


70

Año | 2017

# Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal

Experiencia federal



PLANIFICACIÓN  
PARTICIPACIÓN  
VIGILANCIA  
INVESTIGACIÓN  
RESILIENCIA  
CALIDAD  
GOBERNANZA  
MONITOREO  
EQUIDAD  
DETERMINANTES  
SOCIALES  
RECTORÍA  
PROMOCIÓN  
RECURSOS HUMANOS  
PARA LA SALUD  
ACCESO Y COBERTURA  
UNIVERSAL



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

AASAP  
Asociación Argentina de Salud Pública



# Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal

Experiencia federal

Representación OPS/OMS Argentina, 70



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas



OPS/OMS Argentina  
Marcelo T. de Alvear 648 - 4° piso  
(C1058AAH) CABA, Argentina

Buenos Aires, 2017

Funciones esenciales de salud pública : su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal : experiencia federal / Osvaldo Artaza Barrios ... [et al.] ; coordinación general de Osvaldo Artaza Barrios. - 1a ed. - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2017.

196 p. ; 22 x 15 cm. - (Publicaciones de la representación OPS-OMS en Argentina ; 70)

ISBN 978-950-710-127-4

1. Salud Pública. 2. Federalismo. 3. Argentina. I. Artaza Barrios, Osvaldo II. Artaza Barrios, Osvaldo, coord.

CDD 613.04

Fecha de catalogación: 21/03/2017

© Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Fecha de realización: marzo 2017

Tirada: 1.000 ejemplares

Revisión editorial: Érica Marino

Revisión bibliográfica: Flavio Hazrum

Diseño: Andrés Venturino

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial, pero mencionando la fuente de información.

# Índice



<b>Índice de autores</b> .....	<b>iii</b>
<b>Prólogo</b> .....	<b>v</b>
<b>Capítulo 1</b> .....	<b>7</b>
Capítulo introductorio: las Funciones Esenciales de Salud Pública y su debate en el contexto del sistema de salud en Argentina. <i>Ernesto Báscolo</i>	
<b>Capítulo 2</b> .....	<b>19</b>
Documento sobre rectoría, Funciones Esenciales de Salud Pública, federalismo y sistema de salud argentino. <i>Valentín Aragüés y Oroz</i>	
<b>Capítulo 3</b> .....	<b>43</b>
Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): vigencia o caducidad. <i>José Antonio Pagés</i>	
<b>Capítulo 4</b> .....	<b>57</b>
Federalismo y salud en la Argentina (El derecho a la salud en el ordenamiento jurídico argentino). <i>Oscar Ernesto Garay</i>	
<b>Capítulo 5</b> .....	<b>71</b>
Rectoría y gobernanza para las Funciones Esenciales de Salud Pública: antecedentes conceptuales. <i>Ernesto Báscolo; Osvaldo Artaza</i>	

<b>Capítulo 6</b> .....	<b>91</b>
Rectoría y gobernanza en la transformación de los sistemas para salud universal. <i>Oswaldo Artaza; Ernesto Báscolo</i>	
<b>Capítulo 7</b> .....	<b>121</b>
Federalismo y salud: análisis y propuestas. <i>Julio Bello; Jorge Mera</i>	
<b>Capítulo 8</b> .....	<b>151</b>
Jornada de lanzamiento del Foro Argentino sobre Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y federalismo. Salón de la biblioteca de la Academia Nacional de Medicina. 1° de noviembre de 2016. Resultados y discusión	

# Índice de autores



## **Valentín Aragüés y Oroz**

Médico Sanitarista. Docente Autorizado de Salud Pública de la UBA. Director científico de la *Revista Argentina de Salud Pública*. Asesor de Gabinete de la Unidad Ministro. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

## **Osvaldo Artaza Barrios**

Médico Pediatra. Magister en Administración en Salud, ex director de hospital y ex ministro de Salud de Chile. Asesor Sistemas y Servicios –HSS- OPS/OMS.

## **Ernesto Báscolo**

Economista. Doctor en Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Magister en Economía de la Salud y Políticas de Salud. Birmingham University. Magister en Salud Pública. Universidad de Rosario. Asesor en Gobernanza de Salud, Liderazgo, Política y Planificación en la Organización Panamericana de la Salud, Washington. Investigador Conicet en licencia.

## **Julio Bello**

Médico, Diplomado en Salud Pública de la UBA; coordinador de la Asociación Argentina de Salud Pública; profesor universitario, fue director y coordinador del programa de Salud de Médicos Comunitarios, en diversas universidades; ex consultor temporario de la OPS y OEA; ex subsecretario Nacional de Desarrollo Humano y Familia y ex subsecretario de Salud de las provincias de Chaco y Buenos Aires.

**Oscar Ernesto Garay**

Abogado, UBA. Magister en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona. Publicista.

**Jorge Mera**

Fue subdirector del Hospital de Niños, interventor del INOS y director nacional de Recursos Humanos de Salud. Ha publicado, entre otros, los libros *Política de Salud en la Argentina*, *Los servicios de Salud en Argentina* y *La reforma de salud en el tercer milenio*.

**José Antonio Pagés**

Cubano. Médico-sanitarista. Docente. Ex funcionario de OPS/OMS (1984-2013). Fue representante de OPS/OMS en Argentina (2004-2010). Actual director del Centro de Estudios sobre Diplomacia en la Salud Global - CEDISAG, de la Universidad ISALUD. Integrante del Grupo Gestor de la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP).





# Prólogo

El 1.º de noviembre de 2016, en el Salón Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina se llevó a cabo el lanzamiento del Foro Argentino sobre Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y Federalismo. Esta publicación representa el inicio del proceso de diálogo y debate en torno a las FESP, liderado por la Asociación Argentina de Salud Pública, con el apoyo de la representación Argentina de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Durante ese encuentro se expuso y se debatió sobre política gubernamental y el fortalecimiento de la rectoría; federalismo y salud; y las FESP en el contexto de la salud universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Junto con la transcripción de las ponencias y opiniones recogidas en dicha ocasión, que constituyen el capítulo final de este libro, esta publicación reúne además aportaciones conceptuales y experiencias con respecto a las funciones esenciales de distinguidos académicos, salubristas, y funcionarios gubernamentales en la Argentina.

Las FESP son un conjunto de acciones y capacidades destinadas a proteger y mejorar la salud de la población. En este contexto, esta publicación pretende constituirse en un aporte al diálogo entre los diversos actores, sobre los aspectos centrales –lecciones aprendidas, desafíos y oportunidades– para la Nación argentina, desde su historia y su realidad federal, que se deben fortalecer con el objeto de conseguir equitativamente mayores niveles de salud para todos.

Estas funciones comprenden el monitoreo, el análisis de la situación de salud; el control de riesgos; la promoción de la salud; la participación de los ciudadanos; el desarrollo de políticas y la planificación institucional; la regulación y fiscalización; el acceso equitativo a los servicios de salud; la distribución y la capacitación de los recursos humanos; el mejoramiento de la calidad de servicios; la investigación y la reducción del impacto en emergencias y desastres.

Las FESP representaron un componente relevante de las políticas de salud en la Región de las Américas durante las décadas del 90 y del 2000, que sirvieron para dar respuesta a los desafíos de los sistemas de salud en un contexto de reformas sec-

toriales que limitaban el ejercicio de la función rectora de las autoridades sanitarias. Esta herramienta permitió visibilizar las capacidades indelegables de las autoridades sanitarias.

Esta publicación busca aportar a la renovación de las FESP, dentro de los nuevos contextos y en la especificidad de la realidad del sistema de salud argentino. Junto a la publicación, la Asociación Argentina de Salud Pública, espera desarrollar durante los próximos meses un conjunto de actividades nacionales, provinciales y municipales, que buscan contribuir al fortalecimiento de la rectoría en salud y a la generación de consensos para potenciar la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientados a proteger y mejorar la salud de personas y comunidades.

Este proceso local, se inserta en un esfuerzo regional de la Organización Panamericana de la Salud por identificar lecciones aprendidas y buenas prácticas en el ámbito de las FESP. Luego de más de 15 años desde la amplia promoción de las FESP como estrategia para fortalecer los sistemas de salud, difundidas a través de la publicación 2002 de *Salud Pública en las Américas*, un nuevo contexto regional marcado por nuevos desafíos de salud de la población, los avances en materia de políticas de salud con expansión de las condiciones de acceso a los servicios de salud y la cobertura de salud de gran parte de los países de la región y la necesidad introducir los aportes de nuevas concepciones sobre salud pública y políticas de salud son los fundamentos que guían a nuestra organización para abrir un proceso amplio de consulta. Esta revisión procura actualizar y revitalizar esta temática como un componente central en los procesos de fortalecimiento de los sistemas de salud.

En este marco, y como parte de reuniones y actividades de análisis colectivos en países de la región, Buenos Aires ha sido un escenario clave durante el mes de setiembre del 2016, para debatir sobre esta temática y analizar su pertinencia con respecto a los desafíos que tiene el país en materia de salud pública, con la activa participación de expertos encabezados por el Ministro de Salud de la Nación. Estamos seguros que las actividades y opiniones que vayan surgiendo a raíz de esta publicación serán un insumo para los próximos debates y consensos que se vayan desarrollando en las Américas en el fortalecimiento de la Salud Pública.

***Maureen Birmingham***

Representante OPS/OMS Argentina



# Capítulo 1



## Capítulo introductorio: Las funciones esenciales de salud pública y su debate en el contexto del sistema de salud en Argentina

*Ernesto Báscolo<sup>i</sup>*

### Introducción

Las funciones esenciales de salud pública (FESP) ocuparon un rol destacado en la discusión sobre las políticas de salud en la Región de las Américas durante la década del 90 y primeros años del 2000. Su definición, desarrollo e implementación fueron parte de una respuesta a los riesgos que asumieron las reformas sectoriales de las décadas del 80 y 90, en términos de reducción y amenaza del ejercicio de la función rectora de las autoridades nacionales de salud. En este marco, las FESP permitieron visibilizar las capacidades críticas indelegables de las autoridades de salud, debatir sobre su relevancia y alcanzar un consenso regional importante.

Este capítulo tiene el objetivo de introducir esta publicación y actualizar la discusión de FESP, su pertinencia y relevancia en el marco de nuevo contexto regional, caracterizado por la presencia de nuevas condiciones sociales, económicas e institucionales y el contexto nacional del Sistema de Salud en Argentina, con especial referencia de sus propias particularidades de país federal y sus grandes retos en términos de segmentación y fragmentación.

Este capítulo consta de tres partes. La primera parte contiene los antecedentes de las FESP en la región de las Américas. La segunda parte está centrada sobre los argumentos que fundamentan la actualización conceptual de las FESP en el marco de nuevos desafíos de los sistemas de salud. En este marco, se presenta la estrategia de salud de acceso universal a la salud como referencia central para la región de las Américas. La última parte presenta una propuesta analítica conceptual de la función

---

<sup>i</sup> - Asesor en Gobernanza de Salud, Liderazgo, Política y Planificación en la Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS –HSS- Washington D.C.

de rectoría y se abordan las FESP como capacidades críticas para transformar los sistemas de salud.

## **Antecedentes de las FESP en la región de las Américas**

El contexto particular de la producción de las diferentes versiones de las FESP ha tenido una gran influencia sobre los objetivos formulados, su difusión y formas de su aplicación. Las primeras versiones de FESP en Estados Unidos procuraron visibilizar la necesidad de fortalecer los programas de salud pública. En el marco del desmantelamiento de los programas de salud pública a finales de la década del ochenta, instituciones científicas de Estados Unidos utilizaron las FESP para medir, evaluar y fortalecer capacidades necesarias para el desarrollo de los programas de salud pública a finales de la década del ochenta y durante los noventa.

A fines de la década de los noventa, la primera versión de las FESP liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se procuró definir un listado “mínimo” de programas y servicios de salud a principios de los 2000, con el propósito de sostener una cobertura mínima de prestaciones para los países.

Pocos años después, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolla una versión de FESP, con el soporte técnico y político de un proceso consultivo regional. Este proceso procuró fortalecer la función de rectoría de las autoridades de salud pública en los países de la región, debilitadas tras las reformas estructurales que tuvieron los países de la región durante las décadas del ochenta y noventa. Por esto mismo, la versión de las FESP en la región de las Américas se inscribe como dimensión inherente al fortalecimiento de la función rectora de las autoridades de salud.

La publicación “Salud Pública en las Américas” del año 2002 (p.4) señala que, *“el concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas”*. Esta definición procuró superar una perspectiva limitada de la salud pública como los servicios de salud no personales o de las intervenciones de carácter comunitario dirigidas a la población, para incluir también la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención de la salud.

En segundo lugar, la iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, definió las FESP como: *“las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio de la salud pública”*. (OPS, 2002, p.4). La inclusión de aspectos institucionales en la definición de las FESP permitió

incorporar conceptos de regulación, actores y estructuras que integran el sistema de salud.

La Organización Panamericana de la Salud enfocó sus esfuerzos para recuperar lo que denominó las prácticas en salud pública, definiendo una iniciativa continental denominada “La Salud Pública en las Américas” dirigida a la definición y medición del desempeño de las FESP, como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del Estado.

El proyecto contempló la participación de expertos procedentes del medio académico, sociedades científicas, servicios de salud y organismos internacionales congregados en una red de retroalimentación continua a su desarrollo, y representó una valiosa oportunidad para revisar el estado de la práctica de la salud pública en la Región de las Américas en ese momento.

En este marco, la caracterización y medición de las FESP buscaron evaluar su grado de cumplimiento, tanto por parte del Estado como de la sociedad civil (Guerra de Macedo, 2000). De esta forma se procuró fortalecer la función de rectoría de las autoridades de salud. En gran parte, el papel rector consistió en dar cumplimiento a las FESP que competen al Estado en sus niveles central, regional y local.

La relación entre función de rectoría y funciones esenciales de salud pública es explícita en el documento de “La Salud Pública en las Américas”, en donde se definen la función de rectoría en términos de *“capacidad institucional en materia de conducción de las acciones sectoriales, de regulación y fiscalización de bienes y servicios relacionados con la salud, la aplicación de las funciones esenciales en salud pública, de modulación del financiamiento, de la vigilancia del aseguramiento, de la supervisión de la compra y de la armonización de las condiciones de provisión de servicios, para garantizar el acceso universal y equitativo a la atención a la salud con criterios de calidad”* (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Se definen las siguientes dimensiones de las funciones de la rectoría:

- **Conducción sectorial:** implica la capacidad de formular, organizar y dirigir la política nacional de salud.
- **Regulación sectorial:** se relaciona con la capacidad de normar legal, técnica y administrativamente la atención de la salud.
- **Modulación del financiamiento de la atención en salud:** tiene que ver con la garantía de que los diversos mecanismos de financiamiento de la atención a la salud se complementen para lograr el acceso de la población a los servicios de salud.

- **Vigilancia del aseguramiento:** implica la puesta en marcha y la evaluación de mecanismos innovadores que permitan la ampliación de la cobertura de la seguridad social en salud
- **Armonización de la provisión de servicios de salud:** tiene que ver con la implementación de las estrategias que permitan la articulación de los diversos proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados, tanto desconcentrados como descentralizados, tanto de nivel local como regional y nacional.

Ejecución de las funciones esenciales en salud pública: garantizar que las funciones imprescindibles para lograr una buena práctica en salud pública se concrete.

Con respecto a las FESP, éstas fueron identificadas y clasificadas de la siguiente forma:

<b>FESP 1</b>	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
<b>FESP 2</b>	Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños en Salud Pública.
<b>FESP 3</b>	Promoción de la salud.
<b>FESP 4</b>	Participación de los ciudadanos en la salud.
<b>FESP 5</b>	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de Salud Pública.
<b>FESP 6</b>	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de Salud Pública.
<b>FESP 7</b>	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
<b>FESP 8</b>	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en Salud Pública.
<b>FESP 9</b>	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
<b>FESP 10</b>	Investigación en Salud Pública.
<b>FESP 11</b>	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

La relación entre la función de rectoría y las FESP es evidente cuando se reconocen las dimensiones incorporadas en cada uno de estos conceptos. Por un lado, una de las funciones de rectoría es el ejercicio de las FESP. Por otro lado, todas las funciones que integran las FESP están relacionadas con algunas de las dimensiones de la función de rectoría.

## Las FESP en el contexto de la salud universal

Dos desafíos importantes animan la necesidad de revitalizar las FESP y adaptarlas al contexto actual. En primer lugar, es necesario clarificar conceptualmente la relación entre las dimensiones de rectoría y las funciones esenciales de salud pública. Una mayor claridad analítica que integre ambos conceptos permitiría interpretar mejor el rol de las FESP como herramienta facilitadora del fortalecimiento de la rectoría de las autoridades de salud. En segundo lugar, aunque los logros han sido evidentes en términos de la movilización de actores en torno al debate de esta temática, con avances significativos en la medición de las FESP, hubo también una tendencia a hacer una sinonimia entre FESP y la medición de las mismas, sin profundización de su rol como facilitador de los procesos de transformación de los sistemas de salud.

Estos desafíos deben ser interpretados en el marco de un nuevo contexto regional que ha alcanzado avances importantes en el fortalecimiento de los sistemas de salud durante la última década. Este período se caracterizó por una serie de eventos relacionados con el reposicionamiento del Estado desde una perspectiva de fortalecimiento de sus capacidades de conducción y regulación. Durante estos años, en la Región se produjo un crecimiento sostenido de las economías nacionales, con un mejor desempeño económico expresado en mayores niveles de ingreso y empleo, y mejores capacidades fiscales de los Estados, que facilitaron el desarrollo de políticas de inclusión social, con la participación de nuevos actores sociales. Estos cambios permitieron una reducción de la pobreza y mejores condiciones sociales, con impacto sobre las condiciones de salud de la población. Esta situación sirvió de soporte a una agenda que abordó los problemas de pobreza con políticas sociales de inclusión social.

Desde el campo de la salud se produjeron cambios importantes en el marco de la estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de la salud, con programas de extensión de la cobertura de la población, mejoras en las condiciones de acceso a los servicios de salud, una ampliación del espacio fiscal para mejorar el financiamiento público en salud, cambios del modelo de atención y el desarrollo de iniciativas intersectoriales que abordan los determinantes sociales (Salud de las Américas 2017).

Para hacer posibles las condiciones de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud es necesario destacar dos aspectos centrales. En primer lugar, la estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de la salud enfatiza la necesidad de transformar la producción social en salud, desde una concepción que supera los límites del sistema de servicios de salud, incorporando intervenciones intersectoriales con abordaje sobre los determinantes sociales de salud. Los cambios del modelo de atención representan un nodo central de este proceso de cambio, condición necesaria para garantizar el derecho a la salud de la población.

En segundo lugar, la estrategia asume como principales limitaciones institucionales de los sistemas de salud a la segmentación de los sistemas de cobertura y la fragmentación de los servicios de salud en la Región de las Américas. Para superar estos problemas la rectoría de las autoridades de salud deben producir cambios institucionales, expresados por la gobernanza del modelo de financiamiento, los servicios de salud, los recursos humanos, y los medicamentos y las tecnologías.

En la estrategia de acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud, el término ‘rectoría’ se refiere a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento y el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. Por ‘gobernanza’ se entienden los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos del sistema de salud que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud.

En otras palabras, tales procesos de transformación requieren el fortalecimiento del ejercicio de la rectoría de las autoridades de salud de las funciones de planificación, de regulación y fiscalización, la evaluación y el monitoreo, el fortalecimiento del marco regulatorio internacional y en un marco de participación social y transparencia, para hacer posible cambios en aquellos arreglos institucionales, con incidencia sobre las condiciones de acceso a los servicios de salud y la cobertura financiera de la población. En este marco, las FESP exceden un listado de condiciones que deben ser medidas y monitoreadas, para transformarse en capacidades que deben ser fortalecidas en un proceso de transformación de los sistemas de salud.

Esta perspectiva analítica requiere una interpretación de las FESP que se base a partir de las características de cada contexto nacional particular de transformación de los sistemas de salud. Este abordaje se orden considerando las FESP en tres grandes dimensiones: **las actividades estratégicas** de la función de rectoría que deben asumir las autoridades de salud (tales como planificación, regulación, fiscalización, fortalecimiento del reglamento sanitario internacional, participación social) que operan como catalizadores de la transformación de **los arreglos institucionales** (en el financiamiento, recursos humanos y tecnología y medicamentos) que inciden sobre la producción de **un nuevo modelo de atención** basado en las personas y las comunidades.

## **Algunas implicaciones de las FESP en el contexto de Argentina**

Las características institucionales de Argentina como país federal y con una larga trayectoria de tres subsistemas (público, seguridad social y privado) con escasa articulación han sido consideradas como condiciones estructurales que explican la presencia de los rasgos de fragmentación institucional y segmentación de su sistema de salud.



---

Incluso, durante las últimas décadas, la complejidad de su sistema de salud permite advertir la presencia de diferentes iniciativas de reformas en diferentes niveles institucionales (nacional, provincial y municipal) y en diferentes subsistemas (público y seguridad social).

En este marco, es indispensable caracterizar la composición de los organismos y agencias que ejercen funciones de rectoría del sistema de salud. Este abordaje es necesario para reconocer la diversidad de actores con aquellas actividades estratégicas en un proceso de transformación de los sistemas de salud, tales como funciones de planificación, regulación o fiscalización. La distribución de estas actividades entre actores ubicados en diferentes niveles institucionales y en diferentes subsistemas permite reconocer tanto brechas y oportunidades para fortalecer el ejercicio de rectoría, como así también posibles duplicaciones y contradicciones en la dirección de los esfuerzos realizados en el marco de disímiles procesos de transformación.

Un punto crucial de la necesaria armonización de los lineamientos de los procesos de reforma radica en la definición de los espacios de consenso y coordinación de las iniciativas en marcha. Si bien, durante las últimas décadas, el COFESA logró sostener un espacio de intercambio entre equipos políticos y técnicos de las autoridades sanitarias nacionales y provinciales, en los cuales se comparte información sobre problemas de salud y programas impulsados desde el Ministerio de Salud de la Nación, aún persisten limitaciones para lograr un rol de impulso de procesos de reforma más ambicioso, como apoyo de intervenciones orientadas para avanzar a mejorar las condiciones de acceso universal a la salud, a través de un sistema más integrado, equitativo y efectivo.

Es posible explorar posibles líneas de fortalecimiento de este espacio institucional. En esta línea se podría incluir una mayor sistematización y fortalecimiento de los acuerdos producidos en el marco del COFESA para garantizar su implementación. En forma complementaria, es indispensable el desarrollo de una estructura de gestión que permita organizar y profundizar el análisis de problemas, la coordinación de procesos entre diferentes organizaciones involucradas, y la implementación de una política comunicacional que garantice la transparencia y la legitimidad de este espacio institucional. Estos acuerdos son posibles con la inclusión de nuevos actores, que se incluyan en el seno del COFESA, ya sea con funciones de financiamiento y de provisión de servicios que pudiesen contribuir a iniciativas de mayor integración territorial (inclusión de municipios) y funcional (obras sociales nacionales, provinciales y especiales), como así también movimientos sociales y representantes de la población, organizaciones académicas con capacidad de producción de conocimiento de problemáticas de salud relevantes, e invitados de representantes de otros poderes del Estado (comisión de salud de las cámaras de diputados y senadores, y representantes del poder judicial). Finalmente, la constitución de una agenda estratégica con alcance de largo plazo y legitimada por la mayor cantidad de actores estratégicos.

Con respecto a los arreglos institucionales, es indispensable tomar en consideración los aspectos regulatorios del financiamiento, los recursos humanos y los medicamentos y la tecnología que inciden sobre las condiciones de acceso a los servicios de salud y la cobertura en salud de la población.

En primer lugar, los estados miembros de OPS se comprometieron en la estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de la salud (2013) para avanzar hacia un umbral con nivel de financiamiento público que alcance el 6% sobre el Producto Interno Bruto. Si bien la brecha todavía es importante, explorar posibles potenciales espacios fiscales para fortalecer el financiamiento público debe ser parte de una agenda que fortalezca un modelo de financiamiento que garantice las condiciones de acceso a los servicios de salud. Otra de las dimensiones del modelo de financiamiento es el aseguramiento, que comprende los mecanismos de mancomunidad de recursos y definición de los sistemas de cobertura. La falta de integración entre sector público y seguridad social de este componente explica parte de la inequidad del modelo de financiamiento. La multiplicidad de obras sociales y aseguradoras sin mecanismos solidarios potentes que permitan compensar desiguales niveles de aportes y perfiles de necesidad de los servicios de salud de la población son factores que deberían abordarse para mejorar la solidaridad del sistema de salud. Por último, los procesos de transferencia de recursos hacia los proveedores de servicios de salud son instrumentos claves para promover la equidad y la eficiencia tanto en el sector público como en la seguridad social. La equidad de los sistemas de salud debería ser considerada a partir de la inclusión de las necesidades de salud de la población como determinante principal de los criterios de priorización y asignación de recursos. La eficiencia puede ser promovida a través de mecanismos de incentivos que introduzcan al desempeño de los servicios como un atributo medido y ponderado en la asignación de recursos y permita sostener procesos de transformación hacia un modelo de atención basado en las personas y las comunidades.

La gobernanza de los recursos humanos comprende diferentes dimensiones de regulación, que son objeto de intervención en diferentes espacios y actores en el contexto de Argentina y en todos los casos deberían ser soporte del modelo de atención promovido. La gobernanza de la formación de los profesionales con los saberes, destrezas y concepciones requeridos incluye la relación entre autoridades nacionales y provinciales de salud con actores del sistema educativo (universitario y terciario), la regulación de las profesiones, con una definición de incumbencias que promuevan equipos de salud y abordaje intersectorial e interdisciplinario incluye a colegios médicos y ministerios de salud, una evaluación participativa de la práctica profesional que aliente al compromiso social incluye a organizaciones de profesionales, políticos y gestiones de servicios de salud, y finalmente una regulación de las condiciones de trabajo que garanticen la dignidad del ejercicio profesional e incluya formas de pago coherentes con los incentivos promovidos, abarca a sindicatos, organizaciones profesionales, y los ministerios de salud y trabajo, tanto a nivel provincial como nacional.

La gobernanza de los medicamentos y la tecnología comprende regulaciones de la oferta y la demanda de estos productos con incidencia sobre las condiciones de acceso y cobertura de los servicios de salud. La regulación de la oferta comprende el proceso integral. En primer lugar, las estrategias de promoción de la innovación deben alcanzar un balance entre políticas de ciencia y técnica con incentivos orientados al desarrollo de nuevos productos y las políticas de salud que deben proteger el derecho a la salud de la población. Las agencias de regulación y fiscalización de la producción y comercialización de estos productos deben garantizar su calidad, seguridad y eficacia. La distribución de estos productos es responsable de la seguridad, eficiencia, y oportunidad de las cadenas de suministro de estos insumos. La regulación de la demanda comprende decisiones con gran influencia sobre las condiciones de acceso y cobertura de estos productos. La eficiencia puede ser promovida a través de la definición de la cobertura a través de estudios de costo efectividad y la promoción del uso racional. Finalmente, la definición o incidencia sobre los precios de mercado son aspectos claves que inciden para minimizar el pago de bolsillo como barrera al acceso de la población..

Finalmente, las FESP tienen un rol central sobre las capacidades requeridas para transformar el modelo de atención ya sea desde espacios de gestión y prestación de los servicios de salud como desde y con intervenciones intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud. Un gran abanico de actores, profesionales, gestores, movimientos sociales, deben ser parte de los procesos de cambios orientados a facilitar un modelo de atención centrado en las necesidades de las personas y las comunidades.

## **Conclusión**

Las FESP han sido una temática central en el debate de la salud pública en la región de las Américas durante las últimas décadas. Un contexto general, marcado por procesos de transformación de los sistemas de salud en gran parte de los países de las Américas y una estrategia regional de OPS de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud nos alienta a revitalizar y actualizar el concepto de las FESP.

Considerar las FESP como capacidades críticas para sostener los procesos de transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal ofrece una gran oportunidad para analizar el rol de las autoridades de salud en escenarios institucionales y políticos particulares. Este abordaje permite interpretar las FESP como instrumento facilitador de los procesos de cambio y por lo tanto como herramienta de cooperación con los países de la región.

