

CUINAP | Argentina

Año 1 • **2020** | Cuadernos del INAP

La reconfiguración del rol del Estado y las políticas públicas en salud en Argentina entre los años 2002 y 2015

Patricia Domench Cámpora, Mariana Mendoza
y Fiorella Wernicke

5

Capacitar e investigar para fortalecer las capacidades estatales

CUINAP | Argentina

La reconfiguración del rol del Estado y las políticas públicas en salud en Argentina entre los años 2002 y 2015

Patricia Domench Cámpora, Mariana Mendoza
y Fiorella Wernicke

5



Autoridades

Dr. Alberto Ángel Fernández

Presidente de la Nación

Lic. Santiago Andrés Cafiero

Jefe de Gabinete de Ministros

Dra. Ana Gabriela Castellani

Secretaria de Gestión y Empleo Público

Dr. Alejandro Miguel Estévez

Subsecretario del INAP

Índice

Los Cuadernos del INAP, Ana Castellani	6
1. Introducción	11
2. El Estado argentino y las políticas de salud a partir de 2002	13
2.1 Plan Federal de Salud (PFS)	20
2.2 Programa de accesibilidad a medicamentos	23
2.3 Programa Remediar	24
3. Consideraciones finales	35
4. Referencias bibliográficas	38

Los Cuadernos del INAP

Las organizaciones públicas tienen un saber acumulado en los distintos agentes que las integran y, para poder sistematizar dichos conocimientos, es necesario articular las comunidades de práctica que permiten generar un círculo virtuoso entre los que «saben» y los que «aprenden». Por ello, el lanzamiento de los *Cuadernos del INAP* persigue ese propósito.

Asimismo, es necesario reconocer que existen tres niveles diferentes de conocimiento en el área de la Administración Pública: el macro, que expone las grandes teorías y los enfoques epistemológicos de la administración; el *mezzo* o medio, que explica el funcionamiento de las organizaciones públicas en términos de instituciones, estructuras, comportamientos, decisiones y normativas; y por último, el micro, en el cual se contemplan las historias de la vida cotidiana de los diversos actores. La intención subyacente en el lanzamiento de los *Cuadernos del INAP* es aportar estudios e investigaciones que permitan construir una teoría integrada de la Administración Pública que interconecte los tres niveles precitados.

Queremos brindar un medio dinámico de publicación a la comunidad de funcionarios y académicos que producen textos y materiales vinculados al gobierno, el Estado y la Administración Pública, que necesitan

ser conocidos por sus colegas y por la ciudadanía en general, como una forma de visibilizar sus ideas y de hacerlas interactuar en un provechoso debate.

Además, creemos que es necesario reorientar la capacitación para que haya más participación de los trabajadores y para recuperar el conocimiento que traen, y que esos resultados después se apliquen a la gestión cotidiana.

Administrar un Estado no es lo mismo que administrar una empresa, existen especificidades muy claras y complejidades de lo público que no son contempladas por el enfoque *managerialista*. Por ello, los *Cuadernos del INAP* pretenden construir conocimiento con ese objetivo.

Dra. Ana Castellani
Secretaria de Gestión y Empleo Público

La reconfiguración del rol del Estado y las políticas públicas en salud en Argentina entre los años 2002 y 2015

Patricia Domench Cámpora

Es Doctora en Ciencias Sociales, Magister Scientiarum en Administración Pública y Especialista en Gestión y Planificación de Políticas Sociales por la Universidad de Buenos Aires; y Licenciada en Ciencia Política por la Universidad Nacional de Rosario. Tiene una amplia trayectoria en docencia e investigación, siendo docente tanto en grado como en posgrado en distintas universidades. Es titular ordinaria, en la cátedra de Estado y Sociedad, en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV). También ha realizado diversas publicaciones como libros, artículos de libros y revistas. Se desempeña como Secretaria de Investigación y Vinculación Tecnológica e Institucional en UNDAV.

Mariana Mendoza

Mariana Mendoza. Socióloga egresada de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Cursó la Maestría de Administración Pública en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Ejerce como docente en distintas universidades. Ha participado en investigaciones de carácter académico y profesional en áreas como Hábitat y vivienda, Economía social, Adolescencia y Juventud, Inclusión Social, Políticas y programas sociales, entre otras.

Fiorella Wernicke

Licenciada en Relaciones Internacionales por la Universidad del Salvador. Especialista en Cooperación Internacional por la Universidad Nacional de San Martín. Es Directora de Relaciones Institucionales de la ONG - Asuntos del Sur. Se desempeña como docente de la Universidad Nacional de Avellaneda.

Resumen

Los conceptos de institucionalidad, representatividad, y participación resultan centrales al momento de analizar el desempeño de la democracia como forma de gobierno más conveniente para el desarrollo de una sociedad.

El análisis de dichos conceptos es pertinente y necesario en el marco de la relación Estado y Sociedad y de las políticas públicas que expresan a dicha relación. Por lo tanto, en este trabajo, se hace referencia al período 2002-2015 en Argentina enfocando al rol del Estado, sus políticas públicas en el ámbito de la salud y las instituciones y organizaciones, así como la participación social que hicieron efectivas dichas políticas.

Palabras clave: institucionalidad, estado, políticas públicas, salud.

Abstract

Institutionalism, representativeness, and participation are key concepts when analyzing the performance of democracy as the most convenient form of government for the development of a society.

The analysis of these concepts is appropriate and necessary within the framework of the relationship between State and Society and the public policies that express such a relationship. Using this framework, this work refers to the period 2002-2015 in Argentina, focusing on the role of the State, its public policies in the field of health, and the institutions and organizations, as well as the social participation, which made these policies effective.

Key words: institutionalism, state, public policies, health.

La reconfiguración del rol del Estado y las políticas públicas en salud en Argentina entre los años 2002 y 2015¹

Introducción

En el presente trabajo de investigación, se busca reflexionar acerca de las políticas públicas implementadas en el campo de la Salud en Argentina durante los gobiernos de Eduardo Duhalde (2002-2003), Néstor Kirchner (2003-2007) y Cristina Fernández de Kirchner (2007-2011, 2011-2015), con especial énfasis en el alcance y desarrollo del Programa Remediar (PR), como un exponente relevante de dichas políticas.

