

“Debates sobre universalismo y participación ciudadana en salud: Una mirada a las principales orientaciones que Argentina le imprimió a sus políticas de atención de salud durante la primera década y media del siglo XXI” (2001-2015).

Luz Jeldes

1. Introducción

La pandemia de Covid-19 dejó en evidencia -entre otras cosas-, la importancia de contar con un sistema de salud robusto, eficiente y de calidad. Ahora bien, más allá de las falencias que aún persisten, es necesario no soslayar que los avances experimentados han sido consecuencia de un proceso que emprendió el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) luego de la crisis 2001/2002, para reconstruir las bases de un sector ampliamente golpeado y cuya estocada final, sin lugar a dudas, fueron los años '90. En dicho contexto, se pusieron en marcha una serie de dispositivos que pretendieron restituir condiciones de igualdad, erradicar barreras de acceso, asegurar una cobertura universal y garantizar de manera explícita un conjunto de prestaciones homogéneas (Chiara, 2013).

No obstante, -a pesar de las diferencias programáticas que existen entre estos dispositivos-, surgen en el transcurso de su ejecución, limitaciones asociadas tanto a la matriz institucional del sector, como al carácter político de la implementación. Esto significa, que cada dispositivo va adquiriendo sentidos y alcances diferenciales en función de los intereses y las ideas que portan los distintos actores en los múltiples escenarios de toma de decisión (nacional, provincial y local). Instancias que a su vez favorecen, arreglos heterogéneos y trayectorias disímiles (territoriales, institucionales y de derechos) dentro del país.

Desde esta perspectiva, el corolario es un campo asimétrico en donde acontecen profundas disparidades en términos de calidad, eficiencia y equidad en el acceso a los servicios de salud, sobre todo, en aquellas provincias donde los municipios gestionan parte importante de los mismos. Destaca como ejemplo paradigmático, la Provincia de Buenos Aires donde los municipios tienen a su cargo el 40% de los establecimientos sin internación del país.

Sin embargo, luego de la crisis internacional de 2008 y del conflicto con el campo, el MSAL despliega una nueva tendencia con el propósito de sintonizar los servicios de salud a las múltiples necesidades que surgen dentro del territorio argentino. Específicamente,

nos referimos a aquellas intervenciones que reactivan las nociones de «territorio de proximidad», «territorio de conectividad» y «territorio pertinente» (Chiara, 2016).

Si bien aún resta efectuar un balance acabado sobre estas estrategias, no hay que perder de vista que ambos ejes temáticos (el que surge luego de la crisis 2001/02 y tras el 2008), constituyen herramientas que deben insertarse en debates de más largo alcance; referidos al universalismo y al modo en que la sociedad civil participa en salud. Lo anterior, toda vez que el fin último de los sistemas de salud “no es combatir a la enfermedad sino construir ciudadanía. Consolidar a la salud como un derecho”. (Tobar, 2010, p. 72).

Bajo esta matriz, nuestro objetivo será caracterizar -a grandes rasgos- los principales lineamientos que el MSAL le imprime a sus políticas de atención de salud durante la primera década y media del siglo, a la luz de los debates tejidos en torno al universalismo, la participación ciudadana y la construcción de ciudadanía.

De este modo, nos valdremos de la siguiente estructura teórico-metodológica. En el primer apartado, “hilvanando contextos”, describiremos -de modo sucinto- al sistema de salud argentino poniendo foco en la matriz institucional del sector público (federalismo, descentralización y “patrones de dependencia gubernamental de la estructura sanitaria”), mientras que en segundo, recuperaremos las principales orientaciones político-programáticas del MSAL tras las crisis 2001/02 y 2008; para luego -en el apartado tres- trazar diálogo con los paradigmas de universalismo existentes en salud (CUS y SUS) (Laurell, 2016). Perspectivas en las cuales, gravitante es contar con arreglos institucionales que sean consistentes con un «enfoque de derecho», vale decir, que promuevan el accountability, la gobernanza sistémica y construyan un espacio público de deliberación y debate (Cunill Grau, 2010).

En virtud de aquello -en el apartado cuarto-, intentaremos caracterizar las experiencias participativas que en el marco de los “Proyectos Locales Participativos” (PLPs) se dan en el país, utilizando una tipología de participación desarrollada por Tobar y Anigstein (2008). Finalmente, y a modo de cierre, trabajaremos sobre los desafíos que la participación ciudadana y la reconceptualización de la salud como un derecho social, le imprimen al sistema de salud argentino. Debates que hoy, en tiempos de pandemia, son más actuales que nunca.

2. Hilvanando contextos: fragmentación, heterogeneidad institucional y disparidades

El sistema de salud argentino es heredero de dos modelos: el de Beveridge, que promueve un sistema nacional y el de Bismarck, que otorga centralidad a los seguros sociales (Chiara, Crojethovic y Ariovich, 2017). Hablamos entonces de una arena tensionada por lógicas disímiles que se vinculan a la coexistencia de tres subsectores sanitarios en el país: público, de la seguridad social (obras sociales) y privado.

En específico, la salud pública se articula mediante factores políticos que tienden hacia una protección universal (Fleury y Molina, 2000), a la vez que la seguridad social y el sector privado se configuran bajo una «lógica de aseguramiento» (Laurell, 2016). Tendencia por la que Filgueira (1998), trabaja sobre un «universalismo estratificado», del mismo modo que Fleury tensiona sus «modelos de protección social» puros (Fleury y Molina, 2000) para concebir conceptos más dúctiles en materia sanitaria, esto es, esquemas duales, universales y plurales (Fleury, 2002).

No obstante, la complejidad de un sistema sanitario (existencia de subsectores heterogéneos donde intervienen múltiples actores) no implica necesariamente fragmentación, pues esta acontece -recién- cuando son escasas e insuficientes las dinámicas que permiten tanto coordinar el sector como deslindar las responsabilidades sobre la salud de los ciudadanos (Tobar, Olaviaga y Solano; 2012). En efecto, un eje gravitante es por ejemplo, cómo la seguridad social brinda sus servicios a afiliados y familiares, dado que es posible generar acuerdos convergentes como sucede en Brasil (fusión con el subsector público) o divergentes; tal el caso de Argentina (compra de servicios privados) (Rovere, 2016).

Desde esta perspectiva, el problema no sería la complejidad propiamente tal, sino la falta de instancias transversales de organización. De hecho, en el caso Argentino su «excesiva fragmentación» hace que sea difícil pensarlo como un verdadero «sistema» de salud (Cetrángolo; 2011, 2014). En línea, Cetrángolo (2014) clasifica la salud del país como una de tipo «divergente»¹, en tanto la cobertura que recibe cada habitante depende de los ingresos existentes en su hogar. Operan en consecuencia, “distintas fuentes (y

¹ Categorización que permite situar al país dentro de un esquema regional. Pues, habría en América Latina países con sistemas "originalmente públicos" (países del Caribe Inglés y Cuba); países con "seguro universal con financiamiento contributivo y rentas generales" (Costa Rica); "seguro convergente con salud pública" (Colombia, Uruguay); y "seguro no convergente" (Chile), además del "seguro divergente" argentino. (Cetrángolo, 2014).

volúmenes) de financiamiento; diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados; además de regímenes y órganos de control y fiscalización heterogéneos” (González García y Torres, 2005, p. 46).

Sin embargo, la falta de criterios integradores que existen entre los subsectores se replica al interior de cada uno de ellos. En concreto, dentro del sector público acontecen fragmentaciones institucionales, territoriales y de derechos, que contravienen una política de protección universal, ya que no existe “un nivel único básico de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes del país” (Cetrángolo, 2011, p. 48). De este modo, a pesar de que toda la población tiene acceso a los servicios ofrecidos por el sector público, la distribución de su cobertura y el acceso efectivo a los mismos dista de ser equitativo (Cetrángolo, 2014).