La complejidad del sistema de salud en Argentina es un escenario extremadamente estimulante para reconocer las capacidades críticas de las autoridades sanitarias que deberían ser fortalecidas en el contexto de los procesos e iniciativas de cambio que se desencadenan en diferentes niveles y estructuras institucionales. Su debate, su aplicación y su utilización efectiva como herramienta de transformación del sistema de salud amerita un ejercicio con participación de actores claves, involucrados e interesados en alcanzar cambios hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.



## Bibliografía

1. Guerrero L, Leon A. Aproximación al concepto de salud: revisión histórica. *Rev. Vzlan. de Soc. y Ant.* 2008 [citado 18 enero 2017];18(53): 610-633. Disponible en: [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-30692008000300010&lng=es&nrn=iso](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-30692008000300010&lng=es&nrn=iso)
2. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Macedo Carlyle Guerra de, HW, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2000 Agosto [citado 20 febrero 2017];8(1-2): 126-134. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=en)
3. Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS; 2008. [citado 20 febrero 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud. *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Ginebra: OMS; 2002. [citado 3 enero 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42592/1/9243545698\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42592/1/9243545698_spa.pdf)
5. Organización Panamericana de la Salud, Center for Disease Control and Prevention, Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud. *La salud pública en las Américas: instrumento para la medición de desempeño de las funciones esenciales de salud pública*. Washington, DC: OPS; 2001. [citado 3 enero 2017]. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Instrumento\\_Medicion\\_Desempeno.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf)
6. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Washington, DC: OPS; 2 octubre 2014. (Documento CD53.R14). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7652/CD53-R14-s.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud. *Funciones esenciales de salud pública*. Washington, DC.: OPS; 20 de julio 2000. (Documento CD 42/15). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7294/cd42\\_15-s.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7294/cd42_15-s.pdf)
8. Organización Panamericana de la Salud. *Funciones esenciales de salud pública*. Washington, DC: OPS; 2000. (Documento CD 42/R14). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1423/CD42.R14sp.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000*. Washington, DC: OPS; 2000. (Documento CD 42/R5). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1418/CD42.R5sp.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud. *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington, DC: OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica 589). [citado 2 enero 2017]. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Salud\\_Publica\\_en\\_las\\_Americas.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf)

11. Organización Panamericana de la Salud. *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015*. Washington, DC: OPS; 5 octubre 2007. (Documento CSP27.R7). [citado 20 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3733/csp27.r7-s.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud. *Protección social en salud*. Washington, DC: OPS; 3 octubre 2013. (Documento CD53.R11). [citado 20 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4439/CD52-R11-esp.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud. *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud*. Washington, DC: OPS; 2 octubre 2009. (Documento CD49.R22). [citado 20 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/403/CD49.R22%20%28Esp.%29.pdf>
14. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas: edición de 2012: panorama regional y perfiles de país*. Washington, DC: OPS; 2012. [citado 3 enero 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9&Itemid=124&lang=es](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=124&lang=es)
15. Vargas López K. *Marco legal de la salud pública en Costa Rica. En: La salud pública en Costa Rica: estado actual, retos y perspectivas*. San José: Universidad de Costa Rica; 2011. [citado 3 enero 2017]. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/index.php/repositorio-de-documentos/file/29-Libro%20%22La%20Salud%20P%C3%BAblica%20en%20Costa%20Rica>
16. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int. J. Health Serv.* 1992; 22(3): 429-45.

# Capítulo 2



## Documento sobre rectoría, Funciones Esenciales de Salud Pública, federalismo y sistema de salud argentino

*Valentín Aragüés y Oroz<sup>i</sup>*

### **1. Breve reseña de la historia del sistema de salud argentino, su segmentación, fragmentación y federalismo**

Las instituciones son productos históricos y por esto un enfoque histórico a menudo facilita su comprensión plena. Es mirando hacia atrás, practicando una especie de ingeniería inversa, una deconstrucción<sup>1</sup> de conceptos, como podemos encontrar la génesis de características que en la actualidad pueden parecer incoherentes o arbitrarias. O, más bien, correspondería comparar este tipo de análisis con una búsqueda arqueológica. Porque las instituciones no son mecanismos hechos de una vez y para siempre, inalterables. Se parecen más a las ciudades antiguas, construidas en capas sucesivas, cada una según las necesidades de un momento preciso, y según las limitaciones impuestas por las capas preexistentes. Esta tarea de investigación histórica resulta entonces, doblemente importante, si tenemos en cuenta este poder no solo explicativo, sino también predictivo: al conocer la estructura, y cómo llegó a ser lo que es, podemos hacer proyecciones mucho más realistas y fundamentadas sobre el camino que puede seguir.

En el caso del sistema de salud argentino, muchos de los rasgos que nos interesa señalar aquí se desprenden de su origen y su derrotero histórico. Y estos son, a su vez, inexorables a la hora de establecer sus nuevos rumbos y objetivos.

El sistema de salud es un reflejo de la estructura política de la sociedad que lo crea, que al mismo tiempo es un reflejo de la esencia de esa misma sociedad.<sup>2</sup> La maqueta del modelo sanitario está así vinculada y subordinada a la de la sociedad; es

---

<sup>i</sup> - Médico Sanitarista. Docente Autorizado de Salud Pública de la UBA. Director científico de la *Revista Argentina de Salud Pública*. Asesor de Gabinete de la Unidad Ministro. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

decir que no es más que un submodelo de esta y, por lo tanto, los cambios sociales han de corresponder biunívocamente a los del contexto sanitario.<sup>3</sup> De esto deviene que no debería esperarse de un sistema de salud sino que refleje ciertas características de la sociedad en la que está inserto y de la que emerge, como, por ejemplo, inequidades profundas que esa misma sociedad no ha podido resolver, ni, mucho menos, puede esperarse que este las solucione.<sup>4</sup>

América Latina ha sido histórica y clásicamente gobernada de modo oligárquico y caudillístico,<sup>5</sup> lo que produjo un fenómeno de circulación de élites en el sentido de Pareto,<sup>6</sup> y se ejerció la apropiación de los bienes públicos por estas, alternando con la dación demagogo-populista de privilegios, con el efecto colateral de la exclusión de grandes masas, paradigmáticamente, los más pobres. Las sociedades latinoamericanas han estado sujetas también a un aumento constante de la desigualdad, en cuanto a la distribución de la propiedad, el consumo, el poder, el conocimiento, las posibilidades culturales y el acceso a los servicios, entre estos, los de salud.<sup>7</sup>

La ontogénesis del sistema de provisión de servicios de salud argentino puede rastrearse hasta el **Protomedicato**, creado en España en el siglo xv, y que más tarde se extendió a las colonias, donde funcionó con inconstancia, entre 1780 y 1822. El prefijo *proto*, que en ese entonces valía por “principal”, todavía sirve, ahora, para destacar su condición de primitivo. Sus funciones eran muy diversas e incluían la formación de médicos y la regulación del ejercicio profesional (lo que suponía, por ejemplo, perseguir a los curanderos) y el cuidado de la Salud Pública, vale decir que poseía atribuciones que hoy pertenecen a un Ministerio de Salud, a un colegio de médicos y a una universidad.<sup>8</sup> Como lúcidamente se comenta,<sup>9</sup> si se comparan estas funciones con las que actualmente se consideran **funciones esenciales de la Salud Pública**, se comprueba que el Protomedicato, a pesar de estar esencialmente dirigido al desarrollo de los recursos humanos para salud, se ocupaba también del análisis de la situación de este ámbito, de la vigilancia y control de riesgos y daños, del desarrollo de la capacidad institucional de gestión y de la regulación y la fiscalización, así como de la evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud.

Vale decir que el Protomedicato ejerció una suerte de “**protofunciones esenciales**” en una época temprana. En esos tiempos no había otra institución destinada a la protección de la salud colectiva con una delimitación tan amplia de funciones específicas, aunque cada Protomedicato en América interpretó de manera diferente su misión y enfatizó objetivos diversos. Esta institución fue eliminada en 1822, como parte de las reformas rivadavianas,<sup>10</sup> pero puede decirse que no dejó de existir: sus funciones principales fueron apropiadas y desdobladas, entre la Universidad y el Tribunal de Medicina, al que le correspondía regular la actividad profesional.



Hay un germen interesante en este reemplazo de una institución que abarcaba todo el territorio del país por dos instituciones de alcance únicamente provincial, que sin embargo se configuraban como “modelos para otras provincias, sobre todo en la eventualidad de una nueva reunión de ellas en un Estado nacional, que se pensaba sería dirigido por Buenos Aires”.<sup>9</sup> Con todo, debemos señalar que **la salud no ocupaba un lugar preponderante** en la proyección de tal Estado nacional. Es notable que, en 1853, la primera Constitución Nacional **no hiciera mención a la salud** cuando, en cambio, sí establecía la obligación de las constituciones provinciales de garantizar la educación y la administración de la justicia en su territorio. Por otra parte, el artículo 104 declaraba: **“Las provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno Federal”**.<sup>ii</sup> De esta forma, precisamente al no constituir **la salud un tema de importancia en esa época**, quedó reservado a las provincias. Esto constituye no solo la génesis del federalismo en el sistema de salud, sino también su incontrovertible justificación. Tal autonomía, cabe señalar, fue ratificada por la reforma constitucional de 1994.

**La escasa preocupación por la Salud pública** que señalamos derivó, como era previsible, en una pobre respuesta a las sucesivas epidemias de cólera y fiebre amarilla que sufrió el país en las décadas siguientes. En gran parte, como respuesta a tales experiencias se creó, a fines de 1880, el **Departamento Nacional de Higiene** (dependiente del Ministerio del Interior), cuyo carácter nacional le daba jurisdicción exclusivamente sobre el territorio federalizado de la Ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, este departamento fue cobrando, más protagonismo con el paso del tiempo, hasta que, en 1894, ante una nueva epidemia de cólera, se dedicó por pedido de las provincias, a coordinar los esfuerzos para combatirla en el interior.

También a mediados del siglo XIX encontramos los **principios de la fragmentación** del sistema de salud argentino. Las **comunidades extranjeras** con mayor influencia en Buenos Aires establecieron sus propios hospitales: el Hospital Francés se fundó en 1842; el Británico, en 1844; el Español, en 1852 y el Italiano, en 1854. La fragmentación llegó también en el plano institucional, ya que en 1906 se fundó la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, como dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores, que hasta entonces coordinaba las Sociedades de Beneficencia. Así, esta comisión quedaba a cargo de la “asistencia social” (que por entonces incluía o se superponía con la asistencia médica) y de la creación de hospitales en todo el territorio nacional, mientras que el Departamento de Higiene se enfocaba en la prevención, la investigación y la respuesta ante emergencias.

---

ii - Artículo 104 de la Constitución anterior de 1853/60; Art. 97 de la de 1949 y, 121 del texto de 1994

La creación *ad hoc* de estos organismos produjo una **dispersión en el área de salud que, previsiblemente, llevó a una ineficiente distribución de esfuerzos y recursos.**

El médico tucumano Gregorio Aráoz Alfaro, que presidió el Departamento de Higiene en tres períodos entre 1918 y 1931 fue un temprano defensor de la unificación y centralización de los organismos, como expresó en su discurso en la Conferencia Sanitaria Nacional de 1923. Sus propuestas, sin embargo (como la Conferencia en sí) no tuvieron resultados concretos, y la integración sanitaria se demoró, subsiguientemente, debido a factores políticos. No es ocioso, a los efectos de este trabajo, insistir en tales dificultades.

En los albores del siglo xx la respuesta de la sociedad argentina a los problemas de salud-enfermedad-atención médica se dio a través de **mutualidades y hospitales públicos y los de colectividades**, ya mencionados.<sup>11</sup> El hospital “público” era el lugar destinado al albergue de pobres y menesterosos que definía así su sujeto y objeto, con escaso o nulo desarrollo científico ayudaba más bien al bien morir, más cerca del templo, aislaba a los enfermos “pecadores” del resto de los mortales. La caridad cristiana y el aislamiento eran los objetivos programáticos de esta época; se separaban no solo a los sanos de los enfermos, sino a estos últimos entre sí, de tal manera que los leprosos estaban separados de los tuberculosos, y estos de otros enfermos, se reflejaba incluso en el modelo arquitectónico pabellonado<sup>12</sup> (*el hospital perfecto francés*) que quizá buscaba, más que un aislamiento epidemiológico, una segregación social.

Para 1910 ya existían en Buenos Aires<sup>13,9</sup> el Hospital Rawson (1887), Pirovano (1896), el Hospicio de Inválidos y Sifilocomio (luego Fernández) (1889), el Argerich (1900), el Álvarez (1901), el Tornú (1905), y el Alvear (1910). Además, el Muñiz, que adquirió esa denominación desde 1904, Ex “Casa de Aislamiento” creada en 1882, como consecuencia de la epidemia de fiebre amarilla. La **beneficencia** con sus **organizaciones multiformes** que llegaron a adquirir notable poder político, asumió un papel principal en la dación de recursos a los más pobres, secularizó un ámbito relegado hasta entonces, al núcleo eclesiástico y generó un cambio conceptual significativo, mediante el cual se decidió que fuera el Estado el que se ocupara de la atención a los pobres.<sup>14</sup>

En el protosistema público de principios de 1900 eran los higienistas (Muñiz, Wilde, Penna, Coni y Rawson, entre otros) los generadores de debates sobre la función pública y las heterogéneas organizaciones y prácticas médicas (por ejemplo, los riesgos de la impureza de las aguas y la desaprensiva ubicación de los cementerios).<sup>15</sup> Las **mutualidades**, por su parte, se basaron en la identidad (de nacionalidad o ramo de actividad) y solidaridad como generadoras de vínculos.

La migración ultramarina de finales del siglo XIX modificó la conformación de los cuadros proletarios. Los obreros europeos consolidaron el **sindicato** propio, en oposición a los “órganos de dominación burgueses”, incluidos los partidos políticos, y trajeron consigo las mutuales y sociedades de socorros mutuos que ponían el acento en la cobertura sanitaria para salvar las deficiencias del sistema hospitalario público.

Las **obras sociales sindicales** (OSS) tienen su origen más remoto en la gestión solidaria de las primeras agrupaciones gremiales. Con el golpe de Estado de 1943 y los numerosos cambios institucionales que estableció, quedó definido un **nuevo dualismo sanitario**. El Departamento de Higiene subió de jerarquía para constituirse en Dirección Nacional de Salud Pública, más tarde en Secretaría de Estado, y finalmente, ya bajo el primer gobierno peronista, y reforma constitucional mediante, en Ministerio (1949). Si bien este nuevo organismo reunía las funciones antes dispersas entre el Departamento de Higiene y la Comisión Asesora, su creación no significó el fin del dualismo sanitario, **pues el Ministerio estaba destinado a la asistencia de los sectores de menores recursos**, mientras que la salud para **las clases medias estaba estructurada desde la Secretaría de Trabajo y Previsión** a través de un sistema de seguro obligatorio. En este período, de la mano del ministro Ramón Carrillo, se estableció el objetivo de centralizar los servicios de salud en el Estado. Con el derrocamiento de Perón, en 1955, la Revolución Libertadora se propuso revertir esta política, entre muchas otras y retornar al federalismo. La fragmentación del sistema de salud se agravó cuando un nuevo gobierno de facto, el de la Revolución Argentina, degradó nuevamente el Ministerio de Salud a Secretaría e instauró un sistema de seguro obligatorio controlado por las obras sociales, que derivó en la creación o intensificación de privilegios. **Esta fragmentación en la financiación de la Salud Pública no pudo ser corregida** con la reinstauración democrática de 1973, y quedó como una cuenta pendiente incluso en 1983.

Las décadas del 60 y del 70 fueron las de **mayor expansión del sistema de Obras Sociales**, como resultado de las políticas de pleno empleo, el auge del sindicalismo y la vigencia de la Ley de Obras Sociales de 1970, la cual les dio un marco legal, al extender el régimen de obra social a todos los trabajadores. Esta modalidad de organización no tuvo en cuenta las estructuras provinciales.<sup>16</sup> Las leyes de obras sociales votadas en el Congreso **enajenaron el federalismo de las obras sociales** y del Seguro Nacional Salud (SNS). Si bien la legislación previó en la letra que las Provincias pudieran convenir con la Nación la administración del Seguro en sus jurisdicciones, esto nunca ocurrió. Aunque en los 90 se concretaron descentralizaciones, estuvieron orientadas más bien a la desregulación de los regímenes que caracterizaban los vínculos obras sociales-prestadores privados, innovando poco o nada la relación Nación-provincias.

Las provincias no delegaron en el gobierno central las atribuciones sobre Salud, según comentamos (como hicieron por ejemplo con la emisión de moneda o las levas de ejércitos) y, por lo tanto, conservaron los ámbitos políticos, legislativos y presupuestarios, y por ende, el poder de policía sanitaria (habilitación y matriculación), con normas que pueden ser diferentes una de otra, lo que genera un mosaico heterogéneo. La Nación posee atribuciones y responsabilidades propias en las que no intervienen las provincias, como la relación con organismos internacionales (y el financiamiento). Finalmente, pero no menos importante, es potestad de la autoridad sanitaria nacional la función de rectoría (*stewardship*) respecto del conjunto del sistema de salud del país, entendida como liderazgo activo o como encargada de generar consensos basados en propuestas jurisdiccionales.

El tema del **federalismo** es crucial dentro del sector, por las causas que hemos comentado. El **centralismo**, por otra parte, es una constante en el mundo ya que las autoridades centrales tienden a aumentar su control del Estado y las subordinadas quieren recobrar el poder perdido y mayor capacidad administrativa.<sup>17</sup> También es cierto que hubo descentralizaciones o transferencias de establecimientos nacionales a las provincias o jurisdicciones; si bien esto responde en la teoría a tendencias recomendadas internacionalmente, se argumentó que su implementación mejoraría la calidad, la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud, y al mismo tiempo incrementaría la satisfacción de los usuarios;<sup>18</sup> parece claro que en última instancia el *primum movens* no es un criterio sanitario sino la procuración de alivio económico para las arcas nacionales. También es cierto que pocas veces las jurisdicciones han recibido con beneplácito tales “brulotes”, que muchas veces fueron reintegrados.

El sistema sanitario argentino tiene como eje central al **Sistema Nacional del Seguro de Salud**, con los alcances de un seguro social y se estructura sobre la base de **tres subsistemas** “químicamente puros” (público, paraestatal o de obras sociales y privado) con **escasa complementariedad y articulación** de sus instituciones y establecimientos, y **otros dos subsistemas inaparentes o de nicho cerrado** (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados –PAMI– y Aseguradoras de Riesgo del Trabajo –ART–). El PAMI es verdaderamente paradigmático en cuanto a segmentación, ya que a todas las existentes, agrega una por edad (sin mencionar la discutible estrategia de concentrar toda la patología crónica en un solo financiador, lo que se opone diametralmente al concepto de dilución de riesgo con que operan todos los seguros).

Debido a la estructura federal del país, como comentamos, cada jurisdicción tiene su propio sistema, con lo cual se entrecruzan **dos matrices diferentes** dando lugar a multiplicidad de subsistemas regionales (una miríada de 24 subsistemas re-

gionales diferentes atravesados en una matriz de confluencia por tres o cinco tipos organizativos). El modelo de atención de la salud ha privilegiado desde hace décadas, el desarrollo de las actividades centradas en la especialización y el uso de la alta tecnología, en detrimento de los programas de promoción y prevención y del desarrollo de redes de atención primaria. La organización sanitaria en la mayoría de los estados provinciales está basada en la atención de la enfermedad en los grandes centros hospitalarios, como el sitio principal en el que se “da” salud.

El Sistema Nacional del Seguro de Salud debe soportar como un sambenito la excesiva **fragmentación** del sector, criticada por casi todos los autores que se han ocupado del tema: “...es posible mostrar el perfil **excesivamente atomizado** que presenta la organización institucional de la atención médica en el país (...) el mosaico de modalidades de atención médica que existe en la Argentina **difícilmente puede ser calificado como un sistema de salud**, si se acepta que tal concepto supone **coherencia** entre las partes que lo componen...”<sup>19</sup>

Los **sectores clásicos en los que se divide la atención médica** son el **sedimento** de políticas sociales según se ha comentado, a veces **contradictorias y siempre individualistas** que, como capas geológicas, se han **superpuesto sin integrarse**, generando una dispersión de esfuerzos que se expresa en alta concentración de servicios en algunos lugares y desprotección en otros, carencias materiales junto con presupuestos cuantiosos, mientras que la carga de enfermedad ilustra penosamente la dificultad de una adecuada atención médica para llegar a toda la población.

Una **fragmentación institucional** como la que afecta a la historia de la atención médica en el país no puede sino generar una **estratificación absoluta** en el acceso a los servicios, que adquiere un carácter tanto social como espacial. Efectivamente, si la geografía o el estatus “son destino”, parece existir una estrecha relación entre nivel socioeconómico de la población, lugar de residencia, tipo de cobertura y acceso institucional a los servicios y, en definitiva, posibilidades de salud. **La falta de coordinación interinstitucional**, lejos de expresar pluralismo, refleja un discutible grado de racionalidad. El gasto que realizan en atención médica los tres sectores no es pequeño y es posible que oscile en la actualidad entre el **8 y 10% del producto bruto interno**. Sin embargo, este gasto no parece estar en relación con los resultados obtenidos. **La atomización del sistema y su elevada discordancia implica un nivel inaceptable de irracionalidad en el uso de recursos.**

En este breve panorama histórico, mencionamos tres de las características fundamentales del sistema de salud argentino (**fragmentación, segmentación y federalismo**), dejando en claro, al mismo tiempo, que tales peculiaridades son resultados de procesos largos y complejos, y por lo tanto resultan muy difíciles de modificar. El enfoque histórico evita de antemano una cierta tentación **adánica**, que no por

ingenua deja de ser frecuente: la de pensar que, en algún ámbito institucional, es posible empezar de cero. Así es que toda propuesta de modificación o desarrollo debe hacerse sobre la base de lo presente y también con miramiento hacia el pasado. De lo contrario se correría el riesgo de querer parar a un gigante a hombros de un enano.

## 2. La importancia de las Funciones Esenciales de Salud Pública en la Argentina y de su renovación

Según sientan OPS/OMS,<sup>20</sup> las reformas sectoriales enfrentan el desafío de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria, y una parte importante de este papel consiste en dar cumplimiento a las funciones esenciales de Salud Pública (FESP) que competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local. Para ello se vuelve crucial el mejoramiento de la práctica de la Salud Pública y los instrumentos para efectuar una valoración sobre su estado de situación y las áreas en que debe ser fortalecida. La OPS ha dado los pasos iniciales para poner en marcha una iniciativa continental denominada “**La Salud Pública en las Américas**”,<sup>21</sup> dirigida a la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la Salud Pública y para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado. El alcance de esta iniciativa reconoce como pasos seminales **proponer un concepto común** de la Salud Pública y sus **funciones esenciales**, crear un **marco** para la medición del **desempeño** de estas y apoyar la **evaluación de la práctica** de la Salud Pública en cada país.

Primeramente, entonces, ya desde Frenk<sup>22</sup> se ha venido repitiendo que el término “Salud Pública” está cargado de multivocidad. En sus palabras, la Salud Pública no está definida claramente ni apoyada adecuadamente, ni comprendida completamente.<sup>iii iv</sup> En su historia han sido prominentes varias interpretaciones. En principio, se equipara el adjetivo “pública” con la acción gubernamental, el sector público, incluyendo, en su versión más amplia, la comunidad organizada. Puede también referirse a los llamados “servicios no personales de salud”, que no son “apropiables” ni “usufructuables” por un individuo específico. Finalmente, suele utilizarse la expresión “problema de Salud pública” sobre todo en lenguaje coloquial, para referirse a padecimientos de alta peligrosidad y con la connotación evidente de que “deben” ser enfrentados y tratados por el gobierno.

Es por esta ambigüedad esencial que modernamente ha surgido un punto de vista más integral sobre el concepto de Salud Pública, que sostienen que no signi-

---

iii - Institute of Medicine. *The Future of Public Health*. Washington, National Academy Press, 1988.

iv - Frenk, J., *La nueva Salud Pública*, 1988, <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-002.pdf> (3 diciembre de 2016).

fica un conjunto de servicios en particular ni una forma de propiedad, ni un tipo de problemas, sino un nivel específico de análisis, a saber, un nivel poblacional.<sup>23</sup> Esta perspectiva poblacional inspira sus dos aplicaciones, nominalmente ser un campo del conocimiento y además ámbito específico para la acción. Sin lugar a dudas todas las acciones sanitarias incluyen el estudio y análisis de las interrelaciones entre situación de salud, condiciones de vida y atención de salud. La globalización geoestratégica, económica, política, tecnológica y cultural ha producido en las últimas décadas un enorme impacto en el escenario de la salud y en su contexto específico. En ese sentido, la OPS-OMS ha elaborado una aproximación a las **funciones esenciales de la Salud Pública**, que ofrece la oportunidad para analizar los ideales de salud de la sociedad, los principales retos a enfrentar y los respectivos campos de acción para alcanzarlos, así como las responsabilidades correspondientes a los actores involucrados, con especial referencia a la redefinición del rol del Estado en materia de salud (que incluye la rectoría) y la definición de los instrumentos idóneos de análisis.<sup>24</sup>

Las **funciones esenciales** han sido definidas como las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio de la Salud Pública, conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la Salud Pública, es decir y en último análisis, mejorar la salud de las poblaciones.<sup>2,25</sup> Reúnen intervenciones dentro de grupos funcionales limitados y particularizables desde el punto de vista operativo con la identificación de su finalidad, objetivos, actividades, recursos y formas de organización que sean esenciales al fin último de la salud de las poblaciones, **y que sean suficientes para expresarla en su totalidad.**

En otras palabras, dentro del conjunto de todas las actuaciones y responsabilidades de la Salud Pública es posible y conveniente definir **subconjuntos específicos** más homogéneos, establecer las funciones con una identidad operativa definida con relación a objetivos o tareas propios necesarios para la consecución del objetivo final. En consecuencia, no solo es posible, sino necesario, identificarlas para caracterizarlas operativamente como parte del sistema de salud y para optimizar su desempeño.

La operatividad de una función depende, en primer lugar, de una definición suficiente de sus contenidos, objetivos y actividades y también de la asignación específica de a quién corresponde la responsabilidad de su ejecución. Sin la identificación precisa de responsabilidades es imposible la verificación, el acompañamiento y la evaluación operativa y la planificación o programación de estrategias y actividades. De ahí la necesidad de una definición operativa que incluya la identificación de contenidos y responsabilidades de la Salud Pública en cada situación concreta.

Si bien existen una serie de responsabilidades indelegables a cargo del Estado en la ejecución o en la garantía del cumplimiento de las FESP, **estas solo representan**

**una fracción de sus responsabilidades en el ámbito de la salud.** No cabe duda de que tal fracción es muy importante ya que su adecuado cumplimiento no solo resulta fundamental para elevar los niveles de salud y la calidad de vida de la población, sino que a su vez forma parte de la responsabilidad rectora que el Estado tiene sobre la salud, caracterizada asimismo por las tareas de conducción, regulación, financiación, vigilancia, aseguramiento y armonización de la prestación.

Dentro del concepto de funciones esenciales se han adoptado, como eje operativo para la Salud Pública, las responsabilidades que debe asumir el Estado, y más exactamente lo que les corresponde hacer, dentro de los gobiernos, a las autoridades oficiales en materia de salud, a las que se llama en forma genérica *autoridad sanitaria*. Esto incluye a las responsabilidades de ejecución directa de actividades o actuaciones específicas de Salud pública, y también, de forma estratégicamente prioritaria, a las actuaciones de movilización, promoción, orientación y articulación de los otros agentes sociales y el apoyo que se necesita de ellas a la hora de cumplirlas, en materia de Salud Pública; en otras palabras, se trata de hacer que los demás las cumplan antes bien que hacerlas directamente.