Los interrogantes que plantean esta reflexión son: ¿Qué papel tuvo el Estado en los programas del área de salud? ¿Cuáles fueron los cambios institucionales que se incorporaron en los distintos períodos para dar cauce a ese nuevo rol? ¿Qué tipo de participación se implementó? ¿Qué tipo de actores participaron? ¿Cuáles fueron los recursos que se desplegaron?

¹ Este trabajo se basa en la Tesis presentada para la obtención del Título de Doctorado (Domench Cámpora, 2014). "Políticas de salud en la emergencia 2002-2007: movilización de conocimientos, actores y recursos en el Programa Remediar y en Municipios saludables"

¿Qué capacidades dejaron instaladas? Esto último, teniendo en cuenta los cambios ocasionados por la posterior del gobierno de Mauricio Macri, en diciembre de 2015.

Al dar respuesta a estos interrogantes, intentaremos profundizar qué repercusiones y efectos tuvieron estos gobiernos a través de sus políticas públicas en la institucionalidad, la representatividad y la participación social de la democracia argentina.

El Estado argentino y las políticas de salud a partir de 2002

La crisis de 2001 configuró un nuevo escenario desde el cual pensar las políticas sociales y de salud. Este escenario estuvo caracterizado por las restricciones y distorsiones del modelo segmentado de intervención por programas y de los programas focalizados.

El énfasis se puso, entonces, en la inclusión social cuyo eje era la integralidad de las políticas junto con el papel activo del Estado. La nueva lógica se diferenció de la que primó en la década de los años 90 orientada por las Reformas del Estado; que pensadas desde los Organismos Internacionales (OI), implantarían “una determinada forma de políticas públicas que se tradujeron en la fragmentación y la exclusión permanente de la sociedad” (Hintze, 2000).

Sin embargo, las políticas sociales y de salud siguieron teniendo influencia de los OI. Esta influencia se puede reconocer en los Objetivos de la Declaración del Milenio², expresados en la Resolución aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que exhortaba a los Jefes de Estado a

² Esta serie de objetivos se convirtieron en guía de las políticas a implementar por parte de los países miembros de la ONU, sobre todo de los llamados “en desarrollo”. Estos objetivos fueron redactados de forma general, y luego cada país los reformuló adaptándolos a sus condiciones materiales y sociales.

...defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial. En nuestra calidad de dirigentes tenemos un deber que cumplir respecto de todos los habitantes del planeta, en especial de los más vulnerables y, en particular, los niños del mundo, a los que pertenece el futuro (Asamblea General de la ONU - Declaración del Milenio 2000).

A partir de 2002, el Gobierno formuló una serie de objetivos que estuvieron regidos por el esfuerzo alineado en salir de la crisis y en poner cierto orden a las Reformas del Estado. Estos objetivos orientaron las bases de las políticas de salud, que sobre todo se visualizaron en el año 2004 cuando el Ministro de Salud de la Nación (MSN) redactó e implementó: el Plan Federal de Salud. La situación previa a la implementación de dicho Plan, estuvo regida por el esfuerzo orientado a salir de la crisis, y poner cierto orden en las Reformas que significaron los lineamientos de los años 90.

Para ello se declaró la Emergencia Sanitaria Nacional (Decreto de Necesidad y Urgencia, N.º 486/2002) con la que se intentaba garantizar el acceso de la población a los bienes y servicios básicos y, de esta forma, se modificaban, consecuentemente, algunas de las situaciones vigentes; la misma se extendería, luego, hasta el año 2003.

Los objetivos planteados a través de esta declaración fueron:

- Restablecer el suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas y servicios de internación.
- Asegurar el suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios a pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad.

- Garantizar el acceso a medicamentos e insumos esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas (Zeballos, 2003).

Este Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) resultó ser una medida netamente fiscal. La deuda acumulada entre las instituciones de seguridad social y los prestadores, y entre las instituciones entre sí era impagable. Tanto en 2001 como en 2002, la recaudación de la Seguridad Social cayó abruptamente» (Torres, 2008).

Posterior a este decreto, el MSN dictó la Resolución 326/02 que estableció que toda receta médica u odontológica debía efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento; como un instrumento para prevenir la formación de monopolios o conductas especulativas que generasen distorsiones en el mercado de medicamentos y dificultaran el acceso al mismo de los sectores de bajos recursos.

Por otra parte, se creó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) en el que se contemplaba un listado de prestaciones disponibles. Sin embargo, el programa careció de una evaluación de los costos y de las posibilidades reales de su financiamiento. El PMOE impuso un fuerte ajuste en las prestaciones básicas esenciales que debían garantizar las Obras Sociales (OS) y el sector privado, a través de los Agentes del Seguro de Salud (ASS), a toda la población beneficiaria (Resolución 201/02 M.S, art.1, inciso d.). Por disposición del MSN, se eliminaron, restringieron o comenzaron a cobrar numerosas prestaciones hasta entonces gratuitas. Esto produjo, por un lado, un aumento de las cuotas de los ASS y, por otro lado, una disminución en los descuentos a medicamentos.

En esencia, el nuevo PMOE se concentró en la atención médica y postergó para otra etapa los mecanismos preventivos y de rehabilitación. También fueron realizados ajustes en las prácticas de uso habitual, la mayor parte de cuyo costo quedó en manos de los afiliados (por ejemplo, para acceder a determinados estudios o medicamentos); se pospusieron, sin plazo alguno, las operaciones programadas y se dio cobertura únicamente a las urgencias.