En este sentido, existe una fractura entre la provisión de servicios de salud que presenta “acuciantes disparidades” (Cetrángolo, 2011, p. 48) y la política sanitaria del país que, reactivada en el “El Plan Federal (2004-2007)” y amparada en un plexo normativo amplio², aboga por una política de protección universal y garantiza el derecho a la salud a partir de la reforma constitucional del '94 (Abramovich y Pautassi, 2008).

Brecha que a su vez, adquiere una densidad adicional, cuando reparamos en la matriz institucional del sector que Chiara, Crojethovic y Ariovich (2017) caracterizan a partir del federalismo y la descentralización. Lo anterior, en tanto el federalismo argentino no surge como una división territorial con fines administrativos, sino que representa la preexistencia de las Provincias respecto a la Nación. En efecto, la Constitución Nacional en su art. 121 consagra la autonomía de las provincias para administrar asuntos relativos a la salud, la educación y todos aquellos no expresamente delegados al Gobierno Federal. Son las provincias entonces, las encargadas de organizar los servicios de salud bajo su órbita y de definir su propio régimen municipal, lo que supone distribuir potestades diferenciales entre los distintos niveles jurisdiccionales.

En consecuencia, surgen diversas formas de organizar el sector dentro del territorio argentino (Cetrángolo y Anlló, 2007). Impronta ya desarrollada por Cetrángolo y Bisang (1997), al sostener que las directivas nacionales sólo tienen un valor indicativo dentro de

² La reforma constitucional de 1957 consagraba el derecho a la salud (artículo 14 bis) como un estatuto vinculado a la inserción laboral registrada. Sin embargo, es recién con la reforma constitucional de 1994 cuando el Estado se compromete a tutelar y garantizar el derecho a la salud mediante dos vías: a través del art. 42 (que garantiza la protección a la salud en una relación de consumo) y especialmente, con el art. 75 inciso 22 que otorga jerarquía constitucional a numerosos tratados internacionales de derechos humanos, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (Abramovich y Pautassi, 2008).

las jurisdicciones sanitarias. Asimismo, las tres oleadas descentralizadoras que experimentó el país³ profundizaron esta tendencia toda vez que no se organizaron en función de las necesidades médico-asistenciales de la población, sino que estuvieron motivadas por la urgencia de modificar a favor del Estado central las relaciones financieras entre los distintos gobiernos subnacionales (Cetrángolo y Jiménez, 2004).

En virtud de aquello, se inicia un proceso tortuoso y oscilante (Arce, 2013)⁴ que, al no estar acompañado de un cuerpo normativo que permitiese delimitar las funciones entre los distintos niveles jurisdiccionales, abonó la existencia de múltiples respuestas dentro del sector (Cetrángolo y Anlló, 2007). En definitiva, el corolario es una provisión inequitativa de los servicios de salud, ya que los mismos varían de una provincia a otra, e incluso de un municipio a otro, según restricciones presupuestarias, capacidades de gestión, tipo y modo de la política sanitaria, preferencias de la población y marcos regulatorios, entre otros condicionantes (Belmartino, 1999; Repetto et al., 2001; Tobar; 2006; Cetrángolo; 2014).

En la misma dirección Tobar, Montiel, Falbo y Drake sostienen que la descentralización de los servicios de salud se extralimitó, por cuanto “no sólo fue implementada sin grandes precisiones respecto de las atribuciones de cada nivel de poder, sino que además no concibió sólidos mecanismos de coordinación horizontales y verticales y fue más lejos en los resultados de lo que un país como la Argentina requiere” (2006, p. 3).

Teniendo en consideración los puntos anteriores, pertinente es agregar otra dimensión de lo institucional que acentúa la dispersión, y que Chiara (2013) denomina “patrones de dependencia gubernamental de la estructura sanitaria”, dado que el país no tiene una regla de dependencia administrativa que permita distribuir de forma homogénea los establecimientos con y sin internación (hospitales y centros de salud) entre los diversos niveles jurisdiccionales. Es así como, a lo largo del territorio argentino, coexisten combinaciones muy disímiles⁵ producto de tendencias tanto “desde arriba” (la

³ La descentralización operada en el sector, se desplegó en tres oleadas sucesivas: (i) fines de los '50; (ii) su profundización a partir de los '78; y (iii) su culminación en el '92.

⁴ Salvo excepciones, las jurisdicciones menores recibieron nuevas competencias en salud -particularmente servicios de Atención Primaria de la Salud (APS)- sin los recursos (materiales, de personal y de gestión) necesarios para sostener tamaña responsabilidad.

⁵ La estructura sanitaria del subsector estatal, se divide en tres grupos de provincias según “patrones de dependencia gubernamental”. Así, 17 provincias más la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentan la totalidad de sus servicios bajo órbita provincial. En un segundo grupo -compuesto por cuatro provincias-, los municipios mantienen algún tipo de incidencia sobre los centros de salud mientras que casi la totalidad de los hospitales se ubican bajo dependencia provincial. En un tercer grupo -dos provincias-, los municipios gestionan parte importante tanto de los centros de salud como de los hospitales de diversa complejidad (Chiara, 2013).

descentralización operada en términos generales) como “desde abajo”; según la historia particular de cada escenario provincial.

En consecuencia, la falta de rectoría que el nivel central expresa sobre las jurisdicciones en materia de salud, sumado a una matriz institucional divergente (federalismo, descentralización y “patrones de dependencia gubernamental de la estructura sanitaria”), y en concordancia con problemas estructurales del sector (distribución de los profesionales médicos y déficit fiscal de los estados subnacionales, entre otros), explican en parte, la existencia de una gran heterogeneidad de conductas tanto a nivel provincial como municipal. Proceso, que el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) intenta revertir tras la crisis 2001/02 cuando regresa como actor a la arena de los servicios (Chiara et al., 2017).

3. Principales orientaciones político-programáticas del MSAL luego de las crisis 2001/02 y 2008

La hiperinflación del '89/'90, inaugura una etapa donde la salud es codificada -principalmente- por criterios económicos y nuevas categorías analíticas (impacto distributivo del gasto y estudios de costo-efectividad) (Arce, 2013). Así, en un período de serias dificultades macroeconómicas y fuertes restricciones fiscales, el Estado decide avanzar en políticas tendientes a contener el gasto público, profundizar la descentralización, extender la tercerización y mercantilizar los servicios de salud.

Estas directivas se tradujeron en: i) criterios fiscalistas en desmedro de las condiciones de atención; ii) la separación de las funciones de regulación, gestión, provisión y financiamiento del sector; iii) la libre elección en la seguridad social; iv) un paquete básico de prestaciones médicas; v) escasa importancia al recurso humano; vi) reducción del gasto público y mecanismos de recuperación de costos a través de sistemas de co-pagos o cuotas "voluntarias"; y vii) omisión por temáticas vinculadas al género; entre otros aspectos gravitantes (Abramovich y Pautassi, 2008).

Modelo que trajo consecuencias funestas para la población, a tal punto que en el '97 un actor inesperado como el Banco Mundial propicia su re-versión –conocida como «reformas de segunda generación»- con miras a fortalecer aspectos institucionales de la gestión. Sin embargo, estas tendencias no alcanzaron a mitigar las consecuencias del neoliberalismo, menos, le pusieron un coto a su expansión (Cao, Rey y Laguado Duca,

2019). Por el contrario, el ajuste estructural de los '90 decantó en turbulencias políticas y efervescencias sociales, cuyo punto más álgido (diciembre de 2001) es para Chiara (2009) -siguiendo a Botana, 2006- la expresión de “un conjunto de ‘insuficiencias acumuladas’ que ‘se engarzan entre la economía y la política’” (p. 543).

