

Artículos centrales

Políticas e instituciones en salud: el desafío de construir nuevos escenarios

Magdalena Chiara*

Fecha de recepción: 29 de septiembre de 2013
Fecha de aceptación: 16 de octubre de 2013
Correspondencia a: Magdalena Chiara
Correo electrónico: mchiara@ungs.edu.ar

*. Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento, Investigadora y docente asociada.

Resumen:

El trabajo se propone provocar el debate, en torno a algunos aspectos de la institucionalidad de los cambios buscados por la política de salud nacional, en la década reciente y contribuir con la identificación de una agenda para el futuro.

Comienza pasando en limpio los avances y desafíos de la política nacional, especialmente en relación a aquellos intentos que buscaron restituir condiciones de igualdad en el derecho a la salud; en una segunda parte, caracteriza los escenarios provinciales y municipales así como también la complejidad de sus agendas; el tercer apartado pone el foco en la implementación buscando identificar las condiciones bajo las cuales lograron actuar conjuntamente, los distintos niveles de gobierno y las tensiones inherentes a esa dinámica. El trabajo finaliza, planteando la necesidad de restituir el carácter político de los espacios de implementación, habida cuenta de que allí es también donde se vuelve a componer la política sanitaria.

Este recorrido se sustenta en la idea de que la posibilidad de producir cambios en las condiciones de acceso, cobertura y calidad de la atención de la salud, depende no sólo

de lo que realice cada uno de los programas, sino también de encarar conjuntamente los retos que supone el fortalecimiento de los escenarios provinciales y municipales donde éstos se ejecutan.

Palabras claves: Políticas de salud - Provincias - Municipios.

Resumo

O trabalho se propõe provocar o debate em torno de alguns aspectos da institucionalidade das mudanças procuradas pela política de saúde nacional na década recente e contribuir com a identificação de uma agenda para o futuro. Começa passando a limpo os avanços e desafios da política nacional, especialmente em relação a aquelas tentativas que buscaram restituir condições de igualdade no direito à saúde; em uma segunda parte, caracteriza os cenários estaduais e municipais assim como também a complexidade de suas agendas; o terceiro tópico põe foco na implementação, procurando identificar as condições nas quais os diferentes níveis de governo conseguiram atuar conjuntamente, e as tensões inerentes a essa dinâmica. O trabalho finaliza colocando a necessidade de restituir o caráter político dos espaços de implementação, levando em conta que ali é também onde se volta a compor a política sanitária. Este caminho se sustenta na idéia de que a possibilidade de produzir mudanças nas condições de acesso, cobertura e qualidade do atendimento da saúde não depende somente do que cada um dos programas realize, mas também de encarar conjuntamente os desafios que supõe o fortalecimento dos cenários estaduais e municipais onde estes se executam.

Palabras chave: políticas de saúde, estados, municípios.

Presentación

La década que se abre con la crisis de principio de siglo, fue testigo de profundas transformaciones en el modo como pensar la responsabilidad del Estado sobre lo público en la región en general y en Argentina en particular. Con emergentes menos contundentes que en otros sectores de políticas, "salud" también fue un espacio de cambios donde la recuperación de la noción de "derecho fundamental" (Abramovich y Pautassi, 2008) cobró cuerpo en iniciativas que se propusieron distintos desafíos en pos de igualar las condiciones en las cuales ejercer ese derecho de manera efectiva.

Aún destacando la importancia que tiene este nuevo rumbo en la política nacional, nuestro planteo en estas páginas es que la posibilidad de producir cambios significativos en las condiciones de acceso, cobertura y calidad de la atención de la salud depende además (y muy especialmen-

te), de encarar los retos que supone el fortalecimiento de los escenarios provinciales y municipales donde éstos tienen lugar.

La reflexión que aquí presentamos, se organiza en tres pasos y una conclusión. Comienza con una revisión de las orientaciones generales que ha mostrado (con sus vaivenes), la política nacional destinada a la atención en los establecimientos estatales. Un segundo paso incorpora al análisis la heterogeneidad del mapa institucional y de los actores en sus aspectos más generales, e identifica los problemas que enfrentan aquellas instancias que tienen bajo su responsabilidad la provisión de los servicios de salud. La tercera parte pasa en limpio las convergencias y divergencias de la política nacional en los escenarios subnacionales. El trabajo finaliza (provisoriamente), con una reflexión que insiste en la necesidad de restituir el carácter político de los procesos que suceden en la implementación.

Los desafíos de la política nacional

La década que siguió a la crisis de principio de siglo, fue testigo de cambios importantes en las ideas acerca del papel del Estado en relación a lo social. Distintas medidas muestran la decisión de intervenir sobre las condiciones bajo las cuales se reproduce la vida de la población: la sanción de la Ley de Financiamiento Educativo y la ampliamente debatida nueva Ley de Educación; la recomposición de los haberes jubilatorios y la extensión de la cobertura de los adultos mayores a través de la moratoria y la jubilación anticipada; la creación del Sistema Integral Previsional Argentino (SIPA); la instauración de la Asignación Universal por Hijo (AUH) y, posteriormente, la Asignación Universal por Embarazo (AUE); y la expansión de la asistencia con llegada directa al territorio (Plan de Seguridad Alimentaria, Manos a la Obra, creación de los Centros Integradores Comunitarios, Planes Argentina Trabaja, Plan Ahí en el lugar y con la gente). Con la excepción de educación, se trata de medidas de distinto orden que intervinieron de modo bastante directo sobre los problemas a través de organismos nacionales (Ministerios nacionales, Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados -INSSJP/PAMI- y muy especialmente la Agencia Nacional de Seguridad Social - ANSES).