El doctor Gilardi, presidente de la Asociación de Médicos Municipales (AMM), expresaba que el PMOE pretendió/buscó/propuso garantizar un piso básico y universal de prestaciones, con lo cual se dejaron a un lado las cuestiones relativas a medidas preventivas y de rehabilitación que refirieran a la atención integral. De esta manera se orientó, una vez más, la demanda hacia el hospital público, que debió atender a la población que estaba cubierta por otros subsectores de salud. «El etiquetado de 'emergencia' generó una confusión en la población: se interpretó que todas las prestaciones que se habían eliminado del PMOE se volverían a incluir una vez finalizada la crisis» (Torres, 2008).

La inestabilidad que afectó al país a fines del 2001 hizo que se mantuviera cierta inercia en la relación entre el Gobierno y los OI (BM -BID-FMI), que ya en la década de los noventa habían moldeado la reforma del sistema de salud en Argentina, sobre todo por necesidad de recursos financieros. En el año 2002, el doctor Federico Tobar, jefe de gabinete del MSN, presentó los cambios que se deberían realizar en el ámbito de la salud, mediante el documento titulado «Como curar al sistema de salud argentino» (Tobar, 2002).

Las reformas proponían fundamentalmente:

- **La creación de un mercado de seguros de salud, de competencia regulada.**

Con el acento en la regulación de las OS y de los ASS, a través de la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS) se proponía que esta actuase estableciendo incentivos y sanciones.

Otro elemento a destacar de la propuesta, fue la creación de un Seguro Nacional cuya función era el tratamiento de enfermedades catastróficas para toda la población, tomando como ejemplo las enfermedades que actualmente reciben cobertura por ley (diabetes, discapacidades, insuficiencia renal crónica, etc.).

- **La universalidad de la cobertura médica a través de seguros públicos de salud.**

De esta manera, los gobiernos provinciales deberían buscar la ampliación de la cobertura y el acceso a servicios médicos para hacerlo extensivo a la mayor parte de la población de sus provincias por dos medios: a través de las OS provinciales (como aseguradoras) y los hospitales públicos y la incorporación del sector privado de los ASS (como prestadores). La propuesta perseguía la extensión de la cobertura médica a los sectores de bajos recursos, por estas vías de financiamiento mixta. Por consiguiente se invertía la lógica del sistema, reemplazando el subsidio a la oferta (modelo vigente en este período) por el subsidio a la demanda (modelo de seguro) y se incorporaba la idea de una cobertura universal por canasta de prestaciones.

Además, otra de las propuestas a destacar fue la política focalizada en las acciones de promoción y prevención de la salud, donde los municipios fueron los encargados de desarrollar una estrategia que implementara estas acciones, a través de Atención Primaria de la Salud (APS) (Ministerio de Salud de la Nación, 2005). La asistencia brindada por el gobierno nacional iba a ser complementada, fundamentalmente, por un lado, a través del diseño de un modelo de atención adecuado para la APS en centros locales; al mismo tiempo, por otro, mediante la provisión de medicamentos genéricos con el fin de asegurar que la población de bajos recursos tuviese acceso a ellos.

Las políticas que sucedieron a la crisis pusieron el énfasis en: la entrega gratuita de medicamentos a la población sin ningún tipo de cobertura, la ampliación del margen de descuento en la cobertura de medicamentos para los beneficiarios de las OS y de los ASS, y la prescripción de medicamentos por su nombre genérico.

Con respecto al tema farmacológico, en este período se realizaron políticas relevantes. No obstante, algunos autores consideran que las mismas fueron utilizadas como estrategia mediática para lograr el consenso y la legitimidad; como ejemplo de concepto mediático del momento se puede mencionar la equiparación del acceso a medicamentos con el derecho a la salud (González García, 2003).

En sintonía con el lineamiento político propuesto en el sector de salud, relacionado con la promoción y la participación (Arriagada et al, 2005), se puso en práctica una línea novedosa de trabajo que ponía el énfasis en la participación comunitaria en los programas de salud. Se destacó, entre otros, el Programa Acción Conjunta Técnica con Organizaciones

de la Sociedad Civil que persiguió como objetivo contribuir a mejorar los resultados y los impactos de los programas del MSN; y que fue ejecutado por la Comisión Coordinadora para la Participación de los Organismo No Gubernamentales (ONGs) y otras entidades vinculadas a la promoción de la salud.

Las acciones sustantivas llevadas a cabo durante 2004 tuvieron como ejes: el empoderamiento de los agentes de organizaciones sociales, la vinculación de representantes de las ONGs con referentes de programas, la capacitación con vistas al fortalecimiento institucional, el asesoramiento a organizaciones para crear nuevas entidades, la constitución de un directorio de organizaciones, la difusión entre las ONGs de los sistemas de quejas y reclamos, y los espacios de participación en los programas sanitarios.

El rol más activo del Estado generó una mayor intervención e interrelación con los actores sociales y políticos, que fue, en un primer momento, desde la formulación de medidas específicas para paliar la crisis, la creación de espacios para el diálogo y el consenso hasta la realización de cambios que mejoraran las condiciones de vida y de salud de la población. Esto fue creando nuevas relaciones con la sociedad. De manera que se puede visualizar la institucionalidad y la representatividad dada en los acuerdos establecidos y en la diversidad de actores e intereses, que fueron parte del proceso de la política pública de salud. Reviste importancia incluir, aquí, el papel de la Mesa de Diálogo Argentino (MDA) en la formación de los consensos. Esta fue convocada por la Iglesia y la ONU, y de ella participó, además, el MSN.

Como la articulación y la conciliación no se restringieron al diálogo interno, el MSN implementó varios comités de crisis que convocaban a representantes

de todos los sectores, a los actores de cada uno de ellos y a todas las cámaras para discutir los diferentes aspectos de la crisis y elaborar propuestas; incluso, se reactivaría el Consejo Federal de Salud (COFESA).

Estos mecanismos relacionados con la institucionalidad y la representatividad son la principal herramienta que tuvo la política pública de salud desde 2002 en adelante; si bien es cierto que se ejecutaron recién a partir de 2004 como fue el caso del Plan Federal de Salud, por ejemplo, que se describe a continuación:

2.1 Plan Federal de Salud (PFS)

En 2002, el MSN inició un importante trabajo para generar consensos sectoriales y transversales en el marco de la MDA. Proceso que fue acompañado por: el sector de la salud, organizaciones profesionales y de trabajadores, cámaras empresariales, Universidades y un sinnúmero de actores, entre otras organizaciones de la sociedad civil.