Instancias que en materia sanitaria, significaron una ventana de oportunidad al evidenciar la necesidad -por parte del Estado- de intervenir en tres ejes de acción: i) recuperar la salud de la población tras el deterioro de los indicadores sanitarios; ii) inyectar recursos (económicos, de gestión y de personal) a un sector golpeado por la década del '90, que en ese momento se encontraba además, sobrepasado por la demanda que el desempleo y la precarización acrecienta; y finalmente, iii) la necesidad de comenzar a debatir un marco estratégico para el sector.

Este recorrido se inicia con la Mesa del Diálogo Argentino sector Salud (2001), que es seguido por la suscripción del “Compromiso Federal en Salud” (2003), el “Acuerdo Federal en Salud” (2003) y el “Plan Federal Plurianual de Promoción y Prevención en base a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud” (2003), para finalizar en el 2004 con la firma del “Plan Federal de Salud 2004/07” que, en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), evidenció el compromiso cierto de querer avanzar hacia la coordinación interjurisdiccional del sector (Potenza Dal Masetto, 2012).

En dicho contexto, éste constituye un punto de inflexión al motorizar el retorno del Estado a la arena de los servicios (Chiara et al., 2017). Aunque -como agregan las autoras-, “sin alcanzar a ser una reforma de conjunto” (p. 667) representó el esfuerzo del MSAL por mejorar su capacidad rectora y consolidar una política universal de salud mediante la jerarquización de la “Atención Primaria de la Salud” (APS). Este proceso instaló a los “Centros de Atención Primaria de la Salud” (CAPS) como instancias privilegiadas de ejecución (Chiara, 2013; Chiara et al., 2017).

Desde esta mirada, la estrategia nacional consistió en distribuir incentivos monetarios y no monetarios (medicamentos, equipamiento médico y no médico, incentivos por producción, entre otros), que permitiesen desplazar consultas innecesarias desde niveles de alta complejidad hacia el Primer Nivel de Atención (PNA). Mejoras que si bien se impusieron, no fueron sin tensiones respecto a los intereses y agendas que enfrentan a los distintos

actores gubernamentales según tengan, o no, la responsabilidad sobre la provisión de los servicios de salud⁶ (Chiara, 2009).

Bajo esta matriz, varios son los dispositivos que acompañan este proceso. No obstante, sólo abordaremos aquí dos de ellos, con miras a recuperar las principales tendencias que a nivel nacional, han orientado la política de atención de salud en esta década y media. En concreto, nos referiremos al REMEDIAR y al SUMAR.

El Remediar es un programa que garantiza desde octubre de 2002, la distribución gratuita de medicamentos genéricos a todos aquellos que no tienen cobertura explícita de salud (Fernández Prieto, Cerezo, Rezzonico y Luque, 2015). Lo anterior, siguiendo la premisa de que contar con un medicamento cuando se lo necesita, representa una de las principales brechas e inequidades en salud (Tobar, 2002; Cetrángolo y Goldschmit, 2013).

Su diseño se caracteriza por dos ejes relevantes: el primero, es su componente “centralista”, dado que es Nación quien aporta el financiamiento además de establecer qué medicamentos se deben comprar. Mientras que el segundo, refiere al nexo de apoyo entre Nación y los CAPS, donde las provincias son –simplemente- las encargadas de definir los requisitos mínimos que deben cumplir los CAPS para la recepción de los botiquines medicamentosos. Entre ellos, cabe destacar la exigencia que pesa sobre la gratuidad de los servicios, en tanto se remueven las barreras de acceso por cobro a la consulta médica (Monsalvo, 2008).

Por otra parte, el Sumar es un programa que implementa “Seguros Públicos Provinciales” (SPS) con el objetivo de realizar transferencias monetarias directas a cada efector de salud, en virtud de las prestaciones efectivamente brindadas y del nivel de cumplimiento de las metas trazadas. De este modo, condiciona dichas transferencias al logro de objetivos sanitarios a la vez que, otorga soberanía a los equipos de salud sobre la administración de los recursos percibidos; en ítems tales como: incentivos al personal, locación de obra y/o servicios, insumos, inversiones, mantenimiento y capacitación, entre otras categorías de gasto definidas por Nación.

Políticas que se apoyan -ambas- en dos mecanismos de distribución: la focalización y la nominalización. La primera, tras entender que “la disponibilidad de una importante red

⁶ La política en aquel entonces se debatía entre dos perspectivas, por una parte; un enfoque técnico (impulsado por el MSAL) que proponía aprovechar la coyuntura para fortalecer la Atención Primaria de la Salud y, por otra; aquella que reducía la política sanitaria a lo estrictamente hospitalario por la urgencia que suponía su jerarquía en la agenda pública. Posición esgrimida por los Ministros provinciales y los Gobernadores junto con los directores de hospitales y los representantes gremiales (Chiara, 2009).

asistencial pública de carácter universal no significa necesariamente que los principales beneficiarios del sistema sean los grupos de menores recursos. En rigor, (...), puede existir un problema de demanda de atención médica por parte de la población más vulnerable que reste efectividad al sistema público de salud” (Garriga, Porto y Rosales, 2014, p.16).

En este sentido tanto el Remediar como el Sumar, concentran los esfuerzos en quienes los servicios de salud pública son la única alternativa, ya que establecen como único requisito de inscripción; el no disponer de una cobertura explícita de salud. Al respecto, las palabras de Cunill Grau son contundentes, pues “focalización y derechos no constituyen necesariamente categorías excluyentes” (2010, p.2). Es más, ambos programas se alinearían con el modelo de Estado social que Filgueira define como «estatal-exportador», en tanto promueven los “componentes no contributivos, la ampliación de la cobertura y el rango de riesgos cubiertos por el Estado (...)” (2015, p.50).

Asimismo, la nominalización cumple la misión de, por una parte, brindar identidad a las personas frente al sistema de salud, y por otra, de explicitar los servicios que en específico conforman su derecho. Tendencia operacionalizada en el Sumar bajo el “Plan de Servicios de Salud” (PSS), que representa el esfuerzo del MSAL por brindar respuestas equitativas en un contexto caracterizado por conductas erráticas y heterogéneas, en donde a pesar del universalismo opera algún tipo de racionamiento implícito (colas, listas de espera, inexistencia de servicios, entre otras dilaciones) (Garriga et al., 2014).

Ahora bien, independiente de las convergencias identificadas (jerarquización de la APS, focalización y nominalización), acontecen diferencias programáticas en torno al modo en que ambos dispositivos recuperan la capacidad rectora del MSAL y cómo «vertebran» las relaciones intergubernamentales dentro del sector (Chiara et al., 2017).

Respecto del primer punto, ambos instrumentos parecen actualizar dos modelos sanitarios diferentes, por una parte, aquel orientado hacia la construcción de “Seguros Públicos Provinciales” (SPS) como compradores de servicios priorizados a prestadores directos, lo que supone desvincular las fuentes de financiamiento de aquellas que proveen servicios (representado por el Sumar), y por otra, uno dirigido a fortalecer la oferta de servicios estatales mediante el empoderamiento de los CAPS como responsables directos

de la provisión de los servicios de salud (tendencia expresada en el Programa Remediar) (Chiara et al., 2017).

De igual forma, se distinguen también por el modo en que ejercen la gobernanza entre los distintos niveles jurisdiccionales. Así, mientras el Remediar vincula directamente el MSAL con los CAPS; en el caso del Sumar, la mediación provincial se manifiesta a través de los SPS, quienes son los encargados de transferir a cada efector de salud -tras una evaluación por desempeño- los recursos financieros provenientes desde Nación.

