia de una suma *per cápita* para conformar un fondo de adquisiciones compartido entre las tres esferas de gobierno.

Para la gestión descentralizada de la asistencia farmacéutica se han elaborado las siguientes medidas: reglamentación de planes estadales, incentivo financiero para la organización de la asistencia farmacéutica en los estados, acuerdos sobre el nomenclador mínimo de medicamentos esenciales para atención básica, normalizado para todos los estados y dimensionamiento de la producción, creación del registro nacional de precios para la provisión y adquisición descentralizada. También se expandieron las acciones regulatorias y la producción de medicamentos genéricos.²¹

El Programa de Medicamentos Excepcionales garantiza el financiamiento para la compra de alrededor de 42 medicamentos en más de 80 presentaciones, de uso continuo, alto costo y consumo ambulatorio, que serán adquiridos y distribuidos por el Estado. La concesión del beneficio es regulada por las respectivas secretarías de salud (estadales y municipales) y muchos de los medicamentos que integran el nomenclador obedecen a protocolos clínicos que deben ser respetados por las prescripciones médicas.

No obstante, estos adelantos no fueron suficientes para suplir la demanda, y el gasto en medicamentos continúa siendo el principal índice de desembolso directo en el gasto de las familias, principalmente en los deciles más pobres.

En 2004, el Ministerio de Salud inició la implementación del Programa de Farmacia Popular para ampliar el acceso de la población a los medicamentos esenciales, mediante la oferta a precios subsidiados en Farmacias Populares, a bajo costo. En febrero de 2005 existían 31 farmacias instaladas, con alrededor de 91 medicamentos, especialmente los de uso continuo. Siguiendo la misma línea de política, en 2005 se autorizó la venta fraccionada de medicamentos.

También se adoptaron medidas de regulación del mercado de medicamentos, con el control de precios y la reglamentación de los medicamentos genéricos.

²¹ En 2004 existían en el país alrededor de 551 laboratorios y 15.000 productos farmacéuticos.

El Programa DST/SIDA

La “respuesta brasileña” a la epidemia de VIH/SIDA (el “modelo brasileño”, según se lo conoce mundialmente) se construyó en base a principios fundamentales, formulados a partir de la movilización de la sociedad civil y de la implementación de programas gubernamentales, sobre todo a partir de la nueva Constitución de 1988. Estos principios se centraron básicamente en la articulación entre derechos humanos y ciudadanía, con objetivos solidarios (Galvão, 1997; Parker, 2003; Paiva, 2003).

La rápida propagación de la epidemia VIH/SIDA en Brasil a fines de los setenta e inicio de los ochenta impuso desafíos prácticamente a todos los sectores de la sociedad y, en especial, al sector público en el nivel federal, que al principio se “resistía” a ubicarse frente al problema (Teixeira, 1997; Parker, 1994 y 1994a). La problemática exigía una respuesta urgente y estudios específicos.

La movilización de grupos de enfermos y personas vulnerables, la institucionalización de las organizaciones de la sociedad civil dedicadas específicamente al problema y el aumento de las ONG que trabajan con SIDA en los ochenta y noventa, lograron hacer público el debate sobre la cuestión y canalizar reivindicaciones para la intervención específica del Estado. Las demandas y la presión sobre el Estado condujeron a la formulación de programas estatales que, en 1985, sirvieron de modelo para el Programa Nacional de SIDA (1985) (Parker, 2003).

La idea de la solidaridad se utilizó como concepto político clave para transformar el discurso dominante de estigma, preconcepción y exclusión sobre las personas con HIV/SIDA en un discurso radicalmente diferente, basado en la solidaridad y la inclusión (Daniel y Parker, 1991 y 1993; Galvão, 1997a; Teixeira, 1997; Parker, 2003). Los descubrimientos sobre las dimensiones sociales y políticas de la epidemia de SIDA surgieron en las organizaciones de la sociedad y no en la academia, así como también las primeras respuestas o sugerencias de intervención (principalmente en la comunidad homosexual).

Asimismo, se estimuló a los portadores de la infección por VIH y de SIDA y a los grupos más vulnerables a salir de su aislamiento y procurar servicios de salud para el tratamiento, se afinó la vigilancia epidemiológica, se fortaleció la red de laboratorios y de distribución de medicamentos para, a continuación, lanzar el desafío de sostener esa política a largo plazo.

En síntesis, paulatinamente el Programa Nacional de SIDA cobró mayor aliento y obtuvo financiación efectiva, absorbiendo una cantidad importante de recursos, a pesar de las evaluaciones técnicas de que, sin duda alguna, existen cuestiones mucho más relevantes en términos de necesidades sanitarias de la población. Hoy se lo reconoce mundialmente como una estrategia exitosa y que proporciona atención a grupos pertenecientes a diferentes sectores sociales. Tal

vez represente uno de los pocos ejemplos de “universalización” de la atención para grupos específicos. “Los programas de SIDA son una excepción, pero demuestran que es posible tener una salud pública de mejor calidad” (Paiva, 2003:65). Por otra parte, en las regiones más pobres y municipios más lejanos la implementación del programa es mucho menos exitosa.

Política Nacional de Salud Indígena

La Política Nacional de Salud Indígena se formuló en la década de 1990 como parte de la reforma sanitaria y tuvo como marco la creación, en 1999, del Subsistema de Atención a la Salud Indígena. Coordinado por el nivel central, bajo la gestión de la entonces FUNASA/Ministerio de Salud, la implementación de este subsistema exigió adaptaciones en la organización de los sistemas de servicios de salud del nivel local que llevaron a la creación de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas.

Esta conformación puso de manifiesto la necesidad del diálogo y de la negociación entre las diversas instituciones vinculadas a la cuestión indígena, con el objetivo de superar conflictos de múltiple naturaleza y dificultades operativas. Algunos trabajos señalan varias dificultades de implementación de esa política de salud diferenciada, bajo la responsabilidad federal, en el ámbito del SUS descentralizado, pues la ausencia de mecanismos e instrumentos específicos que reglamenten el funcionamiento de estos servicios en el nivel local, así como la falta de una supervisión más efectiva y la evaluación permanente de los resultados de la implementación, hacen que la atención diferenciada a la población indígena se encuentre sometida a las vicisitudes o virtudes de la política local (Chaves, Cardoso & Almeida, 2006).

Otras innovaciones en la atención a la salud

Como parte del proceso de implementación del SUS, se han registrado otras innovaciones que merecen ser mencionadas.

Los *Consortios Municipales de Salud*. Debido a la enorme variedad de los municipios brasileños, no todos poseen la capacidad instalada de servicios de salud que les permita atender de forma integral las necesidades de la población.

Los consorcios administrativos intermunicipales constituyen una entidad jurídica que permite la asociación de dos o más entes de la misma naturaleza para la resolución de problemas comunes. La Constitución Federal de 1937 dispone sobre la asociación de municipios para la administración de servicios públicos; la Constitución de 1988 reitera la organización de consorcios como iniciativa autónoma del municipio y tanto la Ley Orgánica de Salud, como la Ley N°

8.142 establecen que los consorcios intermunicipales pueden integrar el SUS. Los consorcios en el área de salud se expandieron en la década de 1990.

La relación de igualdad es un presupuesto básico de los consorcios, que preservan la autonomía decisoria de los gobiernos locales, sin subordinación jerárquica entre los miembros o la entidad administradora del consorcio. Constituyen, por lo tanto, un instrumento que posibilita garantizar acciones y servicios mediante la utilización de los recursos disponibles, facilita la organización de redes de servicios, con diversos grados de complejidad, que integran sistemas locales de salud de distintas localidades. De esta manera, cada consorcio tiene características propias, que surgen de las peculiaridades de la región o de los municipios consorciados, pero no puede configurar una nueva instancia de poder en el ámbito del estado, de clase intermedia con respecto al municipio.

La organización de consorcios municipales de salud es una iniciativa eminentemente local y puede ser utilizada como instrumento de planeamiento y viabilización financiera para las inversiones en el SUS. En la práctica, han sido utilizados para enfrentar y solucionar problemas de diferente naturaleza, tales como gerenciar centros regionales de especialidades, viabilizar programas específicos, suplir necesidades de atención de urgencia, etc. Sin embargo, algunas actividades no pueden ser consorciadas, como la organización de la atención básica o las acciones de vigilancia sanitaria.

Actualmente existen varios Consorcios Intermunicipales de Salud en funcionamiento en Brasil, que trabajan con mayor o menor éxito y con estructuras variadas que no obedecen a una única lógica, sino a los intereses y las disponibilidades de una región dada, registrándose diversos modos de actuación (Lima, 1998; Lima y Pastrama, 2000). En 2000 se identificaron alrededor de 141 consorcios en el área de salud, con la participación de 1618 municipios. Aproximadamente el 60% de los municipios consorciados posee menos de 10.000 habitantes y sólo el 5,5% tiene poblaciones superiores a los 50.000 habitantes (Lima y Pastrama, 2000).

En 2005 se sancionó una nueva ley que reglamenta la creación de consorcios entre los municipios, los estados y el gobierno federal para la oferta de servicios de salud, educación, seguridad pública, tratamiento de residuos y alcantarillado y agricultura, entre otros. La ley, sancionada por el Congreso es la reglamentación de una enmienda constitucional de 1997. Se estima que existen más de 2000 consorcios en Brasil.

Presupuesto Participativo

El presupuesto participativo es una forma consensuada de decidir la asignación de los recursos financieros disponibles con la participación de la

sociedad mediante procesos regulares de negociación. Constituye una forma de democratización de las decisiones, en la que la utilización de una parte de los recursos destinados al área social (u otras, como la de infraestructura) se resuelve mediante la discusión conjunta y organizada en la que participan distintos actores, representantes de la tecnocracia y de la sociedad civil.

En la actualidad, existen varias experiencias de este género en el área de salud, en el nivel municipal.

La equidad en los servicios de salud

Se puede realizar una evaluación preliminar de los resultados en los servicios de salud en términos de equidad mediante el análisis comparativo de la distribución geográfica de los recursos financieros y del uso de los servicios de salud en los diferentes grupos sociales (Almeida *et al.*, 1999).

Con respecto a la distribución interregional de los recursos financieros, la lógica que orientó el sistema adoptado por el Ministerio de Salud en el período 1991-1997 se relacionaba con los correspondientes niveles de producción, sin tener en cuenta los factores que expresan las desigualdades determinantes de las distintas necesidades regionales. De esta forma, la distribución de recursos entre las unidades de la Federación mantuvo, en este período, el modelo de asignación que se observaba a fines de la década de 1980 (Porto, 1993 y 1997).

Los estudios confirman que la estructura de consumo de servicios de salud varía de forma acentuada entre los diversos grupos de ingresos en las diferentes regiones, sobre todo cuando se compara a las más ricas con las más pobres (Travassos *et al.*, 2000; Almeida *et al.*, 1999), y marca un patrón de desigualdades en el uso de los servicios de salud que, probablemente, también manifieste desigualdades en la calidad del tratamiento recibido.

Con los cambios en la asignación de recursos para la atención básica, implementados a partir de 1998 con la creación del PAB, se observa cierta mejoría en la redistribución de los recursos. Sin embargo, este nuevo sistema distributivo, a pesar de igualar los valores *per cápita* para la financiación de actividades ambulatorias consideradas básicas, no tiene en cuenta las desigualdades interregionales, tanto en lo que se refiere a las necesidades de la población como a la red existente de servicios asistenciales en las diferentes regiones. Por ejemplo, el porcentaje poblacional que potencialmente demanda asistencia básica del SUS difiere entre las regiones, ya que el porcentaje de personas que cuentan con la cobertura de planes de seguros de salud privados es diferente en cada una de ellas. Así, se puede inferir que en los estados de las regiones Sur y Sudeste, en los que el porcentaje de personas que cuentan con

planes de seguros de salud privados es mayor, el porcentaje de población que potencialmente demanda asistencia básica a los servicios públicos es inferior al de los estados de las regiones restantes. Esto permite suponer que, cuando se considera esta población en forma exclusiva, el valor *per cápita* es superior en las regiones más privilegiadas (Almeida *et al.*, 1999:42). Por lo tanto, el efecto *homogeneizador* del PAB, que hizo posible la ampliación al conjunto de municipios que no alcanzaban a la producción correspondiente a R\$10,00 por hab./año, y la escasa importancia del *achatamiento* para algunos municipios, provocado por la fijación del límite máximo para el PAB (Levcovitz, *et al.*, 2001:288), aunque pueda ser más redistributivo puede no ser más equitativo, dado que el alcance de la equidad presupone la distribución desigual de los recursos con el fin de compensar las desigualdades.

Asimismo, el uso de las series históricas como base de cálculo para el financiamiento de la atención básica, sin ajustes por algún indicador de necesidades (aunque utilice índices *proxy* como indicadores de morbilidad), perpetúa la desigualdad o las carencias históricas (Silva, 2001), y las diferentes estrategias para el financiamiento de la atención básica por un lado, y de los demás procedimientos de mayor complejidad y la atención hospitalaria por el otro, no facilitan el cambio de un modelo centrado en la asistencia médica ni modifican las asimetrías históricas entre el sector público y el privado.

Finalmente, los planes de seguros de salud en el sistema brasileño representan una segmentación más en la estructura de consumo de los servicios de salud, profundizando las desigualdades geográficas y sociales existentes, toda vez que la distribución de la población cubierta y no cubierta es heterogénea y privilegia a las regiones más ricas.

Podemos llegar a la conclusión de que el concepto de equidad presente en la legislación (igualdad de oportunidades) no fue todavía operacionalizado como para superar las desigualdades históricas estructuradas en el sistema de salud. Sus características esenciales no fueron, de hecho, modificadas sustantivamente: permanece la segmentación excluyente, favorecida por el pluralismo de los mercados en el sector salud y por los incentivos regresivos, y la distribución de recursos financieros continúa favoreciendo las regiones más dotadas, en términos de desarrollo de capacidad instalada, y no a las que presentan mayores necesidades de salud. Además, todavía existe mucho despilfarro de recursos, mala gestión, clientelismo, entre otros problemas. Eso significa que, a pesar de los avances positivos, por un lado, todavía necesitamos más recursos para la salud; y, por otro, con lo que tenemos hay mucho que hacer, para atender de forma más satisfactoria a las necesidades de salud de la población.

Conclusiones

El contexto de formulación y primeras medidas de implantación de la Reforma Sanitaria Brasileña se caracterizó por la combinación de crisis económica, cambios importantes en el régimen político, revitalización del sistema político-partidario y de la sociedad civil organizada y participación social en el proceso de transición, lo que condicionó de forma importante la agenda de las políticas gubernamentales y el propio tratamiento de las cuestiones sociales y económicas.

El proceso de ajuste estructural macroeconómico, iniciado en Brasil al final de los años setenta, aun durante el régimen autoritario, prosigue hasta hoy de forma lenta y conflictiva. La inestabilidad económica, política y social ha sido parte del cotidiano nacional desde hace más de dos décadas, con gran incertidumbre de resultados y períodos de relativa estabilidad institucional y política.

Las fluctuaciones económicas y otras trabas, tales como la propia inestabilidad de las autoridades sectoriales, con cambios frecuentes de los Ministros de Salud y en sus respectivos equipos, y la relativa pérdida de prioridad de la reforma sanitaria en las políticas de gobierno, se reflejaron en el ámbito sectorial. Esta dinámica condicionó el proceso de implementación del SUS, lo cual afectó de manera significativa y diferenciada tanto la asignación presupuestaria para el sistema de servicios como el acceso, la utilización y la calidad de la asistencia.

Los dilemas del financiamiento de la salud en el ámbito de la seguridad social y la no definición de fuentes específicas para el sector salud, ni de porcentajes de vinculación en el momento de la recaudación, han sido objeto de debate desde la Constituyente.

Se puede afirmar que existe una tensión permanente entre el ideario reformista y el proyecto real de construcción del SUS que, a pesar de ser una política de Estado que se viene manteniendo a lo largo de los diferentes gobiernos, se enfrenta cotidianamente con las dificultades que impone la coyuntura y con la falta de mecanismos jurídicos más sólidos para la construcción de la solidaridad y la universalización pretendidas por la reforma.

Cabe destacar que algunas dimensiones del proceso de implementación del SUS merecen especial atención. La primera se refiere a la dinámica de la descentralización que, centrada inicialmente en una municipalización radical, puso de manifiesto el papel estratégico de los diferentes niveles de gobierno y reforzó la necesidad de desarrollar capacidades de implementación en el nivel local. Las medidas para intentar superar las vicisitudes de la subfinanciación sectorial y la forma de asignación de los recursos en el proceso de descentralización, según las normas establecidas en la legislación propia del Ministerio de Salud,

constituyen un eje importante de la intervención del Estado en este proceso. La segunda dimensión se refiere a la politización y complejización del proceso de decisión sectorial con la creación de distintos foros deliberativos –comisiones intergestores y consejos representativos– como forma de participación y control social en los diversos niveles del gobierno. Su puesta en marcha constituyó una ampliación de la arena sectorial, vinculada a la dinámica de la descentralización. Finalmente, la tercera se relaciona con la expansión de la oferta de servicios, de forma heterogénea y poco planificada en relación con las necesidades de salud de la población, restringiendo el alcance de la equidad.

En síntesis, la dinámica de la implementación de la Reforma Sanitaria Brasileña supone una infinidad de medidas de diversas envergadura y alcance, y ha exigido una gran actividad reguladora por parte del Estado, teniendo en cuenta la necesidad de conjugar la multiplicidad de metas e intereses institucionales, técnicos y sociales en torno del objetivo de la implementación del SUS, cuyo eje fundamental radica en la política de descentralización. Esto ha significado el desarrollo de capacidades de implementación y regulación que abarcan vastos ámbitos de intervención, como las relaciones entre poderes, entre instituciones del Ejecutivo, entre niveles de gobierno y entre actores (públicos y privados), la definición de reglas de financiamiento, de fuentes de financiación para los programas y las acciones y la fiscalización del subsector privado de asistencia médica.

Los principales resultados señalan una dinámica contradictoria, con marchas y contramarchas, y con aspectos positivos e negativos que, sin embargo, no se anulan en un juego de suma cero. La reforma avanza y se está construyendo un nuevo sistema de salud, con resultados tal vez inesperados o diferentes de aquellos preconizados en los comienzos, pero de manera general, positivos: se está reestructurando la red de servicios, los municipios adquirieron una mayor capacidad de implementación, si bien de forma diferenciada y heterogénea. Aún así, los resultados en términos de equidad son todavía muy modestos.

A pesar de todos los problemas, el Sistema Único de Salud ha logrado resultados bastante positivos, en poco más de una década y media de existencia. Su implementación ha planteado formidables problemas técnicos, financieros, administrativos y políticos, tales como necesidad de reformas institucionales complejas; cambios en el proceso de trabajo; construcción de capacidad de implementación, de gestión, de monitoreo y evaluación a nivel estadual y local. Además, se ha enfrentado coyunturas de crisis bastante importantes durante todo esos años. Y ese proceso ha significado aprender de la experiencia y reempezar casi todos los días.

Gran parte de los problemas, vinculados con el tamaño del país, no se pueden solucionar con medidas sectoriales, y aunque todavía hay mucho que

hacer, en Brasil se continua defendiendo la reforma sanitaria y trabajando por ella porque todavía se cree que los sistemas de salud universales, que consideran la salud como bien público, por su carácter redistributivo y equitativo, son un camino más efectivo para posibilitar el cambio social y salir de la pobreza que los sistemas segmentados o organizados con programas focalizados para grupos específicos.

Desde esta perspectiva, es importante señalar que la implementación del SUS recientemente ha recibido nuevo estímulo, con el nombramiento en marzo de 2007 de José Gomes Temporão, el primer Ministro de la Salud que efectivamente fue formado en la militancia por la Reforma Sanitaria Brasileira. Sin la menor duda, se puede decir que ese Ministro es un legítimo representante del Movimiento por la Reforma Sanitaria. Aunque por sí mismo eso no constituya ninguna garantía de que todo va ser diferente, seguramente la congregación de esfuerzos alrededor de ese liderazgo, y las lecciones aprendidas en las últimas décadas, configuran una coyuntura favorable que puede significar una inflexión positiva para la salud en Brasil. El tiempo dirá si esa esperanza tiene algún fundamento.

Bibliografía

- Afonso, J.R.R. (1994), “Dilemas da Saúde: Financiamento e Descentralização”. Apresentado no Fórum “As novas políticas sociais: financiamento e gestão: Os desafios do Sistema Único de Saúde”, Rio de Janeiro: IPEA.
- Almeida, C.; Travassos, C.; Porto, S. y Baptista, T.W.F. (1999), “A reforma sanitária brasileira: em busca de equidade – Relatório Final de Pesquisa”. *Research in Public Health, Technical Report*, Washington: OPAS (mimeo) (89 pp.).
- Almeida, C.; Travassos, C.; Porto, S. y Labra, E. (2000), “Health reform in Brazil: a study in inequity”. *International Journal of Health Services*, 30(1):129-162.
- Almeida, C.M. (1998), “O mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar no Brasil”. *Texto para Discussão No. 599*, Brasília: IPEA (81 pp.).
- Almeida, C.M. (1999), “Reforma do Estado e Reforma de Sistemas de Saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, pp. 263-287.
- Almeida, M.H. (1995), “Federalismo e Políticas Sociais”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 10 (28):109–122, São Paulo: ANPOCS.

- Almeida, M.H. (1996), “Federalismo e Políticas Sociais”. En: Rui de B. A. Affonso y Pedro Luis B. Silva, *Federalismo no Brasil –Descentralização e Políticas Sociais*, São Paulo/Fundap (pp.13-40).
- Bahia, L. (2001), “Planos Privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90”. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):329-340.
- Barrera, A.W. y Roarelli, M.L.M. (1995), “Relações Fiscais intergovernamentais”. En: Affonso, R.B.A. y Silva, P.L.B. (Org.), *Reforma Tributária e Federação*, São Paulo: FUNDAP (pp. 129-160).
- Barros, E. (1996), “Política de Saúde no Brasil: A universalização tardia como possibilidade de construção do novo”. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 1 (1), Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Barros, E. (2001), “Implementação do SUS: recentralizar será o caminho?”. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):307-310.
- Bresser Pereira, L.C. (1998), “Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil”. *Revista do Serviço Público* 49 (1/ janeiro-março), Brasília: ENAP.
- Dain, S. (1995), “Seguridade Social: As mudanças necessárias”. *Saúde em Debate* 48:29-30.
- Dain, S.; Faveret, A.C.de S.C.; Cavalcanti, C.E.; Carvalho, D. y Quadros, W.L. (2001), “Avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde”. En: Barjas Negri y Geraldo Di Giovanni (Org.), *Brasil Radiografia da Saúde*, Campinas, São Paulo: Universidade Estadual de Campinas/Instituto de Economia (pp. 233-288).
- Daniel, H. y Parker, R. (1991), *AIDS: a terceira epidemia (ensaios e tentativas)*, São Paulo: Iglu.
- Daniel, H. y Parker, R. (1993), *Sexuality, politics and AIDS in Brazil: in another world?*, London: The Falmer Press.
- Galvão, J. (1997), “As respostas religiosas frente à epidemia HIV/AIDS no Brasil”. En: Richard Parker (Org.) *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA (109-134).
- Galvão, J. (1997a), “As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS”. En: Richard Parker (Org.), *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA (69-108).
- Giovanella, L. *et al.* (1996), “Equidade em Saúde no Brasil”. *Saúde em Debate* 49-50 (1995/1996): 13–22.

- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2005), *Acesso e Utilização de Serviços de saúde*, Rio de Janeiro:IBGE (172 pp.).
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2005), *Pesquisa da Assistência Médica e Sanitária 2005*, Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2005), *Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar–PNAD 2003, Suplemento Saúde*, Rio de Janeiro: IBGE.
- Levcovitz, E.; Lima, L.D. y Machado, C.V. (2001), “Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas”. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):269-291.
- Lima, A.P.G. y Pastrama, R. (2000), “Diagnóstico da Situação Atual dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil”. Relatório de Pesquisa, Ministério da Saúde/Organização Pan-americana de Saúde, Outubro 2000 (mimeo).
- Lima, A.P.G. (1998), *Os Consórcios Municipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.
- Lucchese, P. (1996), “Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: A implementação do Sistema Único de Saúde, 1990/1995”. *Planejamento e Políticas Públicas* 14, Brasília: IPEA.
- Médici, A.C. (1996), “Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil”. En: Rui de B. A. Affonso y Pedro Luis B. Silva, *Federalismo no Brasil – Descentralização e Políticas Sociais*, São Paulo: FUNDAP (13-40).
- Melo, M.A. y Azevedo, S. (1996), “Mudanças Institucionais, Reforma do Financiamento da Seguridade Social e a Reforma Tributária no Brasil, 1990-1996”. *Relatório Final de Pesquisa*, Programa de Dotação para a Pesquisa FORD/ANPOCS, 1995 (mimeo).
- Melo, M.A. (1993), “A anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República”. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, pp. 119-163.
- OPS (Organização Pan-americana da Saúde) (2005), *Sistema Único de Saúde. LAC/RSS – Iniciativa Reforma Sector Salud, Perfíles del Sistemas de Servicios de Salud*, Washington: OPS www.paho.org
- Paiva, V. (2003), “Sem mágicas soluções: a prevenção do HIV e da AIDS como um processo de Emancipação Psicossocial”. *Divulgação em saúde para Debate*, (27):58-69.
- Parker, R. (1994), *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*, Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumará.

- Parker, R. (1994a), “Prefácio”. En: Herbert de Souza, *A cura da AIDS*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Parker, R. (2003), “Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996”. *Divulgação em saúde para Debate*, (27):8-49.
- Piola, S.F. & Biasoto Jr, G. (2001), “Financiamento do Sus nos anos 90”. En: Barjas Negri y Geraldo Di Giovanni (Org.), *Brasil Radiografia da Saúde*. Campinas, São Paulo:Universidade Estadual de Campinas/Instituto de Economia.
- Porto, S.M. (1993), *A organização e a gestão do hospital: A gestão financeira—Gestão hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro*, Paris: Editions École Nationale de la Santé Publique.
- Reis, C.O.O., Ribeiro, J.A. y Piola, S.F. (2001), “Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O caso do Ministério da Saúde”. *Texto para Discussão*, N. 802, Brasília: IPEA.
- Ribeiro, J.A.; Piola, S.F. y Servo, L. M. (2007), “As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil”. *Saúde em Debate* 37:21-43.
- Teixeira, P.R. (1997). “Políticas públicas em AIDS”. En: Richard Parker (Org.), *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA (43-68).
- Travassos, C.; Viacava, F., Fernandes, C. y Almeida, C. (2000), “Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil (Geographical and Social Inequalities in health service utilization in Brazil)”. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(3):133-150.
- Viacava, F y Bahia, L. (2002), “Oferta de Serviços de Saúde: Uma análise da Pesquisa de Assistência Médico Sanitária—MAS de 1999”. *Texto para Discussão* 915, Brasília: IPEA (48 pp.).
- Viana, A.L. (1996), “SUS: entraves à descentralização e propostas de mudança”. En: Rui de B. A. Affonso y Pedro Luis B. Silva, *Federalismo no Brasil—Descentralização e Políticas Sociais*. São Paulo/FUNDAP (pp.269-295).
- Vianna, S.M. y Piola, S.F. (1994), *Os desafios do Sistema Único de Saúde*. Anais do Primeiro Encontro Nacional de Economia da Saúde, São Paulo (pp. 139–158).

Lecciones aprendidas en gestión municipal de la salud en América Latina

Luís Eliseo Velásquez Londoño
OPS/OMS

“No hay ley más elevada que la salud de la población”
Cicerón

El objetivo de esta ponencia es presentar algunas lecciones que se han podido sistematizar a través de la experiencia del trabajo en los últimos años en nuestra Región de las Américas. Vamos enfocarnos en aspectos referidos a la descentralización de salud, especialmente en la gestión local en salud.

Entendemos por descentralización municipal de la salud a un *proceso* continuo, no acabado de transferencia de poder, de toma de decisiones y de recursos desde el nivel central e intermedio hacia el nivel municipal o local. Ello sin ignorar que existe una corresponsabilidad del derecho a la salud por parte de los tres niveles del Estado. La descentralización no implica una entrega de parte del Estado central y del intermedio al local, olvidando así la responsabilidad que le corresponde al Estado. En realidad lo que debe conformarse es una complementariedad entre los tres niveles del Estado que garanticen el acceso de toda la población a la salud.

Entonces, los tres niveles del Estado mantienen una corresponsabilidad, aunque exista una decisión de compartir el poder a partir de la descentralización, y la descentralización es un proceso cuya implementación hace que ese poder esté más cerca de los ciudadanos, para que la toma de decisiones sea más efectiva frente a los problemas locales.

El proceso de descentralización se caracteriza por su *dinamismo*, por ser muy *heterogéneo* según el país, a la vez que fundamentalmente *contradictorio*, en tanto produce disputas permanentes por recursos y competencias. Es también un proceso *incierto*, en *tensión constante* y *construcción permanente*.

En las últimas dos décadas estos procesos de descentralización municipal en América Latina fueron condicionados por dos fuerzas. La primera de ellas es la Reforma del Estado: la modernización del Estado, el fortalecimiento institucional, la calidad institucional y el fortalecimiento de la democracia local. El segundo de estos procesos es el de las Reformas del Sector Salud, buscando idealmente aquello que la OPS definió como los cinco criterios rectores de esas reformas: la búsqueda de la universalidad, la participación, la eficiencia, la calidad y la equidad.

Para el análisis de estos procesos debemos recordar también que detrás de toda política existen motivaciones. Estas motivaciones pueden presentarse incluso como contradictorias entre sí. Y ello sucede con las motivaciones para la descentralización municipal de la Salud. Por otro lado, hay una motivación *política y social*, que considera una democratización, un acercamiento de la toma de decisiones al ciudadano y responder a demandas sociales. Pero también existen razones *económicas* que buscan mejorar la eficiencia fiscal y administrativa.

Existen otras “razones” que no siempre han sido explicitadas, aunque han estado presentes en los procesos de reforma, y que apuntaban a desmontar el “Estado de Bienestar”, el Estado central y el Estado intermedio, desentenderse de los servicios de salud y “repartir” la crisis política y fiscal.

Entre los opositores a la descentralización municipal de la salud se plantean motivaciones o argumentos que apuntan a señalar que a) con la descentralización se aumenta la fragmentación del sistema de salud produciendo una atomización de las redes del sistema, b) la participación social en el sistema de salud es más un mito que una realidad, c) existe una escasa capacidad de gestión a nivel local, d) aumenta el riesgo de clientelismo y corrupción y d) es posible un incremento de la inequidad a largo plazo entre los municipios, ya que aquellos con mayor capacidad de gestión y recursos tendrán mayores posibilidades de desarrollo.

Frente a los argumentos planteados, vamos a proponer tres fundamentos o argumentos para entender la descentralización municipal de la salud como una herramienta de política fundamental que debe ser preservada.

Estos fundamentos son:

- Mejorar la *capacidad de respuesta* del Sistema de Salud, ya que localmente se conocen mejor las necesidades reales y sentidas de la población, se pueden articular más eficientemente los recursos y movilizar nuevos recursos, se puede hacer programación y planificación local.

- *Integrar la Salud a la agenda política* del desarrollo local. Ello significa procurar que los gobernantes incorporen el tema de la salud en la agenda de dirección y de planificación de políticas públicas (planificación participativa, salud y desarrollo, coordinación intersectorial).
- Mejorar la *equidad* en la asignación de recursos y en el acceso a los servicios de salud. Muchas veces depende de cómo se gerencia y conduzca la descentralización: se puede mejorar la equidad y también el acceso a los servicios de salud. Por ello, los niveles central e intermedio de gobierno deben tener políticas activas de apoyo y acompañamiento, no dejando a su suerte a los Municipios. De ser así, seguramente la inequidad aumentaría.

Los municipios con más débil capacidad de gestión deberían ser apoyados en cumplimiento del principio básico de subsidiaridad, mientras los que tienen más capacidad podrán asumir más competencias progresivamente.

Cabe señalar que no existen *formas “puras” o “absolutas”* de descentralización. Lo que existen son *grados de autonomía*, pero la autonomía no sólo se da, también debe ser ganada. Concretamente, existen procesos donde simplemente se entregan competencias, mientras que en otros algunas Municipalidades van mucho más allá de lo que les entregan, y ganan espacios por su propia capacidad.

Podría afirmarse que las formas de municipalización de la salud pueden tomar la forma de un continuo, que se mueve en un espectro donde se observa un proceso de devolución, un proceso de delegación o lo mínimo un proceso de desconcentración.

Haciendo un balance muy general de lo que ha venido sucediendo en la Región, se observan dificultades propias del sector que afectan el avance del proceso de descentralización municipal de la salud. El problema fundamental es que el de salud es un sistema muy *disperso* geográficamente, y que necesariamente lleva a trabajar con el concepto de redes. De este modo, las posibilidades de prestación de determinados servicios por parte de los municipios, depende muchas veces de la conformación de redes regionales de servicio. Si bien un municipio debe asumir responsabilidades políticas en la promoción y mejoramiento de los servicios de salud, cuando se habla de la asunción de responsabilidades para gestionar estos servicios no hay un modelo escrito, ya que depende de la conformación de las redes de los servicios de salud.

Por otro lado, el sistema de salud se encuentra *segmentado* en el territorio, debido a que hay diferentes instituciones que brindan diferentes coberturas en el mismo territorio, por lo que muchas veces el grado de gobernabilidad de la autoridad local sobre todo el sistema de local salud es baja, ya que sólo tiene

manejo de la red pública, sin tener mucha injerencia sobre las otras instituciones que operan en ese sistema.

Otro problema serio, que se presenta actualmente como el más grave, es una “falla del mercado” o “falla sistémica”, provocada por una tendencia “natural” a la concentración de recursos humanos calificados en los grandes centros urbanos. Si bien el 75% de la población vive en centros urbanos, el problema se presenta con el restante 25% que vive en municipios alejados, ya que esos municipios no pueden captar recursos humanos calificados para llevar a cabo la gestión local.

Finalmente, podríamos agrupar elementos claves a tener en cuenta para un desarrollo exitoso de los procesos de descentralización municipal de salud.

- Planificación, monitoreo, evaluación, investigación, para lo que se requieren sistemas de información recursos humanos capacitados en planificación y en programación local.
- Desarrollo de acuerdos de gestión (convenios, contratos, compromisos), que lleven al dialogo a los diferentes niveles del Estado para que acuerden metas comunes.
- Administrar diferentes “velocidades” de implementación según características regionales y locales reconociendo las diferencias propias de los municipios entre si.
- Evitar fragmentación producto de la atomización que conlleva el proceso de descentralización y también “nuevos centralismos”, para que el servicio de salud llegue a las comunidades más excluidas dentro del Municipio.
- Generar representatividad y participación de las Organizaciones Sociales de Base, evitando la burocratización que impide una participación amplia de la comunidad.

Parte 2
¿QUÉ SE SABE SOBRE LA
GESTIÓN LOCAL EN SALUD?

La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación

Susana Belmartino

Universidad Nacional de Rosario

Introducción

Mi interés en esta reunión se centra en abordar la Gestión Local como un problema de investigación. Este texto por consiguiente tiene como objetivo principal delimitar las posibles coordenadas aplicables a este tipo de estudios, y debe ser leído como un aporte para la construcción de una agenda amplia de indagación. La propuesta no se orienta a normatizar, ni siquiera a establecer los alcances de futuros objetos de indagación, sino más vale a precisar cuáles serían —en mi criterio— los diferentes campos problemáticos de los cuales las investigaciones pueden hacerse cargo.

Muy esquemáticamente defino en el nivel local tres de esos grandes conjuntos articulados o campos de problemas, proponiendo al mismo tiempo no perder de vista la relación entre ellos. Los tres remiten al abordaje relacional que suelo utilizar en mis análisis de la problemática nacional del sistema de servicios, a saber: las relaciones entre población y prestadores, las que se entablan entre financiadores y proveedores de atención y, por último, la interacción entre las organizaciones de financiamiento y/o provisión de atención médica y las autoridades locales y regionales (Belmartino, 2000).

A la primera relación corresponde en este hipotético objeto de estudio el análisis de las funciones, alcances, objetivos e insuficiencias de los servicios

de atención primaria, en tanto deben garantizar las condiciones para una adecuada relación entre población y prestadores públicos o privados de atención médica.

Un segundo conjunto remite a la presencia de algún tipo de separación entre financiamiento y provisión de servicios y la posible implementación de lo que en el debate internacional sobre sistemas de servicios se identifica como una *función de compra*.

Por último, la relación entre las organizaciones y las agencias estatales de las diferentes jurisdicciones se enfocaría a partir de interrogarse sobre las diferentes instancias de regulación del Sistema de Servicios de Salud (SSS), que en general abordo a partir de una perspectiva institucional. El interrogante en este caso remite a cuáles son las instancias con capacidad de definir e imponer reglas para los agentes involucrados; y más específicamente cuál es la dinámica de desarrollo de los procesos de toma de decisiones en las agencias estatales a cargo

Los tres campos de indagación replican parcialmente la identificación de una triple relación de agencia que formula la economía institucional para el análisis de los SSS, adoptando una triple trama ‘principal/agente’ que identifica: i) las relaciones entre consumidores/usuarios y terceras partes compradoras, ii) las relaciones entre compradores y proveedores, y iii) la relación entre el gobierno y el comprador. En mi esquema la primera y segunda relación se subsume en la delimitación de una función de compra y se agrega el ya clásico abordaje principal/agente entre pacientes y profesionales.

La relación entre población/pacientes y proveedores. Las funciones vinculadas a la provisión de atención primaria

En mi perspectiva –seguramente debatible– la ‘estrategia de atención primaria’ tuvo en las últimas décadas un desarrollo a la vez paradójico y significativo: se vinculó en primer lugar con las recomendaciones de descentralización política a nivel macro, y a nivel sectorial se desarrolló en los años setenta en paralelo con las recomendaciones de Alma Ata (OMS, 1978)¹ y los modelos de planificación local, el primero y más conocido sería el propuesto por CENDES-OPS, superior de los enfoques centralistas. A posteriori se integra en las propuestas de conformación de Sistemas Locales de Salud (1988), fundadas en un diagnóstico de falta de coordinación interna y con otros sectores, déficit financiero y débil

¹ En el momento de la declaración de Alma Ata se otorgaba especial importancia a buscar soluciones para la crisis de accesibilidad, definida como prioritaria ante las restantes dificultades de los SSS: crisis de costos y de eficacia. Las recomendaciones fueron: descentralización, participación social, nuevos modelos de atención y desarrollo de capacidad gerencial.

participación de los usuarios (OMS/OPS, 2003). En mi lectura, pocas innovaciones en gestión resultaron de ese núcleo de recomendaciones. En Argentina me atrevería a afirmar que ninguna. Según la misma OPS en los ochenta la importancia real asignada al “nivel primario” fue menor que la otorgada a los otros, el grueso del gasto público se concentró en los hospitales. Su diagnóstico señala también la presencia de heterogeneidad y discontinuidades. El informe 2000 de la OMS, muy cuestionado desde algunos países con fundamentos incontrovertibles, proporciona un diagnóstico desolador que en nuestro país –a mi criterio– puede ser difícil rechazar.

Pese a los esfuerzos orientados a desarrollar atención primaria según las recomendaciones de Alma-Ata, muchos de tales programas fueron eventualmente considerados al menos como fracasos parciales. El financiamiento era inadecuado, los trabajadores de salud tenían poco tiempo para destinar a prevención y ocuparse de la promoción de la comunidad; su entrenamiento y equipo eran insuficientes para los problemas que enfrentaban y la calidad de la atención era a menudo tan pobre como para ser caracterizada como “primitiva” antes que “primaria”, particularmente cuando los servicios estaban limitados a la población de menores recursos y sólo se brindaba la atención médica de menor nivel de especialización y complejidad. Los sistemas de referencia, que son raros en los sistemas de salud y necesarios para su adecuado desempeño, mostraron dificultades particulares para operar eficazmente. Las instalaciones del primer nivel fueron a menudo pobremente utilizadas, y los pacientes podían generalmente *bypasearlas* para ir directamente a los hospitales. Como una consecuencia secundaria, los países continuaron invirtiendo en centros terciarios de base urbana.

El enfoque enfatizado en el movimiento de atención primaria puede ser criticado por otorgar poca atención a la *demanda* de atención médica de las personas, en un enfoque que está en escasa medida influenciado por la calidad y sensibilidad frente a las necesidades percibidas por el paciente, y en cambio se concentra casi exclusivamente sobre sus presuntas *necesidades*. Los sistemas fracasan cuando estos dos conceptos no se articulan, porque luego la oferta de servicios ofrecidos no puede alinearse con ambos.

En los años noventa emerge el componente paradójico del problema, cuando las recomendaciones de control de costos y definición de un paquete básico de servicios emanadas de los reformadores *pro mercado* centran la atención en el primer nivel de atención, sus relaciones con la población, su vinculación con las fuentes de financiamiento y su interrelación con los niveles de mayor complejidad del SSS.

Ese foco en la atención primaria generó un debate que todavía se mantiene vigoroso sobre alternativas de gestión con capacidad de potenciar eficacia,

eficiencia, sensibilidad ante las perspectivas de la población, coordinación y continuidad de la atención, incorporación de actividades preventivas, atención de tercera edad y dolencias crónicas, introducción de mecanismos de gestión clínica. Diferentes experiencias europeas abandonaron gradualmente la confianza puesta en el mercado y pusieron en marcha nuevas regulaciones y mecanismos de contratación innovadores (Saltman et al., 2006).

Intento utilizar insumos proporcionados por ese debate para construir en términos muy generales un objeto de investigación sobre el primer nivel de atención.

En primer lugar, es necesario tener en cuenta que la multiplicidad de formas organizativas obstaculiza una definición del concepto de atención primaria. La estrategia operativa propuesta por Richard Saltman para abordar el problema consiste en una enumeración de las funciones que deben considerarse propias de la atención primaria en forma independiente a quienes las toman a su cargo y en qué nivel del sistema se cubren.

Estas funciones serían:

1. ser primer punto de contacto del paciente con la atención profesional
2. hacerse cargo de clarificar la demanda: qué espera el paciente de la atención médica y cuáles son sus opciones para manejar el problema
3. brindar información, seguridad y consejo (cuando el problema puede solucionarse sin intervención adicional)
4. realizar el procedimiento diagnóstico
5. aplicar tratamiento
6. involucrar otras disciplinas
7. ocuparse de la coordinación cuando están involucrados otros profesionales de manera de asegurar continuidad
8. garantizar la prevención resultante del conocimiento del paciente y sus condiciones de vida realizada durante los contactos curativos
9. registrar la información en historias clínicas unificadas de manera de garantizar la coordinación y la continuidad de la atención prestada.

Un ítem al que se presta atención particular en la consideración de formas organizativas es la formación de redes, en tanto facilita la coordinación y continuidad de la atención. Tales redes pueden generarse a través de una integración efectiva, ‘vertical’, o bien virtual, fundada sobre relaciones contractuales. Un generalista o médico de familia puede encontrarse involucrado en tres niveles de relaciones necesarias para la atención integral del paciente: *a.* hacia arriba

con la atención hospitalaria de segundo y tercer nivel; *b.* lateralmente con otras disciplinas de atención primaria, por ej. enfermeras comunitarias o servicios de cobertura de emergencia; *c.* hacia abajo con servicios de salud pública, servicios escolares, servicios ocupacionales.

El rol de coordinación del generalista *gatekeeping* se modifica parcialmente en algunas modalidades organizativas permitiendo que pacientes crónicos tengan un especialista como su principal proveedor de atención o brindando asesoramiento cuando se trata de procurar apoyo fuera del sistema de atención médica. En este caso se trata de nuevas formas de atención fuera de los límites tradicionales de los niveles primario y secundario, *atención transmural* se la denomina en la literatura europea (clínicas especializadas en enfermería para pacientes crónicos, hospitalización domiciliaria, actividades de rehabilitación). El generalista sigue cumpliendo sin embargo un rol esencial de coordinación y resguardo de la información referida a cada paciente. La coordinación puede también implicar la asunción de responsabilidades financieras incorporando una función de gerencia. Estos avances generan al mismo tiempo nuevos desafíos. Recurriendo nuevamente al muy informado trabajo de Saltman tales desafíos pueden sintetizarse en tres grandes tópicos: 'la gestión de la red' que cubre tanto dimensiones clínicas como financieras; la 'cuestión de la credibilidad' referida a la capacidad de organizaciones y profesionales para sostener y/o obtener el necesario respeto y autoridad para apoyar futuros progresos y desarrollos; y, por último, la integración de la tecnología de información y registro electrónicos en los consultorios de generalistas y sus rutinas cotidianas (Saltman, 2006).

Priorizando otro enfoque sobre el mismo problema algunos analistas enumeran las exigencias de atención primaria, después de aclarar que desde las primeras definiciones hasta las más recientes, todas enfatizan que este tipo de atención se apoya sobre una relación sostenida entre los pacientes y los clínicos a cargo de su atención. Las condiciones básicas restantes serían: Accesibilidad, Continuidad, Orientación hacia la persona como totalidad, Integralidad, Gestión clínica (Gelb Safran, 2003).

En el otro vértice de la relación entre pacientes y proveedores, los análisis y propuestas de reforma también consideran las necesidades percibidas por los usuarios de los servicios. Las encuestas de opinión aplicadas a pacientes se han difundido entre planificadores y profesionales. Las dificultades identificadas por los pacientes en un estudio realizado en el Reino Unido pueden fácilmente suponerse presentes en nuestros escenarios locales: dificultades en el acceso a la atención adecuada, para obtener una orientación de la atención según su percepción de necesidades, en la provisión de información, en la continuidad de la atención (tanto del personal a cargo como de la comunicación entre profesionales), por último, dificultades para avanzar en el interior del sistema. Baker,

Wening y Gibis (2006) sintetizan las diez principales prioridades de los pacientes en relación a la práctica generalista en Europa en el siguiente listado:

- Tiempo dedicado en la consulta a escuchar, hablar y explicar
- Rápida disponibilidad en emergencias
- Confidencialidad de la información sobre el paciente
- Información sobre la enfermedad
- Oportunidad para hablar sobre problemas de salud
- Posibilidad de obtener una consulta en corto plazo
- Actualización de los generalistas en nuevos desarrollos médicos
- Servicios preventivos
- Evaluación crítica de medicación y recomendaciones
- Explicación adecuada de diagnóstico y tratamiento.

La división entre financiamiento y provisión y la afirmación de una función de compra²

La función de compra puede identificarse en sistemas de servicios con muy diferentes formas organizativas. En la Argentina de los años noventa es posible identificar al menos dos experiencias, una que al parecer nació sin futuro, orientada a poner en marcha contratos de gestión en el interior del subsistema público, otra que demostró gran capacidad de afirmación y definición de instrumentos de gestión, concretada en los procesos de gerenciamiento de la contratación entre obras sociales y proveedores de atención. Las propuestas de organización de seguros públicos se inscribieron también en un supuesto de financiadores que dejan de cumplir una función pasiva de remuneración de la atención provista y se involucran en un proceso activo de programación y monitoreo de la práctica de los profesionales e instalaciones a cargo. Esas alternativas demuestran que la expresión *compra* no remite necesariamente a transacciones puntuales con retribución inmediata, la práctica de los prestadores puede estar orientada ya sea por incentivos o bien por normas y lineamientos de práctica y la gestión de los acuerdos puede involucrar la afirmación de muy diferentes intereses tanto públicos como privados. En la ciudad de Buenos Aires estoy obligada a mencionar otra experiencia que sólo conozco superficialmente, la del área de atención primaria del Hospital Italiano.

A nivel internacional las experiencias de compra cubren un amplio rango, desde los consorcios que emergieron en los años noventa en California, organizados por empresarios que toman a su cargo la cobertura de atención médica

² Una síntesis muy completa sobre la compra de servicios en Europa puede encontrarse en Figueras, Robinson y Jakubowski, 2005.

de su personal, hasta las modalidades de mercado interno implementadas en esa misma década en el NHS inglés, a cargo de proveedores de primer nivel (*general practitioner fundholding*) y agencias regionales de salud.

Se suele argumentar que la *compra* necesita ser diferenciada de otras funciones tales como *commissioning* y *contratación*. En este enfoque, la *compra* es más limitada que el *commissioning* (término que introdujo la administración laborista en el Reino Unido cuando modificó el modelo de mercado interno debilitando la competencia en función de promover estrategias de colaboración). La *compra* está orientada hacia la maximización de la salud y la equidad en la población a través de la compra de servicios y la influencia sobre otras organizaciones para crear condiciones que fortalezcan la salud de la personas; *commissioning*, en cambio, es la expresión que designa una función del gobierno o del sector público que involucra el desarrollo de una estrategia de salud nacional y su implementación a través de una gama amplia de funciones de salud pública, incluyendo servicios, prevención y estrategias intersectoriales. En este sentido se aproximaría al significado de rectoría (*stewardship*). La *compra*, por otro lado, está principalmente involucrada con la delimitación de necesidades de una población determinada y la programación de los servicios destinada a satisfacerlas en instalaciones de atención médica, a través de prácticas tales como visitas ambulatorias, pruebas diagnósticas, cirugía, hospitalización y otras. La *contratación* se define más estrechamente como el acuerdo negociado entre compradores y proveedores sobre servicios que éstos proporcionarán a cambio de un pago. Incluye la especificación de servicios, atención, monitoreo y revisión del desempeño del contrato.

Las organizaciones a cargo de la compra deciden:

- qué servicios se requieren para una determinada población, cuyas características demográficas y epidemiológicas se conocen
- las condiciones en las cuales deben ser provistos
- las instalaciones más adecuadas para proveerlos.

En estos formatos, públicos o cuasi públicos, los terceros pagadores se organizan en forma independiente de los proveedores. La razón de esta división suele sintetizarse en términos de cinco objetivos principales.

1. Los servicios pueden mejorarse vinculando planes y prioridades a la asignación de recursos, por ejemplo, trasladando recursos a intervenciones más costo efectivas (de internación a ambulatorio, por ejemplo). La compra puede ser así considerada como un modo alternativo de tomar algunas de las medidas que se han perseguido tradicionalmente a través de la planificación.

2. Las necesidades de salud de la población y las expectativas del usuario pueden ser satisfechas involucrándolos en las decisiones de compra o la definición de prioridades de asignación de recursos
3. El desempeño de los proveedores puede ser mejorado otorgando a los compradores instrumentos tales como incentivos financieros o dispositivos de monitoreo, que pueden ser utilizados para incrementar la eficiencia y la sensibilidad ante las expectativas de paciente del proveedor de la atención.
4. La separación de funciones en el interior de sistemas públicos puede reducir rigideces administrativas generadas por modelos jerárquicamente estructurados de comando y control. La gestión puede ser descentralizada y la toma de decisiones devuelta a niveles inferiores permitiendo a los proveedores orientarse a la producción eficiente de los servicios determinados por el comprador.
5. La separación de funciones puede ser utilizada para introducir competencia o colaboración entre proveedores públicos tanto como privados y por consiguiente utilizar mecanismos de mercado para aumentar eficiencia.

Algunos problemas vinculados habitualmente a esta función serían: mayores costos de transacción y gestión, posible focalización en costos antes que en calidad, problemas en la asignación del riesgo financiero, dificultades para garantizar sanciones a proveedores que no respetan los términos del contrato, dificultades en la definición de prioridades y asignación eficiente y equitativa de recursos.

Las precondiciones para la compra de atención primaria son enumeradas por McCallum y colaboradores (2006) en el siguiente listado:

- Delimitación de la población a cargo, apoyada con información suficiente para un diagnóstico epidemiológico de futuras necesidades de atención
- Función de *gatekeeper* (a cargo de especialistas, sobre la base de referencias a través de una organización con responsabilidad financiera)
- Responsabilidad de los compradores
- Historias clínicas con información a lo largo de la vida, compartidas por equipos clínicos entre diferentes organizaciones
- Presupuestos suficientes en función de los costos per capita

- Sistemas de revisión clínica independiente y oportunidad para el desarrollo de gestión clínica más integral
- Incentivos no necesariamente monetarios que recompensen innovación y mejoramiento tanto organizativos como clínicos
- Clara diferenciación contractual entre los roles de compradores y proveedores.