De manera simultánea, el MSN juntamente con los Ministros y Secretarios de Salud de las Provincias recrearon el Consejo Federal de Salud (COFESA), con el cual dieron una clara señal de fortalecimiento institucional que devolvió viabilidad a la autoridad del sector y posibilitó la adopción de rápidas medidas, por consenso pleno, frente a la emergencia.

En marzo de 2003, se alcanzó el “Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos” que constituyó uno de los antecedentes inmediatos de lo que fueron las bases del PFS. El Acuerdo establecía como propósitos: facilitar el acceso a medicamentos, disminuir la mortalidad materno-infantil (acortando brechas entre las provincias), acordar proteger los programas prioritarios y fortalecer la estrategia de la APS.

En mayo de 2004, se presentaron “Las Bases del PFS 2004-2007”. Estas se propusieron, por un lado, generar una visión de largo plazo en el sector, y, por otro lado, lograr un sistema de salud equitativo e integrado en el corto plazo, con el Estado como garante del bienestar de la población (Ministerio de Salud la Nación, 2004).

Entre los postulados del PFS se reconoció la necesidad de dar un mayor impulso a la aplicación y a la evaluación de las políticas públicas saludables, y se incorporó como actor a la sociedad civil. La Nación, las Provincias, los Municipios, las OS, el sector privado de los ASS y la sociedad civil acordaron la generación periódica de compromisos de políticas saludables y articular sus recursos. Para implementar esto se establecieron prioridades, se definieron metas y se creó una etapa de evaluación de sus cumplimientos. El sistema en su conjunto generó entonces, en forma regular, acciones de promoción de la salud, gracias a los esquemas fuertemente participativos.

El PFS constituyó una visión de largo plazo para el sector de la salud en la Argentina y planteó un proceso de reforma permanente, en búsqueda de la equidad y del bienestar de la población. Con vistas a este objetivo, el PFS propuso una modificación en el modelo de atención con el fin de garantizar que: las políticas públicas de salud llegaran a toda la población, a través de un sistema de atención universal, con niveles de prestaciones básicas y con acceso a los medicamentos esenciales. Se incluyeron, además, aspectos tales como la promoción y prevención, para lo cual se definieron nuevos roles y nuevas responsabilidades para los distintos actores del sistema. Se propuso que el Estado argentino asumiera un rol central en la conducción del sistema y en las políticas de

salud, tanto a escala nacional como provincial y municipal, profundizando y fortaleciendo su función de rectoría en salud.

Las propuestas planteadas fueron las siguientes (González García y Tobar, 2004; Ministerio de Salud de la Nación, 2004):

- Establecer prioridades y metas de salud.
- Utilizar una estrategia adecuada.
- Mejorar la salud de manera endógena y exógena del sistema.
- Construir el consenso social y la viabilidad política de las acciones.

Todo ello, con la visualización como objetivo de la equidad, la eficiencia y la calidad en la búsqueda de salud para toda la población. Las pautas de acción estaban dadas por el fortalecimiento de la estrategia de APS y la paulatina integración de subsectores. A su vez, se estableció la jerarquización y la acreditación de las acciones de promoción y prevención, como modelo de atención, y el compromiso federal sobre cobertura y acceso.

Esto último, constituyó la máxima instancia de acuerdo sanitario porque establecía el Nivel Básico de Prestaciones (NBP), que todas las jurisdicciones se comprometían a proveer a sus beneficiarios. Él mismo debía ser revisado y redefinido de manera periódica y sobre fundamentos epidemiológicos (incluyendo la cobertura de las principales patologías prevalentes) que garantizaran su sustentabilidad actuarial (lo cual implicaba evaluar los riesgos que involucraba cada prestación para cada grupo etario). Asimismo, que permitiera establecer prioridades de inclusión, a través de criterios de

medicina basada en la evidencia y costo-efectividad (lo cual suponía medir el impacto de la inclusión de cada prestación en términos de carga de morbilidad y costos para luego establecerse un *ranking*).

Este compromiso: involucraba tanto a las transferencias de recursos desde la nación hacia las provincias como a todos, o parte, de los programas verticales, redefinía las prioridades en la asignación de los recursos provinciales, monitoreaba y evaluaba su prestación desde la nación, y establecía las condiciones de creación de las redes de servicios y su conformación.

La formación de estas redes se haría teniendo en cuenta la estrategia de la APS, en función de las necesidades de la población. Las redes debían: focalizarse en la promoción, en el aseguramiento de cuidados sanitarios y en el cumplimiento de un marco de calidad; estar compuestas por instituciones de gestión pública y privada; organizarse por niveles de atención según un criterio de necesidades regionales; y tener canales de comunicación eficientes para lo cual debían recurrir a los datos administrativos, socioeconómicos y sanitarios.

2.2 Programa de accesibilidad a medicamentos

La Política Nacional de Medicamentos (PNM), incorporada en 2002, estableció un nuevo marco regulatorio, con reglas fijas y claras, que benefició al sistema sanitario en su conjunto. Esta política se enmarcaba en el DNU que declaró la Emergencia Sanitaria y, a su vez, se ratificó mediante la Ley 25.649 que promocionaba la utilización de medicamentos por su nombre genérico. Asimismo, esta normativa promovía, por un lado, el suministro directo de medicamentos para la población que no

tuvieran los medios para adquirirlos en las farmacias, y, por el otro, la regulación del mercado de fármacos.

El PFS 2004-2007 se propuso profundizar y consolidar la regulación del mercado de medicamentos para facilitar su publicidad y el acceso a ellos. Con respecto a la regulación, se pretendía incorporar, gradualmente y de la forma más adecuada, criterios de costo-efectividad en el registro.