Las FESP se **instrumentalizan** en una serie de indicadores y estándares de manera tal que ayuden a caracterizar los elementos críticos que permitan identificar los aspectos de la práctica de Salud Pública que necesitan ser fortalecidos. Este enfoque es complementario a la definición de campos temáticos de la actividad propia del sector, definidos según el objeto de intervención de las acciones emprendidas. De hecho, ambos conceptos se interrelacionan en la práctica como una matriz que da como resultado un conjunto de capacidades institucionales que sirven para llevar a cabo distintas intervenciones fundamentales.

La distinción entre funciones sistémicas o estructurales y las funciones específicas o programáticas es de utilidad para la selección de las funciones esenciales destinadas al proceso de desarrollo de la capacidad institucional en materia de Salud Pública. Esto no implica, sin embargo, conceptos absolutos mutuamente excluyentes, sino que las funciones estructurales son también áreas de actuación de tipo programático y los campos de actuación específicos conllevan, a su vez, un significado funcional evidente y algunos de ellos pueden ser tan importantes para la Salud Pública en situaciones concretas que se imponen como esenciales. Ese equilibrio depende, en general, de la magnitud e importancia de los problemas específicos que aborde el sector y del nivel de desarrollo de las sociedades y de su estructuración institucional.

En las sociedades mejor estructuradas, que cuentan con una infraestructura institucional de salud consolidada y eficaz, las funciones genéricas o estructurales, que constituyen el eje de la infraestructura necesaria de Salud pública son, gene-



ralmente, suficientes para responder a las necesidades de intervenciones específicas para la solución sus problemas inherentes. En cambio, en las sociedades con riesgos y daños colectivos importantes y prioritarios para la Salud Pública, que tienen una base institucional débil y poco eficaz, puede ser necesario, además, considerar una mayor presencia de funciones específicas o programáticas que conforman una capacidad de respuesta directa del sector a las necesidades prioritarias de la población. Esta diferenciación es de gran utilidad para la mejora de la práctica de la Salud Pública y para el establecimiento de prioridades hacia el interior de las FESP. Si estas incluyen todas las intervenciones significativas de carácter sistémico que definen la capacidad esencial de actuación de la Salud Pública, y esas intervenciones son llevadas a cabo de manera adecuada, la práctica en los diversos campos de acción específicos o programáticos será muy satisfactoria.

Recientemente ganó relevancia la idea de **revisitar** y eventualmente **renovar las FESP clásicas**. Los tomadores de decisiones estatales en salud se encuentran actualmente frente al desafío que impone el modelo basado en la universalidad, la participación popular y la integridad, y que los obliga a asumir diversas funciones, desde la formulación de políticas y planificación, hasta el seguimiento y la evaluación del sistema; desde garantizar el acceso al sistema hasta la organización regionalizada. Esto es particularmente cierto en relación con **ciertas estrategias como la cobertura Universal de Salud (CUS) (FESP 7)**, que hacia la época de enunciación primaria de las FESP todavía no estaba clara, y se ha convertido hoy en una intervención clave, al igual que **la evaluación de las tecnologías en salud (FESP 9 y FESP 10)**, como parte esencial del miramiento por la **calidad (FESP 9)**, el **buen uso** del recurso y el empleo de la **evidencia** para realizar esta evaluación, como se practica en las principales agencias internacionales. Si las FESP deben ser entendidas “como lo relevante y legítimo para el funcionamiento óptimo de un sistema, es decir, aquello que consideramos fundamental e indispensable”, deben ser **revisitadas** con miras a la agenda 2030 de desarrollo sostenible,<sup>v</sup> que enfatiza el desarrollo inclusivo y la equidad “para no dejar a nadie atrás”.

Se hace necesaria una redefinición en consonancia **con las modificaciones en el contexto**, por ejemplo el énfasis en la vigilancia (**FESP 1 y FESP 2**) suele estar referido a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, en la forma de sistemas de notificaciones y alertas en boletines, lo que remite a la función epidemiológica fundacional (pestes y plagas) y representa un limitado abordaje; solo en fecha relativamente reciente se comenzaron a monitorear los determinantes amplios

---

v - Naciones Unidas (NU), Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Setuagésimo período de sesiones Temas 15 y 116 del programa.

de la salud y, sobre todo y principalmente, la carga de las enfermedades crónicas que generan en la región la llamada “doble carga de enfermedad”. Asimismo, el tránsito conceptual importantísimo que se extiende desde la idea de que la buena medicina se basa en normas y en el modo en que los maestros la practican y enseñan, hasta la de la necesidad de **evidencia** en el sentido que propugnó Sackett. De este modo se requiere una “**Salud pública basada en evidencias**”, es decir, la utilización consciente y minuciosa de la mejor evidencia actual como soporte para la toma de decisiones en las intervenciones dirigidas a la población y grupos poblacionales (**FESP 10**), que para Jenicek,<sup>26</sup> comprendería como mínimo los siguientes pasos:

- Formulación de una cuestión clara sobre un problema de salud colectiva y búsqueda de evidencias,
- evaluación de estas evidencias,
- selección de la mejor evidencia,
- relacionar la evidencia con la experiencia, el conocimiento y la práctica de la Salud Pública,
- implementación de evidencias utilizables en la práctica de la Salud Pública (políticas y programas).

El carácter social y amplio de la Salud Pública adquiere así una manifestación operativa concreta que posibilita su planificación, seguimiento y evaluación. El concepto de responsabilidad como *responsable de* queda articulado con el concepto de asumir responsabilidad como *responsable ante* o de *rendir cuentas por la responsabilidad*. La responsabilidad social genérica, y por tanto difusa, y de *responsabilización* impracticable es sustituida por la responsabilidad operativa precisa y amplia de la autoridad sanitaria que se manifiesta como su indicadora.<sup>21</sup>

### **3. La rectoría en salud en la Argentina: sus áreas de oportunidad y necesidades de fortalecimiento**

De acuerdo con el documento de OMS “**Mejorando el desempeño de los sistemas de salud**”,<sup>27</sup> se acepta que el sistema de salud es aquel cuyo propósito primario es el de promover, restaurar o mantener la salud de la población, sin que la definición implique ningún nivel de integración, de modo que cada país tiene algún sistema de salud, por más fragmentado que esté.

Los cuatro objetivos fundamentales de los sistemas de salud son la mejoría de la salud, la respuesta a las expectativas de la gente, el financiamiento de los servicios

y **la rectoría del sistema**, esta última es una de las más importantes <sup>27</sup>. Se la ha definido como el ejercicio de influencia por parte del Ministerio de Salud para supervisar y guiar la realización de acciones sanitarias nacionales en nombre del gobierno. Algunos aspectos de la rectoría tienen que ser asumidos totalmente por el gobierno, pero otros pueden estar fuera de su alcance. Actualmente, debido a la complejidad creciente de los sistemas de salud se han desarrollado relaciones diferenciadas entre el Estado, el sector público, los esquemas de financiamiento/aseguramiento y el sector privado.<sup>28</sup>

Durante las décadas de 1980 y 1990 los procesos de reforma del Estado que se implantaron en los países de la región promovieron la reducción sistemática del tamaño del Estado, y la transferencia de funciones. Simultáneamente, el proceso de globalización erosionó la autonomía de los estados mediante el aumento en el flujo de información, de capital, y en menor grado, de la fuerza de trabajo, lo que contribuyó a una débil capacidad de **gobernancia**.<sup>29</sup> Consecuentemente, uno de los temas críticos al cual se enfrentan los países de la región es el **débil desarrollo institucional**, por lo que la **redefinición de los roles institucionales** se ha vuelto un tema prioritario, y el fortalecimiento de las funciones indelegables del Estado, como la “rectoría”, ha resultado complejo debido a su relación con conceptos como *governancia* del sector salud y *stewardship*. La OMS utiliza el concepto de *stewardship* para referirse a la rectoría del sector salud; y aduce que constituye la capacidad del Estado para tomar responsabilidad por la salud y el bienestar de la población, al igual que para conducir el sistema de salud en su totalidad. Asimismo, identifica tres grandes ámbitos dentro del concepto:

1. **proveer visión y dirección** al sistema de salud,
2. recolectar “**inteligencia**”, y
3. **ejercer influencia** mediante la regulación y otros mecanismos. La capacidad del gobierno para ejercer un pobre o buen desempeño de la gobernancia del sector salud **puede afectar todos los resultados del sistema de salud**.<sup>29</sup>

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud utiliza el término “rectoría del sector salud” para referirse al concepto de **governancia/stewardship** del sector salud, utilizado por la OMS. Como parte de este proceso de desarrollo conceptual, la OPS define la *rectoría en salud* como el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad, en el Estado moderno. Es una función de competencia característica del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional. Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional

adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales.

En los fundamentos para el **Plan de Salud para Argentina (2016-2019)**<sup>30</sup> se establece específicamente que esto último debe lograrse fortaleciendo la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, que ha estado crónica y críticamente ausente. Si bien este papel rector correspondería en cada país, naturalmente, al Ministerio de Salud o a un organismo equivalente, no podemos dejar de lado las características propias del sistema de salud argentino que hemos enunciado hasta aquí. En este punto, debemos preguntarnos qué significa la rectoría, o **cómo podría aplicarse, en un sistema segmentado, fragmentado y federal**, que se ha descentralizado progresivamente desde la década de 1960. La segmentación y la fragmentación del sistema no constituyen un obstáculo para proponer una rectoría única, pero, en cambio, **el federalismo nos señala la necesidad de establecer una rectoría colegiada e intersectorial**. En el año 1981, se sancionó el decreto-ley que creó el Consejo Federal de Salud (COFESA), dentro del cual el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) **ejerce esta función a través de acuerdos consensuados con las jurisdicciones provinciales y la CABA**. Para esto es menester implementar **instrumentos de rectoría efectiva** de la autoridad sanitaria local (nacional, provincial y municipal), que asegure:

1. un funcionamiento eficiente y regular, mediante el desarrollo de un sistema mixto con regulación similar para todos los subsectores,
2. la descentralización de las prestaciones,
3. la generación de mecanismos de retribución por resultados en salud y no por actividad,
4. fomentar la **competencia regulada** entre proveedores sanitarios, la integración de los niveles de atención y la concentración de pacientes complejos como, por ejemplo, con la regionalización de prestadores ultraespecializados,
5. dotar a la red sanitaria de fuertes **incentivos e instrumentos de gestión de RRHH** para responder a las necesidades de salud de la población y
6. consolidar acciones de inteligencia epidemiológica para la atención de **emergencias** en forma sectorial con cooperación horizontal entre jurisdicciones.

#### **4. La ligazón del fortalecimiento de la rectoría, de la renovación de las funciones de Salud Pública y el futuro del sistema de salud argentino en la óptica de las actuales políticas gubernamentales del sector**

La existencia de una dosis de tensión es una característica propia de los sistemas de salud, lo importante no está en erradicarla, sino en integrarla al nivel óptimo que el sistema necesita. El problema radica en que los sistemas de salud y los programas de desarrollo del sector se han convertido en un mosaico de componentes dispares. Esto se evidencia en la excesiva especialización de los países ricos y en los programas verticales centrados en una sola enfermedad propios de la medicina colonial, de los países pobres. Una gran proporción de los recursos se destina a los servicios curativos, pasando por alto las actividades de prevención y promoción de la salud, que podrían reducir enormemente la carga de morbilidad a nivel mundial. Se ha privilegiado, y de alguna manera aún se privilegia, la primacía del hospital sobre el centro de salud, de lo curativo sobre lo preventivo y del tratamiento sobre la promoción, de las construcciones sobre las actividades y del médico sobre el resto de los profesionales.<sup>31</sup> En resumen, los sistemas de salud son injustos, inconexos, ineficientes y menos eficaces de lo que podrían ser. Además, sin una reorientación sustancial es probable que los actuales sistemas de salud se vean desbordados por los crecientes desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes y las repercusiones del cambio climático.

Los cambios que se han operado y siguen operándose en la sociedad desde la promulgación de las FESP hacen cada vez más necesario que un sistema de salud sea sensible a **nuevos problemas** vinculados con la accesibilidad, equidad y el reordenamiento de los recursos.

Los sistemas de servicios de salud se enfrentan hoy a grandes retos comunes debido a que la población envejece y la atención de la salud obtiene mejores resultados, lo que paradójicamente no redundo en menores costos, sino al revés, y los pacientes, verdaderos beneficiarios de la asistencia sanitaria, se tornan cada vez más exigentes. Los sistemas de salud en la actualidad no están, técnicamente, en proceso de reformas, sino en una **instancia de transición**, dado que tienen dificultades serias para las transformaciones internas adaptativas a las amenazas del entorno y las oportunidades que ofrece la introducción de tecnologías. Las reformas se han dirigido a modelos que incluyen la “gestión clínica”, la “gestión por procesos”, la “alta resolución” y las “redes integradas de servicios de salud”.

En la formulación del **Plan de Salud para Argentina** (2016-2019)<sup>30</sup> se plantea que sus fundamentos deben pasar por el establecimiento de **nuevos roles para la acción gubernamental sobre el sector público, descentralización** (ya que el hecho de que se haya descentralizado mal o poco no significa que no haya que descentralizar)<sup>17</sup> y nueva división de competencias entre los niveles central y local de gobierno; **fortalecimiento del rol regulador y conductor (rectoría o *stewardship*) que establezca un verdadero liderazgo basado en capacidades meritocráticas**; utilización de los fondos públicos para promover equidad y garantizar los servicios a los grupos sin capacidad de pago; consolidación de los programas de Salud Pública, promoción, comunicación social y prevención del riesgo colectivo (vacunación, vigilancia epidemiológica y sanitaria, educación para la salud). Debe aceptarse que son **procesos de largo plazo** (sin que esto implique **descuidar** el corto plazo); sus objetivos tienen que traducirse tanto en **incentivos** adecuados para construir compromisos perdurables como en transmitir confianza, voluntad política, transparencia y sentido de realidad, con miras a evitar crisis de expectativas.

La confianza y el compromiso de los actores son factores clave para el éxito de las reformas. Los planes a emprender en salud deben dar cuenta de los desafíos económicos (sostenibilidad), sociales (cobertura, acceso, equidad, calidad, contención), institucionales (eficiencia, ética y transparencia), políticos (armonía y equilibrio de fuerzas e intereses, interacción virtuosa entre los distintos poderes de la República), sintonía con los procesos económicos, viabilidad política y gobernabilidad.

En la propuesta de reforma y adecuación del sector salud del mencionado **Plan de Salud**, está prevista “una propuesta de **cambio estructural** en el largo plazo”, con la **implementación de las once Funciones Esenciales de la Salud Pública revisitadas** como se ha comentado. En el corto plazo se plantean como sucesivas adecuaciones, **aproximaciones sucesivas o “incrementalismo”**, y mejoras a los sistemas existentes. Sus once principios o núcleos son:

- Universalidad de la cobertura.
- Solidaridad.
- Calidad.
- Accesibilidad.
- Equidad.
- Efectividad.
- Integración de los subsistemas.
- Implementación progresiva.

Además, deben contar con las siguientes condiciones:

- de alcance federal, que acepten y se adapten a las realidades de cada región,
- financiamiento, preferentemente y salvo situaciones excepcionales, desde la demanda,
- sustentable, política y económicamente en el tiempo.

Es imprescindible incluir en el Plan Nacional de Salud un **conjunto de componentes**, que se organizan en el marco de una acción integradora, participativa y cooperativa, basada fundamentalmente en la administración estratégica, y estos deben ser “garantizados” y “regulados” por el Estado.

Primer componente: **habilitación y categorización** de los establecimientos asistenciales (**FESP 6**).

Segundo componente: **ejercicio profesional** de todos los integrantes del equipo de salud; matriculación, certificación y recertificación (**FESP 6 y 8**).

Tercer componente: **normalización, estandarización y parametrización** de la atención médica, en cuanto a su organización, funcionamiento, procedimientos, diagnóstico y tratamiento (**FESP 6 y 9**).

Cuarto componente: función de **fiscalización y control sanitario** indelegable del Estado, que asegure el cumplimiento de las normas vigentes (**FESP 6**).

Quinto componente: **evaluación de la calidad** de la atención médica y de los servicios de salud, sustentada en una normativa clara y definida de los cuatro componentes anteriores (**FESP 9**).

Sexto componente: brindar **asesoramiento y cooperación técnica**, con la incorporación de los avances conceptuales y normativos en el tema (**FESP 5**).

Por otra parte, los fundamentos **instrumentales** del Plan Nacional serían diversos pactos entre Nación y provincias operacionalizados en un conjunto de leyes y decretos aceptados por las jurisdicciones, el reforzamiento del rol de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías Sanitarias – ANMAT– y la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

La iniciativa de OMS del 2001, **Salud Pública en las Américas**,<sup>21</sup> busca mejorar la práctica de la Salud Pública a nivel nacional y regional, para fortalecer el liderazgo de las autoridades nacionales en el sector. Para este fin resulta necesaria una evaluación del ejercicio de las funciones esenciales de la Salud Pública en los países del hemisferio.

En el documento de marras se proponen **instrumentos** de medición del desempeño, que necesariamente han de adaptarse a las realidades locales aceptando la iniciativa de OMS “**Salud en todas las políticas**”,<sup>32</sup> que promueve la acción intersectorial y transversal sobre los determinantes de la salud en los diversos ámbitos. Según establece el **plan estratégico de la OPS**,<sup>33,34</sup> en la región de las Américas hay millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud integrales para lograr una vida saludable. Esta región continúa siendo una de las más inequitativas del mundo. Lograr que todas las personas y las comunidades tengan acceso a los servicios de salud integrales que necesitan es un reto fundamental y la razón de ser de la estrategia de la **cobertura universal (FESP 7)**. Se ha instruido a todos los programas nacionales dependientes del Ministerio de Salud de la Argentina para que colaboren y coordinen su accionar con la implementación y el desarrollo de la **estrategia de la CUS**.<sup>35,36</sup>

El desafío actual es –mediante consensos interprovinciales– extender la cobertura al ciento por ciento de la población, a través de la programación de acciones que aseguren a todos los habitantes del país una asistencia básica, es decir, un piso mínimo de calidad y cantidad de prestaciones.<sup>37</sup>

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento. Apoyar el objetivo de la cobertura sanitaria universal significa también preocuparse por la equidad y por la realización efectiva del derecho a la salud de cada individuo.

La cobertura universal de salud es más un proceso que una meta, que intenta identificar caminos para mejorar la vida de las personas, y no es un concepto mesiánico que sirva para todo, ni la cobertura para todo el mundo significa necesariamente cobertura para todo. Avanzar hacia la cobertura universal implica encontrar la mejor manera de ampliar o mantener el servicio en tres dimensiones fundamentales: quiénes reciben cobertura con los fondos mancomunados, qué servicios se cubren y qué parte del costo se cubre. Dentro de ese amplio marco, los responsables políticos deben decidir cómo se recaudarán y se administrarán los fondos. En ese sentido, se considera que la CUS “asegura la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios y avanza contra la segmentación y fragmentación del sistema”. Además, “se asegura la accesibilidad mediante un sistema de vasos comunicantes entre los subsectores público, obras sociales, PAMI y privados que evitará desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios”.<sup>35</sup>

La atención prioritaria para el Plan Nacional de Salud es la consideración de la **calidad** y la **evaluación de tecnologías en salud (FESP 9 y 10)**. El Estado tiene la obligación de intervenir en salud para evaluar el uso de la tecnología apropiada y de



una eficaz política de medicamentos, en particular los esenciales, tanto en lo referente a su uso racional como a su accesibilidad. La canasta de servicios explicita las prestaciones que deben cubrirse, pero es deseable que se avance sobre “cómo” y “en qué” condiciones el beneficiario podrá acceder a esas prestaciones. En tal sentido, la **Agencia Nacional de Evaluación de Calidad** jugará un rol importante como complemento normativo, de fiscalización y en la realización de tareas tales como categorización y acreditación de instituciones, supervisión de certificación y evaluación profesional, desarrollo y difusión de guías de práctica clínica etc., desarrolladas por sociedades científicas y organismos gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo procesos *ex post*, como la medición de la satisfacción de la atención de los pacientes, con injerencia sobre la evaluación e incorporación de las innovaciones, tanto diagnósticas como terapéuticas en la canasta prestacional, se trate de medicamentos o procedimientos.

La calidad de la asistencia se convierte en un tema institucional fundamentalmente **ético**, pidiendo garantía para ellos del **Estado como último responsable**. Todos los programas de control de calidad, según la OMS, deben garantizar que cada paciente reciba la cantidad de servicios de diagnóstico y terapéuticos con más probabilidades de producir el resultado óptimo sobre el usuario, y que sea coherente con los últimos avances de la ciencia médica y con factores biológicos (tales como la edad del paciente).

La evaluación de las tecnologías en salud, por su parte y en íntima conexión con lo anterior, debería considerar las consecuencias técnicas, económicas y sociales del empleo de la tecnología en salud, así como sus efectos directos e indirectos. En este marco la **Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (ANETES)** **asumió** estado parlamentario, como organismo descentralizado autárquico en el ámbito del Ministerio de Salud, que realizará estudios y evaluaciones de los medicamentos, productos médicos, instrumentos, técnicas, procedimientos y sistemas organizativos de acuerdo con criterios de seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia. Las decisiones de la Agencia deberían ser vinculantes y se aspira a que acoten el grado extremo de **litigiosidad del sistema de salud argentino que tiende a paralizarlo**, ya que ha llegado a ser “**amparocéntrico**”. En este sentido el Ministerio de Salud cree necesario favorecer el desarrollo de un Programa de elaboración de guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica disponible, dentro de los programas mencionados y que les sirva de insumo, y articule con otros núcleos sustantivos del Programa Nacional de Salud.

Asimismo, resulta y se evidencia como prioritario reorientar las políticas de **recursos humanos en salud (FESP 8)**, y la formación de especialistas en particular, para ampliar las fronteras de las especialidades básicas y especialmente de la medici-

na familiar y la Salud pública. Un importante desafío es consolidar sistemas de **planificación y gestión (FESP 5)** que garanticen la formación y el empleo de especialistas en las provincias y municipios de cada región del país, por lo que se deberán crear sistemas de **incentivos** que aseguren su retención en dichos lugares.<sup>vi</sup>

Es posible y deben erradicarse los aspectos que condicionan a las instituciones a aferrarse al *statu quo* e impiden su avance hacia nuevos espacios potenciales más plenos. Entre los que caracterizan las posiciones más radicalizadas destacan el rechazo de ciertas élites administrativas, políticas, gremiales y sanitarias al cambio para perpetuar sus propias posiciones de privilegio. Si bien la cuestión es amplia, las necesidades a solucionar son mucho mayores y los medios limitados, debe combatirse especialmente la baja visibilidad de la Salud Pública frente a la atención médica, sobre todo la tecnologizada, y consecuentemente la poca valoración de la formación en Salud Pública o sus disciplinas conexas, que casi siempre se mantienen subordinadas a la carrera médica. Como resultado de esto, con frecuencia el cambio no corresponde a un plan u objetivo que responda pura y únicamente –ni siquiera principalmente– al Ministerio de Salud, y su éxito depende en gran medida de otros actores políticos clave, como otros ministerios, los gremios de la salud y otros grupos de poder.



---

vi - OPS N. ° 5 SERIE La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Proyecto de recursos humanos para la salud. Área de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.

---

## Referencias bibliográficas

1. Jacques D. *Éperons*. París: Flammarion; 2010:651
2. Lemus JD, Aragües y Oroz V, Lucioni MC. *Salud pública y atención primaria de la salud*. Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos; 2013.
3. Moreu Orobítz F. El gerente ha muerto: ¡viva el gerente! *Gestión y Evaluación de Costos Sanitarios* 2002 [citado 2 enero 2017];3(3):131-136. Disponible en: <http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/m30.pdf>
4. Lemus JD, Aragües y Oroz V, Lucioni MC. *Epidemiología y salud comunitaria*. Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos; 2008.
5. Fleury S, Belmartino S, Baris E, eds. *Reshaping health care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. Ottawa: International Development Research Centre; 2002 [citado 2 enero 2017]. Disponible en: <http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/32896/20/IDL-32896.pdf>
6. Pareto V. *Traité de sociologie générale*. 3ª ed. Genève: Droz; 1968. (Travaux de droit, d'économie, de sociologie et de sciences politiques 65).
7. Isuani EA. *State and social security policies toward labor: theoretical elements and the argentine case (1900-1925)* [Tesis doctoral]. Michigan: University Microfilms International; 1980.
8. Yedlin DA, coord. *El derecho a la salud: 200 años de políticas sanitarias en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2012 [citado 2 enero 2017]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/libro-el-derecho-a-la-salud/libro-el-derecho-a-la-salud.200-a-a%C3%B1os-de-politicas-sanitarias-en-argentina.pdf>
9. Veronelli JC, Veronelli Correch M. *Los orígenes institucionales de la Salud pública en Argentina*. Tomo 1. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2004 [citado 2 enero 2017]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/Tomo%20I.pdf>
10. Piccirilli R. *Rivadavia y su tiempo*. Buenos Aires: Peuser; 1943.
11. Belmartino S. *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2005.
12. Czajkowski JD. Evolución de los edificios hospitalarios: aproximación a una visión tipológica. *IV Congreso Latinoamericano y 7º Jornadas Interdisciplinarias de la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria* [Actas]. Buenos Aires: Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria; 1993.
13. Arce HE. *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 doctoral]. Fundación H. A. Barceló; 2013.