Aunque de manera silenciosa y menos visible, “salud” fue también (y con intensidad variable) escenario de cambios significativos. Distintos trabajos (Maceira et. al, 2005; Cetrángolo, Lima Quintana y San Martín, 2007; Belmartino, 2009; Arce 2010; Chiara, 2012) dan cuenta del surgimiento de “nuevas” iniciativas y de la profundización de otras precedentes. En algunos casos, comprenden instrumentos innovadores, mientras que en otros retoman los que fueron utilizados en la década de los noventa.

La diferencia más importante respecto del período anterior, parece radicar en las ideas desde las cuales se sostuvieron las propuestas y en el regreso del Ministerio nacional como actor al entramado de los servicios, antes limitado a las intervenciones de los programas focalizados realizados a través de sus “unidades ejecutoras”.

Ahora bien, ¿cuáles son los atributos de este cambio de rumbo?, ¿cómo se produjo este “regreso” del Ministerio nacional a la órbita de los servicios? Sin pretender dar cuenta de su alcance, nos interesa hacer algunas consideraciones acerca del “modelo de cambio” que está implícito en los distintos dispositivos de la política nacional (planes, programas, leyes); los problemas que define, los arreglos institucionales que propone y el modo como limitan o amplían la autonomía relativa de los actores, son entradas desde las que es posible reconstruirlos en sus grandes trazos.

En campos de políticas complejos como “salud”, resulta difícil componer una mirada unívoca del horizonte de cambio que subyace a las distintas intervenciones. En algunos casos, esta dificultad alude a la propia amplitud de la política (las iniciativas que la conforman son muchas, diversas y complejas) y, en otros, el problema radica en que los dispositivos responden a distintos “modelos” que conviven en tensión en el seno de una misma política. En el campo concreto que estamos analizando, parecen estar presentes ambas dificultades.

En pos de privilegiar el intento por mantener una visión de conjunto, acotamos nuestra reflexión a aquel dominio de la política nacional que alude a los procesos de “atención de la salud” que tienen lugar en los establecimientos de dependencia estatal (en las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), lo que algunos autores denominan (incluyendo también a educación), la “región” de los “servicios sociales universales” (Andrenacci y Soldano, 2006). Esta delimitación supone excluir de nuestra reflexión (para hacer viable el recorrido en estas pocas páginas) a una importante cantidad de dispositivos nacionales de suma relevancia orientados a la promoción de la salud.

Un primer rasgo a destacar, es que la política nacional parece haberse concentrado su acción sobre las “relaciones entre la población (o usuarios) y los proveedores” (Belmartino, 2008). La jerarquización del primer nivel asistencial desde la estrategia de atención primaria de la salud

(APS) como organizador del "sistema"¹ fue planteada originalmente por el Plan Federal de Salud 2003/2007 y se tradujo en distintos programas que tuvieron a los centros de atención primaria de la salud (CAPS) como instancia privilegiada de ejecución. Entre las iniciativas más importantes se destacan: el Programa Remediar (en sus dos ediciones) (Tobar, 2004; Maceira et al., 2005; Findling y Champalbert, 2007), el Programa Médicos Comunitarios (con variaciones a lo largo del tiempo) (Rossen, 2006), el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (Cappuccio et al, 2005) y el Plan Nacer/ SUMAR (Potenza, 2012). A estas iniciativas se suman los denominados "programas verticales", que cobraron singular importancia ampliando su cobertura y alcance.² Se trata de iniciativas que buscaron, a través de la movilización de distinto tipo de incentivos (no exclusivamente monetarios, aclaramos), regular aspectos críticos de la práctica (tanto médica como institucional) en el nivel de los servicios.

La "provisión de medicamentos esenciales" del Programa Remediar, parece haber sido el instrumento que tuvo mayor incidencia sobre la atención. La decisión de sostener su distribución centralizada y dirigida exclusivamente a los CAPS, buscó fortalecer y jerarquizar el primer nivel con vistas a reorientar una demanda que venía concentrándose en los hospitales.

La existencia de formas mercantilizadas en el acceso a los servicios formaba parte de un diagnóstico compartido acerca de los problemas del subsector estatal que presentaba situaciones particularmente críticas en algunos territorios.³ En ese contexto, el "resguardo de la gratuidad" como requisito para permanecer como efector de los programas (liderado primero por el Programa Remediar y adoptado posteriormente por el Plan Nacer/Sumar) buscó derribar esta barrera.