En lo concerniente a la política de medicamentos, se produjo un hito importante en la misma a partir de la formulación e implementación del Programa Remediar. El MSN fue quien impulsó esta política pública, tras haber coordinado las acciones de los diversos actores político-sociales, y logró conseguir una fuerte representatividad y participación debido a que su presencia alcanzara a todo el territorio nacional.

2.3 Programa Remediar

El Programa Remediar (PR) fue implementado en 2002, en el primer nivel de atención de la salud, bajo la gestión del Dr. Ginés González García en el MSN. Este programa fue diseñado en el marco de la Emergencia Sanitaria y se ejecutó utilizando un crédito del BID, con la condición de que los recursos se volcaran a garantizar el acceso a medicamentos ambulatorios (Ministerio de Salud, 2006).

Sus objetivos fueron:

- Asegurar a la población en situación de pobreza y sin cobertura de salud el acceso a medicamentos esenciales.
- Fortalecer el Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS), a través de la jerarquización de los Centros de APS (CAPS), y las políticas saludables con gestión participativa.

- Complementar la PNM en la promoción del acceso y utilización de los medicamentos por su nombre genérico.
- Promover el uso racional de medicamentos.

El modelo de gestión se basó en el flujo de información entre el nivel ejecutor (CAPS), el nivel intermedio (jurisdicciones provinciales y municipales) y el nivel nacional o central.

2.3.1 Características y aspectos generales del Programa Remediar

El PR se organizó a modo de componente “Medicamentos” del PROAPS. Sus objetivos fueron:

“aumentar la cobertura, promover la equidad y mejorar las condiciones de salud de la población, a través de un componente de medicamentos y de acceso oportuno a tratamientos apropiados; y un mecanismo de reforma en la atención primaria de la salud” (Ministerio de Salud de la Nación, 2004).

El componente Medicamentos, al mismo tiempo, incluyó varios subcomponentes, dos de los cuales serían el de medicamentos esenciales y el de universalidad. Los organismos responsables de su ejecución operaron en forma descentralizada, en cada una de las provincias y municipios de la Argentina, sobre tres ejes centrales:

- a) Disponibilidad y tipo de medicamentos: entrega de medicamentos esenciales de acuerdo con un vademécum creado por expertos, profesionales en salud y representantes de las provincias.

- b) Gestión y organización: el MSN desarrolló un modelo de distribución primaria que determinaba la cantidad de botiquines que debían ser entregados mensualmente en cada provincia; estos debían ser calculados de acuerdo con una fórmula que contemplaba la demanda y la necesidad. El programa se implementó a través de los CAPS, que actuaron como efectores para la entrega de medicamentos.
- c) Acercamiento e interacción con la sociedad: la campaña de difusión realizada fue parte de una estrategia comunicacional de carácter articulador. Esta abarcó a todos los actores involucrados, con objetivos comunicacionales particulares en función de cada uno de ellos, en relación con la correcta utilización de los medicamentos (consejos sobre salud, etc.) así como también en lo relativo a la adherencia. La campaña incluyó la elaboración de afiches, folletos, boletines y otras publicaciones dirigidos a todos los actores involucrados.

2.3.2 Capacitación

La capacitación fue desarrollada de acuerdo con dos ejes: I) Capacitación e información referida a los mecanismos de ejecución y gestión del Programa. II) Sensibilización, capacitación e información sobre temas de gestión y monitoreo participativo.

2.3.3. Participación social

Este subcomponente se incorporó con el objetivo de involucrar activamente a la sociedad, a los trabajadores y a las autoridades de salud en la implementación del Programa. Con ello se buscó, por un lado, que la sociedad civil pudiera ser partícipe en el seguimiento del uso de los recursos, durante la implementación, y de este modo dispusiera de información, y, por otro, que el Programa consiguiera transparencia.

El control social se realizaba durante las etapas de la planificación, la implementación y, post monitoreo, la evaluación del programa; para lo cual se había instrumentado un mecanismo de recepción de reclamos, sugerencias y pedidos de información de alcance nacional, mediante una línea telefónica gratuita y una página web del Programa. Incluso, se contempló el control social directo que fue otro mecanismo participativo para canalizar de forma más inmediata estos reclamos. De los resultados del control directo en cada jurisdicción dependía la posterior intervención de las autoridades, ya fuesen del programa como provinciales o municipales. La **participación social** fue considerada en el rol de la Comisión Asesora Intersectorial (CAI), que se instituyó como instancia resolutoria máxima del modelo de participación del Programa.

El PR se constituyó en un aspecto relevante de la política de medicamentos y en una herramienta de gestión de la política de salud en general, debido que no sólo excedió sus objetivos explícitos sino que, además, intentó generar un nuevo paradigma de intervención pública en la sociedad.

La llegada concreta a la población de destino supuso la elaboración de dos estrategias fundamentales: el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del primer nivel de atención y la promoción de la capacitación permanente de recursos humanos. Además implicó, a su vez, el reconocimiento por parte del gobierno de la importancia de la participación comunitaria de la población.

Para su diseño se tuvieron en cuenta distintos aspectos: por un lado, la identificación del perfil de los motivos de consulta, por otro, la generación de normativas de almacenamiento y distribución, y, por último, la construcción de un sistema de información. En relación al componente universalidad, su diseño contemplaba la revisión y modificación de los programas de pregrado para orientarlos a la APS, la prevención y la medicina familiar.

Con respecto a la población destinataria, sobre la base de una muestra de 100 CAPS y 4000 pacientes: un 94% estaba por debajo de la línea de pobreza, el 71% estaba bajo la línea de indigencia y el 86% no poseía cobertura de salud; el primer dato porcentual muestra que la población no pobre era solamente un 6%.