14. Golbert L. *De la sociedad de beneficencia a los derechos sociales*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; 2010 [citado 2 enero 2017]. Disponible en: <http://www.trabajo.gov.ar/downloads/seguridadSoc/delasociedaddebeneficenciaalosderechossociales.pdf>
15. Pérzola F. *Historia de la medicina argentina: desde la dominación hispánica hasta la actualidad*. Buenos Aires: EUDEBA; 2014.
16. Mera J. Federalismo y Salud. *Medicina y sociedad* 2007 [citado 2 enero 2017]; 27(4). Disponible en: [http://medicinaysociedad.org/publicaciones/5\\_Dic2007/Merafederalismo\\_completo.htm](http://medicinaysociedad.org/publicaciones/5_Dic2007/Merafederalismo_completo.htm)
17. Ugalde A, Homedes N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. *Salud Colectiva* 2008 Abr [citado 2 enero 2017];4(1):31-56. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652008000100003&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000100003&lng=es)
18. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Division for Public Economics and Public Administration. *Decentralization: conditions for success: lessons from Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*. Nueva York: United Nations; 2000. (ST/ESA/PAD/SER.E/7) [citado 2 enero 2017]. Disponible en: <https://publicadministration.un.org/publications/content/PDFs/E-Library%20Archives/2000%20Decentralization%20Conditions%20for%20Success.pdf>.
19. Isuani EA, Mercer H. *La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; c1988. (Biblioteca política argentina 241).
20. Organización Panamericana de la Salud. *Funciones esenciales de salud pública*. Washington, DC: OPS; 27 abril 2000. (Documento CE 126/17) [citado 2 enero 2017]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/21132/ce126\\_17.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/21132/ce126_17.pdf)
21. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington, DC: OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica 589) [citado 2 enero 2017]. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Salud\\_Publica\\_en\\_las\\_Americas.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf)
22. Frenk J. *La salud de la población: hacia una nueva Salud pública*. 3 ed. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1993. (La ciencia para todos) [citado 2 enero 2017]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/poblacion.htm>
23. Frenk J. La Salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. *Salud Pública de México* 1988 [citado 2 enero 2017];30:246-254. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/197/189>
24. Organización Panamericana de la Salud. *Desafíos para la educación en Salud pública: la reforma sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Pública*. Washington, DC: OPS; 2000 [citado 2 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/799/927532323.pdf>

25. Costa Rica. Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. *Medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública* [citado 2 enero 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=analisis-de-situacion-de-salud&alias=312-medicion-del-desempeno-de-las-funciones-esenciales-de-salud-publica-fesp-2014&Itemid=222&lang=en](http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&alias=312-medicion-del-desempeno-de-las-funciones-esenciales-de-salud-publica-fesp-2014&Itemid=222&lang=en)
26. Jenicek M. Epidemiology, evidence-based medicine, and evidence-based public health. *J Epidemiol* 1997 [citado 2 enero 2017];7(4):187-197. Disponible en: [https://www.jstage.jp/article/jea1991/7/4/7\\_4\\_187/\\_pdf](https://www.jstage.jp/article/jea1991/7/4/7_4_187/_pdf)
27. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorando el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS; 2000 [citado 2 enero 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_es.pdf)
28. Organización Panamericana de la Salud. *Función rectora de la autoridad sanitaria: desempeño y fortalecimiento: edición especial n° 17*. Washington, DC: OPS; 2007 [citado 2 enero 2017]. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion\\_Rectora\\_ASN.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf)
29. OPS, USAID. *Función rectora de la autoridad sanitaria nacional: desempeño y fortalecimiento*, (3 de diciembre de 2016). Disponible en: [http://www.paho.org/paho-usaid/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=hss-rectoria-de-la-autoridad-sanitaria&alias=10377-funcion-rectora-de-la-autoridad-sanitaria-nacional-desempeno-y-fortalecimiento&Itemid=3505&lang=en](http://www.paho.org/paho-usaid/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=hss-rectoria-de-la-autoridad-sanitaria&alias=10377-funcion-rectora-de-la-autoridad-sanitaria-nacional-desempeno-y-fortalecimiento&Itemid=3505&lang=en)
30. Lemus JD, et al. Fundamentos conceptuales e instrumentales de un plan nacional de salud para la República Argentina. *Archivos Argentinos de Epidemiología y Salud Pública* 2014;17(1):22-23.
31. Grodos D, Béthune X. Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del tercer mundo. *Cuadernos Medico Sociales* 1988 [citado 2 enero 2017];(46):71-85. Disponible en: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/grodos\\_las\\_intervenciones\\_sanitarias\\_selectivas\\_.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/grodos_las_intervenciones_sanitarias_selectivas_.pdf)
32. Organización Panamericana de la Salud. *Acerca de la salud en todas las políticas* [Internet]. Washington, DC: OPS; c2014 [citado 3 enero 2017]. Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9360%3A2014-about-health-all-policies&catid=6393%3Ahome&Itemid=40172&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9360%3A2014-about-health-all-policies&catid=6393%3Ahome&Itemid=40172&lang=es)
33. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. *Legislación de la salud: publicaciones*. Washington, DC: OPS [citado 3 enero 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc...gid...2016&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc...gid...2016&Itemid=270)
34. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. *La OPS incorporó a los determinantes sociales de la salud en su Plan Estratégico 2014-2019* [Internet]. Buenos Aires: el Ministerio; s.f. [citado 3 enero 2017]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/determinantes/index.php?option=com\\_content&view=article&id=343:nuevo-sitio-web-para-residencias&catid=6:destacados-slide343](http://www.msal.gov.ar/determinantes/index.php?option=com_content&view=article&id=343:nuevo-sitio-web-para-residencias&catid=6:destacados-slide343)

35. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. *Ministro Lemus presentó la cobertura universal de salud a sus pares provinciales* [Internet]. Buenos Aires: el Ministerio; 2016. [citado 3 enero 2017]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3135:ministro-lemus-presento-la-cobertura-universal-de-salud-a-sus-pares-provinciales&catid=6:destacados-slide3135](http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=3135:ministro-lemus-presento-la-cobertura-universal-de-salud-a-sus-pares-provinciales&catid=6:destacados-slide3135)
36. Boletín Oficial de la República Argentina. *Resolución 475/2016* (6 mayo 2016) [citado 3 enero 2017]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/SWowd-Wo1ejVGUmRyemZ0RFhoUThyQT09>
37. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Ginebra: OMS; 2013 [citado 3 enero 2017]. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf)

# Capítulo 3



## Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): vigencia o caducidad

*José Antonio Pagés<sup>i</sup>*

### Introducción

No se recuerda un momento histórico durante los últimos sesenta años, donde no se haya alertado, en mayor o menor medida, sobre el deterioro o descuido de la Salud Pública, entendida “como una responsabilidad social e institucional”.<sup>1</sup>

Esta situación se agudiza en la actualidad, debido a las desigualdades y las inequidades sociosanitarias que se presentan entre países y entre grupos sociales al interior de los países. No obstante, deben reconocerse logros que se han obtenido y acumulado desde mediados del siglo pasado, principalmente desde la perspectiva de los promedios, en la situación de salud a nivel mundial, como el aumento de la expectativa de vida, la disminución de la mortalidad infantil y la erradicación o el control de algunas enfermedades infecciosas, que durante muchos años fueron un azote importante a la humanidad.

A principios de la década de los años 90, la OPS/OMS llamó poderosamente la atención sobre lo que denominó “la crisis de la Salud Pública”,<sup>2</sup> y auspició un amplio debate en los países de la región de las Américas sobre la teoría y la práctica de este tema.

Luego, en el año 2000, la propia OPS/OMS intentó la “recuperación de la Salud Pública y de su posición en el centro de los procesos dirigidos a transformar los sistemas de salud”.<sup>3</sup> Fue en torno a ese momento que las funciones esenciales de Salud Pública (FESP) alcanzaron su máximo punto de reflexión, apropiación e implementación por parte los países latinoamericanos y caribeños. Desde entonces han

---

<sup>i</sup> - Médico-sanitarista. Docente. Ex funcionario de OPS/OMS (1984-2013). Fue representante de OPS/OMS en Argentina (2004-2010). Actual Director del Centro de Estudios sobre diplomacia en la Salud Global - CEDISAG, de la Universidad ISALUD. Integrante del grupo gestor de la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP).

pasado casi veinte años, y la Salud Pública está hoy más presente que antes en las agendas de desarrollo global. Así lo confirma, entre otros aspectos, la experiencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015), y los contenidos de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible - 2030.

Sin embargo, la complejidad creciente de la vida en sociedad, la inadecuada distribución del poder político global, el desarrollo de las tecnologías, la urbanización acelerada en países de economía media-baja, los cambios demográficos y los flujos migratorios, son algunos de los componentes del desarrollo global que nos hacen pensar que, a futuro, al corto y mediano plazo, la Salud Pública continuará siendo motivo de un fuerte reclamo social, en especial si se mantienen o amplían las actuales brechas de equidad, justicia, y derechos sanitarios universales. Por todo esto la Salud Pública debe constituirse en un campo de pensamiento y de acción permanente por parte de todos los que, de una u otra forma, tienen responsabilidades compartidas con el bienestar de las personas y el mejoramiento de la vida en sociedad.

Hoy, así como sucedió años atrás, se hace un fuerte llamado, por parte de muchos actores del desarrollo económico y social, para el fortalecimiento de las acciones de rectoría de la autoridad sanitaria y se insiste, con amplio consenso valorativo, en la responsabilidad que tiene el Estado y la sociedad civil para que la Salud Pública, como práctica social de naturaleza interdisciplinaria, se desarrolle y se fortalezca.

En este contexto se registran importantes y renovados esfuerzos por parte de algunos gobiernos, organizaciones internacionales y otras entidades políticas y sociales, para apoyar la más clara definición e implementación de funciones esenciales de Salud Pública (FESP), como parte de una falencia explicativa e interpretativa sobre la Salud Pública en general, su rol en el desempeño de los sistemas nacionales, tanto en países unitarios como federales, y su impacto en los resultados de la salud en la población en general.

Estos procesos de reflexión y debate forman parte de otro conjunto situacional, en especial en la región de las Américas, donde las fronteras ideológicas se hacen cada vez más difusas, la sociedad en general presenta síntomas de desilusión y es ostensible el deterioro del estado de bienestar.

América Latina por más de una década (2000-2016) transitó un incremento de gobiernos de corte progresista, antiliberales y estatistas, algunos de los cuales, por diversos motivos, produjeron cierto grado de desencanto conducente a lo que algunos hacen llamar “populismo antisistema”. No se puede repensar la Salud Pública de los tiempos actuales en los países de nuestra región, sin tener en cuenta esta plataforma política, que se presenta en arenas movedizas y que pendularmente se mueve entre ciertos agrava-



mientos que se desarrollaron desde la llamada “izquierda política” hasta otros, muchas veces mayores, que se presentan actualmente con “la derecha sustitutiva” y neoliberal.

## Antecedentes de interés referencial

El gobierno de Estados Unidos, a través de sus Institutos Nacionales de Salud (*National Institutes of Health –NIH*) desarrolló en los últimos setenta años varios intentos por definir y medir las FESP. Fue un proceso de abordaje continuo, con ajustes y actualizaciones que no terminan de arrojar suficiente luz al tema. En 1994, constituyó un grupo de trabajo con la intención de esclarecer la confusión que existía en el país, y en el plano internacional, debido a las múltiples versiones que estaban circulando sobre el alcance de la Salud Pública y sus principales funciones. Este grupo produjo una declaración de consenso <sup>4</sup> que situó el énfasis principal en “servicios esenciales de Salud Pública”.

Ese mismo año 1994 el Comité Directivo de Funciones Esenciales de la Salud Pública (*Public Health Functions Steering Committee*) de Estados Unidos adoptó el documento “Salud Pública en los Estados Unidos de América” <sup>5</sup> en el que, sobre la base del reporte de consenso del grupo de trabajo antes mencionado, se identificaron los siguientes objetivos principales de la Salud Pública:

- Prevención de epidemias y de la propagación de enfermedades.
- Protección contra los daños ambientales.
- Prevención de daños a la salud.
- Promoción y fomento de conductas saludables.
- Respuesta a los desastres y asistencia a comunidades damnificadas.
- Garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud.

En el mismo documento se definieron diez servicios esenciales de Salud Pública:

1. Monitoreo del estado de salud para identificar los problemas de la comunidad.
2. Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y de los riesgos de la comunidad.
3. Información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud.
4. Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud.
5. Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva.
6. Cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad.

7. Vinculación de las personas con servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios en donde no estén disponibles.
8. Garantía de recursos humanos competentes para la Salud Pública y la atención de salud.
9. Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
10. Investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud.

En 1997, el Consejo Ejecutivo de la OMS recomendó impulsar el desarrollo conceptual de las FESP. Esto estuvo fuertemente ligado a un esfuerzo colectivo internacional, para la renovación de los objetivos de “Salud para todos en el año 2000”. Faltaban tres años para el cumplimiento de esta meta y todo parecía convertirse en un simple reclamo piadoso. Para responder a dicha recomendación se decidió realizar un estudio de alcance mundial con la técnica *Delphi*, dirigido a redefinir el concepto de FESP y establecer sus características fundamentales. Como resultado se propusieron nueve FESP, y se dejó abierta la posibilidad de continuar profundizando en estos aspectos por medio de otros estudios nacionales e internacionales. Las FESP que en ese momento sugirió la OMS fueron las siguientes:

1. Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
2. Monitoreo de la situación de salud.
3. Promoción de la salud.
4. Salud ocupacional.
5. Protección del ambiente.
6. Legislación y regulación de la Salud Pública.
7. Gestión en Salud Pública.
8. Servicios específicos de Salud Pública.
9. Atención de salud para grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo.

Al año siguiente de los trabajos de la OMS, el Programa Nacional de Desempeño y Estándares de la Salud Pública (NPHPSP) de los Estados Unidos publicó otro informe donde se definieron tres grupos de funciones:

- a. evaluación;
- b. desarrollo de políticas y
- c. aseguramiento.

Desde ese entonces hasta ahora, el gobierno de Estados Unidos continúa desarrollando indicadores, estándares y otros instrumentos de medición, submedición y evaluación de la práctica de Salud Pública en ese país, tanto a nivel federal como local.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) tampoco se quiso quedar atrás en estos esfuerzos. Se recuerda la iniciativa regional que lanzó la OPS/OMS con motivo del centenario de esta institución, denominada “La Salud Pública en las Américas”, y que tuvo como finalidad la definición y medición de las FESP, para tratar de encontrar coincidencias entre los diversos enfoques prevaletentes en esos tiempos.<sup>6</sup>

El alcance de esta iniciativa se podría resumir en los siguientes objetivos:

- Promover un concepto común de la Salud Pública y de sus funciones esenciales en las Américas.
- Crear un marco para la medición del desempeño de las FESP aplicable a todos los países latinoamericanos.
- Apoyar la evaluación de la práctica de la Salud Pública en cada país, basándose en la medición del desempeño de las FESP.
- Proponer un plan continental de acción para fortalecer la infraestructura y mejorar la práctica de la Salud Pública basado en los hallazgos de la medición del desempeño de las FESP.

Las FESP dadas a conocer por la OPS/OMS en el 2002<sup>7</sup> fueron once (11) y son las siguientes:

No.	FESP	Síntesis descriptiva
1	Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.	Evaluación de la situación y tendencias de salud y sus determinantes e identificación de desigualdades en los riesgos, daños y acceso a los servicios (geográfico, económico, cultural, calidad, calidez, entre otros).
2	Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños en el sector.	Capacidades institucionales para la investigación, vigilancia y control de brotes epidémicos y patrones de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, traumas y exposiciones a sustancias tóxicas o agentes ambientales dañinos para la salud.

<b>3</b>	Promoción de la salud.	Desarrollo de acciones de promoción de la salud en la comunidad y la implementación de programas para reducir riesgos y daños a la salud individual y colectiva, a través de una activa participación ciudadana.
<b>4</b>	Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud.	Facilitación de la participación de la comunidad organizada, en programas de prevención, promoción, atención y rehabilitación de la salud.
<b>5</b>	Desarrollo de políticas, planes y capacidades de gestión que apoyen los esfuerzos en Salud Pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.	Conducción y gestión de políticas en Salud Pública, a través de un proceso participativo en todos los niveles nacionales, coherente con el contexto político y económico en que estas se desarrollan.
<b>6</b>	Regulación y fiscalización de la Salud Pública.	Desarrollo y fiscalización del cumplimiento de los códigos sanitarios y las normas dirigidas al control de los riesgos de salud derivados de la calidad del ambiente; la acreditación y control de la calidad de los servicios médicos; la certificación de calidad de nuevas drogas y sustancias biológicas para uso médico, equipos, otras tecnologías y cualquier otra actividad que implique el cumplimiento de leyes y reglamentos dirigidos a proteger la Salud Pública.
<b>7</b>	Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud.	Promoción de la equidad en el acceso a la atención de salud e incluye la evaluación y la promoción del acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
<b>8</b>	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en Salud Pública.	Formación y capacitación del personal profesional y técnicos de Salud Pública, en pre y postgrado, acorde con las necesidades de salud de cada país, a nivel nacional o subnacional.
<b>9</b>	Garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.	Promoción de sistemas permanentes de garantía de calidad, acreditación de servicios, y la implementación de programas de desarrollo y monitoreo continuo de los resultados de las evaluaciones hechas mediante esos sistemas.

<b>10</b>	Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en Salud Pública	Apoyo al desarrollo de la investigación en salud, que incluye los procesos de innovación y los esfuerzos de investigación básica y aplicada, para impulsar cambios en las prácticas de Salud Pública.
<b>11</b>	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.	Planificación y ejecución de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana relacionadas con las emergencias y desastres que impacten la Salud Pública.

Asimismo, la OPS/OMS acompañó esta propuesta con una definición de estándares “óptimos razonables”, en lugar de “mínimos aceptables”, de funcionamiento. Desde el inicio se consideró como un tema de marcada relatividad, de acuerdo con las realidades cambiantes de la región y las de los distintos países.

Es conveniente destacar, con la finalidad de una mejor utilización de las FESP, que la mayor riqueza identificada en ellas es su contenido teórico y de operativización. El instrumento de evaluación o medición que se sugiere agrega valor a la propuesta, pero podría ser modificado o sustituido en su totalidad de acuerdo con las variadas opciones instrumentales que se disponen en el ámbito académico, para la evaluación de la práctica de la Salud Pública en cada país, ya sea a nivel nacional o subnacional.

En determinadas situaciones de coyuntura en el quehacer internacional, se ha intentado vincular las FESP con estrategias o programas específicos que se están impulsando en el campo del desarrollo sanitario. Algunas de las ideas que han surgido al respecto sugieren, por ejemplo, modificar las FESP para que respondan a los “Objetivos de desarrollo sostenible 2015-2030” y a la llamada “salud universal” o “cobertura y acceso universal en salud”.

Debe aclararse, que a mi juicio, las FESP tienen un valor intrínseco propio y no deberían ser consideradas funcionales a determinados momentos coyunturales de política sanitaria. Los objetivos de “salud para todos”, de la estrategia de “atención primaria de salud renovada”, de la salud como “derecho humano fundamental” y la “participación comunitaria y ciudadana” como objeto y sujeto de su salud deben ir a enriquecer y a formar parte de forma permanente e indisoluble de las FESP. Cualquier revisión, modificación o adecuación que pueda hacerse a futuro respecto de las FESP, debería tener puesta la mira en el mejoramiento de la práctica de la Salud Pública en nuestros países y el logro de un mayor bienestar y mejor situación de salud de las poblaciones.

## Experiencias latinoamericanas

Varios países de América Latina hicieron suyas la FESP sugeridas por la OPS/OMS. En algunos casos introdujeron modificaciones para ser aplicadas en sus respectivos ámbitos nacionales y subnacionales.

Hasta ahora el proceso de utilización de las FESP, con sus altas y bajas, permitió una contribución positiva en el desempeño de la gestión en Salud Pública, añadió contenido educativo a los programas de formación y capacitación en el sector y posibilitó el aporte de información importante para la elaboración e implementación de planes de desarrollo en salud.

Los ejercicios de evaluación de las FESP han tenido mayor éxito cuanto mayor ha resultado el sinceramiento de las personas convocadas para este efecto. Y este sinceramiento, la mayoría de las veces, no ha podido desprenderse de la identificación política partidaria de turno.

Es llamativo el hecho de que, lejos de lo que se sugiere en sus versiones originales, las FESP quedaron restringidas, en lo referencial y adaptativo, al ámbito de los sectores de salud, con una débil participación interdisciplinaria e intersectorial, incluyendo las organizaciones de la sociedad civil y los servicios privados de salud. Esto ha afectado, hasta ahora, el mejor aprovechamiento de las FESP desde el punto de vista de su alcance.

## El caso de la Argentina

Sabemos que en la Argentina, como país federal, se tienen marcos regulatorios en ámbitos nacionales, provinciales y municipales, con una manifiesta debilidad desde el punto de vista de su coordinación y articulación. La utilización de las FESP en nuestro país está demandando una mirada más profunda.

Fuentes oficiales<sup>ii</sup> destacan que en la Argentina las FESP posibilitaron líneas de trabajo inéditas, sobre la base de dos ejes centrales. Un eje fue el desarrollo del Marco regulatorio de la oferta de servicios, y el otro, la sistematización de la legislación nacional en salud, con algunos aportes de otros países. Algunas modificaciones fueron incorporadas a las FESP sugeridas por OPS, por ejemplo, se puso mayor énfasis en las enfermedades no transmisibles en la función de promoción de la salud, se

---

ii - Entrevista al Dr. Guillermo Williams, director nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud, [www.msal.gob.ar](http://www.msal.gob.ar).

destacó el rol de los municipios saludables como parte de la función de participación comunitaria, y se valorizó el desarrollo de las capacidades institucionales en todos los ámbitos de la planificación y gestión en salud. La aplicación de las FESP y su instrumento de evaluación, tal como fue sugerido por la OPS/OMS fueron aplicados en algún momento a nivel nacional, en varias provincias y en un conjunto de municipios. Se tienen los registros de ámbitos donde los ejercicios de evaluación se repitieron al término de 3-4 años para comparar los avances alcanzados o la persistencia de problemas. Varias provincias y municipios elaboraron planes de desarrollo a partir de los resultados obtenidos en las evaluaciones.

Las FESP fueron motivo de negociación con el Banco Mundial, para un proyecto de préstamo que se mantiene hasta la actualidad. Respecto de esto y de las modificaciones que fueron incorporadas en el instrumento de medición y evaluación, existen criterios diversos, algunos de los cuales ponen en duda la mayor efectividad de la propuesta.

No obstante lo mencionado anteriormente, las mismas fuentes oficiales,<sup>iii</sup> en lo que consideramos un desborde de bondad valorativa, destacan: “El desarrollo que hoy tienen todos los registros de profesionales, establecimientos, farmacias, la legislación en salud, el avance de la tecnología sanitaria, la calidad de la atención y el sostenimiento de una estructura que avance en el diseño técnico hubiese sido imposible sin el apoyo de las FESP”.

## **La Salud Pública y el alcance significativo de sus funciones esenciales**

Algunos autores mencionan que el concepto de la Salud Pública ha cambiado a lo largo de la historia. Esta aseveración podría ponerse en dudas.

Los enfoques de abordaje de la Salud Pública han sufrido modificaciones a lo largo del tiempo (higiene y medicina tropical, salud colectiva, medicina social, salud global, salud planetaria, entre otros), pero en su esencia prevalece la idea fundamental de que la Salud Pública es una acción colectiva, de responsabilidad compartida entre Estado y sociedad civil, con la finalidad de proteger y mejorar la salud de las personas, a través de intervenciones poblacionales y comunitarias, pero también para asegurar el acceso a la atención de la salud y la calidad y calidez de la misma.

Según Wilson (1920):<sup>8</sup> “La Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”.

---

iii - Ídem.

J. H. Hanlon considera: “La Salud Pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados”.<sup>9</sup>

La OPS/OMS ha definido las FESP como: “Las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la Salud Pública”.<sup>10</sup> Estas condiciones fueron sugeridas incorporando como referencia un conjunto de indicadores y estándares. El mayor o menor logro de tales indicadores y estándares podría arrojar, como resultado, el nivel de capacidades institucionales, nacionales y locales para una buena práctica de la Salud Pública.

Cuando hablamos del Estado como garante de la Salud Pública es necesario aclarar que no nos estamos refiriendo exclusivamente a los Ministerios de Salud o cualquier otro equivalente como autoridad sanitaria. Las responsabilidades estatales en el ámbito de la Salud Pública y la salud en general se extienden a otros sectores y ámbitos de actuación y aplicación de las FESP.

Un tema muy controvertido desde el siglo pasado, en el campo académico y político estuvo relacionado con que “el grado en que la atención de salud individual de pacientes puede ser considerado una función básica y esencial de la Salud Pública”.<sup>1</sup>

Por lo general, según Montoya-Aguilar (2006), “cuando se revisan las múltiples definiciones y conceptos sobre Salud Pública nos percatamos de que no son alternativas excluyentes, sino que son expresiones que acentúan de manera diversa ciertos aspectos de un concepto de gran amplitud”.

Hoy en día ninguna persona vinculada al mundo de la salud pondría en duda que la Salud Pública comprende la prevención de enfermedades, incluidos los traumas; así como la promoción, el fomento y protección de la salud de las personas, las familias, y las comunidades.

El debate histórico por lo general se sigue dando, y en este marco algunos profesionales del sector hacen una diferenciación entre las funciones de promoción y prevención de la salud por un lado, y la atención médica reparadora por otro.

Uno de los retos más importantes de la Salud Pública de los tiempos modernos es tratar de que los profesionales, los técnicos de la salud y sus instituciones aprovechen todas las oportunidades que se les presentan desde la atención médica, para ejercitar la práctica de la Salud Pública.

Lamentablemente esto no se logra totalmente, y es debido, entre otras causas, a la deficiente formación de los recursos humanos en Salud Pública, en especial de los profesionales médicos. Se agregan otras condicionantes negativas, tales como, la esca-



sez de recursos humanos para atender todas las necesidades de los sistemas nacionales de salud, los pobres incentivos para los profesionales, la desvalorización en la dinámica de relaciones médico-paciente y la competencia de la práctica privada lucrativa.

En estos primeros años del siglo XXI, de cara a los problemas antes mencionados, no dejan de aparecer posicionamientos que promueven el alejamiento en el campo de la formulación de políticas en salud y su gestión, entre la práctica reparadora de la salud (atención médica curativa) y la de prevención-promoción. Los que defienden esta idea lo justifican bajo el razonamiento de que debido a la escasez de recursos financieros para el sector salud, la prevención y promoción quedan ahogados bajo la presión de los servicios asistenciales y son precisamente estos los que, en última instancia, hacen que la población se acerque a la red de servicios para resolver lo que se aprecia como necesidades más sentidas en el llamado proceso salud-enfermedad.

## Algunas preguntas para el debate

Como parte de un proceso de amplia reflexión en la sociedad argentina sobre la Salud Pública y las FESP, con una mirada interpretativa de esto y de su relación con las características federales del país, nos podríamos cuestionar y dejar paso a la reflexión y debate que pudiera producirse en un proceso de foro nacional sobre estos temas:

- ¿La Salud Pública argentina está abarcando todo lo que le correspondería desde las responsabilidades del Estado, de la sociedad civil y otros actores relevantes?
- ¿Qué podría excluirse o agregarse desde la gestión del Estado en el campo de la Salud Pública?
- Las FESP, tal como han sido elaboradas y promovidas por la OPS/OMS, y adoptadas por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, ¿son un instrumento de orientación y apoyo para la gestión de la salud en todas las políticas públicas, para la formación de recursos humanos y para la investigación en Salud Pública?
- Las FESP, tal como las promovió la OPS/OMS a principios de este siglo, ¿deberían ser, una vez más, revisadas y adaptadas a la nueva coyuntura que nos marca la realidad nacional y la nueva Agenda de Desarrollo Sostenible 2015-2030? ¿Qué sugerencias se podrían hacer al respecto?

- ¿Qué valoración surge de las FESP y su aplicación en la Argentina como país federal?

Cualquiera que sea la situación, cabe pensar que una vez más pasamos por un momento histórico de deterioro de la Salud Pública, que podría agravarse a corto plazo, a no ser que aunemos esfuerzos académicos y políticos para intentar ubicar, nuevamente, este tema como un asunto de alta responsabilidad social e institucional.



---

## Referencias bibliográficas

1. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Macedo C Guerra de, Hanna W, Larrieu M, *et al.* Las funciones esenciales de la Salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* 2000 Agosto [citado 3 enero 2017];8(1-2):126-134. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=en)
2. Organización Panamericana de la Salud. *Sobre la teoría y práctica de la Salud pública: un debate, múltiples perspectivas*. Washington, DC: OPS; 1993. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 98) [citado 3 enero 2017]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1933.pdf>
3. Montoya-Aguilar C. Qué se entiende hoy por Salud pública. *Cuad Méd Soc.* 2006;46(3): 212-227.
4. Harrell JA, Baker EL. *The essential services of public health*. Leadership in Public Health 1994;3(3):27-31.
5. Centers for Disease Control and Prevention. *The Public Health System and the 10 Essential Public Health Services* [Internet] [citado 5 enero 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nphsp/essentialServices.html>
6. Organización Panamericana de la Salud. *Funciones esenciales de Salud pública*. Washington, DC: OPS; 27 abril 2000. (Documento CE 126/17) [citado 2 enero 2017]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/21132/ce126\\_17.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/21132/ce126_17.pdf)
7. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington, DC: OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica 589) [citado 2 enero 2017]. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Salud\\_Publica\\_en\\_las\\_Americas.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf)
8. Winslow CE. The untilled Fields of Public Health Science. *Science* 1920;51(1306):23-33.
9. Significados.com. *Significados de la Salud pública* [Internet] [citado 3 enero 2017]. Disponible en: <https://www.significados.com/salud-publica>
10. Organización Panamericana de la Salud. *Funciones Esenciales de Salud Pública*. Washington, DC: OPS; 27 abril 2000. (Documento CE 126/17) [citado 2 enero 2017]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/21132/ce126\\_17.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/21132/ce126_17.pdf)



# Capítulo 4



## Federalismo y Salud en la Argentina (El derecho a la salud en el ordenamiento jurídico argentino)

*Oscar Ernesto Garay<sup>i</sup>*

### 1. Introducción

En la República Argentina, la forma de gobierno adoptado constitucionalmente es la de una democracia representativa, republicana y federal (Art. 1° C.N.). La nación argentina está integrada por veinticinco (25) jurisdicciones: Nación, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y veintitrés (23) provincias.