El Programa Médicos Comunitarios (en sus distintas versiones) contribuyó con médicos y otros profesionales formados "para" y "en" APS, y abonaba a uno de los requisitos del acceso: la disponibilidad de recurso humano en los centros de salud.

"Asegurar la cobertura de servicios a la totalidad de la población" fue otra de las preocupaciones de la política nacional. En ese contexto, la "nominalización" fue un instrumento compartido tanto por el Programa Remediar como el Plan Nacer/ Sumar; en este último, sus consecuencias se vieron reforzadas por la Asignación Universal por Hijo (AUH) (y, posteriormente, por Embarazo - AUE) que sostuvo la condicionalidad de realización de controles de salud para hacer efectivo un porcentaje de la asignación. Sin desconocer los debates que plantea la persistencia de este instrumento (Hintze y Costa, 2011), esta novedad reviste particular relevancia porque permitió vincular el padrón de la población atendida por el subsector estatal con los registros nacionales del ANSES.

La "cobertura condicionada a la no disposición de obra social" y los instrumentos de pago utilizados por el Plan Nacer/Sumar, ponen en evidencia tanto la preocupación por garantizar la cobertura básica a toda la población, como así también el interés por promover la "separación de funciones entre financiadores y proveedores" para coordinar el financiamiento entre niveles de gobierno. En relación a esta última orientación, parecen coexistir en la política nacional dos modelos sanitarios: uno perfilado hacia la construcción de un seguro público (representado por el Plan Nacer/ Sumar) y otro orientado hacia el fortalecimiento de la oferta pública (Programas Remediar o Médicos Comunitarios).

La heterogeneidad de respuestas provinciales y locales, llevó a la política nacional a plantearse

1. Adoptamos las comillas para indicar que estamos sólo recuperando las enunciaciones presentes en los documentos de las políticas.

2. Promediando la década, el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles fue cobrando mayor relevancia no solo en la ampliación de las vacunas incorporadas al calendario obligatorio sino también en las acciones desarrolladas en función de ampliar la cobertura y mejorar la información.

3. El Gran Buenos Aires es una región en la que los mecanismos de mercantilización habían alcanzado a una parte importante de los CAPS.

también la necesidad de “garantizar de manera explícita un conjunto de prestaciones en cantidad, calidad y oportunidad para toda la población”. La regulación de las prescripciones y la provisión de medicamentos esenciales en el primer nivel (realizadas a través del Programa Remediar), como así también la adopción de un “nomenclador de prestaciones” y las “trazadoras” asociadas a los mecanismos de pago a los prestadores del Plan Nacer/ Sumar, fueron los instrumentos elegidos para alcanzar estándares homogéneos en las prestaciones independientemente de la jurisdicción de los centros de salud y hospitales.

Aún reconociendo importantes diferencias, las iniciativas nacionales expresaron intentos diversos (en su alcance y magnitud) por restituir condiciones de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud. La “erradicación en las barreras de acceso”, el interés por “asegurar la cobertura a la totalidad de la población” y la preocupación por “garantizar de manera explícita un conjunto de prestaciones homogéneas”, son rasgos generales que caracterizan, desde nuestra mirada, las intervenciones de la política nacional a lo largo de la década.

Ahora bien, las iniciativas nacionales se implementaron sobre establecimientos provinciales y municipales (básicamente centros de atención primaria de la salud, pero también hospitales), sobre los cuales el Ministerio nacional no tenía (ni buscó tener, agregamos) relación jerárquica. Para ello, adoptó instrumentos basados en distintos tipos de incentivos (asociados a regulaciones que condicionaban su asignación), más algunos (escasos) instrumentos consensuales (Dourado y Elías, 2011).⁴

En este contexto y dados los retos que se plantea la política sanitaria nacional, la cuestión referida a las “mediaciones” que se construyen entre el Ministerio nacional y los efectores de los programas, es un problema tan importante como los “contenidos” mismos de la política, en tanto

involucra también aspectos relativos a la “fuerza de autoridad” (Vedung, 2005 [1998]) con que se ejecutan esas orientaciones. Dicho de otro modo, los “modelos de cambio” se convierten en “transformaciones efectivas en los modos a través de los cuales la población accede y transita los procesos de atención de la salud” en la medida en que se logra alienar intereses entre actores que responden a distintos niveles de gobierno.

Este problema (abordado por la literatura sobre política de salud y federalismo), es central en el contexto institucional argentino. Se trata de un nudo de gran importancia en tanto la ejecución enfrenta (de modo ineludible y a pesar de las “simplificaciones” de las que puedan echar mano los programas en su diseño) un panorama sumamente heterogéneo y a la vez complejo.

La responsabilidad sobre la provisión de servicios de salud: heterogeneidad de los escenarios y complejidad de las agendas

Despojado de la responsabilidad sobre los servicios, el regreso del Ministerio nacional a la arena de la política sanitaria, encuentra escenarios provinciales muy diversos que fueron modelados al calor de una singular y temprana historia descentralizadora, y también por el influjo de las políticas neoliberales de los noventa.