Existe consenso generalizado en la literatura respecto a que los resultados de la aplicación de una estrategia de compra se vinculan estrechamente a las formas organizativas. Por otra parte, la eficacia y eficiencia de las organizaciones dependen en gran medida de la actividad regulatoria de las agencias a cargo, observación que nos conduce a ingresar en el área de las políticas y la definición y aplicación de reglas de juego.

Un enfoque de las políticas de salud centrado en las capacidades institucionales de las agencias a cargo

De manera relativamente gradual pero sostenida, las dificultades de implementación de las reformas previstas para el sistema de servicios de salud en Argentina y otros países de América Latina han estimulado una nueva orientación de las respectivas propuestas de intervención. Más concretamente, se ha abandonado el abordaje centrado exclusivamente en la creación de mercados y la preocupación por contrarrestar sus posibles fallas, para enfatizar la necesidad de fortalecer las capacidades institucionales de las agencias públicas a cargo de la gestión de las estrategias de reforma.

Cuando los recursos financieros y políticos en manos del Estado son limitados –como sucede en los escenarios latinoamericanos de crisis fiscal y descrédito de la política–, la importancia de las capacidades institucionales es crítica. Por otra parte, en sistemas políticos tan complejos como los contemporáneos, las agencias del Estado deben evaluar no sólo sus propias capacidades institucionales, sino la capacidad de las organizaciones que serán afectadas por la nueva política para resistir su implementación, incluso una vez aprobada la legislación respectiva.

La posibilidad de superar ese tipo de limitaciones se sintetiza en la noción *enforcement*, que aplicada a la actividad del Estado remite a la capacidad de su aparato para asegurar el cumplimiento de sus disposiciones. Contemporáneamente esa capacidad suele expresarse también con la referencia a *governance*.

En ese tipo de literatura, la presencia estatal ha recuperado efectivamente espacio frente a las perspectivas que en los años ochenta exaltaban la mayor eficiencia asignativa y capacidad reguladora del mercado; pero ese retorno aparece acompañado por algunos valores nuevos: transparencia, *accountability*, sensibilidad ante las demandas de la ciudadanía (*responsiveness*), eficiencia, generación de información adecuada para la evaluación de actividades y promoción de actores sociales y comunitarios.

La mayor novedad, sin embargo, es que se ha dejado de pensar al aparato estatal como una instancia separada, autónoma, con características de unidad y racionalidad que la diferencian de la fragmentación y el desorden de la sociedad que lo contiene. Las nuevas perspectivas relacionales consideran la relación construida entre Sociedad y Estado como un factor estratégico en el diseño e implementación de políticas.

En ese marco, las capacidades institucionales de las agencias del Estado son sometidas a escrutinio. Entre tales capacidades, junto a la existencia de un burocracia capacitada y coherente, unificada tras determinados objetivos de ordenamiento sectorial, cobran importancia las potencialidades de lo que Evans (1996) identifica como “autonomía enraizada”, entendida como construcción de una trama de relaciones que vinculan el aparato estatal con diferentes grupos sociales portadores de determinados intereses y visiones de orden para cada una de las áreas de gobierno (Repetto, 1999; Belmartino, 2002).

La delimitación del problema de conocimiento a abordar, en este caso, debe tomar en cuenta tanto los contenidos de la reforma que está siendo considerada como el contexto institucional que encuadra el proceso político, al mismo tiempo que las consideraciones epidemiológicas, económicas y organizativas incorporadas en sus contenidos.

Para el análisis de los procesos de tomas de decisiones vinculados a reformas en servicios de salud, algunos trabajos emanados del *Politics and Governance Group, International Health Systems Program*, radicado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, utilizan dos categorías pertinentes para nuestro análisis: la referida al *equipo de cambio*, y la que identifica el *espacio de decisión* bajo el control de los reformadores (Bossler, 1999; Gonzalez Rossetti, 2000).

Recibe la denominación de *equipo de cambio* el grupo particular de agentes del Estado responsable de formular y promover el cambio de política. El supuesto subyacente de estos estudios es que los decisores tienen una agenda política con contenidos propios que no está basada solamente en las presiones de los grupos de interés de la sociedad. Complementariamente, el Estado deja de ser visto como un actor monolítico con una sola posición sobre qué hay que hacer; por el contrario, se lo aborda como compuesto de múltiples grupos de

decisores, con diferentes –y en muchos casos conflictivas– ideas sobre lo que debe ser hecho.

El acto de crear un equipo de cambio otorgándole poder y colocándolo en una posición de conducción del proceso de reforma puede ser considerado en una estrategia por sí misma. Un gobierno recurre a esta estrategia como un medio de aumentar su autonomía de las presiones de los grupos de interés –que hacen presión tanto desde el interior como fuera del aparato estatal– y así fortalece sus posibilidades de alcanzar el cambio de política. Recurriendo a la creación y uso de un equipo de cambio, el gobierno facilita una serie de maniobras destinadas a fortalecer la factibilidad política de su agenda de reforma. Estas maniobras son las estrategias que los equipos de cambio por sí mismos eligen y ponen en acción a través del proceso de reforma de modo de facilitar su realización.

El análisis de los rasgos distintivos de los equipos de cambio, su composición, la inserción política e integración en redes de sus miembros y sus incentivos son un elemento clave en la comprensión del proceso de reforma. También, el análisis de las oportunidades y limitaciones que enfrentan estos grupos para la prosecución de sus agendas de reforma y las estrategias políticas que utilizan en respuesta puede proporcionar conocimiento para la elaboración de una estrategia de política en apoyo de la reforma sectorial

En paralelo, el análisis de las estrategias de municipalización presenta algunos rasgos comunes: se trata en general de enfoques de proceso, se pone énfasis en la potenciación de las capacidades de decisión a nivel municipal y en los resultados de organización y gestión de los servicios. El enfoque histórico en algunos casos se instala en la dimensión macro sectorial, en otros tiene como eje exclusivo la transformación de las formas institucionales de nivel local. Esto se hace particularmente explícito cuando se asocian los resultados de la reforma a las características previas del sistema, el proceso de implementación, el impacto sobre los decisores y el rango de opciones a su disposición.

En otros análisis el enfoque político se amplía desde la transferencia de funciones (que ubica el eje en las relaciones nivel central/nivel local) a las condiciones de construcción de las instituciones locales, al punto de orientar la definición de una categoría especial de análisis identificada como *espacio de decisión*.³ El supuesto en este caso enfatiza el rango de alternativas disponibles para cada municipalidad en la toma de decisiones y las diferentes capacidades institucionales como aspectos diferenciadores en los procesos de descentralización (al impacto de las transferencias entre niveles se agrega la problematización

³ La operacionalización de esta categoría se expresa en la elaboración de *mapas* en los que se identifica las funciones a cargo de las autoridades locales (financiamiento, organización de servicios, recursos humanos, acceso y cobertura y administración) y los rangos de alternativas a su disposición (limitado, moderado, amplio).

de las capacidades de gestión locales). El enfoque de relaciones entre gobiernos central y municipales en términos de *agencia* supone también otorgar relieve a una posible identificación de objetivos diferentes a nivel de los agentes locales y la consiguiente generación de costos de transacción para la autoridad central (monitoreo, reportes, inspecciones, etc.). Esta hipótesis de trabajo se hace explícita cuando el eje de análisis se ubica en los conflictos políticos radicados tanto a nivel central como local, los factores facilitadores y obstaculizadores del proceso descentralizador y las experiencias locales en construcción de capacidades (*capacity building*) y generación de poder (*empowerment*).

Es muy probable que las investigaciones en curso en la provincia puedan proporcionarnos insumos claros respecto a este campo de estudio ineludible y a la vez, de muy difícil abordaje.

Comentarios finales

Las ideas aquí presentadas deben considerarse como un esquema simplificado, que pretende apuntalar la construcción de objetos de investigación complejos referidos a la cuestión abordada en el evento que nos ha reunido. Las dimensiones del texto no permiten avanzar en el desarrollo de conceptos ni la enumeración de bibliografía. Espero, sin embargo, que los ejes de análisis propuestos sean considerados adecuados y confío en que puedan apoyar futuros diseños de investigación. Personalmente considero que en sistemas fragmentados y heterogéneos como el nuestro la implementación de una función de compra en el nivel local podría operar como efecto de demostración en las organizaciones públicas dotadas de efectivo compromiso con la mejora de los servicios; al mismo tiempo, su puesta en marcha estimularía en paralelo un mejor y más integral conocimiento de las condiciones y necesidades de salud de las poblaciones a su cargo. Esta reflexión final procura desalentar toda lectura de esta presentación que la considere como un mero ejercicio teórico y a estimular en paralelo una lectura política del problema abordado.

Bibliografía

- Baker, R.; Wensing, M. y Gibis, B. (2006), “*Improving the quality and performance of primary care*”. En Saltman, R. B.; Rico, A. y Boerma, W. (Coord.) (2006), *Primary care on the driver’s seat? op.cit.* capítulo once: 203-226.
- Belmartino, S. (2000), “El proceso de reforma en Argentina”. En: Belmartino S., *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina*, Buenos Aires, Labor Editorial: 257-318.

- Belmartino, S. (2002), “Articulaciones de nivel macro y meso en la Reforma de la Seguridad Social Médica en Argentina”; Ponencia presentada al Primer Congreso Nacional de Políticas Sociales “Estrategias de articulación de políticas, programas y proyectos sociales en Argentina”, Universidad Nacional de Quilmes, 30 y 31 de mayo de 2002.
- Bossert, T. (1999), *Applied research on decentralization of health systems in Latin America. Chile Case Study* [mimeo]. Boston, Harvard School of Public Health.
- Evans, P. (1996), “El Estado como problema y como solución”. En: *Desarrollo Económico*, 36 140: 529-562.
- Geld Safran, D. (2003), “Defining the future of Primary Care: What Can We Learn from Patients”, *Ann Intern Med* 138: 248-255.
- González Rossetti, A. (2000), *Enhancing the political feasibility of Health Reform. Data for Decision Making* [mimeo]. *Health Policy Process Project*, Boston, Harvard School of Public Health.
- Figueras J.; Robinson, R. y Jakubowski, E. (2005), *Purchasing to improve health systems performance*. European Observatory of Health Systems and Policies Series, Open University Press, Glasgow, Bell& Bain Ltd.
- Mc Callum, A.; Brommels, M.; Robinson, R.; Bergman, S-E. y Palu, T. (2006), “The impact of primary care purchasing in Europe: a comparative case study of primary care reform”. En: Saltman, R. B.; Rico, A. y Boerma, W. (Coord.), (2006), *Primary care on the driver's seat? op.cit.*, capítulo seis: 105-129.
- OMS (1978), Declaración de Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata: 6/12, setiembre, 1978.
- OMS/OPS (2003), *Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 44º Consejo Directivo. 55ª Sesión del Comité Regional. Washington D.C. 22-26 de setiembre de 2003.
- Repetto, F. (1999), “Una mirada institucional a las políticas sociales”. En: Cavarozzi, M. (comp.), *Hacia una matriz de gobierno en América Latina*, Buenos Aires, UNSAM-BID: 51-71.
- Saltman, R. B.; Rico, A. y Boerma, W. (Coord.) (2006), *Primary care on the driver's seat?*, European Observatory of Health Systems and Policies Series, Glasgow, Bell& Bain Ltd.
- Saltman, R. B. (2006), “Drawing the strands together: primary care in perspec-

tive”. En: Saltman, R. B.; Rico, A. y Boerma, W. (Coord) (2006), *Primary care on the driver’s seat? op. cit.*, capítulo cuarto: 68- 84.

Tensiones y dilemas en torno a la Gestión Local en Salud en el Gran Buenos Aires

*Magdalena Chiara, Mercedes Di Virgilio
y Mariana Miraglia¹*
ICO/UNGS

Presentación

Esta presentación busca contribuir a la comprensión de los procesos de Gestión Local en Salud en el Gran Buenos Aires (GBA).² Con ese propósito, reconstruimos el proceso de constitución de la gestión local en el sector en el GBA enfatizando las dinámicas que se generaron, las tensiones que las orientaron y las variables que determinaron y determinan la orientación que asumen en la práctica dichos procesos.

Asimismo, caracterizamos las orientaciones conceptuales de la política de salud en el nivel local, trazando las tensiones globales que atraviesan a nivel macro los procesos de reforma de la política social, articulándolas con los dilemas y las tensiones que le dan especificidad a este nivel de gestión.

En su desarrollo, intentamos evitar orientaciones “normativas” que muchas veces dominan los análisis sobre lo local; sin embargo, este esfuerzo no da cuenta de neutralidad, sino que expresa la convicción de que es necesario poder

¹ Con la colaboración de M. Canel, C. Jiménez y P. Rosa.

² El trabajo recupera distintos aportes derivados de las investigaciones desarrolladas en el Instituto del Conurbano de la UNGS, desde la Carrera de Política Social y desde el Laboratorio de Sistemas de Información Geográfica (LabSIG).

comprender y explicar los procesos para reorientarlos en función de políticas de salud más equitativas, democráticas y eficaces.

El punto de partida: la emergencia de la Gestión Local en Salud en el GBA

El análisis del derrotero de la política sanitaria en el nivel local en Argentina en general (y en la provincia de Buenos Aires en particular) permite reconstruir el contexto de la gestión local en el sector: sus condiciones de posibilidad, sus limitaciones y las tensiones que orientaron y orientan su desarrollo.

La provincia de Buenos Aires tiene 13.827.203 habitantes y está organizada en 134 partidos. En la organización del sistema de salud público participan las tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) en la definición de regulaciones, el diseño de políticas, la gestión de recursos humanos y la dirección y gestión de establecimientos. El segundo nivel de atención dispone de 335 establecimientos hospitalarios (27.566 camas totales distribuidas en 2.122 nacionales, 12.831 provinciales y 12.613 municipales), al tiempo que el primer nivel de atención está compuesto por 1676 centros de salud, de los cuales casi la totalidad (1.654) está bajo jurisdicción municipal.

El Gran Buenos Aires es el conjunto de los 24 municipios que constituyen la conurbación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este agregado de municipios presenta características muy diferentes desde un punto de vista sociodemográfico, socio-económico y socio-sanitario. Con una población total de 8.658.401 habitantes, en el periodo 1991/2001 ha presentado un incremento relativo de población del 9,2%. Un 17,6% de su población tenía en 2001 necesidades básicas insatisfechas.

El crecimiento de los municipios del Conurbano respondió a distintos procesos de urbanización, que dieron lugar a la conformación de dos cordones concéntricos alrededor de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y un tercer cordón que comienza a consolidarse. El primer cordón está conformado por los municipios lindantes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y presentan la mayor densidad poblacional y tasas de crecimiento menor, mejor provisión de servicios urbanos y sociales y mejores indicadores de salud: Avellaneda, Gral. San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, Morón, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López. Éstos se caracterizan por tener una población con menor proporción de niños y jóvenes, un aumento proporcional de personas mayores de 65 años, bajas tasas de natalidad, alta mortalidad general y un saldo migratorio negativo.

El segundo cordón está constituido por los municipios de A. Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, José C. Paz, La Matanza, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Quilmes, San Fernando, San Miguel y Tigre. Aunque en los últimos años puede observarse una disminución en su tasa de crecimiento, presentan características muy distintas de los del primer cordón y del interior de la provincia. En términos de su estructura demográfica, se caracterizan por tener poblaciones más jóvenes, con una tasa de natalidad aún alta o estable y una mortalidad general baja y mayores niveles de población con necesidades básicas insatisfechas.

Un tercer grupo de municipios constituye el denominado tercer cordón de la conurbación de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de los municipios de Escobar, Pilar y Presidente Perón, cuyas características comienzan a acercarse a las de los municipios del segundo cordón.

La distribución de efectores y de camas en la región es bastante heterogénea. Si tomamos como ejemplo a los municipios de la Región Sanitaria V, se observa que la mayoría de los establecimientos con internación se concentran en el primer cordón (41,8%), mientras que los sin internación se concentran en el segundo (49,5%). Si bien en promedio la proporción de camas del subsector público que se localizan en el primer y segundo cordón es similar, no parece ocurrir lo mismo entre los municipios: algunos como por ejemplo San Martín concentra el 17,7% de las camas para internación, mientras que Tigre concentra sólo el 5,3%. Asimismo, es posible observar diferencias en relación al tipo de camas de la que se dispone en cada distrito y la proporción de cada una de ellas: sean éstas camas crónicas o agudas.

El subsector público de la salud se ha ido constituyendo por un progresivo proceso de transferencia de funciones desde los niveles jurisdiccionales superiores (nacionales y provinciales) hacia los municipios, hacia efectores del sistema (como los hospitales)³ y hacia otros agentes. Inversamente, la reasunción del ejercicio de funciones por parte de la provincia en el sector (como la provincialización de algunos hospitales), ha tenido también gran capacidad de reorganización de las relaciones entre las jurisdicciones. En el transcurso de la década pasada, se identifican en este campo procesos fragmentados, complejos y en ambos sentidos de centralización-desconcentración-descentralización.⁴

³ Decreto 578/93 que reglamenta el funcionamiento de los Hospitales Públicos de Autogestión.

⁴ Adoptamos aquí las definiciones de estos conceptos propuestos por H. Cormick y otros: Descentralización territorial: "transferencia de funciones, fundamentalmente de gobierno (especialmente las que implican aspectos de organización política y, principalmente las que tienen que ver con la articulación del gobierno municipal con las instituciones intermedias de la ciudad) de una jurisdicción de nivel superior (o central) a otra de nivel inferior". - Descentralización administrativa: "concepto que hace referencia a la transferencia de instancias decisorias respecto de las funciones de gestión". - Desconcentración: "mera transferencia de funciones de gestión sin que esto implique la delegación de atribuciones". -

Así, el campo de la salud en el nivel local es resultado de un complejo proceso de construcción que se remonta a la salida de la dictadura y comienzos de la democracia. Dicho proceso no fue producto de una política sistemática, sino de distintas intervenciones públicas y de actores sociales que fueron modelando su conformación actual.⁵

En este momento fundacional (que localizamos en los primeros años de la recuperación de la democracia, hacia 1983), los municipios contaban con un marco de competencias y funciones reducido, disponían de espacios acotados de interlocución con la sociedad local y tenían un limitado margen de operación en las políticas universales.

En estas circunstancias, la *agenda local de salud* estaba fuertemente dominada por la problemática hospitalaria (en aquellos casos en que el hospital estaba bajo la órbita municipal), mientras que los problemas vinculados a la Atención Primaria de la Salud (APS) eran percibidos, o bien como cuestión “supra local” (bajo la responsabilidad del gobierno provincial que estaba a cargo de los Centros Periféricos correspondientes al Plan Muñiz)⁶, o como respuestas puntuales a las demandas de las Sociedades de Fomento de los barrios. En casos muy aislados, se reconocía la existencia de estrategias activas en el sector orientadas por la estrategia de APS. Las competencias instituidas en el capítulo municipal de la Constitución Provincial y en las atribuciones de la Ley Orgánica de las Municipalidades de la Provincia de Buenos Aires constituyen la materialización institucional de esta situación.⁷

El esfuerzo por recuperar –aunque brevemente– la historia da cuenta del carácter incremental⁸ que tuvo la construcción de los espacios locales de gestión

Centralización: “la asignación de funciones al nivel de conducción central, especialmente en lo que se refiere a regulación, planeamiento y control, que no tienen que ver con la fijación de políticas generales ni con mecanismos únicos de control” Cormick, H., *et al.*, (1992).

⁵ Para un desarrollo mayor, ver Chiara, Di Virgilio, Cravino, y Catenazzi (1999).

⁶ El denominado *Plan Muñiz* implicó la construcción de Unidades Sanitarias en toda la provincia, pero concentrándose particularmente en el Conurbano Bonaerense. La gestión de este plan involucraba a los municipios en la definición de la localización a través del aporte de los terrenos, mientras que el Ministerio de Obras Públicas realizaba las obras de infraestructura y el de Salud asignaba el recurso humano, el equipamiento y la gestión posterior.

⁷ Las competencias que en materia social establece la Constitución provincial y especifica la Ley Orgánica de las Municipalidades se limitan al “ornato y salubridad”, “establecimientos de beneficencia”, “asilos de inmigrantes”, “instalación y el funcionamiento de establecimientos sanitarios y asistenciales”, “el funcionamiento de comisiones y sociedades de fomento” e “instauración de hospitales, maternidades, salas de primeros auxilios, servicios de ambulancias médicas, bibliotecas públicas, instituciones dedicadas a la educación física”; en todos los casos, estas competencias están condicionadas por la existencia de normativa dictada por la provincia (Constitución provincial y LOM).

⁸ La noción *incremental* alude a procesos que se han desarrollado a través de modificaciones puntuales ocurridas a lo largo del tiempo, desarrollados de manera fragmentada y sin responder –deliberadamente– a una direccionalidad unilineal. El debate planteado por algunas participantes (C. Almeida y S. Belmartino) en el seminario refería particularmente, no a los procesos de gestión en sí, sino a las denominadas

en salud; esfuerzo que requiere de la adopción de conceptos que den cuenta y ayuden a comprender sus condiciones y su dinámica.

La conformación de los “espacios locales de gestión”

En el proceso de construcción al cual hacíamos referencia, los programas verticales⁹ han sido ejes en torno a los cuales se modeló la política local de salud. A modo de ejemplo, podemos mencionar el Programa Materno Infantil, los programas de tuberculosis (TBC), de control del cáncer génito mamario, de inmunizaciones y de VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), entre otros.

Aunque con alcances diferentes, desde cada uno de ellos se ha ido asignando roles a los distintos niveles de organización del sistema: normativos para los niveles centrales; de ejecución para los niveles locales o de los servicios y de control y recepción de información para los niveles intermedios, en el caso de la provincia de Buenos Aires, las Regiones Sanitarias.¹⁰

A su vez, la lógica propia de estos programas ha estado atravesada en las últimas décadas por otra que podemos denominar *transversal* (o *matricial*), representada por distintas intervenciones que comprometieron esfuerzos de articulación intra e intersectorial. Con impactos muy desiguales, se caracterizaron por problematizar la organización de los servicios, contribuyendo así con el ingreso de la “cuestión” de la atención de la salud a la agenda gubernamental local.

Antes y durante la crisis de 1989, el Programas ATAMDOS (Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud) (1987), el programa *Salud con el Pueblo* (1990) y el *Pro Salud* (Programa de Desarrollo de los Sistemas Municipales de Salud) (1989) (Chiara *et al.*, 1999:21) fueron –desde el nivel provincial– apuestas a la articulación de *espacios de Gestión Local*. Si bien generaron algunas experiencias municipales, no llegaron a plasmar el cambio organizativo del sistema de salud al que aspiraba el modelo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).¹¹

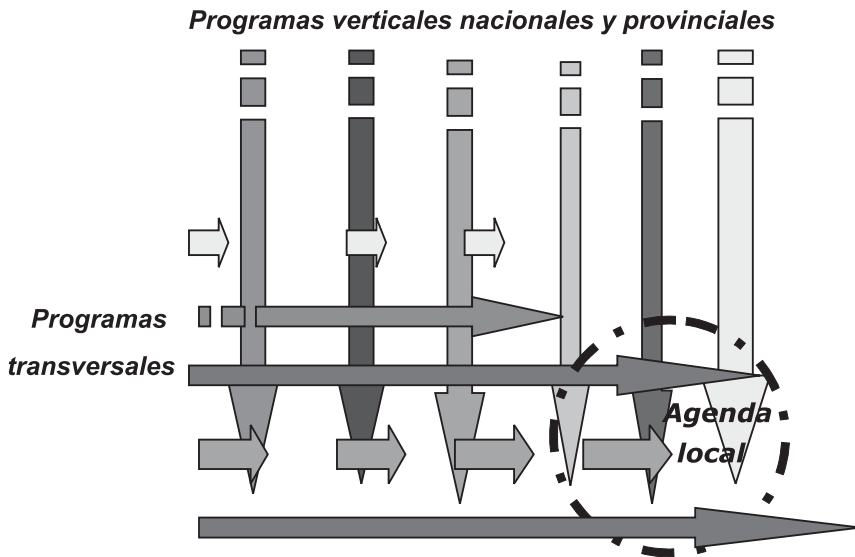
“reformas incrementales” vs. “reformas Big Bang” y a las disputas intraburocráticas que en este caso pueden ayudar a explicar las “marchas” y “contramarchas” de dichos procesos de gestión.

⁹ Los programas verticales se basan en los conceptos de “daño” e “instrumento”, formulan un “diagnóstico territorial” basado particularmente en datos epidemiológicos, efectúan priorizaciones según distintos criterios (vulnerabilidad, magnitud y trascendencia) y, conforme los resultados de este abordaje “científico”, definen las acciones según problemas objetivos para los cuales estructura normas a ser aplicadas.

¹⁰ Desde la perspectiva de los programas verticales, el ciclo de las políticas es concebido como un proceso cronológico y necesario a través del cual se va pasando por un primer momento de la planificación, un segundo de la ejecución y un último de la evaluación. Estos momentos son vistos como instancias cronológicas (una precede a la otra) y localizables en los distintos niveles jurisdiccionales del Estado.

¹¹ Los componentes del desarrollo de los SILOS son: la reorganización del nivel central, la descen-

Esquema 1 – Matriz de condiciones: los programas verticales y las intervenciones transversales



No obstante las dificultades con que se enfrentaron para transformar la organización del sistema, sus componentes persisten como instrumentos y criterios en las nuevas propuestas de reforma y tuvieron, entre sus logros, el progresivo ingreso de la “atención de la salud” como cuestión a la agenda local.

En el caso de la provincia de Buenos Aires, las *crisis* jugaron un papel decisivo en los procesos de construcción del campo de la salud en el nivel local; hacemos aquí referencia a la crisis hiperinflacionaria del año 1989 y a la crisis económica, social y política que llega a su punto crítico en diciembre de 2001.

Los procesos que se organizan alrededor de las crisis tienen fuertes consecuencias no sólo en los impactos regresivos en las condiciones de vida de la población (deterioro de los ingresos, expulsión del mercado de trabajo formal, pérdida de acceso a servicios, en particular salud), sino también en la organización de las agendas en los distintos niveles, en la articulación de

tralización y desconcentración, la participación social, la intesectorialidad, la readecuación de mecanismos de financiación, el desarrollo de un nuevo modelo de atención, la integración de programas de prevención y control, el refuerzo de la capacidad administrativa, la capacitación de la fuerza de trabajo y la investigación.

las relaciones intergubernamentales y en la reestructuración de las relaciones Estado/sociedad.

Consideramos importante detenernos en este aspecto, dado que las crisis (y muy especialmente las condiciones que se definen en su “salida”) operan como “nudos”¹² en los cuales se organizan *nuevas condiciones de régimen de implementación en el nivel local*. En distintos trabajos hemos caracterizado al régimen local de implementación como aquel conjunto de condiciones que, en los distintos planos (funcional, material y político), organizan los arreglos entre los participantes de la implementación de los programas y reconfiguran su diseño formal (Chiara y Di Virgilio, 2005).

En el análisis realizado para los primeros años de la década del noventa, signados por la *crisis hiperinflacionaria de 1989* a la que hicimos referencia, tres tensiones caracterizaban estos arreglos:

- I. La acumulación política en el nivel local aparecía como una estrategia de fortalecimiento de los gobiernos municipales frente al gobierno provincial.
- II. Las dificultades para flexibilizar hacia la baja los gastos con que los municipios se enfrentaban permitían explicar las estrategias generalizadas de captación de recursos por distintas vías para responder a demandas de la población.
- III. Por último, la descentralización amplió las funciones ejercidas de hecho por los municipios y estuvo acompañada por estrategias de legitimación de los gobiernos locales frente a la crisis, muy centradas en las figuras de los Intendentes.

El período que comienza en 1995 nos muestra la consolidación de alguno de estos procesos, pero con diferencias derivadas de distintos cambios contextuales que tienen un fuerte impacto heterogeneizador en el territorio: (a) el aumento del desempleo parece dominar la agenda en distintos niveles¹³ y el incremento de la pobreza por ingresos recorta otra demanda, la de los denominados ‘nuevos pobres’; (b) la garantía del orden institucional parece ser una de las principales preocupaciones de las élites gubernamentales en los distintos niveles y, por último, (c) en lo que se denomina la ‘agenda de la implementación’ se expresan distintas demandas orientadas hacia los objetivos de eficacia, eficiencia y legi-

¹² Retomamos aquí el concepto de “nudo” que proponen Ozlak y O’Donnell (1976) en su trabajo ya clásico de análisis de políticas públicas. Ozlak, O. y O’Donnell, G. (1976).

¹³ Los planes de empleo transitorio (TRABAJAR, Barrios Bonaerenses) absorben completamente la capacidad de intervención de los municipios. Un desarrollo en el caso del Municipio de Los Tilos se presenta en Chiara y Di Virgilio (2005).

timidad de la gestión de la política social, interpelando post descentralización –de hecho– a los niveles subnacionales de gobierno.

En este periodo (1995/2001) se consolida un conjunto de reglas de juego cuyos resultados son:

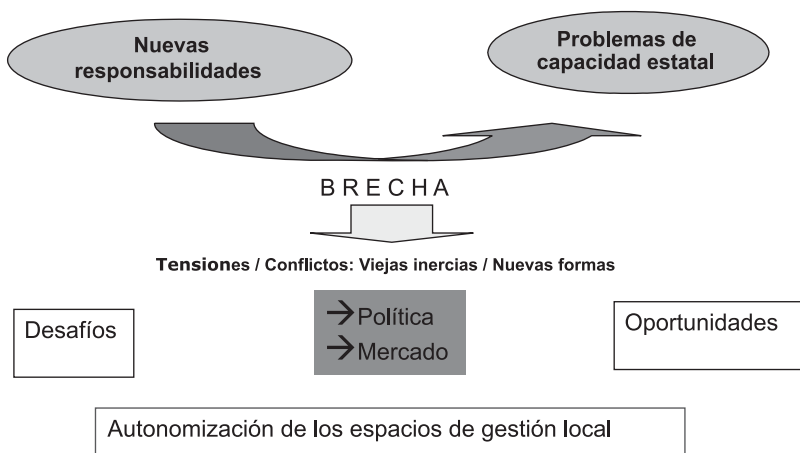
- I. la consolidación de un nuevo papel para los municipios derivado del proceso de descentralización, en especial expresado a través del papel asignado a las instancias locales por los programas con financiamiento externo;
- II. la heterogeneización de las dinámicas de captación y movilización de recursos y el peso que –como resultado de la presencia de los organismos multilaterales de crédito (OMC)– pasa a tener la lógica más técnica en la captación de los recursos externos para los programas focalizados; y, por último,
- III. el fortalecimiento de los municipios como estructuras políticas, centradas en la figura de los Intendentes y cuya dinámica está fuertemente dominada por la relación que establecen con el gobierno provincial.

En este contexto, algunos programas focalizados jugaron un papel decisivo en la incorporación de la atención primaria de la salud en la agenda local. Un ejemplo de esta particular situación fue el PROMIN (Programa Materno Infantil y Nutrición).¹⁴

El resultado final de estos procesos ha dado lugar a una brecha entre las nuevas responsabilidades asumidas por los municipios en materia de política social y los déficit de capacidad estatal para sostener su pleno ejercicio (nos referimos a las competencias, recursos genuinos, recursos humanos, simbólicos y también organizacionales, que disponen los gobiernos locales).

¹⁴ El PROMIN es uno de los programas más expresivos de los procesos de reforma de la década pasada, en particular por dos aspectos centrales de su diseño y que le imprimen características especiales en su implementación: la definición de su población objetivo y la forma de gestión. Ha desarrollado proyectos de distinta índole en 22 municipios del GBA entre 1992 y el 2001. El PROMIN tiene como finalidad atender las necesidades prioritarias de las mujeres en edad fértil y de los niños menores de 6 años, pertenecientes a sectores pobres estructurales, en las áreas urbanas, periurbanas y rurales del país. El programa está destinado a compensar los efectos de las crisis en los sectores más vulnerables que han sido marginados por las políticas sociales o sanitarias tradicionales y a mejorar sus indicadores de calidad de vida, en especial el estado sanitario y nutricional de mujeres y niños pequeños, promoviendo un mejor desarrollo psico-social de los niños entre 2 y 5 años (Chiara y Di Virgilio, 2005).

Esquema 2 – La configuración de los espacios locales de gestión en salud



En ese esfuerzo por “cerrar” la brecha, fueron modelándose los sistemas de salud locales. Sin embargo, estos procesos no fueron homogéneos sino que estuvieron condicionados, entre otros factores, por la incidencia que en cada *territorio* tuvieron los cambios contextuales ocurridos durante las últimas décadas.

Los cambios contextuales en el territorio: regresividad en la distribución del ingreso, problemas de empleo e incremento de la demanda

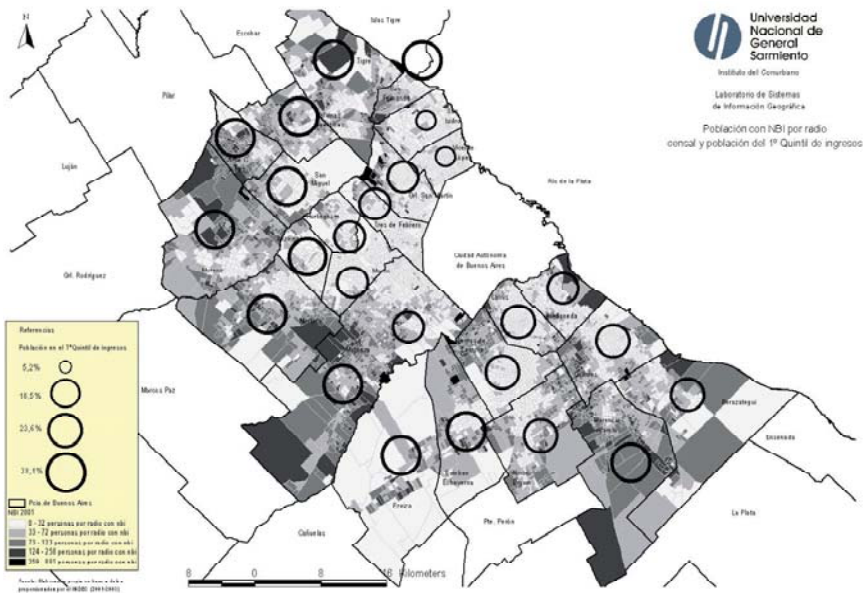
Los cambios contextuales se despliegan en distintos planos: en el *social*, a través de los procesos de fragmentación; en el *político y cultural*, expresados en la reestructuración de los referentes de identidad y, por último, en el plano *económico*, a través de los cambios en el paradigma productivo.

Cada uno de estos procesos está caracterizado por distintos contenidos básicos y ha tenido impactos sobre la esfera local, incidiendo en la configuración de la demanda y, en consecuencia, en la gestión de la política local.

La *distribución del ingreso* es una de las variables que mejor da cuenta de las heterogeneidades territoriales. Los datos de la Encuesta Permanente de

Hogares que realiza el INDEC del año 2003 (los más recientes disponibles para este nivel de desagregación) mostraban que en el GBA un grupo de municipios (el denominado CBA1)¹⁵ tenían en 2003 un 5,2% de su población en el 1er. quintil de ingresos, mientras que otro grupo (CB4) llegaban al 38,1% (Ver Cuadro 1 del Anexo).

Mapa 1 – Población con NBI por radio censal y porcentaje de población en el 1er. quintil de ingresos

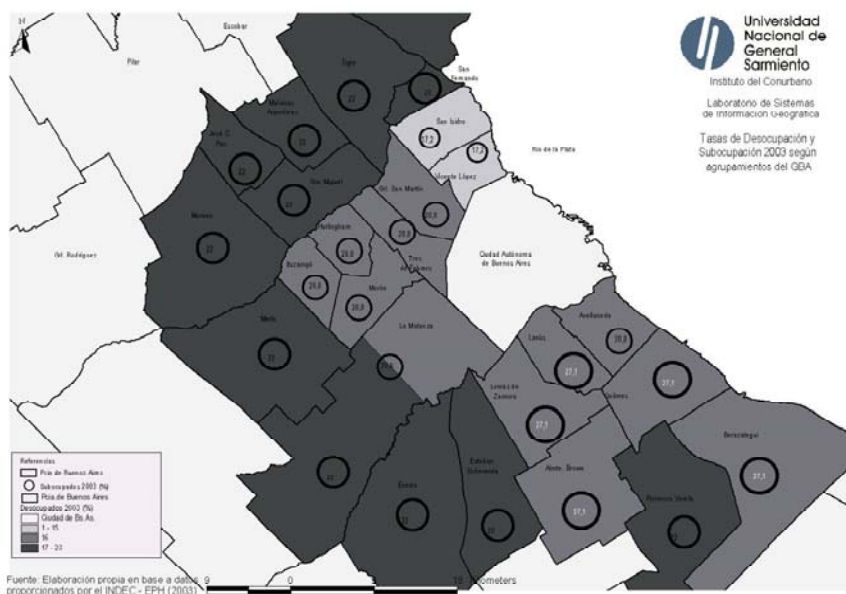


Desde otra perspectiva, el análisis de las condiciones de acceso al mercado de trabajo pone también en evidencia importantes brechas entre los municipios de la región. Los municipios agregados en el CB4 son los que peores niveles de desempleo presentaban en el año 2003 (7 puntos por encima del resto de las áreas homogéneas). Sin embargo, la emergencia de la “nueva pobreza” se expresa también en los porcentajes de población subocupada que presenta

¹⁵ Agrupamiento de los municipios del Conurbano que realiza el INDEC según aglomerados homogéneos: CBA1: Partidos de San Isidro y Vicente López. CBA2: Partidos de Gral. San Martín, Tres de Febrero, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Avellaneda y La Matanza 1 (sólo una parte). CBA3: Partidos de Lanús, Quilmes, Lomas de Zamora, Berazategui y Alte. Brown. CBA4: Partidos de Moreno, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Miguel, Merlo, Tigre, Florencio Varela, Esteban Echeverría, Ezeiza y La Matanza 2 (el resto del Partido).

valores muy elevados en los municipios correspondientes al CB3 (Almirante Brown, Berazategui, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes). Cuando se analizan conjuntamente estos dos indicadores (desocupación y subocupación), surge un grupo muy importante de partidos del GBA que presenta serios problemas de empleo. (Ver Cuadro 2 del Anexo).

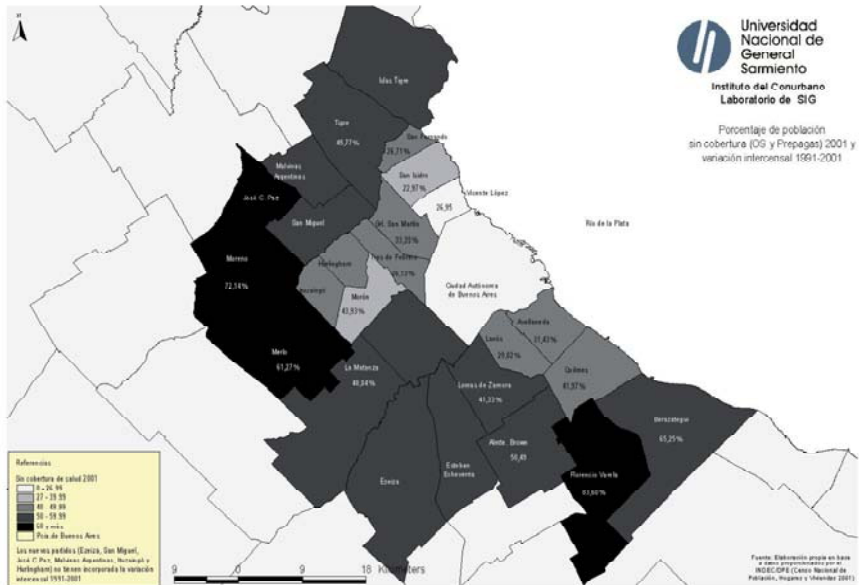
Mapa 2 – Tasas de desocupación y subocupación 2003, según agrupamientos del GBA



Dada la importancia que tienen las obras sociales en la organización del sistema de salud en nuestro país, la pérdida de trabajo y la informalidad en el empleo han dado lugar –entre otros factores– a un acelerado incremento de la demanda del sub sector público de salud.

Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 muestran que mientras algunos municipios tenían un 27% de población sin cobertura de obra social y pre paga (San Isidro, Vicente López), otros alcanzaban el 65% (Moreno, Florencio Varela). La situación en estos casos se torna aún más crítica cuando se analiza el incremento que ha sufrido la población sin cobertura en el último periodo intercensal (1991/2001) que alcanzó variaciones de más del 70%.

Mapa 3 – Porcentaje de población sin cobertura de obra social y medicina privada año 2001 y variación intercensal 1991/2001



Los cambios contextuales han impactado fuertemente a nivel territorial; el resultado ha sido la heterogeneización del territorio, de las condiciones de vida de la población y, por ende, de las demandas que orientan hacia el subsector público de salud. A fin de dar respuesta a las diferentes demandas con que se enfrenta la política de salud local, los municipios han desarrollado múltiples estrategias de gestión que tensionan el funcionamiento del sistema –en tanto tal– a escala regional y provincial.

Resultados y riesgos de la descentralización: el papel de las instancias gubernamentales supra locales

Hemos presentado hasta aquí algunos datos que caracterizan las diferentes demandas con que se enfrenta la política local de salud, fuertemente influida por los procesos “macro” y sus consecuencias en la profundización de las inequidades territoriales. Estos factores expresan –en parte– las diferencias en los modos de estructuración de los espacios de gestión local¹⁶ que, tal como

¹⁶ Se entiende por *espacios de gestión local* a aquellos procesos complejos a través de los cuales se

hemos referido más arriba, han autonomizado su lógica de funcionamiento en las últimas décadas dando lugar a situaciones muy distintas en prestaciones, calidad y acceso.

La impronta que la descentralización ha dejado en la organización de los servicios de salud, confiere a esta línea de análisis una importancia crucial: desde el nivel municipal en la actualidad se opera casi la totalidad de los establecimientos públicos sin internación de la provincia y aproximadamente dos tercios de los establecimientos con internación.

Sin embargo, el desarrollo de este potencial de autonomía a nivel local requiere a su vez de la existencia de mecanismos que garanticen la articulación del sistema en su conjunto, al menos por dos razones:

- I. En primer lugar, porque la población, en su tránsito por el sistema de salud, encuentra fronteras institucionales no evidentes pudiendo generar *economías externas* de distinto tipo.
- II. En segundo lugar, porque esta autonomización de espacios de gestión locales puede estar dando lugar a distintos *niveles de acceso al derecho a la salud* que no deberían estar siendo replanteados desde la gestión.

Para conocer estos fenómenos, consideramos pertinente interrogar a los resultados de un estudio sobre 3000 partos que tuvieron lugar en las maternidades públicas en un conjunto de municipios, que realizamos en conjunto con la Región Sanitaria V en diciembre de 2004 (Chiara y Di Virgilio, 2005).

El análisis georreferenciado de estos datos puso en evidencia el fenómeno de la movilidad de las mujeres en el ámbito regional frente a la atención del parto. Mientras en algunos municipios más del 96% de las mujeres tenía su parto en la maternidad del municipio en el que viven; en el otro extremo sólo un 70% lo hacía en su maternidad al tiempo que el 25% restante concentraba los partos en 2 o 3 maternidades por fuera del municipio (Ver Cuadro 4 del Anexo).

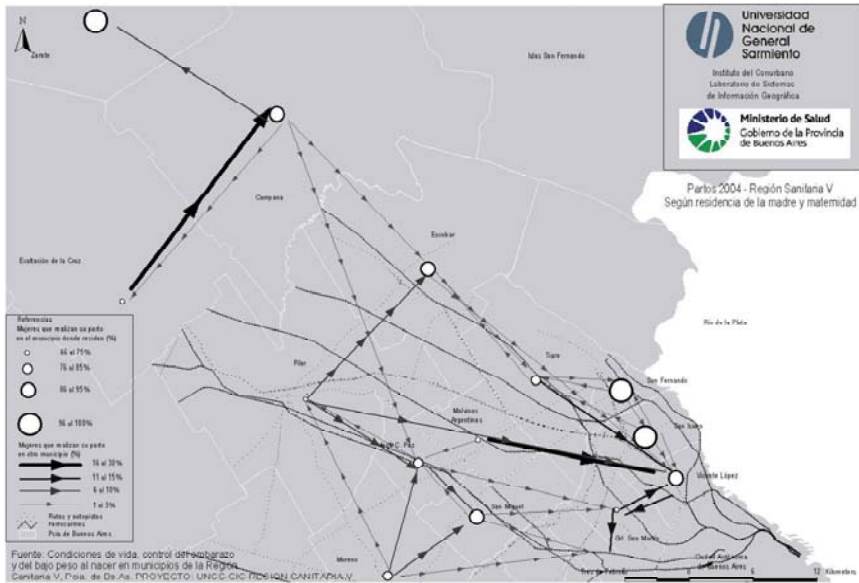
Este dato no permite caracterizar el funcionamiento de los sistemas de salud locales. Sin embargo, pone en evidencia la existencia de economías externas¹⁷ en el funcionamiento del sistema de salud en el área metropolitana. Esta cuestión es uno de los tópicos a atender desde la coordinación (de gestión y financiera) y constituye un problema característico de los procesos de descentralización, en el

umentan y desarrollan las capacidades de los actores para reorientar recursos articulándolos en una *política local* en el cual domina la lógica de la política entendida como la profundización de la capacidad autónoma de los actores por sobre la del mercado.

¹⁷ En algunas situaciones, dadas las características de los territorios y la naturaleza de los bienes y servicios provistos por jurisdicciones menores, pueden producirse economías externas cuando una determinada jurisdicción transfiere beneficios y/o costos a otras jurisdicciones. Estas situaciones requieren de la coordinación de parte de una autoridad de mayor jerarquía o de mecanismos de coordinación horizontal (financieros e institucionales) que permitan superar sus perjuicios.

caso de las intervenciones organizadas bajo la lógica de sistemas, que requiere –a su vez– de políticas e instrumentos específicos para corregir y controlar las inequidades territoriales que pueden estar generando.

Mapa 4 – Partos 2004 en maternidades del subsector público según residencia de la madre y maternidad – Región Sanitaria V



Estos fenómenos de movilidad de la población coexisten con las dinámicas locales que han autonomizado su funcionamiento, dando lugar a sistemas con modalidades de acceso y calidad de las prestaciones muy diferentes y a veces hasta divergentes entre sí.

Una de las reglas de juego que define el marco de acción de los actores locales en este campo y su relación con el Estado provincial es el régimen de coparticipación. A través de esas transferencias provinciales, particularmente de aquellas derivadas de la coparticipación en el componente salud, se financia aproximadamente dos tercios del gasto municipal en el sector (Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires 2002:40).

El financiamiento de los servicios de salud a través de los mecanismos de coparticipación compromete distintas discusiones: desde aquellas relativas a

autonomía de los municipios en la asignación posterior de los fondos,¹⁸ hasta la preocupación de que los niveles de gasto en salud estén signados por la suerte de los ciclos económicos.¹⁹

Sin avanzar en esta segunda discusión ni poner en cuestión los márgenes de autonomía a que el sistema habilita, nos interesa conocer cómo los mecanismos de coparticipación condicionan la práctica de los actores en el nivel local. En particular, si se tiene en cuenta que el cálculo de los mecanismos de distribución secundaria –en especial aquellos que tienen relación directa con las prestaciones de salud–, al operar como financiamiento del gasto ejecutado, se realiza en función de la producción del sistema.

La Ley Provincial 10820, de agosto de 1989, fijó los criterios de asignación secundaria de los recursos. Esta ley mantuvo los criterios establecidos en la Ley 10559 y agregó otros destinados a contemplar las diferencias de productividad entre los establecimientos de salud. Los criterios resultantes de esta norma y vigentes en la actualidad son los siguientes:

- a. 35% en proporción directa al número de camas, perfil de complejidad y porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.
- b. 25% en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos –con o sin internación– de cada partido.
- c. 10% en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación en cada partido.
- d. 20% en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- e. 10% en forma proporcional al número de establecimientos sin internación en cada partido” (Garriga, 1995:14).

Los datos que se presentan en este trabajo no se orientan a efectuar una valoración del sistema de coparticipación en su conjunto, sino solamente aproximar

¹⁸ Esto significa que los recursos calculados en base a parámetros del sector salud ingresan universalmente y se gastan según criterios generales del gobierno.

¹⁹ Esta decisión se toma en el año 1987 cuando se incorporan las transferencias a los municipios en concepto de salud a los mecanismos de la coparticipación. Este punto es objeto de discusión entre los especialistas, dado que se cuestiona la conveniencia de que un régimen especial (el de salud) “sea incorporado dentro de un régimen general de coparticipación que persigue otros objetivos. Asimismo, se observa que la masa de coparticipación puede aumentar o disminuir según los ciclos macroeconómicos y no alcanzar, en algunos casos, a cubrir los gastos derivados de la prestación de los servicios (...). En esta discusión, los economistas observan que la cuestión conceptual de fondo se refiere a las externalidades que generan los servicios de salud, dado que además de beneficiar a la comunidad (a la que representan los municipios) probablemente beneficien a comunidades vecinas. Resulta así clave el cuidado de dispositivos presupuestarios que “internalicen las externalidades”. Estos dispositivos pueden ser las transferencias específicas de recursos para proveer una cantidad y calidad óptima (régimen vigente hasta estas reformas) y la asunción por parte del gobierno provincial de aquellos servicios que comprometen a varios municipios” (Garriga, 1995:14).

una mirada –muy panorámica– a sus resultados, en términos exclusivamente de la relación entre “recursos transferidos” y “demanda potencial” del sistema. Los “puentes” que cierran la brecha entre recursos y demanda son los sistemas de salud locales, muy diversos entre sí tanto en sus fuentes de financiamiento, accesibilidad, prestaciones, como calidad.²⁰

Dada la importancia que tiene la presencia de establecimientos con internación bajo la órbita municipal y considerando la heterogeneidad que presentan los municipios del GBA en ese sentido, consideramos en el análisis sólo aquellos componentes de la coparticipación que ponderan aspectos vinculados a la atención ambulatoria (consultas y establecimientos sin internación).

Teniendo en cuenta ese recorte, los valores en \$ (de los componentes consultas + establecimientos sin internación)/habitante ponen en evidencia algunas situaciones particulares que dan cuenta de la existencia de ciertas brechas entre municipios. Mientras aproximadamente 10 municipios presentan valores por encima de los \$ 14,99 coparticipación (consultas + establecimientos sin internación)/ habitante total, en otros casos los valores superan los \$ 25 para el mismo indicador. No obstante el esfuerzo puesto aquí en aislar la incidencia de la presencia o ausencia de hospital a cargo del municipio, cabe destacar que el componente “consultas” está todavía influido por este factor. En este caso, los promedios más elevados se encuentran en las transferencias realizadas a aquellos municipios que han apostado a tener establecimientos con internación bajo su jurisdicción.