Esta planificación -a pesar de reactivar lineamientos nacionales-, experimenta en la práctica, limitaciones asociadas al componente político de la implementación. En el caso del Remediar, la inexistencia de una vía institucional que canalice las relaciones entre Nación y los municipios, fue gravitante para que el programa adoptase trayectorias diversas en cada escenario local, pues “a ningún gobernador le resulta cómodo que representantes de Nación (aunque sean técnicos preocupados por destruir medicamentos vencidos) caminen la provincia, y se reúnan con intendentes, con secretarios de salud” (Monsalvo, 2008, p. 290).

Entonces, las instancias formales de coordinación interjurisdiccional sobre las que se apoyó el Programa (COFESA; “Comisiones Mixtas” -ámbito de ejecución de los responsables provinciales- y; “Comisión Asesora Intersectorial” -con la participación de CARITAS y Cruz Roja-) no fueron suficientes para generar relaciones directas y permanentes entre el nivel central y los CAPS. Vínculos que recaen entonces, en arreglos informales que generaron -la mayoría de las veces- altos niveles de conflictividad (Monsalvo, 2008).

En la misma dirección, cuando el Sumar brinda autonomía a los efectores de salud en la ejecución del gasto, lo que termina haciendo en definitiva, es empoderar a distintos niveles de gobierno producto de los “patrones de dependencia gubernamental de la estructura sanitaria”. Directivas que a su vez, al no estar acompañadas de un modelo prestacional exigible a todos los municipios desde el nivel provincial, se traducen en amplios márgenes de maniobra que posibilitan arreglos disímiles y heterogéneos.

Lo anterior, específicamente se visualiza en aquellas provincias donde los municipios tienen alguna incidencia sobre los servicios de salud pues, cuando el primer nivel de atención se encuentra bajo órbita provincial, esto parece no darse en forma tan evidente

(Chiara, 2013). Esquema, donde la Provincia de Buenos Aires es un caso paradigmático ya que al mantener bajo jurisdicción municipal a casi el 40% de los establecimientos sin internación del país, se acentúa la desigualdad en términos de calidad, eficiencia y equidad en el acceso a los servicios de salud (Chiara y Jiménez; 2007; Chiara, Di Virgilio y Moro, 2009).

Recapitulando entonces, durante la primera década y media del siglo, los esfuerzos nacionales se orientaron a restituir condiciones de igualdad, erradicar barreras de acceso, asegurar una cobertura universal y garantizar de manera explícita un conjunto de prestaciones homogéneas (Chiara, 2013). Sin embargo, en aquellas provincias donde los municipios tienen alguna o plena responsabilidad en la provisión de los servicios de salud; la estrategia del MSAL terminó abonando -producto del carácter político de la implementación- un esquema divergente antes que dinámicas regionales que tendiesen a la equidad del servicio (Chiara et al., 2009; Chiara 2013).

En este contexto a fines de la década, el «territorio» surge como «argumento» desde el cual contrarrestar la heterogeneidad que la política sanitaria adopta en el transcurso de la implementación. Es así, como la crisis internacional de 2008, el conflicto con los actores económicos del sector agropecuario y las tensiones generadas entre el gobierno nacional y las autoridades subnacionales aliadas a ellos; motivaron la aparición de una nueva tendencia dentro del MSAL, cuyo propósito fue ajustar los servicios de salud a las diversas necesidades y demandas territoriales (Chiara, 2016).

Enfoque en el cual, Chiara (2016) reconoce -siguiendo a Dematteis y Governa 2005; Catenazzi y Da Representação 2010; Amin 2005 y Calama 2003- tres mecanismos diferentes: «territorio de proximidad» (“Plan Ahí, en el lugar y con la gente”; “Tren de Desarrollo Social y Sanitario” -TDDSS-; Unidades Móviles Sanitarias -“UNAMOS”- y los Centros Integradores Comunitarios -CIC-, por citar algunos); «territorio de conectividad» (Programa FEASP/Remediar+Redes) y; «territorio pertinente» (Consejos Regionales de Salud -CORESA- y Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo -ACUMAR-).

En concreto, la noción de «territorio de proximidad» entiende al territorio como una continuidad topográfica (espacio y frontera) donde se organizan relaciones directas con la comunidad implicada. En su desarrollo, fue clave la interpelación que el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDS) realizó sobre el MSAL para efectuar

transformaciones a su “Programa Nacional Médicos Comunitarios”, con el objetivo de proveer personal capacitado en las distintas intervenciones de carácter intersectorial.

Por otra parte, la noción de «territorio de conectividad» supone una métrica topológica donde el territorio además de ser un espacio geográfico, refiere a una lógica reticular que conecta a diversos nodos y territorios no necesariamente contiguos. Enfoque que se alinea con la propuesta de «Redes Integradas de Servicios de Salud» (RISS) impulsada por la OPS desde 2009 y que inspira el “Programa Remediar+Redes”.

Ahora bien, una conexión en red no se logra incrementando la capacidad resolutive del primer nivel de atención (PNA) -lo que podría duplicar funciones con otros niveles-, sino que se dirige a mejorar la coordinación entre los efectores de la red, con el objetivo de abordar en forma adecuada y oportuna, problemáticas que por su complejidad no pueden ser resueltas por un solo establecimiento ni un solo trabajador (Remediar+Redes, 2011). De este modo, se fortalecen “Redes Provinciales de Salud” mediante el desarrollo de “Proyectos Provinciales” (PP) orientados a la captación, nominalización y seguimiento de personas con enfermedades crónicas.

Asimismo, la noción de «territorio pertinente» (Calama 2003) refiere a temáticas transversales cuya interdependencia es tal, que se requiere tanto de un abordaje de proximidad como de una organización en red. ACUMAR es un fiel ejemplo, ya que viabiliza la acción conjunta de distintos mecanismos de coordinación intergubernamental con miras a resolver problemáticas sociales y ambientales de un territorio vulnerable, tal como es la Cuenca Matanza Riachuelo.

Siguiendo estos desarrollos, existirían dos modalidades para satisfacer las demandas territoriales. El «territorio de proximidad» que recaba los intereses de la comunidad, mediante relaciones informales que no alcanzan a escalar a otras iniciativas más allá del volumen que asumen los operativos de intervención directa. Mientras que, los dispositivos de «territorios de conectividad» y «territorios pertinentes», se orientan a construir acuerdos institucionalizados cuyo propósito es recrear una nueva trama de relaciones intergubernamentales para gestionar las políticas de salud (Chiara, 2016).

Sin embargo, a pesar de que aún resta efectuar un balance acabado sobre estas experiencias, sabemos que ambas orientaciones (2001/02 y 2008/09) son expresiones que deben insertarse en debates de más largo alcance, referidos al modo en que el país

decide avanzar hacia la reconceptualización de la salud como un derecho social, efectivo y ciudadano. En virtud de lo anterior, podemos señalar que, si bien los dispositivos analizados han aumentado la cobertura en salud, esto no significa una ausencia de estratificaciones ya sea en términos de cantidad y/o calidad de las prestaciones (Filgueira, 2015).

4. Paradigmas de universalismo en salud: ACUS/CUS Y SUS

Valores como la inclusión, la equidad y la universalidad; son lineamientos que recorren parte importante de las tendencias que organizan al sector. Se inscriben en esta búsqueda “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 (...) son definidas de manera diferente” (Danani, 2008: 305).