Dada esta trayectoria, importa incorporar a la reflexión dos aspectos que están implicados en el singular desafío que encuentra la política sanitaria nacional: en un plano institucional, la necesidad de dar cuenta de la heterogeneidad institucional en las veinticuatro jurisdicciones (que ponen en escena esquemas de distribución de funciones muy diversos entre provincias y municipios); y, desde una perspectiva política, la necesidad de comprender que este esquema de distribución de funciones, supone también diferencias en las agendas que enfrentan los actores gubernamentales, según tengan (o no) la responsabilidad sobre la provisión de los servicios.

4. La literatura acerca de análisis de política por instrumentos aporta una perspectiva sumamente interesante para trascender las enunciaciones generales que plantean los programas e introducimos en el nivel “meso” de las relaciones que aspira a regular (Lascombes y Le Gales, 2007).

Desde el punto de vista institucional, el federalismo define el primer rasgo de la matriz de organización de la provisión de servicios de salud: más de un gobierno regulando un mismo territorio (Gibson, 2004); se trata de un atributo que tiene importantes consecuencias para el diseño y la implementación de políticas. Aunque "salud" como cuestión no fue delegada por las provincias en el gobierno federal, la Constitución Nacional reformada en el año 1994 consagra la garantía del derecho a la salud; sosteniendo a su vez su ejercicio en la órbita de las provincias, quienes siguen siendo las responsables de definir su contenido y alcance, así como también de establecer los modos de organización de los servicios bajo su órbita.

En ese marco, la jerarquía de "salud" en el ordenamiento jurídico es objeto de distintas definiciones en las constituciones provinciales. Si bien casi todas consagran el "derecho a la salud" de manera explícita, los énfasis son diferentes en aspectos tales como la "gratuidad", la "universalidad" o la "integralidad". El alcance de las potestades que, en este y otros dominios de la política social, le confieren a los municipios es otro aspecto que distingue a cada sistema provincial (Carnota, 2011).

Sin ser reflejo necesario de estas reglas de juego generales, la conformación de la estructura sanitaria, da cuenta de otra dimensión de lo institucional, la trama que se articula en torno a la dependencia administrativa de los establecimientos con y sin internación (hospitales y centros de salud) en la que conviven provincia y municipios bajo combinaciones muy diferentes. Si bien, muchas veces es poco visibilizada en los análisis más generales de la política sanitaria, se trata de una dimensión que reviste una importancia capital para la configuración de los escenarios provinciales por donde discurre y se construyen las condiciones bajo las cuales se ejerce el derecho a la provisión de servicios de salud.

Finalizando el siglo, las provincias tenían a su cargo un 68% de los centros de salud (primer nivel) y un 73% de los hospitales (segundo nivel); mientras que la casi totalidad de los establecimientos restantes estaban bajo la órbita municipal (30 y 24% respectivamente) y algunos pocos permanecían bajo la jurisdicción provincial.⁵ Estos porcentajes encierran distintas combinaciones, que denominamos "patrones de dependencia gubernamental de la estructura sanitaria", que fueron modelados, "desde arriba", al calor de los procesos generales de descentralización y, "desde abajo", a través de la historia singular que se dio en cada escenario provincial.

La estructura sanitaria del subsector estatal en cada provincia presentaba en los comienzos del siglo (y sigue presentando en la actualidad) situaciones muy diversas: mientras en algunos casos la totalidad de los servicios (tanto del primero como del segundo nivel) estaban bajo la órbita provincial (17 provincias más la Ciudad Autónoma de Buenos Aires); en un segundo grupo de provincias, los municipios tenían alguna incidencia en los centros de salud y mantenían casi la totalidad de los hospitales bajo la órbita provincial (cuatro provincias); y un tercer grupo tenía una parte importante de los centros de salud bajo la órbita municipal, a la vez que una participación considerable de éstos sobre los hospitales (dos provincias). La provincia de Buenos Aires es, sin dudas, un caso singular: su estructura sanitaria respondía entonces (y responde en la actualidad) a un patrón bien definido con relación a los establecimientos del primer nivel (centros de salud) y una incidencia muy importante de los municipios en los hospitales (que en el año 2000 representaba el 69% de los establecimientos).⁶

En términos generales, este mapa institucional (constituido desde lo constitucional pero también desde la historia propia de cada sistema sanitario), define las coordenadas en torno a las cuales se constituyen los escenarios de la política en cada provincia en sus fortalezas y también en sus debilidades.

5. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación, Guía de Establecimientos, 2000.

6. Elaboración propia con base a Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación, Guía de Establecimientos, 2000.

Los estudios sobre la historia del sector salud y de las finanzas públicas (Arce, 2010; Centrángolo y Jiménez, 2004; entre otros), muestran que la descentralización estuvo motivada más por las necesidades de resolver el conflicto financiero entre la nación y las provincias, que por el interés por acercar los servicios a las preferencias de la población. Esta lectura explica, que las transferencias se hayan realizado sin atender a la articulación y a las necesidades de la organización de los servicios de salud. Consecuencia de estos procesos, fue la emergencia de gobiernos provinciales muy limitados en su capacidad de acción y con serios problemas en el financiamiento.