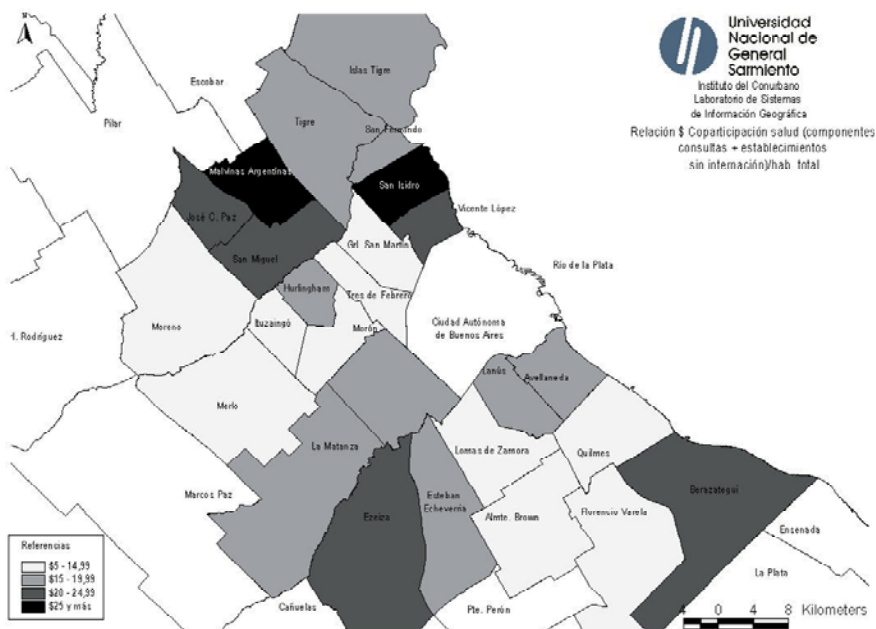
Estas brechas profundizan la hipótesis de la heterogeneidad de los sistemas locales (en dotación y alcance de la red de servicios disponibles), fenómeno que no parece relacionarse –en todos los casos– con la demanda potencial de cada partido.

La mirada que estamos proponiendo supone la existencia de sistemas organizados universalmente. Sin embargo, la demanda sobre el subsector público parece variar –de hecho– según sea la cobertura alternativa con que cuente la población y sus niveles de bienestar.

El análisis realizado más arriba mostraba las diferencias que existen entre los municipios del GBA en el porcentaje de población sin cobertura de obra social y medicina privada. Este dato pone en evidencia demandas muy diferentes sobre el subsector público en unos casos respecto de otros. Mientras municipios como Moreno o Florencio Varela estaban en el 2001 superando el 65% de población

²⁰ El proyecto de investigación en que se inscribe este trabajo, avanza en un estudio de casos locales de la región. Proyecto de Investigación ICO/UNGS: “Los sistemas locales de salud en el Gran Buenos Aires: mirando la gestión desde la salud de la población”. Dir.: M. Chiara. Equipo de investigadoras: M. M. Di Virgilio y M. Miraglia, 2006/2009.

Mapa 5 – Relación \$ por coparticipación en salud (componente consultas + establecimientos sin internación) por habitante total

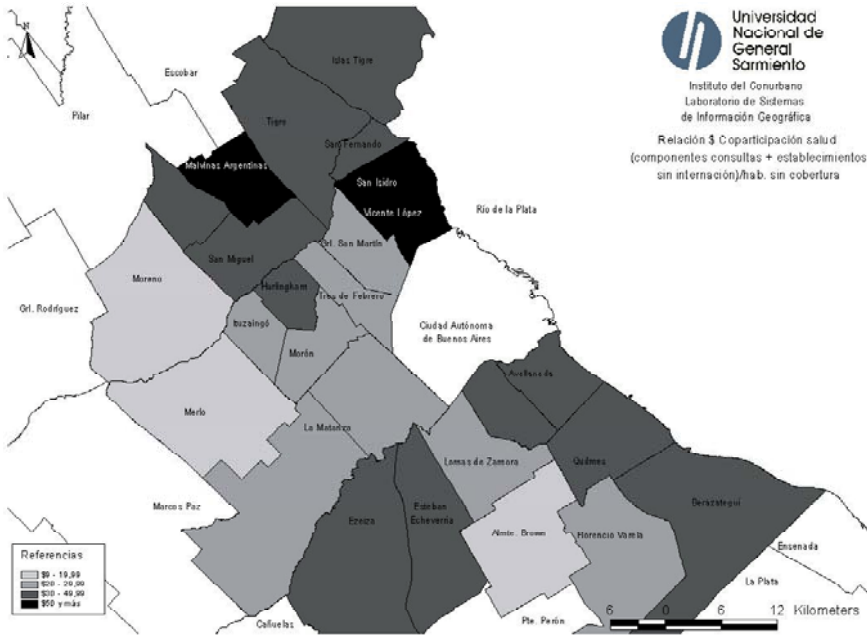


sin cobertura de obra social y medicina privada, otros como Vicente López y San Isidro se encontraban en alrededor del 30%.

En ese sentido, otra aproximación posible a la relación entre “transferencias” y “demanda” es la que vincula los componentes seleccionados de la coparticipación y la población sin cobertura de obra social y medicina privada.

Las transferencias para el año 2005, medidas en “\$ coparticipación (consultas + establecimientos sin internación) por habitante sin cobertura de obra social y medicina privada”, son mayores en los municipios de Malvinas Argentinas, Vicente López y San Isidro; los dos últimos, localizados en el agrupamiento del GBA que presenta los mejores indicadores sociales y económicos y, como hemos visto arriba, tienen menor porcentaje de población sin cobertura alternativa a la estatal. Asimismo, esta indicador permite establecer diferencias internas en aquel grupo de 10 municipios que estaba entre los valores más bajos medidos con relación a la población total; esta diferenciación parece estar definida desde variables sociales y económicas.

Mapa 6 – Relación \$ por coparticipación en salud (componente consultas + establecimientos sin internación) por habitante sin cobertura de obra social y medicina privada



Con algunas homogeneidades, si las transferencias provinciales son un reflejo de la dotación y capacidad de producción que tienen los sistemas, el análisis realizado aquí pone en evidencia la diversidad de ofertas que comprenden los distintos sistemas locales.

En algunos casos, las estrategias parecen haberse ido organizando en función de maximizar las posibilidades de transferencias elevando la productividad del sistema (en cantidad de consultas) a través de distinto tipo de arreglos público/privados y calificando establecimientos de mayor complejidad, de modo de recibir los incrementos que la fórmula de distribución prevé en esas situaciones. Estas estrategias se completan –en algunos casos particulares– con legislación *ad hoc* que impone distintas barreras en el acceso a los servicios a la población que no reside en el partido y con modalidades de arancelamientos a los servicios.

Tal como están definidos en la legislación vigente, estos criterios parecen promover una valoración relativa de la complejidad por sobre las estrategias preventivas y, a su vez, estimular la declaración de prestaciones (y en algunos

casos, el doble financiamiento).²¹ En ese marco, se produce un “círculo vicioso” a través del cual se premia la complejidad y la producción, habilitando a los espacios locales a organizar sus estrategias en función de optimizar los recursos desde la complejidad y el incremento de la producción; situación que, a su vez, eleva los niveles de transferencias.

Frente a esta situación, se constatan arreglos más o menos informales orientados a abrir el acceso a los “beneficios” así generados a la población del conjunto de la región. Por tratarse de arreglos informales y también “remediales”, son objeto de controversia entre los actores, debates que no estuvieron ausentes en el desarrollo del seminario.²²

¿Desde dónde explicar el sentido que adquieren las estrategias locales? ¿Por qué algunas apuestas apuntan casi exclusivamente a maximizar los beneficios a los que habilitan las reglas de juego y otras comprometen otro tipo de apuestas?

La respuesta a estos interrogantes requiere de un análisis en profundidad de “casos típicos” avanzando en el análisis de su génesis, la reconstrucción del entramado de los actores, el análisis de la demanda de la población, entre otros aspectos. El estudio de estos casos debe necesariamente reconocer e inscribirse en el contexto de los debates más generales que atraviesan en conjunto de la política social y las tensiones particulares con que se expresan en el nivel local.

¿Cuáles son los dilemas estructurantes que definen las coordenadas de organización de los sistemas de salud en el nivel local?

Las orientaciones que ha seguido la política local de salud han sido en algunos casos divergentes y se han visto fuertemente interpeladas por las tensiones a las que tradicionalmente debe dar respuesta la política social, en general, y la política de salud, en particular (universalidad/focalización, Estado/mercado, financiamiento de la oferta/financiamiento de la demanda). Sin embargo, cuando se analizan estas tensiones en clave local, el desafío es identificar cómo se redefinen las tensiones tradicionales a escala local y qué rasgos particulares las caracterizan.

Tal como señaláramos anteriormente, los procesos de reforma y las transformaciones del Régimen Local de Implementación (RLI) tienen como resultado

²¹ Estudios del Ministerio de Economía de la Provincia refieren a problemas de sobredeclaración de prestaciones, derivaciones de patologías costosas, sobreequipamiento y estrategias de elevación de la complejidad (Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, 2002).

²² Se hace referencia aquí a los acuerdos entre el nivel provincial y algunos municipios para resolver derivaciones de alta complejidad de población residente en otros partidos.

una jerarquización del nivel local. Los municipios se transforman en espacios de gestión que deben dar respuestas a las crecientes demandas de una población que se ha visto “empujada” a atender sus necesidades de salud/ enfermedad en el sector público.²³

Sin embargo, esta transformación se produce en un contexto de debilidad institucional y escasas capacidades estatales para dar respuesta al nuevo escenario, que fue sorteado por los municipios de muy distinto modo y articulando distinto tipo de estrategias. Crecientes demandas en un contexto de limitadas competencias y de déficits en las capacidades de gestión constituyen el contexto que permite dar cuenta de los dilemas de la política sanitaria en el nivel local.

Cabe destacar que estos dilemas que atraviesa la política sanitaria en el nivel local no pueden ser extrapolados acríticamente a todos los espacios locales de gestión, su definición en términos de problemas de gestión en lo local está sujeta a las características del territorio y a las marcas del RLI. Asimismo, resulta importante tener en cuenta que dichos dilemas contribuyen a la estructuración de los sistemas de salud locales. Es decir, los atributos particulares de cada uno de los sistemas de salud locales se constituyen, en parte, en el mismo proceso en el que intentan dar respuesta a las tensiones que atraviesan los procesos de gestión en el nivel local.

Ampliación de la cobertura y la calidad de la prestación

Un referente que condiciona la organización de los sistemas de salud en el nivel local es el relativo al objeto/sujeto de la intervención pública; es decir, quiénes son sus beneficiarios, destinatarios, receptores, usuarios, etc. La definición acerca del alcance de la cobertura de las políticas sanitarias subyace a la discusión sobre el principio de equidad en la distribución de los servicios y/o transferencias a cargo del Estado.

Las políticas de ajuste impulsadas en las últimas dos décadas del siglo pasado produjeron, por un lado, un aumento del número de pobres y, por el otro, un crecimiento importante de la vulnerabilidad económica de los sectores medios y medios bajo. En este contexto, el desafío es dar respuesta a la creciente demanda de servicios de salud garantizando, al mismo tiempo, la calidad de las prestaciones para un amplio espectro de grupos sociales.

Las investigaciones sobre nueva pobreza ponen en evidencia que, en contextos de empobrecimiento, no todos los grupos sociales tienen iguales capacidades (posibilidades) para asegurar el acceso a los recursos públicos.

²³ Tal como hemos podido observar anteriormente, como consecuencia de los procesos de empobrecimiento padecidos en las últimas décadas, aproximadamente un 50% de la población del Conurbano Bonaerense no posee cobertura social (ni a través de prepaga ni de obra social).

Los sectores medios empobrecidos tienen mayores reservas de capital social que les permiten hacer un uso más eficiente de los servicios públicos de salud, asegurando estándares de atención relativamente satisfactorios merced a sus posibilidades de reclamar y hacer valer sus derechos. En cambio, los sectores peor posicionados en la producción y en el consumo ven seriamente cuestionada su posibilidad de acceder a los servicios públicos de salud. Las barreras que produce la privación de los recursos necesarios para participar en los juegos sociales generan un efecto de “insularización” (Cravino *et al.*, 2002) que no sólo afecta el acceso a oportunidades de empleo o a los recursos de los programas sociales sino, también, de salud.

En este marco, la eficacia de las políticas focalizadas también se ve seriamente afectada. ¿Cómo garantizar el acceso a servicios de salud cuando la proporción de ciudadanos desprotegidos supera el 50% de la población? En ese marco, la red de seguridad mínima a través de la cual es posible redistribuir recursos escasos de manera selectiva a favor de grupos –meta predeterminados y según criterios de costo eficacia– también se ve seriamente cuestionada en su implementación territorial.

Un aspecto crítico en este escenario es garantizar un tratamiento homogéneo del derecho a la salud. ¿Quién define los alcances del derecho a la salud? ¿Es esta potestad de los gobiernos locales? O antes bien, ¿deberían garantizarse estándares compatibles que aseguren a los ciudadanos de un mismo Estado condiciones de acceso equivalentes? De este modo, es la definición del alcance y de los contenidos del derecho a la salud los que parecen también tensionar el desarrollo de estrategias múltiples y fragmentadas de gestión de los sistemas de salud locales.

El rol del Estado y el rol del mercado

Las tensiones que modelan la organización del sistema de salud local alcanzan también a las visiones acerca de los roles asignados al Estado y al mercado en la prestación de servicios de salud.

En las últimas décadas, las investigaciones sobre la organización y el funcionamiento del sistema de salud han puesto en evidencia la relevancia que adquirió el mercado en tanto mecanismo clave con capacidad de “controlar una parte sustancial de los recursos financieros, técnicos y organizativos que permiten la operatoria de ese sistema, y decidir los mecanismos que regularán su asignación y distribución con relativa independencia de los organismos estatales con jurisdicción en el área” (Belmartino, 2005:18).

La existencia del mercado como mecanismo social legítimo de asignación de recursos y, por ende, con capacidad para delimitar/definir el sujeto y los actores

de la política sanitaria favoreció y facilitó la redistribución de responsabilidades en la atención de la salud y el avance consiguiente del sector privado sobre el público. Asimismo, sentó las bases para una nueva interpretación de “lo público”, de “bien público” y, por ende, de responsabilidad estatal.

En este marco es posible comprender la génesis de los centros de salud en el nivel local en el GBA, la cual pone de manifiesto la estrecha interpenetración que existe entre el sector público y el privado. Es sobre esa trama de relaciones público/privado que deben analizarse los procesos de privatización vinculados al sector salud. La gestión privada (a través de las Sociedades de Fomento) de fondos obtenidos por prestaciones públicas y la apertura de áreas de atención privada en centros de salud municipales se instituyen como una primera modalidad que asume la mercantilización de los servicios sociales. Sobre esta modalidad se solapan y alimentan los sucesivos procesos de mercantilización que contribuyen a la redefinición de la noción de bien público. En algunos casos, estos procesos han tenido como resultado importantes incrementos en la cantidad de consultas, con el consiguiente impacto en las transferencias por coparticipación analizadas precedentemente.

De este modo, los sistemas de salud locales se constituyeron sobre la base de una multiplicidad de arreglos público privado. Dichos arreglos comprendieron procesos de privatización periférica –que involucraron servicios que están en la periferia del sistema local de salud–, prácticas de arancelamiento y cobro de bonos por prestaciones médicas en centros de salud y hospitales y convenios con corporaciones profesionales del nivel local para la prestación de servicios, así como legislación ad hoc que establece limitaciones en la atención a población no residente en el partido al cual pertenece el hospital.

Financiamiento de la oferta y financiamiento de la demanda

La sociedad de mercado supone que cada uno de sus miembros participa en un sistema de división social del trabajo ofreciendo y colocando en el mercado su trabajo o los productos del mismo, obteniendo un ingreso monetario que le permite adquirir lo necesario para reproducir su propia vida y la de su familia. En este sistema, la imposibilidad de acceder al mercado como productores conlleva la exclusión como consumidores (Coraggio, 1999:92). En este marco, el creciente aumento de las tasas de desempleo y la imposibilidad del mercado de trabajo de absorber a una parte importante de la población activa excluye a esa población de consumos de servicios de salud, entre otros.

Ante esta situación, y en un contexto de retracción de políticas orientadas a subsidiar la oferta de bienes y servicios sociales, la respuesta vino de la mano de la implementación de políticas de subsidio focalizado a la demanda, que

intenta alcanzar la equidad por la vía del subsidio a la demanda en un mercado cuyas estructuras de oferta no son necesariamente objeto de política.²⁴ En esta perspectiva, el Estado se reserva para sí el papel de regulador del sector social, de gestor de subsidios directos a la demanda de bienes y servicios sociales y de agente subsidiario en aquellos casos en los que el sector privado no está en condiciones de desempeñarse adecuadamente. El sector privado, por su parte, se hace responsable de ofrecer bienes y servicios y el Estado, de proporcionar subsidios monetarios que facilitan el acceso de las familias más desfavorecidas a dichos bienes y servicios a través de los mecanismos de mercado. Con la introducción de este nuevo modelo de política sectorial orientado a la demanda, se amplía el repertorio de programas y de instrumentos destinados al sector social.

Si bien en el sector salud las intervenciones orientadas a la demanda no operaron a través de subsidios directos, otras intervenciones sociales –como, por ejemplo, el Programa Familias– han intentado vía subsidios articular y modelar el acceso de las familias al sector salud (suponen condicionalidades vinculadas a la atención sanitaria de la madre y el niños).

En este marco, los sistemas de salud locales deben dar respuesta a las demandas derivadas de las condicionalidades a las que están sujetas los programas de subsidio a la demanda, viéndose obligados a articular con otras áreas del gobierno local. Dichas articulaciones no están necesariamente contempladas en los diseños de las intervenciones. Los mecanismos de articulación suponen, asimismo, el desarrollo de capacidades de gestión intersectorial que son escasamente tenidas en cuenta en la lógica del sistema de salud y en las intervenciones de carácter vertical.

La aparición de los contratos capitados como mecanismo de financiamiento del sector salud también introdujo modificaciones en los mecanismos de financiamiento de la oferta, en la importancia del sector privado en el nivel local y en las inequidades en relación a los beneficios recibidos por la población. Asociaciones de profesionales, sanatorios y las UTEs se consolidaron como prestadores de servicios de atención médica ambulatorios e internación, con capacidad de lobby para la obtención de contratos con las obras sociales, en competencia con los otros agentes presentes en cada escenario local con disposición a administrar cápitás (Belmartino, 2005:10).

²⁴ De este modo, se intenta interferir en el sistema de distribución del ingreso desvinculando parcialmente el ingreso personal o familiar de la realización previa o actual de trabajo asalariado o de la producción autónoma de bienes y servicios en el mercado, garantizando para todo ciudadano o familia el acceso al equivalente monetario de una canasta básica de bienes (Coraggio, 1999:93). El acceso a tan ingreso o complemento de ingreso está vinculado a la demostración de carencias y/o al cumplimiento de ciertas normas (como la asistencia de los hijos a la escuela, no ser propietario de una vivienda y tener ingresos bajos, etc.).

En este contexto, las políticas sanitarias en el nivel local han tenido que dar respuesta a dilemas estructurantes de los procesos de gestión, fuertemente marcados por los impactos de los cambios contextuales en el territorio y de los nuevos mecanismos de financiamiento propios del sector.

Los desafíos de la gestión en salud en el nivel local

Es claro que los cambios en la estructura social producidos en las últimas décadas interpelaron fuertemente a los sistemas de salud locales. La estructura social se ha fragmentado, generando un fuerte proceso de segmentación de necesidades y de demandas de atención.

La descentralización de los servicios de salud, los déficits de capacidad de gestión para asumir el desarrollo de políticas y el impacto de las crisis han definido un campo de acción desde el cual los gobiernos locales del GBA han desarrollado un conjunto heterogéneo de modelos de gestión para la atención de la salud, fuertemente disímiles y heterogéneos.

Dichas heterogeneidades se expresan en desequilibrios en la calidad y orientación (integral, residual, focalizada, etc.) de prestación de bienes y servicios de salud entre los distintos municipios generando niveles muy disímiles de bienestar en un conjunto de poblaciones teóricamente equiparables.

El análisis de la oferta de servicios de salud locales pone de manifiesto que:

- la oferta de servicios que estructura los modelos de gestión para la atención de la salud en el GBA está fuertemente definida por los programas nacionales y/o provinciales de gestión desconcentrada y por programas verticales, con escasa capacidad para responder a demandas segmentadas.
- la lógica reactiva domina aún la actuación en el marco de los programas analizados. Esta lógica puede (o no) combinarse con una lógica preventivo/promocional.
- los resultados del estudio ya referido, realizado con base en una muestra de 3000 puérperas en la Región Sanitaria V, ponen en evidencia que sólo un porcentaje inferior al 30% de las parturientas llega al parto habiendo completado en su totalidad los controles que se requieren durante el embarazo.
- los contenidos preventivos se vinculan generalmente a la detección precoz de enfermedades más que a la promoción de salud (sin que exista daño alguno).

- los programas, en términos generales, orientan sus intervenciones a través de una lógica focalizada en problemas (desnutrición, niños en situación de calle, etc.).
- en términos generales, las intervenciones se orientan a garantizar estándares mínimos de bienestar, más que constituir componentes centrales de itinerarios integrales de inserción social.

Aun en este contexto, algunos municipios ponen de manifiesto, a través de sus planes de gobierno, la intención de orientar estratégicamente sus acciones en materia sanitaria. La lógica que guía las intervenciones, en estos casos, es la incorporación de los programas desde los cuales se motorizan los procesos antes descriptos en una propuesta orientada hacia una mayor integralidad. En estos casos, es posible pensar que los programas se convierten en recurso al servicio de una política de salud local.

Las dinámicas autónomas que resultaron de la descentralización fueron efectivas para responder a las crisis, pero han dado lugar a muy distintas condiciones de acceso a los servicios: más preventivas o más centradas en la complejidad, completamente gratuitas o con algunos grados de arancelamiento.

En este contexto cabe preguntarse por cuál es la agenda post crisis de los niveles supra locales, en función de garantizar la equidad en el acceso efectivo al derecho a la salud.

Bibliografía

- Belmartino, S. (2005), *La Atención Médica en Argentina. Historia, Crisis y Nuevo Diseño Institucional*. CEDES, Serie Seminarios Salud y Política Pública.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M.; Cravino, M. C. y Catenazzi, A (1999), *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense*. Informe de Investigación. UNGS.
- Chiara y Di Virgilio (2005), *Municipios y gestión social. De los escritorios del Banco Mundial a las calles del Gran Buenos Aires*. UNGS/Prometeo.
- Cormick, H., *et al.*, (1992), “Descentralización de la Gestión Municipal. El Caso de la MCBA”. Ponencia presentada en el *IX Congreso Nacional de Administración Pública*. Mendoza, noviembre. Pp. 18-19.
- Coraggio, J. L. (1999), *Política Social y Economía del Trabajo. Alternativas a la política neoliberal para la ciudad*. Buenos Aires. Universidad Nacional de General Sarmiento/Miño y Dávila Editores.

- Cravino, M. C.; Fournier, M.; Neufeld, M.R. y Soldano, D. (2002), “Vida cotidiana e implementación de políticas sociales: receptores y mediadores en un barrio del Conurbano Bonaerense”. <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p4.2.htm>
- Garriga, M. y Sanguinetti, P. (1995), “Coparticipación a Municipalidades de la Pcia. de Bs. As.”. En: *Cuadernos de Economía* Nro. 10.
- Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires (2002), *Cuadernos de Economía*, Nro. 63: “Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires”, La Plata.
- Oszlak, O. y O’Donnell, G. (1976), “Estado y Políticas Estatales en América Latina”. En: *Redes* (Revista de Estudios Sociales de la Ciencia) Nro 4. Vol 2. Buenos Aires, setiembre 1995.
- Reimondi, R. y Chiara, M. (2007), *Condiciones de Vida y Control de Embarazo en los municipios de la Región Sanitaria V*. Co Ed. Subsecretaría de Planificación en Salud del MSPBA y UNGS / CIC http://www.ungs.edu.ar/publicaciones/resumen/res_pe05.html

ANEXOS:**Cuadro 1 – Población del 1º quintil de ingresos según agrupamientos del GBA. En porcentajes**

Agrupamiento GBA	% poblac. En 1er quintil
CB1 San Isidro y Vicente López;	5,2
CB2 Avellaneda, La Matanza 1 (el partido de La Matanza fue dividido en dos zonas diferenciadas), Morón, General San Martín y Tres de Febrero;	18,5
CB3 Almirante Brown, Berazategui, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes;	23,6
CB4 Florencio Varela, Esteban Echeverría, Merlo, Moreno, General Sarmiento, La Matanza 2, San Fernando y Tigre.	38,1

Fuente: INDEC: Tabulados especiales EPH puntual, Onda mayo 2003.

Cuadro 2 – Tasa de desocupación y subocupación según agrupamientos del GBA

Agrupamiento GBA	% desocupados	% subocupados
CB1 San Isidro y Vicente López;	15,4	17,2
CB2 Avellaneda, La Matanza 1 (el partido de La Matanza fue dividido en dos zonas diferenciadas), Morón, General San Martín y Tres de Febrero	15,6	20,8
CB3 Almirante Brown, Berazategui, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes;	15,6	27,1
CB4 Florencio Varela, Esteban Echeverría, Merlo, Moreno, General Sarmiento, La Matanza 2, San Fernando y Tigre.	22,9	22

Fuente: INDEC: Tabulados especiales EPH puntual, Onda mayo 2003.

Cuadro 3 – Población total, Población sin cobertura y Variación intercensal de población sin cobertura

Partido GBA	Población TOTAL	% Población sin cobertura de OS y prepaga		Población sin cobertura	Población sin cobertura OS y prepaga 2001	Población TOTAL 1991	Población sin cobertura OS y prepaga 1991
		2001	1991				
Almirante Brown	515.556	53,7	40,8	50,49	276.723	450.698	183885
Avellaneda	328.980	42,3	30,7	31,43	139.199	344.991	105912
Berazategui	287.913	55,5	39,5	65,25	159.871	244.929	96747
Esteban Echeverría	243.974	55	44,7	--	134.287		
Ezeiza	118.807	59,3	s/d	--	70.466		
Florencio Varela	348.970	65,3	48,7	83,60	228.007	254.997	124184
General San Martín	403.107	48,3	35,9	33,35	194.756	406.809	146044
Hurlingham	172.245	48,3	--	--	83.125		
Ituzaingó	158.121	46,5	--	--	73.502		
José C. Paz	230.208	63,2	--	--	145.555		
La Matanza	1.255.288	58,4	43,9	48,84	732.684	1.121.298	492250
Lanús	453.082	45,6	34,2	29,02	206.753	468.561	160248
Lomas de Zamora	591.345	51,3	37,4	41,33	303.566	574.330	214799
Malvinas Argentinas	290.691	58,4	--	--	169.768		
Merlo	469.985	61	45,5	61,27	286.801	390.858	177840
Moreno	380.503	65,5	50,3	72,14	249.118	287.715	144721
Morón	309.380	38,5	33	--	119.080		
Quilmes	518.788	49,1	35,1	41,97	254.760	511.234	179443
San Fernando	151.131	47,7	39,3	26,71	72.086	144.763	56892
San Isidro	291.505	32	25,4	22,97	93.396	299.023	75952
San Miguel	253.086	51,3	--	--	129.758		
Tigre	301.223	54,8	43,9	45,77	165.054	257.922	113228
Tres de Febrero	301.223	44,4	33,9	26,13	149.390	349.376	118438
Vicente López	274.082	27,2	20,3	26,95	74.610	289.505	58770

Fuente: Elaboración propia con base a Censo Nacionales de Población y Vivienda, 2001 y 1991.

La variación intercensal se calcula con base a:

$$\frac{(\text{población sc2001} - \text{población sc1991}) * 100}{\text{población sc1991}}$$

Cuadro 4 – Municipio de residencia de las puérperas y maternidad de la Región V en donde realizaron su parto. Región V, Año 2004

MUNICIPIO	HOSPITALES																		
	EVA PERÓN (SM)	BELGRANO (SM)	SANTA ROSA (VL)	BOCCALAN-DRO (3 de Febrero)	THOMPSON (SM)	SAN FERNANDO	TIGRE	ESCOBAR	J.C. PAZ	EX. DE LA CRUZ	MALVINAS ARGENTINAS	SAN MIGUEL	PILAR	SAN ISIDRO	ZARATE	MORENO	CAMPANA	TOTAL	
VICENTE LOPEZ	1.7	10	88.3																100.0
SAN MARTÍN	27.7	17	12.8	11.8	28.4	2.4													100.0
SAN FER-NANDO			1.5		96.2	1.5								0.8					100.0
TIGRE	0.3		11.7		5.4	79.5	1.0	0.3			0.7	0.3		0.3					100.0
ESCOBAR			5.5		0.5	0.9	91				0.9		0.9					0.5	100.0
JOSE C. PAZ	2.7		0.8				0.4	85.2			0.8	6.5	2.7	0.4				0.8	100.0
MALVINAS	0.9	0.3	19.8	0.3			0.6	2.1			74.8	0.9		0.3					100.0
SAN MIGUEL	3.5		0.4	4.8	0.4			3.5				87						0.4	100.0
PILAR	0.4		8.4	0.4			0.4	8	9.2		0.8	0.4	71.4					0.4	100.0
SAN ISIDRO			1.1		1.6	1.1								95.6	0.5				100.0
ZÁRATE					0.8										98.3	0.8			100.0
CAMPANA															6.4			90.4	100.0
EX DE LA CRUZ							1.1	1.1	1.1	1.1								27.6	100.0
MORENO	0.4			1.8				9		72.4		5.8	1.1					82	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/JUNGS – RS V – CIC 2004.

Cuadro 5 – Coparticipación en salud según componentes (consultas y establecimientos sin internación) por habitante total y por habitante sin cobertura de OS y medicina privada. 2005

Partido GBA	\$ copar consultas + establec. sin internación/hab Total	\$ copar consultas + establec. sin internación /hab sin cobertura	Cantidad de camas		
			Camas municipales	Camas provinciales	Camas nacionales
Almirante Brown	5,09	9,48	-	388	-
Tres de Febrero	10,88	24,51	-	280	-
Ituzaingó	12,14	26,10	-	-	-
Moreno	12,51	19,10	-	187	-
Lomas de Zamora	11,41	22,25	62	1207	-
Lanús	16,96	37,20	-	457	-
Tigre	18,07	32,97	-	178	-
Quilmes	14,74	30,02	64	162	-
Florencio Varela	14,47	22,16	48	177	-
Hurlingham	15,99	33,10	28	-	-
San Fernando	17,97	37,67	49	157	-
José C. Paz	24,93	39,44	-	206	-
Avellaneda	16,64	39,33	67	644	-
Ezeiza	22,36	37,71	22	138	-
Berazategui	24,46	44,07	9	218	-
General San Martín	14,32	29,64	225	367	-
Merlo	11,74	19,24	262	164	-
La Matanza	17,15	29,36	392	447	-
Morón	10,77	27,97	185	192	539
Esteban Echeverría	17,74	32,26	113	-	-
San Miguel	24,52	47,80	231	-	-
Vicente López	21,90	80,52	327	62	-
San Isidro	30,63	95,72	340	-	-
Malvinas Argentinas	44,29	75,83	386	-	-
Promedio Prov.	16,88	32,48	-	-	-
Mediana	16,80	32,62	-	-	-

Fuente: Subsecretaría de Planificación de Salud. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Condiciones sociales y organizativas para la Gestión Local en Salud: reflexión a partir de la problemática de la Enfermedad de Chagas¹

Ignacio Llovet y Graciela Dinardi

CEDES

“El capital social no es un sustituto para políticas públicas efectivas sino que es al mismo tiempo un requisito y una consecuencia de ellas”.

R. Putnam (1993)

Introducción

Este artículo presenta reflexiones sobre los procesos y las tensiones que se generan en el nivel local para la implementación de políticas de salud. Con los resultados obtenidos en un estudio de caso de los aspectos sociales y organizativos de la enfermedad de Chagas, se identifican los prerequisites para la implantación de esquemas de gestión local. El proceso de cambio en los modelos de intervención en el control y la vigilancia de la Enfermedad de Chagas en la provincia de Santiago del Estero sirve de base para las reflexiones que se presentan. Los arreglos institucionales del Programa Nacional de Lucha Contra la Enfermedad de Chagas y su traducción en la disposición y organización de recursos y las características socio-ambientales de la población más vulnerable

¹ Este artículo presenta avances de la investigación “Decentralization policies and health system reform in Argentina: its impact on Chagas vector prevention and control” (A 40153), financiado por UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR).

proporcionan el prisma a través del cual se piensa la gestión local en salud. El punto de observación es la opinión de expertos y de usuarios de servicios de salud, reales y potenciales.

Se entiende por “gestión local” el conjunto de relaciones entre actores implicados territorialmente en el uso de recursos y determinación de orientaciones cuyo nivel político institucional es el municipio. La interacción entre los actores locales deja abierto eventualmente un cambio de curso en la formulación de las políticas sectoriales.

Las conclusiones enfatizan la necesidad de que los actores locales consideren las disponibilidades materiales y simbólicas de las poblaciones de referencia, las condiciones políticas de la jurisdicción, los arreglos organizacionales entre provincia y municipios de la jurisdicción y el marco temporal de aplicación y maduración de la gestión local.

El estudio de caso

La enfermedad de Chagas tiene características endémicas en varias provincias, pero en los últimos años se observó una tendencia declinante del número de casos agudos declarados. Si bien la declinación es efectiva según las cifras estadísticas a nivel nacional, la situación presenta particularidades a nivel regional, en especial en la provincia de Santiago del Estero, donde ha habido un incremento de casos agudos desde el año 2000 en adelante. Es justamente en esa discordancia entre la situación provincial y la nacional donde se sitúa el foco problemático de la investigación, interesada en comprender los procesos de descentralización y reforma del sector salud y su impacto en la prevención y control de la enfermedad de Chagas² que alteraron un paradigma organizativo que tuvo vigencia durante 30 años.

¿Cuáles fueron las características que ha tenido a lo largo del tiempo el Programa Nacional del Chagas? ¿Por qué es pertinente referirse a él cuando se vincula este tipo de intervención con la gestión de lo local? El Programa Nacional del Chagas tiene ya prácticamente 50 años de actividad, que ha desarrollado bajo distintas denominaciones.

En el año 1980, como producto de la maduración del Programa, se establece la Ley de Chagas,³ que es reglamentada en el año 1982 normando la descentralización operativa. El proceso de aplicación de la ley abre el curso para la

² Se aplicó un diseño de estudio de caso, de tipo multi-nivel, con una encuesta a 400 hogares rurales y entrevistas en profundidad a 25 hogares del interior de la provincia que habían sido afectados por ocurrencia de casos agudos de Chagas durante 2004 y 2005, por transmisión vectorial y 20 entrevistas a funcionarios nacionales y provinciales y a informantes claves provenientes de distintas disciplinas.

³ En 1980 se promulga el Decreto Ley 22.360 o Ley de Chagas que fue reglamentada por Decreto N° 1451/82.

vigencia de formas de intervención que oscilan desde un extremo muy centralizado, con una estructura técnica organizada, una fuerte dotación de recursos para hacer sus intervenciones en campo, operado desde el nivel nacional, hasta situaciones de descentralización, que tienen lugar a partir de esa década y que se implementan en forma variable de acuerdo a las distintas provincias en las que tiene lugar.⁴

Esta transferencia operativa se concreta, bajo el gobierno de la dictadura militar, a partir de 1982, donde se firman acuerdos entre el gobierno nacional y con cada una de las provincias, individualmente. Entre 1982 y 1983 el proceso de descentralización se lleva a cabo en 15 provincias sobre un total de las 19 consideradas endémicas. Otras 4 provincias no aceptan la descentralización y conservan hasta la actualidad el esquema original centralizado a través de delegaciones provinciales del Servicio Nacional de Chagas.

La transferencia operativa supone que las provincias se hacen cargo de la vigilancia y del control aportando recursos humanos y transporte. La Nación aporta insumos y equipamiento para la fumigación y asistencia técnica. Esta división del trabajo se llevó a cabo de manera más o menos exitosa en función de cada una de las jurisdicciones durante las últimas dos décadas.

En Santiago del Estero este proceso experimentó dos etapas distintas. La primera etapa fue un proceso de descentralización con mantenimiento de una estrategia vertical de intervención. El segundo período, que abarca desde 1990 en adelante, el proceso de descentralización se combina con el fortalecimiento de una intervención más horizontal, donde se abre un espacio para la delegación de actividades a la comunidad, en especial aquellas vinculadas con la vigilancia epidemiológica.⁵ Los resultados obtenidos son dispares.

De acuerdo a los avances que se han logrado hasta el presente en la interrupción de la transmisión vectorial, las provincias se clasifican en tres grupos distintos. Se extiende la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial en el 2002 a Jujuy, La Pampa y Río Negro, y en el 2004 a Entre Ríos.⁶ Éste es el panorama que concierne a aquellas jurisdicciones que han avanzado exitosamente con el proceso de interrupción de la transmisión vectorial.

Hay otras provincias que tienen la certificación pendiente, Salta, Catamarca, Tucumán y Santa Fe. Finalmente, las provincias que mantienen la transmisión,

⁴ En 1981, se aprueba la transferencia de la actividad operativa del Programa Nacional de Lucha contra la Enfermedad de Chagas-Mazza, para las provincias de Corrientes, Formosa, La Pampa, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Luís y Santiago del Estero.

⁵ Para una descripción detallada de las modalidades de intervención en Santiago del Estero, véase, Segura, 2005.

⁶ La certificación consiste en un proceso de inspección monitoreado internacionalmente, donde la comisión inspectora hace una visita de campo, toma muestras, registra la documentación de notificación pertinente, etc. Y finalmente en función de los resultados extiende esta certificación.

donde se confirma la notificación de casos agudos, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, La Rioja, Córdoba y San Juan (Zaidemberg *et al.*, 2004). El caso de Santiago del Estero tiene especial relevancia porque desde el año 2001 en adelante hay un crecimiento sostenido de la notificación de casos agudos que pasó de 3 a 12.⁷

Lo que esto muestra es la existencia de un rango de situaciones donde hay provincias que han avanzado exitosamente con la interrupción de la transmisión vectorial, hay otras que están en una situación intermedia y hay otras situaciones como Santiago del Estero donde hay retroceso. ¿Cómo se explica esta diversidad?

La provincia ha tenido dificultades históricas para organizar acciones desde programas provinciales, ya sea por falta de decisión política o capacidad organizativa o por cambios constantes de ministros de salud, que afectan la continuidad de las acciones.

El Programa Provincial de Chagas, en acuerdo con el Programa Nacional, decidió que la provincia se encargaría de fumigar la Capital y La Banda, ciudad vecina a la capital, y que el resto del territorio provincial quedaba a cargo de las delegaciones del Servicio Nacional. Santiago del Estero, luego de la fase de ataque⁸ realizada por las delegaciones del Servicio Nacional y por el Programa Provincial, no ejecutó las acciones de supervisión y vigilancia en la manera sostenida en que se había comprometido. Es así que se llega al año 2000 con un rebrote de casos agudos sin que el Programa Provincial hubiera fortalecido el sistema de efectores locales que permitieran la realización de acciones de vigilancia y de rociado selectivo.

La ausencia de un espacio de acción de los efectores locales impidió el surgimiento de un circuito de responsabilidades que vinculara municipio, provincia y nación. La mayoría de los municipios instalados en el área de riesgo no cuentan con personal especializado o dependencia técnica para el control de vectores. Observadores calificados señalan que el centro de la dificultad se origina en factores organizativos y políticos. Estos factores son: 1) dificultades para la coordinación intersectorial en los tres niveles, 2) recursos humanos inadecuados por parte de la provincia, 3) acciones de vigilancia continua y contigua dependiente de una voluntad política provincial errática, 4) debilidad organizativa, financiera y de recursos humanos de la estructura municipal para involucrarse en las acciones de control y vigilancia, 5) dificultades para sostener

⁷ En 2006 se alcanza un nuevo valor. Téngase presente que estas notificaciones están sub-registradas en una relación que algunos observadores estiman en diez ocurrencias por cada notificación. Cfr. Lugones, 2001.

⁸ En la fase de ataque se realiza fumigación por barrido de viviendas en zonas rurales. Esto requiere de un despliegue planificado de recursos humanos y económicos.

una intervención integrada a nivel local.⁹ Este conjunto de factores limitativos del desarrollo local es paradójico dado que la política pública nacional propicia la activación de los niveles locales.

La inclinación por lo local

Hay un ambiente armonioso, en lo que concierne a la Enfermedad de Chagas como objeto de intervención pública, entre las definiciones políticas e instrumentales a nivel nacional. Así, el Programa de Lucha contra la Enfermedad de Chagas, a través de sus Normas Técnicas¹⁰ es congruente con las definiciones del Plan Federal de Salud 2004/2007, donde se fija el tipo de relación entre los distintos niveles jurisdiccionales, se define el carácter estratégico del desarrollo de Atención Primaria de la Salud y se fomenta un tipo de desarrollo de políticas saludables con énfasis en la equidad.

Las Normas, de aplicación obligatoria, establecen cuáles son los roles de los integrantes del sistema: articulación con el sistema de Atención Primaria de la Salud-APS y con las áreas educativas, la utilización de mecanismos de participación comunitaria y, sobre todo, la participación activa de los municipios. Estos señalamientos son inequívocos en su orientación: 1) coordinación intersectorial de los niveles nacional, provincial y local; 2) sensibilización de autoridades y comunidades para actuar conjuntamente a nivel local; 3) desarrollo de estrategias locales integradas.

Esta imbricación armoniosa de la política macro con la política sectorial se enfrenta con la realidad de un funcionamiento desigual –en las provincias– del sistema de APS. La política nacional toma a la APS como directriz y a los agentes sanitarios como vehículo de prevención. Por tanto, esta desigualdad se refleja en la atención de las necesidades de la población. La participación efectiva de agentes sanitarios en actividades de control ha madurado en algunas jurisdicciones, en tanto que en Santiago del Estero no se ha logrado sostener un esquema de agentes estables y formados. La experiencia en esta provincia muestra que la interacción entre el sistema y los usuarios puede ser difícil. La gran mayoría de la población rural de Santiago del Estero, o sea aquella que es más vulnerable frente al Chagas, afirma no haber recibido visita de agentes sanitarios en mucho tiempo. Por otra parte, se muestran escépticos respecto al rol que los agentes sanitarios desempeñan en sus comunidades, dado que los vinculan con necesidades electorales y prácticas

⁹ En Añatuya se llevó a cabo una experiencia que integraba la participación de diversas instituciones (ONG, Iglesia, municipio), con liderazgo privado y acompañamiento municipal pero con renuencia a ejercer un mayor protagonismo por parte de este último.

¹⁰ Las Actualizaciones de las Normas Técnicas fueron elaboradas por el Programa Nacional de Chagas en 2001.

clientelísticas y afirman desconocer las vías para informar acerca de la presencia de vinchucas en sus hogares (casi las 2/3 partes de las personas entrevistadas afirmaron tener vinchucas en sus viviendas y no conocer el procedimiento para la notificación) (Lloveet y Dinardi, 2006).

La sospecha de que el sistema funciona a partir de una lógica política y no movilizado por una lógica de las necesidades sanitarias explicaría la debilidad de la instancia local. Sin embargo, queda aún por conocer cuál es la capacidad que posee la población potencialmente usuaria para hacer manifiesta su demanda al sistema local de salud.

Disponibilidades simbólicas y materiales

Las disponibilidades simbólicas y materiales remiten a los pre-requisitos necesarios para la gestión local en salud. Putnam se refiere a las disponibilidades simbólicas en los términos de “trabajar juntos es más fácil en una comunidad bendecida con un stock sustancial de capital social” (n/trad. Putman, 1993), donde el capital social está conformado por el conjunto de redes sociales, normas, valores y confianza existentes en la comunidad. A su vez, las disponibilidades materiales están relacionadas con condiciones socio-ambientales (v.g. niveles de ingreso, de educación, condiciones habitacionales, acceso a servicios de salud por parte de la población) y con la existencia de recursos humanos capacitados a nivel local y con una adecuada articulación de los recursos financieros para acciones de prevención entre la provincia y municipios.

La demanda sanitaria por parte de la población depende de la suma de las condiciones simbólicas y materiales. Veamos en primer lugar las condiciones de orden simbólico. Hay tres elementos claves: la confianza, el consenso y la densidad de las interacciones. Santiago del Estero es una provincia particularmente deficitaria en lo concerniente a la disponibilidad de capital social y a los grados de confianza y consenso que esta sociedad tiene respecto de las instituciones o agencias públicas que intervienen en el campo de la salud.

La confianza remite a la predisposición modelada por la experiencia que los actores sociales han ido acumulando a lo largo del tiempo y que les permite aceptar o creer en ciertas situaciones o condiciones. La experiencia que los casos agudos de Chagas han tenido con respecto a sus diagnósticos, por ejemplo, es ilustrativo de situaciones de construcción de desconfianza. Los entrevistados reportan la existencia de diagnósticos equivocados (conjuntivitis, gripe, bronquitis) al concurrir al centro local de salud a consultar ante la manifestación de síntomas de la enfermedad.¹¹ La posterior derivación al nivel hospitalario local

¹¹ Lo afirmado por los entrevistados es coincidente con lo destacado por H. Lugones (2001), cuando elabora acerca de las dificultades para diagnosticar la enfermedad de Chagas de manera oportuna.

o al hospital de referencia para el tratamiento de la enfermedad de Chagas –localizado en la ciudad capital– no siempre se encuentra en manos de médicos; las enfermeras actúan como sustituto del médico recomendando la derivación del paciente al hospital regional, otras veces es el curandero quien aconseja ir directamente al Hospital de referencia y en otros casos, son los familiares que ya han estado expuestos a la enfermedad, los que impulsan la consulta. Esta experiencia genera dudas extendidas frente al conocimiento médico.

El consenso tiene que ver no ya con una percepción individual o una disposición micro, sino más que nada con una disposición colectiva a acordar alrededor de tópicos u objetivos.

La densidad de las interacciones que se establecen entre los miembros de una comunidad, determinan el nivel de coordinación y cooperación entre los miembros de la comunidad. Las comunidades en Santiago del Estero presentan una débil densidad. Las 2/3 partes de la población realiza no más de dos actividades de inserción comunitaria (participación en reuniones escolares, asistencia a ritos religiosos o actividades deportivas). Aquellos que registran mayor interacción social, a los que se podría caracterizar como más proclives a tener una actividad de liderazgo y de movilización de los recursos comunitarios, representan una minoría.

Cuadro 1 – Interacción social, zonas rurales, Departamentos de Silípica y Avellaneda. Santiago del Estero

Nº de Actividades	% Hogares rurales
1	33,6
2	32,5
3	21,1
4	7,9
5	2,3
6	1,8
7	0,9

Fuente: Elaboración en base a datos propios, Encuesta a Hogares Rurales, 2005, Proyecto “Decentralization policies and health system reform in Argentina: its impact on Chagas vector prevention and control”.

El 52,3% participa en reuniones de la iglesia; el 81% asiste a reuniones en la escuela y el 31,5% participa de actividades en clubes. Las actividades que requieren habilidades organizativas, poder de convocatoria y acción de

un líder, o aquellas que tienen un carácter más ocasional o excepcional están circunscriptas a un bajo porcentaje: sólo el 19% se reúne con los vecinos para tratar problemas comunitarios y sólo el 13% participa en redes comunitarias.¹² Los niveles de participación están condicionados por factores educativos y económicos. Hay una correlación entre el nivel educativo y nivel de participación, relativizado frente al rango educativo existente en la zona. El 85% de la población no supera la educación primaria completa y son aquellos que tienen la primaria completa los que tienen mayor inclinación a incorporarse en actividades de carácter comunitario.

Las disponibilidades simbólicas se complementan con las disponibilidades materiales indispensables para viabilizar la gestión local en salud, la que se ve restringida por las condiciones sociales y ambientales deficitarias. Los pobladores de las zonas rurales estudiadas viven pobremente, aislados, sin caminos ni medios de transporte públicos accesibles. Los escasos recursos económicos de los que dispone esta población (provenientes de planes sociales, tareas agrícolas estacionales y ocasionales, trabajos informales y altos niveles de desocupación) terminan de configurar una situación de privación en la que se acumulan los obstáculos para llegar a las redes de atención sanitaria y educativa.

Conclusiones

La provincia de Santiago del Estero, en contraste con lo que ocurre a nivel nacional, presenta un aumento sostenido de transmisión vectorial de la Enfermedad de Chagas. El estudio de caso presentado exhibe una combinación de circunstancias organizativas y sociales que explican este rebrote: voluntad política errática, débil implementación de la estrategia de APS sistemáticamente aplicada, ausencia de vigilancia local activa de la transmisión vectorial y una gran dificultad para implementar la participación comunitaria. El contexto de pobreza generalizada constituye un freno muy serio para la movilización de los recursos comunitarios.

Los municipios se han visto obligados a convertirse en espacios de desarrollo e implementación de las políticas de descentralización sin tener los recursos financieros y humanos necesarios para afrontar las necesidades locales. Cuando el nivel local aumenta sus responsabilidades debe organizar las acciones de tal forma de responder a las necesidades de la población en los distintos ámbitos

¹² Los bajos porcentajes de participación deben leerse a la luz de los esfuerzos por introducir un modelo de vigilancia participativo, impulsado por la doctora Elsa Segura desde el Instituto Nacional de Parasitología “Dr Mario Fatala Chabén” y en colaboración con personal de los municipios que integran el departamento de Avellaneda. Allí, por ejemplo, se realizaron numerosos talleres de capacitación a pobladores, incentivando la participación comunitaria a lo largo de más de 10 años.

sectoriales (educación, vivienda, salud, infraestructura, necesidades de tipo social) para lo cual necesita nutrirse de los aportes e intercambios con organizaciones públicas y privadas, de la generación de redes y de la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil.

Los esfuerzos de movilización de recursos sociales en los distintos niveles de planificación y ejecución no son visibles. Los circuitos de responsabilidades para la notificación y para el acceso a la atención de la salud no están delineados, la eventual articulación se hace a demanda de los municipios, con lo cual se refuerzan los mecanismos de dependencia ya que son los municipios más fortalecidos los que tienden a demandar más. La comunidad no se apropia de las medidas de prevención ya sea por falta de sensibilización y de capacitación por parte de las autoridades (“si ellos nos enseñaran, nosotros podríamos hacer cosas para evitar que la vinchuca nos pique”), o por ser una población con muy bajos niveles educativos por lo cual sus posibilidades de demanda y de organización son muy limitadas.

Las enseñanzas del estudio de caso sugieren que la gestión local debe tomar en cuenta el marco espacial, que es el territorio de referencia, y el marco temporal, que es el horizonte requerido de maduración del sistema. Pero, además, la gestión local en salud necesita de pre-requisitos. Para el control y prevención de las enfermedades transmitidas por vectores, la gestión local debe considerar las disponibilidades materiales y simbólicas de las poblaciones; las condiciones políticas de la jurisdicción y los arreglos organizacionales establecidos entre provincia y municipios que la integran.

Siguiendo a Putnam, el capital social es un recurso que se incrementa a través de su uso, propiciando las conexiones entre individuos y redes específicas que faciliten la creación de nuevas colaboraciones en otros campos. En este sentido, Santiago del Estero necesita enriquecer los intercambios sociales a nivel local, incrementando la densidad de las relaciones y tendiendo puentes entre lo público y lo privado, entre lo individual y lo comunitario. Es la apertura de procesos de negociación entre organismos provinciales y locales por un lado y los grupos de interés por el otro lo que permitirá la construcción de comunidad.

Bibliografía

Bossert, T.; Larrañaga, O. y Ruiz Meier, F. (2000), “Decentralization of Health Systems in Latin America”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1/2), pp. 84-92.

Coordinación Nacional de Control de Vectores-Programa Nacional de Chagas, (2001), *Actualizaciones Técnicas y Operativas en el Control de T. infestans*

en el Marco de la Interrupción de la Transmisión Vectorial del Trypanosoma cruzi 2001, Argentina.