La agenda más reciente de los organismos internacionales ligados al sector, concibe el «Acceso Universal a la Salud» (ACUS) y la «Cobertura Universal de Salud» (CUS) como el fundamento de un sistema equitativo en salud. En este sentido, si bien ambas estrategias tienen alcances diferenciales constituyen en la práctica, enfoques complementarios para promover el bienestar de la población y asegurar una vida saludable (OMS/OPS, 2014). Dicho de otro modo, la CUS se construye luego de un acceso universal, oportuno y efectivo a los servicios de salud, esto es, tras un piso de ACUS.

Lo anterior, en tanto la misma apela a una ampliación de la cobertura ligada -en específico- al acceso de aquellos grupos en situación de vulnerabilidad (OMS/OPS, 2014). De este modo, desde una perspectiva ACUS, se priorizan planes verticales de salud caracterizados por resolver necesidades básicas insatisfechas y por lograr desafíos tales como: reducir la mortalidad materna e infantil, las enfermedades crónicas, la infección por VIH, la tuberculosis, entre otras.

Por el contrario, la CUS actualiza cuatro ejes adicionales vinculados a: i) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; ii) fortalecer la rectoría y la gobernanza; iii) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y

iv) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal (OMS/OPS, 2014).

Directivas que se sustentan en la necesidad de proteger a los individuos del empobrecimiento que supone la restitución de la salud, lo que debe traducirse en la remoción de las barreras asociadas al cobro de la consulta médica y -con el tiempo- la eliminación de todo impedimento económico (OMS/OPS, 2014). Lógica que se alinea con un «enfoque de salud y derechos humanos», tal como sostiene la OPS (2007) en su informe titulado: “Renovación de la APS en las Américas”.

Al respecto, importante es destacar que “el punto de partida de los derechos humanos no consiste en reconocer la existencia de ciertos sectores sociales que tienen necesidades no cubiertas, sino de la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar. Atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas por parte de otros, y por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad” (Crojethovic, 2016:18).

Esta estrategia es coincidente con la jurisprudencia del país, ya que el Estado federal está jurídicamente obligado a garantizar el derecho a la salud, y no puede justificar su incumplimiento en la falta de recursos ni en el hecho, de que la responsabilidad primaria recae en otro nivel jurisdiccional. En este sentido, el Estado nacional -al ser el responsable último frente a la vulneración y/o afectación de este derecho-, debe contar con vías de reparación (judiciales y administrativas) para exigir tanto la concurrencia de las autoridades subnacionales, como para garantizar que los ciudadanos puedan demandar/reclamar a las autoridades competentes respuestas acordes a sus necesidades (Abramovich y Pautassi, 2008).

No obstante, Fleury agrega, “la justicia tiende a entender el derecho a la salud como un derecho individual y no como derecho colectivo, actúa en función de aquellos pacientes que, por poseer mayor información y mayores recursos, son capaces de accionarla cuando tienen sus derechos negados” (2007, p. 154).

Adicionalmente, la OMS y la OPS (2014) reconocen que “la cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud” (2014, p. 2). Lo anterior -entre otras cosas-, porque las inequidades territoriales, institucionales y de derechos, socaban una política de protección universal. Toda vez que la misma, no

depende sólo de niveles de cobertura y barreras de acceso sino de la segmentación y de la estratificación existente en la provisión de un servicio público (Nieves Rico y Cecchini, 2015)⁷.

Bajo esta matriz, un sector sanitario con plena cobertura y sin barreras de entrada tendrá en términos de derechos, un desarrollo insuficiente si es que persisten desigualdades y disparidades en su interior. Entonces, cuando se habla de «cobertura total», “no (...) [se] predica sobre el estatus que reviste la protección referida en cada ocasión... y es que "a todos" no significa automáticamente "por igual"” (Danani, 2017: 87).

Al respecto, el “por igual” tiene distintas aplicaciones dependiendo si ponemos la mirada en un eje horizontal o vertical pues, es evidente que las personas en sus distintas etapas madurativas requieren prestaciones médicas de distinto grado, tipo e intensidad. En virtud de aquello, el Estado debe distribuir/reglamentar los servicios de salud conforme a las necesidades de los ciudadanos, pero garantizando que todos reciban los mismos cuidados médicos, sin importar la jurisdicción en la que se habita ni el tipo de cobertura que se dispone (Cecchini, Filgueira, Martínez y Rossel, 2015).

En consecuencia, “la cobertura universal en salud es mucho más ambiciosa que el enunciado de acceso a "algo" de cobertura para cada ciudadano, sino que todos los habitantes de un país tengan derecho a una cobertura homogénea y suficiente (tanto en cantidad como calidad)” (Cetrángolo, 2014, p. 147).

Alcanzado este nivel, Laurell (2016) aporta luces al debate al distinguir dos paradigmas de universalismo: por una parte, una «Cobertura Universal de Salud» (CUS), basada en el aseguramiento de un paquete restringido de servicios, y por otra, un «Sistema Único de Salud» (SUS) que garantiza no solo cobertura gratuita, sino que intenta además, brindar un servicio igualitario y homogéneo a todos los habitantes del país. Diferencias que a su vez, se manifiestan en la concepción del derecho desplegado, pues cuando los individuos/grupos litigan contra el Estado amparados en una lógica remedial y/o preventiva -en el mejor de los casos-; actualizan un enfoque CUS basado en la «salud» y en los «derechos humanos».

Por tanto, cuando la salud es entendida como una construcción colectiva, nos referimos a ella -además de como un derecho humano- como un “derecho social”, una nueva

⁷ Siguiendo los “criterios para analizar el avance hacia políticas universales de protección social” de Nieves Rico y Cecchini (2015) basados en los trabajos de Pribble (2013), Martínez y Sánchez-Ancochea (2014).

ciudadanía y un nuevo campo de poder social (Tobar, 2013). Lo que significa que los ciudadanos deben, por una parte, consumir servicios médicos, pero también por otra, producir salud, dado que “sólo hay efectivas protecciones sanitarias cuando tanto el Estado como el ciudadano y la comunidad saben lo que tienen que hacer y todos exigen y controlan que cada uno cumpla con su parte” (Tobar, 2010, p. 72).

Esto supone que el proceso de producción de salud, no solo debe quedar reservado a médicos y técnicos sino que los ciudadanos además, deben desempeñar un rol más activo, que les permita trascender su condición de «pacientes» y desplegar un derecho social, efectivo y ciudadano a la salud.

En línea, Fleury (2007) y Laurell (2016) reconocen en la Reforma Sanitaria de Brasil, - modelo paradigmático de SUS- un proyecto que edifica; “un campo de saber, una estrategia política y un proceso de transformación institucional” (Fleury, 2007, p.150). Sin embargo, alertan sobre las dificultades y contradicciones del proceso. A su vez, Sojo (2017) especifica: “la Constitución de 1988 instauró en el Brasil un sistema universal de salud (...) pero también abrió espacio a la iniciativa privada”. Y agrega, existe una “rotunda estratificación por el ingreso (...): claramente los estratos más pobres y vulnerables usan el SUS y, conforme aumenta el ingreso, aumenta el uso del aseguramiento privado”. (Sojo, 2017, p. 97).

Conviene entonces no caer en reduccionismos, y entender que un sistema concebido en términos únicos, bien puede ser uno heterogéneo que reproduce en su interior diversas lógicas y estratificaciones múltiples. Por ejemplo, Sojo (2017) advierte que el índice de los hogares sin gasto de bolsillo en salud alcanza en Argentina (2004/2005) un 45,7% mientras que en Brasil (2008/2009), dicho índice no supera el 15% (14,3%).