Aún con estas limitaciones, los actores provinciales (y, más tardíamente, también los municipales) fueron asumiendo la provisión de servicios de salud como parte de su agenda de gobierno; crearon establecimientos, ampliaron servicios, innovaron en esquemas de organización y asumieron la gestión de centros de salud, antes de organizaciones sociales. Estas apuestas fueron contemporáneas, con el progresivo y radical retroceso del Estado Nacional respecto del desarrollo de la oferta pública de salud. En ese devenir, se fueron definiendo perfiles prestacionales, modalidades de acceso y modos de articulación con la seguridad social también diferentes. No siempre en sentido universalizante.

El derrotero que recomponen los estudios históricos y de las relaciones fiscales intergubernamentales, muestra que la descentralización institucionalizó la exclusividad de las provincias en el ejercicio de la potestad constitucional sobre salud (convergiendo, insistimos, con otros procesos que se dieron “desde abajo”) la que pasó a formar parte de la agenda política de gobernadores. Transitando un delicado desfiladero entre “ejercer de manera exclusiva la provisión de servicios de salud” pero bajo “condiciones financieras particularmente críticas”, las acciones que desarrollaron en salud se fueron enhebrando (con diferencias según cada escenario y también importantes dificultades) en los procesos de construcción de legitimidad político electoral.

Aunque se trata de fenómenos que se fueron desarrollando durante varias décadas, la crisis de principios de siglo impactó sobre los legados de aquella historia interpelando de distinta manera a cada nivel gubernamental (Chiara, 2010). Mientras el Ministerio nacional (con apenas pocos establecimientos a cargo) logró liderar una agenda intergubernamental centrada en la estrategia de APS, las decisiones provinciales y también municipales estuvieron “amarradas” al imperativo de garantizar el “día a día” de la provisión de servicios de salud en hospitales y centros de salud a su cargo y de gestionar las relaciones con los actores (básicamente los representantes de los trabajadores del sector) en un contexto de congelamiento de salarios y contratos.

Esta diferencia en las agendas se mantuvo a pesar de la recuperación económica. Superada la crisis, la situación financiera de las provincias siguió atravesada por problemas estructurales de difícil solución que impactaban muy especialmente en los servicios sociales universales, eclosionando en conflictos originados por la disputa salarial (Anlló y Cetrángolo, 2007).

En el caso de salud y promediando la década, la “agenda de la provisión de servicios” (si así podemos denominarla) en el nivel subnacional, debió asumir asuntos complejos vinculados a la gestión de los recursos humanos⁷ y a la necesidad de garantizar la coordinación asistencial (derivaciones de distinto tipo), por señalar los dos más importantes. Se trata de problemas que, con diferente énfasis y con el telón de fondo del financiamiento, están presentes en las preocupaciones de los responsables de la gestión de servicios en provincias y municipios, aunque no alcanzan en todos los casos a hacerse operativos en los dispositivos de las políticas.

Convergencias y tensiones: el “diálogo” de la implementación

En el contexto que venimos relatando, no puede esperarse que los procesos de implementación de los programas nacionales recorran caminos

7. En este punto apelamos a dos aportes el teórico conceptual que aporta Rovere (2006) y el análisis empírico a nivel nacional de Abramzón (2005).

sencillos. En primer lugar, por la propia complejidad de estos procesos largamente analizada por una fecunda tradición de estudios en este campo (Aguilar Villanueva, 1996); en segundo lugar, porque en los escenarios provinciales (y también los locales, no queremos dejar de insistir) suceden fenómenos que le son propios y que (de manera progresiva y también regresiva) inciden en las condiciones a través de las cuales se ejerce el derecho a la salud.

Así concebida la implementación, los dispositivos de la política nacional salen de las "tranquilas aguas" técnicas de las argumentaciones que los sostienen en el diseño, y transitan el camino de la implementación en otro registro (el de los actores) que presenta en cada nivel gubernamental una especificidad que le es propia; tanto en relación a los "problemas" que forman parte de su agenda, como a las "ideas" desde las cuales se construyen socialmente los cambios.

La jerarquización del primer nivel asistencial por parte de la política nacional, enfrentó al Ministerio nacional con dos niveles diferentes de interlocución, que varían en su responsabilidad sobre la provisión de servicios: los estados provinciales (y sus ministerios) y los municipios (con sus secretarías de salud). Las iniciativas nacionales mostraron capacidad para definir un papel más claro (aunque no siempre coincidente en el interior de la política nacional) para las provincias y un lugar menos explícito para los municipios.