El derecho a la salud tiene como fuentes constitucionales a los artículos 33 y 75 Inc. 22 de la Constitución Nacional. Las provincias argentinas lo reconocen expresamente en sus textos constitucionales. Todas las jurisdicciones del país tienen competencia para legislar sobre la salud. El Estado nacional debe respetar, proteger y cumplir las obligaciones sobre el derecho a la salud que surgen de los tratados o pactos internacionales de los que es signatario. Los gobiernos provinciales también son responsables de adoptar los instrumentos internacionales de DD. HH. (Art. 31 C.N.), y el Ministerio de Salud de la Nación ejerce la rectoría del sector salud, en consenso con las jurisdicciones provinciales (Arg. Ley 22.373).

### 2. El derecho a la salud dentro del derecho constitucional argentino

El derecho a la salud es un derecho humano básico. Lo ubicamos en la cúspide de los derechos fundamentales de la persona humana, junto con la dignidad, la libertad y la igualdad.

Aunque la normativa constitucional, en la primera etapa de recepción de los derechos humanos, no lo formuló expresamente. La doctrina y el derecho judicial, de

---

<sup>i</sup> - Abogado UBA. Magister en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona.

manera conteste, hallaron cabida para el derecho a la salud –en el texto de la Constitución Nacional– como un *derecho implícito* (Aplicación Art. 33).

A partir de la incorporación del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, con el estatus de textos normativos con jerarquía constitucional, la fuente del derecho a la salud pasó a tener doble anclaje en la Constitución Nacional: *implícito* (Art. 33) y *explícito* (Art. 75, inc. 22).

A su tiempo, los textos constitucionales provinciales tuvieron la expresividad normativa de reconocimiento del derecho a la salud que no supo, o no quiso, darle el convencional constituyente de 1994. Este derecho se relaciona con los derechos a la vida, a la integridad física, a la asistencia médica y al acceso a las prestaciones de salud. Las constituciones provinciales tienen normas sobre algunos de esos derechos.

**a) El derecho a la salud en el Art. 33 C.N.** En la constitución histórica (1853-1860) la doctrina y la jurisprudencia hallaron fundamentación interpretativa de los derechos a la vida y a la salud en el Art. 33 C.N.<sup>ii</sup> El primero es, necesariamente un derecho implícito (Se los denomina *implícitos* porque tienen su fuente en el espíritu de la Constitución, en su filosofía política, en su techo ideológico), ya que el ejercicio de los derechos humanos reconocidos expresamente requiere imprescindiblemente de él. A su vez, el derecho a la salud está íntimamente relacionado con el primero y con el principio de la autonomía personal, toda vez que un individuo gravemente enfermo no está en condiciones de optar libremente por su propio plan de vida (principio de autonomía).<sup>iii</sup>

**b) El derecho a la salud a partir de la reforma de 1994.** En la reforma constitucional de 1994 encontramos una doble protección de los derechos relacionados con la salud. Si bien el constituyente reformador desperdició una formidable oportunidad para incluir en forma expresa los derechos a la salud y a la vida en el texto constitucional, incorporó, por un lado, ciertos preceptos que atienden al derecho a la salud y a la protección de los usuarios de sus servicios, y por otra parte, otorgó jerarquía constitucional a diversos tratados que reconocen en forma expresa a los derechos a la vida y a la salud.

**1) El “nuevo” Art. 41 CN.** Establece el derecho a la “preservación del medio ambiente”. En él se incluye el derecho a una mejor calidad de vida (denominado

---

ii - La norma constitucional estatuye que “*Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno*” (Art. 33).

iii - Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social – Estado Nacional s/ amparo ley 16.986, CS, 01/06/2000, T. 323, p. 1339.

derecho constitucional de tercera generación); el cual comprende el derecho al medio ambiente (nuevo Art. 41 CN).<sup>iv</sup>

**2) El “nuevo” Art. 42 CN.** Atiende a la protección de la salud de los usuarios de bienes y servicios. Comprende los servicios de salud y considera a los pacientes como sus consumidores. La cláusula constitucional establece que *“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno”* (Art. 42, Primer párrafo). Los ciudadanos tienen el derecho al control de calidad de los alimentos, medicamentos, servicios y bienes en general que consumen, con el fin de que no sean perjudiciales para su integridad psicofísica. Esto es congruente con la protección de las personas, pues el cuidado de la salud es un corolario del propio derecho a la vida (y a la integridad física) de las personas, reconocido en los textos internacionales y constitucionales.

**c) El Derecho Internacional de los Derechos Humanos.** El Art. 75, Inc. 22 de la Constitución Nacional –reformada en 1994–, incorporó y dotó de jerarquía constitucional a los documentos normativos que integran el bloque internacional de los derechos humanos; los cuales reconocen de manera explícita los derechos humanos a la vida y a la salud.<sup>v</sup>

**d) El Derecho a la Vida está regulado en:** i) la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Art. 1º), ii) en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (El Pacto de San José de Costa Rica) (Art. 4º, Inc. 1), iii) en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 3º, IV) en la Convención sobre los Derechos del Niño (Art. 6.1).

**e) El Derecho a la preservación de la Salud está reglamentado en:** i) la Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 25) y, ii) en el Pacto Internacional

---

iv - Nos interesa destacar la primera parte de párrafo primero del Art. 41 que dice: *“Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras; y tienen el deber de preservarlo”*.

v - A partir de la reforma constitucional de 1994, el derecho a la vida se encuentra explícitamente garantizado en la Constitución Nacional, a través de su reconocimiento y protección en tratados de derechos humanos que gozan de jerarquía constitucional. (Del voto de los doctores Highton de Nolasco, Maqueda y Zaffaroni). CSJN, Fecha: 07/11/2006, Mosqueda, Sergio C. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, Fallos Corte: 329:4918, LA LEY, 18/12/2006, 18/12/2006, 7 - LA LEY, 2007-A, 62 - DJ, 2006-3, 1239 - IMP, 2007-A, 87 - LA LEY, 05/03/2007, 5, con nota de Néstor P. Sagüés; LA LEY, 2007-B, 128, con nota de Néstor P. Sagüés.

de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 12).<sup>vi- vii</sup>

**f) El derecho a la salud en el derecho constitucional provincial.** Los textos constitucionales del país reconocieron expresamente los derechos de las personas a la salud y a la vida –especialmente en aquellas constituciones reformadas post recuperación de la democracia en 1983–. Así: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1996), Art. 20; Buenos Aires (1994), Art. 12; Catamarca (1988), Art. 64; Chaco (1994), Art. 15; Chubut (1994), Art. 18; Córdoba (1987), Art. 19; Formosa (2003), Art. 80; Jujuy (1986), Art. 19; Art. 21; La Rioja (1998), Art. 57; Neuquén (1988), Art. 3º; Río Negro (1988), Art. 16; Salta (1998), Art. 10; San Juan (1986), Art. 15; San Luis (1987), Art. 13; Santa Fe (1962), Art. 19; Santiago del Estero (2005), Art. 21; Tierra del Fuego (1991), Art. 14; Tucumán (2006), Art. 146.

**g) El derecho internacional de los DD. HH., el derecho a la salud y las obligaciones de los estados.** Los tratados internacionales sobre derechos humanos están destinados a obligar a los Estados parte a cumplirlos dentro de sus respectivas jurisdicciones internas, es decir que deben respetarlos en todo su territorio y para todos sus pobladores. Los tratados forman parte del derecho interno cuando el Estado los ratifica internacionalmente o cuando adhiere a ellos. Surge del artículo 31 de la Constitución Nacional que los tratados sobre derechos humanos que forman parte del Derecho Argentino obligan a las provincias cualquiera sea su rango jerárquico (Ferreya RF, 2006).

De lo normado en la Observación General N.º 14 (2000) sobre el derecho a la salud (Aclaratorio del Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales) emana que el derecho de marras –al igual que todos los derechos humanos– impone a los Estados parte tres tipos de obligaciones, a saber:

- Respetar. Exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.
- Proteger. Requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no pertenezcan al Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
- Cumplir. Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

---

vi - Como “reglamentario” del Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del PIDESC adoptó la Observación General N° 14 (2000) sobre el derecho a la salud.

vii - También: Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, 1965: Art. 5 e) iv); Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, 1979: Arts. 11. 1) f), 12 y 14. 2) b); Convención sobre los derechos del Niño, 1989: Art. 24; Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad, 2006: Art. 25.



Según la Observación General mencionada, el derecho a la salud también comprende “obligaciones básicas” referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto, porque es una tarea nacional para guiar el proceso de establecimiento de prioridades, se enumeran los siguientes elementos fundamentales: atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva; saneamiento; agua limpia potable y medicamentos esenciales. Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de Salud pública para hacer frente a las preocupaciones sanitarias de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; y prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008)

El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de ellos, en particular de los derechos: a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

En tal sentido, puede decirse que el derecho a la salud presenta dos perfiles delimitables. El primero se encuentra integrado por obligaciones tendientes a evitar que la salud sea dañada, ya sea por la conducta de terceros (el Estado u otros particulares) o por otros factores controlables (epidemias, prevención de enfermedades evitables a través de campañas de vacunación, etc.). Las primeras son típicas obligaciones negativas o de abstención, mientras que las segundas son verdaderas obligaciones positivas o de hacer que se encuentran a cargo del Estado. El segundo perfil está integrado por otras obligaciones, tendientes a asegurar la asistencia médica, una vez producida la afectación a la salud. En general, esta obligación es identificada como “derecho a la salud” o “derecho a la atención sanitaria” (Arias Amicone MP, 2008).

El derecho a la salud, en consecuencia, sería aquel que detenta todo individuo de un Estado para requerir una respuesta sanitaria tanto en el aspecto de la prevención como en el asistencial, cuando se halle en peligro o se encuentre afectada la salud de las personas (Ferreira RB, 2006, p. 906).

### 3. La legislación sanitaria

La legislación sanitaria es una parte de la legislación general del Estado, que tiene como fuentes primarias a la Constitución Nacional y al Bloque de Normas del Derecho Internacional de DD. HH. (Art. 75, Inc. 22 C. N.), y busca “promover el bienestar general” y “afianzar la justicia”, en relación con la prevención, protección, recuperación y bienestar de la salud de los habitantes de la Nación. Dispone para esos fines, medidas, procedimientos, programas, derechos, cargas, obligaciones, prohibiciones, etcétera; y regula las relaciones jurídicas en que participan los actores del sector salud.

La anterior es una definición de manual, pero, la realidad y el derecho nos señalan las siguientes notas al respecto.

La legislación sanitaria es hija de su época (del tiempo histórico en que fue sancionada). Se originó y comenzó su construcción (período 1946-1955), sobre la base de determinadas condiciones institucionales, culturales, sociales, etc., y en cada fase histórica, conforme con el dinamismo propio de las mutaciones socioculturales, fue formulada acorde a esas condiciones (que se fueron renovando; y que hacen que la sociedad evolucione y también retroceda). La legislación en salud que abrevó, en su tiempo, en los valores de una sociedad paternalista, autoritaria y conservadora (en gran parte del siglo xx), y luego, en estos, nuestros momentos temporales, se nutre de la ideología y valores de la democracia y de los derechos humanos.

Por otra parte, las competencias legislativas de la Nación, de la CABA y de las provincias en materia sanitaria se originan en el articulado de la Constitución Nacional.

El Art. 75 de la Constitución Nacional establece a través de sus incisos las atribuciones del Congreso Nacional. A su vez, el Art. 121 (poder no delegado por las provincias a la Nación) está redactado en términos muy generales; de donde, de la concordancia de distintas normas de la Carta Magna surge que:

- a. Que tanto a las provincias como a la CABA les compete el poder de policía sanitario en sentido estricto: salubridad, moralidad y seguridad pública;
- b. Que los incisos 18 y 19 expresan la competencia legislativa federal del “poder de policía de bienestar” o “bien común” (aplicación del Preámbulo de la Constitución Nacional: “promover el bienestar general”);
- c. Que el Inc. 19 prescribe que corresponde al Poder Legislativo Federal “proveer lo conducente (...) a la formación profesional de los trabajadores”;
- e. Que el Art. 125 C.N., al establecer los “poderes concurrentes”, también establece la competencia legislativa en materia del “poder de policía de bienestar”;

- f. Que el Estado federal, con el objeto de armonizar la “legislación sanitaria” de la República Argentina está habilitado para dictar leyes sobre Poder de Policía Sanitario; que establecerán un piso normativo mínimo, a partir del cual, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires pueden sancionar leyes con contenidos tuitivos más amplios (Arts. 75, Incs. 18 y 19; Art. 125 y Preámbulo de la C.N.); y, que en caso de conflictos entre normas sanitarias (una federal y la otra local) que regulan determinado tema o instituto de la salud, sobre la base del principio de raigambre constitucional *pro homine*, deberá regir aquella que provea la solución más favorable a las personas, a sus derechos, y al sistema de derechos en sentido institucional (Art. 75, Inc. 22 C.N.) (Garay O.E, 2008, p. 941).

De lo expresado previamente, surge: i) que gran parte de la legislación en salud vigente se halla descontextualizada en relación a la filosofía (y el derecho) imperante en la sociedad de esta segunda década del siglo XXI; ii) La característica de “fragmentación” o desarmonía existente en el acumulado de la “Legislación Sanitaria”, sancionada por las legislaturas del país (el Congreso Nacional, las 23 legislaturas provinciales y la legislatura de la CABA).

#### 4. El sistema de salud en la Argentina

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos dice: “Un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.” Y agrega: “La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión”.<sup>viii</sup> (Tobar F., 2014, pp. 535-552).

En la Argentina, el sistema de salud (que abarca el conjunto de las acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud) se organiza de manera tripartita. Los tres subsectores son: público, seguridad social (obras sociales) y privado (medicina prepaga). Estructura del sistema de salud que se repite a lo largo y a lo ancho del país. Adelantamos que la desarticulación y la fragmentación son los rasgos más marcados del sistema de salud argentino.

Veamos, sucintamente, cuales son las características que distinguen a los mencionados subsectores en orden al cumplimiento de las citadas funciones en salud.

viii - [http://www.who.int/topics/health\\_systems/es/](http://www.who.int/topics/health_systems/es/) (Acceso: 13/11/2016).

**a) Subsector público:** está compuesto por los hospitales públicos nacionales, provinciales y municipales; el principio que los gobierna es el de gratuidad, son financiados por rentas generales y ofrecen una canasta básica de servicios de salud a la que tienen derecho todos los habitantes del país (incluso a los afiliados a las obras sociales y a los asociados a la medicina prepaga), pero, especialmente a los sectores indigentes o de más bajos recursos;

**b) Obras sociales:** son organizaciones de la seguridad social, financiadas mediante el aporte y contribuciones obligatorios de trabajadores y empleadores (sujetas a contralor estatal e integradas al Sistema Nacional del Seguro de Salud,<sup>ix</sup> cuyos fines son la prestación de servicios de salud y sociales a los beneficiarios, quienes tienen la opción de elegir afiliarse a la entidad que les prestará esos servicios. Se fundamentan en los principios de solidaridad, equidad, integridad y universalidad. Estas obras sociales (llamadas “nacionales”) están reguladas por las leyes 23.660 de obras sociales y 23.661 del seguro de salud. El piso de prestaciones médicas que deben brindar está contenido en el Programa Médico Obligatorio (PMO).<sup>x</sup>

**c) Medicina Prepaga:** son las entidades o empresas que actúan en el ámbito privado y están sujetas al contralor estatal, asumen el riesgo económico y la obligación asistencial de prestar los servicios de cobertura médico asistencial, conforme a un plan de salud, para la protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los individuos que las contratan voluntariamente y que, como contraprestación, se obligan al pago de un cuota periódica. Los principios que las sustentan son el fin de lucro, la libertad de elección y la libertad de competencia. Están reguladas por la ley 26.682 y deben brindar a sus asociados, también, las prestaciones médicas del PMO.

Una de las críticas que se hacen al modelo de salud argentino es la falta de articulación histórica entre los tres subsectores, lo que impide la organización de un

---

ix - Se citan los siguientes artículos de la ley 23.661 del Seguro de Salud por su directa conexión con el Derecho a la Salud:

**ART. 1º.** Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud, donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.

**ART. 2º.-** El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.

x - Dentro del segmento de las obras sociales, por la importancia que tienen, cabe mencionar al Instituto Nacional de Obras Sociales para Jubilados y Pensionado (Ley 19.032) y a las Obras Sociales Provinciales (no están obligadas a brindar las prestaciones médicas del PMO).

---

sistema de salud integrado, racional, que satisfaga con servicios de salud de calidad a las necesidades idénticas de todos los ciudadanos a iguales cuidados de salud (Tobar F., Olaviaga S., Solano R., 2012, p.1)

## 5. La obligación del Estado frente al derecho humano a la salud

Si con los derechos humanos de primera generación, la obligación primordial del Estado era la de abstenerse, de no interferir en el libre ejercicio de los derechos fundamentales por parte de los ciudadanos, con el advenimiento de los derechos humanos de segunda generación (económicos, sociales y culturales; el derecho a la protección de la salud incluido), la función del Estado cambió: requiere que este implemente medidas positivas para dar plena efectividad a los derechos humanos.

El derecho a la salud entra al escenario de los DD. HH., con jerarquía constitucional en la Argentina, de la mano del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (Art. 75, Inc. 22 C.N.) y ello conlleva la obligación del Estado nacional—como parte signataria de los tratados o pactos— de cumplir lo normado en los instrumentos internacionales que reconocen derechos humanos.

A modo de ejemplo, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se establece en los artículos 2º a 5º y concordantes, que los Estados signatarios se comprometen a cumplimentar las acciones necesarias para garantizar los derechos humanos reconocidos en el mismo; y, en la Observación General N° 14/2000 sobre el derecho a la salud expedida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se prescriben obligaciones a los Estados, por medio del Capítulo II, Arts. 30 a 45—de respetar, de proteger, de cumplir— y en el Capítulo III, Arts. 46 a 52, se describen las consideradas violaciones de los Estados a sus obligaciones de respetar, proteger y cumplir en materia del derecho a la salud de sus habitantes.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación (en un caso de enfermedad grave), estableció que el derecho a la salud se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la vida, que está reconocido por la Constitución Nacional y por los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (Art. 75, Inc. 22, de la Ley Suprema) y la autoridad pública tiene la obligación impostergable de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga.<sup>xi</sup>

---

xi - CSJN, 24/05/2005 - O., S. B. C. Provincia de Buenos Aires y otros - LA LEY, 07/10/2005, 07/10/2005, 8 - AR/JUR/1822/2005.

## 6. La rectoría en salud. Conducción del Ministerio de Salud de la Nación

El Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), desde su rol de conductor político en materia de salud ejerce y pone en práctica acciones de Rectoría en Salud. En relación con las políticas de salud a implementar en el ámbito del país, el MSAL lleva a cabo esa rectoría a través de acuerdos consensuados con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el seno del Consejo Federal de Salud de la Ley 22.373.

**a) Rectoría en salud.** Los expertos en Salud pública de la Organización Panamericana de la Salud nos dicen que la rectoría en salud consiste en la capacidad de los entes rectores para formular, organizar y dirigir la ejecución de políticas nacionales de salud, mediante procesos de definición de objetivos viables y metas factibles de elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos que articulen los diversos esfuerzos, tanto de las instituciones públicas y privadas del sector como de otros actores sociales, del establecimiento de mecanismos participativos y construcción de consensos y de la movilización de los recursos necesarios para desarrollar las acciones planteadas (Organización Panamericana de la Salud, 2002, pp. 7-14).

Para poder cumplir con esos cometidos, los Ministerios de Salud necesitan desarrollar y fortalecer su capacidad institucional para las siguientes acciones:

1. Análisis de la situación en salud y sus determinantes, con énfasis en la identificación de las inequidades en las condiciones del sector y en el acceso a los servicios, así como en el impacto sobre las demandas y necesidades actuales y futuras de la población.
2. Evaluación periódica del funcionamiento sectorial, de la operación de sus instituciones y del desempeño del sistema, muy especialmente en lo concerniente al seguimiento y evaluación de los efectos y la dinámica de los procesos de reforma sectorial.
3. Desarrollo de métodos y procedimientos para el establecimiento de prioridades en materia de problemas de salud, poblaciones vulnerables, programas e intervenciones, con base en criterios de efectividad, costo y externalidades positivas.
4. Formulación, análisis, adecuación y evaluación, tanto de las políticas públicas que influyen sobre la salud como de las políticas sectoriales.
5. Construcción de consensos nacionales sobre el desarrollo estratégico del sector, tendiente hacia la construcción de políticas de Estado en materia de salud.

---

Establecimiento de objetivos sanitarios nacionales y subnacionales, tanto relacionados con procesos como con resultado en salud, que sirvan de base para articular la acción de los diferentes actores públicos y privados de este ámbito y para trazar directrices a los esfuerzos de mejoramiento de la práctica de la Salud Pública.

6. Dirección, concertación y movilización de recursos, actores sectoriales y de otros sectores que ejercen influencia en la formulación de políticas nacionales de salud y en el desarrollo de acciones a favor de ella.
7. Abogacía a favor de la salud.
8. Aliento de la participación social en salud.
9. Coordinación de los aportes técnicos, económicos y de políticas que puedan brindar los organismos multilaterales y bilaterales dedicados a la cooperación técnica y financiera, para la formulación e implementación de políticas y estrategias nacionales de salud.
10. Participación política y técnica en los organismos e instancias de coordinación política e integración económica, regional y subregional, que sean de interés para el sector, con el propósito de promover un mejor tratamiento de los intereses sanitarios de la población y del sector salud en estos foros y ámbitos políticos.

**b) Rectoría y regulación en salud.** En lo que respecta a las tareas de regulación sectorial que forman parte del ejercicio de la función rectora se cuentan las siguientes acciones:

1. Desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud, así como su necesaria armonización con la legislación de salud de los países participantes en los procesos de integración regional.
2. Análisis, regulación sanitaria y fiscalización de mercados básicos relacionados con la salud, tales como seguros públicos y privados, insumos para la producción de servicios (medicamentos, equipos y dispositivos médicos), tecnologías sanitarias, comunicación social relacionada con bienes y servicios que guardan relación con la salud, bienes de consumo vinculados con la salud, y las condiciones sanitarias de establecimientos públicos y del ambiente.
3. Análisis, regulación técnica y fiscalización de la prestación de servicios de salud, de la certificación y del ejercicio de las profesiones de salud, y de los programas de formación y educación continua en ciencias de la salud.

4. Establecimientos de normas básicas y formas pautadas de atención a la salud; desarrollo de programas de garantía de calidad; formulación y aplicación de marcos de acreditación, certificación y licenciamiento de instituciones prestadoras de servicios; y evaluación de tecnología (Organización Panamericana de la Salud, 2002, pp. 7-14).

Buena parte de dichas tareas se ejercen en alguna medida, pero requieren ser perfeccionadas y amplificadas para alcanzar plenamente el objetivo de velar de modo eficaz por el bien público en salud. Por otra parte, las estructuras institucionales no cuentan siempre con el completo desarrollo de las capacidades ni con la adecuada dotación de recursos que permitan una óptima ejecución de las modalidades de regulación y fiscalización antes señaladas.

**c) El consenso del MSAL con los Ministerios de Salud provinciales bajo la órbita del COFESA.** Ley Federal de Salud. En el año 1981 se sancionó el decreto-ley N.º 22.373, que creó el Consejo Federal de Salud (COFESA).

La filosofía de la Ley 22.373 tiene su razón de ser en: i) la autonomía de las jurisdicciones que integran el país federal (Art. 1º C. N.); ii) que las provincias no han delegado en la Nación el poder de policía sanitario y la facultad de legislar la materia sanitaria; y; iii) la fragmentación del sector salud integrado por veinticinco (25) jurisdicciones y tres (3) subsectores (público, seguridad social y privado). Por ello, es necesario consensuar políticas de salud para aplicar en todo el territorio del país. Una política regulatoria deseable, en tal sentido, es alcanzar a articular los lineamientos estructurales de una Ley Federal de Salud que con base en la filosofía de los derechos humanos y en la centralidad en los valores dignidad, libertad e igualdad de las personas, establezca las reglas de provisión de servicios de salud igualitarias para todos los habitantes del país.<sup>xii</sup>

El numeral “56” de la citada Observación General N° 14/2000 sobre el derecho a la salud, afirma: “Los Estados deben considerar la posibilidad de adoptar una ley-marco para dar efectividad a su derecho a una estrategia nacional de salud. La ley-marco debe establecer mecanismos nacionales de vigilancia de la aplicación de las estrategias y planes de acción nacionales de salud. Esa ley tiene qué contener disposiciones sobre los objetivos que deban alcanzarse y los plazos necesarios para ello; los medios que permitan establecer las cotas de referencia del derecho a la salud;

---

xii - Existe la necesidad político-institucional de una Ley Federal de Salud (LFS). El objetivo es acabar con la fragmentación y la desarticulación del sistema de salud argentino. También, dotarlo de equidad. La meta debe ser alcanzar un sistema de salud equitativo e igualitario. (Garay, Oscar Ernesto, *Tratado práctico de la legislación sanitaria*, Tº 1, La Ley, Buenos Aires, p. 91).



---

la proyectada cooperación con la sociedad civil, incluidos los expertos en salud, el sector privado y las organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y el plan de acción nacionales del derecho a la salud; y los posibles procedimientos de apelación. Al vigilar el proceso conducente al ejercicio del derecho a la salud, los Estados parte deben identificar los factores y las dificultades que afectan al cumplimiento de sus obligaciones”.

## **8. Final**

El derecho argentino, por vía constitucional, tiene reconocido el derecho humano a la salud. El Estado nacional y los Estados provinciales son responsables de cumplimentar las acciones básicas que garanticen el acceso de sus habitantes a los servicios de salud (Arts. 75, Inc. 22 y 31 C.N.). El sistema de salud argentino presenta fallas de falta de articulación y de fragmentación entre los tres subsectores (público, seguridad social y privado). Es necesario trabajar para armonizar la legislación sanitaria de las veinticinco jurisdicciones del país, a la vez que se construye una Ley Federal de Salud, sustentada en los derechos humanos y que prescriba las reglas de acceso a servicios de salud igualitarios para todos los habitantes del país.



## Referencias bibliográficas

1. Arias Amicone, MP. Acceso a los sistemas de atención sanitaria. *La Ley Noroeste Argentina* 2008 junio:420.
2. Carnota WF. La salud como bien constitucionalmente protegido. En: Garay O, ed. *Responsabilidad profesional de los médicos: ético, bioética y jurídica: civil y penal*. Buenos Aires: La Ley; 2002. p. 136.
3. Ferreyra RF. El derecho a la salud a la luz de nuestro régimen constitucional. *La Ley Noroeste Argentina* 2006 septiembre:906.
4. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra, Organización Mundial de la Salud. *El derecho a la salud*. Ginebra: Naciones Unidas; 2008. (Folleto informativo 31). [citado 5 enero 2017]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington, DC: OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica 589). p. 7-14 [citado 2 enero 2017]. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Salud\\_Publica\\_en\\_las\\_Americas.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf)
6. Garay OE. Competencia de la Nación y de las provincias para legislar en materia sanitaria. *La Ley* 2008-A:941.
7. Garay OE. *Tratado práctico de la legislación sanitaria*. Tomo 1. Buenos Aires: *La Ley*; 2012.
8. Tobar F. Políticas de salud: conceptos y herramientas". En: Garay O, ed. *Responsabilidad profesional de los médicos: ética, bioética y jurídica: civil y penal*. 2 ed. act. y amp. Buenos Aires: *La Ley*; 2014. pp. 535-552.
9. Tobar F, Olaviaga S, Solano R. *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. Buenos Aires: CIPPEC; 2012: p.1 (Documentos de políticas públicas 108) [citado 5 enero 2017]. Disponible en: <http://www.cippec.org/documents/10179/51825/Complejidad+y+fragmentacion/31a873bd-dc14-451c-b5db-7fab2aef149c>

## Capítulo 5



# Rectoría y gobernanza para las Funciones Esenciales de Salud Pública: Antecedentes conceptuales

*Ernesto Báscolo, Osvaldo Artaza<sup>i</sup>*

### Introducción

El presente capítulo, intenta profundizar aspectos ya esbozados en el capítulo introductorio sobre las funciones esenciales de salud pública y su debate en el contexto del sistema de salud en Argentina, y pretende destacar aspectos centrales de la literatura existente sobre rectoría y gobernanza, para desde allí plantear algunas reflexiones<sup>ii</sup> sobre dichos ámbitos que pudieran ser de utilidad para el debate nacional, reconociendo que la alta segmentación y fragmentación del sistema de salud de la Argentina, se constituye en un obstáculo para el fortalecimiento del papel de la autoridad sanitaria.