- Esquivel, M. L.; Salomón, O. D. y Segura, E. L. (2000), "Evaluation of the transference process of community participation surveillance of Chagas' disease transmission in Argentina", *XXVth International Congress of Tropical Medicine and Malaria*, Colombia.
- Labra, M. E. (2002), *Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso?* Cad. Saúde Pública vol.18 suppl., Rio de Janeiro.
- Lugones, H. S. (2001), *Enfermedad de Chagas. Diagnóstico de su faz aguda*, Ediciones Universidad Católica de Santiago del Estero, Argentina.
- Llovet, I. y G. Dinardi (2006), "Decentralization Policies and Health System Reform in Argentina: Its Impact on Chagas Vector Prevention and Control", paper presentado al *10th Global Forum for Health Research*, Cairo, Egypt.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, *Plan Federal de Salud 2004-2007*.
- Putnam, R. D. (1993), "The Prosperous Community: Social Capital and Public Life", *The American Prospect* N° 13 (Spring)
- Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, Ministerio de Salud de la Nación, <http://municipios.msal.gov.ar/>
- XIIa. Reunión Intergubernamental INCOSUR/Chagas, Santiago, Chile, Marzo de 2003. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- San Martín, J. L. y Prado, M. (2004), "Risk perception and strategies for mass communication on dengue in the Americas", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Feb., vol.15, no.2, p.135-139.
- Segura, E. (2005), *Redes Sociales para la Vigilancia de la Transmisión del Trypanosoma cruzi (Chagas)*, Ministerio de Salud y Ambiente – CONAPRIS, Buenos Aires.
- Zaidemberg, M.; C. Spillmann y R. Carrizo Páez (2004), "Control de Chagas en la Argentina. Su evolución". En *Revista Argentina de Cardiología*, vol 72 n° 5, septiembre-octubre.

Legislación

Decreto Ley 22.360 o Ley de Chagas

Decreto N° 1451/82

Crisis económica, uso de drogas y vulnerabilidad. Una mirada crítica a las políticas de drogas y de reducción de daños

María Epele y Mario Pecheny
Instituto Gino Germani - CONICET

Introducción

En las últimas décadas, diferentes estudios mostraron los complejos modos en que la vulnerabilidad social y en salud es producida en poblaciones de usuarios de drogas que viven en la pobreza y la marginación social tanto en los países desarrollados como en desarrollo (Wodak, 1998; Sosa-Estáni *et al.*, 2003; OSI, 2004; Aceijas *et al.*, 2006). Con la proliferación de investigaciones sobre el uso de drogas y los dispares resultados de las intervenciones en salud pública entre los usuarios que viven en condiciones de pobreza y exclusión social, la noción de daños subyacente a las políticas de reducción de daños comenzó a ser revisada. Estrechamente asociada con la emergencia de la epidemia del SIDA, la noción restringida de daños, que focaliza en la reducción de las consecuencias negativas del uso de drogas (sobredosis, enfermedades infecciosas y otras consecuencias para la salud), sufrió modificaciones. No sólo cambió su significado, sino que progresivamente incluyó nuevas metas y estrategias y fue redefinida en relación a contextos específicos. Sin embargo, los principales desafíos para superar la definición restringida, en la que se basan actualmente los programas de prevención de daños en los países desarrollados, provienen

de las contradicciones, obstáculos y dificultades que estas políticas enfrentan en los países en vías de desarrollo.

En este artículo se analiza la implementación de las políticas de reducción de daños en Argentina, el contexto histórico de crisis económica-política y emergencia social en el que fue llevada a cabo, intentando revisar la versión restringida para incluir dentro de la noción todos aquellos daños infligidos a los usuarios de drogas en contextos caracterizados por una rápida precarización de las condiciones de vida y criminalización creciente y en algunos lugares extrema. Partiendo de esta perspectiva, sugerimos que las bases, metas y estrategias de las políticas de salud pública dirigidas a usuarios de drogas dominantes en nuestro país deben ser cuestionadas y revisadas. La propuesta de este trabajo consiste en que las políticas de reducción de daños deben articularse, en primer lugar, tanto con los procesos económicos y políticos como con las tradiciones y prácticas de salud públicas locales y regionales. En segundo lugar, la inclusión de la perspectiva de los propios usuarios/as de drogas, a su vez, permite repensar la noción de daños a la luz de la articulación entre procesos estructurales y prácticas locales, específicamente respecto de la dialéctica entre los macroprocesos, las micro-relaciones y redes sociales entre usuarios/as.

El contexto histórico en el que se iniciaron las políticas de reducción de daños en Argentina estuvo caracterizado por un abrupto crecimiento de la pobreza y la desigualdad social, por la rápida expansión de la epidemia del VIH-SIDA, por cambios en las prácticas del uso de drogas, la profundización de su criminalización y represión, la alta inestabilidad en la calidad y los precios de las drogas y por modificaciones en los patrones de morbi-mortalidad de las poblaciones vulnerables. A través del examen de las contradicciones entre políticas prohibicionistas y de reducción de daños en estos contextos de emergencia social, podemos decir que la implementación de las políticas mencionadas ha tenido un alcance limitado. Finalmente, el análisis de las políticas de reducción de daños en escenarios de crisis económicas, políticas y sociales, como el que caracterizó a la Argentina de los últimos años, ofrece la oportunidad de identificar e interpretar las tensiones y los conflictos que el eje norte-sur impone en el campo de las políticas de salud pública en los países en desarrollo, particularmente entre aquellas diseñadas teniendo como eje el individuo y aquellas otras de raigambre latinoamericana, que apuntan a la acción colectiva y comunitaria.

La perspectiva crítica que fundamenta este trabajo consiste, entonces, en revisar la noción restringida de daños para proponer una ampliada, centrada en lo social y ligada a los procesos económicos y políticos y a las tradiciones históricas y locales de salud pública. Es decir, esta argumentación no tiende a mejorar la adaptación de las políticas desarrolladas en otras regiones y países, en

el proceso de aplicación a otros contextos y situaciones específicas. Al contrario, los argumentos y las políticas de reducción de daños deben ser revisadas para evitar que entren en conflicto con las tradiciones locales preexistentes, y así evitar el riesgo que estos programas se conviertan en una nueva vía neocolonial para la transformación cultural, ideológica y política de las poblaciones vulnerables de los países no desarrollados. En síntesis, se trata de reubicar los daños relativos al uso de drogas dentro del contexto de los múltiples daños producidos por la pobreza y la criminalización de los conjuntos sociales subalternos y de articular estas políticas y programas con los procesos y movimientos sociales que tienden a su reparación y a modificar los mecanismos que intervienen en su producción (Svampa y Pereyra, 2003).

Hacia una perspectiva social en las Políticas de Reducción de Daños

La definición actual de reducción de daños en Argentina remite a un conjunto de estrategias de salud pública diagramadas para reducir las consecuencias negativas del uso de drogas y que no tienen como objetivo la erradicación de su consumo a través de la prohibición y la abstinencia. Aunque el enfoque de la reducción de daños incluye un amplio y variado espectro de estrategias, metas y escenarios sociales (Wodak, 1998; Berridge, 1999), su significado actual está estrechamente asociado con la crisis generada a partir de la emergencia de la epidemia del SIDA. Sin embargo, la historia de estrategias y definiciones va más allá del SIDA. Las nociones de daños y las estrategias implicadas varían dependiendo de la sustancia analizada (Kalant, 1999), llegando en ocasiones a ser contradictorias e incompatibles entre sí. Las diferencias responden desde las consecuencias negativas de cada droga en particular (el desequilibrio o disfunción de mecanismos bioquímicos y fisiológicos, de órganos y tejidos, de las funciones corporales y mentales), accidentes, privación económica, precariedad progresiva de la vida social por interferencia en las relaciones personales y, finalmente, el estado legal o ilegal del uso (Ericsson, 1999).

El concepto de reducción de daños, con el advenimiento de la infección de VIH y sus consecuencias entre los usuarios de drogas, se ha vuelto la base para las políticas progresistas y pragmáticas en casi todos los países desarrollados y en vías de desarrollo, como Argentina y Brasil (Magis Rodríguez, Marques y Touzé, 2002; Mesquita *et al.*, 2003). La crisis del SIDA facilitó la aplicación progresiva de programas –limitados no obstante a las sustancias ilegales, particularmente el uso de drogas inyectables–, a pesar de los diversos obstáculos políticos y legales que todavía subsisten en diferentes contextos, regiones y

países. Si bien actualmente se acepta que la noción de daños cubre un dominio más amplio (Inchaurrega, 2003), su enfoque restringido se impuso al categorizar a los usuarios por vía inyectable no sólo como vulnerables al SIDA, sino como posible puente a la llamada “población general”, categoría cuestionada a su vez por su sesgo discriminatorio.

Las cifras de la epidemia del SIDA en Argentina se han concentrado entre los usuarios de drogas inyectables (UDIs), homosexuales, transgénero, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres. Después de Brasil y México, la Argentina ocupa el tercer lugar más alto en América Latina en las estadísticas del VIH-SIDA con una estimación de 127.000 personas VIH-positivas y 31.900 casos de SIDA, 32,9% de los cuales es UDIs. Durante los años noventa, los UDIs constituyeron casi la mitad de casos del SIDA, y fueron la vía principal en su transmisión. Desde el 2000, el peso de los UDIs ha disminuido y la transmisión heterosexual ha aumentado: en el 2004, el 50,8% de los nuevos casos de SIDA se atribuyó a relaciones heterosexuales sin protección, el 18% a relaciones sin protección entre hombres que tienen sexo con hombres y sólo el 15,8% al uso de drogas inyectables (Programa Nacional de SIDA, 2005).

Según los estudios realizados en Buenos Aires, la prevalencia estimada de infecciones virales entre UDIs es de un 44,3% para VIH, 54,6% para el virus de la hepatitis C (VHC) y 42,5% para el de hepatitis B (VHB) (Rossi *et al.*, 2002). En otras ciudades, el predominio de VIH fue de entre 27% y 80%, el predominio de VHC y VHB fue de entre 42,5% y 70% y, entre UDIs que viven con VIH, el predominio de co-infección con HCV fue del rango de 80% a 92,3% (Fainboim, 1999; Sosa-Estáni, Rossi y Weissenbacher, 2003). Estos datos muestran por qué en Argentina el uso por vía inyectable se convirtió en la práctica de uso de drogas más documentada, y los programas de prevención de VIH como el intercambio de jeringas –junto con la distribución gratuita de condones– constituyeron las piedras angulares de las políticas de reducción de daños del uso de drogas en general, si no las únicas (Pecheny, 2004).

En Argentina se registra una escasez de estudios nacionales con datos sólidos y recientes sobre las características y la extensión del uso de drogas. Las prolíficas estimaciones del número de usuarios se presentan con definiciones inexactas o contradictorias de uso, abuso, frecuencia y tipo de sustancias (Aureano, 1999, 2003). Los pocos estudios desarrollados muestran a la cocaína y la marihuana como las principales sustancias ilegales, y mientras que el uso de heroína y del crack es casi insignificante, no así el éxtasis y sustancias asociadas (Sedronar, 1999; Rossi y Rangugni, 2004; Jorrat, Kornblit *et al.*, 2004). El uso de drogas inyectables incluye principalmente la cocaína, y en menor medida las benzodiazepinas, anfetaminas y alcohol. Los estudios etnográficos recientes hechos en las zonas pobres muestran cambios en el consumo de cocaína (pasando

de inyectarse a inhalar), el descenso en la calidad y el aumento de los precios, el incremento del uso de psicotrópicos (clonazepam, benzodiazepinas) y el uso extendido de pasta base de cocaína (Epele, 2003, 2005).

Entre los ochenta y los noventa, mientras el consumo de drogas ilegales crecía rápidamente, las políticas de drogas de fundamento abstencionista, adoptaron estrategias más extendidas a nivel territorial y más represivas a nivel local. Sin embargo, el crecimiento y la expansión de la epidemia del VIH-SIDA impusieron la necesidad de redefinir el paradigma abstencionista y revisar la efectividad de las políticas puestas en marcha. Esto abrió la posibilidad de incluir la perspectiva de la reducción de daños, cuyas propuestas y programas variaron desde dar acceso a jeringas estériles hasta, más recientemente, promover la despenalización del uso de drogas (Rossi y Touzé, 1997; Inchaurrega, 2003). En algunos centros urbanos, los programas de reducción de daños, llevados a cabo por ONGs, demostraron ser eficaces para ubicar a los UDIs en aquellos conjuntos sociales pobres y vulnerables a los que difícilmente llegaban los servicios médicos y sociales. De este modo, y como un elemento importante de sus políticas de SIDA, las secretarías de salud pública en ciudades como Buenos Aires y Rosario empezaron gradualmente a incluir los programas de reducción de daños (Touzé *et al.*, 2001; Lavarello *et al.*, 2003; Romero, 2004). Finalmente, en 2003, el propio Ministerio de Salud de la Nación lanzó un programa de reducción de daños y prevención del SIDA. Aun cuando para el año 2006 hay varios proyectos en marcha en distintos barrios y asentamientos, la cobertura sigue siendo extremadamente baja en relación a la cantidad potencial de usuarios, todavía no se han desarrollado programas en las cárceles y otros centros de detención, y las políticas represivas y abstencionistas siguen siendo hegemónicas.

Aun con este escenario contradictorio, se han formulado diversos argumentos a favor de las políticas de reducción de daño en nuestro país. En primer lugar, la rápida expansión de VIH en poblaciones marginalizadas mostró que las políticas abstencionistas no tienen eficacia en prevenir el contagio de enfermedades infecciosas, ni en detener el consumo. Segundo, las políticas de reducción de daños se mostraron por lo menos tan eficaces como las políticas abstencionistas en lo que se refiere a la proporción de usuarios de drogas que alcanzaron el objetivo de las mismas, la suspensión del consumo. Tercero, las políticas de reducción de daños son comparativamente más efectivas en la reducción de las conductas delictivas asociadas al uso de drogas. Por último, el uso de drogas no se vio estimulado por las políticas de reducción de daños (Rossi y Touzé, 1997).

En Argentina, el pasaje del paradigma abstencionista y represivo al de la reducción de daños y la prevención define un camino sinuoso con políticas y

discursos contradictorios. El resultado es la fragmentación de las políticas de drogas, con la coexistencia y frecuente superposición de diferentes programas, abstencionistas y de reducción de daños, que a su vez coexisten con crecientes políticas represivas focalizadas en los espacios sociales más marginalizados.

Modelos y patrones de las políticas de drogas en los países desarrollados y en desarrollo

Los beneficios de las políticas de reducción de daños han sido reconocidos tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, aunque sus argumentos y lógicas continúan sometiéndose a un proceso de revisión permanente. Allí donde fueron implementadas, estas políticas han ayudado a reducir los índices de infección (Hurley *et al.*, 1997; Vila *et al.*, 2001; Drummond, 2002; Des Jarlais *et al.*, 2005), han permitido reformular la agenda política, poniendo en cuestión el paradigma abstencionista instalado, y fomentaron la reconstrucción de las redes sociales de usuarios (Friedman *et al.*, 1999).

Por otro lado, las políticas represivas pueden ser contraproducentes y estimular el uso de drogas o de vías de administración que comprometen más profundamente la salud de los usuarios (Friedman, 2006). Investigadores de diferentes países analizaron, por ejemplo, las transiciones en los modelos de administración de la cocaína (Strang *et al.*, 1992; Epele, 2003). Documentaron cambios en los modos de uso de la cocaína tales como la edad de iniciación, la edad en que se comenzó a inhalar o a inyectarse, y la frecuencia creciente del uso (Dunn y Laranjeira, 1999). Aunque los resultados empíricos refutaron las relaciones lineales entre disponibilidad, precio, pureza y cambios en los modos de uso de la cocaína, “el precio relativo del clorhidrato de cocaína y del crack, la disponibilidad y fiabilidad de suministros y los riesgos percibidos asociados a formas de administración específicas (por ejemplo el riesgo de infección de VIH entre UDIs) también pueden llegar a ser importantes” (Dunn y Ferri, 1998: 287; Wodak *et al.*, 2004) resume esta posición de la siguiente manera: “la reducción de daños consiste en la tendencia a ir de las drogas más peligrosas a las menos peligrosas y a pasar de las vías más riesgosas de administración a las menos riesgosas. El aumento del daño es a menudo una consecuencia no prevista de la escasez. [...] En América del Sur, la hoja de coca en las áreas urbanas fue reemplazada por el *basuco*. A su vez, el *basuco* fue a menudo suplantado por el clorhidrato de cocaína, que se consume tanto por inhalación como por inyección. Finalmente, el clorhidrato de cocaína fue reemplazado por crack consumido por inhalación” (Wodak *et al.*, 2004: 800).

Las transiciones en los patrones de consumo de cocaína no son hechos aislados. Sin embargo, como mencionamos antes, los modelos de salud pública construidos sobre las experiencias de países desarrollados no alcanzan a abarcar los vertiginosos cambios que se dan en los países en desarrollo en períodos de profundas reformas estructurales, ideológicas y culturales. Estos períodos críticos deben ser analizados teniendo en cuenta la relación entre las reformas económicas, las transformaciones en el consumo de drogas y los cambios en los patrones sanitarios de las poblaciones de jóvenes más pobres y marginalizadas. Estas transformaciones críticas también afectaron los aspectos más básicos de la “subjetividad”, particularmente en los jóvenes pobres “sin pasado” y ahora también “sin futuro” (Auyero, 2003). Por un lado, y debido a la intervención de los organismos internacionales en las economías locales y regionales de los países en desarrollo (FMI, Banco Mundial y gobiernos de OCDE, por ejemplo) (Lurie *et al.*, 1995), se multiplicaron los obstáculos socio-económicos para prevenir las enfermedades infecciosas, reducir los daños, el deterioro y los malestares de las poblaciones vulnerables. Por otro lado, estas crisis cíclicas se caracterizan por momentos de extrema privación económica, rápida devaluación monetaria, desempleo generalizado, restricción del crédito y abrupto crecimiento de la exclusión y la marginalización de amplios sectores de la sociedad. En estos contextos, la calidad, el precio y la disponibilidad de las drogas fluctúan desde semanal y hasta diariamente.¹ En estos contextos, las estrategias aisladas y parciales de reducción de daños no alcanzan para abordar y revertir la extremada vulnerabilidad a la enfermedad, al deterioro corporal y la muerte prematura de los usuarios/as que viven en la pobreza y la exclusión social. En los períodos críticos, las políticas de reducción de daños dejan ver los efectos contradictorios de algunos de sus presupuestos: el fundamento individualista de la prescripción de cuidado, el énfasis en la “auto-disciplina”, el supuesto de la fácil y rápida normalización de las prácticas individuales, como, finalmente, las fallas en el reconocimiento de los grados de inestabilidad del contexto general en las que estas prácticas tienen lugar (Bourgois, 1999 y 2000; Bourgois y Bruneau, 2000). Nos referimos específicamente a las consecuencias devastadoras de las reformas estructurales políticas y económicas que la Argentina sufrió en los años noventa (Svampa, 2005; Levitsky y Murillo, 2006). Analizando la tensión entre la implementación de las políticas de reducción de daños y de las consecuencias de las reformas neoliberales, llegamos a una perspectiva crítica y local de la noción de daños, y de las estrategias de prevención, cuidado y reconstrucción social adecuadas.

¹ Así como en el no pago de la deuda externa, la importancia de la crisis y la caída se ven en las estadísticas: la población del Área de Buenos Aires viviendo bajo la línea de pobreza pasó del 4,7% en 1974 al 54,3% en 2002 (INDEC 2003).

Dentro de las investigaciones sobre programas preventivos en la Salud Pública, se han producido desarrollos importantes a partir del análisis y la inclusión de la perspectiva de los propios usuarios de drogas y de los recursos locales y comunitarios (Friedman *et al.*, 1993). El incorporar la perspectiva de los usuarios hace posible que en el diseño de las políticas públicas se identifiquen categorías, prácticas y lógicas de la vida cotidiana. Sin embargo, la mayoría de los estudios limita su función al conocimiento de una serie de datos que pueden ser desagregados y medidos, y dejan de lado los recursos comunitarios de otros movimientos y estrategias relativas a la subsistencia, la resistencia al estigma y a la exclusión social, y de oposición a la criminalización y a la represión.

En este sentido, la naturaleza e impacto de las respuestas tardías y restringidas a la epidemia de HIV-SIDA y las hepatitis entre UDIs a lo largo del mundo fueron abordados por varios estudios (Des Jarlais, *et al.*, 1995). Primero, no hay sincronía entre la infección no visible y las enfermedades crónicas o agudas visibles (Salmón-Ceron *et al.*, 2005). Segundo, el contagio habitual entre distintas infecciones modifica los resultados de las estrategias preventivas que apuntan centralmente al VIH/SIDA. Tercero, las estrategias rara vez combinan todos los componentes necesarios para mantener baja la prevalencia de las enfermedades infecciosas entre UDIs: intervención temprana, contacto con la comunidad y acceso a jeringas estériles (Des Jarlais, *et al.*, 1995).

Desde esta perspectiva, podemos observar las similitudes entre Argentina y otros países de niveles de desarrollo semejante. El concepto de “ambiente de riesgo” explica el rápido crecimiento de VIH entre UDIs en los países en vías de desarrollo. El “ambiente de riesgo” comprende los siguientes factores: “rápida difusión dentro del grupo, migración de la población, deterioro económico, aumento del desempleo y empobrecimiento, reducción de los aportes en salud pública y transición política, ideológica y cultural” (Clarke y Mulcahy, 2003:80). Estos problemas exigen intervenciones inmediatas, focalizadas, para evitar la difusión de la infección de VIH. Sin embargo, durante aquellos períodos en que todos estos factores aparecen de modo simultáneo en la vida cotidiana, y por ello, definen los patrones de vulnerabilidad en salud y respecto de la supervivencia en usuarios de drogas, se hace necesario una inversión de perspectiva: *desde la economía política como dato externo y contextual a la economía política como estructurando la vida cotidiana más básica de los usuarios de droga*. Este cambio de perspectiva impone modificar los presupuestos, los objetivos y estrategias de las intervenciones en Salud Pública con estas poblaciones y períodos de emergencia social.

Acompañando esta inversión, podemos reconocer, siguiendo a Parker (Parker, 2000; Manzelli y Pecheny, 2003:100), tres modelos teóricos de intervención:

1) *El modelo Epidemiológico-Conductivo*: Centrado en las conductas individuales de alto riesgo, este modelo busca modificar la “conducta de riesgo” mediante una intervención cognitiva que apunta a la información, la percepción de riesgo, el auto-control, la confianza en sí mismo, y el cambio de las actitudes. Desde esta perspectiva, los afectados son categorizados como “grupos de riesgo”.

2) *El modelo Antropológico-Cultural*: centrado en las representaciones que los individuos tienen de sus prácticas en contextos determinados. Este modelo apunta a cambiar los códigos y valores que aumentan los riesgos y obstruyen las conductas preventivas por aquellos que estimulan un comportamiento saludable. Los afectados son categorizados y caracterizados según patrones culturales diferenciados.

3) *El modelo Económico-Político*: basado en la movilización de la comunidad. Este modelo apunta a reducir la vulnerabilidad social antes que la individual, entendiendo que la desigualdad estructural (de clase, género, subcultura, estilos de vida, etc.) está en las raíces de los malestares, enfermedades y daños. Los afectados son los grupos estructuralmente vulnerables.

Según Parker (2000), estos tres modelos fueron aplicados consecutivamente, ampliando cada uno la perspectiva del anterior. Sin embargo, aún se los pone en práctica en forma paralela, respondiendo a diferentes áreas de prevención.

El primer modelo se basa en una idea de sujeto como individuo racional capaz de calcular los costos y beneficios y modificar cada acción o práctica, haciendo uso de la información disponible. Teóricamente, los individuos comparan las expectativas de costos y beneficios en daños, y deciden lo mejor para ellos. Las intervenciones están dirigidas a la medición de actitudes, conductas y creencias, y las medidas propuestas buscan provocar cambios a un nivel individual. Las políticas abstencionistas tienen entre sus fundamentos, el supuesto de que los usuarios de drogas pierden esa capacidad de ser sujetos racionales. Diversas investigaciones demostraron los errores ideológicos, teóricos y pragmáticos de esta asunción (Friedman *et.al.*, 1993; Bourgois, 2000). El segundo modelo busca determinar el sentido que los individuos le otorgan a la prevención y a las prácticas de riesgo en contextos culturales específicos. Se toman en cuenta las normas y valores sociales y se examina su particular configuración en el marco de diferentes culturas o “subculturas”. La reificación de la categoría de cultura y su aplicación abusiva a problemáticas tan diversas, ha sido ampliamente cuestionada en el campo de la antropología médica.

El tercer modelo, finalmente, considera que las desigualdades económicas y sociales son la fuente de malestares, enfermedades, daños, y constituyen los mayores obstáculos estructurales para un cambio hacia modos de vida de bienestar y salud. Este modelo reemplaza la idea de riesgo individual por la de vulnerabilidad social e individual. Ninguna intervención para mejorar la

calidad de vida de los usuarios de droga puede funcionar si no se toman en cuenta estos obstáculos; las intervenciones deben apuntar a una vulnerabilidad social y políticamente estructurada y promover la movilización popular por la defensa de los derechos de los mismos usuarios. Esto es, la epidemia del SIDA y los daños relacionados con el uso de drogas necesitan fundamentalmente una respuesta tanto política como colectiva.

Así, la inclusión de la perspectiva de los usuarios relativa a sus preocupaciones, peligros, riesgos y enfermedades –consecuencias de la criminalización del consumo de drogas y de la pobreza que pone en peligro su propia supervivencia– pone en evidencia las limitaciones de la estrecha relación entre programas de reducción de daños y el VIH/SIDA. Esta mirada crítica nos permite superar un enfoque de daños directamente asociado a las drogas, en pos de otra noción centrada en los diferentes tipos de daños que vinculados con el rápido deterioro de las condiciones de vida y el crecimiento de la morbi-mortalidad que sufren los usuarios, las relaciones entre los usuarios y las redes sociales en las que el uso de drogas está incluido (Mazzeo, 2006). Es más, las restricciones de los sistemas tradicionales de evaluación de los programas de salud pública, con sus indicadores cuantificables determinados a priori, quedan en evidencia al incluir la perspectiva de los propios usuarios, y surge claramente la necesidad de innovar en las técnicas de estimaciones cualitativas (Paiva, 2005). Si las tasas de morbilidad y mortalidad pueden medir el impacto de la política para el individuo y/o la población, sus consecuencias políticas y sociales son más difíciles de separar, medir y operacionalizar (Parker, Easton y Klein, 2000).

Uniendo la voz de la política y la de los usuarios

La expansión de la epidemia de VIH/SIDA en Argentina es paralela al desarrollo de los procesos hiperinflacionarios y de reforma político-económica de las décadas de los ochenta y noventa, siendo una de las áreas más afectadas el Gran Buenos Aires. En esta área coinciden los niveles más altos de consumo de drogas y de casos de VIH/SIDA, con dos tercios del total del país. En el colapso de 2001-2002, en esos distritos el 68% de la población estaba bajo la línea de pobreza, y 33,4% eran indigentes; el desempleo y subempleo alcanzaron cifras históricas, casi 30% (SIEMPRO 2002), registrándose hambre, desnutrición y expansión de enfermedades infecciosas combinadas con un acelerado incremento en las muertes por causas evitables en personas jóvenes: accidentes, suicidios y homicidios (Dirección de Estadísticas Vitales, 2003; Zeballos, 2003).

Desde el 2001, estudios etnográficos en barrios pobres del Gran Buenos Aires mostraron que la mayoría de los usuarios de drogas inyectables, principal-

mente mayores de 30 años, se han infectado y muerto de SIDA (Epele, 2003). En la mayoría de estos barrios no hubo campañas de prevención de SIDA ni programas de reducción de daños. Esto significa que las personas jóvenes se enteraron de la epidemia a través de la experiencia directa de la infección, la enfermedad y la muerte. Los usuarios más jóvenes citan la experiencia cercana de amigos, hermanos y parientes fallecidos por SIDA como una de las razones principales por las que cambiaron la práctica de inyectarse por la de inhalar cocaína. Debido a la precarización de las condiciones de vida, sin embargo, estas estrategias informales no pudieron modificar la tendencia que compromete la supervivencia de esos jóvenes que viven en condiciones de pobreza y exclusión.²

De acuerdo con los usuarios de drogas con historias prolongadas de consumo, el desmantelamiento de las economías formales e informales locales produjeron una dependencia mayor de las actividades ilegales para obtener recursos para la supervivencia. La mayoría de los usuarios mayores de treinta años terminaron la escuela primaria, tuvieron experiencia de trabajo en la economía formal (construcción, limpieza, supermercados, restaurantes, posiciones de bajo nivel en instituciones estatales) así como en la economía informal (vendedores ambulantes, cartoneros). Por otro lado, los usuarios más jóvenes, que crecieron en los noventa, tienen una historia laboral más errática. La mayoría dejó la escuela en los primeros años del nivel primario o incluso en ciertos grupos nunca accedieron al sistema educativo. Los pocos que han tenido experiencia laboral la describen como inestable, informal y temporaria. En la crisis del 2001-2002, la mayoría sobrevivía por medio de actividades ilegales menores, principalmente hurtos y robos, distribución de objetos robados y, en menor proporción, por la venta minorista de drogas. Sus estrategias para generar ingresos difieren según el tipo de sustancias consumidas y la frecuencia y el ritmo que caracterizaba la práctica de consumo de drogas (Epele, 2004; Kessler, 2002).

Con el deterioro abrupto de las condiciones de vida, disminuyó la calidad, aumentó el precio y se registró una progresiva escasez de la cocaína disponible para los sectores más empobrecidos. Mientras que en ciertos lugares los usuarios sustituyeron la cocaína por pastillas, en la mayoría de los barrios el avance de

² Este fenómeno, específico para los usuarios de droga más pobres y más jóvenes, contrasta con la experiencia anterior a la crisis de 2001 y/o de los usuarios que viven en condiciones menos vulnerables. Por ejemplo, un estudio de residentes de Buenos Aires de la clase media baja que viven con VIH y/o hepatitis C, mostró que los UDIs que adquirieron el VIH a principios de los noventa declararon haberse dejado de inyectar y de estar “fuera de control” porque el diagnóstico de VIH los asustó, y los motivó a decidirse a “hacerse cargo” de sus vidas, su enfermedad y su tratamiento; finalmente, hoy estarían recibiendo HAART (Pecheny, Manzelli y Jones, 2002). Estos primeros UDIs, incluso en la adversidad, pudieron normalizar sus vidas con una enfermedad crónica, controlar el uso de drogas y reconstruir las redes sociales.

pasta base hizo que el clorhidrato de cocaína progresivamente desapareciera de estos escenarios (Epele, 2005). El paco, de composición incierta y alto nivel de toxicidad, profundizó los riesgos de muerte temprana entre los jóvenes más pobres, incluso por una mayor exposición a los abusos de la represión policial. En Argentina, todavía hacen falta datos ciertos sobre la composición química del paco, la pasta-base disponible en estos barrios, aunque los usuarios reconocen su toxicidad por la presencia de sustancias peligrosas como el querosén y pesticidas.

La perspectiva social en la política y la práctica

El uso intensivo de drogas en las poblaciones socialmente vulnerables profundiza la vulnerabilidad y la desprotección. Por un lado la mala calidad y elevada toxicidad de las drogas disponibles afectan directamente la salud, y la penalización del consumo restringe el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, la desprotección frente a la represión y la persecución policial es consecuencia de la creciente criminalización de la pobreza, que hace del consumo de drogas su justificación (Olivera y Tiscornia, 1998; Tiscornia, 2000; CELS, 2005). El cambio abrupto en el escenario social destaca la necesidad de revisar el modelo de evaluación cuantitativa de los programas de prevención de drogas y de reducción de daños y sus indicadores principales. Este modelo, elaborado en los países desarrollados es equivocadamente implementado a través de programas desarrollados bajo condiciones de catástrofe social en el Tercer Mundo (Bastos y Strathdee, 2000). Más aún, como plantean Parker, Easton y Klein (2000:29-30): “¿Cómo documentar y medir los efectos de los factores estructurales y ambientales a gran escala (como la pobreza, la violación de los derechos humanos) en las conductas más puntuales (el sexo seguro, la aguja compartida) que en definitiva constituyen las vías de infección de VIH? [...] ¿Cómo diseñar intervenciones focalizadas dirigidas a las consecuencias de los factores estructurales [...]? ¿Cómo desarrollar metodologías rigurosas de evaluación y medición de los efectos de estas intervenciones estructurales y ambientales, que por su propia naturaleza involucran elementos que no son fácilmente controlables por diseños de investigaciones experimentales o cuasi-experimentales?”.

En un contexto caracterizado por las dificultades en el ejercicio de los derechos civiles y por la seguridad social y sanitaria desmantelada o subsumida a la penalización del consumo de drogas, el diseño e implementación de las políticas públicas relativas a las drogas se convierte en un campo altamente problemático. El estatuto legal mismo de las políticas de reducción de daños fue

motivo de disputa, al punto que se presentaron propuestas en el Congreso para “despenalizar” dichos programas y proteger a sus operadores de la persecución (Rossi y Rangugni, 2004).

Una definición de daños centrada en lo social y ligada a las condiciones de emergencia (económica y política, en el caso de Argentina) va más allá de adaptar las políticas de reducción de daños a situaciones específicas. Se hace necesario revisar los presupuestos de las políticas respecto de las características de las prácticas de consumo, al cuidado de la salud y al funcionamiento de las redes sociales. Nos referimos específicamente a los supuestos que, adaptados al capitalismo contemporáneo del mundo anglosajón (Crawford, 1994), hace de la salud un valor que debe ser cultivado individualmente, y al cuidado del cuerpo como un conjunto de estrategias basadas en el auto-control. La salud individual como valor, no puede ser transpuesta literalmente al contexto latinoamericano, cuando el primer modelo que mencionamos (el epidemiológico-conductivo) demostró su ineficacia al no contemplar las condiciones sociales y culturales. Dicho de otro modo, los factores culturales y estructurales no son ambientales o ajenos a las conductas de los individuos, sino definen las condiciones mismas de su producción y reproducción.

A diferencia de otros países latinoamericanos, como resultado de los acontecimientos políticos y económicos en su historia reciente, Argentina es especialmente vulnerable a este tipo de transformaciones. El acelerado aumento de la desigualdad social y la pobreza se relacionan con los cambios en la política económica y cultural llevada a cabo desde la dictadura militar (1976-1983). El régimen de terror basado en la violación sistemática de los derechos humanos, junto con la reforma neoliberal del Estado, las crisis y catástrofes económicas consecutivas—incluyendo la hiperinflación y el crecimiento de la deuda externa—provocaron un quiebre en la participación política y social de las comunidades en cuestiones de salud así como también el progresivo dismantelamiento de las redes sociales de cuidado (Svampa, 2005).

A su vez, la salud pública argentina se caracteriza por experiencias históricas, teóricas y programáticas diversas y contradictorias. Partiendo de esta diversidad, es posible reconocer, sin embargo, ciertas dimensiones características e idiosincrásicas desde mediados del siglo veinte. En primer lugar, y aun cuando el sistema de salud era una combinación compleja entre sistema estatal, sector privado y obras sociales, la salud estaba definida como un derecho social y universal que debía ser garantizado por el Estado. Segundo, la salud es una cuestión social. Las demandas de salud y las prácticas informales de cuidado en los barrios estuvieron históricamente ligadas a las estrategias económicas y a los movimientos políticos. Tercero, las estrategias de supervivencia de los sectores populares —de autogestión y participativas como los comedores populares y

las compras comunitarias– incluyeron históricamente cuestiones de salud y de salubridad. Estas tendencias fueron profundamente modificadas por las reformas neoliberales en el sector salud, que siguieron el modelo norteamericano y las recomendaciones de los organismos financieros: reducción de los servicios estatales, privatización de los servicios públicos, despolitización de los reclamos, prevención y estrategias de cuidado centradas en el individuo.

En Argentina, históricamente, las iniciativas y acciones colectivas dieron respuesta a las demandas populares, incluyendo el acceso a la salud. Por décadas, para los sectores populares, tanto los problemas como las respuestas a los mismos fueron formulados en términos colectivos e incluso comunitarios. La tradición latinoamericana que hace de la salud una dimensión de la participación política y social combinó en nuestro país –o intentó combinar– conceptos de distintas fuentes: el proceso de concientización de Paulo Freire y la perspectiva de salud colectiva en Brasil (Paiva, 2002; Ayres, 2002), la teología de liberación, las reformas en salud mental basada en Basaglia, el psicoanálisis integrado con los principios marxistas y la psiquiatría social (Visacovsky, 2002), el paradigma populista de justicia social del peronismo y el concepto de derecho a la salud como derecho social adquirido. Podemos señalar cuatro aspectos centrales de esta perspectiva: 1) considerar la salud, la enfermedad, el bienestar y la insalubridad como componentes de las relaciones sociales y las prácticas cotidianas; 2) reconocer el vínculo indisoluble entre las condiciones políticas y económicas y los procesos de salud/enfermedad y de bienestar/malestar; 3) entender la participación política grupal y comunitaria como una opción para la defensa del derecho a la salud; 4) definir al Estado y la salud pública como garantes del acceso universal al cuidado, protección y promoción de la salud. Aun con las contradicciones entre las diferentes orientaciones, la salud no llegó a constituirse en un recurso moral individual, objeto de prácticas y cuidados auto-gestionados por las personas.

En los primeros años desde el retorno a la democracia en 1983, las políticas de promoción de la salud buscaron retomar estas tradiciones, expresadas en el idioma recuperado de los derechos humanos. En los noventa, siguiendo con esta línea, los movimientos, organizaciones y protestas de los desocupados incluyeron el derecho a la salud en sus agendas. Sin embargo, estos esfuerzos no alcanzaron a detener el brusco deterioro del sistema público de salud y la precarización de las condiciones de vida. Para las poblaciones de usuarios/as de drogas que viven en condiciones de pobreza y marginalidad, atravesadas por la criminalización y la represión, el desmantelamiento de las redes sociales de apoyo comprometió no sólo su salud y bienestar a mediano y largo plazo, sino su supervivencia inmediata. Sin embargo, desde los años ochenta las personas que viven con VIH/SIDA se organizaron a través de sus propias redes sociales,

incluyendo las redes de (ex o actuales) usuarios de droga, para acceder a los antiretrovirales en aquellos períodos en que el Programa Nacional de SIDA interrumpió su suministro (Pecheny, 2001).

Si bien el acento en la acción individual, la responsabilidad y los recursos personales refuerza el reconocimiento de los usuarios de drogas como sujetos, implica un desconocimiento de los modos históricos de subjetivación en los sectores populares y supone una ruptura con las tradiciones históricas locales. Filtrándose imperceptiblemente dentro de las políticas de reducción de daños, estos énfasis van dibujando, a su vez, un tipo de sujeto que es el adecuado para llevar a cabo dichas prácticas. Las experiencias locales de reconstitución de la trama social en tiempo de crisis muestran, no sólo en materia de drogas y VIH/SIDA, que la subjetivación se logra más eficazmente a través de la integración entre pares, proceso mediatizado por el rol activo de las instituciones estatales y las comunidades locales, que apelando solamente a la responsabilidad individual, incluso con la ayuda de programas focalizados.

En este sentido, la noción de daños en sentido amplio, es decir, centrada en lo social y en una mirada crítica de las condiciones de vida de las poblaciones vulnerables en Argentina, tiene el desafío de incluir no sólo los procesos políticos, económicos y culturales sino también ciertas dimensiones de las tradiciones de políticas de pública locales.

Palabras finales

El análisis de las relaciones entre los procesos de transformación económicos-políticos, los cambios en el consumo de drogas y la manera en que la epidemia de VIH/ SIDA afectó a las poblaciones de usuarios de drogas nos lleva a plantear dos problemas finales.

En primer lugar, podemos reconocer un área problemática vinculada al deterioro de la salud pública estatal asociada con las reformas neoliberales y el reemplazo progresivo por parte de las ONGs de lugares, posiciones y funciones abandonadas y/o no reconocidas por el Estado. Esta transformación provocó defasajes de tiempo y espacio en la cobertura de los sectores más vulnerables de la población, y que fueron los más afectados por la epidemia de VIH/SIDA. Cuando hablamos de defasajes de tiempo, hacemos referencia al siguiente problema: mientras la inversión del Estado en salud disminuía como resultado de la hiperinflación y las reformas económicas de los finales de los ochenta e inicios de la década del noventa, la epidemia de HIV/SIDA se propagó rápidamente entre los usuarios de drogas. Sin embargo, los programas de reducción de daños no comenzaron hasta los finales de la década de 1990. Cuando hablamos de

defasajes de espacio, nos referimos a que la implementación, lenta pero segura, de los programas de reducción de daño en distintas zonas de la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, y debido a la hegemonía de las políticas abstencionistas y represivas, no alcanzó el nivel deseado de cobertura general de los sectores de usuarios de poblaciones más marginalizadas y excluidas.

En segundo lugar, estos defasajes producen otro problema que es necesario destacar. Cuando los programas de reducción de daños se implementaron (específicamente intercambio de jeringas en las áreas geográficas más afectadas por la epidemia), la mayoría de los UDIs ya se habían infectado, enfermado o incluso habían muerto de VIH/SIDA. Esto se dio paralelamente al reconocimiento progresivo por parte de los organismos estatales de las políticas de reducción de daños, como estrategias importantes para resolver problemas de la salud pública. Ambos defasajes y lagunas espaciales y temporales estuvieron condicionados por el particular contexto político y económico en que se iniciaron e implementaron las políticas de reducción de daños en Argentina.

En lugar de una crítica a las políticas de reducción de daños, la perspectiva crítica propuesta en este trabajo consiste en una ampliación y diversificación de la noción de daños, es decir, que incluya los procesos estructurales y de las ideologías culturales en los procesos de su producción y reproducción (Parker, Easton y Klein, 2000). Sin embargo, se hace necesario discriminar nuestra perspectiva de la crítica generalizada y radicalizada que afirma que sólo los cambios en las condiciones estructurales pueden resolver este tipo de problemas de salud pública. Aunque la transformación estructural es necesaria para modificar las condiciones de salud de los sectores socialmente vulnerables, la transformación de las políticas generales y las micro-lógicas de acción y de poder locales abren la posibilidad de producción nuevas subjetividades, nuevas formas de reparación y de constitución de redes sociales.

En este sentido, los programas llevados a cabo por las ONGs en Argentina han hecho importantes contribuciones en la reducción de daños de las prácticas de consumo de drogas. Primero, pudieron llegar a las poblaciones vulnerables. Segundo, les proporcionaron información y recursos con el fin de ayudarlos a consumir de una manera más segura. Esto no sólo mejoró la salud de los usuarios sino que también aumentó su inclusión en redes sociales de cuidado. Tercero, han abierto al debate público las consecuencias para la salud y la supervivencia que tuvieron las estrategias represivas-abstencionistas, la penalización y la criminalización del consumo. Finalmente, han abogado en la arena legal, luchando por cambiar la legislación actual que penaliza el consumo (Inchaurrega, 2003).

El señalamiento y la propuesta de inclusión de un espectro de daños más amplio, desde la infección por VIH, la enfermedad y muerte violenta, hasta los

malestares, la alienación y la identidad estigmatizada, refleja en su conjunto la vulnerabilidad social de los conjuntos oprimidos. Por consiguiente, la propuesta consiste en la modificación del diseño de los programas que supere la programática centrada en los cambios de prácticas, para contemplar la reparación de las condiciones de desigualdad e injusticia a través de mecanismos políticos y legales. Las estrategias de movilización social (Parker, 1996) buscan quebrar el aislamiento de los individuos de grupos vulnerables y fortalecer el activismo bajo la premisa de que las redes sociales son fuente de apoyo para reducir riesgos y daños y para mejorar las respuestas sociales a ambos. El trabajo que el pensador brasileño Paulo Freire ha hecho desde los años sesenta sobre la pedagogía del oprimido y las maneras de contrarrestarla abrió el camino de una perspectiva que busca, a través de técnicas participativas de aprendizaje y de acción colectiva, estimular la capacidad y la politización de los individuos y grupos. Problematicando sus vidas y realidades, los grupos de apoyo, asesoramiento y los programas de atención legal y otros tipos de intervenciones apuntan a que los grupos de usuarios de droga y sus redes puedan transformar su vida cotidiana, contrarrestar y dismantelar las dinámicas de poder que los someten a la opresión, alienación y auto-destrucción.

Sin duda, las estrategias de reducción de daños en los ámbitos sociales golpeados por la pobreza, la indigencia y la ausencia de derechos humanos deben encontrar su fundamento teórico y práctico en un esfuerzo por reestablecer la continuidad histórica con las tradiciones preexistentes de salud pública en Argentina y su articulación con los objetivos y estrategias de otros movimientos sociales y políticos que surgieron de las condiciones de empobrecimiento, deterioro y precarización de la vida (Svampa, 2005). Así, con las redes sociales quebradas, fragmentadas y dismanteladas, la aproximación de los daños desde una perspectiva social y local supone reorientar las estrategias desde la reducción hacia la reparación de las heridas que atraviesan los cuerpos sociales e individuales y la reconstitución y diversificación de las redes de soporte y cuidado. Finalmente, este proceso de reposicionamiento de los daños relativos a las drogas en un espectro de daños más amplio, diverso y localmente significativo se convierte en la posibilidad de articular los programas específicos de reducción de daños relativos al consumo de drogas, con los movimientos políticos y organizaciones sociales y de resistencia desarrollados en Argentina durante la última década. Estas modificaciones harán posible desarrollar y desplegar el potencial de las políticas de reducción de daños, es decir que contemplen tanto la reparación del dolor, deterioro y sufrimiento, como también la transformación social y política, con el dismantelamiento de las lógicas políticas, sociales y químicas de alienación y aniquilamiento.

Bibliografía

- Aceijas, C.; Friedman, S. R.; Cooper, H. L. F.; Wiessing, L.; Stimson, G. V. y Hickman M. (2006), "Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution". *Sexually Transmitted Infections*, 82, iii10-iii17.
- Argentina: Dirección de Estadísticas Vitales (2003), *Estadísticas vitales 2002*.
- Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente y Organización Panamericana de la Salud (2005), *Indicadores Básicos Argentina*.
- Argentina: National AIDS Program (2005), *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*.
- Argentina: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (1999), *Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas*.
- Argentina: Sistema de Informaciones, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) (2002), *Informe de Situación Social*.
- Aureano, G. (1999), *La construction politique du toxicomane dans l'Argentine post-autoritaire. Un cas de citoyenneté à basse intensité*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal. Available at <http://www.pum.umontreal.ca/theses/pilote/aureano/these.html>
- Aureano, G. (2003), "Uso recreativo de drogas ilícitas. Una visión política". En C. Cáceres et al. (eds.), *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*, Lima: UPCH, 45-58.
- Auyero, J. (2003), *Contentious Lives: Two Argentine Women, Two Protests, and the Quest for Recognition*. Duke: Duke University Press.
- Ayres, J. R. (2002), "Repensando Conceitos e Práticas em Saúde Pública". En R. Parker y V. Terto (orgs.), *Aprimorando o Debate: respostas sociais frente a AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 12-19.
- Bastos, F. y Strathdee, S. (2000), "Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects". *Social Science & Medicine*, 51(12), 1771-1182.
- Berridge, V. (1999), "Histories of Harm Reduction: Illicit Drugs, Tobacco, and Nicotine". *Substance Abuse and Misuse*, 34 (1), 35-47.
- Bourgois, Ph. y Bruneau, J. (2000), "Needle Exchange, HIV infection, and the Politics of Science: Confronting Canada's Cocaine Injection Epidemic with

- Participant Observation”. *Medical Anthropology*, 18, 325-330.
- Bourgois, Ph. (1999), “The Moral Economies of Homeless Heroin Addicts: Confronting ethnography, HIV risk, and Everyday Violence in San Francisco Shooting Encampments”. *Substance Abuse & Misuse*, 33 (11), 2323-2351.
- Bourgois, P. (2000), “Disciplining Addictions: The Bio-Politics of Methadone and Heroin in the United States”. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, 165-195.
- Cahn P.; Ben, G. y Bloch, C. (1996), “Who is knocking on the door for HIV testing: Study of 9959 cases”, Abstract presentado en *XI International AIDS Conference* (Vancouver).
- CELS (2005), *Informe Anual: Violencia institucional y exclusión. Límites para el proceso democrático*, Buenos Aires, CELS.
- Clarke, S. y Mulcahy, F. (2003), “What’s new for injection drug users with HIV infection?” *Sexually Transmitted Infections*, 79, 80-83.
- Crawford, R. (1994), “The Boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and AIDS”. *Social Science & Medicine*, 38 (10), 1347-1365.
- Des Jarlais, D.; Friedman, S.; Friedmann, P. *et al.* (1995), “HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings”. *AIDS*, 9, 611-617.
- Des Jarlais, D.; Hagan, H.; Friedman, S. R.; Friedmann, P.; Goldberg, D.; Frischer, M.; Green, S.; Tunving, K.; Ljungberg, B.; Wodak, A., *et al.* (1995), “Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users”. *JAMA*, 274 (15), 1226-1231.
- Des Jarlais, D.; Perlis, T.; Arasteh, K.; *et al.* (2005), “HIV incidence among injecting drug users in New York City, 1999-2002: Use of STARHS to assess expansion of HIV prevention services”. *American Journal of Public Health*, 95, 1439-1444.
- Drummond, M. (2002), *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia*. Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra.
- Dunn, J. y Ferri, C. (1998), “The price of crack in Sao Paulo”, *Addiction*, 93, 287-288.
- Dunn, J. y Laranjeira, R. (1999), “Transitions in the route of cocaine administration—characteristics, direction and associated variables”. *Addiction*. Jun;94(6):813-24.

- Epele, M. (2003), "Changing Cocaine Use Practices: Neo-liberalism, HIV-AIDS, and Death in an Argentina Shantytown". *Substance Use & Misuse*, 38 (9), 1189-1216.
- Epele, M. (2004), "Resistencias Corporales: Fragmentación, Destitución y Violencia entre usuarios de drogas". Paper presentado en *Latin American Studies Association Conference*, Las Vegas.
- Erickson, P. (1999), "Introduction: the three phases of harm reduction. An examination of emerging concepts, methodologies, and critiques". *Substance Use & Misuse*, 34, 1-7.
- Fainboim, H. *et al.* (1999), "Prevalence of hepatitis viruses in an anti-human immunodeficiency virus-positive population from Argentina. A multicentre study". *Journal of Viral Hepatitis*, 6, 53-57.
- Friedman, S.; Cooper, H.; Tempalski, B.; Keem, M.; Friedman, R.; Flom, P. y Des Jarlais, D. (2006), "Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas". *AIDS* 2006, 20, 93-99.
- Friedman, S.; Curtis, R.; Neaigus, A.; Jose, B. y Des Jarlais, D. (1999), *Social Networks, Drug injectors' lives, and HIV-AIDS*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers.
- Friedman, S.; de Jong, W. y Wodak, A. (1993), "Community development as a response to HIV among drug injectors". *AIDS*, 7, Suppl 1, 263-S269.
- Hurley, S.; Jolly, D. y Kaldor, J. (1997), "Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection". *The Lancet*, 349, 1797-1800.
- Inchaurreaga, S. (ed.) (2003), *Las drogas: entre el fracaso y los daños de la prohibición. Nuevas perspectivas en el debate despenalización-legalización*. Rosario: CEAD-UNR/ARDA.
- Jorrat, J. y Kornblit A. (2004), *Informe para el establecimiento de la línea de base en usuarios de drogas por vía endovenosa – Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria*. Buenos Aires.
- Kalant, H. (1999), "Differentiation Drugs by Harm Reduction: The Rational versus the Feasible". *Substance Abuse & Misuse*, 34 (1): 25-34.
- Kessler, G. (2002), "Entre fronteras desvanecidas: Lógicas de articulación de actividades legales e ilegales en los jóvenes". En J.Gayol y G.Kessler (eds.), *Violencias, Delitos y Justicias en la Argentina*. Buenos Aires: Manantial, 339-354.
- Kornblit, A. (ed.) (2004), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e*

identidad. Buenos Aires: Biblos.