Desde esta perspectiva, la implementación de un enfoque en clave SUS debe ir acompañado por principios adicionales al universalismo, es decir, por aquellos que definen un «enfoque de derecho», que para Nieves Rico y Cecchini (2015) -recordando a Sepúlveda (2014)- son: i) igualdad y no discriminación; ii) integralidad; iii) institucionalidad; iv) participación; v) transparencia y acceso a la información; y vi) rendición de cuentas.

Lo anterior, dado que toda política que se inscriba en este enfoque, debe ser ejecutada por instituciones consistentes a su base normativa, vale decir, que promuevan el

accountability; la gobernanza sistémica y la construcción de un espacio público de deliberación y debate (Cunill Grau, 2010).

De este modo, se requieren nuevos arreglos institucionales por cuanto, “la propia noción de "mecanismos" o "instrumentos" de participación parece no ser la más adecuada (...), ya que se trata de nuevas expresiones institucionales, nuevas articulaciones entre estructuras estatales y la sociedad civil” (Pereira, 2017, p. 260)

La apuesta es entonces, democratizar el Estado, ampliar las bases de la ciudadanía, reconceptualizar la salud como un derecho social y promover el ejercicio pleno e igualitario de la salud. En virtud de aquello, revisaremos ahora, qué tipo de participación es necesaria para reactivar este enfoque.

5. Participación ciudadana en salud, ¿qué tipo de participación?

La participación ciudadana en salud se puede inscribir en distintas tendencias: apoyarse en múltiples mecanismos (Pereira, 2017); interpelar a variados actores y/o reactivar enfoques territoriales diversos, según las directivas emanadas por los organismos internacionales ligados al sector (Chiara y Ariovich, 2013).

Sin embargo, con el propósito de caracterizar las experiencias de participación promovidas por el MSAL, nos valdremos de un Programa paradigmático como son los “Proyectos Locales Participativos” (PLPs), dado que al compararlos con otros dispositivos del sector, recrean un abordaje más intensivo en términos de participación. Es así, por cuanto convocan a la comunidad a participar en la planificación de proyectos concretos de difusión, promoción y prevención de la salud.

Para tales efectos, utilizaremos una tipología elaborada por Tobar y Anigstein (2008), en tanto acoplan distintos tipos de participación con instrumentos variados. Así -en opinión de los autores-, existirían cuatro tipos de participación ciudadana en salud: a) una ligada al derecho de las personas o comunidades a tener acceso a una información correcta, suficiente y útil. Perspectiva unilateral, donde la comunidad es receptora de información o de servicios mediante dispositivos emisores; b) otra, vinculada al derecho a ser consultada/o en temas que afectan a la comunidad. Lo que implica canales de consulta y procesamiento de las demandas/opiniones y expectativas de la comunidad; c) una tercera, relacionada al derecho a participar en espacios de deliberación con capacidad de decisión, en las distintas etapas de formación, ejecución, control y evaluación de los

programas, proyectos o experiencias sanitarias; y finalmente, d) capacidad para influir en la agenda pública de salud, lo que supone una construcción de poder político mediante asambleas, cabildos, audiencias públicas, diálogos de políticas, etc.

Cabe destacar que, independiente de la modalidad participativa que se adopte, surgen asimetrías en las diversas jurisdicciones en las que se emprenden dichos procesos. Esta dimensión no se explica sólo por cuestiones presupuestarias, sino que también por la posibilidad de abrir y sostener espacios de participación en contextos de vulnerabilidad social (Pereira, 2017). Adicionalmente, existen divergencias para escalar desde espacios locales de participación a ámbitos nacionales de decisión (Tobar y Anigstein, 2008; Pereira, 2017).

En términos históricos, Falletti y Cunial (2019) advierten que en el país, recién con la crisis de 2001 es cuando la participación ingresa a la agenda gubernamental, como un instrumento para abordar de forma inmediata las necesidades de los sectores más postergados. Esta tendencia se operacionalizó en el Remediar, cuando la sociedad civil comenzó a realizar un “control social directo” sobre la distribución de los botiquines medicamentosos.

No obstante, dicha participación se extendió con el tiempo a otro tipo de tareas tales como la planificación y la ejecución de políticas (Falletti y Cunial, 2019). De este modo, aparecen una serie de programas que promueven la participación comunitaria en salud. Nos referimos al programa “Médicos Comunitarios”; el programa “Municipalidades Saludables”; y el programa “Proyectos Locales Participativos” (PLPs) entre otros.

Dispositivos que se caracterizaron por implementar una participación programática, vale decir, “un tipo de participación institucionalmente organizada y de carácter individual, o colectiva -aprobada por el estado-, que influye o intenta influir en la gestión o distribución de bienes públicos o servicios sociales como: presupuestos públicos, escuelas, clínicas de salud, o aquellos relacionados con el medioambiente” (Falletti y Cunial, 2019, p. 2).

Sin embargo, esta modalidad participativa presenta importantes limitaciones y déficits en términos de construcción de ciudadanía y democratización en el acceso a los servicios públicos, dado que -la mayoría de las veces- asume un carácter instrumental, vinculado a aspectos prácticos de la implementación antes que al diseño de políticas públicas (Pereira, 2017).

A su vez, los “Proyectos Locales Participativos” (PLPs) promueven la participación comunitaria en los términos que sostiene la “Atención Primaria de la Salud” (APS), vale decir, en un área de influencia específica («espacio de proximidad») donde los actores implicados (las personas, la familia y la comunidad) llevan lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan, sus principales problemas de salud (suministro de alimentos y nutrición; agua potable y saneamiento básico; asistencia materno-infantil; suministro de medicamentos esenciales; inmunización contra enfermedades infecciosas; prevención de enfermedades endémicas locales; tratamiento adecuado de enfermedades y traumatismo comunes, entre otras) (OMS, 1978, punto VI y VII).

Lo anterior, dado que las principales temáticas priorizadas por la comunidad participante en los proyectos (pobres o extremadamente pobres), fueron en específico: el tratamiento de la basura, la contaminación del agua, la falta de inodoros en los domicilios, niños malnutridos, prevalencia de embarazos adolescentes, el consumo de drogas y alcohol, entre otras problemáticas (Falleti y Cunial, 2019).

Desde este punto de vista, los PLP que se realizaron durante 2007-2008 a nivel nacional, actualizaron una lógica remedial y/o de supervivencia en donde es difícil entender la salud como un derecho de ciudadanía. Muestra de aquello, es que este tipo de participación no fue capaz de evitar las reconversiones y discontinuidades que sufrió el programa⁸. “Ha habido algo de resistencia social del personal de los CAPS, cuyas pagas se retrasaron, (...), pero no ha habido una movilización social para mantener el programa activo (Falleti y Cunial, 2019, p. 15).

Y continúan, “sin embargo, pensamos que fue precisamente la falta de un movimiento social organizado (...) detrás de esos líderes, lo que significó que el programa de PLP tuviera una corta vida y fuera altamente dependiente de la voluntad política de los líderes nacionales” (Ibid, p. 16).

En este sentido, una participación programática e implementada en un «territorio de proximidad» (el barrio); no es suficiente para promover la salud como un derecho social. Lo que no implica invalidar este abordaje, sino comprender que el mismo se orienta –en el

⁸ El programa de PLPs se implementó por primera vez en el año 2006, hasta que un cambio en la dirección del Ministerio dos años después (2008), lo puso en suspenso hasta el 2009; momento en el que se lo intenta revitalizar para enfrentar la epidemia contra el dengue. Actualización que supuso una focalización territorial y una restricción temática con respecto al tipo de proyectos que la comunidad podía presentar. Luego, entre el año 2010 y 2012, pasó a estar bajo la órbita del programa Remediar+Redes, razón por la que solamente se ejecuta en aquellas provincias que tienen convenio con el REDES. El mismo, se discontinúa hasta el 2015 para finalmente culminar en el 2017.

mejor de los casos-, a mejorar la cobertura y/o tender hacia la consolidación de un universalismo en clave CUS, pero no a reconceptualizar la salud como un derecho de ciudadanía.