Cuando uno escucha las actuales conversaciones sobre Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), su pasado y su futuro, siempre constata que surge “rectoría” como un aspecto esencial, previo, determinante y permanentemente necesario, sin el cual parece imposible que dichas funciones puedan desarrollarse debidamente. La paradoja es que justamente las FESP aparecen como una forma de responder al debilitamiento del Estado, y lo primero que sucede al replegarse el Estado es que también se fragilizan las capacidades de hacer a las FESP posibles. Dicho lo anterior, el volver a conversar en torno a las FESP obliga a retomar el diálogo sobre el papel del Estado en salud, especialmente en países –como Argentina– donde conviven una alta segmentación y fragmentación y una fuerte e históricamente enraizada estructura federal de gobierno.

---

<sup>i</sup> - Asesor Sistemas y Servicios OPS/OMS.

<sup>ii</sup> - Muchas de estas reflexiones surgen de la construcción del apartado sobre rectoría y gobernanza que se reflejarán en la publicación “Salud de las Américas” del año 2017. Así también recogen juicios y experiencias de los propios autores.

## Antecedentes conceptuales de la rectoría y la gobernanza

Para la OPS/OMS <sup>iii</sup> la rectoría es “el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno [...] es una función de competencia característica del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional y que su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales”. Así, se establece que la rectoría abarca seis dimensiones que son responsabilidad indelegable de la autoridad Sanitaria: conducción, regulación y fiscalización, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento, armonización de la provisión, y ejecución de las funciones esenciales de la Salud Pública.<sup>iv</sup>

Lograr una definición operativa de “rectoría” ha resultado complejo debido a su relación con conceptos como gobernanza del sector salud o “*stewardship*”.<sup>12</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el concepto de “*stewardship*” para referirse a la rectoría del sector salud y aduce que constituye la capacidad del Estado para tomar responsabilidad por la salud y el bienestar de la población, al igual que para conducir el sistema de salud en su totalidad. Asimismo, identifica tres grandes responsabilidades para, efectivamente, ejercer la gobernanza del sector salud o “*stewardship*”: (i) proveer visión y dirección al sistema de salud; (ii) recolectar “*inteligencia*” y (iii) ejercer influencia mediante la regulación y otros mecanismos. Igualmente, enfatiza que la capacidad del gobierno para ejercer un pobre o buen desempeño de la gobernanza del sector salud puede afectar todos los resultados del sistema de salud (“*health system outcomes*”). Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud utiliza el término “rectoría del sector salud” para referirse al concepto del sector salud utilizado por la OMS.

---

iii - “Dimensiones del Rol Rector en Salud”. XL Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. (OPS/OMS, 1997).

iv - Actualmente se debate sobre si utilizar el término rectoría o el concepto de Gobernanza que involucra a todos los sectores de la sociedad. Gobernanza es un concepto más amplio que el de rectoría, el cual solo involucra a los organismos del Estado, tales como los ministerios de salud. Gobernanza involucra a todos los actores que juegan un papel en el tema de salud, incluyendo a aquellos que afectan los determinantes sociales de la salud. Huffly et. al. 2006, define la gobernanza como “los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales), con las cuales una sociedad determina sus conductas, toma y ejecuta sus decisiones”. Aun así, en este capítulo nos referiremos tanto al rol de la autoridad sanitaria en la conducción de todo el sector, como a los procesos colectivos que afectan las políticas públicas.

---

En español, existe literatura que utiliza de forma intercambiable los conceptos de gobernanza o gobernabilidad –gobernanza/*stewardship*– con los de gobernanza (“*governance*”). Sin embargo, hay autores que han hecho hincapié en la necesidad de diferenciar estos conceptos, que aun siendo distintos serían interdependientes. La gobernabilidad se refiere a la capacidad del Estado para diseñar, conducir e implementar las políticas, y por otra parte, la gobernanza se refiere a los arreglos institucionales de interacción entre el Estado y la sociedad, y a las reglas de juego para ordenar los consensos y garantizar la legitimidad, estabilidad y sostenibilidad de las políticas.<sup>3,4,5</sup>

Rectoría entonces, se refiere a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. Por ‘gobernanza’ se entienden los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos del sistema de salud que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud.<sup>7</sup>

Para hacer posibles las condiciones de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud es necesario superar las limitaciones institucionales de los sistemas de salud, generalmente caracterizados en términos de la segmentación de los sistemas de cobertura y la fragmentación de los servicios de salud. El ejercicio de rectoría de las autoridades de salud es una condición necesaria para fortalecer los arreglos institucionales que modelan el sector salud, expresados por la gobernanza del modelo de financiamiento, los servicios de salud, los recursos humanos, los medicamentos y las tecnologías.<sup>8,9</sup>

Las estrategias de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud en los países de la región de las Américas permiten reconocer diferentes procesos de cambio para abordar esta problemática, dependiendo tanto de la forma que las autoridades de salud ejercen la rectoría, como del tipo de innovaciones de gobernanza que son asumidas como motores de la transformación de los sistemas de salud.

La función de rectoría es la primordial y es determinante e interdependiente para que se puedan dar las funciones de Salud Pública y cumplir los objetivos del sistema de salud en un país. Esta realidad es aún más compleja en países de estructura federal, lo que obliga a esfuerzos adicionales de gobernanza. Frente a esto, la primera medida para resolver las necesidades de personas y comunidades, y obtener el mayor nivel de salud posible, pasa necesariamente por el fortalecimiento de la rectoría como responsabilidad esencial o primera del Estado.

## La rectoría para la salud universal

El ejercicio de la rectoría otorga a las autoridades de salud,<sup>10, 11</sup> la conducción sectorial para formular, organizar y dirigir la política nacional de salud, con el fin de mejorar la eficacia, eficiencia y equidad del sistema de salud a través del fortalecimiento y o transformación de las estructuras de gobernanza del sector salud. Los procesos de transformación de los sistemas de salud tienen una naturaleza política insoslayable, en la medida que los actores que integran la acción colectiva son responsables tanto de su factibilidad como de su viabilidad.<sup>12, 13, 14</sup> Por este motivo, es necesario destacar la necesidad de una perspectiva de rectoría no asociada a una concepción autosuficiente del poder de influencia de las autoridades de salud, expresadas exclusivamente por el rol de los Ministerios de Salud. Por el contrario es importante ponderar su rol de liderazgo de una acción colectiva en la cual se incluyan también otros actores, integrantes o no de la estructura del Estado.

Dentro de la estructura del Estado se puede mencionar también otras agencias de otros sectores o jurisdicciones (vivienda, educación, finanzas, comercio, etc.), que son indispensables para sostener iniciativas intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud mediante el fortalecimiento de los sistemas de protección social. También es necesario considerar tanto actores de jurisdicciones subnacionales -provinciales o municipales- que desempeñan un papel clave para adecuar o implementar iniciativas en contextos locales, como actores no estatales -sociedad civil organizada o no, y organizaciones privadas con o sin fines de lucro, con mayor o menor formalidad y visibilidad- que realizan funciones de control social, abogacía e influencia en los procesos de cambio y de producción de servicios.<sup>15, 16</sup>

Es evidente que se observan diferencias estructurales en la composición de la autoridad sanitaria y de sus capacidades en función del carácter federal o unitario del país y de si la organización institucional del sector salud es segmentada y fragmentada.

La ejecución de las **Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)**, de gran importancia para asegurar una buena práctica de Salud Pública, y debido a sus altas externalidades son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria. Durante las décadas de 1980 y 1990 los procesos de reforma del Estado<sup>v</sup> que se implantaron en los países de la región promovieron la reducción sistemática del tamaño del Estado, y la transferencia de funciones que tradicionalmente ejercía el sector estatal al sector privado y a la sociedad civil. Simultáneamente, el proceso de globalización ha continuado erosionado la autonomía de los Estados soberanos contribuyendo a una débil

---

v - *Función rectora de la autoridad sanitaria nacional*, Especial n.º 17, OPS WDC., 2007.

---

capacidad de gobernanza. Esta realidad obliga a un esfuerzo por renovar –desde una rectoría fortalecida– la capacidad del Estado para ejecutar las FESP, que es la materia de este libro.

## **La gobernanza para la salud universal**

El concepto de gobernanza ha ido evolucionando desde una perspectiva centrada en atributos institucionales hacia una perspectiva que aborda la transformación de los mecanismos institucionales de regulación de actores y recursos críticos del sector de la salud. La arquitectura institucional de los sistemas de salud está definida por mecanismos de gobernanza que regulan recursos y a actores ubicados en espacios críticos del campo de la salud. Este abordaje permite interpretar aquellas transformaciones de los sistemas de salud que, con el objetivo de alcanzar mejoras en las condiciones de acceso a la salud y de cobertura de salud, requieren cambios relevantes de la trama institucional del sector salud.

## **La gobernanza de los servicios de salud**

La gobernanza para alcanzar redes integradas de servicios de salud, con un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades requiere de cambios en la regulación de diferentes relaciones o procesos:<sup>17</sup>

- a. valores y concepciones de los actores involucrados en la red de servicios de salud
- b. regulaciones sobre las interacciones entre actores involucrados en la organización, gestión y atención de los servicios de salud
- c. regulación de la relación entre los servicios y la población
- d. regulaciones intersectoriales, entre los servicios y otros sectores sociales.

Los valores (la salud como derecho, la equidad y la solidaridad) de los actores integrantes de los espacios de producción de servicios de salud son un medio de regulación social que sirve de fundamento legitimador de la transformación de la provisión de esos servicios y, por lo tanto, son transversales al conjunto de actores involucrados o relacionados con la red de servicios de salud.

Las regulaciones en el interior de esa red pueden clasificarse en tres categorías de normas: las de organización del sistema de salud, las de gestión y las de atención. Las normas de organización del sistema de salud definen dónde se realizan

las prácticas de salud (atención ambulatoria en hospitales, en centros de diagnósticos especializados, en el primer nivel de atención), cómo se coordinan los servicios y organizaciones entre los niveles de atención (sistemas de referencia y contra referencia), y cómo se asignan y gestionan los recursos (financieros, humanos y materiales) en la red de servicios de salud. Las normas de gestión comprenden la programación de los servicios (programación centralizada o descentralizada), las normas de trabajo (registro de producción, horarios de trabajo, horarios de extensión, horas asistenciales y no asistenciales), coordinación de equipos de trabajo en centros de atención (decisiones colegiadas de gestión, decisiones unilaterales), y la relación de los centros de salud con organizaciones sociales (mecanismos de coordinación o participación comunitaria). Las normas de atención definen estándares de producción, de calidad de los servicios, modelos de organización del trabajo entre profesionales (interdisciplinario) en el interior de los servicios de salud, o en diferentes organizaciones o niveles de atención.

Los mecanismos de regulación que influyen en la relación entre los servicios y la población abarcan tanto las normas de atención que definen el acceso, la utilización y la responsabilidad territorial de los equipos de salud sobre la salud de la población (con atención nominada), como los mecanismos que comprenden las expectativas, las demandas y los derechos de las personas, comunidades y la sociedad civil (espacios participativos o de consulta) como parte del modelo de gestión.

La regulación intersectorial puede ubicarse en diferentes niveles: espacios macro- o meso institucionales que contienen mecanismos de coordinación de las políticas de salud con otras políticas sociales para articular su implementación en el espacio territorial; en un nivel micro institucional, existen iniciativas intersectoriales que regulan la relación entre la prestación de servicios de salud con otros sectores o servicios que influyen en los determinantes de la salud de la población.

La gobernanza de los servicios de salud, es aún más relevante y complejo en países federales, donde la articulación de los órdenes Nación, Estado y municipio es clave.

## **Recursos humanos**

La gobernanza de los recursos humanos es un componente central de la dimensión regulatoria que debería asumir la rectoría de las autoridades de salud.<sup>18</sup> El campo de políticas de recursos humanos abarca la formación de los futuros trabajadores de la salud, así como su inserción y desempeño en el mercado de trabajo. Avanzar en el plano nacional hacia los objetivos de la salud universal implica esta-



blecer un conjunto de políticas, regulaciones e intervenciones para ordenar y alinear la producción, las competencias, la movilidad interna y externa de los profesionales, el empleo, las condiciones laborales y la distribución del personal en relación con las necesidades, por solo nombrar algunos aspectos cruciales.

En estos procesos intervienen múltiples actores -con responsabilidades y objetivos particulares- pertenecientes a diversos sectores, como la educación y la salud, que responden a disímiles intereses, ya sean públicos o privados, con o sin fines de lucro. Desde la perspectiva de las autoridades de salud, una gobernanza y un liderazgo eficaces buscan canalizar, ordenar e incentivar estos diversos intereses legítimos para alcanzar la salud universal. Se reconocen cuatro dimensiones de gobernanza en relación con los recursos humanos: a) la formación de recursos humanos, b) la profesionalización, c) la regulación de las prácticas profesionales, y d) la regulación del mercado de trabajo.

La formación de recursos humanos comprende la educación de pregrado, grado, residencias y el mercado de trabajo, así como la educación continua durante la práctica profesional. Es necesario garantizar que todo el personal de salud tenga las competencias actualizadas y apropiadas para el desempeño de sus funciones y responsabilidades. La garantía de competencia abarca un continuum desde la educación de pregrado, con la reorientación de la educación hacia la atención primaria de salud (APS), la adquisición de habilidades para el trabajo colaborativo e interdisciplinario, la creación de los perfiles de competencia de los futuros profesionales y el establecimiento de exámenes nacionales únicos, hasta la formación de posgrado con programas de residencia médica y la educación continua; también debe tener en cuenta los requerimientos de recertificación periódica para determinadas profesiones.

La profesionalización se refiere a la regulación profesional de las actividades de los actores que intervienen en la producción de los servicios de salud. Se requieren nuevas definiciones de profesiones, con perfiles, incumbencias y especializaciones alineadas con los desafíos de la construcción de los modelos de atención integrales e integrados, centrados en las personas y las comunidades.<sup>19</sup>

La **regulación de las prácticas profesionales** está asociada a la definición de estándares de la práctica y a los instrumentos e instancias de evaluación del desempeño del profesional de la salud.

Por último, la **regulación del mercado de trabajo**, se refiere tanto a las condiciones de trabajo (carga laboral) como a las características de su contratación (la estabilidad laboral, mecanismos de negociación colectiva y formas de pago).

## La gobernanza de la tecnología y los medicamentos

La consecución del acceso universal a medicamentos y a tecnologías de salud con alta calidad, seguridad, eficacia y accesibilidad son posibles mediante la adopción de políticas y marcos jurídicos regulatorios que aseguren el ejercicio de las funciones de rectoría de las autoridades de salud para fortalecer la gobernanza de todas las etapas del ciclo de vida de estos productos. La gobernanza de estos procesos incluye: i) un abordaje sobre la oferta, considerando desde la innovación y el desarrollo de nuevos productos, hasta la regulación de la calidad de su producción y o su comercialización, ii) aspectos centrados sobre la demanda, incluyendo mecanismos que definan los criterios de su inclusión en la cobertura de los sistemas de salud, como así también su prescripción racional, y iii) otros factores que influyen sobre el acceso efectivo de estos productos, como la determinación de los precios de mercado y el funcionamiento de los sistemas de dispensación de estos productos.<sup>20</sup>

En relación a los aspectos centrados en la oferta, las autoridades de salud deberían cumplir un papel crítico en el direccionamiento de la innovación y del desarrollo del sector productivo industrial relacionados con la salud para que este atienda las necesidades de salud de la población y no solo persiga intereses comerciales. La gestión de los derechos de propiedad intelectual desde una perspectiva de salud pública debería promover patentes de alta calidad y la creación de medicamentos innovadores, a fin de evitar al mismo tiempo la extensión inapropiada de la exclusividad del mercado y facilitar la entrada oportuna de productos genéricos de fuentes diversas. Para lograr este objetivo se pueden usar las posibilidades de flexibilización que permiten las licencias previstas en el Acuerdo de la Organización Mundial de Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC), incluidas las reconocidas en la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública acordada en Doha en 2001.<sup>21, 22, 23</sup>

Estas políticas deben estar supeditadas a las políticas nacionales de salud y alineadas con las políticas de desarrollo social, de ciencia y tecnología, y de desarrollo industrial, debido a la importancia de estos productos y sectores en el progreso económico.

Una vez en el mercado, los procesos de producción y comercialización de los medicamentos y otras tecnologías de salud deben ser estrictamente regulados y fiscalizados. El ejercicio de las agencias de regulación con esta función ha sido considerado una condición necesaria para facilitar el desarrollo de mercados de medicamentos y tecnologías con una oferta que garanticen la eficacia y la calidad de sus productos.

La gobernanza de las condiciones de la demanda incluye desde políticas asociadas a la regulación de los criterios para incluir estos productos en la cobertura

de salud sistemas de salud, como la regulación e incentivos para una prescripción y consumo racional.<sup>vi</sup> La prescripción, la dispensación y el uso inadecuados de medicamentos y otras tecnologías de salud son causa de resultados de salud deficientes.<sup>24, 25, vii</sup> En 2015, solo el 42,9 % de los países había adoptado normas y procedimientos para la elaboración de directrices de la práctica clínica.<sup>viii</sup>

Por último, la gobernanza de estos productos incluye estrategias disímiles que abordan aspectos económicos asociados con la definición del nivel y la estructura de los precios relativos. Mientras algunos países sostienen mecanismos de regulación de precios, otros han promovido estrategias de negociación del poder de compra del sector público, como compras conjuntas, nacionales o regionales. En forma complementaria, un proceso de planificación integral y transparente de la cadena de suministro de estos productos representa un aspecto crucial para asegurar el acceso a la salud. Este proceso de planificación debería partir de la definición de las necesidades de estos productos y su financiamiento, la adecuación de los sistemas de cobertura, reembolso, compra (y o producción pública), y la distribución y suministro correspondiente.

El intercambio de información, la cooperación y el trabajo en red que nuclean diferentes sectores y países han resultado en aportes significativos para el fortalecimiento de los sistemas regulatorios y la rectoría y la gobernanza en el sector de la salud. La Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red Parf), creada en 1999, agrupa a 29 de los 35 países de las Américas y apoya la armonización de la reglamentación farmacéutica en la Región.<sup>ix</sup>

---

vi - En 2016, un grupo de 13 países de la Región contaba con estructuras encargadas de la evaluación de tecnologías de salud y 7 han adoptado la legislación que exige la evaluación de las tecnologías de salud para la toma de decisiones. Asimismo, el 92,9 % de los países ya tienen comisiones nacionales de selección y comités de medicamentos y tratamientos, y han elaborado listas de medicamentos esenciales a nivel nacional. La creación del Sistema Regulador del Caribe (CRS, por sus siglas en inglés) es un modelo de integración subregional innovador de estados y territorios pequeños, basado en políticas comunes que permiten preservar la soberanía en las decisiones de salud de los estados y maximizar la cooperación multinacional para el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza en la salud (24, 25, 26).

vii - Los atlas de variaciones elaborados en diversos países ponen de manifiesto la necesidad de tener presente al mismo tiempo, el elevado grado de incumplimiento de las directrices de posicionamiento terapéutico y de las guías de práctica clínica, así como las elevadas variaciones injustificadas de la práctica médica. como ponen de manifiesto los atlas de variaciones elaborados en diversos países.

viii - Los atlas de variaciones elaborados en diversos países ponen de manifiesto, al mismo tiempo, el elevado grado de incumplimiento de las directrices de posicionamiento terapéutico y de las guías de práctica clínica, así como las elevadas variaciones injustificadas de la práctica médica.

ix - De manera sistemática, los países del Mercosur (Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay y Venezuela) han empleado este mecanismo con los informes de inspección y reportes de eventos adversos (27, 28, 29). Las Autoridades Nacionales de Referencia Regional y la iniciativa de los cinco países (Brasil, Canadá, Estados Unidos, Australia y Japón) que intervinieron en la conformación del Programa de Auditorías

## La gobernanza del financiamiento

La gobernanza del financiamiento de los sistemas de salud implica la regulación de sus tres dimensiones centrales: la generación de recursos financieros para el sector de la salud, definido por los mecanismos obligatorios o voluntarios de recaudación; el aseguramiento, definido por los mecanismos de integración de tales recursos, que influyen en la solidaridad o la segmentación del sistema de salud; y la transferencia de los recursos financieros a los servicios de salud, que definen la estructura de los incentivos en la provisión de los servicios de salud.<sup>26, x</sup>

La gobernanza mediante la regulación de los mecanismos de recaudación, aseguramiento y transferencia de recursos tienen influencia en el resto de los recursos críticos (recursos humanos, medicamentos y otras tecnologías, la producción de los servicios de salud) que integran el sistema de salud, así como sobre los avances sobre las condiciones de acceso a los servicios de salud y cobertura de la población.

El acceso oportuno a servicios de salud de calidad no es posible sin un sistema de financiamiento que proporcione los recursos públicos suficientes para sostener su producción. Para ello se requiere observar criterios de responsabilidad fiscal y desarrollar mecanismos de ejecución transparentes, que garantizarán su legitimidad y consecuente sustentabilidad a través del tiempo.

Es imposible materializar el derecho a la salud si las personas no pueden utilizar los servicios porque no tienen la capacidad de pago necesaria o enfrentan dificultades financieras significativas. La medida más efectiva para alcanzar esta meta es eliminar el pago directo en el punto de atención, que constituye una barrera económica para el acceso. Este hecho primordial requiere de provisiones presupuestarias responsables que permitan cubrir el financiamiento de los prestadores mediante copagos.

Cuando se habla de “suficiencia” de los recursos, no solo es relevante la proporción del gasto en salud sobre el producto bruto interno (PBI), sino que dicho gasto sea público y no de bolsillo. La resolución de OPS sobre acceso y cobertura universal

---

Únicas en Dispositivos Médicos (MDSAP, por sus siglas en inglés) (<http://www.fda.gov/MedicalDevices/InternationalPrograms/MDSAPPilot/default.htm>) también consideran el intercambio de información como instrumento fundamental de su trabajo. Para apoyar el intercambio seguro de datos no públicos, se presentó la Plataforma de Intercambio de Informaciones Regulatorias no Públicas (REP), que en su fase inicial contemplará los países participantes de la iniciativa MDSAP y permitirá, en un ambiente seguro y dinámico, el intercambio de documentos regulatorios para la autorización y fiscalización de tecnologías sanitarias.

x - Tradicionalmente, estas funciones se recogían en diferentes dimensiones de la rectoría, tales como la regulación de los planes de aseguramiento (como una dimensión comprendida en la regulación de las autoridades de salud), la vigilancia del aseguramiento y la modulación del financiamiento.

---

en salud<sup>xi</sup> –salud universal– habla de –al menos– alcanzar un 6% del gasto sobre el PBI, señalando expresamente que dicho gasto debe ser público. He allí el desafío ético y político fundamental en la mayoría de los países las Américas: lograr más recursos públicos para salud.

Una de las formas más recomendables para garantizar la protección financiera es a través de la mancomunación solidaria de fondos. La mancomunación busca reunir, en arreglos comunes para compartir el riesgo, la cantidad más elevada de recursos financieros posible, para una sociedad determinada. Esto debe llevarse a cabo siguiendo una lógica de equidad y solidaridad; es decir, de manera que las personas aporten según su capacidad pero reciban los servicios según sus necesidades, permitiendo la transferencia de recursos de los individuos sanos a los enfermos y redistribuyendo los de quienes poseen más hacia quienes tienen menos.<sup>xii</sup> Asimismo, la mancomunación tiene una lógica de eficiencia: busca disminuir los costos de administración y diluir los riesgos de los individuos de padecer problemas de salud entre el mayor número posible de personas, de tal forma que la contribución que debe de aportar cada individuo sea lo más pequeña posible.

Otra importante función del sistema de financiamiento que debe discutirse al hablar de salud universal es la de asignación de recursos y la arquitectura de incentivos a nivel de los mecanismos de pago a los prestadores, los que deben apuntar hacia la consecución de resultados e impacto sanitario, transitando del pago histórico, o por acto, al pago por desempeño en salud, y deben estar alineados con una lógica de redes integradas de servicios de salud (RISS) basados en la atención primaria de la salud (APS). A su vez, deben considerar incentivos en la remuneración de los recursos humanos en salud (RHS) y su influencia en el mayor o menor grado de alineamiento de estos con los objetivos del sistema. En este caso existe un potencial para incidir en el nivel de compromiso que los RHS adquieran (y demuestren en su práctica cotidiana) respecto del esfuerzo de garantizar un acceso a servicios de calidad dispensados con preocupación por el individuo y su dignidad.

En el financiamiento, la búsqueda de cómo aumentarlo y mejorarlo obliga a realizar un enorme esfuerzo en cuanto a la eficiencia en el uso de los recursos.<sup>27</sup> Por un lado, no es posible técnica, política, ni éticamente generar mayores espacios fiscales ni disposición de las personas a contribuir con los sistemas de salud si no está a la vista un uso que se perciba como correcto de los recursos disponibles. Por otro lado,

---

xi - Resolución CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

xii - Esto sucederá, en la medida de que el fondo mancomunado se financie principalmente a través del tesoro nacional por el Estado y que esté presente una fiscalidad progresiva, y con base en primas que representen un porcentaje determinado de los ingresos de los miembros del fondo.

para aumentar la eficiencia, a menudo se necesitan nuevas inversiones y recursos. Este es el caso, entre muchos otros, de una intervención con alto potencial de eficiencia, como el aumento de la capacidad resolutoria y articuladora del primer nivel de atención, para tener sistemas de salud más centrados en las personas y las comunidades organizados en redes integradas basadas en la atención primaria de salud (APS).

En cualquier sociedad, con independencia del nivel de desarrollo que posea, los recursos van a ser siempre limitados o insuficientes en relación con las demandas potenciales de las personas y las comunidades. Los recursos económicos escasos siempre están rivalizando entre sí por su mejor utilización para maximizar el bienestar general de la sociedad, lo que la ciencia económica llama **costo de oportunidad**. Además, estimar cuánto invertir en salud obliga a la autoridad sanitaria a tomar decisiones permanentemente con respecto a: dónde o en qué invertir los recursos y cómo utilizarlos mejor. En cada una de estas dimensiones, los países se enfrentan al dilema de cómo tomar decisiones correctas y socialmente aceptadas con respecto a dónde o en qué invertir los recursos escasos, y de cómo utilizarlos mejor y de manera justa: qué servicios ampliar en primer término (criterios para priorizar); a quiénes incluir primero –procurando que los grupos desfavorecidos, que suelen estar entre las personas de bajos ingresos y las poblaciones rurales, no queden rezagados–, y cómo pasar del pago de bolsillo al prepago. Los países deben estar guiados por compromiso con la justicia y la preocupación afín por la equidad, así como con el respeto de los derechos de las personas a la atención de salud, para determinar estas difíciles decisiones.

Recaudar más dinero para la salud es imprescindible, pero contar con ese dinero no garantizará, por sí mismo, la consecución de todas las metas sanitarias. Tampoco lo harán los mejores arreglos de protección financiera y de mancomunación de fondos o la sola eliminación de las barreras económicas para el acceso a través de la eliminación de los copagos. Junto a lo anterior, el requisito esencial es asegurar que los recursos se usen de manera eficiente. No podemos ignorar la importante cantidad de recursos que se pierden por mala administración, participación desregulada del mercado en salud o corrupción en nuestros países. Identificar las fuentes de ineficiencia forma parte de la responsabilidad de un buen gobierno y es esencial para la generación de un mayor espacio fiscal para salud. Se requiere la decisión política para avanzar hacia una mayor transparencia en los procesos de decisión, gestión, compra y rendición de cuentas a través del empoderamiento de la sociedad civil en el control efectivo del uso de los recursos públicos, para desarrollar mayores competencias regulatorias y de fiscalización de la participación de distintos actores en salud que aseguren el mejor uso de los recursos y, por tanto, el bien común.