- Lavarello, D. *et al.* (2003), "Harm Reduction Actions as a Health Care Construction Process at a Public Health Center in Rosario, Argentina". *Clinical Infectious Diseases*, 37, Suppl. 5, S353-S357.
- Levitsky, S. y Murillo, M. (eds.) (2006), *Argentine Democracy. The Politics of Institutional Weakness*. Philadelphia: Penn State University Press.
- Lurie, P.; Hintzen, P. y Lowe, R. (1995), "Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: the roles of the International Monetary Fund and the World Bank". *AIDS*. Jun;9(6):539-46.
- Magis Rodríguez, C.; Marques, L. y Touzé, G. (2002), "HIV and injection drug use in Latin America". *AIDS*, 16, Suppl. 3, 34-41.
- Mazzeo V. (2006), "La mortalidad por SIDA en la ciudad de Buenos Aires en el último quinquenio". *Infosida*, 5, 11-14.
- Mesquita, F.; Doneda, D.; Gandolfi, D.; Nemes, M.; Andrade, T.; Bueno, R. y Piconez e Trigueiros D. (2003), "Brazilian response to the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among injection drug users". *Clinical Infectious Diseases*, 37, Suppl 5, 382-S385.
- Olivera, A. y Tiscornia, S. (1998), "Estructuras y prácticas de las policías en la Argentina. Las Redes de la Ilegalidad". En H. Fruhling (ed.), *Control Democrático en el mantenimiento de la seguridad interior*. Santiago de Chile: CED, 157-174.
- OSI - Open Society Institute (2004), *Breaking Down Barriers: Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users*. New York: OSI
- Paiva, V. (2002), "Sem Magicas Solucoes: A Prevencao ao HIV e a AIDS como um Processo de Emancipacao Psicossocial". En R. Parker y V. Terto (orgs.), *Aprimorando o Debate: respostas sociais frente a AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 20-27.
- Paiva V. (2005), "Analysing sexual experiences through 'scenes': a framework for the evaluation of sexuality education". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 5 (4), 345-358.
- Parker, R.; Easton, D. y Klein, Ch. (2000), "Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research". *AIDS*, 14, Suppl 1, 22-S32.
- Pecheny, M. (2001), *La construction de l'avortement et du sida en tant que questions politiques: Le cas de l'Argentine*. Lille: Presses Universitaires du Septentrion.

- Pecheny, M.; Manzelli, H. y Jones, D. (2002), *Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Buenos Aires: CEDES.
- Pecheny, M. (2004), "Argentina: Developing Quality HIV Treatment for Injection Drug Users". En *Breaking Down Barriers: Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users*. New York: Open Society Institute, 66-79.
- Romero, F. (2004), "La política de reducción de daños y su desarrollo en la Argentina". En A. Kornblit (ed.), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos, 121-138.
- Rossi, D.; Radulich, G.; Martínez Peralta, L.; Sosa Estani, S.; Vila, M.; Vivas, L. y Weissenbacher, M. (2002), "Riesgo de transmisión de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables no institucionalizados del Gran Buenos Aires". En *Reducción de Daños. Apuntes para la acción*. Buenos Aires. Asociación Civil Intercambios and Cooperación Alemana para el Desarrollo.
- Rossi, D. y Rangugni, V. (eds.) (2004), *Cambios en el Uso Inyectable de Drogas en Buenos Aires (1998-2003)*. Buenos Aires: Intercambios-ONUSIDA-OCDD-MSAL.
- Salmon-Ceron, D.; Lewden, C.; Morlat, P.; Bevilacqua, S.; Jouglu, E.; Bonnet, F.; Heripret, L.; Costagliola, D.; May, T. y Chene, G. - The Mortality 2000 study group (2005), "Liver disease as a major cause of death among HIV infected patients: role of hepatitis C and B viruses and alcohol". *Journal of Hepatology*, 42 (6), 799-805.
- Sosa-Estani, S.; Rossi, D. y Weissenbacher, M. (2003), "Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome in Injection Drug Users in Argentina: High Seroprevalence of HIV Infection". *Clinical Infectious Diseases*, 37, Suppl 5, 338-S342.
- Spinelli, H. (ed.) (2004), *Salud Colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad; Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar.
- Strang, J.; Des Jarlais, D.; Griffiths, P. y Gossop, M. (1992), "The study of transitions in the route of drug use: the route from one route to another". *British Journal of Addictions*, 87(3), 473-483.
- Svampa, M. (ed.) (2000), *Desde abajo. Las transformaciones de las identidades sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Svampa, M. y Pereyra S. (2003), *Entre la ruta y el barrio. La experiencia de las organizaciones piqueteras*. Buenos Aires: Biblos.

- Svampa, M. (2005), *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del Neoliberalismo*. Buenos Aires: Taurus.
- Tiscornia, S. (2000), “Violencia Policial, derechos humanos y reformas policiales”. *Delito y Sociedad*, 14, 9-20.
- Touzé, G. *et al.* (2001), “Experiencias de reducción de daños asociados a las drogas en la ciudad de Buenos Aires”. *Infosida*, 1, 40-45.
- Vila, M. *et al.* (2001), “Estudio de seroprevalencia de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables”. Paper presentado en *III Congreso de Prevención y Asistencia de la Drogadependencia Internacional*, Córdoba.
- Visacovsky, S. (2002), *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza.
- Weissenbacher, M. *et al.* (2003), “High Seroprevalence of Bloodborne Viruses among Street-Recruited Injection Drug Users from Buenos Aires, Argentina”. *Clinical Infectious Diseases*, 37, Suppl. 5, S348-S352.
- Wodak, A. (1998), “Health, HIV Infection, Human Rights and Injecting Drug Use”. *Health and Human Rights*, 2, 25-41.
- Wodak, A.; Sarkar, S. y Mesquita, F. (2004), “The globalization of drug injecting”. *Addiction*, 99 (7), 799-801.
- Zeballos, J. (2003), *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Parte 3
LA AGENDA DE LA GESTIÓN LOCAL
EN SALUD EN ARGENTINA

El Seguro Público como parte de la estrategia de Atención Primaria de la Salud

Adrián Zelayeta

Seguro Público de Salud, Bs. As.

Ante todo quiero agradecerles la invitación en nombre mío y de la Licenciada Lelia Areco. Desearía comenzar retomando algo mencionado anteriormente, y que tiene que ver con cuál es el desafío del Seguro Público de la Provincia,

La pregunta que deberíamos hacernos es: ¿Es posible un cambio de modelo, dentro de otro modelo? Yo creo que todos los aquí presentes estamos trabajando para que se pueda generar al menos un cambio de paradigma en el modelo de atención, pasando de uno fuertemente biomédico (que solo piensa en la enfermedad y su tratamiento), a uno orientado a las necesidades de la comunidad y dirigido fundamentalmente al cuidado de la salud con énfasis en la promoción y prevención

Creo que la idea de fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se ha instalado ahora un poco más, no sólo en el discurso de las autoridades, sino también en el debate de quienes gestionan recursos de salud y en la comunidad.

En ese marco, el Seguro Público también intenta desarrollar y fortalecer una forma de llevar adelante esa estrategia de Atención Primaria bajo un concepto de integración de lo privado y lo estatal para conformar un sistema local de salud.

Entonces voy a comentar brevemente en que consiste el Seguro Público de Salud (SPS). En primer lugar quiero destacar que el programa retoma una visión en la cual el Estado (provincial y municipal) adquiere un *rol activo en la*

formulación de políticas y estrategias, cumpliendo con su misión indelegable de velar por el derecho a la salud de los ciudadanos.

En este sentido se propone una corresponsabilidad provincia-municipio en la organización del sistema de atención, con base en la asignación de roles precisos para cada una de las jurisdicciones de acuerdo con sus atribuciones y una complementariedad relacionada con recursos humanos y físicos puestos a disposición.

Quisiera destacar ahora algunas características del programa:

En primer lugar y como reza en el texto de la ley 13.413/05 de creación del seguro, el mismo está destinado a “brindar cobertura de salud a todas las personas con residencia en el territorio bonaerense, que carezcan de cobertura en salud y no cuenten con los medios y recursos para afrontar los costos de su atención individual y familiar”.

En segundo lugar, el programa debe brindar a la población destinataria una *atención integral* (relacionada con el destinatario y su grupo familiar) e *integrada* al sistema de atención de la salud y a las demás disciplinas que conforman el equipo de salud, especialmente aquellas que formalmente trabajan con el médico de cabecera del programa, como son el odontólogo, el bioquímico y, en un futuro próximo, las obstétricas

En tercer lugar, la aplicación del concepto de *responsabilidad nominal*, que significa para el beneficiario estar a cargo de un profesional que asume la atención continua e integral de una persona y/o familia con nombre y apellido, y que es quien vela por su salud o dispone las medidas necesarias para su recuperación o rehabilitación.

Los lineamientos generales promueven además trabajar por la *equidad y accesibilidad* de la población a los centros de salud, fundamentalmente incorporando el concepto de *calidad* en la atención y constituyendo además una herramienta que contribuya a la mejor utilización de los diferentes programas que se articulan dentro de un municipio.

El SPS establece la provisión de servicios en el ámbito público y privado y de esta manera intenta generar una instancia considerada dentro de lo que debería ser un Sistema Local de Salud (SILOS), donde se trabaje para mejorar los estándares de salud de la comunidad.

En este sentido y mediante convenios con las federaciones odontológicas y bioquímicas, los beneficiarios del seguro tienen la posibilidad de atención –en forma gratuita– por fuera de lo que constituye el sistema estatal, pero con el ánimo de resolver la demanda que muchas veces se ve saturada en estos ámbitos.

Dijimos que el SPS promueve un rol activo del Estado, porque la Provincia intenta de esta manera fortalecer la estrategia de atención primaria desarrollada

en cada distrito, pero además le otorga la posibilidad de gestionar localmente el Seguro. De esta manera, el SPS no llega al municipio “bajando desde el nivel central” como se dice comunmente, sino que intenta conformar Unidades Coordinadoras Municipales (UCM), donde trabajan en conjunto Acción Social, Salud y los colegios locales en el monitoreo y gestión del seguro.

De esta forma le da al municipio la potestad para llevar adelante esta estrategia dentro de los lineamientos del seguro, y por eso también hablamos de una corresponsabilidad y complementariedad entre la Provincia y los municipios en las acciones a desarrollar.

Hoy por hoy el seguro tiene sobre todo un desarrollo fuerte en lo que tiene que ver con los servicios otorgados por los profesionales odontólogos, bioquímicos y médicos fundamentalmente generalistas y pediatras del primer nivel de atención. Nosotros creemos, además, que ellos deben articular con el equipo de salud que esté conformado dentro del centro de atención o CAPS.

Además, en nuestro horizonte esta la posibilidad de reforzar ese equipo de salud con otros profesionales, por ejemplo con la incorporación de obstétricas, en cuyo sentido se está avanzando con la firma de un convenio que va a proponer que las obstétricas se incorporen al programa.

La estructura del SPS se compone de una Unidad Ejecutora Provincial (UEP) en el Ministerio –de la cual yo estoy formando parte en estos momentos–; Unidades Ejecutoras Regionales (UER), con participación de la Región Sanitaria, porque es quien conoce específicamente el territorio y debe interactuar con las unidades coordinadoras municipales y, finalmente, la Unidad Coordinadora Municipal, que es la que lleva adelante la gestión, o meso gestión por su contacto con las beneficiarias y los profesionales.

¿Como se operativiza entonces el SPS a nivel local? A través de la conformación de una Unidad Coordinadora Municipal y mediante el establecimiento de un registro de los probables beneficiarios. También, a través de la asignación de profesionales que son contratados por las entidades médicas y en virtud a la carga horaria disponible, se le otorga una población a cargo. En este sentido, quiero recalcar que el objetivo es que este profesional tenga una responsabilidad nominal sobre el cuidado de la salud de los pacientes, sobre todo con la promoción y prevención en materia de salud.

¿Como se operativiza el SPS dentro del centro de atención primaria? Tratando de fortalecer el recurso humano que hay disponible, tratando de generar accesibilidad al sistema, programando mejor los turnos, mediante la libre elección de los beneficiarios por los profesionales que quieren ser atendidos, dado que se encuentran en un listado que los beneficiarios pueden ver. Entonces, a través de los turnos programados, a través de la normatización de la atención se intenta fortalecer el trabajo en los CAPS.

Es central introducir mejoras en los registros, en la articulación con los programas, con otras disciplinas y con los otros niveles de atención en salud.

Algunas características que se proponen para este modelo de atención son que la misma sea continua, integral, precoz, completa, en equipo y en red, programada y activa, humanizada, participativa, responsable y con procesos de resultados medibles. Se está trabajando con auditorías para ver cómo es la atención a los beneficiarios, cómo se sienten ellos con la atención en relación con el desarrollo que se ha dado en cada municipio.

¿Que es lo que esperamos del seguro? Se pretende ampliar la cobertura a un mayor número de beneficiarios y, por ende, la incorporación de nuevos profesionales y distritos. Hoy el SPS está funcionando en más de 60 municipios entre grandes y pequeños, del conurbano y del interior, y se espera alcanzar el año próximo un millón de beneficiarios. También intentamos incorporar otras disciplinas que permitan mejorar la atención y el acceso a la salud en el primer nivel.

Creemos firmemente que esto permitirá fortalecer la estrategia de Atención Primaria y finalmente garantizar el Derecho a la Salud.

Anexo

PROGRAMA CONSULTORIO EN EL BARRIO

INTRODUCCIÓN

En un nuevo paso hacia el fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, a través del Seguro Público de Salud (SPS), acerca “CONSULTORIO EN EL BARRIO”, un programa destinado a mejorar y fortalecer el acceso a la asistencia sanitaria, la utilización de los servicios que se brindan y la calidad de atención en el primer nivel.

El SPS se viene desarrollando desde hace ya 6 años en más de 50 diferentes municipios de la Provincia de Buenos Aires con el aval de la ley 13.411 que lo crea. Dicho programa cuenta además con financiamiento genuino a partir de presupuesto provincial.

Son objetivos del Seguro Público de Salud brindar cobertura de Salud, a todas las personas que habitan en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires y que no posean Obra social, Prepaga u otro Seguro de Salud, ni capacidad financiera para obtenerla.

FUNDAMENTOS

Los fuertes desequilibrios del sistema de atención de la salud y las inequidades originadas por las brechas existentes entre las necesidades de la gente y la utilización de los servicios de salud es lo que nos mueve al desarrollo de esta propuesta.

“CONSULTORIO EN EL BARRIO” representa uno de los ejes principales del Ministerio de Salud para contribuir al fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, desarrollada por los municipios, mejorando el acceso y la calidad de servicios prestados a nuestra población y colaborando en el cambio de modelo prestacional actual, orientándolo hacia el reconocimiento de las necesidades de la población y el cuidado de la salud más que en su reparación.

El desarrollo en el primer nivel de atención del “CONSULTORIO EN EL BARRIO” tiene como una de sus fortalezas ser puerta de entrada al sistema de atención de la salud, basado en la responsabilidad nominal del médico de cabecera sobre el destinatario y el desarrollo de un sistema de complejidad creciente que garantice el seguimiento y la continuidad de la atención.

Fundamentalmente, procura el mantenimiento de la salud de los destinatarios a través de acciones de promoción y prevención primaria y secundaria, de la eficiencia en la atención y de la equidad en el acceso a los servicios.

También promueve el desarrollo de una gestión local del programa, mediante la constitución de las Unidades Coordinadoras Municipales (UCM) y aplicación de herramientas de gestión clínica y de programación local participativa.

PRINCIPIOS CONCEPTUALES

Deseamos destacar que el programa retoma una visión en la cual el Estado (provincial y municipal) adquiere un rol activo en la formulación de políticas y estrategias, cumpliendo con su misión indelegable de velar por el derecho a la salud de los ciudadanos.

Además procura la constitución de redes con base local y regional para generar servicios accesibles en toda la escala de complejidad teniendo en consideración los siguientes principios de la atención de la salud: EQUIDAD, ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, INTEGRALIDAD, SOLIDARIDAD, CALIDAD, AUTONOMÍA Y JUSTICIA SOCIAL.

En este sentido se propone una corresponsabilidad provincia-municipio en la organización del sistema de atención, con base en la asignación de roles precisos para cada una de las jurisdicciones de acuerdo con sus atribuciones y una complementariedad financiera relacionada con recursos humanos y físicos con los alcances y las modalidades que establezcan los respectivos convenios.

Además, el programa propone a través de sus efectores un enfoque integrador en la utilización de los recursos provinciales y municipales que apunta a atravesar horizontalmente los programas y ser un articulador de los mismos en el primer nivel de atención.

También promueve la descentralización operativa adoptando una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezcan la operación descentralizada en los niveles regional mediante la Unidad Ejecutora Regional (UER) y municipales desde la UCM.

IMPLEMENTACION OPERATIVA

Para llevar adelante el programa, la Provincia ha suscripto convenios con las Federaciones Médicas, Bioquímicas y Odontológicas, permitiendo la incorporación de dichas disciplinas a las prestaciones del primer nivel de atención y de esta manera ponerlas al alcance de los destinatarios.

Pronto se incorporará a esta oferta prestacional el convenio con la Asociación de Obstétricas de la Provincia de Bs. As., con el objeto de reforzar la captación precoz y el control de la embarazada, así como el trabajo con adolescentes.

La magnitud de las necesidades a cubrir requiere la implementación gradual del programa en relación con los municipios a adherir, la población destinataria y las prestaciones otorgadas a la misma.

POBLACIÓN OBJETIVO

El programa se dirige específicamente a la población más vulnerable desde el aspecto socioeconómico, definida ésta como la población que:

-Carezca de los recursos para afrontar los costos de Salud de la atención individual y familiar.

-Carezca de cobertura sanitaria a través de la seguridad social.

La incorporación de los destinatarios será gradual, y se hará en función de las disposiciones presupuestarias de la provincia y el municipio, teniendo en cuenta la capacidad de planificación local.

La definición de la población adscripta es una función de la Unidad Ejecutora Provincial que se operativiza luego de corroborar que no cuenta con ninguna cobertura, otorgándosele un número que lo identifique.

La identificación de los probables destinatarios será responsabilidad de los municipios, dada la proximidad con la problemática y el conocimiento del terreno, estableciendo criterios de priorización para su incorporación. Se solicitará su nominalidad y georreferencia teniendo en cuenta los datos requeridos por la UEP o UER para su empadronamiento.

Las altas, bajas y modificaciones del padrón deben ser propuestas por el Municipio y comunicadas oportunamente a la UEP para la actualización permanente del Padrón Regional.

INCORPORACIÓN DE MUNICIPIOS

Las comunas ingresarán al programa mediante convenios de adhesión voluntaria, en la medida en que acepten las condiciones de corresponsabilidad y cofinanciamiento antes mencionadas.

Los municipios interesados deben tomar contacto con la Región Sanitaria correspondiente o con la Unidad Ejecutora Provincial para analizar las necesidades locales, el número de destinatarios a incorporar y el perfil de profesionales requeridos para tal fin.

MODELO DE ATENCIÓN Y BENEFICIOS

Algunas de las características sobresalientes a destacar con respecto al modelo de atención son:

- En primer lugar, que las PRESTACIONES mencionadas anteriormente son TOTALMENTE GRATUITAS para el beneficiario, y todo lo que debe hacer para acceder a ellas es acreditar su condición de destinatario del programa.
- En segundo lugar, mencionar la LIBRE ELECCIÓN DEL PROFESIONAL por parte del destinatario. De esta manera establece él mismo quién desea que lo atienda y dónde, con la consideración de poder realizar dos cambios al año.
- En tercer término, la utilización de TURNOS PROGRAMADOS para las consultas que no sean de demanda espontánea, solicitados con anterioridad u otorgados directamente por el profesional para controles, revisión de estudios, etc.

El programa debe brindar a la población destinataria una atención integral (relacionada con el destinatario y su grupo familiar) e integrada al sistema de atención de la salud y a las demás disciplinas que conforman el equipo de salud, especialmente aquellas que formalmente trabajan con el médico de cabecera del programa, como son el odontólogo, el bioquímico y, en un futuro próximo, las obstétricas.

En el Primer Nivel, las prestaciones que el Seguro financiará en forma nominal son:

- Atención por médicos de cabecera y demás profesionales que se incorporen al programa.
- Atención por odontólogos.
- Prestaciones bioquímicas.
- La provisión de medicamentos se realizará mediante el programa REMEDIAR.

La aplicación del concepto de responsabilidad nominal significa estar a cargo de un profesional que asume la atención continua e integral de una persona y/o familia con nombre y apellido. Son los profesionales quienes deben velar por la salud o disponer las medidas necesarias para su recuperación o rehabilitación.

En el Segundo y Tercer Nivel, los destinatarios tendrán acceso a la red de prestadores públicos de atención, de acuerdo con las disponibilidades, pautas y prioridades que se establezcan en dicha red.

Asimismo, en la actualidad el seguro ofrece todos los beneficios de los Programas Provinciales que se desarrollan en el primer nivel de atención y la incorporación de la población destinataria a dichos programas para enfermedades específicas, vigentes en el Ministerio de Salud.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Unidad Ejecutora Provincial

Unidad Ejecutora Regional

Unidad Coordinadora Municipal

La instrumentación del Seguro Público de Salud requiere la puesta en marcha de instituciones en el nivel provincial y municipal.

En el nivel provincial, el Ministerio de Salud será quien establezca las políticas y el plan de salud aplicables, el criterio para incorporar y categorizar a los municipios, el modelo prestacional del mismo y su fiscalización y control, a través de lo que resuelva la Unidad Ejecutiva Provincial del Seguro Público de Salud.

La Unidad Ejecutora Provincial del Seguro Público de Salud tendrá como función básica organizar y garantizar la prestación del programa a todos los destinatarios. Para ello, diseñará la estrategia de implementación y controlará

la ejecución del modelo operativo, propondrá las normas técnicas y administrará el Padrón Provincial de beneficiarios y gestionará los convenios con los municipios y con las entidades intermedias.

En el nivel regional, se conformará la Unidad Ejecutora Regional, que tendrá por funciones la planificación regional del programa, de acuerdo con la pauta determinada por la U.E.P., la asistencia de los municipios y la auditoría del sistema y de los prestadores del programa.

En el nivel local existirá una Unidad Coordinadora Municipal. Dicha unidad deberá proponer el listado de beneficiarios del padrón con las pautas establecidas por el nivel central, elevando la propuesta de altas y bajas junto con las modificaciones. Optimizará los recursos propios de acuerdo al modelo de atención propuesto y en función a las necesidades, asegurará la provisión de servicios complementarios a los establecidos en el programa para la población bajo responsabilidad nominal y articulará con otros programas sanitarios y sociales que trabajan con esos grupos de riesgo.

También llevará adelante la gestión de los profesionales del programa controlando su cumplimiento y funcionamiento con el propósito de que se incorporen a la estrategia de salud municipal. Para ello se otorgarán pautas y lineamientos que contribuyan a dicha tarea. Además, cada UCM contará con un software para instalar en una PC que el municipio destine al programa que le permitirá identificar beneficiarios, trabajadoras vecinales, profesionales a cargo, etc.

Las Unidades Ejecutivas Regionales y la Unidad Coordinadora Municipal recibirán y darán curso a las quejas de los beneficiarios del sistema de acuerdo a lo que se establezca en las normas respectivas.

SITUACIÓN ACTUAL

El Seguro Público brinda los servicios de salud descriptos a aproximadamente un total de 650.000 destinatarios mediante su instalación en 56 municipios del ámbito de la Provincia de Buenos Aires y convenios con Universidades, otras instituciones y ONGs.

Para lograr dicha cobertura, la Provincia cuenta con un total de 850 profesionales médicos de diferentes especialidades (pediatras, médicos generales, ginecólogos y clínicos) desarrollando actividades en el primer nivel de atención.

En este sentido, cabe mencionar que los destinatarios tienen acceso a su médico de cabecera y al servicio de odontología en forma directa y a las prestaciones de los servicios de laboratorio con la indicación del médico de cabecera.

PROYECCIÓN

Según el último censo nacional y sus proyecciones, la provincia de Buenos Aires presenta una población aproximada de 14.654.379, de los cuales se considera que estimativamente 6.640.000 no poseen cobertura financiera en salud y recurren al sistema estatal de atención.

El programa tiene previsto en los próximos tres años ampliar cobertura en salud a otros grupos étnicos, considerados como de mayor riesgo o mayor vulnerabilidad.

Para ello las acciones de gestión estarán enfocadas a la incorporación de niños y adolescentes hasta los 19 años, estimulando acciones de prevención en Salud Escolar, así como la realización de exámenes de salud a los niños y adolescentes que se encuentren desarrollando actividad deportiva en clubes.

Se incluye además el cuidado y la atención de las mujeres embarazadas de todas las edades por obstétricas, quienes se incorporarán al programa y desarrollarán acciones de promoción y cuidado nominal, articulando con otros programas del Ministerio de Salud.

Por tal razón, el programa tiene previsto la incorporación de profesionales médicos y no médicos a los fines de conformar equipos de salud que lleven adelante la estrategia de atención primaria bajo la forma de cuidado y responsabilidad nominal de sus familias, esperando llegar al final del año 2007 a un total de 1.200.000 beneficiarios.

Rosario: la salud como política de Estado

Mónica Fein
Municipalidad de Rosario

Todos los que trabajamos en municipios sabemos que son los espacios de coordinación local para dar una respuesta integral a los ciudadanos y ciudadanas que viven en nuestros lugares. Rosario es una importante ciudad de la provincia de Santa Fe, provincia que no tiene descentralizada la salud en los municipios, no existe esta experiencia que fundamentalmente tiene Córdoba y Buenos Aires. Es decir, la salud es provincial y la responsabilidad constitucional y financiera es de la provincia de Santa Fe y también de Rosario, por algunas cuestiones que no voy a ahondar. Hace más de 70 años se comenzaron a construir hospitales municipales y en el año 1989 asume un gobierno que define, en un momento que se estaba debatiendo por qué la ciudad tenía una salud municipal, cuando en realidad la responsabilidad era provincial, con hospitales muy desfinanciados y con falta de insumos.

En el año 1989, definimos como discusión política que la salud era un *derecho* y que íbamos a tomarla como una *política de Estado*, más allá de la responsabilidad legal, con muy pocos organigramas, muy poco instituyente y como un movimiento que se ha constituido en la ciudad en el que participan con mucha legitimidad los trabajadores de la salud y fundamentalmente respaldados en la legitimidad de los ciudadanos de Rosario.

Rosario es un territorio complejo y multiforme, pero donde se expresan los sentidos de los ciudadanos y ciudadanas, y donde la verdad de los procesos de transformación, experimentación de nuevas formas de democracia y encuentro son un espacio de innovación real de políticas públicas que debemos aprovechar. Así lo hicimos, y hace más de diecisiete años apostamos a espacios de encuen-

tro entre los ciudadanos, el gobierno, las estructuras del gobierno y la toma de decisión. Esto es importante porque el sector salud no está desvinculado de este modo de la toma de decisión y este proceso político de la ciudad cree que los sentidos de los ciudadanos se transforman en la modificación de las propias condiciones en la que vive si tiene condiciones de participar activamente en la toma de decisiones.

Desde ese lugar, hay experiencias muy importantes, como la del Presupuesto Participativo, donde fundamentalmente todos ciudadanos y funcionarios estamos aprendiendo a tener diferentes miradas, a acordar mecanismos de trabajo, a generar vínculos diferentes de trabajo. También están las Jornadas de Participación Comunitaria que periódicamente hacemos con los equipos de salud, donde debatimos estos procesos de los sistemas de salud y debatimos fundamentalmente las formas que el sistema se relaciona en cada lugar. Como acá estamos hablando de provincia y descentralización parece que ese debate se diera sólo a nivel provincial, cuando en Rosario la descentralización fue un proceso que se produjo en esta ciudad de más de un millón de habitantes.

La descentralización generó un gran debate en nuestra ciudad y fue la Universidad de Rosario la que junto al Gobierno Municipal discutió este proceso que recuperara fundamentalmente los espacios culturales, las formas de tránsito de la gente, la posibilidad de que la descentralización constituyera en esto, en nuevos ámbitos ciudadanos capaces de acercar las decisiones a los problemas y planificar un futuro, con claros contenidos y prioridades.

Hoy Rosario tiene seis distritos, cada distrito es heterogéneo, tienen diferentes historias, pero hay una fuerte centralidad. Esto es algo que hay que recuperar, la descentralización desde nuestro lugar requiere una fuerte centralidad en los lineamientos políticos, porque si no lo que se produce es realmente una división, una fragmentación. Debemos trabajar desde la descentralización con un claro acuerdo en los lineamientos centrales que rigen el proceso.

Todo esto nos permitió desconcentrar las funciones, coordinar y organizar estructuras comunitarias diferentes, redefinir políticas públicas, nos permitió encontrarnos en el territorio, procurando un acercamiento de las distintas áreas de gobierno a los problemas más inmediatos.

Hablando desde la función pública, uno de los problemas más complejos es esta división que hacemos entre secretarías, áreas y programas, cuando la gente realmente tiene problemas integrales y les cuesta tanto encontrar los caminos que les planteamos para resolver un problema, la gente no lo divide ni en secretarías, ni áreas.

En general, el espacio distrital, donde las distintas áreas nos encontramos con los problemas y buscamos cómo pensar desde los problemas, se constituye en parte de un proceso de transformación de las formas de gobierno, no sin

conflictos y sin dificultades, pero en general, el ubicar el problemas del vecino del barrio como un centro de discusión, nos ha permitido ir aprendiendo y modificando muchas prácticas de gobierno. Desde allí, decimos que la participación es la base de la descentralización, fundamentalmente decimos que incorpora una reforma del Estado municipal, tendiente a *acercar la capacidad de decisión en el contexto local*, donde los problemas se definen, se construyen, se priorizan, pero fundamentalmente se viven y se sufren.

Si no nos acercamos a los trabajadores –de la salud en este caso–, a los responsables gubernamentales, a los problemas junto a los ciudadanos será difícil pensar en la modificación de los mecanismos de gobierno que tenemos en este momento. Para ser claros: cuando en el año 1989 decidimos hacernos cargo del área de la salud, se definió un presupuesto que ha ido creciendo. Un 50 % del presupuesto de Rosario se destinó para el área social. Rosario no tiene coparticipación por salud, ni tiene impuestos sanitarios, además Rosario tiene una heterogeneidad notable, tiene una población sumamente vulnerable y la prioridad del gobierno fue la *construcción de ciudadanía*.

En esta ciudad, el 25% del presupuesto está destinado al área de salud, situación que ha generado un debate por la importancia de la inversión. Por eso, es sumamente importante que la Provincia también tenga el desafío de pensar el rol de las ciudades.

En realidad, nosotros no tenemos la estructura que generalmente tienen las provincias de “programas”, nosotros trabajamos diferente. Los pilares del cambio cuando empezamos fueron:

- La dirección de epidemiología –saber en la ciudad de qué se enferma y se muere la gente–, y hoy estamos generando un sistema de epidemiología georeferencial, donde los equipos trabajan con datos de su población.
- También creamos el Departamento de Apoyo y Desarrollo Profesional, la verdad que muy pocos de nosotros teníamos formación en salud pública y gestión de servicios, así que hicimos un convenio sumamente importante con la Universidad de Rosario, con la Asociación Médica y la Secretaría de Salud Pública y creamos el Instituto “Juan Lazarte”, una institución que ya ha formado una enorme cantidad de profesionales.
- Junto con esto, creamos la Residencia de Medicina General y Comunitaria, que fue un proceso de cambio importante en la mirada de la formación. Hoy trabajamos mucho sobre lo que llamamos *generar educación permanente*.
- Se creó también la Dirección de Atención Primaria, y decidimos sacar la idea de áreas programáticas de los hospitales. La Dirección fue creada

con autonomía y con recursos propios, con definiciones propias y no dependiente de los hospitales, lo que nos obligó a realizar un trabajo en red.

¿Cuáles fueron las directrices para este cambio?

En realidad nuestro mecanismo no es normatizar una práctica, sino definir directrices y buscar el mecanismos de acuerdos colegiados de gestión en Consejos de Gestión, donde vamos discutiendo si las prácticas que realizamos corresponden a la directrices que propusimos; que son: *la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud*. Cada una de las prácticas de los equipos tiene que dar cuenta a equipos colegiados, es decir, a sus propios pares, tiene que recordar que éstas son las directrices que no se discuten. Si nosotros vamos a discutir sobre cuál es el mecanismo más importante de atención, si es lo programado o lo espontáneo, lo discutimos en base a la *equidad*. No hay tantas normativas, como sí directrices indiscutibles.

Los ejes de trabajo se centraron en la *planificación local*, con esa directriz, este equipo con esta realidad en este barrio –por ejemplo una comunidad de pueblos originarios– puedo planificar una práctica que contextualice con esa cultura, y que discuta con la comunidad sus prácticas. Otra cosa es la *equidad* en la utilización de los servicios, nosotros generamos un proceso de debate sobre la equidad según la necesidad de cada ciudadano, y ese proceso reconfiguró el mecanismo de nuestro sistema que antes estaba más pensado por nosotros, y por los servicios para reconfigurar los sistemas en base a la necesidad de los ciudadanos.

Hoy en la ciudad tenemos 52 centros de salud, 6 hospitales, 2 maternidades, un centro de especialidades médicas ambulatorias y una red de rehabilitación. Desde este lugar, también entendemos el modelo de promoción de la salud, discutimos este tema –de separar la atención de la promoción–, y creemos que es fundamental incorporarlo como un recurso de la vida cotidiana y poder integrarlo a todas las acciones de nuestro trabajo. El desarrollo de la atención primaria generó un proceso interesante, con los conflictos y dificultades que implica un trabajo en red.

El modo de trabajo

Cada equipo interdisciplinario trabaja en términos de comunidad, los equipos más chicos están constituidos por entre 10 o 12 personas y los más

grandes por 40 aproximadamente (tenemos uno de 70, pero es un caso en particular). En los centros de salud, se trabaja en base a la adscripción de familias como contrato entre la población y el Estado —esto la gente de Brasil lo conoce bien—, no es un mecanismo de derivación, es un mecanismo de responsabilidad compartida, de adscripción. Cada equipo, formado fundamentalmente por un médico o enfermera, tiene un número de familias a cargo, o adscritas por este acuerdo que les mencionaba, y es no sólo quien lo atiende, sino que también tiene su historia clínica familiar y es quien gerencia la totalidad del sistema. Es decir, desde el centro de salud se gerencia toda la red.

La resolución de nuestros centros de salud es muy amplia, toda la medicación por más compleja que sea, más allá que se la haya dado el último especialista en el efector de máxima complejidad tecnológica, es distribuida con el nombre del paciente en el centro de salud. Eso implica una altísima resolución del centro de salud. Por otro lado, los especialistas trabajan matricialmente, esto es que en realidad el especialista trabaja en referencia a equipos del primer nivel. Entonces supongamos que en un hospital hay un traumatólogo: adscribe equipos, en lugar de la población. Él tiene 5 equipos de atención primaria que le referencian los pacientes; con los cuales se reúne, discute avanza y genera encuentros. Hemos avanzado en los mecanismo de referencia y contrarreferencia escrita, por diferente vínculos, algunos funcionan mejor y van configurando una red humana más cercana y vamos avanzando, sobre que cada especialista tenga un territorio marcado (este es un proceso que estamos generando).

Mientras más autonomía y más resolución tengan los equipos de atención primaria para gerenciar el sistema, más claramente la gente se referencia al equipo del primer nivel, que lo conoce y que tienen vínculos y lazos, que participa en actividades en el barrio. Ello generó la discusión sobre los consultorios externos, particularmente por la configuración del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias, que es un Centro que construimos en nuestra gestión y que rompió un paradigma que discutíamos muchísimo.

A este Centro sólo se viene por la derivación del primer nivel, no hay consulta espontánea, nadie viene a ver un especialista, si no es por una referencia del primer nivel, toda la gente va referenciada, no sólo con hoja, sino con diferentes mecanismos, por ejemplo, toda medicación que allí se define va al centro de salud. Hay cirugía ambulatoria, diagnóstico por imágenes y esto permitió la discusión con los hospitales. También permitió el cierre progresivo, acordado con profesiones que tenían en el hospital de emergencia, consultorios externos. Hoy los profesionales de la salud municipal trabajan en red, operan en un lugar, atienden el consultorio externo en otro, hacen referencia de un distrito; y la verdad es que en general los profesionales de la salud se sienten parte de una red, más que parte de un efector.

Por otro lado, internación domiciliaria es una experiencia sumamente interesante, con más de 80 pacientes entre mayores y niños internados en sus casas, con un equipo interdisciplinario que también trabaja muy bien. Además, contamos con un sistema de emergencia pre-hospitalaria. La política de medicamentos desde hace ya muchos años, tenemos una fábrica de elaboración de medicamentos con más de 70 productos. Tenemos una entrega integral gratuita de todos los medicamentos de internado ambulatorio de la red con un amplio formulario terapéutico.

Sobre los indicadores, podemos destacar el trabajo en el área de salud integral de la Mujer, con una gran cantidad de los partos institucionalizados, los embarazos con control alcanzan al 98%. El 70% tiene control antes de las 20 semanas, lo que implica que hay una relación y un vínculo importante con más de 260.000 mujeres en el programa de salud sexual y reproductiva y bajamos del 21%° de mortalidad infantil al 11%.

El tratamiento de la tuberculosis fue todo un proceso en relación con la descentralización de la atención de los pacientes que nos permitió mejorar la adherencia al tratamiento del 65% al 80% actual.

Nosotros debatimos, discutimos, coincidimos y no, pero generamos procesos donde cada trabajador se siente parte del proceso de cambio y eso fortalece su relación participativa con la comunidad y, en nuestro caso, en el prosupuesto participativo. Por eso decimos que si algo es necesario –y nosotros creemos la salud es necesaria y es un derecho–, pero a todos nos resulta imposible, debemos pensar que hay que cambiar las *reglas del juego*. En Rosario, lo que intentamos en todos estos años, con muchas dificultades, es cambiar las reglas del juego, para que los ciudadanos y ciudadanas sean más protagonistas de su propia salud y los trabajadores de salud, articuladores del cambio.

Reflexiones sobre la salud en lo local

Gustavo Eugeni

Asociación Médica de San Miguel

Mucho se ha discutido acerca de las políticas de descentralización que los países centrales han impulsado en América Latina desde la década del sesenta y lograron imponer desde los ochenta. Esta descentralización no acompañada de los recursos financieros se convirtió en el signo más descarnado de la retirada del Estado en las políticas sociales de nuestros países.

Todos los aspectos de la contención social se han resentido con estas políticas en distinta medida según los países y el área social que se analice aunque es llamativo el impacto que han tenido en el sector salud en casi todos ellos. Los propios impulsores han instaurado una polémica en torno de los mecanismos de financiamiento del sector de la salud, poniendo énfasis en el error de la financiación de la oferta pública de servicios habida cuenta de la supuesta escasa eficiencia y eficacia de nuestros efectores públicos.

Es natural que en nuestro país la mayor disputa se entablara en la provincia de Buenos Aires en tanto es la única que ha incluido prorratedotes de salud en la repartición de la coparticipación secundaria de impuestos. Esta condición que la coloca entre las más avanzadas respecto del criterio distributivo en el concierto nacional, a la vez ha generado en poco tiempo desequilibrios que serán difíciles de resolver en el futuro inmediato y ameritan una reforma urgente. Varios intentos de este tipo han fracasado en su viabilidad política.

La Provincia más grande del país es también la más rica en la coparticipación primaria de impuestos pero fracasa a la hora de comparar coparticipación *per cápita*. El fenómeno se repite si se analiza la inequidad de la distribución por municipios *per cápita* de la coparticipación secundaria por salud. Además, son llamativos los inconvenientes derivados de la gestión de los hospitales

provinciales a pesar del suculento presupuesto que maneja el Ministerio de Salud Provincial.

La combinación de descentralización y fracaso de la gestión del presupuesto social (educación, seguridad, salud) por parte de la Provincia han sido las causas de una búsqueda en los resquicios de la Ley de Coparticipación para aprovechar al máximo los beneficios de incrementar la capacidad de prestar servicios desde los municipios ante la escasa llegada de las acciones provinciales.

La lógica sanitaria es contundente en afirmar que se deben concentrar y centralizar las acciones de alta complejidad para dar respuesta a las patologías más complejas y más costosas con algún viso de equidad en toda la población.

En el subsector de obras sociales, el APE (Administración de Prestaciones Especiales) es producto de esa lógica, y un trabajador de cualquier Obra Social recibe similar asistencia (entiéndase cobertura) independientemente del gremio o al rango de sueldo (aportes) al que pertenezca. En el subsector público, algunos programas provinciales aislados buscan esa equidad pero no hay un sistema capaz de asegurarla en toda la extensión provincial. Como ejemplo baste describir las dificultades para conseguir una plaza de internación para los pacientes de alta complejidad pediátrica, pacientes neuro-quirúrgicos o quemados entre tantos otros.

La descentralización parece al primer análisis una respuesta lógica a este desamparo al que nos expone la Provincia al momento de buscar desesperadamente esa plaza que no aparece. Esto implica resolver problemas de cualquier nivel de complejidad en la cercanía del lugar donde viven los pacientes.

Pero la criatura no viene sola.

En el fondo subyace todo un modelo de atención, gestión y financiamiento distinto que produjo derrames de ríos de tinta y mares de saliva en el sector más progresista y advertido del sanitarismo, pero que ahora está consolidándose ahí del otro lado de la ruta. Este modelo conocido por sus creadores foráneos como subsidio a la demanda, tira por tierra cualquier expectativa de un Sistema Nacional de Salud basado en el mal llamado y vapuleado subsidio a la oferta. La secuencia: diagnóstico sanitario-presupuesto por programa será reemplazado por atención de la demanda-financiamiento por producción.

Las tres consecuencias inmediatas del modelo son:

1. Aumento del gasto en salud (el pago por prestación tiende a la generación de demanda y a la sobrefacturación de servicios).
2. Priorización de las prácticas asistenciales de alta complejidad en detrimento de la promoción y prevención de la salud.
3. Precarización del trabajo de los trabajadores del sector salud.

El recurso humano bajo relación de dependencia necesariamente deberá pasar a contrato de locación de servicios y remuneración por producción, única manera de relacionar gasto con producción e ingresos. Este modelo es replicable en cualquier servicio público, sin embargo es en el sector salud donde más se ha avanzado.

La creatividad de los mentores no hace ningún esfuerzo para responder a las preguntas más simples relacionadas con su aplicación:

¿Cómo se controla el gasto en un sistema que paga por prestación?

¿Cuál es el incentivo del sistema para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud?

¿Cuál será el destino de los municipios poco poblados y de gran superficie donde montar estructuras de salud sea inviable?

¿Cómo se generan nuevas subregiones y que acuerdos habrá que suscribir para repartir beneficios y pérdidas del sistema?

El Plan Federal de Salud estimula la creación de los Seguros Provinciales de Salud (SPS). En la provincia de Buenos Aires hasta el momento el SPS avanza en la atención de niños hasta los 6 años de edad, embarazadas y adultos sin cobertura formal de salud. En las provincias del NOA y NEA se avanza en los SMI (Seguros Materno Infantiles) que incluyen la atención del 2do. nivel con internación en entidades públicas o privadas. El mix publico-privado se ha ensayado en Buenos Aires con la atención en salas de 1er. nivel público tanto como consultorios privados de los profesionales a través de la FEMEBA, servicios bioquímicos a cargo de la Federación Bioquímica y odontólogos a través de la Federación Odontológica.

En la subregión del consorcio General Sarmiento (Municipios de San Miguel, José C. Paz y Malvinas Argentinas), a los que se sumaron los distritos de Moreno y Pilar, los intendentes han firmado un convenio para la *regionalización de la atención sanitaria* impulsado por el Municipio de Malvinas Argentinas y basado en su modelo sanitario. Antes que esto ocurra, la provincia de Buenos Aires ya considera la estructura de salud de Malvinas Argentinas centro de derivación de la subregión y la subsidia en consecuencia, aunque el comportamiento de esa estructura dista de ser el esperado para un centro de derivación pública y ningún actor del sistema está en conocimiento de esa obligación.

Desde su implementación, el modelo de Malvinas Argentinas ha generado la creación de 5 Hospitales, 34 CAPS y produce un ingreso en concepto de Coparticipación en Salud que ubica al Municipio en el 3er. lugar dentro de la Provincia, solo superado por La Matanza (1.400.000 habitantes) y La Plata (Capital provincial). Si se analiza la coparticipación *per cápita*, Malvinas Argentinas ocupa el 1er. lugar en la Provincia gracias a los más de \$30 millones anuales que le reporta su estructura de salud.

Vista desde sus indicadores sanitarios es poco lo que Malvinas los ha mejorado a pesar de semejante movimiento de dinero. La Mortalidad Infantil (MI) y la Mortalidad Materna (MM) son mayores a la de San Miguel cuya coparticipación en salud no alcanza a los \$10 millones, posee 1 solo hospital y 13 CAPS y no desarrolló más política de salud en los últimos 10 años que acotar el presupuesto y dismantelar servicios.

Por otro lado, es llamativa la fuga de pacientes de Malvinas Argentinas hacia otros distritos. El 27% de todas las internaciones y el 28% de todos los partos realizados en el municipio de Vicente López corresponde a ciudadanos que tienen su domicilio en Malvinas Argentinas. Estas incongruencias no son tales si se analiza la situación desde una visión sanitaria integral. Todos estos desequilibrios son producto de la lógica del mercado, la imposición del criterio de subsidiar a la demanda (léase a quienes demandan) y el retiro paulatino pero constante de la provincia de Buenos Aires de cumplir con su mandato constitucional de garantizar la salud de los habitantes, amparándose en las políticas de descentralización.

En conclusión

La intencionadamente errónea aplicación de la Ley de Coparticipación secundaria con la complacencia de las autoridades de la provincia de Buenos Aires y la pícara interpretación que hacen de la misma algunos intendentes ha transformado a la Ley más progresista de distribución secundaria del país en un elemento de desequilibrio e inequidad. La gravedad de esta situación es tal que nuestro Sistema de Salud Federal corre peligro de colapso en el corto plazo. El aumento del gasto en salud beneficiará a los prestadores de la alta complejidad en detrimento de las políticas de APS y no se verá reflejado en los indicadores de salud. Miles de trabajadores del sector nunca se jubilarán, ni tendrán vacaciones pagas, concurrirán a trabajar enfermos y nunca conocerán el trabajo en equipo. Todo esto con el consentimiento del mismo Gobierno Provincial que dice luchar contra el trabajo en negro.

El trabajo a destajo empeorará hasta los límites la atención de los enfermos (nunca los sanos ya que el sistema resigna la atención de la salud para consolidar la atención de la enfermedad) por lo que aumentará los juicios por mala praxis, poniendo aún más en riesgo a los trabajadores de la salud y aumentando aún más el gasto en seguros y juicios. En el mix público-privado nadie podrá conocer a ciencia cierta quién es un prestador público y uno privado, ya que empresas privadas aumentarán sus ganancias facturando dentro de estructuras falsamente públicas, evadiendo impuestos y cobrando a los entes estatales por

coparticipación y a la seguridad social a través de la autogestión duplicando la facturación de la misma práctica en el mismo paciente, que será difícil de controlar. La confusión generalizada favorece la fuga de dinero público por coimas y otras formas de malversación de fondos.

Quienes conocemos los límites de este modelo no logramos advertir a la población por los beneficios aparentes que el mismo muestra respecto del deterioro adrede infligido al sistema público por quienes buscan suplirlo. Ya hemos vivido esta experiencia en otros servicios públicos y la veremos también en el sistema educativo, quizá más a resguardo por la influencia que en el mismo ejerce la Iglesia Católica. A nivel local, resta esperar la revalidación política de cada intendente de la región y la aprobación definitiva de los convenios por los Consejos Deliberantes de cada distrito para saber si finalmente se impondrá el paradigma de este modelo que a nuestra manera de ver no solo dista de ser la solución a los problemas de financiamiento, gestión y atención de la salud de nuestra población, sino que a corto plazo los agravará, confirmando el fracaso de las políticas de Estado en este sector y el desprecio por la salud de la gente.

Experiencia desde un hospital público neuquino de mediana complejidad

Daniel Esteban Manoukian
Municipalidad de Chos Malal

“Yo no soy el otro, pero no puedo ser sin el otro.”
Emmanuel Levinas

¿Desde qué marco ideológico partimos?

Cuando se analizan cuáles son los principales puntos de la agenda de la Gestión Local en Salud de la Argentina actual y de los próximos años, resulta relevante identificar el espacio que le corresponde al nivel local en la gestión de servicios salud, sin ceñirnos solamente al ámbito sanitario.

Antes de introducirnos en el tema de fondo comentaré desde una perspectiva particular, la de ser médico y director de un hospital devenido en Secretario de Hacienda municipal, algunos aspectos conceptuales aplicados. Inicio el análisis abordando la cuestión desde la óptica de la *Planificación Estratégica*, es decir, desde un proceso de construcción colectiva que busca reducir la distancia entre la reflexión y la acción, para comprender mejor los momentos de cambio y transformación de espacios macro y micro sociales.

Partimos de asumir cabalmente a la *Salud como un Derecho* y reconocerla *como un fenómeno social*, que resulta una característica esencial de un Pueblo y que excede en mucho a un sector particular, al expresar diversos costados que hacen a la configuración del perfil de bienestar integral, no sólo del promedio, sino de cada uno de los componentes de una comunidad. Sirva esta última aclaración para dejar desde ya planteado uno de los desafíos de la agenda de

salud, que es la de propiciar desde este tipo de acciones, medidas concretas que contribuyan a *reducir la brecha entre ricos y pobres*.

Resulta evidente, para cualquier trabajador social en contacto con los sectores más vulnerables de nuestras comunidades, que desde hace ya bastante tiempo no puede pensarse la salud sino como un componente de los esfuerzos por lograr inclusión efectiva de todos los ciudadanos. Dicho de otra manera, *el sector salud no puede excluirse de ser un actor más en la búsqueda de conquistar ciudadanía plena*.

En parte por eso, al menos desde la salida del letargo que significó la década de los noventa, se asume que la *participación popular efectiva* en sus diferentes formas de expresión resulta eficaz para enriquecer el diagnóstico y encontrar soluciones alternativas a los problemas detectados. Es más, cuando esa participación llega al núcleo duro de las decisiones, a la distribución de recursos, al diseño del presupuesto y el control participativo de su ejecución, se valida la idea de que es posible lograr estimular el compromiso, y con ello el involucramiento activo de todos los actores en un proceso necesariamente dinámico y progresivo. El *presupuesto participativo* claramente cristaliza no sólo la capacidad de participación, sino también la posibilidad de incidir en las decisiones reales y concretas.

Desde esta perspectiva, rescatar iniciativas que contribuyan a incrementar la capacidad de decisión popular implica *empoderar*, o dicho de otra modo, reconocer la capacidad de los otros para decidir y de reconocer que no podemos solos. De ahí la frase inicial de Emmanuel Levinas con que se inició esta exposición: *“Yo no soy el otro, pero no puedo ser sin el otro”*. Definitivamente, nos referimos a acciones, actividades y programas que configuran políticas sanitarias que pretendemos se transformen en verdaderos *actos saludables*.

Tres planos de abordaje

Este encuentro intenta identificar cuáles son los puntos centrales de la agenda sanitaria del presente y de los próximos tiempos, desde la perspectiva del nivel local, es decir, desde los espacios de mayor contacto con la realidad cotidiana de la gente.

No se pretenden recetas magistrales surgidas desde mentes ilustres, sino de ejercitar la reflexión-acción en un marco de intercambio sincero, mostrando algunos pocos logros, identificando obstáculos, reconociendo limitaciones e intentando encontrar algunas fórmulas que permitan delinear líneas de acción superadoras.

Propondré tres planos de abordaje para analizar este tema y contrastaré lo que para cada una de ellas aparecen desde mi visión, como falsas opciones.

Un primer plano, que llamaré *vertical*, es el relacionado con la posibilidad de desarrollar autonomía local en el marco de una red pública provincial de tradicional impronta vertical. La otra dimensión, que mencionaré como *horizontal*, es la vinculada con la integración del sector salud con otras instituciones en el nivel local, especialmente con el municipio. El tercer plano de análisis es el *transversal*, y tiene que ver con la propia comunidad, sus costumbres, su historia y sus hábitos, los que a veces ayudan y otras atentan, contra la posibilidad de construir más salud colectiva.