La provincia es un "punto" de veto para el desarrollo de la política nacional, no sólo por las características de nuestra organización federal, sino porque allí radica la potestad sanitaria de la cual derivan funciones relativas a la interlocución institucional con el contexto, a la gestión de los recursos y a la sanción de normas orientadas a los procesos de atención. La "adhesión a leyes" y la celebración de "convenios de adhesión", son los instrumentos que institucionalizan la aceptación de parte de los estados provinciales de las políticas nacionales. No obstante esta orientación

general, cada programa le confiere a la provincia un lugar diferente, y la interpela desde distintas nociones; con márgenes diferentes de autonomía en relación al modo como asignar los recursos, coinciden en reconocer su potestad sobre la provisión de servicios de salud. Aunque este esquema involucra la situación de una mayoría de provincias, para otras - entre las que se encuentran aquellas con alta concentración de establecimientos y población - el primer nivel de atención no se encuentra de manera plena bajo su órbita. Nos referimos a las provincias de Entre Ríos, Mendoza, Santa Cruz, Santa Fe, Córdoba, Corrientes y, como caso paradigmático, Buenos Aires que alojan bajo la jurisdicción municipal en la actualidad a casi el 40% de los establecimientos sin internación del país.⁸

En este contexto y habida cuenta de que el Ministerio nacional se orientó a fortalecer la APS con foco en el primer nivel de atención, los casos donde los municipios tienen alguna o plena responsabilidad en la provisión de servicios de salud, fueron el mayor desafío para la política nacional y exigieron movilizar - desde cada dispositivo - diferentes instrumentos a través de los cuales se les asignó un papel diferente en la "cascada" de la implementación.

Aunque el Programa Remediar y el Plan Nacer/Sumar, convergen en la idea de construir una relación directa con los CAPS, se distinguen en el lugar que le asignan a los municipios: mientras el primero le confiere el papel de "responsable de la provisión de los servicios" y demarca su lugar a través de sus rutinas organizacionales, el segundo lo ubica en el lugar de "administrador de fondos de terceros" de los CAPS (definidos en sus documentos como formando parte de los "proveedores público/privados") e insiste en la soberanía que tienen estos últimos para la asignación de los recursos derivados de la facturación de prestaciones.

Sin ahondar en los mecanismos e impactos que refractan en la singularidad de cada escenario (sea

8. Al año 2013, de un total de 8127 establecimientos estatales, 3169 los establecimientos sin internación que estaban bajo dependencia municipal representando el 39% del total (Ministerio de Salud de la Nación, Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino, <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa>).

provincial o municipal), la aproximación que proponen los programas instituye (desde sus reglas de juego y sus rutinas) un nuevo actor, el CAPS, con márgenes de autonomía diferente para cada dispositivo según el aspecto de la práctica médica y/o de la rutina organizacional que buscan regular.

Naturalmente (y es importante destacarlo), el reconocimiento de los CAPS como actores desde la política nacional abrió (y sigue abriendo) muy distintas oportunidades para el fortalecimiento del protagonismo de los equipos, en las batallas por igualar las condiciones del acceso, cobertura y calidad en salud. Sin embargo, al mismo tiempo que la política nacional jerarquiza la autonomía de los CAPS, elude definir el alcance de la función rectora que tienen los municipios en tanto nivel de gobierno responsable directo de los servicios. Hacemos esta aclaración, porque este desplazamiento no parece darse de manera tan evidente en aquellos casos en los que los establecimientos del primer nivel de atención (definido como espacio estratégico desde la política sanitaria nacional), se encuentran bajo la órbita provincial.

Desde esta perspectiva, el Plan Nacer/ Sumar es (probablemente por la naturaleza de los desafíos que se propone) el exponente más evidente de la apuesta nacional a la construcción de autonomía relativa de lo que denomina “proveedores” en la generación y asignación de recursos. Echando mano de un conjunto bastante sofisticado de instrumentos, este dispositivo apuesta a mantener la capacidad de rectoría del Ministerio nacional sobre los problemas de cobertura y garantizar en cantidad y calidad un conjunto de prestaciones básicas, dejando abiertos distintos márgenes de autonomía para la decisión provincial.

Si bien se trata de una apuesta que abre distintas discusiones en relación a las orientaciones generales del modelo sanitario que subyace al Plan, resulta congruente con los nodos de decisión en aquellas provincias que tienen a los establecimientos del primer nivel de atención bajo la órbita del Estado provincial, pero tensiona en los casos en que el responsable de la provisión de servicios de

salud es el municipio, situación que comprende (como presentamos arriba) a una parte importante de los establecimientos sin internación del país.

En este diálogo que se establece “necesariamente” entre la política nacional y las “viejas” mediaciones en los escenarios provinciales, la implementación se muestra como un espacio complejo donde los instrumentos adquieren nuevos significados y se diluyen las fronteras que demarcan desde su diseño los programas. En este diálogo se advierten convergencias pero también divergencias, entre actores que corresponden a distintos niveles de gobierno; estas dinámicas hablan tanto de las posibilidades y limitaciones como también de las condiciones bajo las cuales es posible alinear intereses en pos de igualar el acceso a derechos.

Siguiendo el planteo de Beland (2005), dos condiciones parecen ser críticas para que se produzcan estos alineamientos entre actores correspondientes a diferentes niveles de gobierno. La primera refiere a uno de los atributos que los define, sus “intereses”⁹: estos alineamientos podrán producirse en la medida en que la política supra local, contribuya con la resolución de alguno de los “problemas o cuestiones” que componen la agenda de aquellos que tienen a su cargo la provisión de los servicios. Las primeras ediciones del Programa Médicos Comunitarios o el mismo Programa Remediar, fueron en esta línea: abonando a intervenir sobre la disponibilidad de recurso humano para la APS, el primero, y sobre un recurso crítico que aliviaba el financiamiento y permitía organizar la práctica en el sector, el segundo.