En la búsqueda de mayor eficiencia, es fundamental buscar caminos para armonizar las distintas formas de aseguramiento, fondos contributivos de la seguridad social en salud o de organismos autónomos separados de los Ministerios de Salud, que concentran las aportaciones públicas procedentes de los impuestos generales, para diseñar políticas que permitan modular; corregir y redistribuir fondos para disminuir distorsiones del financiamiento sectorial y reducir y compensar inequidades y diferencias de riesgos de las poblaciones; negociar conjuntamente con principales proveedores de la industria –por ejemplo compra mancomunada de medicamentos–; y, definir conjuntamente criterios de inversión en infraestructura y tecnologías sanitarias.

## **Mecanismos regulatorios de la producción y el consumo de bienes con impacto sobre la salud**

El fortalecimiento de la rectoría de las autoridades de salud también se ha manifestado en la emergencia y el perfeccionamiento de los esquemas de regulación de la producción y el consumo de bienes masivos (por ejemplo, los relativos a la industria alimentaria, el uso de pesticidas, la regulación del consumo de alcohol, drogas y tabaco, y el cuidado del medio ambiente) para actuar sobre los factores de riesgo con impacto sobre la salud de la población.<sup>28</sup>

Estas estrategias consisten en mecanismos de regulación de actividades no controladas por los sistemas de salud, con alcance nacional e influencia relevante sobre las condiciones de salud de la población. Sin embargo, se debe destacar el fuerte papel que desempeña la gobernanza global, definido por los acuerdos internacionales.<sup>xiii</sup>

El avance de la función regulatoria de las autoridades de salud también se debe al apoyo de los movimientos sociales y la sociedad civil organizada. Estas alianzas han permitido incorporar a las autoridades de salud en espacios de decisión económicos y comerciales, tradicionalmente alejados de su incumbencia, y reservados para los ministerios de finanzas y de comercio.

## **Mecanismos regulatorios del derecho a la salud**

Es responsabilidad del Estado el garantizar el derecho a la salud, a través del acceso efectivo a un conjunto de beneficios y prestaciones de servicios integrales

---

xiii - Un ejemplo es el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS) que reafirma el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud, negociado bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud.

para todos los habitantes sin discriminación por condición laboral, etnia, lugar de residencia, género o ninguna otra especie de distinción, que no se asocie estrictamente a la necesidad. Para ello es preciso desarrollar la capacidad institucional de los Ministerios o Secretarías de Salud para definir, costear, implementar y legitimar socialmente los contenidos de los planes garantizados de prestaciones que tengan carácter de obligatorio para toda la población. En dichos programas o conjuntos de beneficios en salud para toda la población es esencial estén claramente definidas las condiciones de acceso, protección financiera y calidad. Así como la existencia de una institucionalidad regulatoria con reales capacidades para asegurar dichas condiciones sean cumplidas para todos.

El reconocimiento legal de un derecho, e incluso su instrumentación normativa, no siempre significa su plena realización. De hecho, en nuestros países el ejercicio del derecho a la salud se ha visto dificultado por diversos factores entre los que destacan los de orden financiero, cultural, geográfico, y de género, configurando así una “geografía de la exclusión” de la protección social en salud. De hecho, tratar de remediar esta situación ha sido uno de los objetivos declarados de muchas de las agendas de cambio (conocidas genéricamente como “reformas”) que se han introducido en los sistemas de salud de los países de la región en las últimas décadas.

Las reformas en salud no pueden ofrecer “todo para todos y al mismo tiempo”. No hay país en el mundo que pueda afrontar ese desafío. La necesidad de priorizar es consustancial a la escasez de recursos, el desafío es cómo abordar esto desde la óptica de los derechos humanos. Mientras nuestras sociedades sean inequitativas habrá presiones políticamente insalvables para condiciones de acceso y calidad mejores a la de los demás grupos. O cambiamos radicalmente nuestro tipo de sociedad o asumimos las consecuencias de ello en salud. Por lo tanto, desde el punto de vista de salud universal es primordial definir un estadio esencial posible para todos, coherente con el concepto ético de dignidad humana, y ese estadio debe establecerse como el punto de partida para la universalidad. Ese modelo debe contener lo prioritario para promover y mantener la vida y su calidad sin diferencias evitables; debe incorporar todo lo costo efectivo que el conocimiento va colocando a disposición de los sistemas sanitarios; debe asegurar que nadie queda afuera, especialmente los más vulnerables. Una vez definido esto, debe traducirse en un conjunto de beneficios o plan de salud, adecuadamente financiado, implementado a través de la estrategia de APS y bien gestionado. No hay “milagros” en salud, ya hay suficiente evidencia para fundamentar lo anterior en contextos de sociedades que siguen generando exclusión.

Es indispensable, definir en qué consiste lo esencial, lo ético que puede/debe garantizarse a todos sin exclusión, con el fin de avanzar a derechos sociales en salud



que se cumplan. Lo anterior debe realizarse sin acotar los beneficios o posibilidades de acceso a una lista o “plan básico” para personas de bajos recursos, ya que es resistido por la ciudadanía (la focalización de los recursos en los más pobres solo se traduce en producir sistemas estratificados, en los cuales los servicios reservados para ellos son de calidad inferior; los servicios para la población de menores ingresos terminan siendo “pobres servicios”). También hay que reconocer la existencia de tendencias en algunos sectores políticos que en sus discursos, con el supuesto legítimo de que el Estado debe financiar todas las necesidades de salud, tienden a ofrecer un universalismo sin los respaldos de recursos que lo haga posible. Todo esto junto a las influencias de los medios de comunicación, genera una creciente explosión de expectativas que se traduce en un problema político real, a la hora de tomar decisiones claves para conseguir una más equitativa y efectiva atención sanitaria con los recursos disponibles. Por su propia naturaleza, las necesidades en salud son potencialmente infinitas y los recursos para atenderlas no lo son.

La escasez resultante se acentúa a medida que la demanda por servicios de salud crece. Además, la explosión tecnológica y la dinámica de la industria de la salud, hace posible ofrecer servicios que pueden no responder a una necesidad: hay innumerables estudios sobre consumo innecesario. Por todo eso, en materia de atención a la salud, siempre existe alguna forma de racionamiento. Toda sociedad, así sea próspera en extremo, enfrenta el problema del uso racional de los servicios de salud. Lo puede hacer en forma implícita, dejando que cada quien se defienda por sí mismo, o en forma explícita, mediante un consenso social transparente y democrático. Este último punto es fundamental y las preguntas que muchos se hacen son: ¿cómo hacer participar a la ciudadanía en la toma de decisiones?, ¿cómo hacer realmente protagonista a las personas?, e incluso, muchos también cuestionan acerca de si eso es siquiera posible. Frente a la participación las personas, surge el temor de que aquellos grupos más favorecidos y con mayor capacidad de ejercer presión coapten los recursos disponibles para sus intereses. Asimismo, está la realidad creciente en muchos de nuestros países, que finalmente los jueces se van constituyendo en “autoridad sanitaria” al obligar a incorporar prestaciones, no son siempre costo efectivas.

El dilema es cómo —en el contexto de los cambios en salud— establecer mecanismos institucionales para una adecuada participación ciudadana en la formulación de las políticas públicas en salud. Dicho de otro modo, cómo un programa de ampliación de acceso y cobertura puede ser a la vez “técnicamente correcto y socialmente legítimo”. Especialmente, cuando en muchas sociedades el sistema sanitario —sus valores y objetivos— han pasado a formar parte de la “identidad” que esa misma sociedad tiene de sí misma.

Al momento de hablar de universalidad y el debate de cómo “administrar la escasez”, si vía oferta (filas de espera) o por la demanda (precio o “paquetes”), está pendiente resolver al menos tres situaciones. La primera es si debería existir un plan que incorpore todas las prestaciones de manera genérica, limitando el debate a la definición de las prestaciones que deben quedar explícitamente excluidas y a cómo priorizar las listas de espera (situación del PMO Argentino y del conjunto de beneficios del Instituto Mexicano de Seguridad Social – IMSS). La segunda es si tendría que existir un plan acotado que señale solo explícitamente las prestaciones o problemas de salud que el Estado se compromete garantizar a toda la población, sin discriminación alguna y qué hacer con lo que se deja de proteger (el catálogo CAUSES del seguro popular mexicano). Y una tercera, que mezcla las anteriores, a modo de ofrecer un plan universal de carácter integral, que excluye solo temas como la cirugía estética, tratamientos en el extranjero y aquellos de carácter experimental o sin costo efectividad demostrada pero que, dentro de este, prioriza un conjunto de problemas (por su impacto o magnitud con relación a la mortalidad y calidad de vida) asegurando que dicho subconjunto no enfrente problemas de oferta de servicios y acceso efectivo en rincón alguno del país (el régimen de garantías explícitas o plan AUGE de Chile).

En los países que no aceptan “conjuntos de beneficios”, la pregunta es similar con respecto a cómo “gestionar las listas de espera”, para dar legitimidad social a los criterios y mecanismos como se prioriza en la práctica en los países que tienen sistemas “universalistas”.

Toda sociedad debe elegir, sobre la base de principios políticos y éticos, el modelo de sistema de salud al que aspira. Al definir las fórmulas de acceso a la salud existen diferentes criterios: capacidad de pago, asistencialismo o derechos ciudadanos. Dado que los recursos siempre son escasos en comparación con las necesidades y con las expectativas, la decisión de qué criterio usar tendrá gran influencia sobre la distribución de los beneficios de la atención. Esto constituye una de las cuestiones más importantes y complejas en la formulación de las actuales políticas de salud hacia la universalidad.

## **Palabras finales**

El ejercicio de la rectoría por parte de la autoridad sanitaria y el involucramiento de los actores claves que integran la acción colectiva no deben agotarse en la definición de las competencias formales, sino en el desarrollo de las capacidades críticas que respondan al contexto particular de cada caso. Esta condición rescata el

concepto de las funciones esenciales de la salud pública, como capacidades críticas de la autoridad sanitaria y embebida a una agenda de desarrollo de las funciones de rectoría de las autoridades de salud, en el marco de los procesos de transformación y fortalecimiento de los sistemas de salud.



## Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. *Report on the WHO Meeting of experts on the stewardship function of health systems. Meeting on the stewardship function in health systems*. Ginebra: WHO; 2001. (HFS/FAR/STW/00.1). Ver también: Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Ginebra: World Health Organization; 2002. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. *La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial*. Washington, DC.: OPS; 23 julio 1997. (Documento CD 40/13). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7145/25281.pdf>
3. Celedón C, Orellana R. *Gobernancia y Participación Ciudadana en la Reforma de Salud en Chile* [Presentado en el Tercer Foro Interamericano Subregional de Liderazgo en Salud]. Buenos Aires; 2003. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd29/carmenceledon.pdf>
4. Prats i Català J. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano: marco conceptual y analítico. *Revista Instituciones y Desarrollo* 2001;(10):103-148. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://omec.uab.cat/Documentos/mitjans\\_dem\\_gov/0099.pdf](http://omec.uab.cat/Documentos/mitjans_dem_gov/0099.pdf)
5. Prats i Català J. El concepto y el análisis de la gobernabilidad. *Revista Instituciones y Desarrollo* 2003;(14-15):239-269. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://www.ses.unam.mx/docencia/2007II/Lecturas/Mod3\\_Oriol.pdf](http://www.ses.unam.mx/docencia/2007II/Lecturas/Mod3_Oriol.pdf)
6. Organización Panamericana de la Salud. *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington, DC: OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica 589). [citado 2 enero 2017]. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Salud\\_Publica\\_en\\_las\\_Americas.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf)
7. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 [citado 16 marzo 2017];22(Suppl): S35-S45. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001300013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001300013&lng=en)
8. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Washington, DC: OPS; 2 de octubre 2014. (Resolución CD53. R14). [citado 1 marzo 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7652/CD53-R14-s.pdf>
9. [Organización Panamericana de la Salud. *Informe Foro Regional Salud Universal: sistemas de salud y calidad en la atención*. Washington, DC.: OPS; 2015.]
10. Organización Panamericana de la Salud. *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción, op. cit.*
11. Ídem.

12. Organización Panamericana de la Salud. *La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial*, op. cit. y Celedón C, Orellana R. *Gobernanza y Participación Ciudadana en la Reforma de Salud en Chile*, op. cit.
13. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Geneva: World Health Organization; 2002. (WHO/EIP/DP/02.48). [citado 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>
14. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. *The concept of stewardship in health policy*. *Bull World Health Organ*. 2000;(78):732–9. [citado 1 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/57319/1/bu0614.pdf>
15. World Health Organization. *Report on the WHO Meeting of experts on the stewardship function of health systems*, op. cit.
16. [Araoz C, García-Concheso T. *Guía para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2005.]
17. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, op. cit.
18. Organización Panamericana de la Salud. *Human resources for health: increasing access to qualified health workers in primary health care-based health systems*. Washington, DC: OPS; 4 octubre 2013. [citado 1 marzo 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4441/CD52-R13-esp.pdf>
19. Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en atención primaria de salud. *Rev Salud Pública* 2010;12(1): 8–27. [citado 1 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12s1/v12s1a02.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual*. Ginebra: OMS; 24 mayo 2008. (WHA61.21). [citado 1 marzo 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/26290/1/A61\\_R21-sp.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/26290/1/A61_R21-sp.pdf)
21. Ídem.
22. Organización Mundial del Comercio. *Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública*. Ginebra: OMC; 20 noviembre 2001. (WT/MIN(01)/DEC/2). [citado 1 marzo 2017]. Disponible en: [https://www.wto.org/spanish/thewto\\_s/minist\\_s/min01\\_s/mindecl\\_trips\\_s.doc](https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.doc)
23. Amin T. *Voluntary licensing practices in the pharmaceutical sector: an acceptable solution to improving access to affordable medicines?* Ginebra: OMS; 2007. [citado 1 marzo 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19793en/s19793en.pdf>
24. Organización Panamericana de la Salud. *La cuestión del aseguramiento y el nuevo papel de los ministerios de salud en el contexto de la reforma*. Washington, DC: OPS; 1998. (Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, 8).

25. Organización Panamericana de la Salud. *Informe sobre control del tabaco en la Región de las Américas: a 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco*. Washington, DC: OPS; 2016. [consulta 1 marzo 2017]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867\\_spa.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf)
26. Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. Comparing the performance of the public, social security and private health subsystems in Argentina by core dimensions of primary health care. *Fam Pract*. 2016;33(3): 249–60.
27. Artaza O. Editorial. *Salud pública Méx*. 2016 [citado 3 enero 2017]; 58(5):493-495. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/8183/10802>
28. Organización Panamericana de la Salud. *Informe sobre control del tabaco en la Región de las Américas: a 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco*, op. cit.

# Capítulo 6



## Rectoría y Gobernanza en la transformación de los sistemas para salud universal

*Oswaldo Artaza, Ernesto Báscolo<sup>i</sup>*

### Introducción

Los procesos de transformación de los sistemas de salud de los países de la Región de las Américas se pueden analizar a partir de los cambios de la gobernanza promovidos por el ejercicio de la rectoría de las autoridades sanitarias. Estos procesos son institucionales —porque los cambios en la gobernanza consisten en transformaciones en las “reglas de juego” que regulan a actores y recursos críticos del sector de la salud— y evidentemente políticos —porque los cambios en la gobernanza son conducidos por la autoridad de salud, junto a un amplio abanico de actores que integran la acción colectiva de esas transformaciones.<sup>1</sup> Con el propósito de distinguir diferentes tipos de procesos de transformación de los sistemas de salud, Los aspectos políticos asociados con la rectoría, y los institucionales relacionados con la gobernanza, sirven para distinguir y caracterizar diferentes tipos de procesos de transformación de los sistemas de salud.

Dichos procesos suceden en el plano de la política, implican una permanente construcción del papel del Estado, mercado y ciudadanía, requieren de generación de consensos y pactos sociales para viabilizar políticas de largo plazo e implican procesos mucho más complejos en países de estructura federal y que además tiene sistemas de salud fuertemente segmentados y fragmentados.

Este capítulo, intenta problematizar el escenario político donde suceden los cambios en salud no ajeno al debate aún no resuelto sobre el papel del Estado, el mercado y la ciudadanía. En su parte final, el capítulo intenta revisar las experiencias de rectoría en tres países federales de América Latina y plantear algunas reflexiones<sup>ii</sup>

---

i - Asesores sistemas y servicios -HSS- OPS/OMS

ii - Estas opiniones sólo representan juicios de los autores y no posiciones oficiales de la Organización Panamericana de la Salud. Por otro lado, recogen literatura internacional sobre el tema recogido en la bibliografía y partes de ellas han sido parte de proceso de reflexión en torno a la publicación de “Salud de las Américas” del año 2017.

sobre la transformación de los sistemas desde los desafíos que los países tienen en su responsabilidad de rectoría y de generación de gobernanza.

## **Transformaciones basadas en cambios del aseguramiento en salud**

En los países se presentan dos tipos de lógicas de transformación de los sistemas de salud: aquellas basadas en cambios en el aseguramiento en salud (estructurales orientados a la demanda), en procura de aumentar la cobertura financiera de la población, y las transformaciones basadas en cambios del modelo de organización de los servicios de salud (cambios de modelamiento orientados a la oferta), en procura de mejoras en las condiciones de acceso a los servicios de salud

La direccionalidad de estos procesos parte de transformaciones en los mecanismos de regulación del modelo de financiamiento -especialmente en el aseguramiento de los servicios de salud,<sup>iii</sup> con introducción de incentivos de mercado y mecanismos de competencia (entre administradores de recursos, proveedores de servicios y empresas farmacéuticas). El objetivo central de estas reformas radica en procurar aumentar la población con cobertura explícita y, por lo tanto, implica una definición de su protección financiera y de los servicios de salud comprendidos en ésta. Por este motivo, las innovaciones de gobernanza están centradas en cambios en los mecanismos de aseguramiento como principal dinamizador del proceso de reforma.

La lógica de la introducción de incentivos económicos como estrategia de cambio del aseguramiento en salud requiere potentes mecanismos de rectoría y gobernanza en la regulación de todos aquellos recursos críticos (financiamiento, recursos humanos, medicamentos y tecnologías sanitarias) del sistema de salud. Este tipo de reformas tienen una rectoría centrada en la participación de agencias de regulación y fiscalización, generalmente con incumbencias centradas en la seguridad social. Estos actores se alojan en nuevas estructuras de gestión, regulación y fiscalización, asociadas con las innovaciones del modelo de financiamiento.<sup>2</sup> En países con cambios relevantes en la seguridad social, estas nuevas estructuras se han manifestado a través del funcionamiento de superintendencias con funciones de regulación de las organizaciones responsables del financiamiento de los servicios de salud (Ejemplo: Superintendencias de Chile y Colombia), en otros casos a través de una mayor injerencia del Ministerio de Salud con funciones de regulación y gestión del aseguramiento de fuentes contributivas (Ejemplo: JUNASA de Uruguay), y/o a través del rol de las agencias responsables del aseguramiento público (FONASA de Chile y SESAL

---

iii - Se entiende por aseguramiento, los mecanismos de mancomunación de recursos financieros que sirven para asegurar que la población tenga acceso a los servicios de salud cuando los necesita.



de República Dominicana). Sin embargo, el desarrollo del poder político y técnico, necesarios para garantizar la direccionalidad de estos procesos de transformación todavía es un desafío pendiente. Países con apoyo de organismos de financiamiento internacional también han creado nuevas unidades ejecutoras con estructuras responsables de la ejecución de tales proyectos de reforma.

Sin embargo, la acción colectiva también se completa con nuevos y o viejos actores privados que intervienen en la administración de seguros de salud y en la provisión de servicios de salud. La caracterización de los actores privados que completan esta acción colectiva –con o sin fines de lucro–, su trayectoria local, su desarrollo corporativo, las relaciones de integración vertical entre aseguradores y proveedores y el tipo de alianzas locales e internacionales, son elementos que sirven para caracterizar su influencia sobre los procesos de transformación y sus estrategias utilizadas.

Tanto la gobernanza de los medicamentos y tecnologías sanitarias como de los recursos humanos en salud pueden estar influenciada por los actores claves, involucrados en este tipo de procesos de transformación. Por un lado, existen estructuras de los ministerios de salud y agencias de regulación específicas sobre cada una de estas temáticas, con diferentes niveles de desarrollo de sus capacidades regulatorias. Sin embargo, por otro lado, los aseguradores y proveedores privados también tienen potencial influencia sobre la gobernanza de medicamentos, tecnologías sanitarias y recursos humanos a través de alianzas y acuerdos comerciales. Los procesos de integración virtual entre aseguradoras privadas con las empresas proveedoras de medicamentos y tecnologías, y las estrategias de formación de nuevos profesionales y su reclutamiento en sus propios espacios de provisión de servicios de salud son ejemplos en este sentido. La complejidad de la tensión entre diferentes intereses privados y los objetivos de políticas públicas que promueven el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud requieren de estrategias activas que fortalezcan la rectoría de las autoridades de salud y su influencia. Por esta razón, se requiere profundizar las políticas de medicamentos, con mecanismos de regulación que garanticen el equilibrio entre el mercado y los incentivos que promueven la innovación (propiedad intelectual) y la competencia (medicamentos genéricos), por una parte, y las necesidades de salud y los objetivos de la política social con equidad, solidaridad y garantía del derecho a la salud, por otra. Para ello es indispensable fortalecer el ejercicio de la autoridad estatal reguladora y dotarla de poder político y técnico para que puedan exigir el cumplimiento de las regulaciones y la conducción de la industria farmacéutica con un espíritu innovador, competitivo y social. Ejemplos de estos actores son la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de América, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) de Brasil y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) de Argentina. El mercado de fármacos y tecnologías, con

su capacidad de innovar e introducir tecnologías de salud, concentra un gran poder económico y político, por lo que se requiere el contrapeso de una política del Estado que represente el interés social, frente a la influencia del mercado sobre la organización de los sistemas y los servicios de salud, la formación de recursos humanos, la introducción de nuevos dispositivos y aparatos, y la apertura de nuevas unidades y servicios hospitalarios y de nuevas especialidades profesionales.<sup>iv</sup>

Finalmente, estos modelos de reformas conllevan presiones para originar cambios en la formación y el desempeño de los recursos humanos, generados por el mercado del aseguramiento, los servicios privados y las tecnologías sanitarias. Las agencias compradoras de servicios procuran influir con las innovaciones introducidas en las normas y las dimensiones de su desempeño profesional, ya sea mediante incentivos económicos o mediante normas de atención asumidas en sus contratos de trabajo. Por este motivo, es necesario un ejercicio de rectoría de las autoridades de salud para fortalecer una gobernanza en la formación de los recursos humanos alineada con los objetivos de la salud universal, con programas formativos coherentes con los modelos de atención basados en la APS y centrados en las personas y las comunidades.

## **Transformaciones basadas en el modelo de atención y organización de los servicios de salud**

Un segundo tipo de reformas se estructura sobre la base de las transformaciones de la gobernanza de los sistemas y servicios de salud, con políticas de transformación de sus sistemas de salud en conjunción con cambios alineados en la regulación de los recursos humanos, cuyo objetivo principal ha sido la ampliación de las condiciones de acceso. Sus modelos de organización, gestión y atención de la salud representaron el eje estructurador del cambio.<sup>3</sup>

Este tipo de transformaciones se basan a partir de nuevas concepciones del proceso de salud y enfermedad de la población y, por lo tanto, cambios en la modalidad de respuesta de los servicios de salud a las necesidades de la población. Generalmente, se requieren cambios que integren cambios de la gobernanza de los servicios, con cambios en la gobernanza de los recursos humanos. Esas innovaciones son el resultado de una acción colectiva de nuevos grupos de profesionales integrantes de los equipos de salud (médicos de familia y medicina general, trabajadores sociales,

---

iv - La introducción de contratos comerciales o de gestión con organizaciones proveedoras de servicios y con profesionales es un instrumento regulatorio central. En su diseño se procura alinear los incentivos mediante la definición de precios y productos explícitos con nuevas modalidades de pago, y la promoción de normas asistenciales e indicadores de desempeño de los servicios. Estos ingredientes representan condiciones generales que tratan de modelar los cambios en el modo de producción de los servicios de salud.

psicólogos y enfermeros) que lideran la introducción de las nuevas “concepciones”, en alianza con tomadores de decisión, gestores de servicios de salud y movimientos sociales. Los principios estructuradores que se esgrimen son los valores sociales asociados con la equidad, la inclusión social y la salud como un derecho social.

En esta modalidad, los cambios de gobernanza de los servicios contienen en forma explícita nuevos marcos regulatorios y estructuras organizacionales. Asimismo, integran nuevas formas regulatorias en la coordinación de las organizaciones de los servicios de salud para la construcción de redes integradas de estos. La gestión de los servicios de salud asume un papel activo, integrándose a los procesos logísticos de medicamentos y otras tecnologías de la salud, el desarrollo de instrumentos de registro, de medición y evaluación del desempeño de los servicios de salud. Finalmente, los cambios de la gobernanza de los servicios de salud implican, a su vez, cambios del modelo de atención que genera una nueva relación entre los equipos de salud y la población. Los primeros toman la responsabilidad territorial de la salud de la población con atención nominada, una mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención, en un contexto de atención integral de prestaciones y cumplimiento colectivo de normas de atención integradoras en los diferentes niveles de atención.

Los cambios en la gobernanza de los recursos humanos son condiciones necesarias en gran parte de las innovaciones de los servicios de salud. La creación de nuevos valores sociales debe integrarse a la formación profesional; la construcción de mecanismos de coordinación organizacional y de la atención mediante redes integradas de servicios de salud requiere de nuevas concepciones de la práctica profesional, en la que se incorpore el trabajo interdisciplinario y transversal en la atención de salud. De la misma forma, los cambios en la regulación profesional son necesarios en la medida que el desarrollo de nuevas especialidades (medicina general y salud familiar) son condiciones que facilitan los cambios de los modelos de atención. Por eso, las nuevas modalidades de atención demandan también cambios regulatorios del mercado de trabajo, que se constatan en las condiciones de trabajo de los profesionales, incluidos la dedicación y la carga de trabajo, la escala de salarios, las condiciones de trabajo decentes, las competencias y responsabilidades.

Estos procesos de transformación tienen implicaciones sobre la gobernanza de los medicamentos y la tecnología. Para garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad y la capacidad resolutive del primer nivel de atención se necesita una adecuada disponibilidad de medicamentos y tecnologías de la salud. Estas condiciones son posibles con los mecanismos de negociación de precios de medicamentos adecuados, generalmente alcanzados con compras centralizadas (nacionales o regionales), y con la introducción de sistemas de suministro que garanticen un abastecimiento adecuado a las necesidades de salud.

Igualmente, también hay implicaciones importantes en los mecanismos de financiamiento, como las innovaciones en la formulación y ejecución presupuestaria. En este caso, la conformación de redes integradas de servicios de salud requiere de mecanismos de asignación de recursos alineados con la gestión integrada de sus procesos de producción, asumiendo una concepción integradora de servicios de primer nivel de atención, servicios especializados, y hospitales. En forma complementaria, el desarrollo de redes integradas de servicios de salud exige también esfuerzos para combatir o minimizar los sistemas segmentados de salud y, por lo tanto, procurar la coordinación o integración de diferentes esquemas de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud, tanto individuales como colectivos. Por último, las transformaciones de la oferta de servicios de salud para alcanzar un acceso universal a servicios integrales y de calidad, ha sido un motor argumental y político para ampliar el financiamiento público de la salud.