2.3.4 Actores sociales y políticos: roles y relaciones. Movilización e intercambio de recursos

Como ya se señaló, en este período de incertidumbre, el Estado pasó a ocupar un rol central en las políticas de salud. Superar esta situación negativa requirió: del establecimiento de acuerdos y de la toma de decisiones políticas que restablecieran el rumbo del país y recuperasen

una mirada colectiva de la sociedad. La reconstrucción institucional y política, a través de los gobiernos del Partido Justicialista, entre 2002 y 2015, permitió formular políticas públicas, como las de salud, a partir de un rol estatal fortalecido que implicaban, al buscar y redefinir propuestas, una mayor injerencia en las necesidades y en las demandas de la sociedad.

La fortaleza que fue recuperando el Estado tuvo que ver, en gran medida, con la construcción de poder que se fue generando desde el gobierno, y supuso la convocatoria a diferentes actores: la denominada MDA fue una muestra de dichas acciones. Esta fue pensada como modalidad de intercambio y propuso trabajar desde la articulación y la conciliación; facilitó que se abrieran espacios relacionados con distintos temas sociopolíticos y gubernamentales como la salud, la educación, el desarrollo social, la economía, etc.

Si bien esta metodología participativa y de diálogo abierto entre los actores no perduró, fue importante que ocurriera en ese momento histórico y político como fue el período posterior a la crisis de 2001. Esta instancia de diálogo generó un marco institucional y político que facilitó la movilización y el intercambio entre los actores, que pudieron, paulatinamente, recuperar vínculos y relaciones que estaban quebradas. En este contexto, el gobierno logró tomar decisiones y actuar en temas específicos, como fue el caso de las políticas de salud, y concretos, como lo fue la política de medicamentos.

Los actores, que formaron parte de este proceso, se involucraron y participaron según sus intereses y los recursos de los que disponían. De esta manera, se generaron relaciones que constituyeron una red

de políticas públicas en la que se podrá reconocer: la existencia de una estructura de actores y algunos componentes referidos a una determinada distribución del poder, el tipo de intereses que predominan, el grado de institucionalización de las relaciones entre organizaciones públicas y privadas, la capacidad de éstas para definir sus objetivos y llevarlos a cabo de manera autónoma, y los recursos que estos actores intercambiaban (Jordana, 2009).

Los actores públicos pueden definir condiciones y hacer cumplir normas a los actores privados, en tanto representen al Estado. Después de la crisis del 2001 el modelo de intervención tendió a fortalecer la función reguladora y rectora del Estado, y fue así como se delimitó el campo de acción de los actores privados y se orientaron sus comportamientos de acuerdo a los lineamientos estratégicos del gobierno. Esta condición de los actores públicos se puede observar en las características que tuvo la interacción entre los diferentes actores, durante y después, de la crisis iniciada a fines de 2001: quienes representaban al Estado fueron los que pusieron en práctica las reglas del juego, más allá de los consensos generados.

Los actores constituyeron una red de políticas, entramada a un conjunto general de políticas y, al mismo tiempo, al tejido interorganizacional; es decir, tanto en la formulación como en la implementación se establecieron vínculos entre actores públicos, privados y grupos de terceros con relaciones basadas sobre todo en los recursos, de los que disponía cada uno, y en la necesidad, que los demás actores tuvieran respecto de estos.

2.3.5. La institucionalidad a partir de los recursos e intereses intercambiados entre los actores políticos y sociales

Es relevante analizar la manera en que han interactuado los actores políticos y sociales, involucrados en el proceso de diseño e implementación del PR, para comprender algunos aspectos esenciales de la acción política que generó e impulsó a este programa.

La dotación de recursos de los diferentes actores de una política pública, así como su producción, gestión, explotación (más o menos continuada), su combinación e incluso su intercambio pueden tener una gran influencia sobre el proceso, los resultados y los efectos de dicha política (Subirats et al, 2008).

Durante la formulación del PR se produjo, por un lado, una fuerte movilización de recursos entre los actores involucrados que marcó y definió sus características, y, por otro, mucha circulación de conocimientos, ya fuesen técnico-científicos como de gestión. Otro factor de relevancia, junto con los recursos, fueron las relaciones entre los actores y los intereses de cada uno. Debido a que, si bien los actores desarrollaban sus acciones en función de un marco institucional que los restringía, además tenían como meta hacer prevalecer sus intereses. En suma, los recursos que disponían y los intereses que buscaban definían, entonces, las estrategias de los actores.

En las interrelaciones planteadas entre los actores gubernamentales, no gubernamentales e internacionales se produjo el intercambio de recursos e información, ya fuera de manera formal o informal; así como cierta intermediación de intereses que hicieron que se constituyeran redes

entre ellos, para permitir generar, primero, la formulación del programa y, luego, su implementación. Algunos actores participaron y acompañaron durante todo el proceso como el Estado, las Universidades y los CAPS, mientras que otros lo hicieron por un lapso menor de tiempo como Cáritas y la Cruz Roja Argentina, constituidos en la CAI. Existieron relaciones, aunque no entre todos los actores involucrados, que dieron lugar a coaliciones, mencionadas con anterioridad, con características diversas: por un lado, entre el MSN, el BID y la OPS, por otro, entre el MSN, las Universidades y los CAPS, por último, entre la CAI y los CAPS

Un aspecto que limitaba la constitución de una red y de una coalición fue que no todos los actores compartían un mismo objetivo, debido a que cada uno tenía como meta propia lo que se podría denominar como un “interés real”. En el caso de las Empresas Farmacéuticas, se proponían vender medicamentos, en el de los OI se buscaba ejecutar préstamos y controlar técnicamente algunos componentes del programa. Si bien en un punto estos objetivos convergían, porque tenían relación con lo que necesitaba el PR, eran objetivos particulares de cada actor que, en la medida en que se complementaban, contribuían a acercar y entregar medicamentos a la población, en particular la más vulnerable. Tal como lo propone Klijn (Klijn,1998), en estos aspectos, relacionados con intereses y recursos, y en la interacción de una importante diversidad y cantidad de actores, reside la complejidad de la política pública en lo relativo al PR, al analizarlo como proceso y, también, en sus posibilidades de institucionalidad.