Plano vertical: autonomía local en un modelo vertical deteriorado

La idea de nivel local lleva a pensar en el concepto de autonomía no en términos de anarquía, sino con sentido de intervención transformador de la realidad cercana.

Sin embargo, a menudo se generan tensiones en el seno de un sistema estructurado en base a una red provincial, que sigue intentando normalizar pautas de acción centralmente –aunque cada vez con mayor participación de los actores de los distintos efectores– y las iniciativas locales.

Hasta hace no mucho tiempo –cinco o diez años– la pregunta central era: ¿Hay posibilidades de *autonomía local* por parte de un hospital que forma parte de una red pública provincial?

Esto era –y en parte sigue siendo así– por que la pertenencia a una red pública identificada como “Sistema de Salud” generaba dos falsas opciones que se expresan en *el primer par contradictorio* que planteo y que frecuentemente aborta posibles acciones.

Centralización = sostener la integridad de la red, orden, eficacia

vs.

Descentralizar = atomización, anarquía, ineficiencia.

A menudo el concepto de Sistema de Salud (SdS) aparece asociado con un efecto de *compactación autoritaria de diversidades*, por lo que se opone a otro polo dado por la fragmentación y la sensación de anarquía y desorden improductivo. Sin embargo, la idea de sistema como *RED* ressignifica el concepto dotándolo de mayor carga democrática, en la medida que se parte de otra lógica, la de asumir la heterogeneidad, articulando diversidades.

Esta disquisición era válida en tanto estaba vigente un sistema vertical fuerte. Actualmente aparece otro elemento digno de análisis: si el sistema se

deteriora y el modelo vertical reduce progresivamente su capacidad de dar respuesta a las distintas necesidades de los componentes del mismo, o no logra adaptarse a las nuevas demandas, o bien lo hace a una velocidad menor que la exigida, necesariamente se desdibuja la potencialidad de red. Entonces aparecen anticuerpos locales como experiencias desarrolladas en cada espacio local que suplen falencias del sistema o lo complementan. Son iniciativas muy valiosas, tanto más cuando se logre articularlos en torno a una planificación acordada y resultante del necesario análisis epidemiológico.

Resulta posible pues desarrollar autonomía local productiva perteneciendo a un SdS cuando está clara la Política de Salud, esto es: *definir prioridades sanitarias* provinciales, zonales y locales, elegir líneas de acción efectivas con adaptaciones locales y gestionar y articular los recursos necesarios. En este marco, las prioridades sanitarias son:

- Crecimiento y desarrollo del niño y el adolescente
- Suicidios
- Prevención y atención de pacientes con lesiones de causa externa
- Violencia doméstica
- Sexualidad
- Obesidad y sobrepeso
- Discapacidad y rehabilitación
- Adicciones: alcoholismo, tabaquismo, otras adicciones
- Salud bucal
- Diabetes
- Hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular
- Detección precoz del cáncer en la mujer: cuello uterino y mama.

En este plano de análisis, pues, el eje estructurante es contar con una clara definición de *política pública de salud*. Contar con una política de salud implica entonces partir de un análisis epidemiológico sólido y dinámico que aporta ideas para generar intervenciones efectivas a favor de la salud y que no ahoga las iniciativas locales, ni genera riesgos de dispersión improductiva.

Vale remarcar finalmente que entendemos como política pública de salud eficaz aquella capaz de dar respuestas en términos de red, sosteniendo que el

nivel local para poblaciones de la escala de las nuestras, nunca logrará ser autónomo, por lo cual la idea del subsidio a la demanda pierde sustento.

Frente a la realidad actual de Neuquén es dable decir que si el planteo hace cinco años era un llamado a aprovechar los márgenes locales de libertad para liberarse del encorsetamiento impuesto por un sistema vertical, quizás ahora ese llamado tiende más a aprovechar los beneficios de la red y a generar acciones efectivas para fortalecerla en todos los niveles.

Ejemplos del aprovechamiento de los márgenes locales de libertad

Vale mencionar algunas de las líneas de trabajo –sólo aquellas vinculadas con la gestión clínica y de organización interna– que demuestran que es posible conjugar definiciones sanitarias globales con acciones locales que aprovechan lo que denomino márgenes locales de libertad, los que en mayor o en menor medida siempre están disponibles.

Estas líneas de trabajo en general son conocidas por los niveles superiores, pero muchas veces no. Algunas veces son propiciadas desde el nivel central, pero en general el estímulo se encuentra en el nivel local. Algunas se desarrollan con asiduidad y están consolidadas, otras frecuentemente se discontinúan o aún son incipientes. Justamente la perseverancia debe ser un valor a consolidar en los sistemas de salud si se pretende recrear auténticas políticas de Estado.

Educación para el cambio hacia estilos de vida saludables

- *Talleres*. Embarazadas, Lactancia materna. Talleres Alimentarios, Pro. Ap.O.S. (Programa de apoyo a pacientes con obesidad y sobrepeso), Donación de Órganos, Tabaquismo, Sexualidad, Taller de Juegos para niños y adolescentes en riesgo, Salud Sexual y Reproductiva, Grupos locales alcoholismo y violencia familiar.
- *Medios de comunicación*. Programas de radio y TV local. Cartelería, folletos, afiches.
- *Trabajo en red*. Grupos de alcoholismo (red zonal), violencia familiar (red zonal), talleres alimentarios (experiencia zonal). Abordaje de la problemática de suicidios. Bioética (hacia la conformación de comités zonales).

- *Otras líneas de trabajo.* Inmunizaciones, *Rehabilitación basada en la Comunidad (RBC)*, *Odontología para la Salud* (Cepillado y fluorado en escuelas, Títeres).
- *Líneas planteadas pero pendientes de ejecutar o mejorar.* Salud escolar, salud ocupacional, seguridad e higiene laboral, tercera edad, adolescencia, adicciones.

Nuevo modelo de gestión local

También desde el ámbito local es posible promover un modelo de gestión cada vez más participativo, basado en objetivos y resultados, antes que en estructuras verticales y normativas que actúan por inercia. Algunos ejemplos:

- *Reuniones periódicas de coordinadores y responsables locales.* CATA local, reunión de encargados de sectores de atención médica, de jefes de sectores de enfermería, de sectores operativos de enfermería, de agentes sanitarios y enfermeras de área programa, de sectores del servicio de administración (cocina, limpieza, lavadero, administración).
- *Espacios de capacitación.* Locales y zonales. No sólo limitados a profesionales, sino al conjunto del equipo de salud estimulando especialmente a los sectores operativos.
- *Espacios de encuentros zonales.* CATA zonal, reuniones de enfermería, de administración, del equipo psico-social, otros. *Encuentro anual del Equipo de Salud* de zona norte (desde 1996).
- *Informe anual de Gestión.* Construcción participativa que sirve para analizar lo actuado y planificar el ejercicio siguiente. Resulta tan valioso el proceso de elaboración del mismo como las conclusiones que sirven de insumo para la planificación a corto y mediano plazo.

Plano horizontal: la articulación intersectorial y el Plan Estratégico

En el plano horizontal al hablar de nivel local se espera la integración de los distintos recursos disponibles por parte de la comunidad. Desde la perspectiva local *el municipio aparece como el articulador natural* y nexo útil para que los diferentes esfuerzos se potencien con sentido positivo.

Cuando se plantea la posible integración *hospital-municipio* aparece un segundo par contradictorio, a mi juicio tan falso como el anterior.

Integración horizontal = contaminación con lógica político-partidaria

vs.

Independencia institucional = purismo técnico sanitario

Muchas veces se verifican posturas de desconfianza entre los actores locales. El poder político acusa al técnico sanitario de no entender a la gente, o de demorarse para actuar cayendo en excesos de análisis, aunque la crítica también en parte desconfía de que su prestigio y desarrollo termine minando su base de apoyo. Al mismo tiempo, desde el nivel técnico frecuentemente se acusa al político por desarrollar actitudes clientelísticas, sirviendo estos argumentos como excusa para evitar la autocrítica.

Nuevamente entonces es posible rescatar un eje estructurante al servicio de ubicarnos en una dimensión que contribuya a la síntesis. En el plano horizontal, ese eje estratégico está dado por contar con un *Plan Estratégico* construido en forma participativa que deviene en fundamento de una política de Estado que trasciende a los diferentes gobiernos locales.

Chos Malal ha iniciado desde hace más de un año un rico proceso de construcción colectiva de un *Plan Estratégico* con amplia participación comunitaria, resultando un gran desafío desde su convocatoria, pasando por su diseño y elaboración y hasta lo que será la progresiva ejecución y seguimiento del mismo.

El plan se inició rescatando algunos elementos diagnósticos aportados por los vecinos de Chos Malal. Además de los que caracterizan a la comunidad en sí, es dable apuntar lo siguiente:

- *Fuerte presencia de organizaciones estatales.* En general responden a estructuras de orden provincial. Son recursos disponibles que se supone que por responder al propio Estado deberían poder conjugar esfuerzos fijando objetivos comunes. Sin embargo, a menudo se verifican trabas al intentar combinar estructuras con lógicas burocráticas poco flexibles para adaptaciones locales.
- *Escaso desarrollo del sub-sector privado.* No sólo salud, también en otros sectores de servicios se verifica poca presencia privada. Conclusión, la cultura de demanda resultante es heterogénea.
- *Escasa o nula presencia de ONGs.* A diferencia de lo que se ha dado en otros lugares del país, en general Neuquén, pero la zona norte con mayor intensidad, no ha sido campo de desarrollo de ONGs.

- *Participación secundaria del municipio.* El municipio, como auténtico representante de la voluntad popular, reproduce un modelo signado por el asistencialismo, abortando esfuerzos orientados a ganar grados de libertad, muchas veces presionado por la misma comunidad que resiste cambios. Además, ese modelo de gestión ha llevado algunas veces a duplicar y malgastar recursos, por el sólo hecho de competir para cooptar o retener voluntad popular.
- *Falta Plan Director de Desarrollo.* Hasta octubre de 2005 no configuró una inquietud para Chos Malal, lo cual impedía en cierta forma transformar nuestra comunidad en un *municipio saludable*.

En las jornadas iniciales del *Plan Estratégico* y con la participación de casi 200 vecinos representando a los distintos sectores de la comunidad, se analizó y definieron los *valores* que son sostén de nuestro accionar como comunidad y que siempre deben estar presentes en nuestras acciones:

Respeto, Compromiso, Justicia,
Cordialidad, Perseverancia, Responsabilidad,
Honestidad, Tolerancia, Participación, Solidaridad, Esfuerzo
A partir de ello se definió que se pretende con el Plan Estratégico, la *Visión*
“*Chos Malal... lugar de encuentro para todos*”

Estamos transitado en estos momentos la etapa de elaboración de ideas-proyectos que conformarán el esqueleto del Plan Estratégico, habiendo generado además talleres de capacitación de promotores en desarrollo local y acciones de difusión y concientización en distintos ámbitos.

La actual gestión municipal impulsa con firmeza este proceso entendiendo que el resultado será la base de una verdadera política de Estado, síntesis del sentir y las expectativas comunitarias, y guía para construir un futuro más inclusivo y de desarrollo integral, habiendo sido elaborado por el conjunto. La ejecución progresiva del plan, pero ya la metodología de construcción del mismo, constituyen actos saludables seguramente de mayor impacto en algunos casos, que los generados desde el propio sector salud.

Mientras tanto, desde el municipio se generan instancias de articulación con otros sectores, especialmente salud. Se trata de programas –algunos originados en salud y otros en el municipio– mediante los cuales se intenta dar respuesta desde una óptica basada en premisas definidas en el marco de las políticas sociales propuestas.

Políticas sociales

Desde la actual gestión se asume que las políticas sociales tienen que correlacionarse con *lo que le pasa a la gente*. Si no guardan relación con la vida de la gente, no tienen sentido. Por eso, las políticas sociales deben ser eficaces y eficientes, pero sobre todo que *le sirvan a la gente*, y que estén enmarcadas por opciones éticas. Así entendemos que la política social municipal es eficaz en la medida que se desarrolle en un marco de *solidaridad* como valor asumido, y que refuerza la *organización social*. La energía está puesta al servicio del desarrollo integral con claros conceptos de *equidad* y *transparencia*, donde la red social es la base desde la cual desplegar las acciones y desde donde se reconocen los valores y los recursos del espacio barrial. Es una apuesta en común para crecer en comunidad, “un cambio que sustente y tenga como base la recuperación de la dignidad”.

Ejemplos de acciones de salud con participación del municipio

- *Programa Alimentario Nutricional*. Alcanza actualmente a 993 familias que reciben un bono alimentario que pueden canjear en comercios locales por una lista acotada de productos, elegidos con criterio nutricional. Además, 1.104 familias reciben módulos alimentarios secos provistos por el Ministerio de Acción Social provincial. La entrega de estos recursos se hace en el marco de un taller nutricional, instancia aprovechada para otro tipo de intercambio con las comunidades de cada barrio.
- *Red interinstitucional*. Con base barrial se ha ido consolidando una red de la que participa el municipio, salud, educación, comisión barrial, y otras organizaciones para detectar situaciones de riesgo, promover acciones conjuntas y aportar recursos desde distintos espacios en forma coordinada.
- *Centros de Integración Comunitaria*. El trabajo en red en cada barrio es la base para implementar los *CIC*, que como política nacional impulsada por los ministerios de Desarrollo Social y Salud se ha incorporado como opción para Chos Malal, entendiendo que sintetizan los esfuerzos por consolidar la organización comunitaria persistente.
- *Programa de recreación municipal (juegos barriales)*. Con base en los barrios, declarado por el CD de interés, apunta a dar respuesta al esparcimiento de niños, adolescentes, ancianos y familias, ampliando el objetivo acotado del deporte competitivo.

- *Talleres de cerámica, teatro, música.* Combinan esfuerzos de distintas áreas municipales para generar espacios de inclusión y contención social efectiva.
- *Centro de Día.* Destinado a atender niños que quedaban solos en sus casas cuando las madres debían hacer algún trámite.
- *Casa del adolescente.* Ámbito donde se implementan talleres de reciclado, carpintería y otros, además de desarrollar acciones psicoterapéuticas destinadas a adolescentes en riesgo (adicciones, judicializados, madres adolescentes, etc.).
- *Red de Violencia familiar.* Trabajo en conjunto con salud y juzgado para atención coordinada de casos. El municipio actúa detectando, brindando soluciones puntuales y coordinando la atención en grupos con el hospital.
- *Otras acciones: Operadoras de familia, Talleres socio-expresivos en parajes cercanos, Intervenciones familiares* para favorecer protección de derechos de niños. *Apoyo a la crianza* para generar espacios de integración amplios y diversos para favorecer el aprendizaje de la función materna en madres adolescentes. *Pasantías laborales* para brindar oportunidades de acceso a espacios de capacitación laboral. *Familias de cuidados transitorios* para garantizar la integridad biopsicosocial de niños/as que tienen derechos vulnerados en sus familias de origen. *Acompañantes domiciliarios* para brindar acompañamiento domiciliario a personas y/familias que se encuentren en situación de riesgo o vulnerabilidad psicosocial. Programa *Acompañó a tu vejez* tendiente a ofrecer acompañamiento domiciliario a adultos mayores que se encuentren en situación de riesgo o vulnerabilidad psicosocial, trámites para conseguir *pensiones provinciales y nacionales.*
- *Coordinación desde el municipio con otras instituciones.* Temas como el abordaje de la problemática de suicidios, de discapacitados, de vivienda y de otras condiciones de vida son motivo de trabajo cada vez más articulado con otras instancias.

Plano transversal: la comunidad con su historia y cultura

A este plano lo menciono como transversal porque atraviesa a los otros dos y en definitiva es la razón misma de las acciones de salud en sentido amplio.

El Plan estratégico permitió detectar en base a los aportes de los vecinos conflictos y potencialidades que caracterizan a nuestra comunidad:

Conflictos:

- Dependencia de un Estado paternalista.
- Cultura clientelar, comodidad.
- Dificultad para formar redes de contención.
- Discontinuidad de políticas y proyectos.
- Dispersión de esfuerzos entre instituciones públicas y privadas.
- Falta de gestión y administración.

Potencialidades:

- Recursos humanos interesados y formados en distintas disciplinas.
- Creciente conciencia de necesidad de planificar el desarrollo.
- Abundancia y diversidad de recursos naturales.
- Ubicación geoestratégica.
- Recursos institucionales disponibles.

A partir de estas observaciones y sin pretender excederme en sintetizar un proceso tan complejo, pero para sostener el encuadre metodológico de esta presentación, planteo un tercer par contradictorio:

Conducta dependiente resultante de políticas clientelares

vs.

Exigencia de ejercicio de ciudadanía y necesidad de protagonismo

El eje que impresiona sintetizar este par dialéctico apuntando a la superación comunitaria es la *participación*. Debe de todas formas acordarse de que sentido tiene, ya que puede tener diversas interpretaciones y aplicaciones.

Se participa pidiendo subsidios o exigiendo prebendas sectoriales y también se participa organizando la comisión barrial y promoviendo acciones comunitarias para mejoramiento de las condiciones de seguridad, limpieza o esparcimiento colectivo. Se participa juntando firmas para elevar una nota pidiendo

una ayuda para el viaje de estudios o discutiendo y aprobando el presupuesto municipal en forma participativa.

En definitiva, el eje estructurador de la participación puede constituirse en tal, en la medida en que como comunidad (común unidad) asumimos nuestras debilidades, reconocemos nuestras potencialidades y alineamos intereses a favor del colectivo.

Conclusiones: ¿Cómo superar obstáculos?

La pregunta final es: ¿qué podemos hacer para superar nuestras limitaciones, las que en definitiva surgen de nuestra propia condición humana que a diario muestra rasgos de egoísmo, vanidad, desconfianza, ansiedad, tendencia a la comodidad, poco rigor para ejecutar, escasa perseverancia, etc.?

Sin caer en textos típicos de manuales de autoayuda, nos parece importante recalcar algunas ideas, que aunque impresionan elementales, pensamos nos están sirviendo para tender a superarnos como comunidad:

- *Crear en nosotros mismos y en nuestras potencialidades.* Hacerle saber al otro que lo reconocemos como un par valioso y necesario. Motivar es una de las acciones que no deben descuidarse y que siempre requiere de formas alternativas.
- *Hacer las cosas bien.* Aunque parezca elemental, el ser rigurosos y efectivos en lo que nos toca como obligación indelegable, nos da autoridad para avanzar en otros campos de integración.
- *Crear en la gente y facilitar su participación.* Especialmente de los adolescentes y jóvenes. Sobran ejemplos en Chos Malal de cómo han sido los jóvenes quienes han mostrado actitudes más criteriosas y efectivas que las asumidas por los adultos.
- *Propender a la integración funcional y flexible de las instituciones antes que auspiciar modelos demasiados formales.* Pensar menos en comisiones formales y más en espacios que resulten pertinentes a la tarea sin descuidar el cumplir con los acuerdos. Proponemos una construcción plástica tal que desde el inicio tenga en cuenta el contexto y su dinámica de cambio.
- *Adecuar horarios y modos de trabajo a los propios de la comunidad y de sus distintos actores, sin caer en paternalismos inmovilizantes.*
- *Generar espacios de reconocimiento de logros colectivos.* Propiciar instancias en las cuales se reconoce lo logrado pero en términos del

colectivo y no de rédito sectorial. Contribuye sin dudas a acrecentar la autoestima del conjunto.

- *Finalmente, intentar superar el miedo a la condena electoral.* Es difícil, especialmente cuando los plazos son acotados y se exige hasta de los sectores más próximos que se esté “en campaña”. Sin embargo, sin superar ese fantasma, el riesgo de seguir cayendo en actitudes asistencialistas o, peor aún, en conductas de tipo clientelar es muy alto.

El rol de los municipios en la Gestión en Salud

Arnaldo Medina

Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires

En esta presentación me centraré fundamentalmente en tres cuestiones: primero, en un breve marco conceptual de lo que es para nosotros la gestión local, y qué lugar le damos en la gestión en salud. Luego, voy a tratar de ubicar el rol que cumplen los municipios y el peso que tienen en el desarrollo de la salud a nivel nacional y a nivel de la provincia de Buenos Aires. Y por último, voy a intentar mostrar brevemente algunas de las principales falencias que puede tener el sistema, tratando de encontrar en conjunto –y teniendo en cuenta que hay presencias académicas– puntos de partida en común para poder investigar y seguir avanzando en este tema.

Yo creo –y me sumo a uno de los temas polémicos tratados en este encuentro en torno a las políticas incrementales– que existe una cierta “linealidad”, que se ha ido aplicando en la provincia de Buenos Aires, aunque como todos sabemos en forma muy desordenada, con criterios no planificados. Esto se da en la política de desarrollo del primer nivel sostenida en los municipios y de la alta complejidad a cargo de la Provincia.

En los últimos años se han tomado decisiones, como la de traspasar desde el sector provincial a los municipios efectores de baja complejidad y a la inversa –desde los municipios al sector provincial– efectores de alta complejidad, que, aunque el objetivo era fortalecer el primer nivel de atención y las redes de derivación por complejidad creciente, no obtuvieron los logros esperados.

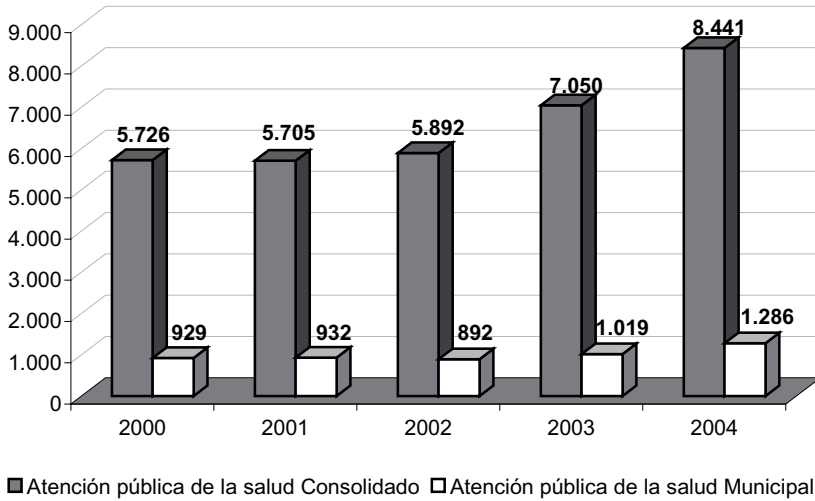
Con respecto al ámbito de acción del municipio, nosotros no adherimos a la reforma del Estado que toma a la salud como una mercancía, con un criterio

economicista. Lo que sí creemos es que se debe producir un cambio en el ámbito de la gestión local para que el modelo pueda funcionar. Los municipios deben pasar de ser meros receptores de políticas, a ser quienes formulen las políticas y las coordinen.

Estamos viviendo una etapa del país donde los municipios están creciendo en protagonismo. Hay un crecimiento del municipalismo, fomentado por las políticas nacionales y provinciales. Un claro ejemplo de esto es el protagonismo que ha adquirido en los últimos tiempos la Federación Argentina de Municipios en el orden Nacional. Con el advenimiento de la democracia aumentó la participación de los municipios, que fue central en la década del ochenta y sobre todo cuando, como salida a la crisis hiperinflacionaria, los municipios vieron aumentadas sus responsabilidades y por ende los servicios a su cargo, como tan bien lo explica Magdalena Chiara. Podemos ver así dos procesos: uno que podemos denominarlo de descentralización planificada, que no es lo que se da en nuestro caso y otro, de auto-asunción de responsabilidades, que es un término que incorporé de distintos trabajos de Magdalena, que tiene que ver con la realidad de los municipios que se hacen cargo de los problemas de salud de los ciudadanos por el nivel de cercanía que tienen con la demanda que éstos expresan. Hay dos dinámicas que se contraponen al servicio de salud –como explica Daniel Manoukian–, la dinámica política y la dinámica administrativa del servicio. Los municipios son una instancia político administrativa de coordinación y es por eso que también son tan importantes en este esquema.

Pasando a los datos concretos, si analizamos el gasto público consolidado de salud estamos viendo un crecimiento sostenido, y podemos ver cómo los municipios forman una parte importante del gasto en salud, que varía entre un 15 y un 16%, lo cual implica una presencia significativa.

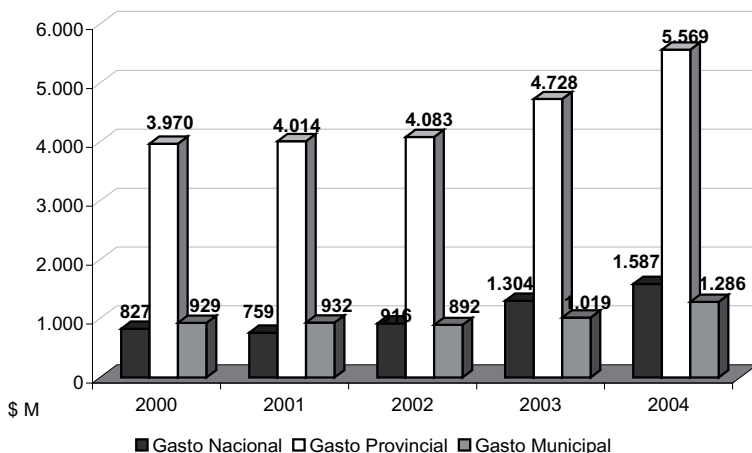
Gráfico 1 – Gasto Público Consolidado en Atención Pública de la Salud



Cuadro 1 – Evolución del gasto en salud según jurisdicción - 2000/2004

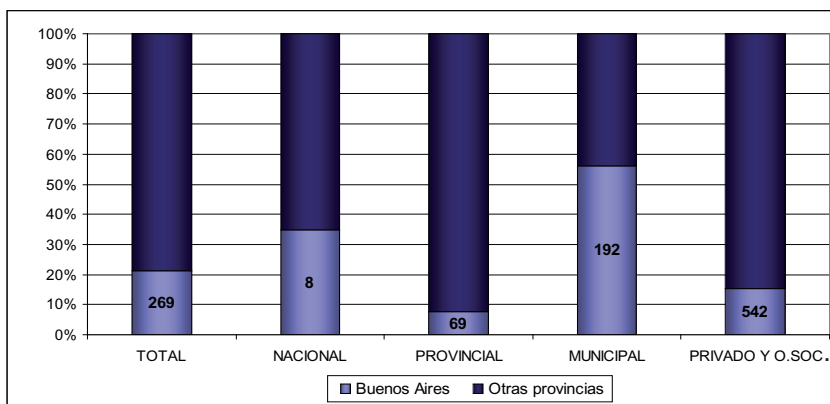
Gasto según jurisdicción	2000	2001	2002	2003	2004
Gasto Nacional	827	759	916	1.304	1.587
Gasto Provincial	3.970	4.014	4.083	4.728	5.569
Gasto Municipal	929	932	892	1.019	1.286
Consolidado	5.726	5.705	5.892	7.050	5.441

Gráfico 2 – Evolución del gasto por jurisdicción - 2000/2004



Hay que tener en cuenta que ha aumentado mucho el gasto nacional, el gasto municipal se ha mantenido y el gasto provincial ha disminuido, lo cual implica que en forma relativa ha crecido el gasto de los municipios. Si nosotros analizamos cómo participan los distintos establecimientos con internación según dependencia, vemos cómo en la provincia de Buenos Aires más que en otras provincias tienen un peso importantísimo.

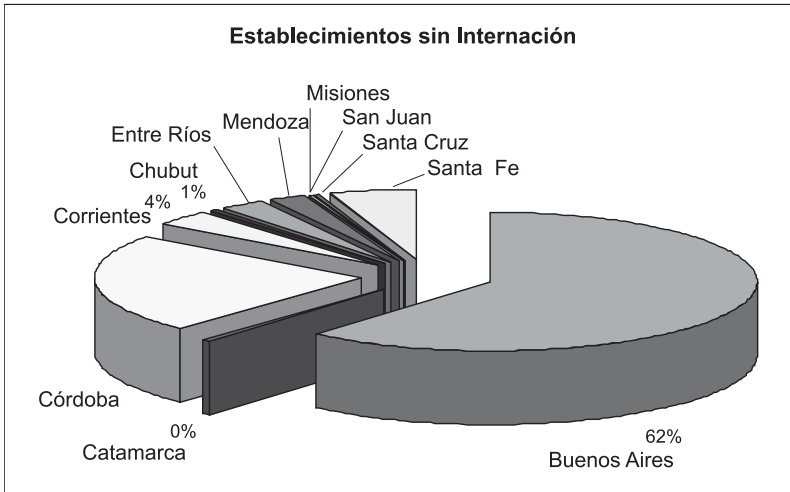
Gráfico 3 – Establecimientos con internación, según dependencia - 2000



FUENTE: Guía de Establecimientos Asistenciales al año 2000. Dirección de Estadística e Información de Salud.

En la provincia de Buenos Aires los municipios tienen una presencia mayor que en el resto del país. Vemos por ejemplo que, comparando todos los establecimientos sin internación de dependencia municipal a nivel nacional, la provincia de Buenos Aires tiene el 62% de los mismos.

Gráfico 4 – Distribución porcentual de establecimientos municipales sin internación - 2004



Fuente: Estadísticas de recursos y producción de servicios.
 Cifras preliminares. Dirección de Estadística e Información de Salud

Lo mismo sucede si analizamos las consultas médicas. Esto significa que la provincia es muy importante para evaluar la situación de los municipios en cuanto a administración en el sector salud. En la provincia de Buenos Aires coexisten diferentes realidades, y esto se hace evidente al analizar los servicios de salud. Quizás en esta reunión, por la presencia de la Universidad de General Sarmiento y la cercanía de los municipios del Conurbano, esté un poco teñida por la presión que tiene el problema financiero y los problemas sociales y demográficos, sumado a los problemas sanitarios, en el Conurbano Bonaerense. Sin embargo, pueden observarse claramente tres realidades. En el interior se ve un crecimiento muy fuerte de los servicios a un nivel que compite claramente en calidad con el sector privado, pero la organización de dichos servicios es muy distinta en el Conurbano y en la zona que podríamos

denominar “costera” que abarca Mar del Plata y Bahía Blanca, además de San Nicolás y Pergamino.

Desde el punto de vista demográfico, la tasa de crecimiento está bajando, pero hay partidos que están creciendo a un ritmo muy acelerado, sobre todo la segunda corona del conurbano: Moreno, Florencio Varela, los municipios del ex General Sarmiento, y también en el tercer cordón, como Pilar. El envejecimiento de la población es un dato muy importante, estamos en un promedio de expectativa de vida de 74 años, lo que indudablemente está impactando en los servicios y se puede ver claramente en el peso que toma en los establecimientos municipales.

En la provincia de Buenos Aires, la mitad de las camas públicas son municipales (12.800 camas). El número de camas públicas se ha ido incrementando en los últimos años, y las camas municipales han crecido por encima de las provinciales, tendencia que aún continúa. Una característica que nos preocupa es que de las camas del sector público, un porcentaje importante, está destinado a pacientes crónicos. Ésta es una realidad que se viene imponiendo, están creciendo las camas crónicas, generalmente geriátricas, dado que los psiquiátricos son provinciales. Las camas crónicas de geriátricos son municipales, lo que encuentra explicación en ciertos incentivos que genera la coparticipación, nos preocupa porque si bien el perfil epidemiológico nos lleva a un envejecimiento de la población, también es cierto que esto está influyendo sobre el modelo de atención. Estamos viendo lugares del interior de la provincia donde hay pueblos enteros en que los abuelos están en su gran mayoría en alguna institución geriátrica, y esto tiene que ver con los incentivos y con el modelo de atención. Por eso surge la gran necesidad de discutir primero qué es lo que queremos hacer, cuál es el modelo al que queremos apuntar y después discutir el financiamiento.

Si bien han crecido las camas municipales, hay una fuerte disparidad entre las regiones sanitarias, fundamentalmente entre las del interior y las del conurbano. Vemos que hay regiones que tienen menos de una cama por cada mil habitantes y vemos otras que andan por encima de las tres camas por cada mil habitantes.

Gráfico 5 – Total establecimientos oficiales con y sin internación - provincia de Buenos Aires - Año 2004

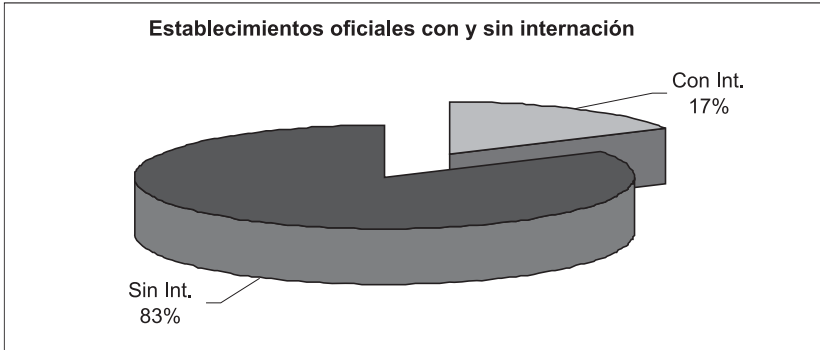
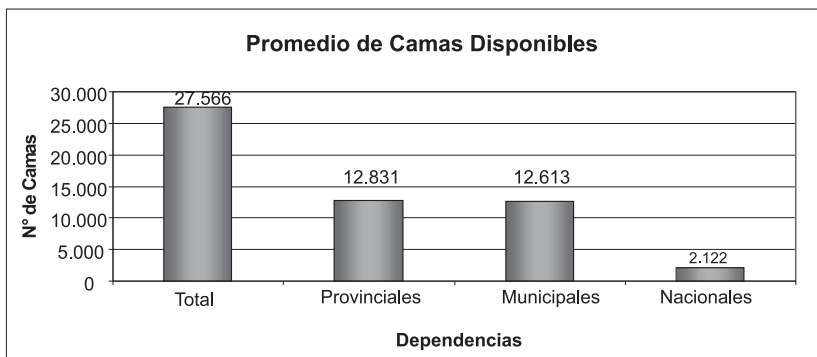


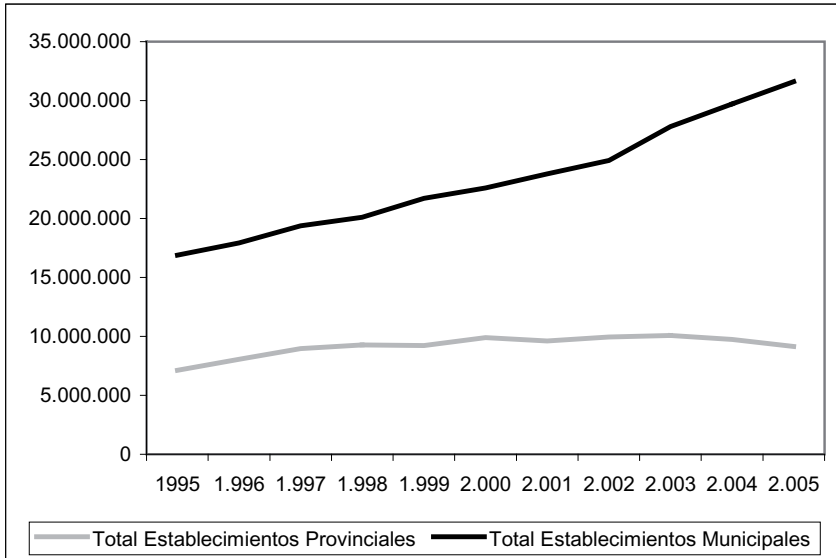
Gráfico 6 – Promedio de camas disponibles según dependencia - provincia de Bs. As. - Año 2004



Las consultas médicas vienen evolucionando, y éste es un dato positivo. En esto tiene mucha influencia el programa “Remediar”, ya que desde su implementación han aumentado las consultas en el primer nivel. Los egresos también han aumentado a expensas de los municipios.

Gráfico 7 – Evolución de las consultas médicas, según dependencia - provincia Buenos Aires- 1995-2005

% variación : establecimientos provinciales : 72.5



establecimientos municipales 100.3

Si analizamos el primer nivel de atención, se observa claramente una diferencia en cuanto a la concentración de habitantes por CAPS que es favorable en el interior al tener mayor cantidad de CAPS por habitantes.

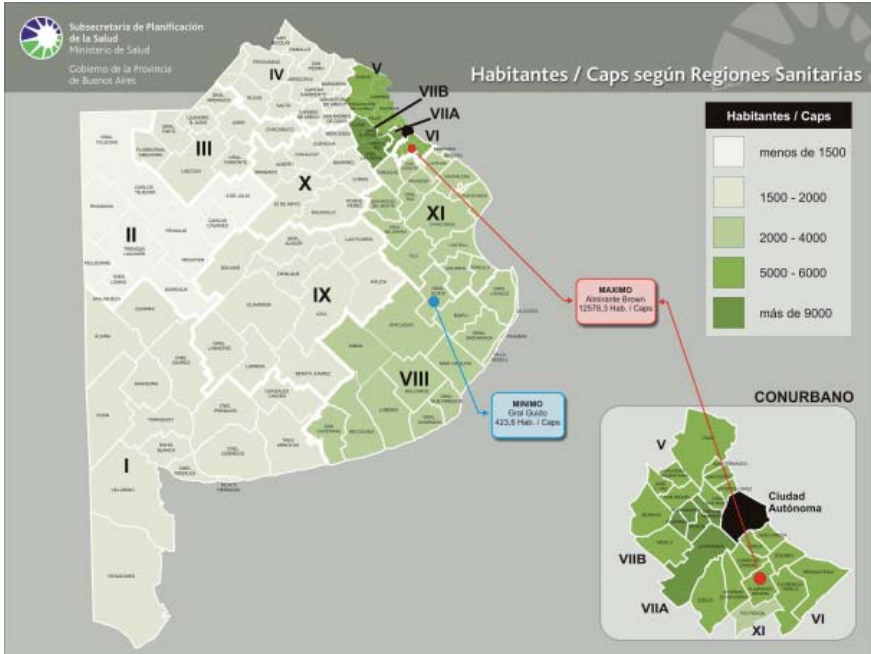
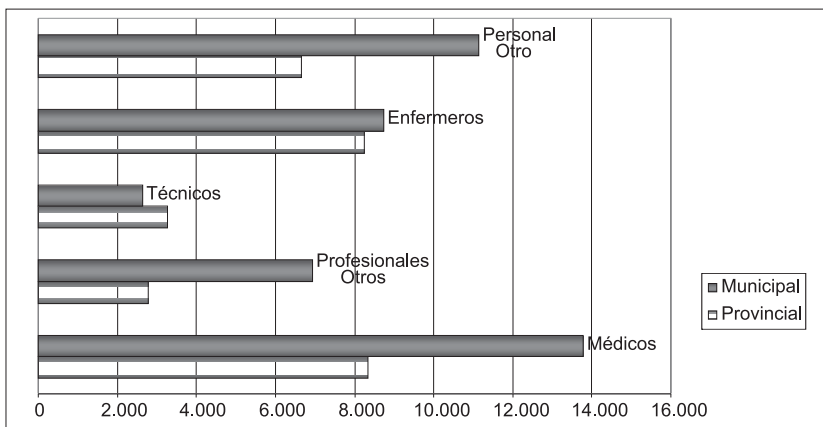


Gráfico 8 – Personal según agrupamientos y dependencia administrativa - provincia de Buenos Aires- 2004



Al referimos al personal, también se ve una mayor cantidad de recursos humanos en la esfera municipal respecto a la provincial.

Teniendo en cuenta lo analizado, los municipios hoy son coordinadores de políticas y también fijan políticas, por lo que concluimos que la provincia debe concertar con los municipios para desarrollar políticas de salud. Éste es un punto de partida clave para el desarrollo de una política provincial de salud.

Entre los condicionantes de las políticas de salud que se han planteado en este seminario podemos mencionar el entramado de intereses, el marco jurídico normativo, la capacidad financiera, la legitimación del poder local, como así también las características de la oferta y de la demanda.

Me voy a detener en el marco jurídico y en la capacidad financiera. En una recorrida que hicimos por las regiones sanitarias desde comienzos de este año, en las reuniones mantenidas con los municipios identificamos algunos núcleos problemáticos importantes en el desarrollo de políticas de salud. Uno de ellos consiste en el debilitamiento de las regiones sanitarias. No puede existir un sistema anárquico donde cada uno haga lo que quiera, y las regiones sanitarias en esto son claves, ya que deben asumir el rol de coordinación y regulación. Actualmente se está reglamentando la vieja normativa de las regiones sanitarias donde se plantea un cambio conceptual de las mismas. La región sanitaria surgió a raíz del concepto de regionalización de 1912 con el denominado “Informe Blanco” en el Reino Unido, que planteaba como criterios organizadores el ordenamiento de la complejidad sanitaria y el mejor suministro de insumos a nivel de los servicios de salud. Desde este nuevo enfoque, la región se concibe como ámbito de concertación de políticas. Si bien la región sanitaria es un organismo que administrativamente depende del nivel provincial, son los municipios los que conforman la región sanitaria y ésta es el ámbito donde se concertan políticas.

Como condicionantes de las políticas de salud se expresan claramente dos problemas estructurales que tiene hoy el sistema en la provincia de Buenos Aires: éstos están cifrados en el modelo de financiamiento y en el desarrollo de la fuerza de trabajo.

Un tema clave lo constituye el problema del recurso humano, aspecto que aún no ha sido suficientemente desarrollado, y se vincula con numerosas cuestiones. Al analizar algunos modelos exitosos en los municipios, se observa que se repiten dos factores fundamentales: un fuerte liderazgo y un fuerte compromiso por parte del recurso humano. Algunos de los municipios del interior cuentan con la presencia de estos dos factores. Cómo democratizar las decisiones, cómo incorporar el compromiso del recurso humano, cómo transferir responsabilidades al interior de la fuerza de trabajo, éste es el gran dilema.

La flexibilización no es un tema sólo de políticas a nivel central, son los propios profesionales quienes a veces proponen flexibilizar su trabajo. Éste es un

problema que se da en anestesiología, pero también en otras especialidades médicas. Se relaciona con un nuevo modelo de médico que tomó cierta relevancia en algunos sectores, donde no interesa tanto el cargo y el servicio público, sino que interesa saber cuánto se va a ganar, cómo y en qué condiciones. El sistema debería diferenciar entre quién se compromete, quién “tiene la camiseta”, como se dice habitualmente, y quien no. Para esto hay que utilizar instrumentos de gestión, hay que innovar, porque existe una gran dificultad para conseguir ciertos recursos, como por ejemplo enfermeras, neonatólogos, psiquiatras, especialistas en diagnósticos por imágenes, médicos de guardia. Hay municipios que tienen médicos que no quieren hacer guardia. Estas cuestiones están siendo seguidas de cerca por el Observatorio de Recursos Humanos que hemos creado en la Subsecretaría de Planificación de Salud en el 2006, y vemos que esta realidad existe no sólo por el marco normativo vigente, sino que se explica bastante en la propia gestión. La pregunta es por qué, aun con el mismo presupuesto, o con los mismos beneficios que da el marco normativo, los hospitales son tan distintos en cuanto a su respuesta social. Por eso me atrevo a decir que esto tiene que ver con el modo en que se gestiona el recurso humano.

Otro tema central es el del financiamiento. Las regiones sanitarias tienen hoy un rol fundamental para consensuar políticas en un marco de planificación. Hoy las regiones sanitarias están trabajando en la formulación de agendas de compromiso entre el conjunto de municipios y el nivel provincial. Por ejemplo, en la agenda de la Región Sanitaria V se han formulado compromisos para que la red de derivaciones funcione, y actualmente se está trabajando con resultados concretos en ese sentido.

En la consideración del financiamiento hay una teoría que llamo “del toro al buey”, que puede aplicarse para describir el paso de condición a instrumento. Es decir, buscar la manera de salir de la modalidad de financiamiento que nos lleva a emparchar sus consecuencias negativas, lo que se asemejaría a la imagen del toro que nos condiciona a ser toreros o a correr como en la fiesta de San Fermín para esquivar la cornada. Se trata de recrear una modalidad de financiamiento que permita, a semejanza del buey que tira del carro, direccionar la política sanitaria, de manera tal que el financiamiento sea un cabal instrumento de política.

Se habló de la coparticipación y de cómo ésta viene aumentando en los municipios, más que el presupuesto provincial. Pero hoy estamos como en San Fermín, el financiamiento es como el toro que corre en forma alocada. Actualmente la coparticipación está llegando a los 900 mil millones de pesos. Es necesario diferenciar entre lo que gastan los municipios y lo que reciben por coparticipación. En general gastan más de lo que reciben. Los municipios reciben en promedio un 75% de lo que gastan, pero hay una fuerte inequidad,

ya que algunos reciben menos del 50%. Los municipios pobres, que tienen que tener servicios de salud, que han priorizado objetivos sanitarios y no han hecho ningún tipo de especulación financiera para mejorar sus ingresos, tienen un problema de financiamiento serio. Es cierto que desde la Provincia se los está ayudando, se está trabajando con ellos, pero debemos trabajar aún más en conjunto. Esta tensión genera una presión desde el nivel local hacia la provincialización de los servicios hospitalarios municipales. Pero aquí el problema de financiamiento se torna aún más complejo porque al provincializar los servicios, se recargaría el presupuesto provincial y se liberarían recursos de la coparticipación para ser distribuidos en forma ineficiente, dadas las deficiencias de la fórmula polinómica que distribuye estos recursos, por lo que se dañaría aún más el sistema en su conjunto.

Solamente el 75% del gasto de la finalidad en salud proviene de la coparticipación, el resto viene de otros lados. En el modo en que se distribuye no encuentra otras palabras que la de sistema perverso. Pero si se pretende cambiar este esquema, se generan ganadores y perdedores, por eso tenemos que dar la discusión. Y en el Ministerio de Salud estamos generando esta discusión.

Para finalizar, los problemas del régimen actual son los siguientes:

- La masa coparticipable es insuficiente.
- Hay una resolución que permite a los municipios el uso de la máxima complejidad municipal para ponderar las camas ocupadas (*Resolución 198/89*). En general el incentivo pasa por tener alguna cama de alta complejidad en el distrito, para poder producir todo como de alta complejidad. Así, por ejemplo la internación geriátrica, que es de bajísima complejidad, se puede facturar como de altísima complejidad por el solo hecho de tener habilitada alguna cama de alta complejidad.
- Que llegue a la máxima complejidad un establecimiento arrastra a todas las camas del distrito hacia esa complejidad, esto es una clara distorsión. Con este esquema claramente pierden las camas agudas como así también los municipios que tienen muchas consultas y/o priorizan la atención primaria.
- No se financian servicios centrales, como los servicios de prevención y promoción de la salud, y no se ponderan resultados sanitarios, como por ejemplo el grado de cobertura en inmunización.

Los secretarios de Salud tratan de ser como los toreros esquivando las cornadas del financiamiento. Son pocos los que aprovechan las ventajas que dan las perversidades del financiamiento, mientras que a algunos les va decididamente mal porque inevitablemente reciben la cornada del toro que no

podieron esquivar, en nuestro caso el financiamiento. Para que esto no ocurra es necesario modificar el sistema de financiamiento, donde no tengamos un toro incontrolable y salvaje que corra detrás nuestro sino un manso buey que tire del carro con nosotros por detrás. Esto es un financiamiento que sea resultado de la política sanitaria y no una política que corra detrás de los problemas que nos deja el financiamiento. También es cierto que gracias a la conciencia social de la mayoría de los secretarios de Salud, a ese compromiso sanitario, el sistema de salud no es perverso aunque los incentivos sí lo sean.

En este marco la reforma más profunda pasaría por la modificación radical de la ley de coparticipación, una reforma que apunte a revalorizar y constituir al financiamiento como un instrumento del sistema de salud. Incluso debería fijarse una finalidad específica, tal como sostienen los secretarios de salud, porque hoy la coparticipación es de salud, pero no es “para salud”.

¿Cómo lograr un cambio en este sentido? Sin dudas hay muchas cosas por hacer para que esto se modifique, y encuentros de esta naturaleza, entre académicos y gestores, pueden aportar mucho a esta discusión.

A modo de conclusión, existen tres desafíos:

- Lograr espacios efectivos de concertación política y planificación estratégica, que promuevan el desarrollo de redes y sinergias organizativas tendientes a la mejora de la calidad.
- Trabajar más entre los municipios, aunque claramente para que exista una red tienen que estar fortalecidos los nodos, es decir el sistema local tiene que ser fuerte.
- Hay que lograr que el financiamiento sea un instrumento de políticas sanitarias y lograr una política de desarrollo de la fuerza de trabajo. Creo que esto es un concepto importante. El trabajo es fuente de satisfacción del ser humano, por lo tanto, nos tiene que preocupar que estén satisfechos los que trabajan en el sistema, y al lograr eso vamos a alcanzar la satisfacción de los ciudadanos que concurren a los servicios.

Seguramente, según lo expuesto, los problemas de financiamiento y de recursos humanos son los aspectos estructurales más importantes a abordar para el desarrollo de políticas de salud basadas en la Gestión Local con participación de los municipios. Seguramente encontraremos allí un motivo para que la academia y la gestión mancomunen esfuerzos, investiguen y busquen evidencias para superar gran parte de los obstáculos que hoy hemos presentado.

Parte 4

LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES COMO COORDENADAS DE LA GESTIÓN LOCAL: ASPECTOS POLÍTICOS, FINANCIEROS Y DE GESTIÓN

El sistema de salud como parte de las relaciones intergubernamentales

Alberto Esteban
Municipio de San Fernando

La visión que nosotros podemos aportar no está referida específicamente al tema de la salud, porque consideramos que la salud en el sector público es parte de un sistema mucho más general. El tema de la salud dentro del sector público es parte del Estado, parte de la lógica de la política pública y es muy difícil, yo diría hasta imposible, desvincular la política de salud de una política general de gobierno y de Estado. Por esta razón, la visión que voy a dar acerca de las relaciones intergubernamentales está referida a un ámbito más general.

Suponemos que hay relaciones intergubernamentales de distinto tipo: “de corresponsabilidad”, “de sumisión”, “de clientelismo”. Podemos interrogarnos acerca de “para qué”, de “cuáles” son sus objetivos y sobre “quién o quiénes” los determinaron.

Podemos también interrogarnos sobre los mandatos, ¿de quién o de qué?, ¿hay algo normativo?, ¿es vocacional?, ¿depende de la voluntad de los funcionarios de turno? Esto último es algo muy común en la administración pública.

Sin duda, las relaciones intergubernamentales deben ser comprendidas en el marco del modelo de Estado del que estamos hablando, así como también en el marco del estilo de gestión del que hablamos, que en democracia cambian a lo largo del tiempo.

Otras preguntas que nos surgen: las partes que tienen que relacionarse, ¿se conocen entre sí?, ¿consideran necesario que deben sostener relaciones?, ¿se consideran interdependientes o cada una cree que puede vivir autónomamente?, ¿dónde se ejerce la articulación?

Si al referirnos a las relaciones intergubernamentales aparecen tantos interrogantes, es por ausencias de respuestas, por ausencia del Estado, por la pérdida de objetivos y la falta de formas organizativas para alcanzarlos. No es posible que todavía estemos discutiendo qué tipo de relaciones intergubernamentales tenemos que tener para gestionar el subsistema de salud, sin contar con una política general del Estado.

Intento dar una respuesta que va mas allá de una caracterización política global, que refiere a lo que cada uno tiene que hacer. El servicio público, como expresión la de vocación constructiva, perdió la centralidad sobre las que se articulaban las relaciones intergubernamentales. Articulamos y nos relacionemos para un evento, para firmar un convenio, pero si el compromiso asumido no se cumple, no existe sanción.