La segunda refiere a otro atributo que caracteriza a los actores, las “naciones e ideas” de las que son portadores: la posibilidad de convergencia (y, en consecuencia, la eficacia de las políticas) depende también de que se “produzca” (en el sentido activo del término, es decir, como parte de la acción política de los actores) una convergencia entre “las ideas que subyacen al intento de cambio de la política nacional” con aquellas que “comparten los actores del nivel de implementación (provincia o municipio)”. Este enfoque, reivindica la idea de que es en ese contexto (regido

9. Retomamos los aportes de Acuña y Repetto (2001) en relación a las variables desde las cuales caracterizan a los actores.

por lógicas y reglas de juego diferentes) donde vuelven a construirse socialmente los cambios. La batalla por la erradicación de las barreras económicas en el acceso a los CAPS que libró en sus inicios el Programa Remediar, parece haber encontrado un marco propicio y compartido por los distintos actores, a pesar incluso de las transformaciones de la década de los noventa.

Hacia la restitución del carácter político de la implementación

Volvemos en este cierre (provisorio), a la idea con la que comenzamos el desarrollo de estas páginas, para pasar en limpio coordenadas que contribuyan a la continuidad del debate. Allí planteamos que la posibilidad de alcanzar transformaciones sustantivas en las condiciones de acceso, cobertura y calidad de la atención de la salud, depende de fortalecer los escenarios provinciales y municipales; se trata de un terreno mucho más complejo que aquel que transitaron en esta década otros sectores de política social, a través de acciones directas o de agencias dependientes del gobierno nacional.

Compartiendo atributos con educación, pero bajo condiciones institucionales aún más complejas, en la provisión de servicios en salud convergen procesos propios del sector (especialmente aquellos ligados al histórico problema de la distribución de los profesionales médicos) que se retroalimentan (de manera no virtuosa) con la situación fiscal que atraviesan los estados subnacionales.

Se trata de una agenda de problemas y conflictos que signa de modo diferente (descentralización mediante) a la nación, a las provincias y a los municipios. La lectura que hacemos aquí, plantea que esas diferencias explican (parcialmente, sin dudas) las alternativas de innovación que pudo transitar cada nivel gubernamental en la salida de la crisis de comienzo de siglo.

Estas cuestiones generales no fueron objeto de nuestro planteo, pero sí su contexto. En estas páginas reflexionamos en un nivel “meso” de la política, acerca de los desafíos que afrontan los dispositivos nacionales cuando se proponen iguales condiciones en el ejercicio del derecho a la sa-

lud. Nuestra mirada buscó trascender las fronteras de los “programas” desde dos “entradas”: una que podríamos llamar “horizontal”, delineando a grandes rasgos el o los “modelo/s de cambio” que subyace/n a su diseño y otra “vertical”, recomponiendo el recorrido que hacen sus instrumentos y recursos en los distintos escenarios provinciales y también locales, en el dialogo con los intereses y las ideas de las que son portadores los actores.

Esta perspectiva plantea que el pasaje de “programa” a “política” implica procesos complejos y heterogéneos, a través de los cuales se articulan actores, modifican rutinas, construyen nuevas visiones sobre los problemas e instituyen reglas de juego. No se trata de recorridos lineales ni siempre progresivos: sucede también que los actores gubernamentales (y también no gubernamentales) se resisten a los cambios o buscan torcer procesos en un sentido restrictivo.

Desde ese recorrido “meso”, llegamos a los problemas estructurales que atraviesan los escenarios de implementación; allí se pone en evidencia que para producir cambios significativos en las condiciones de acceso, cobertura y calidad de la atención de la salud, es necesario trascender las fronteras delimitadas por los programas asumiendo una agenda estructural (que aquí apenas tematizamos en torno a los dos ejes que involucran los problemas de recursos humanos y de articulación en red). Estas cuestiones no parecen ser exógenas a la política nacional, sino que forman parte de la construcción de un objeto de intervención más complejo en sus definiciones y en los actores que protagonizan sus problemas, dificultades y conflictos.

Se trata de una apuesta a restituir el carácter político de la implementación, que supone no sólo profundizar la construcción de marcos de ideas compartidos entre actores, sino también encontrar instrumentos que permitan abordar agendas comunes, lo cual supone (también) la difícil decisión de comenzar a compartir la gestión de los conflictos. No obstante estas dificultades y con las mil variantes que pueden abrirse para transitar este camino, es uno de los principales retos que enfrenta la restitución de condiciones más igualitarias en el ejercicio del derecho a la salud. De eso se trata.