Es importante reconocer que en el vínculo y en las redes constituidas entre los actores prevalecían algunos recursos, como el conocimiento, la capacidad de gestión y los recursos relacionales, las alianzas políticas

y estratégicas, lo económico-financiero y el apoyo político. Mientras que en la etapa de la formulación tuvieron mayor participación los recursos relacionados con los apoyos políticos y alianzas, así como el conocimiento y lo económico, en la de la etapa de la implementación siguieron siendo importantes lo político y lo económico fundamentalmente, prevaleciendo la capacidad de gestión y lo relacional e interactivo, debido a que son recursos muy necesarios para la ejecución de una política. Lo cierto es que no tiene demasiado sentido hacer referencia a los tipos de recursos si no se los vincula con los actores, que son quienes los producen, los gestionan, los movilizan y los intercambian.

Si se analiza tanto la etapa de formulación como la de implementación del PR, durante las gestiones de gobierno del Partido Justicialista, entre 2002 y 2015, puede reconocerse que el actor que dispuso, gestionó y movilizó más recursos fue el MSN; estos tuvieron características políticas, administrativas, de infraestructura y de organización.

Podemos definir a estos recursos como instrumentales, relacionales y con pocas posibilidades de facilitar o impulsar, por sí mismos, una política; es decir, para que una política pública ocurra, es necesario que haya siempre un intercambio, entre los distintos actores, de recursos complementarios de los que dispone el Estado, como sucedió en el caso del PR del MSN. Por esto, es que fue tan importante que las Universidades y la OPS aportaran conocimiento experto que lograra movilizar y generar cambios en los decisores del PR; pero también, y fundamentalmente, en los agentes de salud y equipos de aquellas organizaciones que implementaron el programa, como los CAPS. En el caso de estos últimos, se puede visualizar la complementación tanto de recursos como de intereses.

Otros actores, como la CAI en su momento, aportaron recursos relacionales y de organización, sobre todo de control y supervisión, dado que eran los representantes de la sociedad civil que garantizaban, con su presencia, la transparencia en el funcionamiento del PR. La disponibilidad de estos recursos, sin embargo, no se condijo con el control no gubernamental que finalmente pudieron ejercer (y que era uno de los principales intereses de estos actores) debido a que el gobierno limitó su accionar.

Al comienzo del programa, el BID desempeñó un rol destacado aportando recursos económicos, sin embargo estos no fueron del todo lo beneficiosos que podría haberse esperado. Puesto que no sólo estos implicaban acrecentar la deuda externa de la Argentina, con el consecuente incremento de su dependencia económica, sino que el BID, a la vez que entregaba recursos, condicionaba las decisiones del gobierno al exigir que se cumplieran ciertos requisitos; algunos de ellos eran, por ejemplo, el de identificar a la población beneficiaria de determinada forma o el de trabajar con ciertas organizaciones de la sociedad civil, etc. Así lo expresaron algunos integrantes del programa en la información relevada. No obstante, a estos condicionamientos, los fondos del préstamo, a través del PROAPS, posibilitaron el diseño y la implementación del PR.

En resumen, los actores participaron desde sus intereses y recursos en el proceso de la política de salud, específicamente en lo que hace al PR, y en una interrelación de fuerzas donde era el Estado el que definía en gran medida el espacio y el margen de acción de cada uno de ellos. La participación de los actores fue la que delineó, o retroalimentó, la institucionalidad y la representatividad que se dio en dicho proceso de políticas.

Consideraciones finales

El PR fue una acción relevante dentro de la política pública de salud, en los períodos de gobierno de Duhalde (2002-2003), Kirchner (2003-2007) y Fernández de Kirchner (2007-2015), no sólo por atender la problemática social del acceso a medicamentos a población vulnerable, en una situación de crisis, sino además porque representó una nueva forma de relación entre el Estado, la sociedad civil y la ciudadanía.

Este programa quebró el paradigma en el que prevalecían las reglas del mercado y en el cual el Estado ejercía un rol secundario. Al desempeñar un rol más activo y con mayor capacidad de intervención, el Estado pudo dar respuesta inmediata a una problemática que se hacía más aguda por las dificultades socioeconómicas existentes. Para ello realizó un gran despliegue de recursos humanos, económicos, políticos, de conocimientos y de infraestructura a lo largo de todo el territorio nacional, con el fin de instalar bases locales en los CAPS. Por esta razón dio cuenta de su importante capacidad de intervención, que se valorará más si se recuerda el proceso que este actor público había atravesado; proceso que lo había debilitado y reducido en lo que se refiere a sus posibilidades de resolución de las demandas sociales.

Al Estado también se sumaron otros actores públicos, privados y organizaciones de la sociedad civil que aportaron recursos y

complementaron las acciones formuladas y decididas por el gobierno, como se mencionó con anterioridad. La interacción y la constitución de redes entre actores no se dieron espontáneamente, sino que fueron impulsadas desde el Estado. Al decir de Subirats

...tanto los actores públicos, privados o grupos terceros fomentaron y desarrollaron sus vínculos entre sí a partir de sus propios intereses. Es decir, la política pública está dirigida al interés colectivo, pero se construye desde los intereses particulares en los cuales se encuentran representados distintos sectores de la sociedad, siendo el Estado el que articula dichos intereses encauzándolos en las políticas públicas (Subirats et al, 2008).

Y podemos agregar que dicho Estado fijó reglas y generó compromisos que hacían a la institucionalidad.

Asimismo, existieron coaliciones para cuya constitución fueron relevantes los intereses y los recursos. Estas contemplaron las relaciones entre actores con características diferentes, que a su vez les imprimieron matices distintos. En esta diversidad existió complementariedad, a pesar de que hubo, en ciertos momentos, enfrentamientos y desavenencias para ejecutar una política de salud. Esta complementariedad, como un componente relevante en estas gestiones de gobiernos, fortaleció las acciones para la implementación de lo que fue específicamente el PR; es decir, pueden haber existido dificultades y limitaciones en la implementación del PR, pero esta política pública logró sostenerse mediante el marco de institucionalidad, de representatividad y de participación generado.