Sí en el Estado tenemos que relacionarnos y articular, es porque hay un sujeto y hay un destinatario de nuestra acción que son los ciudadanos. Por eso hablamos de servicio público y fuera de ese escenario la articulación también pierde sentido. Nos interrogamos entonces acerca del sentido que tienen las articulaciones, esas relaciones que hoy mantenemos entre municipios, con la Provincia y con los distintos ministerios. Me refiero a intendentes, directores de hospitales, y también a los distintos niveles de decisión, donde quienes deciden son los “príncipes” por lo que esas relaciones se dan por voluntad mutua. Esa es una lógica que hoy impera y no es ni buena ni mala, es un dato. Este modo de articular se ve en la práctica, se ve en la provincia de Buenos Aires y en la legislación. Se observa que en general las relaciones se mantienen por la voluntad de los “príncipes”; y esto sucede en todos los niveles.

Para profundizar un poco más, el caso de la salud, si lo que se procura son desarrollar políticas públicas al servicio de los ciudadanos, la primera pregunta para redefinir las relaciones es: ¿cómo ven los ciudadanos a los municipios? y ¿cómo sentimos que nos ven los ciudadanos y los vecinos?

El gobierno municipal no solamente brinda servicios, sino que también se convierte en el primer y a veces el *único* recurso público de los vecinos, el lugar de demanda y también de la contención. Ese vecino quizá nos ve como un “ente burocrático”, atravesado por lógicas políticas opacas, prestador de ciertos servicios y el intendente es visto como el “príncipe” que maneja la droga y muchas cosas más. Imagínense si piensan eso del Intendente, qué le queda al resto de los funcionarios municipales. Pero sólo una parte nos ve así. Se sorprenderían si supieran que nuestro municipio gerencia más de 250 servicios públicos.

Ahora, desde otra lógica ¿cómo nos vemos los municipios en relación a la provincia? Nosotros creemos que los actores provinciales gubernamentales perciben a los municipios como “escalones inferiores” de la administración y “colchón” de contención de demanda y útiles para aplicar algunas políticas.

También hay legisladores y funcionarios del Ejecutivo y del Poder Judicial que consideran a los municipios como territorios y administraciones sobre los cuales se puede legislar, decidir o juzgar, sin considerar la opinión de los actores locales. Por ello hay que consensuar nuevas estrategias.

Observemos cómo este modo de entender la relación provincia-municipios se observa también en el sector salud. Para modificar la Ley Orgánica, nunca se convocó desde la Provincia a los intendentes; sin embargo, se acordó con una corporación, como la de los contadores municipales a través del Colegio de Profesionales de Ciencias Económicas. Nuestros vecinos tienen derecho a que los servidores públicos rindan cuenta de lo que hacen y parece que el municipio dejó de ser una estructura de servicio público.

Retomemos entonces nuestro interrogante: ¿es posible la articulación institucionalizada? Veamos algunos ejemplos exitosos.

En la provincia de Buenos Aires, existe la Ley 7016 que legisla sobre las Regiones Sanitarias y el *Consejo Sanitario Regional*, elaborada por varios municipios en conjunto con el Ministerio de Economía.

La Ley 13.295 que crea el Consejo Provincial de Coordinación Presupuestaria y Fiscal, que puede ayudar a definir en algunos ámbitos objetivos en común. Están representados tres municipios por cada Sección Electoral; o sea, toda la diversidad de la Provincia está representada. Tiene como competencia formular recomendaciones en materia de pautas y reglas de administración de recursos financieros y reales para todos los municipios. También, formular metodologías de proyección de recursos para acciones de política fiscal y financiera. Además, establecer reglas en materia de cálculos de parámetros en indicadores homogéneos de gestión pública que mida la eficiencia y eficacia en materia de recaudación y gasto.

Como conclusión, podemos decir que en la Provincia existe un creciente desfase entre el marco legal que se reconoce a los municipios y lo que se espera de ellos. A modo de ejemplo, vemos que se han trasladado funciones administrativas al sector seguridad con el objetivo de ampliar la cantidad de policías en la calle. Ahora, el Municipio y el Registro Civil deben asumir funciones que correspondían a la órbita de las comisarías; esto se hizo sin pensar en una estrategia de articulación.

En definitiva, se trata de promover una agenda de acción municipal, para que participen en el rediseño del Estado y en la generación de objetivos estratégicos para cada uno de los niveles del Estado. Salir de la relación clientelar, de la relación de los “príncipes” de todos los niveles; éste debe ser un objetivo de la agenda.

Hay que redefinir misiones, funciones, competencias y objetivos de cada nivel jurisdiccional del Estado (Nación, Provincia, Municipio) para que cada

uno rinda cuentas a los ciudadanos de aquello que le corresponde. Redefinir de qué nos hacemos cargo cada uno, esto es fundamental.

Es necesario exigir la publicidad de los actos de gobierno por todos los medios. Va a ser difícil terminar con la novela de la corruptela; eso requiere de mucho tiempo en los medios, televisión, diario, pero tenemos que demostrar que “el hábito también hace al monje”. ¿Entonces porque no informar? No hay que tenerle miedo a la información. Hay que promover actividades permanentes, intercambios entre los municipios y promover las entidades intermunicipios y regiones para participar más en la proyección estratégica de la Provincia, y de este modo fortalecer las relaciones intergubernamentales.

Tenemos que reorientar las articulaciones, las institucionalizadas y las que vamos haciendo, en procura de la definición de objetivos, compromisos, de la búsqueda de resultados y de los modos de evaluarlos.

Todas las jurisdicciones nos necesitamos, porque el ciudadano necesita al Estado. Respetar y promover las capacidades municipales, no “ponerle el pie encima” a los municipios. No tomar decisiones sin opinión de los actores municipales. Promover la participación municipal en la ejecución de políticas públicas, especialmente en los sectores del gobierno provincial más “atados” a la política centralista y burocrática.

Por ultimo, los municipios debemos tener nuestro proyecto estratégico como ciudades; y esto nos exige responsabilidad y profesionalidad. Responsabilidad en lo político y profesionalidad en los gestores. Esto sencillamente es el pequeño aporte que podemos hacer a este debate tan rico, pero que evidentemente nos motiva a todos, porque en última instancia nuestro deber o nuestro interés son los ciudadanos.

La coparticipación en la provincia de Buenos Aires y el sector salud

María Herminia Iarussi

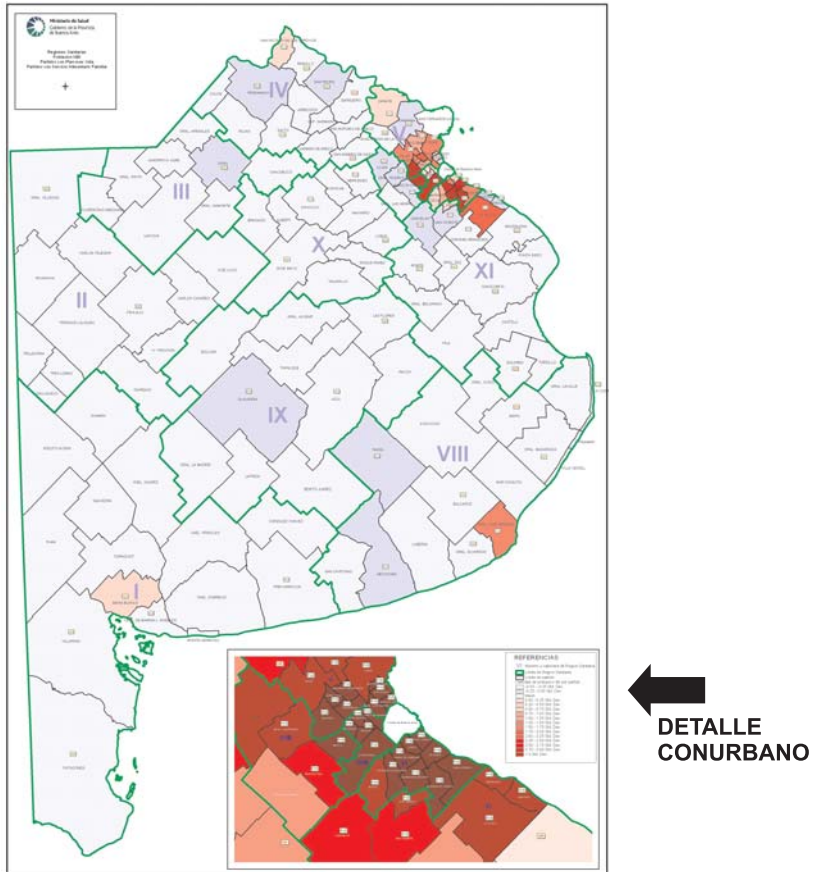
Subsecretaría de Planificación de la Salud,
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Voy a hacer algunas reflexiones sobre la Ley de Coparticipación de la provincia de Buenos Aires. Había pensado analizar la ley, que es diferente a las leyes de coparticipación de las otras provincias, porque es la única ley del país que tiene un distribuidor por salud, en tal sentido buscar los motivos del por qué tenemos esta ley en la provincia de Buenos Aires. Analicemos algunos datos de la provincia donde se destaca la incidencia que tiene el sector municipal de salud.

Provincia de Buenos Aires

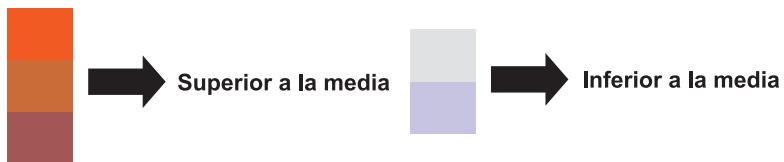
La Provincia de Buenos Aires concentra el 38,1% de los habitantes del país (13.827.203 habitantes) y el 24% (8.638.437 hab.) habita en el conurbano bonaerense. El 15,8% de su población vive con necesidades básicas insatisfechas y el 48,8% en el año 2001 no tenía otra cobertura que la provista por el subsector público. En sus 134 partidos coexisten distintas realidades: área metropolitana, zonas rurales, costeras e insulares.

Cuadro 1 – Población NBI por partido (nro. de hab.)



REFERENCIAS

**AGRUPAMIENTO DE PARTIDOS EN
RELACIÓN A LA MEDIA ESTADÍSTICA**

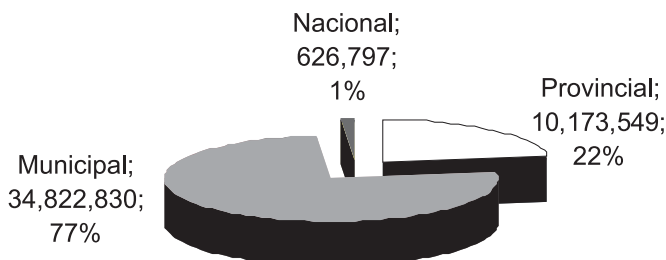


Cuadro 2 – Consultas, Egresos, Establecimientos con internación y Promedio de camas disponibles por dependencia - Año 2005

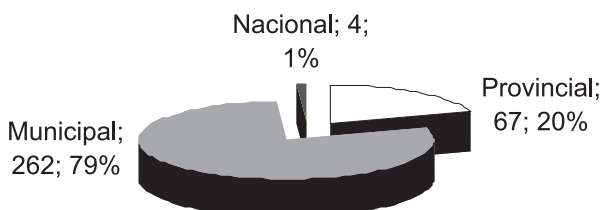
Camas Disponibles



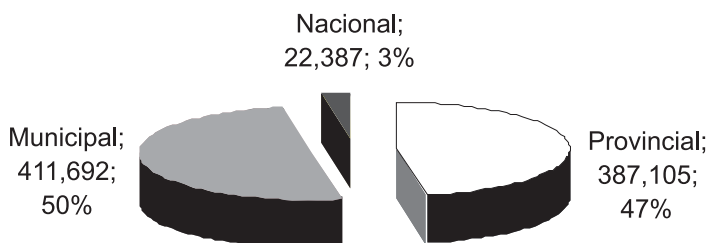
Consultas



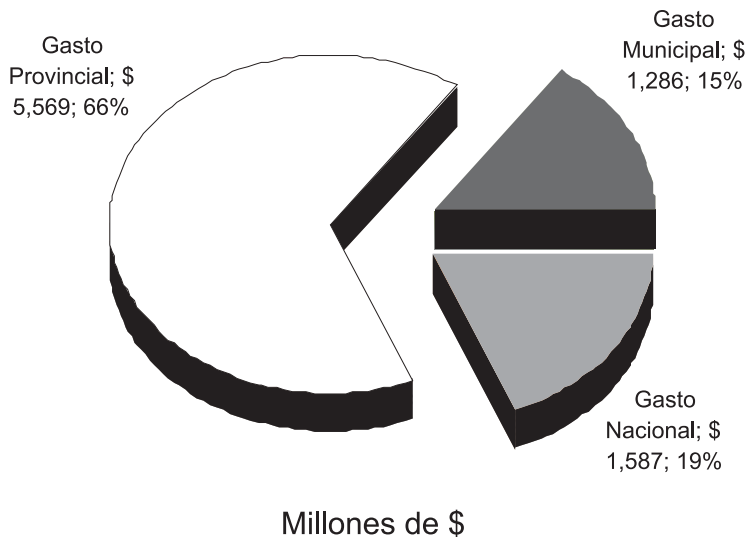
Establecimientos con Internación



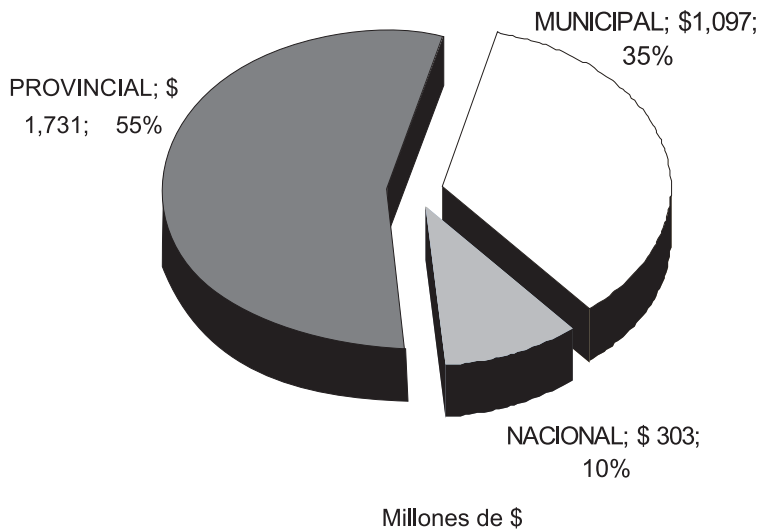
Egresos



Cuadro 3 – Gasto Público Consolidado en Atención pública de la salud - Año 2004



Cuadro 4 – Composición del Gasto Finalidad Salud por Dependencia Administrativa en la provincia de Buenos Aires - Año 2005



Nota: * El Gasto finalidad salud Municipal del año 2005 es estimado

Podemos preguntarnos el por qué de las leyes de coparticipación, de la necesidad de las leyes de coparticipación en un país federal como el nuestro. Una vez asegurados los recursos a través del sistema tributario para financiar los servicios que tiene que brindar el Estado, el segundo paso es decidir cuál es el nivel de gobierno que debe proveer los bienes y servicios responsabilidad del Estado, es la segunda definición que tendría que tener un Estado federal, y en esa misma línea definir como se va a financiar los servicios en los distintos niveles.

Qué es el Estado, cuál es la responsabilidad que va a tener cada uno de los niveles de gobierno y cómo va ser el financiamiento, si se va a autofinanciar de acuerdo a quién recaude los impuestos, si el sistema es centralizado, o si va a haber transferencias, y ahí comienza el tema de la coparticipación, que es tan importante en la relación entre los distintos niveles de gobierno. Asimismo, como debe ser esa ley, devolutiva o distributiva. Hablar de devolutiva significa que por razones de escala se recaudan los impuestos en los niveles superiores de gobierno, y luego se devuelve a los distintos niveles que prestan los servicios, o redistributiva, cuando pensamos que todos los habitantes tienen que tener los mismos derechos, sea cual sea el lugar donde esté habitando (generalmente tienen elementos de los dos componentes).

Pero muchas veces, estas transferencias de servicios no se efectúan planificadamente y no están acompañadas con su correspondiente financiación. Hablando en el caso de salud, se transfirieron servicios de la órbita nacional a la provincia, y luego al nivel municipal.

Cuando examinamos la Ley de Coparticipación de la provincia de Buenos Aires y analizamos los argumentos de los legisladores, se observa que esta ley surge cuando ya se había hecho efectiva la transferencia de los servicios; los municipios tenían hospitales municipales, y estaban desfinanciados. El objetivo de los legisladores con la sanción de esta ley era dar respuestas a los problemas financieros que acumulaban los municipios provocados por la incorporación de dichos servicios. En definitiva, no plantea una transferencia de fondos como incentivos de guiar una política sanitaria en el ámbito local, solo es un sistema de transferencias de fondos de carácter devolutivo, condicionado y sin contraparte.

Se hace en un momento determinado, con una estructura de oferta, utilización y gasto dado. De cualquier manera, ha sido un paso importante el hecho que se reconociera la transferencia de servicios y que se pensara hacer transferencias con un distribuidor de salud.

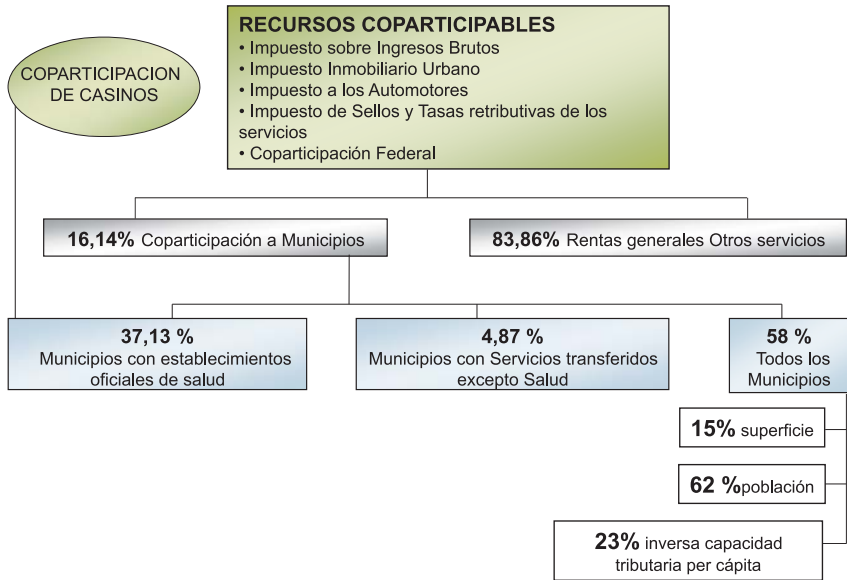
La ley previó la creación de una Comisión encargada de seleccionar las variables a utilizar para distribuir la masa coparticipable a aquellas municipali-

dades que poseían servicios de salud y modificó los porcentajes asignados por la ley anterior en la distribución primaria.

Régimen actual

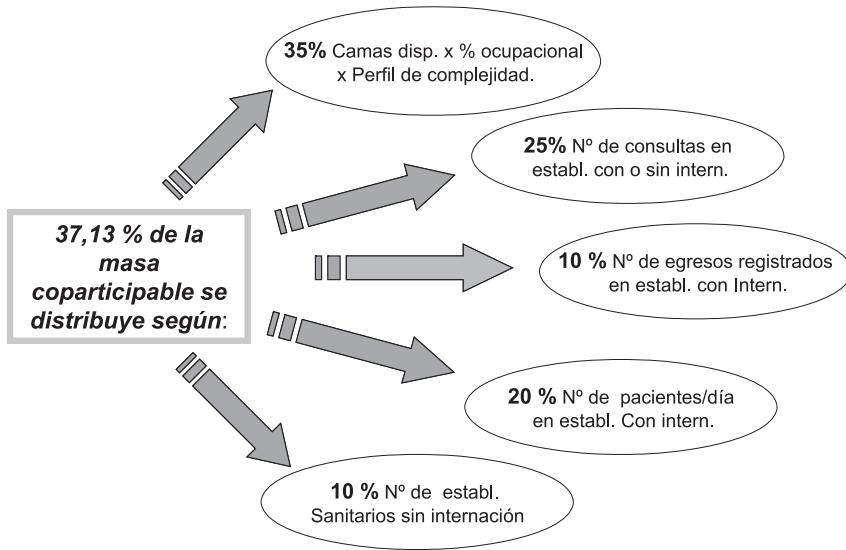
- La coparticipación municipal de la Provincia de Buenos Aires es regulada por la Ley 10.599 vigente desde 1987, con sus modificatorias, Ley 10.752 de 1988 y Ley 10.820 de 1989.
- Ley 10.559: determina los porcentajes y variables utilizadas para realizar la distribución primaria y secundaria
- Ley 10.752: crea una Comisión Especial destinada a seleccionar las variables a utilizar para distribuir la masa coparticipable a aquellas municipalidades que posean establecimientos oficiales de atención a la salud y modifica los porcentajes asignados por la ley anterior en la distribución primaria por variables de salud.
- Ley 10.820 aprueba las variables de salud propuestas por la Comisión Especial para calcular la distribución secundaria.
- Resolución N° 198/89 del Ministerio de Economía de la provincia de Buenos Aires: redefine más específicamente algunas variables. Particularmente considera el “perfil de complejidad” como la máxima complejidad existente en el municipio.

Cuadro 5 – Coparticipación impositiva a municipalidades



La Comisión seleccionó las variables de salud como criterio de distribución de recursos siguiendo los argumentos ya mencionados. De esta forma se asignan los recursos en función de la estructura en salud que los municipios ponen a disposición de los ciudadanos y su utilización.

Cuadro 6 – Coparticipación régimen salud a municipalidades



Obviamente las respuestas a estas modificaciones tendrán su correlato y efectiva consecuencia directa en la población dependiente del accionar de las autoridades municipales. Alguien mencionó en este Seminario que un municipio, si bien tenía la mayor recaudación, tenía los peores indicadores, eso no va a cambiar creo con ninguna distribución diferente de la ley, porque los recursos en ese caso están disponibles.

En el año 1997, por Resolución 5550 del Ministerio de Salud, se creó la Comisión Permanente de Recategorización, Altas, y aplicación de capacidad instalada de establecimientos y/o servicios de salud municipales integrada por la Dirección Provincial de Hospitales, la Dirección Provincial de Coordinación de Regiones Sanitarias y la Dirección Provincial de Planificación de Salud, presidida por el Subsecretario de Planificación de la Salud. En el año 2002 por RM 5231 se incorpora a la Comisión la Dirección Provincial de Coordinación y Fiscalización Sanitaria. De acuerdo a estas resoluciones, la Misión de la Comisión Permanente es:

- Normalizar los criterios de categorización, alta y ampliación de la capacidad instalada de establecimientos y/o servicios de salud.
- Efectuar dictámenes acerca de las solicitudes realizadas por los municipios.

- Los dictámenes se basarán en una evaluación fundada en las necesidades del sistema de salud, organizada con un criterio de complejidad creciente en red

Cuando un municipio solicita la inclusión a la estadística provincial de un establecimiento tiene que fundamentarlo y elevarlo al Consejo Regional, quien será el responsable de evaluar sobre cada una de las solicitudes planteadas. Por ejemplo, cuando se va a crear una unidad sanitaria, hay que hacer un análisis de la atención de la demanda, del lugar donde está, distancias, indicadores que tiene que presentar el municipio y lo mismo para ampliación de servicios, etc. El procedimiento determinado por las resoluciones es:

- Solicitud por parte del municipio a la Región Sanitaria correspondiente.
- Intervención de la Dirección Provincial de Coordinación y Fiscalización Sanitaria.
- Análisis y conformidad por parte del Consejo Regional.
- Región Sanitaria envía solicitud a la Comisión.
- Resolución Ministerial.

Posteriormente la eleva a la Comisión. En este proceso se observan incentivos desde los indicadores marcados por la ley de incrementar aquellas variables que generan un rápido impacto en el aumento de la coparticipación, por ejemplo pretender aumentar el nivel de complejidad. A raíz de esto último, se incorporó la Dirección Provincial de Fiscalización Sanitaria, que es la que efectúa las categorizaciones en el sector privado.

Las fallas del sistema pueden resumirse en:

- Problemas de financiamiento por masa coparticipable insuficiente, lo cual afecta a todos los municipios por igual.
- Problemas ocasionados por la fórmula actual, los cuales introducen diferencias en el financiamiento entre municipios y distorsiones en la forma en la cual los municipios asignan los recursos para salud.
 - Algunas distorsiones son originadas por el uso de la máxima complejidad municipal para ponderar las camas ocupadas.
 - Otros problemas tienen que ver con la participación que se le da a cada variable a través de la Ley 10.820.

Un tema importante es que se financia con la coparticipación, en promedio, el 70% del gasto de salud de los municipios, en realidad este porcentaje ha ido

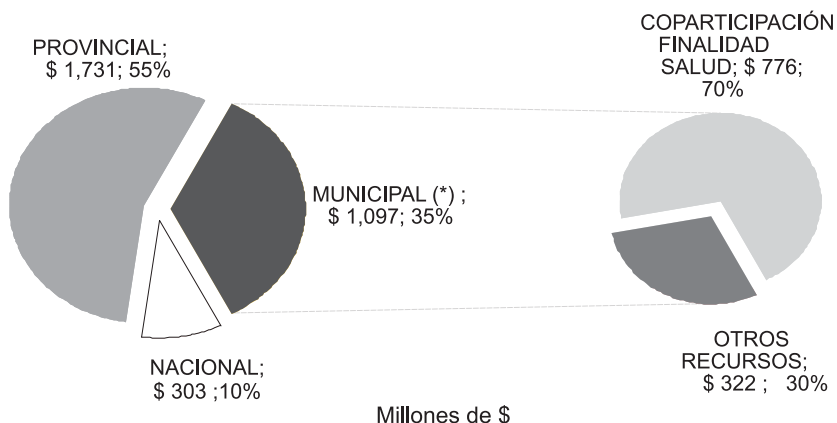
aumentando por el incremento de la masa coparticipable, con un crecimiento dispar entre los municipios.

Problemas de financiamiento

Los problemas generales de financiamiento son acentuados por las disparidades en los porcentajes de cobertura observados a nivel de cada municipio. Estas disparidades se deben a dos razones:

- Disparidades en la eficiencia con la que se ejecuta el gasto final en salud en cada municipio.
- Desactualización de la fórmula de coparticipación por salud y distorsiones existentes en su aplicación.

Cuadro 7 – Gasto Finalidad Salud por Dependencia Administrativa y Financiamiento Municipal - Año 2005



Nota: * El Gasto finalidad salud Municipal del año 2005 es estimado

Cuadro 8 – Problemas de financiamiento por masa coparticipable insuficiente

Coparticipación por Salud (CS) y Gasto Finalidad Salud Municipal (GFS) Período 2000 – 2005

Año	GFS (a)	CS (b)	Diferencia (b) - (a)	Dif. % (b)/(a)
2000	678,015,493	389,581,294	-288,434,199	57.5%
2001	680,321,724	389,070,333	-291,251,391	57.2%
2002	667,461,036	354,442,238	-313,018,798	53.1%
2003	780,742,391	477,786,156	-302,956,235	61.2%
2004	912,417,940	634,150,757	-278,267,183	69.5%
2005 (*)	1,097,284,901	775,652,820	-321,632,081	70.7%
2006 (**)	s/d	931,565,753	s/d	s/d

En \$ corrientes

Nota: (*) Valor estimado. Fuente: Subsecretaría de Asuntos Financieros Municipales. Gobierno de la provincia de Buenos Aires.

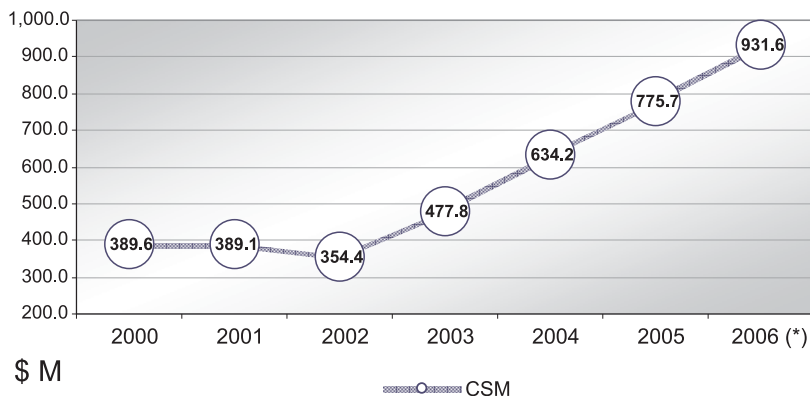
(**) Los recursos son estimados en función de la masa coparticipable según Presupuesto 2006.

Cuadro 9 – Evolución de la Coparticipación Régimen Salud (CSM) - Año 2000-2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 (*)
CSM	389.6	389.1	354.4	477.8	634.2	775.7	931.6

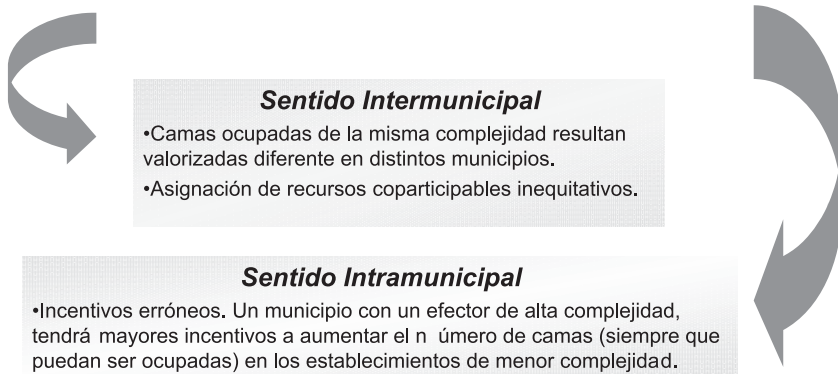
En millones de \$

(*) Los recursos son estimados en función de la masa coparticipable según Presupuesto 2006



Otra consideración importante son las distorsiones generadas por la aplicación de la máxima complejidad del municipio que hace que se pague distinto a las camas crónicas, dependiendo solamente del nivel de la máxima complejidad de los municipios.

Cuadro 10 – Distorsiones generadas por la aplicación de la máxima complejidad del municipio



Podemos resumir los problemas generados en la fórmula según la ley 10.820 del siguiente modo:

- La producción no se paga con valores apropiados.
- Se duplican pagos por conceptos similares.
- La ponderación utilizada para pagar camas ocupadas según complejidad no es satisfactoria.
- La asignación de porcentajes fijos por variable integrante de la fórmula implica que el pago unitario por variable será cada vez menor si la producción crece a mayor tasa que la masa coparticipable.

El problema básico es el haber partido de una fórmula que es estática, que parte de una estructura de un momento determinado del año 1988. Las variables no crecen todas igual durante el periodo. Las consultas crecieron mucho más que las camas, y como el porcentaje de las consultas es fijo, cada vez se paga menos por cada consulta, entonces lo que está cambiando es la estructura, no puede haber una fórmula estática.

En el cuadro 11 observamos cómo se han movido las distintas variables que integran la fórmula de coparticipación. Fíjense ustedes que las consultas con un índice de 100 aumenta a 127, en cambio los egresos, a 112.

Cuadro 11 – El problema de asignar porcentajes fijos por componente de la fórmula

Evolución de las Cantidades Físicas - Años 2003 a 2006

Base Julio 2001-Junio 2002 = 100

<i>Variables</i>	<i>Julio 2001-Junio 2002</i>	<i>Julio 2002-Junio 2003</i>	<i>Julio 2003-Junio 2004</i>	<i>Julio 2004-Junio 2005</i>
<i>Consultas</i>	100	100,7	117,6	127,3
<i>Egresos</i>	100	100,6	107,7	112
<i>Paciente Día</i>	100	100,6	104,1	105,9
<i>Est. sin Internación</i>	100	99,9	101,7	102,7
<i>Cama ocupada promedio</i>	100	100,5	104,2	106,1

La asignación de porcentajes fijos por cada componente de la fórmula implica que el pago unitario por variable será cada vez menor si la producción crece a mayor tasa que la masa coparticipable.

Acá vemos que, habiendo aumentado el financiamiento, la remuneración de cada una de las variables no aumenta en la misma proporción.

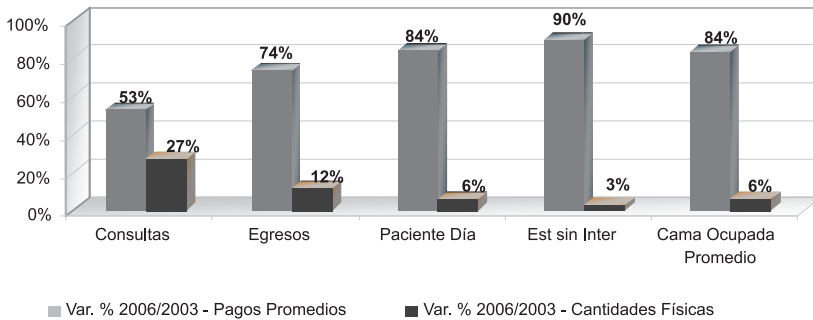
Cuadro 12 – El problema de asignar porcentajes fijos por componente de la fórmula

Evolución de Pagos por Conceptos - Años 2003 a 2006

<i>Componentes</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>Var. % 2006/2003</i>
<i>Consultas</i>	4,5	5,93	6,27	6,9	53%
<i>Egresos</i>	132,81	175,27	201,83	231,13	74%
<i>Paciente Día</i>	32	42	50	59	84%
<i>Est sin inter</i>	30.706	40.775	49.447	58.298	90%
<i>Max. nivel de comp.</i>	<i>Pago Promedio x MNC según NCR</i>				
<i>III</i>	49,5	65,4	77,9	91,3	84%
<i>IV</i>	46,2	60,9	72,9	86,1	86%
<i>V</i>	52	68,7	81	94,1	81%
<i>VI</i>	62,9	83	98,5	114,4	82%
<i>VIII</i>	83,3	109,9	129,5	150,6	81%

Los pagos por concepto evolucionarán en forma diferente si las cantidades de cada variable evolucionan en forma distinta.

Cuadro 13 – El problema de asignar porcentajes fijos por componente de la fórmula



La cantidad de consultas creció a una tasa mayor que el resto de las variables y, por lo tanto, el pago relativo disminuyó considerablemente.

Conclusiones

Los resultados pueden resumirse en:

- Los pagos actuales por egreso, consulta y, presumiblemente, por establecimientos sin internación resultan muy bajos.
- El pago a las camas ocupadas de baja complejidad resulta muy elevado.
- En contraposición, la alta complejidad está subvaluada.
- El sistema actual sobre-financia a los establecimientos crónicos y sub-financia a los agudos de alta complejidad.
- Existe duplicación de pagos a establecimientos con internación.
- La asignación de porcentajes fijos por variable integrante de la fórmula implica que el pago unitario por variable será cada vez menor si la producción crece a mayor tasa que la masa coparticipable.

Estos problemas repercuten en desfinanciamiento para el conurbano y sobrefinanciamiento para el interior.

Reflexiones desde la gestión en el nivel local

Reinaldo Reimondi

Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires

La gran mayoría de los puntos que se expondrán ya se han tratado desde una u otra perspectiva en las Jornadas por lo que se intentará presentar visión estrictamente regional, que es un punto de vista particular, y desde allí hacer un análisis de los escenarios en los cuales a los funcionarios nos toca gestionar.

Analicemos entonces el concepto de *región sanitaria*. La regionalización obedece a la necesidad de atender las problemáticas del ámbito sanitario según las realidades locales, sus dificultades y recursos instalados para lograr soluciones valideras. Los primeros antecedentes los encontramos en la gestión del primer Ministro de Salud que tuvo nuestro país, el Dr. Ramón Carrillo. Es importante destacar que ya en ese momento el concepto de regionalización que él maneja no estaba dirigido exclusivamente a lo territorial, sino que incluía también la participación de los actores locales, la utilización de los recursos existentes y el conocimiento epidemiológico como criterio de definición de las regiones. Reconoce no sólo la experiencia sino también la mayor motivación de aquel que actúa en el nivel local, reservando lo normativo para el nivel central en el concepto que el Estado debe adoptar el concepto de “centralización normativa con descentralización operativa”.

En la provincia de Buenos Aires la Regionalización Sanitaria nace a partir de la aplicación de la Ley 7016 promulgada y reglamentada entre los años 1965 y 1966. Guarda algunas similitudes con la Ley de Regionalización chilena que se dictara poco tiempo antes, a principios de la década del sesenta. Es interesante analizar algunas de las herramientas que provee como el Consejo Regional de Salud donde deberían participar tanto los sectores estatales como privados o de

la seguridad social, los gremios, las corporaciones; definiendo la aplicación de las políticas, recursos y programas de salud propuestos por el nivel ejecutivo ministerial en resolución de temas generales, como también formular políticas de salud y aplicación de programas regionales para resolver los problemas de índole local y regional como así también el control de la aplicación de los recursos, cosa que en la práctica es muy difícil resolver. Por lo general, los sistemas locales de cada municipio informan al Consejo Regional cómo aplicó un determinado recurso y no consulta qué recurso conviene a la región y dónde es más conveniente aplicarlo.

Otro concepto que juega fuertemente relacionado a la regionalización es el de descentralización. Decimos “no puede haber descentralización sin regionalización” como tampoco puede haber regionalización sin descentralización. Otro principio que en la práctica pareciera muy difícil, sino imposible de lograr. Si se descentralizara a nivel local los recursos es muy factible que cada quien los aplicará a las necesidades que se perciben como cotidianas. Es probable que cada municipio intente instalar un resonador sin tener en cuenta la relación costo-beneficio dirigida a la optimización del recurso. Por otra parte, es imposible intentar abocarse a la resolución de un problema sin tener disponibilidad de los recursos a utilizar definiéndolos y consiguiéndolos oportunamente.

Esto requiere que, al hablar de Región Sanitaria, olvidemos el concepto de un ente administrativo que desconcentra los trámites y pensemos en la reunión de los sistemas locales, de los municipios que componen la región, donde el Coordinador Regional representa los recursos de la Provincia en el territorio y los intendentes a través de sus secretarios de Salud representan los recursos municipales puestos a disposición de las necesidades de la región.

La provincia de Buenos Aires divide su territorio en 12 Regiones Sanitarias. La Región V, que me toca coordinar, se encuentra en la Zona Norte, abarcando 14 municipios en los tres cordones del conurbano.

Estos municipios tienen características diversas, yendo desde aquellos con características de grandes urbes como Vicente López o San Isidro, con una caracterización social de clase media o alta, hasta municipios de características rurales como Exaltación de la Cruz o de muy bajo nivel económico social como el bolsón de pobreza que se forma en los municipios de la subregión oeste. Esta diversidad se pone de manifiesto aun dentro de un mismo municipio que llega a albergar residencias de clase alta hasta el asentamiento más grande del Conurbano.

Es sabido que nuestro sistema de salud se encuentra fragmentado en tres sub-sistemas: el público, el privado y el de la seguridad social. Pero quizá más preocupante sea que el sistema público se encuentra a su vez fragmentado según su dependencia en Nacional, Provincial y Municipal, pareciendo a veces que

son sistemas completamente independientes. Así bajan sin una articulación previa programas de distinta dependencia dirigidos generalmente a la misma población, redundando recursos en algunos sectores y desconociendo otros también necesitados. Es más, no es raro ver que dentro de un mismo municipio que administra su propio hospital, haya un divorcio entre el primero y segundo nivel de atención.

Es destacable también lo complejo que resulta la administración. En otras conferencias hemos tratado el tema del recurso humano. Derivado de diferentes programas que dieron origen a la contratación, sin regirse por una política que organice y oriente su distribución. Todo reunido en un mismo municipio para realizar una tarea similar. Permítanme enumerar los diferentes tipos de contratación que se dan cita en el primer nivel de atención municipal: Salud con el Pueblo, Atamos, Planta permanente del Plan Muñiz, Seguro Público, Médicos Comunitarios, Becarios Asistenciales, Becarios Municipales, Planta permanente de Municipios y alguno que puedo no estar tomando en cuenta; suman 8 modalidades diferentes, con normativas distintas, sueldos dispares para realizar un trabajo y un horario similar.

Éste es el escenario signado por los paradigmas de Fragmentación, Diversidad y Complejidad donde el Secretario de Salud de un municipio debe desenvolverse. Donde recibe la indicación de organizar un Centro de Atención Primaria de Salud. Pero no hay ninguna definición concreta de qué es un CAPS. Cuántos profesionales deben trabajar, cuáles son las especialidades mínimas, cuántas horas de enfermería, etc. Permítanme agregar entre paréntesis que en su Plan Trienal, Ramón Carrillo incluye una detallada descripción de cómo se define y debe implementarse un hospital y cada uno de sus servicios y de igual forma con las unidades sanitarias, llegando en su detalle a describir el formato del reporte de enfermería. Les pido que no tomen esto como una añoranza sino como una manera de organizar y gestionar.

Es en este escenario donde creo que vamos perdiendo de vista a lo largo del tiempo el verdadero motivo por el que estamos trabajando, y que debe ser exclusivamente la gente en el ámbito de la administración pública de salud. Quisiera saber cuántos funcionarios se plantean un problema diciendo “¿cómo soluciono el inconveniente que padece esta persona que no puede conseguir sus medicamentos? O nos preguntamos ¿cómo compro o consigo un medicamento?, ¿cómo lo entrego? De una forma se trata de abordar globalmente el problema de la gente. De la otra solucionar los problemas administrativos donde indefectiblemente si no se consigue una respuesta quien queda sin la misma es la gente.

Veamos cómo nuestros hospitales organizan sus horarios de atención por la mañana. ¿Cuál es el origen de esta costumbre? Recordamos que desde sus inicios

la atención pública de salud estuvo relacionada con la caridad y la beneficencia, donde los hospitales nacen en nuestro país con el concepto de hospicios y los profesionales aportaban su tiempo libre en la atención de los menesterosos. ¿Por qué hoy seguimos con la misma tradición? ¿Qué origen tiene la defensa de estas costumbres? ¿Son los gremios o las corporaciones que continúan con iguales conceptos de la salud pública o las gestiones que no aciertan a implementar modificaciones en los procesos de atención?

Esta focalización en las necesidades de la gente debe estar enmarcada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Las principales herramientas de aplicación de APS son los programas preventivos que bajan por lo general con formatos verticales, con criterios particulares, objetivos, normas y procesos propios, con sistemas de compras, de información y poblaciones objetivo definidas para ese programa. Sin tener en cuenta que la mujer que acude a solicitar consejo al programa de salud sexual y reproductiva es la misma que puede quedar embarazada, tener el parto y atender a su hijo recién nacido. El divorcio entre los programas atenta contra la aplicación a la población objetivo de las políticas de APS y el éxito en términos de impacto de los mismos. Este concepto de horizontalización de los programas es el que debemos utilizar en la gestión local y regional.

En resumen, podemos decir que adolecemos de un Modelo de Atención y éste quizá sea el principal y prioritario problema a resolver y probablemente el más difícil. Ya se intentó en otras oportunidades establecer acuerdo para definir un modelo único para todo el país. En 1975 es el Sistema Nacional Integrado de Salud, respaldado en ese entonces por un fuerte acuerdo político entre el oficialismo y la oposición (recordemos el abrazo Perón y Balbín). Más adelante, con el apoyo legislativo con las leyes de Seguro Nacional de Salud y la Ley de Obras Sociales. En ningún caso se logró una salida hacia un modelo integrador de salud. Hoy contamos con una herramienta que renueva la esperanza en este sentido, el Plan Federal de Salud propuesto por el Ministro de Salud de la Nación el Dr. Ginés González García y que cuenta con el consenso de todos los Ministros de Salud de las provincias. Éste plantea objetivos claros que permiten ir construyendo un Modelo pensado para la gente y orientado a resolver problemas reales traducidos en metas concretas.

Para ir concretando estos conceptos de cómo los escenarios condicionan las relaciones entre las distintas instancias de gobierno y cómo inciden en la búsqueda de un modelo de Salud vamos a analizar cómo, desde el ámbito regional, intentamos gestionar los recursos orientándolos a la atención de la gente.

Ante estas características de fragmentación, diversidad y complejidad que vengo describiendo, necesitamos una herramienta de gestión que nos facilite el consenso y la articulación para orientar la respuesta a un objetivo concreto y

unificador. En esta búsqueda hemos encontrado como respuesta la organización en Redes, tanto de atención, de servicios, preventivas, etc. que se entrelazan orientadas y unificadas por el objetivo que se plantea. Así, el concepto de red como “quedar atrapado” o “enredar” es muy válido desde el momento que pensamos que estas redes están formadas y basadas en la relación de personas y no solamente como la organización de nodos en los que cada quien cumple su trabajo y da respuesta a su posición de nodo en la red. Éste es el concepto de las redes de computación. Cada puesto tiene una tarea y se interrelaciona con el resto de los puestos para realizarla. Ambos conceptos deben amalgamarse en la atención de la salud.

Como decía, el consenso es muchas veces el único medio de llegar a una solución al momento de utilizar recursos que dependen de diferentes instancias de gobierno, y la forma de lograrlo es trabajar para lograr objetivos comunes, dirigir las acciones a una misma finalidad, poder relacionarse entre los responsables de aplicar esos recursos y acordar su utilización. Este concepto es el que le da sentido al título de esta mesa, las relaciones intergubernamentales tienen enorme incidencia sobre los resultados que podemos alcanzar en la aplicación de esta herramienta. Puede ser muy útil pero requiere de una decisión política firme y extensa.

Con el fin de dar una idea más clara permítanme referirme a la implementación de nuestra Red Regional de Salud Perinatal. Cuando iniciamos el trabajo sobre este concepto debimos reorganizar y adaptar a nuestros equipos técnicos para que adoptaran el punto de vista del trabajo en red. Los obstetras debían trabajar con los neonatólogos, el primer nivel acordar con el segundo nivel, el programa de salud reproductiva articular con la atención en la sala de partos, y entender que la participación de la comunidad en estas tareas es imprescindible. ¿Cómo se llega a la población que no contacta con las instituciones si no es a través de la comunidad? Y con esto intentar definir objetivos comunes parciales que aportaran a la meta última de disminuir la incidencia de mortalidad infantil en la región en lo que depende del sistema de atención de salud. Así se empezó a comprender que la mortalidad infantil se debe abordar como un problema integral.

Para esto nos resultó útil en la Región utilizar las etapas conceptuales que describe el Lic. Mario Róvere en su trabajo en la ciudad de Rosario y que define en primer término el conocimiento de los actores. Es conocida la experiencia que muchos de los funcionarios que están trabajando en el mismo municipio en servicios similares llegan a conocerse personalmente en las reuniones de acuerdo de las redes. Luego al conocerse pueden reconocer sus habilidades y así compartir y repartir tareas, aportando los recursos que manejan. El primer nivel de atención puede sentarse y acordar con sus pares del hospital el control

de la embarazada, la realización de los análisis de rutina, la derivación de las complicaciones, etc. Esto genera confianzas que seguramente derivarán en un trabajo conjunto de colaboración mutua.

Cuando esto se ha logrado llega el momento de formalizarlo con normativas y herramientas que le den un marco legal a esos acuerdos y culminar en contratos de gestión que obliguen formalmente a las partes.

La experiencia de diagramar “redes de escritorio” con mapas teóricos de referencias y contra-referencias, relaciones y derivaciones ya ha fracasado repetidamente.

Y desde el nivel regional realizamos la tarea de monitoreo y evaluación del funcionamiento de las redes, que es propia de un nivel central en un criterio práctico de descentralización operativa. En el ejemplo de la Red de salud Perinatal tenemos dos instrumentos importantes de control: el “Comité de Seguimiento de Mortalidad Infantil”, que revisa las historias clínicas y el seguimiento de los casos de mortalidad en todos los municipios de la región, y por otro lado la Encuesta Anual de Calidad de Control del Embarazo, que se realiza todos los años en el ámbito de la Región. Con los resultados de estas herramientas es posible sentarse con los responsables de la gestión en cada municipio y lograr acuerdos para mejorar aquellos parámetros que resultan desfasados o con problemas, logrando resultados concretos.

Nosotros teníamos al comienzo de la gestión una cobertura de determinación de transmisión vertical de HIV del 50% en el año 2002, informada como mujeres que llegaban al momento del parto con una documentación que acreditara su análisis de HIV. Con el conocimiento del dato y el trabajo con cada uno de los municipios logramos en el 2005 llegar al 93% de cobertura.

En definitiva, la idea de esta presentación fue hacer un análisis de los escenarios en que debemos gestionar quienes estamos en la gestión desde la mesogestión en la Región Sanitaria o en la gestión local desde un municipio. Poner de manifiesto su complejidad y diversidad y por último hacer hincapié en mantener siempre presente es el objetivo último de nuestro trabajo que es la salud de la población.

La Gestión Local desde la mirada de un programa nacional: reflexiones desde el REMEDIAR

Mauricio Monsalvo
Programa Remediar

Remediar se creó como respuesta a la emergencia sanitaria que vivía el país luego de la crisis de 2001, y que en gran medida sigue vigente. Esta situación de emergencia es el resultado de la recesión económica de finales de los noventa, que se profundiza a partir de la crisis de 2001, y produjo una brusca caída en el nivel de acceso a medicamentos de la población, en particular de aquella en condición de vulnerabilidad social. La caída en el acceso se explica por el peso del gasto de bolsillo que implican los medicamentos en el total del gasto en salud de las familias, sobre todo en las de menores ingresos. Esta característica del gasto en medicamentos hace que sea un componente del gasto en salud fuertemente regresivo (en rigor, el más regresivo de todos los componentes del gasto en salud), y justifica así la necesidad de una política de provisión pública gratuita de medicamentos esenciales.

Por otro lado, se conoce que el alrededor del 80% de las prescripciones medicamentosas se da en el nivel ambulatorio, lo que constituye un dato clave del diagnóstico que llevó a la existencia de Remediar.

De modo que Remediar es eso: básicamente, una política de respuesta a la emergencia sanitaria y económica que procura contener y reducir la caída del acceso a medicamentos esenciales de la población vulnerable; operativamente definida como aquella que solo tiene cobertura pública de salud y que tiene ingresos por debajo de la línea de pobreza. Esta cuestión de la focalización y de las poblaciones objetivos, desde Remediar, se resuelve de esta manera.

Y como todas las crisis son oportunidades para el cambio, la nueva gestión que inicia en el 2001 piensa que Remediar puede ser un dispositivo, o al menos un factor impulsor, de una reforma sobre el modelo de atención en el Sector Público. Por eso Remediar asume también como objetivo de fondo fortalecer el modelo de atención primaria de la salud; jerarquizando el primer nivel de atención y promoviendo el uso racional de medicamentos. Esto, que ya se expresaba en el Decreto de Emergencia Sanitaria, luego se fortalece en el Plan Federal de Salud.

En una primera aproximación a su funcionamiento y sus características generales, y teniendo en cuenta que es una política de respuesta a la emergencia, Remediar es un programa con un fuerte componente “centralista”. Básicamente, porque la compra de los medicamentos es centralizada; lo que supone dos grandes componentes de centralismo: la primera, con respecto al diseño de qué se compra y qué no; y la segunda, más interesante para la discusión, con respecto al financiamiento. Porque el financiamiento lo aporta Nación, y en este sentido constituye una transferencia que, puede pensarse, se sumaría a la masa coparticipable; pero vía transferencia de bienes y no transferencia monetaria.

Sin embargo, desde una lectura desde las relaciones intergubernamentales, lo interesante de Remediar es que el diseño original provee, insisto, desde Nación directamente a los centros de salud.

Es muy importante para nuestra discusión tener en cuenta que esta decisión de centralizar una política de provisión pública de medicamentos se tomó en el marco de una instancia de coordinación interjurisdiccional, en ese entonces con institucionalidad incipiente o nula: el Consejo Federal de Salud (COFESA). El COFESA está integrado por el Ministerio de Salud Nacional y los ministerios de salud provinciales.