Bibliografía

- Abramovich, V. y Pautassi, L. (2008): “*El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina*”. En: Salud colectiva. 2008, vol.4, n.3, pp. 261-282.
- Abramzón, M. (2005) Argentina: recursos humanos en salud en 2004 (1ª. Ed.), Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires.
- Acuña, C. y Repetto, F. (2001): “*Marco de Análisis de las políticas sociales*”. En: Proyecto sobre Políticas Sociales en América Latina. BID/CEDI. (Mimeo)
- Aguilar Villanueva, L. F. (1996) “*Estudio introductorio*”. En: Aguilar Villanueva, L. (Ed.). La implementación de las Políticas. Editorial Miguel A. Porrúa. México DF. 2ª ed.
- Andrenacci, L. y Soldano, D. (2006) “*Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino*”. En: Andrenacci, L. (comp.) Problemas de política social en la Argentina contemporánea. Buenos Aires, Prometeo/UNGS.
- Anlló, G. y Cetrángolo, O. (2007) “*Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos*”. En: Kosacoff, B. (ed.) Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina 2002-2007. Buenos Aires, CEPAL, 2007. Pp. 409-440.
- Arce, H. (2010) *El Sistema de Salud. De dónde viene y hacia dónde va*. Prometeo Libros. Buenos Aires.
- Beland, D. (2005) “*Ideas and Social Policy: An Institutional Perspective*”. En: Social Policy & Administration, Vol. 39, Nro 1, Feb. pp. 1-18.
- Belmartino, S. (2008) “*La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación*”. En: Chiara et al (Org), Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias, Instituto del Conurbano/UNGS, www.ungs.edu.ar/publicaciones/ges_loca.html.
- Belmartino, S. (2009) “*Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos*”. En: 5º Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires. <<http://historia-politica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf>> [Consultado: 27 de febrero de 2012]
- Carnota, W. (2011) “*El derecho a la salud en el constitucionalismo provincial argentino*”. En: Revista Jurídica. No. 15 Pp. 418-442. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/handle/123456789/1412> [Recuperado el 14/05/12]
- Centrángolo, O. y Jiménez, J. P. (2004) “*Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina. Raíces históricas, instituciones y conflictos persistentes*” Serie Gestión Pública No. 47. ILPES/CEPAL.
- Cetrángolo, O.; Lima Quintana, L. y San Martín, M. (2007): *Situación del Sector Salud en Argentina. Análisis en el contexto de un sistema descentralizado*. Banco Interamericano de Desarrollo. (Mimeo).
- Chiara, M. (2012) “*¿Restricciones o incentivos? Revisando las tensiones del contexto desde una caracterización del Régimen de Implementación*”. En: Chiara, M. (comp.) La política sanitaria en clave local. Estudios de caso en el Gran Buenos Aires 2001/2007. UNGS. Los Polvorines.
- Chiara, M. (2010): “*Relaciones intergubernamentales y política sanitaria en Argentina en el contexto de la crisis 2001/3*”. En: Trabajo Educacao Saúde, Rio de Janeiro, Vol. 7 No. 3, p. 529-548, nov.2009/fev.
- Chiara, M (2013) *Se hace el camino al andar: las buellas de la política sanitaria sobre la institucionalidad y los actores* (Mimeo).
- Dourado, D. de Araujo y Mangeon Elias, P. (2011) “*Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro*”. En: Revista Saúde Pública, 45(1): 204-11.
- Findling, L. y Champalbert, L. (2007): “*La política de salud en Argentina: Avances y cuestiones pendientes*”. En: Revista Ciencias Sociales- Facultad de Ciencias Sociales. UBA, No 69, Buenos Aires.
- Hintze, S. y Costa, M. I. (2011) “*La reforma de las asignaciones familiares 2009: aproximaciones al*

- proceso político de la transformación de la protección*"
En: Danani, C. y Hintze, S. Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en Argentina 1990-2010, Buenos Aires, UNGS.
- Gibson, E. (2004) *Federalism and Democracy in Latin America*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, USA.
- Lascoumes, P. y Le Gales, P. (2007) "Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments- From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation". En: Governance, Vol. 20, No. 1.
- Maceira, D.; Apella, I; Barbieri, E. (2005) *Necesidades de la Demanda y Subsidios de Medicamentos: La Experiencia del Programa Remediar en Argentina*. Nuevos Documentos Cedes N°51/2008.
- Potenza dal Masetto, F. (2012) *La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales*. Documento de Trabajo No. 82, marzo, CIPPEC, Programa de Protección Social, Área de Desarrollo Social.
- Rossen, M. (2006) "Un nuevo modelo para la gestión de recursos humanos en salud". Ponencia presentada en el XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7-10 de noviembre.
- Rovere, M. R. (2006) *Planificación Estratégica en Recursos Humanos en Salud*, Washington, OPS/OMS.
- Tobar, F. (2004) *Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina*. Nota técnica de discusión de salud 002/2004, Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Programas Sociales, Washington D.C., Enero.
- Vedung, E. (2005 [1998]) "Policy instruments: Typologies and theories". En: Bemelmans - Videc, M.; Rist, R. & Vedung, E. Carrots, Sticks & Sermons. Policy instruments & their evaluation. Transaction Publisher. Londres. UK.