Para ello se requiere, que los ciudadanos además de contar con información útil y mecanismos de consulta, participen en instancias de deliberación vinculantes donde se tomen decisiones que recorran todo el “ciclo de política” (definición de prioridades, asignación de recursos, control social sobre autoridades hospitalarias, diseño de contratos de compra, entre otras) (Tobar y Anigstein, 2008; Cunill Grau, 2010; Laurell, 2016; Pereira, 2017).

Asimismo, se debe promover una participación vertical en los distintos niveles de gestión, por una parte, mediante modelos participativos que convoquen a múltiples actores de lo local y creen abordajes más integrales, que ayuden a la vez a trascender las limitaciones propias de los modelos técnicos y biomédicos. Además de lo señalado, también se necesitan mecanismos de participación que permitan escalar al nivel político estratégico de la macrogestión, tras la institucionalización de órganos nacionales de deliberación que cuenten con representantes de los ciudadanos en su interior (“mesas”, “consejos” y “comités” cercanos entre otros).

Estrategias (participación horizontal y vertical) claves para impulsar procesos de transformación sustantiva como son: la subjetivación, la constitucionalización y la institucionalización de un sistema universal, igualitario y de calidad. “La subjetivación se relaciona con la construcción de sujetos políticos, la constitucionalización con la garantía de los derechos sociales” (Fleury, 2007, p. 154). Mientras que, la institucionalidad apela a una reforma democrática del Estado (Ibid).

Instancias todas, que nos vincularían al cuarto tipo de participación referido por Tobar y Anigstein (2008) y que nos remiten, a la construcción de un nuevo poder político, pues “la crisis social es fundamentalmente política. Y, por lo tanto, la salida de ella también es política” (Tobar, 2010, p. 136). Es necesario entonces, re-politizar lo sanitario e ideologizar el debate público para restituir la dimensión política y el contenido social de la salud (Ibid). Dimensión que es clave de actualizar en el país, dado que existe una distorsión en el sistema, que habilita que sean los conflictos entre los diferentes proveedores y no las necesidades médico-asistenciales de la población, las que definan las pautas de su funcionamiento (Belmartino, 2009).

Esto sucede -entre otras cosas-, porque en el proceso de producción de la salud, se generan asimetrías de información que dificultan la participación ciudadana y debilitan el debate público (Tobar, 2010). Pero, sobre todo, porque en el país la agenda sanitaria ha estado históricamente mediatizada -a través de «pactos corporativos no institucionalizados»- por actores de base corporativa (obras sociales, organizaciones médico-gremiales y sanatoriales), que lograron obturar en forma permanente, procesos de reforma institucional tendientes a superar la fragmentación, la superposición de recursos, la irracionalidad en la administración y la inequidad en la provisión de los servicios (Belmartino, 2009).

El resultado de estas tensiones no benefició a nadie. Es más, un recorrido por la historia de los servicios de salud, vislumbra que no hay vencedores sino vencidos. Entre ellos, los más perjudicados son los ciudadanos, pues obtienen servicios y prestaciones de salud, “inferiores a los conquistados por países que avanzaron hacia la integración de sus sistemas de salud” (Tobar, 2012, p. 17).

6. Reflexiones finales

Los dispositivos nacionales implementados a la salida de la crisis 2001/02, se caracterizaron por presentar tanto continuidades (jerarquización del PNA, focalización y nominalización) como divergencias (cómo recuperar la capacidad rectora del MSAL y de qué modo ejercer la gobernanza de las relaciones intergubernamentales). En efecto, surgen en el transcurso de la implementación, limitaciones asociadas a los intereses, agendas e ideas que enfrentan a los distintos actores en los múltiples escenarios de toma de decisión (nacional, provincial y local). Todas estas situaciones, dificultan en la práctica, restituir condiciones más igualitarias en el acceso a los servicios de salud.

En virtud de aquello durante el 2008/09, el MSAL inaugura una nueva tendencia con miras a contrarrestar las disparidades que existen en la provisión del servicio, a la vez que se dirige a satisfacer las demandas territoriales de la comunidad. De este modo, se despliegan una serie de políticas que reactivan tres nociones diferentes de territorio («territorio de proximidad», «territorio de conectividad» y «territorio pertinente») (Chiara, 2016).

Ahora bien, a pesar de que aún resta efectuar un balance exhaustivo sobre estas estrategias, los debates previos nos permiten inferir que estos dispositivos se orientaron a

mejorar el acceso y la cobertura en salud, a promover la participación ciudadana en un «espacio de proximidad», y a tender hacia un universalismo en clave ACUS/CUS. En consecuencia, se relegaron aspectos ligados a la igualdad, la equidad territorial, la promoción del debate público y la construcción de ciudadanía.

De hecho, “lo que se observa son mejoras en la cobertura y alcance de los Estados sociales, sin que ello implique una modificación sustantiva del diseño de tipo contributivo del sistema original y sus variantes mercadocéntricas” (Cecchini et al., 2015, p, 44). En definitiva, el objetivo es “poder alcanzar coberturas más amplias, aunque no universales, y menos segmentadas, aunque no igualitarias” (Idib).

Expresión de aquello, es el mismo “Plan Federal de Salud” que cuando intenta tematizar las transformaciones que debe emprender el sistema sanitario en Argentina, sólo especifica las directrices que debe desarrollar el sector público, obviando reformas político-estructurales del sistema en su conjunto (Belmartino, 2005). Así, hasta que no se desbaraten los “techos de la desigualdad”, vinculados a la matriz institucional del sector público y a la fragmentación del sistema todo, difícilmente algún dispositivo de los revisados, pueda reconceptualizar y resignificar la salud como un derecho social y ciudadano.

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”. Revista Salud colectiva, Vol. 4. Núm. 3. pp. 261-282.

Arce, H. E. (2013). “Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del Siglo XX Rasgos, tendencias e influencias en los planos internacional, nacional y hospitalario”. Tesis de Doctorado. Ciencias de la Salud Instituto Universitario de Ciencias de la Salud IUCS - Fundación H. A. Barceló Buenos Aires.

Belmartino, S. (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. 5º Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires.

Belmarino, S. (2005). Una década de reforma de la atención médica en argentina. Salud colectiva, La Plata, 1(2): 155-171, Mayo - Agosto, 2005.

Belmartino, S. (1999). "Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?". Ed. Lugar, Buenos Aires.

Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997). "Descentralización de los servicios de salud en la Argentina, Santiago Chile". CEPAL – Serie de Reformas de Política Pública, 47.

Cao, H., Rey, M., & Laguado Duca, A. (2019). Luces y sombras del Estado Nacional Popular a principios del Siglo XXI. GIGAPP Estudios Working Papers, 5(98-110), 457-476.

Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R. y Rossel, C. (2015) "Derechos y ciclo de vida: reordenando los instrumentos de protección social". En "Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización". Editado por: Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R., y Rossel, C., Libros de la CEPAL, N° 136 (LC/G.2644-P), Santiago de Chile.

Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. Revista de Economía Política de Buenos Aires, 8 (13), 145-183.

Cetrángolo, O. (2011). Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011. "El Sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo: logros alcanzados y desafíos futuros". 1a ed. Buenos Aires. PNUD/OPS-CEPAL.