Ahora bien, estos mecanismos que posibilitan representatividad e institucionalidad se construyen en un contexto y proceso político determinado. Por esto deben lograr afianzarse, a través de un andamiaje normativo y en las prácticas sociales y culturales, de tal modo que generen compromisos en la relación Estado y sociedad. Si no, es probable que tengan dificultades para persistir y perdurar ante cambios políticos, como le sucede en Argentina en 2016.

En el contexto neoliberal, a partir de 2016, la sociedad visualizó cambios desde las decisiones políticas de gobierno que reorientaron y, en muchos casos, dejaron sin efecto un tipo de intervención y presencia del Estado en la sociedad, como así también políticas que habían sabido recomponer condiciones de vida y sociales.

El reconocimiento de estas debilidades en las sociedades democráticas es lo que nos lleva a destacar la necesidad de profundizar el análisis para, de esta manera, plantear modificaciones en los mecanismos y en las formas de ejercer la democracia, con el objetivo de fortalecerla y hacerla más estable y equitativa.

4

Referencias bibliográficas

- Arriagada I.; V. Aranda y F. Miranda.(2005). «*Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*». Serie, *Políticas sociales*, 114. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización de Naciones Unidas.
- Asamblea General de la ONU (2000), Resolución 55/2, 2, Doc. A/55/L.2, 8 de septiembre.
- Domench Cámpora, P. (2014). *Políticas de salud en la emergencia 2002-2007: movilización de conocimientos, actores y recursos en el Programa Remediar y en Municipios saludables*. (Tesis presentada para la obtención del Título de Doctorado). Universidad de Buenos Aires.
- González García, G. (21 de abril de 2003) «El derecho a la salud, recuperado. En un año, medidas oficiales como la prescripción por genéricos y la provisión gratuita de medicamentos promovieron mayor bienestar en la población». En *Diario Clarín*.
- González García, G. y F. Tobar (2004). «*Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*». Isalud. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=eBjDBEadPjEC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Salud+para+los+argentinos+econom%C3%ADa,+pol%C3%ADtica+y+reforma+del+sistema+de+salud+en+Argentina&cts=komadfwefQ&sig=J5pxrzlf70PkgfG6bHxCkUVb1Q&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>
- Hintze, S. (comp.) (2000). *Estado y sociedad: Las políticas sociales en los umbrales del siglo XXI*. Eudeba.
- Jordana, J. (2009). «Examinando las redes de actores en el análisis de las políticas públicas: debate teórico y técnicas cuantitativas». *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, (1), 9-15.

- Klijn, E. (1998). *Redes de políticas: Una descripción general*. En Kickert, W. J. M y Koppenjan, J.F.; (eds). (1998) *Gestión de redes complejas*.
- República Argentina (2002). Decreto de Necesidad y Urgencia 486, Emergencia Sanitaria Nacional. Publicado en el B.O. el 13 de marzo.
- República Argentina (2002). Ministerio de Salud de la Nación. Resolución N.º 201, Art. 1, inciso d., Programa Médico Obligatorio (PMOE), Publicada el 9 de abril.
- República Argentina (2002). Ministerio de Salud de la Nación. Resolución N.º 326, Recetas-Nombre genérico. Publicada en el B.O. el 7 de junio de 2002.
- República Argentina (2002). Ley N.º 25649, Especialidades Medicinales. Medicamentos Genéricos. Publicada en B.O. el 19 de septiembre.
- República Argentina (2004). Ministerio de Salud de la Nación. Resolución N.º 119, Reglamento Operativo del Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS). Publicada el 6 de febrero.
- República Argentina (2004). Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. *Bases del plan de Salud 2004-2007*. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Plan_Federal_Salud.pdf>
- República Argentina (2005). Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Equipos Comunitarios. En *Salud y Sociedad*, (1).
- República Argentina (2006). Ministerio de Salud de la Nación. El Programa Remediar. Gestión y Resultados de un Modelo Innovador en APS. Disponible en: <http://186.33.221.24/files/Publicacion%20Remediar_07s.pdf>
- Subirats, J.; Knoepfel, Larrue y Varone. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Ariel.
- Tobar, F. (2002) «¿Cómo curar al sistema de salud argentino?». En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, (4), pp. 277-282.
- Torres, R. (2008). «Aprendizajes de gestión en un sistema fragmentado de aseguramiento social en Salud». En Maceira, D. (2008) (comp.). *Experiencias de gestión pública en salud. Primer ciclo (67-78)*. CIPPEC.
- Zeballos, J. (2003). *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003*. Organización Panamericana de la Salud.

CUINAP | Argentina, Cuadernos del INAP

Año 1 - N.º 5 - 2020

Instituto Nacional de la Administración Pública

Av. Roque Sáenz Peña 511, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

C. P.: C1035AAA - Tel.: 4343-9001 - Int.: 410

Correo electrónico: cuinap@jefatura.gob.ar

ISSN 2683-9644

Editor responsable

Alejandro M. Estévez

Idea original

Carlos Desbouts

Edición y corrección

Juan Sala Clara

Arte de tapa

Roxana Pierri

Federico Cannone

Diseño y diagramación

Lucía Fernández Carrascal

Las ideas y planteamientos contenidos en la presente edición son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no comprometen la posición oficial del INAP.

INAP no asume responsabilidad por la continuidad o exactitud de los URL de páginas web externas o de terceros referidas en esta publicación y no garantiza que el contenido de esas páginas web sea, o continúe siendo, exacta o apropiada.

Los Cuadernos del INAP y su contenido se brindan bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 2.5 Argentina. Es posible copiar, comunicar y distribuir públicamente su contenido siempre que se cite a los autores individuales y el nombre de esta publicación, así como la institución editorial.

El contenido de los Cuadernos del INAP no puede utilizarse con fines comerciales.

Esta publicación se encuentra disponible en forma libre y gratuita en: **publicaciones.inap.gob.ar**

Marzo 2020

Secretaría de
Gestión y Empleo Público



Jefatura de
Gabinete de Ministros
Argentina