En esta instancia es que se acordó que era realmente ventajoso el diseño de Remediar, por la cuestión evidente del ahorro que implican una compra centralizada. Además, se decidió de qué manera coparticipar esta masa de bienes que se iban a transferir a las provincias. Para ello se tomó un mecanismo, a mi criterio bastante objetivo, que tiene que ver con la construcción de un índice basado en el porcentaje de población que está por debajo de la línea de pobreza y en el volumen de consultas ambulatorias que produce todo el sector público de cada provincia; y en base a este índice se distribuyeron los botiquines entre las provincias. A su vez, al interior de las provincias se distribuyeron en función del volumen de consultas que tenía cada efector habilitado para recibir botiquines.

Parece bastante obvio, pero para los que trabajamos en Nación y para los que trabajamos en el Sector Público en general es un dato a tener en cuenta esta definición de mecanismo y esta forma de la distribución cuando se piensa en

las relaciones intergubernamentales, sobre todo en instancias formales. Porque uno ha vivido, en ese entonces, que llamara algún senador trasnochado o algún gobernador soberbio, para decir “a mi los botiquines me los dejás en tal lugar” o cosas de ese tenor. De modo que me parece que es un punto a favor comentar que se logró decidir estas cuestiones críticas por consenso, en una instancia formal; y no por mera voluntad de “príncipes”, como menciona Esteban. Como primer aprendizaje de esta experiencia de Remediar, quiero sostener que se puede, es posible, tomar unas determinadas herramientas, validarlas institucionalmente en una discusión federal, y así definir de una manera más o menos objetiva la forma y la cantidad de botiquines que se distribuyen entre las provincias.

Por otro lado, y he aquí un fuerte componente de federalismo, o al menos un intento serio de federalismo (que uno podrá discutir si es sólo legitimidad o además de legitimidad también hay un componente de decisión), está el rol de las provincias en el Remediar. En la división de tareas, corresponde a las provincias habilitar y seleccionar quiénes son los efectores que finalmente van a recibir los botiquines. En este sentido, lo que hace el programa es fijar “criterios de elegibilidad” mínimos, bastante típicos, en una lógica de nacionalizar la normativa. Básicamente, lo que el programa hace es determinar el mínimo requisito que debe cumplir un centro de salud para recibir los botiquines.

El más interesante de todos estos criterios es, sin lugar a dudas, la eliminación de las barreras de acceso por cobro de la consulta médica. Ustedes saben que no son pocos los centros de salud que se solventan vía cooperadoras, cobrando bonos voluntarios o compulsivos. Ésta fue, considero, una nueva instancia de relación gubernamental, en el sentido de que normativamente se establece un criterio de elegibilidad tal que para recibir el beneficio de los medicamentos (que, como ustedes saben, significa muchísima cantidad de dinero para cualquier municipio), deberían eliminar esta barrera de acceso al sistema de salud que supone el cobro de la consulta de cualquier manera.

Y después a nivel nacional, siempre en esta lógica de rectorías, se realizan auditorías de control para tener más o menos en claro que los medicamentos no se pierdan en el camino y algunas cuestiones más bien operativas. De nuevo, estas definiciones corresponden a un ámbito altamente institucionalizado hoy en día, superada aquella etapa de institucionalidad incipiente, que es el COFESA.

La segunda instancia de relación intergubernamental entre Nación o el nivel central, las provincias y los efectores, tiene que ver con una figura *ad hoc*, inventada para el funcionamiento de Remediar, que es el rol de los responsables provinciales, o lo que se denomina responsables provinciales, que habitualmente es una persona del ministerio, de confianza del ministro o algo por el estilo, financiado por la provincia, es decir: no es un empleado de Nación, sino que es un empleado de la Provincia, que hace las veces de referente permanente

entre la realidad, o la supuesta realidad de la provincia, y el nivel central, para la resolución de conflictos más o menos cotidianos.

A su vez, estos responsables provinciales tienen una instancia, también formalizada, de trabajo en comisiones, que nosotros llamamos Comisiones Mixtas; que son formales, bastante formales, y vinculantes. En general, hay una periodicidad definida para encontrarse con los responsables provinciales. Esta instancia está prevista en todos los procedimientos, y así surgen actas, acuerdos, compromisos y demás en relación a lo que debería hacer la provincia, especificando, digamos con toda la definición de “articulación” encima, lo que debería hacer la provincia, lo que deberían hacer los centros, y cómo se va a manejar Remediar en relación a ello.

Es muy interesante, en términos de compartir experiencias de relaciones intergubernamentales, comentar de qué manera funcionan estas comisiones cuando se hacen en la Ciudad de Buenos Aires o cuando se hacen en las provincias. Por supuesto, cuando se hacen en la Ciudad de Buenos Aires, por una cuestión de financiamiento de transportes y demás, suele venir solo el responsable provincial y a lo sumo alguna persona más. Pero cuando se hacen en las provincias, o sea cuando Nación va a las provincias, además suelen estar los jefes de las áreas programáticas, los directores de centros de salud y demás. Así, se produce un control por democratización mucho más directo, tanto del accionar de la Provincia como de Nación respecto del funcionamiento de Remediar.

Y, por último, una tercera instancia formal de coordinación o de relación intergubernamental, de tipo vertical, no ya con el nivel jurisdiccional sino con la Sociedad Civil, representada en este caso por CARITAS y por la Cruz Roja. Esta instancia se denomina Comisión Asesora Intersectorial y, de la misma manera que las Comisiones Mixtas, tienen una periodicidad definida en las reuniones, generan o disparan relaciones tanto formales (como pueden ser denuncias, actas, compromisos, acuerdos y demás) como informales (básicamente, comunicaciones entre el nivel central, los niveles provinciales, las secretarías de salud y el personal de los CAPS).

Ahora bien, en el caso particular de la provincia de Buenos Aires, y en similar sentido en Córdoba, y creo que en menor medida en Santa Fe, me parece a mí, la realidad de la municipalización de los servicios de salud, es decir esta cuestión de, cuál ha sido la génesis de la descentralización de la salud en la provincia de Buenos Aires, digo así como dice claramente García Delgado “el Estado tiró la crisis para abajo”, en estas tres provincias, el Estado siguió tirando la crisis para abajo y siguió transfiriendo funciones por una lógica absolutamente fiscal, más allá de que uno no debería decir estas cosas, transfiriendo mayor cantidad de funciones y menor cantidad de recursos o por lo menos no en concordancia con las funciones que se transferían, más allá que

uno desde el nivel central creería que sí, digo me parece que más o menos el consenso homogéneo de los “príncipes” del nivel central, determina que no es suficiente, o que no ha sido adecuada, la relación entre transferencia de recursos y transferencia de funciones.

Al mismo tiempo existen los condicionantes que impone la diversidad realmente existente entre las jurisdicciones. Porque no es lo mismo ser un secretario de salud local en Vicente López, recaudando el 70 u 80% del ingreso que tiene el municipio, que ser un secretario de salud en Esteban Echeverría. Y no es lo mismo ser un secretario de salud en Mar del Plata que en Bragado. Las disparidades de las provincias no son impermeables a un programa centralizado como Remediar: lo hace distinto en cada municipio, genera que sea muy distinto.

Y por supuesto, además de la fragmentación de los sistemas locales de salud, la siempre insuficiente (porque siempre es insuficiente, como en la economía los recursos siempre son escasos) articulación entre la Provincia, la Nación y los Municipios. Uno tiene esta sensación de que nunca alcanza, siempre se necesita muchísimo más articulación.

Esta génesis de la descentralización le impone al funcionamiento de estas tres instancias formales que comenté, limitantes importantes. Porque el responsable provincial de la provincia de Buenos Aires, normalmente viene, se sienta, discute y acuerda con Nación. Pero después tiene que salir a negociar con 134 tipos más, sobre los que puede no tener, o no tiene, capacidad de agencia. Básicamente, eso es lo que le sucede. E incluso la autonomía, o la legalidad de la autonomía, de los gobiernos locales, hace que el responsable provincial se sienta, en Buenos Aires, firma un acuerdo y después lo tiene que refrendar, para que ese acuerdo tenga validez legal. Tiene que adherir específicamente cada uno de estos municipios al acta de acuerdo; porque sino no existe, queda en una declaración de intenciones desde el ministerio provincial, y por supuesto es una declaración de intenciones desde el ministerio de Nación, pero no tiene ninguna realidad concreta o no se materializa, no se cristaliza de ninguna manera, hasta tanto los municipios no adhieran. Y, por supuesto, los municipios adhieren conforme a la negociación del momento, conforme a las características del “príncipe” de turno, como es habitual que suceda.

Nos pasó con dos procedimientos concretos. Uno es el *clearing* de medicamentos entre centros de una misma jurisdicción; y otro es el procedimiento para la destrucción de los medicamentos vencidos, porque la provincia no tenía facultad para destruir los medicamentos y luego debería acordar un estilo de convenio marco con Nación, respecto de qué iba a hacer con estos medicamentos que se vencieran, y luego negociar con los 134 secretarios de salud o con los 134 intendentes de qué manera iban a destruir los medicamentos. Estas situaciones

generan mucha experiencia, desde el aprendizaje institucional; pero muchas dificultades desde lo operativo, como todos ustedes comprenderán.

Y una cuarta forma de vinculación intergubernamental, que se genera o que se dispara desde el nivel central, tiene que ver con la relación que se establece entre el municipio, en particular entre los secretarios de salud que son los representantes con los que uno más habitualmente va a conversar, o en algunos casos, en municipios muy grandes, los directores de atención primaria, o las direcciones de farmacia.

Ahora bien, no existe una vía institucional que canalice estas relaciones. Siempre se dan en el marco de la informalidad. Y en el marco de la informalidad lo que sucede es que en la Provincia, dependiendo mucho de qué provincia sea, genera conflicto. Porque a nadie le gusta mucho que le caminen la provincia, para decirlo con todas las letras. A ningún gobernador le resulta cómodo que representantes de Nación (aunque sean técnicos preocupados por destruir medicamentos vencidos) caminen la provincias, y se reúnan con intendentes, con secretarios de salud.

Es decir, está bien el canal informal, pero quizás debería haber una instancia de formalización que permita bajar este nivel de conflictividad; porque la realidad es que genera conflictividad, genera celos, roces, suspicacias; por cierto, absolutamente fundamentados, ¿no? Nadie es inocente en este juego, por supuesto. Es difícil pensar cómo, sin que las provincias se sientan amenazadas o debilitadas; y porque hay provincias que a pesar de haber descentralizado son muy unitarias, hay provincias que son feudos, claramente, y hay provincias que son fragmentadas, claramente Buenos Aires, Córdoba, como comentaba recién. Quiero decir, este esquema funcionando en Córdoba hace que uno tenga que poner en juego cuál es el rol del ministerio de salud cordobés. ¿Qué sentido tienen estas instancias de articulación si en realidad no hay más canales para abajo? En parte, me parece que esto es así porque la descentralización ha avanzado mucho más rápidamente de lo que avanzó la formalización de la descentralización, es decir: lo que avanzó la institucionalidad en relación a cómo se relacionan Nación, provincia y municipios en el ámbito de la salud pública.

La discusión que se debería dar, montado sobre el caso concreto de Remediar y desde una lectura de relaciones intergubernamentales, es la cuestión del rol de rectoría. Porque la tensión claramente está en el rol de rectoría. Que debería cumplir, o me parece a mi, intenta cumplir de muy buena manera el Ministerio de Salud nacional, y la gestión local de los sistemas de salud, por lo menos en provincias donde la salud se descentralizó, o sea donde se delegó, para decirlo con un poco más de precisión conceptual, las funciones de salud desde las provincias hacia los municipios, la tensión está entre el rol de rectoría y el rol de tener que trabajar todos los días.

En el sentido de que la rectoría se teje básicamente a nivel de definición de principios, de políticas orientadoras, de estrategias sanitarias; a la manera que lo expresa el Plan Federal de Salud. En el sentido de que el Plan define principios orientadores y estrategias de largo alcance, o por lo menos macro. Mientras que las políticas concretas (caso Remediar, caso SIDA, caso PROMIN), con todas sus falencias, lo que intentan hacer es de alguna manera cristalizar estas estrategias. Generar incentivos para que estas definiciones se cristalicen en alguna medida concreta de política pública; porque sino lo que sucede es que tenemos excelentes planes y poco trabajo hecho en términos de políticas.

En el caso del Plan Federal, determinando que el modelo de la atención se articula a partir de la Atención Primaria, y que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema de salud. Entonces, Remediar, en tanto política concreta, intenta fortalecer el Primer Nivel disponiendo un insumo que incrementa la capacidad resolutoria de los efectores del Primer Nivel; que a su vez es un incentivo para movilizar demanda de atención desde los hospitales hacia los centros de salud, para descongestionar a los hospitales y permitirles destinar mayores recursos a lo que realmente deberían hacer, que es atención de Segundo o Tercer Nivel.

Y luego viene la articulación en estas tres o cuatro instancias más o menos formales que permiten, de alguna manera, cristalizar las relaciones políticas y aprender, construir institucionalidad. Porque es claro que las relaciones intergubernamentales se materializan en el andar de las políticas. No existe una forma de definir antes cómo vamos a relacionarnos, de eso tenemos muchísimos ejemplos me parece a mí, de instancias de cómo nos vamos a relacionar y después que vamos a hacer. Lo interesante es, ejerciendo el rol de rectoría, poder acordar los objetivos macro; dotar a esos objetivos de legitimidad suficiente en instancias como el COFESA, por ejemplo; transmitirlos adecuadamente a las provincias, al conjunto de las unidades subnacionales; definir qué va a hacer Nación (por ejemplo: proveer medicamentos esenciales), definir que va a hacer Provincia (por ejemplo: financiar recursos humanos) y definir qué van a hacer los Municipios... porque todo este problema surge porque finalmente el que ejecuta es el nivel local. Y ejecutar en el nivel local implica “poner plata”; porque ejecutar significa disponer de recursos: poner médicos, personal de salud, personal administrativo, móviles, pagar la luz y demás. Es decir, todo lo que implica poner en funcionamiento estos programas.

Creo que la tensión debería centrarse en esa dimensión: ¿de qué manera diseñamos políticas que permitan hacer camino en materia de relaciones intergubernamentales? ¿Cómo institucionalizar estas relaciones y alcanzar continuidad en el tiempo; sobre todo en relación a los tiempos electorales, que son los que marcan la pauta siempre, para lograr políticas que sean relativamente imper-

meables a estos tiempos? ¿Cómo pueden ser los acuerdos marco, cómo pueden ser las actas acuerdo, los convenios o cualquier compromiso que relativamente formalice y que haga que se haga camino al andar en relación a las relaciones intergubernamentales? Así se logra institucionalidad, me parece, de otra manera, apelando solo a diseños previos, caemos en el juego de los “príncipes”, y de ahí no salimos más.

Creo que el caso de Remediar es interesante para mostrar, porque a pesar de esta concepción fuertemente centralista, a pesar de estar atravesado por todas las críticas que uno pudiera llegar a hacerle, que de cualquier manera ha hecho cierto camino en términos de cómo vincularse. Con seguridad le falta recorrer muchísimo más camino, porque, como decía hoy, siempre son insuficientes las instancias de articulación.

Parte 5
RECAPITULANDO LOS EJES
DEL DEBATE

La Gestión Local en Salud: concepciones y conflictos que animan las experiencias latinoamericanas

Javier Pereira

Universidad Católica de Montevideo, Uruguay

Trataré rescatar las principales tensiones que surgen de las exposiciones y que creo que pueden ser insumos importantes para estructurar una agenda de investigación. Básicamente lo que voy a plantear son cuatro ideas que las enumero ya desde un principio. La primera es poder discutir el impacto que están teniendo estas experiencias de Gestión Local en clave de equidad. La segunda idea refiere a prestar mayor atención a lo que podría ser la dimensión intersectorial dentro de las experiencias en redes, dado que en algunas exposiciones se observa un sesgo excesivo hacia el sector salud y creo que es necesario incorporar con mayor fuerza una mirada intersectorial. Un tercer elemento surge con claridad en la presentación realizada por Celia Almeida sobre la experiencia brasileña del Sistema Único de Salud, el cual en sus orígenes buscó romper con el modelo corporativista tradicional. Esto me hizo pensar en la necesidad de evitar los riesgos clientelares que están implícitos en las experiencias de Gestión Local. Y por último, la cuarta idea se refiere a la necesidad de encontrar caminos para avanzar hacia una participación efectiva de la sociedad civil. Este último tema ha sido recurrente en todas las presentaciones, pero creo que si queremos avanzar en una agenda de investigación hay algunas preguntas claves que tenemos que responder, si no los deseos de participación van a quedar en la retórica.

Desarrollaré brevemente estos cuatro puntos que he enunciado, comenzando por el desafío de la equidad. Es claro que las experiencias de Gestión Local en Salud tienen, entre otros objetivos, mejorar la equidad en las condiciones

de acceso, uso y calidad en los servicios. En este sentido se está avanzando en muchos indicadores, como por ejemplo, aquí se ha mencionado las mejoras en la tasa de mortalidad infantil, tanto antes del año como después de los cinco años, el aumento de la expectativa de vida al nacer, pero también se enfatizó en muchas de las ponencias que estos desempeños de indicadores globales esconden inequidades. Entonces la pregunta que me parece relevante es ¿cómo contribuye el avance de estos modelos de gestión local al logro de mayores niveles de equidad? Creo que esta pregunta debe estar en el centro del trabajo académico porque supone preguntarse ¿cómo construimos legitimidad y reconocimiento social y político de aquellos arreglos institucionales que benefician a los sectores más desprotegidos? Ése es un punto central en este debate, que en definitiva nos lleva a indagar en las relaciones de complementariedad y coordinación que favorecen el desarrollo de la equidad y la inclusión en salud.

Obviamente que para poder avanzar en esta dirección es necesario contar con nuevos sistemas de información que nos permitan identificar dónde se concentran actualmente los principales problemas, discriminar por zonas, por patologías, por grupos de riesgo. En la presentación de Paganini, se enfatizaba en la necesidad de contar con indicadores de corto plazo. Es verdad que en algunas áreas tenemos un buen desarrollo de indicadores, esto sería en lo que algunos autores llaman las áreas “duras” del bienestar, las áreas en las que hemos logrado impactos más rápidamente en base a una buena inversión en infraestructura. Sin embargo, en las áreas “blandas” referidas a cambios más bien culturales y actitudinales, necesitamos un mayor desarrollo de indicadores. Entonces la pregunta para la Gestión Local es ¿en qué medida la Gestión Local de la Salud puede lograr impactos en estas áreas blandas del desarrollo en salud? ¿En qué medida puede ser un modelo eficaz para lograr cambios en las pautas de comportamiento, en la prevención de enfermedades y en una distribución de los recursos más ajustada al perfil epidemiológico de la población?

La segunda idea estaba referida a la necesidad de pensar con mayor cuidado la estrategia del trabajo en redes. Creo que si uno reconoce al territorio como unidad de planificación, esto supone reconocer la diversidad y la desigualdad existente entre las distintas sub-unidades que conforman el espacio. Esto supone políticas que se hagan cargo de la complejidad, supone abordajes intersectoriales, transversales e integrales.

El enfoque en red que ha aparecido en casi todas las presentaciones como la herramienta o la estrategia principal para articular los actores en el territorio. Pero debemos pensar que esto supone un esfuerzo muy grande de coordinación, de articulación de diferentes tiempos institucionales, de articulación de prioridades entre actores y la articulación de tiempos políticos. Si queremos avanzar en esta articulación entre actores, debemos identificar con claridad los obstáculos

reales que surgen de la conformación plural de estas redes. Y en este sentido, cada territorio tiene sus particularidades que surgen del entramado institucional, de la historia local, y de la configuración política existente.

La tercer idea está referida a la presentación de Eliseo Velásquez. Allí se planteaba que algunos de los críticos de la descentralización muchas veces argumentaban que podía favorecer prácticas clientelares. A mi juicio éste es un aspecto muy importante a tener en cuenta. Los modelos de Gestión Local de salud no están exentos de prácticas clientelares ni de la priorización de intereses corporativos. Es común que funcionarios, dirigentes sociales, líderes barriales y dirigentes locales traten de cumplir una función de mediadores entre los usuarios y el servicio público. Es necesario que esa práctica de mediación se formalice, se universalice, y que no quede en arreglos particularistas. Lo que hacen es muy valioso pero, si esos arreglos quedan limitados al caso particular se distorsiona el sistema. Trabajar en un enfoque de derechos es un remedio a esta situación, ya que la demanda planteada pasa a ser un derecho exigible para ese ciudadano y todos quienes estén en su misma situación. Considero importante poder analizar estas experiencias de redes, indagando en que medida operan sobre la base del reconocimiento de derechos universales exigibles o bien buscan la resolución particular de los problemas.

Y por último, quisiera referirme al tema de la participación. Este tema fue tratado a lo largo del encuentro desde distintos puntos de vista. Varios expositores plantearon que la participación de los usuarios es lo que en definitiva hace que se pueda exigir mayor calidad de los servicios. Yo digo que para poder participar en espacios de diálogo y concertación, espacios de toma de decisiones, espacios de co-gestión de servicios, se requieren competencias. Competencias de diálogo, competencias de negociación, y esas competencias hay que formarlas. Pero es necesario desarrollarlas en ambos lados del mostrador, es decir tanto en la esfera pública estatal como en la sociedad civil.

Hay que capacitar a los funcionarios de los equipos de salud para que puedan entender la importancia de trabajar articuladamente con organizaciones de la sociedad civil. Por otra parte, la generación de espacios de participación, supone que la población usuaria de los servicios maneje información, información sobre los sistemas, sobre las normativas, sobre procedimientos, para poder ejercer ese control real sobre la calidad de los servicios y las prestaciones. Para que puedan participar en la evaluación de las metas de gestión, en el manejo presupuestario, en la rendición de cuentas es necesario transferir información. Eso no se inventa de un día para otro. Es necesario el desarrollo de competencias para la interacción público-privada, tanto en el personal de las policlínicas como en las organizaciones comunitarias que trabajan en salud. Es el desarrollo de esas competencias lo que va a reforzar la actuación de las redes tanto verticales

como horizontales, y va a fortalecer también las prácticas de ciudadanía. Éstas eran las cuatro ideas que quería plantear.

¿Qué se sabe sobre la Gestión Local en Salud?

Claudio Ortiz

Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires

Voy a tratar de tomar algunas cuestiones que deja el Seminario como enseñanzas y que creo son aportes. También plantearé otras cuestiones dado que considero que no se han discutido y que sería importante tenerlas en cuenta para los próximos encuentros.

En principio creo que hubo un avance bastante interesante en describir la situación o el diagnóstico sobre la gestión local. Se han centrado algunas problemáticas, como por ejemplo la de la *variabilidad*, para cada uno es diferente la Gestión Local. Mientras escuchaba algunas intervenciones pensaba: “¿cuál era el título del seminario?”, “Gestión Local en Salud, conceptos y experiencias”; en el sentido que puestos a hacer una presentación, cada uno toma su enfoque y hace una exposición que a los que estamos escuchando nos hace pensar, “¿de qué estamos hablando”? Entonces hay tanta variabilidad que en algunos conceptos deberíamos ponernos de acuerdo previamente.

También surgió en este seminario la problemática de la falta de *continuidad*, uno va muy hacia atrás a buscar antecedentes y encuentra que esas políticas de los años cincuenta aún ahora están vigentes y se vuelven a retomar constantemente. La sensación es que se empieza siempre de nuevo.

Haciendo una mirada de la Gestión Local desde la Región Sanitaria, se percibe una visión negativa de la *evaluación y el control de gestión* sobre lo que cada uno está haciendo. Los gestores que se someten a esa evaluación, a ese control, se preguntan: “¿Por qué me están evaluando? ¿Por qué tengo que rendir cuentas de lo que estoy haciendo?” Esto está reforzado por un lado con la variabilidad, si yo hago cada vez, cosas diferentes es imposible monitorearlas, controlarlas,

seguirlas. Por otro lado, tampoco hay incentivos hacia las buenas prácticas o incentivos negativos en caso de que no se cumplan con los objetivos.

Creo que en principio hemos coincidido en estos puntos del diagnóstico, que yo centré en variabilidad, continuidad, evaluación y control de gestión e incentivos; y entonces se nos presentan los desafíos. Sigue siendo un desafío la *descentralización*, esa descentralización como se habló en varias intervenciones, sin lesionar la autonomía o esa descentralización con una centralidad, digamos, con una rectoría.

Sigue siendo un desafío y seguimos estando en deuda ya que sigue faltando “escribir la Biblia”, en el sentido de *¿qué modelo es el que vamos a llevar adelante?* Por lo menos ponernos de acuerdo o decir cuales son las responsabilidades de cada uno de nosotros como gestores del sistema de salud. Quizás el Plan Federal en este momento por su consenso, en las grandes líneas pueda ser una guía, pero además se necesita ser un poco más específico, más precisos: *¿a qué modelo apuntamos?*, *¿cuáles son las responsabilidades de cada uno de los niveles?*, y sobre todo en la Gestión Local: *¿de qué es responsable en salud el municipio?*, *¿qué es un centro de salud?* De alguna manera deberíamos hacer un esfuerzo en tratar de redactar alguna “Biblia”, que irá cambiando constantemente, pero que por lo menos nos vaya guiando.

Me planteo un nuevo desafío que me parece que estuvo poco presente en el seminario y voy a hacer brevemente una ejemplificación con tres casos de la práctica cotidiana.

El Caso 1 que tomo es habitual, una derivación pediátrica de alta complejidad entre un hospital provincial y un hospital municipal. La derivación es exitosa, se consigue una ubicación de alta complejidad en el hospital municipal y se requiere además una medicación poco frecuente y muy compleja. Entonces el hospital municipal solicita al hospital provincial si puede darle esta medicación y el gestor de la misma en el efector provincial pregunta de dónde venía la solicitud, y como este chico estaba en un municipio que no era de su hospital dice: “no, esta medicación yo la tengo para la gente de mi municipio”; primera decisión.

Caso 2, evaluación de servicios cerrados de diferentes hospitales municipales y provinciales, donde se analiza la actuación médica frente a los pacientes y se toman algunos indicadores para evaluarlos; es una evaluación externa, en este caso regional. La evaluación demuestra que, para la misma prestación, la diferencia es casi del 100% en los resultados sobre los pacientes. O sea, estamos viendo mismos hospitales, más o menos mismos recursos y una actuación sobre una determinada patología que al evaluarla demuestra resultados absolutamente variables y diferentes que significan muertes infantiles; segunda decisión.

El Caso 3 son estos pequeños espacios de libertad que menciona el Dr. Daniel Manoukian que uno le va encontrando al sistema. Si la financiación del sistema público en la Provincia es así y hay municipios que son pícaros, deciden picar en punta y tomar la alta complejidad como motor de su sistema, entonces el gestor regional encuentra un espacio de libertad y se plantea: “no puedo cambiar el sistema de financiación, pero qué puedo hacer para que estas prestaciones puedan ser utilizadas por la población de otros municipios”. Surge entonces la idea de firmar un convenio que comprometa al municipio a compartir las prestaciones de alta complejidad según una tasa de uso adecuada al aumento de coparticipación que recibirá. El final del cuento es que “el nivel central” decide, pasando por encima del convenio, premiar a ese municipio con mayor coparticipación y deshace una gestión local para acceder a prestaciones de alta complejidad. Y como si esto fuera poco, hoy acá escuchamos a algunos personajes que aplaudían que ese convenio se haya caído, sin saber si quiera sus objetivos; tercera decisión.

Entonces creo que debemos trabajar sobre *los decisores* y sobre *las decisiones* que toman. Es algo que hay que empezar a abordar ya que muchas cuestiones que nosotros planificamos, al momento de llevarlas a la práctica, se definen en la decisión individual médico-paciente para la micro gestión, en la decisión de las jefaturas intermedias para la mesogestión o en el nivel de la macrogestión.

En síntesis, me parece que hay dos desafíos a encarar, en primera instancia trabajar sobre los decisores para modificar conductas, enmarcar decisiones y basarse en la evidencia científica disponible y, en segunda instancia, incorporar claramente la voz de la comunidad en esas decisiones.

La agenda de la Gestión Local en Salud en Argentina

Claudia Danani

ICO/UNGS

Con toda seguridad voy a dejar fuera cosas importantes del recorrido del panel, pero en todo caso elegí apoyarme en lo que sin duda fueron algunos puntos de coincidencia a lo largo de las distintas mesas.

El panel tenía por tema la conformación de la agenda local en salud y ahí hay dos puntos que me parece que surgen como cuestiones, una de ellas incluso se vincula con las primeras mesas, y tiene que ver con los plazos. En un momento se dijo: “estamos pensando o tenemos que pensar en una agenda a diez o quince años”. Pero a lo largo de la mesa se vio que en realidad seguramente ese plazo en el que hay que pensar sea bastante más largo, entre otras cosas porque la cuestión de las prácticas, de los comportamientos que hay que remodelar, requieran un esfuerzo de más largo aliento que no se resuelve por decisiones institucionales ni por rediseños institucionales, sino que suponen por lo menos una generación de profesionales y de pacientes, de usuarios del sistema de salud, de ciudadanos circulando por el sistema de salud que puedan garantizar la viabilidad de esas transformaciones.

La segunda cuestión guarda relación con la agenda, y es: ¿quién escribe la agenda en salud? Porque hay lápices que tienen punta y hay lápices que no la tienen, y también hay manos que no tienen dedos (disculpen lo tosco de la metáfora) y entonces hay condiciones muy distintas para escribir la agenda de esos diez, quince o treinta años. Miremos una cosa: la Nación, las provincias, los elencos gubernamentales, las comunidades, los trabajadores de la salud... podemos estar de acuerdo en que todos ellos circularon, estuvieron presentes en el panel, en el doble registro de pensar en la problemática y de pensar en

una agenda de investigación que contribuya efectivamente a la solución o a una solución más satisfactoria, al menos. Pero, sin embargo, faltó una reflexión o una referencia, al menos, al papel que cumple el sector privado en salud, y que lo cumple también en el nivel local.

Digo esto porque creo que buena parte de las políticas se dirimen y discurren por el sector privado; y a lo largo del panel tuve la impresión de que cuando hablábamos de “alta complejidad” en realidad estábamos haciendo referencia a otro actor al que por alguna razón no identificamos claramente. Hablamos sí de otros actores en el sector salud con más o menos nombre y apellido, pero cuando pensamos o nos referimos al sector privado, hablamos de “alta complejidad”. Creo que hay que pensar que el sector privado tiene expresiones muy distintas, y tal vez ese sea un punto que valga la pena discutir para ver si debe ser incorporado o no, y de otra manera.

Otra cuestión: explícitamente se señaló la cuestión del financiamiento y, hubo completo acuerdo sobre esto, se dijo que el tema del financiamiento y de los recursos humanos son estructurales para pensar la Gestión Local en Salud. Es cierto que surgieron otros temas que incluso exceden al sector salud, como las relaciones interjurisdiccionales o la calidad institucional. Y una cuarta cuestión que también apareció y a la que hice mención anteriormente, ¿qué nuevas prácticas es necesario impulsar para encontrar la manera de recuperar lo mejor que todos los participantes del nivel local tenemos en esta problemática? Cuando digo “lo mejor”, lo digo en términos de reorientarla en el mejor de los sentidos, de encontrar una influencia virtuosa que haga de la Gestión Local en Salud una gestión socialmente deseable de la salud.

En cuarto lugar voy a hacer un interludio sobre la cuestión de los recursos humanos. Sobre esto, en la agenda quedaron escritos al menos tres problemas, y aun así tengo la sensación de que nunca es suficiente: uno es el problema de la formación, la cuestión de la formación. El segundo es el de las condiciones de trabajo, que están relacionadas con lo anterior, pero no se les asimila, no tienen relación de identidad ni se vinculan mecánicamente. Y el tercero es el del compromiso que es necesario generar, y que sin duda requiere de alguna forma de incentivo en el mejor de los sentidos: bajo la forma de reglas de juego. Hay distintas maneras de aludir a esto (los incentivos para el compromiso), pero me queda la convicción (y ayer hubo un intercambio sobre el particular), de que no hay ninguna posibilidad de entrarle en serio al punto si no hay una política de largo plazo, como decían antes, con continuidad en la relación con las personas... porque a eso nos referimos cuando hablamos de los recursos humanos: estamos hablando de las personas que trabajan en el sector salud.

Las búsquedas que recogieron las experiencias fueron distintas, las experiencias muestran recorridos, trayectorias y elecciones distintas. Agendas

que se arman desde las instituciones o desde los problemas, es decir desde los beneficiarios, desde la gente.

Me parece que quedó algo sin definir, y asumo que probablemente ésta sea parte de mi propia mirada. Quedó por definir, decía, qué es una necesidad en salud. ¿Qué es una necesidad en salud?: ¿es lo que expresan los distintos planes médicos obligatorios sucesivamente reformados?; o ¿en realidad hay una discusión, que probablemente nunca se acabe y que todo el tiempo tengamos que actualizar, en relación a lo que es reclamable, a lo que es deseable, a lo que aceptamos como motivo de presión y a lo que no aceptamos en esa condición? En el relato de una de las experiencias se decía: “no siempre los que están más necesitados son los que tienen mayor capacidad de presión”, y se lo decía como lo decimos respecto de muchos temas, con cierta preocupación recriminatoria, por ponerle un adjetivo. Sin embargo, quizás eso sea también parte de nuestra propia mirada, por el desborde que nos produce la cuestión de la vulnerabilidad y de la exclusión, que en algunos casos hace que hayamos “remodelado” hacia abajo las definiciones de lo que son las necesidades en salud. Ése me parece que es también un tema de agenda de investigación pero, mucho más, un tema de agenda de políticas.

En quinto lugar (y con esto prometo que termino), no sólo en el panel, sino también ahora, aparecieron ¿cuáles son los valores que deberían orientar las políticas y la investigación? La necesidad de la inclusión, la equidad, la universalidad, ninguno de estos problemas es nuevo, en realidad estos problemas y esta discusión podemos recogerlos desde los higienistas del siglo XIX, principios del XX, hasta los documentos del Banco Mundial de antes de ayer, pasando por los discursos de Carrillo y la declaración de Alma Ata. Pero, por supuesto, en cada caso equidad, universalidad e inclusión son definidas de manera diferente. Explicitar esos contenidos no es un problema menor. En el final del panel surgió un cierto clima que creo que es valioso transmitir: si uno pasa revista a todas estas cuestiones, sabe que en realidad ninguno de todos estos problemas es nuevo; pero probablemente por una serie de circunstancias históricas, la agenda local es la última oportunidad que tenemos de redefinir positivamente esos valores, de enfrentar positivamente esos problemas y de aspirar legítimamente al cumplimiento de los mejores de los sentidos de esas postulaciones.

Digo esto porque probablemente estemos frente a un cambio en algunas asociaciones que estamos acostumbrados a hacer. Por ejemplo, la asociación entre universalidad y ciudadanía, o la asociación entre focalización o selectividad y subordinación y segmentación. Lo cierto es que me parece que buena parte de las experiencias que recorrimos nos advierten acerca de que no toda universalidad ciudadaniza. Y esto me parece que es un valor negativo agregado,

es un llamado de atención agregado que la agenda de lo local tiene por delante en estos próximos años, cuando tratemos de lidiar con ciudadanía, universalidad, equidad, justicia.

¿Quién les dice? A lo mejor, en algún momento podemos volver a hablar de justicia.

Estos eran mis cinco puntos.

Las relaciones intergubernamentales en la provincia de Buenos Aires como coordenadas de la Gestión Local

Daniel Cravacuore

Universidad Nacional de Quilmes

Las exposiciones del panel *Las relaciones intergubernamentales en la provincia de Buenos Aires como coordenadas de la Gestión Local: aspectos políticos, financieros y de gestión* muestran la articulación entre niveles dotados de una extraordinaria desigualdad. De acuerdo a lo manifestado por los expositores, es posible realizar una analogía con las situaciones familiares: en la Argentina existe *una concepción del Municipio como un menor de edad*. La Nación como una suerte de *pater familiae* que, como aporta la mayor parte de los recursos económicos, busca controlar todo lo que ocurre; la Provincia como un joven primogénito ya mayor de edad que, medianamente, sabe lo que tiene que hacer –aunque el padre siempre añora vigilarlo y le recuerda el dinero que le facilita–; y el Municipio como una suerte de hijo menor al que pareciera que todos creen que hay que vigilar para que no caiga en tentaciones. Me parece que esta concepción está siempre presente, incluyendo en algunas de las recientes exposiciones de los distinguidos panelistas.

Esta mirada condiciona un serio problema que parecen tener muchos funcionarios nacionales y provinciales en Argentina: la ejecución de las políticas públicas implica hacerlo en el territorio, y para ello necesitan que el gobierno local actúe como una agencia de acción territorial en la dirección que ellos desean, algo que, recuerdo, vulnera el espíritu de la autonomía municipal. Ciertamente es que el Estado nacional o provincial podrían hacerlo pero ello requeriría de un aparato burocrático muy oneroso, por lo que se hace necesario involucrar a

los municipios para llegar a los ciudadanos con las acciones públicas; además, siempre existirá la posibilidad de transferirles las responsabilidades sobre las situaciones complejas o por la falta de resultados.

El principal obstáculo que estos funcionarios marcan siempre es la complejidad del sistema municipal: 134 municipios en Buenos Aires, 427 en Córdoba, 363 en Santa Fe y así sucesivamente en las distintas provincias. Con claridad es más fácil articular con los gobiernos locales de Tierra del Fuego, que son sólo tres: en los niveles superiores de gobierno siempre está presente este lamento por tener que debatir con tal número de municipios, especialmente con aquellos dotados de mayores capacidades institucionales y una mejor dotación de recursos humanos, que muchas veces ponen serias objeciones. Resumiendo, este conflicto alrededor de la implementación territorial de las políticas nacionales y provinciales tiene dos aristas: la primera, las políticas específicas que quieran tener los distintos niveles en el territorio, incluyendo las de equidad territorial; la segunda, veladamente, el control político de los municipios.

Considero que en este panel queda manifiesta la omisión cotidiana del principio de subsidiaridad implícito en nuestra Constitución Nacional de 1994 y que los niveles superiores de gobierno siguen omitiendo el papel que tienen los municipios en la Argentina en dos aspectos centrales: minimizan la coordinación con los municipios y la reemplazan por un centralismo decisonal; y no establecen reglas de suficiente diálogo en el trabajo con los municipios, algo originado en la voluntad de control de lo local. Respecto de esto último, esta voluntad de control se da en un contexto del nuevo protagonismo emergente posterior a la crisis política de 2001. Los municipios que emergieron de este proceso social no son iguales, ni por su importancia política, ni por su impacto electoral, ni por el creciente reconocimiento social que poseen —siendo el nivel de gobierno con mayor valoración, de acuerdo a los resultados que muestra el informe *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos* (PNUD 2004) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo— creo que la ciudadanía reconoce claramente en qué el nivel de gobierno se hicieron los mayores esfuerzos de contención en plena eclosión social. Esta apreciación, también ratificada en el reciente libro de Adriana Clemente y Mónica Girolami, *Territorio, emergencia e intervención social. Un modelo para armar* (2006), nos permite sostener que, durante la crisis del 2001, encontramos una Nación ausente, provincias que atinaban a aportar recursos y municipios que gestionaban el conflicto, articulando con las organizaciones de la sociedad civil. Y ello, sin dudas, ha fortalecido el papel político de los municipios, más allá de lo discursivo.

Un último tópico interesante que apareció en el panel es el normativo. Citando el ejemplo de la desactualización de las fórmulas de cálculo presu-

puentario, apareció claramente la antigüedad de la normativa que afecta al nivel municipal. En la provincia de Buenos Aires, que involucra a los miembros de este distinguido panel, la misma se encuentra en un nivel de serio anacronismo pero, retomando la base argumentativa, ello no es casual, sino producto de una valoración política: la antigüedad normativa puede ser utilizada, y de hecho lo es, para limitar este nuevo poder municipal. Ello es más visible en el caso del Conurbano Bonaerense, limitando la autonomía y las políticas activas de estos municipios que, sin este freno normativo y considerando su importancia electoral y su consiguiente poder político, tendrían unos márgenes de maniobra que empalidecerían a los funcionarios provinciales.

Bibliografía

- Clemente, A. y Girolami, M. (Eds.) (2006); *Territorio, emergencia e intervención social. Un modelo para desarmar*. Buenos Aires, Espacio Editorial.
- PNUD (2004); *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Buenos Aires (Argentina).

Los panelistas

José María Paganini

Doctor en Medicina, UNLP. Doctor en Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Profesor de la Universidad Nacional de La Plata e investigador del INUSS. Ha estado a cargo de programas de salud pública para organismos nacionales e internacionales (OPS/OMS) en Argentina y América Latina. Participa de Comisiones Académicas y de Comités Editoriales tiene una vasta y reconocida producción en el campo.

Luis Eliseo Velásquez Londoño.

Médico, Especialista en Epidemiología y Master en Salud Pública, de nacionalidad Colombiana. Desde enero de 2004 se desempeña como Consultor en Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud en la Representación de la OPS/OMS en la Argentina. Antes de llegar a la Argentina, el Dr. Velásquez trabajó en el mismo cargo por 4 años en la Representación de la OPS/OMS en el Perú. En su país, Colombia, trabajó por 15 años en diferentes cargos directivos en hospitales y regiones sanitarias, fue Secretario de Salud del municipio de Río Negro y Vicepresidente de la Seguridad Social a nivel Nacional. En el Ministerio de Salud de su país, se desempeñó como Director Ejecutivo del Programa Sistemas Municipales de Salud. El Dr. Velásquez ha sido también docente de Salud Pública en varias Universidades de Colombia.

Celia María de Almeida

Médica, Magíster en Medicina Social, Doctora en Salud Pública. Investigadora y profesora sobre Políticas de Salud y Organización de Sistemas de Servicios de Salud, en el Departamento de Administración y Planeamiento en Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, de la Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Río de Janeiro, Brasil. Fue asesora de la Presidencia de FIOCRUZ, coordinadora del Programa de Desarrollo Tecnológico e Innovación en Salud Pública para el Sistema Único de Salud (PDTSP-SUS), hasta marzo de 2006. Fue Secretaria Ejecutiva de la Red de Investigación en

Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de América hasta enero de 2005. Participa de Comisiones Académicas y Comités Editoriales, nacionales e internacionales. Tiene varios trabajos publicados sobre la agenda de las reformas contemporáneas, nuevos modelos de organización de sistemas de servicios de salud, procesos de reforma y análisis de países latinoamericanos, incluido Brasil, con otras experiencias internacionales. Trabaja también en evaluación de la atención básica en Brasil, específicamente en la elaboración y validación de una metodología de evaluación de la atención básica en el Sistema Único de Salud en el nivel local.

Susana Belmartino

Especialista en Historia Argentina Contemporánea. Doctorado de la Universidad de Aix-Marsella, Francia. Temas de investigación: Evolución histórica del sistema de servicios de atención médica, Estado y políticas de salud, Reforma de la atención médica. Ha publicado varios libros de autoría individual y colectiva y diversos artículos que reseñan resultados de investigación en publicaciones nacionales y del exterior. Es investigadora del Consejo de Investigaciones de la Facultad de Humanidades y Arte de la UNR.

Magdalena Chiara

Antropóloga, investigadora y consultora experta en gestión de políticas sociales. Desde mediados de la década del ochenta ha trabajado en investigación y gestión en problemas urbanos en distintos campos. Desde 1995 es investigadora docente del Instituto del Conurbano de la UNGS. Ha publicado diversos artículos en revistas especializadas y capítulos de libros referidos a las políticas sociales. Ha sido funcionaria municipal y provincial y consultora de organismos públicos e internacionales en gestión y evaluación de políticas sociales.

Daniel Cravacuore

DEA en Dirección y Gestión Pública en la Universidad de Jaén, España. Director de Unidad de Fortalecimiento de los Gobiernos Locales de la Universidad Nacional de Quilmes. Como docente de posgrado se desempeña en las universidades nacionales de General Sarmiento, Quilmes y FLACSO Argentina. Participa como director e investigador senior de proyectos subsidiados por instituciones internacionales y nacionales. Ha publicado 9 libros, 17 capítulos de libros y 19 artículos científicos sobre la temática de los gobiernos locales. Investigador del Sistema de Información Científica de Andalucía (España). Asesor del presidente de la Federación Argentina de Municipios. Asesor de la Secretaría de Asuntos Municipales de la Nación. Director de proyecto, consultor y capacitador para organismos internacionales nacionales, provinciales y municipales.

María Mercedes Di Virgilio

Socióloga. Master en Investigación en ciencias Sociales. Doctora en Ciencias Sociales FSC-UBA. Miembro de la Carrera de Investigador CONICET. Investigadora del Área de Estudios Urbanos del Instituto Gino Germani, UBA. Ha sido investigadora docente del Instituto del Conurbano, UNGS. Ha publicado diversos artículos en revistas especializadas, capítulos de libros y libros referidos a políticas sociales en la ciudad, pobreza y hábitat popular. Ha sido consultora de organismos públicos e internacionales de crédito en temas de gestión de políticas sociales.

Marina Miraglia

Licenciada en Geografía, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Coordinadora del Laboratorio de SIG (ICO-UNGS) desde 2004. Investigadora Docente (ICO-UNGS). En los últimos diez años se ha especializado en el uso de los Sistemas de Información Geográfica para el análisis de problemas territoriales en la Región Metropolitana de Buenos Aires.

María Epele

Antropóloga y Doctora de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP. Postdoctorado, University California Berkeley. Investigadora Adjunta del CONICET. Los temas de interés son: procesos de salud-enfermedad, cáncer, terminalidad, SIDA, Uso de Drogas, Género-Sexualidad, Pobreza y vulnerabilidad, economía-política. Publicaciones en revistas científicas internacionales y nacionales.

Ignacio Llovet

Ph D en Sociología (Universidad de Toronto, Canadá). Investigador del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Profesor Titular Ordinario de Sociología General y Teoría Política, Universidad Nacional de Luján. Profesor de Metodología de la Investigación, Maestría en Ciencias Sociales con mención en Salud (CEDES-FLACSO). Investigación en curso sobre procesos de descentralización y enfermedad de Chagas en la Argentina. Publicación de artículos en revistas nacionales y extranjeras.

Mario Pecheny

Doctor en Ciencia Política por la Universidad de París III. Investigador Adjunto del CONICET en el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA; Profesor Titular de Ciencias Políticas, CBC, UBA; Profesor Adjunto de Filosofía y Métodos de las Ciencias Sociales, FCS, UBA. Investiga y ha

publicado artículos en revistas nacionales e internacionales sobre cuestiones de salud, sexualidad y derechos humanos.

Adrián Zelayeta

Médico (Universidad Nacional de La Plata) Especialista en medicina general, otorgado por Colegio de Médicos Distr. I y UNLP. Coordinador Estratégico de la Municipalidad de Quilmes. Maestrando de la Maestría en Salud Pública. Centro INUS-UNLP. Coordinador para las RS I a V del SPS.

Mónica Fein

Bioquímica (Universidad Nacional de Rosario) con formación de posgrado en Salud Pública en el Instituto Juan Lazarte de Rosario. Ha participado de distintas responsabilidades académicas en la UNR. Fue Jefa de División del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la Secretaría de Salud Pública (1992-1995) y SubDirectora General de Saneamiento de la Secretaría de Gobierno (1995-1997). Ha sido Concejal del Municipio de Rosario, Presidente de la Comisión del Salud del H. Concejo. Ha sido Secretaria de Salud Pública del Municipio de Rosario. Actualmente es Diputada Nacional.

Gustavo Eugeni

Médico - UBA, Especialista en Ginecología y Obstetricia y Master en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Profesor de la Facultad de Medicina de la UBA y de la Universidad de Morón. Asesor en el Ministerio de Salud de la Nación. Ha participado de la asociación profesional del Hospital Larcade y desde 1998 participa de la Asociación Médica de Gral. Sarmiento. Actualmente es su presidente.

Daniel Manoukian

Medico Generalista - UBA. Magíster en Economía y Gestión en Salud. Como especialista en economía y gestión en salud, ha publicado artículos y trabajos referidos a gestión hospitalaria, política de medicamentos, atención primaria de la salud y política sanitaria, en revistas de la especialidad de alcance provincial y nacional. Es docente de la Universidad del Comahue y de ISALUD. Desde 2004 hasta julio de 2006 ha ocupado el cargo de Director de Hospital Chos Malal, accediendo por concurso. Desde julio de 2006 es Secretario de Hacienda y Administración de la Municipalidad de Chos Malal.

Arnaldo Medina

Médico (UNLP), con formación de posgrado en administración hospitalaria y de servicios de salud. Máster en Economía de la Salud (ISSALUD). Ha sido

Director Ejecutivo Hospital “Mi Pueblo” de Florencio Varela, Coordinador de Regiones Sanitarias y Director de Programas Sanitarios el Ministerio de Salud provincia de Buenos Aires. Ha estado a cargo de la formulación, diseño y puesta en marcha distintos programas de salud. Ha desarrollado programas de capacitación y formación de recursos humanos para el campo de la salud pública y ha sido docente en distintas universidades nacionales. Ha publicado distintos trabajos sobre administración y gestión de servicios de salud. Ha sido Subsecretario de Planificación en Salud del Ministerio de la Salud de la provincia de Buenos Aires. Actualmente es Director del Hospital Provincial Interzonal del Cruce Varela.

Alberto Esteban

Licenciado en Sociología (UBA). Entre 1984 y 1987 se ha desempeñado como Director de Prensa y Difusión y luego Subsecretario de Acción Social, de la Municipalidad de San Fernando. Ha ocupado el cargo de Director de Islas del Ministerio de Gobierno de la provincia de Buenos Aires y se ha desempeñado como Asesor en la Cámara de Senadores de la provincia de Buenos Aires. Entre 1995 y el año 2002 ocupó el cargo de Secretario de Planificación y Desarrollo Institucional de la Municipalidad de San Fernando. Desde el año 2002 hasta el año 2003, ha sido Subsecretario de Asuntos Municipales del Ministerio de Gobierno y luego Subsecretario de Coordinación de Políticas Públicas de la Jefatura de Gabinete de la provincia de Buenos Aires. Actualmente es Secretario de Planificación e Ingresos y Financiamiento Público de la Municipalidad de San Fernando.

María Herminia Iarussi

Lic. En Economía. Especialista en sistema de salud y seguridad Social, ISALUD. Profesora de Costos y Gestión en la Licenciatura en administración con orientación en salud y seguros sociales. Hasta 2007 fue Directora Provincial de Planificación de la Salud en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Reinaldo Reymondi

Médico. Especialista en Pediatría y en Administración Hospitalaria C. Médico Distrito 3° (1987). Maestría en Gestión y Economía de la Salud UN Morón (1998). Docente Adscrito a la 3ª Cátedra de Pediatría de la UNBA (1985-1992). Jefe Sala de Guardia Hospital Ramón Carrillo Ciudadela (1983-1994). Director Unidad Sanitaria N° 1 Distrito de Moreno (1985-1989). Coordinador Área Programática Municipio de Moreno (1990). Director de Planificación y Desarrollo de la Sec. de Salud de Merlo (1991). Coordinador Región Sanitaria VII B

(1995). Coordinador Región Sanitaria V (1999/2007). Actualmente es Director Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud de la prov. de Buenos Aires.

Mauricio Monsalvo

Licenciado en Ciencia Política de la Universidad de Morón y maestrando en Metodología de la Investigación Social de la Università di Bologna/Universidad Nacional de Tres de Febrero. Actualmente, se desempeña como responsable del Área de Planificación del Programa Remediar del Ministerio de Salud, en el que participa desde el año 2002. En el ámbito académico, se desempeña como docente en el Instituto Universitario Salud, en la Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental; en la Universidad Favaloro, en la Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud; y en la carrera de Ciencia Política en la Universidad de Morón. Asimismo, ha brindado cursos sobre Estadísticas del Sector Salud en la Universidad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y en el Máster en Economía de la Salud y Medicamentos de la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona). Ha participado como colaborador en diversos proyectos de investigación y publicaciones, mayoritariamente vinculados al área de salud en general, y utilización de medicamentos en particular. Participa del Área de Planificación del Programa REMEDIAR.