Cetrángolo, O., & Goldschmit, A. (2013), "La descentralización y el financiamiento de políticas sociales eficaces: impactos, desafíos y reformas. El caso de la Argentina" Serie Macroeconomía del Desarrollo 144, Santiago de Chile: CEPAL

Cetrángolo, O. y Anlló, G. (2007). "Políticas sociales en Argentina. Viejos problemas, nuevos desafíos". CEPAL, Buenos Aires. Capítulo X. En: Crisis, recuperación y nuevos dilemas La economía argentina 2002-2007 Oficina de la CEPAL en Buenos Aires. Bernardo Kosacoff (ed.).

Cetrángolo, O. y Jiménez, J. P. (2004) "Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina". Revista de la CEPAL. 84: 117-133

Chiara, M., Crojethovic, M. & Ariovich, A. (2017). "El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macroinstitucional". Revista Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. 13(4):663-676. ISSN 1669-2381.

Chiara, M. (2016). Las relaciones intergubernamentales como problema y el territorio como argumento: políticas de salud en Argentina (2008/2014). En Revista Perspectivas de Políticas Públicas. Vol. 5 Núm. 10.

Chiara, M. y Ariovich, A. (2013). "Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina". Cadernos Metr pole, vol. 15, núm. 29, enero-junio, 2013, pp. 99-122 Pontificia Universidade Católica de São Paulo São Paulo, Brasil.

Chiara, M. (2013). Políticas e instituciones en salud: el desafío de construir nuevos escenarios. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, 3 (6), 31-42.

Chiara, M. (2009). "Relaciones intergubernamentales y política sanitaria en argentina en el contexto de la crisis 2001/3". Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 529-548, nov.2009/fev.2010. pp 529-548.

Chiara, M., Di Virgilio, M. M. y Moro, J. (2009). Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires. Una mirada desde la gestión local Revista POSTData: Revista de Reflexión y Análisis Político, núm. 14, 2009, pp. 97-128. Grupo Interuniversitario Postdata. Buenos Aires, Argentina.

Chiara, M. y Jiménez, C. (2007) "Relaciones intergubernamentales (RIGs) y política de salud en el nivel local. El caso del subsector público en el Gran Buenos Aires", Ponencia presentada al "XII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública", Santo Domingo, 30 de octubre al 1 de noviembre.

Crojethovic, M. (2016). "Universalismo en salud. La reconstrucción de un debate sobre derechos". Revista Via Iuris, 21, pp. 13-23.

Cunill, N. (2010). "Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública". Revista del CLAD Reforma y Democracia, 46, 43-72.

Danani, C. (2017). Políticas sociales universales: una buena idea sin sujeto. Consideraciones sobre la pobreza y las políticas sociales. En Revista Sociedad N  37. Facultad de Ciencias Sociales.

Danani, C. (2008). "La agenda de la Gestión Local en Salud en Argentina". En: En: Gestión local en salud: conceptos y experiencias. Coordinado por Medina, Miraglia y Chiara - 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Falleti, T y Cunial, S., L. (2019). "Participación cívica en programas de salud pública: el caso de Argentina". Cad. Saúde Pública; 35. Espaço temático: Experiências em países selecionados.

Fernández Prieto, A., Cerezo, L., Rezzonico, G. y Luque, P. (2015). "Evaluación del Programa Remediar: acceso a medicamentos esenciales en el Primer Nivel de Atención (PNA) e impacto redistributivo entre la población beneficiaria". XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Filgueira, F. (2015). "Modelos de desarrollo, matriz del Estado social y herramientas de las políticas sociales latinoamericanas". En "Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización". Editado por: Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R., y Rossel, C., Libros de la CEPAL, N° 136 (LC/G.2644-P), Santiago de Chile.

Filgueira, F. (1998). "El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada". En: Roberts B. Ciudadanía y política social latinoamericana. Costa Rica: FLACSO/SSRC.

Fleury, S. (2007). "Salud y Democracia en Brasil Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud" en la Revista SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 3(2): 147-157, Mayo - Agosto, 2007.

Fleury, S. (2002). "¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina". Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: INDES BID.

Fleury, S., y Molina, C. (2000). "Modelos de protección social". Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: INDES BID.

Garriga, M., Porto, N. y Rosales, W. (2014). "Capítulo 1. Introducción". En: "Lecciones aprendidas y desafíos futuros bajo nuevos esquemas de gestión de la salud en la Argentina: la experiencia conjunta Plan Nacer y Programa SUMAR". Sabignoso, M. H. ...

[et.al.].1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación - Programa SUMAR; La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

González García, G., & Torres, R. (2005). Salud Social y Comunitaria: Políticas de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Laurell, A. (2016) Políticas de salud en pugna: Aseguramiento frente a sistemas universales públicos. RLAE Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Monsalvo, M. (2008). "La Gestión Local desde la mirada de un programa nacional: reflexiones desde el REMEDIAR". En: Gestión local en salud: conceptos y experiencias. Coordinado por Medina, Miraglia y Chiara - 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Nieves Rico, M. y Cecchini, S. (2015) "El enfoque de derechos en la protección social". En "Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización". Editado por: Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R., y Rossel, C., Libros de la CEPAL, N° 136 (LC/G.2644-P), Santiago de Chile.

Pereira, J. (2017). "La participación ciudadana en las políticas de salud". En: Gestión de la Política Social: Conceptos y Herramientas. Chiara y Di Virgilio.1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS).

Potenza dal Masetto, F. (2012). "La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales" (Documento de Trabajo No. 82). Buenos Aires: CIPPEC, Programa de Protección Social, Área de Desarrollo Social.

Repetto, F. et al. (2001). "Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino". Documento de trabajo n°55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires.

Rovere, M. (2016). "El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades". En revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social". Año 6 - Nro. 12.

Sojo, A. (2017). "Protección social en América Latina: la desigualdad en el banquillo". Libros de la CEPAL, N° 143 (LC/PUB.2017/7-P). Santiago de Chile.

Tobar, F. (2013). La salud pública y derecho a la salud. En Clérico L., Ronconi L., Aldao M. (Coord). Tratado de derecho a la salud. Buenos Aires: Abeledo Perrot.

Tobar, F (2012). "Breve Historia del Sistema Argentino de Salud" En: GARAY, O (Coordinador) "Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal". Buenos Aires. La Editorial La Ley.

Tobar, F., Olaviaga, S., y Solano, R. (2012). "Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino". Documento de Políticas Públicas/Análisis N°108. Buenos Aires: CIPPEC.

Tobar, F. (2010). "¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina". 1a ed.- Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.

Tobar, F. y Anigstein, C. (2008). "Hacia una nueva teoría de los municipios y comunidades saludables". Organización Panamericana de la Salud - Universidad Isalud, Buenos Aires.

Tobar, F. (2006). "Descentralización y reformas del sector salud en América Latina". En: Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina. Yadón, Zaida – ed. Buenos Aires, Argentina: OPS.

Tobar, F., Montiel, L., Falbo, R. y Drake, I. (2006). "La red pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina: diagnóstico y desafíos". [en línea]. Disponible en: https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2014/09/la_red_publica.pdf.

Tobar, F. (2002). "Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas". Serie Seminarios Salud y Política Pública – Seminario II – Mayo. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Documentos y Normativas

Bases del Plan Federal de Salud (2004-2007). (2004). Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Mayo de 2004.

OMS/OPS (2014) Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Sesión del comité regional de la OMS para las américas. Washington.

OPS (2009) "Redes Integradas de Servicios de Salud. Concepto, hoja de ruta, y opciones de política para su implementación en las Américas".

OPS (2007) Renovación de la atención primaria de salud en las Américas.

OMS (1978) Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre Atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre.

REMEDIAR + REDES (2011) "Servicios de salud en red y fortalecimiento de la APS en la Argentina".