La rectoría de procesos de transformación se observa en nuevas estructuras institucionales y organizaciones, con funciones de gestión de la red de servicios de salud. Un ejemplo es la emergencia de nuevas secretarías municipales, áreas o regiones de salud como espacios descentralizados o de direcciones de atención primaria de la salud, que han funcionado con incumbencia en la gestión de servicios de salud y en la promoción de políticas de cambio del modelo. Estas estructuras alojan a actores estratégicos de las reformas: tanto a las autoridades de salud y los gestores de servicios de salud —con fuerte protagonismo en estructuras de gestión que gobiernan las organizaciones de servicios de salud—, como a nuevos actores —tales como grupos de profesionales de la salud involucrados en la atención primaria— y movimientos sociales que dan soporte político a la expansión de los servicios de salud con funciones de control social para garantizar la adecuación de la oferta de servicios con las demandas y expectativas de la población (por ejemplo los recientes cambios orientados a la oferta realizados en Bolivia, Brasil, Ecuador y El Salvador).

## **El ejercicio de la rectoría y de la gobernanza sucede en el campo de la política**

Es esencial comprender los fenómenos políticos y los debates que hoy están, de alguna manera, determinando a nuestros sistemas sanitarios.<sup>4</sup> En América Latina se han ido desarrollando sistemas con una marcada diversidad, fruto de los contextos políticos, sociales y económicos particulares de cada uno de los países. Para hacer posible la salud universal declarada en la resolución de nuestro cuerpo directivo no basta con solo plantear una visión de futuro sino también analizar décadas de cambios en estos sistemas y reflexionar sobre las razones de lo avanzado y lo pendiente.

Evidencia que debe irse construyendo y validando en nuestros espacios académicos, de la sociedad civil y políticos.

Las reformas del sector salud emergieron durante las últimas décadas en la arena política de salud en el ámbito internacional,<sup>5,6</sup> buscando mejorar la eficiencia, la calidad y la equidad en la organización y entrega de servicios de salud.<sup>7,8</sup> Las reformas tienen un componente técnico o contenido, tiene un componente programático, un proceso de implantación, tiene actores o agentes individuales y grupos de interés, y se da en un contexto específico, pero fundamentalmente es un asunto de orden político,<sup>9</sup> que está en el núcleo de las decisiones de las políticas de salud. Como se sabe, la política de salud<sup>10</sup> comprende las decisiones de política de los gobiernos y de la influencia de las entidades supranacionales que comprometen el curso de las acciones y afectan al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y ajustes financieros del sistema de atención a la salud.

Históricamente, los cambios en los complejos sistemas de atención a la salud y su adaptación a los requerimientos del entorno, se han dado como parte de contextos económicos, sociales y políticos más amplios. Se puede afirmar que pocos países han estado al margen de esta realidad. América Latina en su conjunto entra en este proceso de adaptación.<sup>12, 13, 14</sup>

No obstante, ha surgido un conjunto de controversias con relación a la necesidad de nuevas transformaciones, especialmente desde la perspectiva de la justicia social y equidad, la salud pública y los recursos humanos.<sup>15, 16, 17</sup> Estas cuestiones se expresaron nítidamente en las discusiones en torno a la reciente resolución sobre acceso y cobertura universales.

Desde que se dio inicio a las reformas comenzaron a formularse mecanismos para el monitoreo de los procesos y la supervisión de los agentes y agencias; de modo que en la actualidad existen más evidencias para apreciar qué funciona y qué no, y aprender de las experiencias propias y de otras regiones.<sup>18, 19, 20, 21</sup> Los procesos de evaluación de los resultados son importantes y relevantes para todos los países, y así tener una capacidad de aprendizaje<sup>22, 23, 24</sup> con el fin de realizar ajustes para seguir avanzando.

En muchas reuniones internacionales y en documentos públicos se han puesto en evidencia las distintas fases de nuestros respectivos procesos de cambio en los sistemas de atención a la salud.<sup>25, 26, 27, 28, 29, 30</sup> Pero, muchas veces hemos requerido de una mirada más integradora que ponga en perspectiva –desde una mirada autocrítica y generosa– los esfuerzos de cada quien, y deje a la vista aciertos y, en especial, los desaciertos. Los problemas que tenemos son comunes y también lo son las soluciones. Sin duda que es necesario persistir en un trabajo que consolide nuestras realidades, con una mirada enfocada hacia los procesos, para compartir y aprender unos de otros. Los cambios en la atención a la salud son más bien procesos evolucionarios

—vía aprendizaje, ensayo y error— que revolucionarios. Es hora de sacar las fronteras a nuestras experiencias y ensanchar el horizonte en la búsqueda común de integración, al interior de nuestros países y entre éstos.

En América Latina los cambios en el sector salud han ido de la mano con los fenómenos sociales y económicos. Esto último es particularmente notorio desde mediados del siglo xx y han reflejado el concepto particular del desarrollo que predominó en distintos momentos.<sup>31, 32, 33</sup> El estancamiento económico y el aumento del gasto social, fenómenos propios de los años sesenta, llevaron a la crisis del modelo de crecimiento basado en la sustitución de importaciones, vigente desde principios de siglo, y dieron paso paulatinamente al modelo de globalización que tuvo inicio en los años ochenta. Del modelo anterior se pasó a una reestructuración de los procesos productivos y a políticas de ajuste económico —la “década perdida”— que generaron un aumento de las inequidades en América Latina, lo que no ha logrado revertirse —incluso se ha acentuado— a pesar del avance —desigual entre los países— observados durante los recientes años.<sup>34, 35, 36, 37, 38, 39, 40</sup>

Instalada la globalización, se imponen los requerimientos de competitividad y libertad comercial. En el ámbito social los cambios en la seguridad social, en el régimen de pensiones, las privatizaciones y la precarización de los empleos acompañaron la depresión de aquellas zonas que no lograban competitividad. Todo esto, dentro de un contexto de redes de soporte social, progresivamente más frágiles, con los sectores educación y salud con insuficiencias de cobertura y fallas en la equidad en el acceso a los servicios. Esta realidad social implícita en los cambios económicos de las últimas décadas ha incubado profundas inquietudes políticas, que están teniendo efectos en el modelamiento de las políticas sociales —incluidas las de salud— del presente y del futuro.

Tras las injustas diferencias entre diversas áreas geográficas y grupos de población, subyacen, entre otras causas, diferencias en aspectos cruciales de los determinantes sociales de la salud: acceso al agua potable, instalaciones sanitarias y alcantarillado, nutrición, nivel educacional (particularmente con relación a escolaridad de la madre y diferencias de calidad en la educación que reciben los distintos grupos sociales), desempleo, etcétera.<sup>41, 42, 43, 44</sup> Además, suele coincidir, en nuestros países, que quienes tienen mayor riesgo son justamente los grupos de personas que tienen mayores dificultades para acceder a servicios de calidad de atención a la salud.<sup>45</sup> En este análisis, resulta clave la asociación histórica que se ha producido en los países, entre exclusión social, pobreza —especialmente la suburbana— y los grupos indígenas.

El destino de la pobreza tiende a reproducirse y perpetuarse a través del círculo vicioso de familia pobre, educación incompleta, desempleo, delincuencia, mala salud, adicciones, exclusión social y constitución de una familia pobre. Ayer era la brecha entre la sociedad rural y la urbana. Hoy la brecha de las inequidades está entre

los incluidos y los excluidos –“los que sobran” según una popular canción chilena de los años ochenta– los que están al margen de todo.<sup>v</sup>

Vivimos un escenario de acumulación de problemas del subdesarrollo, junto a la presencia de distintas etapas –según cada país– de transición demográfica e epidemiológica donde conviven patologías que eran propias de países desarrollados (cáncer, cardiovasculares, traumas, crónicas degenerativas) y de los subdesarrollados (infecto contagiosas), todas ellas afectan a las poblaciones más pobres (“*acumulación y polarización epidemiológica*”); donde ganan peso patologías emergentes como el SIDA, y reemergentes como la tuberculosis; donde la violencia es un fenómeno cotidiano,<sup>46</sup> así como los accidentes, la morbilidad y la mortalidad debidas a los trastornos de la salud mental y a las adicciones (drogas, alcohol, tabaco). En todos los países se observa un progresivo envejecimiento en la estructura de las poblaciones, derivado del aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer, la disminución de la mortalidad y de la natalidad<sup>47</sup> (resultados que se han alcanzado con diferente magnitud –entre y al interior– de los diferentes países. Diferencias que dependen en gran parte del nivel de justicia y desarrollo social, económico, ambiental y tecnológico alcanzado). Ello, unido a la alta vulnerabilidad ante los desastres naturales de extensas áreas de la región y a la alta proporción de población indígena y socialmente excluida implica un permanente esfuerzo de articulación entre los esquemas tradicionales y modernos en materia de promoción de la salud, de prevención frente a riesgos y de mitigación de daños.

En el plano político asistimos a un proceso todavía inacabado de democratización. Ello se ha dado en el marco de un proceso continuo de reforma y reconversión del Estado. Fuimos dejando de lado al Estado que todo lo puede y es dueño de todo. Asistimos a la descentralización de los organismos públicos y a la privatización de las empresas del Estado en mayor o menor grado en casi todos los países. Simultáneamente, el Estado –con diversos grados de éxito– ha estado tratando de asumir sus roles indelegables de garante de los derechos ciudadanos, de factor de cohesión social y de articulador colectivo de la solidaridad. Para ello, trata de fortalecer su poder rector y regulador, lo cual implica un proceso de modernización muy profundo que requiere de un cambio de cultura, que aún está lejos de culminar con éxito.

De acuerdo con lo anterior, también la gestión pública está en revisión. De forma aún incipiente, un concepto más democrático de las políticas públicas abre espacios a la participación de la sociedad civil en la definición de los intereses públicos y en las formas de satisfacerlos. La administración pública ya no es cuestión exclusiva de la burocracia estatal, sino de toda la sociedad, aunque conducida y regulada por las autoridades. En el sector de la salud, la gestión de las políticas públicas implica

---

v - Los Prisioneros, “El baile de los que sobran”. Chile.

no solo la prestación directa de servicios, sino sobre todo actuar como garante de la resolución de necesidades de la población, por sí mismo o por otros mecanismos que aseguren un ejercicio solidario de derechos ciudadanos reales.

Asimismo, surge la pregunta acerca de quién debe conducir las nuevas políticas sociales, cuando el Estado ha cedido mucho campo de acción y encontramos una sociedad civil debilitada en sus redes y capacidad de organización. Entonces, se genera el debate del fortalecimiento de ciertos roles o funciones clave del Estado, y de potenciar la articulación de la propia ciudadanía. Esto último no solo para la obtención de máxima efectividad en ámbitos como educación y salud, sino también para el logro de legitimidad de dichas políticas sociales y, por ende, de todo el modelo. No hay que olvidar que la revisión del papel del Estado vino de la mano de gobiernos militares en varios de nuestros países, y para la ciudadanía ya no es suficiente una promesa de un futuro económico mejor, si no va acompañado con una democratización real del diseño y aplicación de las políticas sociales y en que estas vayan constituyéndose en una traducción hacia lo cotidiano del concepto de derechos humanos –inicialmente reducidos al ámbito de los derechos políticos– aterrizados a la esfera práctica de la vida familiar en el ámbito de los derechos sociales.

Es así que las políticas públicas en salud buscan estar en el contexto del debate sobre el modelo actual de desarrollo, y surgen interrogantes sobre su gobernabilidad y sostenibilidad, sobre una suerte de “ecología humana” como condición para el desarrollo económico. Toda política del área social requiere de recursos –productividad y competitividad– para invertir en ellas, pero el debate se reduce a una cuestión de recursos disponibles y a la voluntad de una sociedad de dar una visión de país y un arreglo social que permitan un modo más justo y equitativo de vida,<sup>48</sup> y de esa manera lograr indicadores de resultados en calidad de vida superiores a los esperables, solo por producto interno bruto o ingreso per cápita. Estas observaciones son parte de las actuales búsquedas a la hora de diseñar políticas públicas, en la manera de priorizar los recursos, y en la manera de hacer partícipes a los ciudadanos.

## **Construyendo un nuevo rol del Estado en salud**

El proceso político es aquel a través del cual distintos actores relevantes explicitan y ejecutan sus actividades. El ejecutivo toma decisiones respecto de prioridades y asignación de sus recursos en relación con lo anterior. El proceso de formulación de políticas puede ser dividido en diversas fases, tales como identificación de problemas y su priorización, formulación de políticas y estrategias, su implantación y, finalmente, la evaluación de su impacto. En todo este proceso existe debate en relación con el tema del ejercicio del poder en este proceso.



Visto de otro modo, habría que replantear si la formulación y la implantación de políticas públicas son patrimonio exclusivo de “los políticos” profesionales y partidos políticos, en el espacio del dominio del ejecutivo o, por el contrario, el ejecutivo es el resorte que ejerce el liderazgo en dichas materias –liderazgo que puede coexistir en paralelo con el ejercido por otros agentes de la sociedad– pero las políticas públicas no son patrimonio excluyente de ningún sector, sino que deberían ser producto de vínculos y debates que incorporen voces ciudadanas y espacios más amplios que los meramente gubernamentales y parlamentarios.

Visto de esta forma, la política pública sería un producto –la política en sí misma y sus consecuencias en la sociedad– y a la vez, un proceso de construcción social, tanto en las fases de diseño como de implantación y evaluación. Construcción social que implicaría el desarrollo de una suerte de evolución en forma de hélice en la que se concatenan conflicto y consenso, y se allí surgen el aprendizaje, el involucramiento y, a largo plazo, las modificaciones culturales. Estas modificaciones solo logran ser sostenibles cuando las personas aceptan voluntariamente cambiar sus patrones de conducta, ya que toda otra forma –ejemplo de los mecanismos autoritarios, o de los efectos publicitarios de consumo de bienes– no alcanza cambios sustentables a largo plazo.

De allí, que las políticas públicas más exitosas serían las más “apropiadas” para las personas, y les dieran a ellas mismas protagonismo y poder, tanto en su diseño como implantación. Ejemplo de ello es que a pesar de la oposición de distintos *stakeholders* el Plan AUGE en Chile se aprobó exclusivamente porque la ciudadanía apropió y legitimó el “relato” que implica dicha propuesta. Un fenómeno similar dio base para que la judicatura en Colombia obligara a igualar el Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen contributivo para con el del subsidiado.

Cuando se habla de voces ciudadanas en salud, se habla de grupos sociales organizados, agrupaciones de usuarios de servicios de salud, etcétera. Muchas veces se tiende a confundir ciudadanía con los grupos de interés del sector que generalmente han intentado capturar para sí la representación de los usuarios de los servicios al hablar “por ellos”. Muchas veces el espacio privilegiado para la expresión de la ciudadanía han sido los gobiernos locales y los espacios naturales de grupos con fuerte identidad, como los grupos indígenas. Hoy hay que ser muy abierto a escuchar, promover e interactuar con múltiples espacios, diseños e instancias por las cuales se expresa la ciudadanía. Desde espacios formales como juntas de vecinos o sindicatos hasta las más informales y poco estructuradas como las redes sociales.

Las políticas públicas en salud pueden ser explícitas, a través de programas y planes de gobierno, que incluso pueden superar el período de tiempo de un gobierno determinado y proyectarse como política de Estado, o pueden ser implícitas, que son propias de gobiernos improvisados. La forma como se explicita una política y que

se constituye en compromiso es clave en la coherencia y persistencia con la cual se desarrollará. La intensidad, especificidad y “solemnidad” de la “promesa” efectuada, junto a la sensibilidad de los gobiernos ante el escrutinio público y el control ejercido por la sociedad determinarán la continuidad de dichas políticas. Por otra parte, la falta de propósitos específicos, la ambigüedad de las promesas y la baja priorización del sector Salud conspirarán contra la existencia de políticas y su continuidad.

Desafortunadamente en nuestros países, el Ministerio de Salud tiende a estar en el piso de la jerarquía dentro de los gabinetes, y suele ser fácil comodín para equilibrar las cuotas de poder que implica, generalmente, la supervivencia de los gabinetes. Por todo ello, muchos “cambios” han quedado en la propuesta o en leyes, que jamás se han implementado cabalmente o lo han hecho de modo parcial. Sin duda que el diseño y la implementación exitosa de políticas públicas en salud tienen particulares complejidades, que requerirán de especial liderazgo y capacidad para establecer alianzas y así darles continuidad más allá de los vaivenes políticos coyunturales. No se puede olvidar que la sostenibilidad de los equipos ministeriales en nuestros países no se caracteriza por el largo plazo.

Parte de las complejidades de las políticas públicas en salud se relacionan con el hecho de que en torno a estas, conviven variadas visiones. Por una parte, el economista suele reducirlas al ámbito de la distribución y uso eficiente de los recursos, mientras que para el trabajador de la salud suele redundar en la mejoría de los salarios. En medio están las visiones de quienes producen tecnología, ofertan servicios y aquellos que estudian los problemas de salud y los impactos que producen los determinantes sociales y distintos servicios en la calidad de vida de las personas. Así como conviven visiones y distintos significados, también lo hacen los paradigmas que reducen las políticas públicas en salud al ámbito de los temas sectoriales y, particularmente, de los requerimientos de la oferta de servicios médicos, junto a modelos más amplios que propugnan enfrentamientos más globales, tanto con relación a los agentes comprometidos –accionar multisectorial conducido desde el más alto nivel del Estado– como con relación a los blancos donde se desea actuar: determinantes sociales, hábitos culturales de la población en general, etcétera.

En América Latina, y también en otros países, tradicionalmente las agendas de cambio en salud han sido vistas como impuestas externamente, dado a que muchas veces han sido propuestas en períodos de restricción económica y por tanto, han buscado reducir costos del aparato estatal y mejorar la eficiencia de los aparatos públicos. Por otra parte, como ya se señalara, reformas al sector salud que han sido aprobadas, decretadas o incluso suscritas por ley, no necesariamente se han implementado cabalmente. Todo lo anterior ha conducido a una suerte de “des crédito” del concepto de reforma o de transformaciones al sector Salud.

En este camino, de unos y otros, es clave aprender de la experiencia de los demás y diseñar procesos racionales, basados en la evidencia existente y comprendiendo la forma como los procesos políticos –los cambios en salud son uno de ellos– se desenvuelven. Es clave aprovechar el aprendizaje, tanto interno como externo, para proceder a diseñar procesos graduales e incrementalistas, que puedan tener continuidad para cada uno de los países.

A este respecto, es interesante revisar las distintas y diversas experiencias de transformación como la que posibilitó el SUS en Brasil, la experiencia Colombiana con la aprobación de la ley 100, la chilena con el Plan Auge, la estadounidense con la propuesta del presidente Clinton y luego de Obama, las que se explican en el contexto político en el cual se desarrolló el debate, en la conducta adoptada por los diversos grupos de interés y en la distribución del poder de los distintos incumbentes.

El Estado ha tenido y seguirá teniendo que jugar un papel muy importante dentro de los sistemas de salud. Así lo exigen los imperativos éticos, los reclamos de justicia social, la dinámica económica, los propios atributos especiales de la atención a la salud y la tendencia de los debates políticos de los últimos años. Pero dicho papel no tiene por qué ser monopólico o burocrático. Ciertamente, el logro de derechos en salud requiere mantener un liderazgo del Estado para alcanzar los propósitos de la equidad, la calidad y la eficiencia. Esto no es contradictorio con un sistema plural de salud, donde se logre la complementación óptima entre los sectores público y privado, superando la vieja polarización entre lo público y lo privado, en un marco de responsabilidad pública y de solidaridad social.

En el debate sobre un nuevo papel para el Estado se discute sobre nuevas preocupaciones, más allá de que solo se ocupe de ofrecer directamente los servicios. El Estado tendría que responsabilizarse particularmente de desarrollar capacidades estratégicas para –sobre la base de la evidencia– diseñar objetivos y políticas nacionales en salud, de fijar reglas del juego comunes para todos los actores y de asegurar con equidad el acceso y la cobertura universal a servicios necesarios de calidad aceptable y común, sin discriminación. En esta visión, la producción de los servicios podría abrirse a un mayor pluralismo, con diversas mezclas de prestadores públicos y privados que permitan mayor cooperación, eficiencia y satisfacción de los usuarios.

Todas estas apreciaciones, que están cada día más presentes en los debates políticos detrás de los procesos de transformación en nuestros países se han traducido en una suerte de “desconfianza” ante las recetas “mágicas” o de medidas únicamente de mercado o impulsadas exclusivamente desde el Estado que puedan conseguir por sí mismas todos los resultados esperados.

La discusión sobre el papel del Estado ha demandado modificar sus estruc-

turas tradicionales y revisar su participación en la economía y sus relaciones con la sociedad civil. En una fase inicial de reducción del Estado, mediante la transferencia de funciones económicas y sociales del gobierno al mercado, la privatización de sus actividades y empresas comerciales, como contrapropuesta al modelo de Estado “productor” está surgiendo otra que pone mayor énfasis en el redimensionamiento de las funciones esenciales del Estado, y resalta su papel de garante de los derechos ciudadanos, factor de cohesión social y articulador de la solidaridad colectiva.

En la actualidad se plantea la necesidad de concentrar la acción del Estado en roles estratégicos para el desarrollo del capital humano y del capital social. En las actuales propuestas de reforma del Estado destacan el fortalecimiento del poder regulador y de producción de políticas públicas del gobierno y la desgubernamentalización de la producción de los bienes y servicios públicos (lo que no siempre es sinónimo de privatización). Con otras palabras, se ha planteado un nuevo rol del gobierno resultante de su concentración en las funciones promotoras de la cohesión social, facilitadoras de la participación ciudadana y reguladoras de la producción y distribución de los bienes y servicios de interés público. La actual modernización se entiende como la reorientación del Estado hacia las “funciones propias e indeclinables”. En esta lógica surge con mayor fuerza la necesidad de repensar y renovar las denominadas funciones esenciales de Salud Pública. No obstante, no justifica sin más una transferencia generalizada de servicios y el sistemático desmantelamiento del aparato público de protección social, sino una reestructuración del Estado acorde con los criterios de la modernización. Conociendo la realidad latinoamericana, hay un cúmulo de razones éticas, humanitarias o de simple sentido común que argumentan a favor de mantener los mecanismos, desde el Estado, que permitan a millones de personas no caer en la miseria material o moral y tener asegurados pisos éticos de vida digna.

La renovación del Estado y del quehacer público está condicionada también por la evolución de la noción de lo público, referida a “lo que es de todos y, por ende interesa a todos” o el bien común. Esta renovada noción de lo público alude también a las instancias y actores que adoptan las decisiones de interés común y protegen, producen y distribuyen dichos bienes públicos. La cuestión clave que levanta este enfoque es que la acción colectiva no solamente se trata de la afirmación y garantía estatal de derechos ciudadanos, sino que también involucra la definición, producción y distribución de bienes públicos deseables desde la sociedad misma.

Bajo la perspectiva anotada, adquieren relevancia otros valores y prácticas que bien pueden ser calificados como públicos, pero que no han sido los estatales tradicionales. Esto implica que lo público “es mucho más ancho que lo meramente estatal” (otros actores de la sociedad pueden cumplir roles públicos). Igualmente, se reafirma la sociedad como actor de las decisiones y de la producción de bienes

públicos, y se reivindican necesariamente los valores, derechos y responsabilidades de los ciudadanos como sujetos en la formación de la opinión y la voluntad pública.

El crecimiento que se observa de lo público no estatal estimula la participación e interacción de los actores sociales en la gestión de políticas públicas. La multiplicidad de mecanismos e iniciativas de participación directa de la sociedad y de las comunidades en la gestión de políticas públicas afianzan, a su vez, la posibilidad de expansión y profundización de la democracia y la ampliación de la legitimidad de la representación de las instituciones políticas y de la administración pública. Todo esto ha dado lugar a un replanteamiento, tanto del papel del Estado como del mercado y de la sociedad civil, lo que está teniendo una lógica influencia en los cambios que están viviendo nuestros sistemas sanitarios.

Así la discusión hoy no es tanto –o exclusivamente– sobre el sí o el no al Estado de bienestar en salud, del cual la atención a la salud es un componente esencial; más bien el debate sobre el nivel posible de Estado de Bienestar en nuestros países en coherencia con lo sustantivo que hoy se está exigiendo como “modernización” del Estado: los límites y las formas de actuación en el nuevo contexto de globalización y democratización económica, social y política. Debate que debe realizarse frente a nuevos desafíos –globalización y vulnerabilidad de las economías– y con condicionantes nuevos –governabilidad política y social– en la búsqueda del equilibrio entre las consideraciones de eficiencia económica y la equidad social.

Así, la mayoría de nuestros países declaran compartir la visión de que los sistemas de atención deben asegurar acceso equitativo y salud universal a todos sus ciudadanos, lo que implica buena atención de la salud de acuerdo con las necesidades y no a la capacidad económica de las personas, bajo iguales condiciones para todos, sin importar las circunstancias sociales, de género, etnia, o en qué parte del país habitan. Tampoco es menor, la capacidad real que el Estado tenga para ejercer su función rectora.

## **Ejercicio de la rectoría y federalismo**

Evidentemente el ejercicio de la rectoría y la gobernanza no es igual en países unitarios que en los federales.

### **México**<sup>49</sup>

En este país la rectoría y gobernanza es ejercida en múltiples espacios. Es así que existe el Consejo de Salubridad General, liderado por el presidente de la República, donde participan todos los actores del sistema nacional de salud y las instituciones de seguridad social en salud (el Instituto Mexicano de Seguridad Social –IMSS–, el

Instituto de Seguridad Social de Salud de Trabajadores del Estado –ISSSTE–; las instituciones de salud de las fuerzas armadas y la Secretaría de Salud). Por otra parte, dado a que la provisión de los servicios está descentralizada en los 32 Estados, en la práctica, la rectoría de la Secretaría Federal de Salud es colegiada y se ejerce a través del Consejo Nacional de Salud –CONASA–, organismo responsable de coordinar la ejecución de las políticas, que contribuye a facilitar la coherencia entre las 32 Secretarías de Salud existentes y el hecho de que el grueso del financiamiento proviene del nivel central a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, más conocido como Seguro Popular.

Luego de lograr la afiliación universal a algunos de los sistemas de aseguramiento existentes y en busca de avanzar en la homologación del inequitativo conjunto de beneficios que ofrecen los diversos subsistemas, la Secretaría de Salud recientemente propuso una fórmula de integración estructural desde el financiamiento –mancomunando fondos–, pero conservando la pluralidad en la prestación.<sup>vi</sup> Lo que no se previó fue el fuerte rechazo del poderoso Instituto Mexicano de Seguridad Social que hizo naufragar la propuesta, lo que señala la complejidad de grandes reformas en sistemas fuertemente segmentados.

Un tópico relevante es el ejercicio de la gobernanza a nivel de los 32 estados. Por una parte, la seguridad social tiene una estructura vertical –de comando y control– en que las decisiones se toman centralmente. Por otro, la prestación de servicios a la población **no derecho habiente** de la seguridad social es ejecutada descentralizadamente, a la vez que los bienes públicos son atendidos en una mezcla de responsabilidades de los 32 estados y de programas verticales de la Secretaría de Salud de la Nación. Todo lo anterior complica la gobernanza a nivel local, en el modo de armonizar decisiones conjuntas –de inversión, infraestructura, recursos humanos e intercambio de servicios–, entre la seguridad social y la prestación pública; en como proveer las acciones de Salud Pública a toda la población, sin diferencia de su afiliación; y, en cómo articular redes integradas. Pensando en mejorar la gobernanza, un nuevo modelo de atención en México busca repotenciar las “jurisdicciones sanitarias” para mejorar la coordinación entre instituciones, entre el orden estatal y municipal, y para mejorar el funcionamiento en redes.

## Brasil

El sistema de salud de Brasil está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS), que está financiado con impuestos generales y contribuciones sociales recaudados por los tres niveles de gobierno. El SUS presta servicios de manera descentrali-

---

vi - Propuesta del equipo de la Dra. Mercedes Juan, primera Secretaria de Salud del gobierno de Enrique Peña Nieto (2012-2018).

zada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones federales, estatales y municipales, y a través de contratos con establecimientos privados con y sin fines de lucro.

Luego de recuperar la democracia, la Constitución Federal de 1988 instituyó la creación del Sistema único de Salud (SUS), con lo que toda la población brasileña pasó a tener derecho a la salud universal y gratuita, financiada con recursos provenientes de los presupuestos de la unión de los Estados, del Distrito Federal y de los municipios, conforme rige el artículo 195 de la propia Constitución. También descentralizó los servicios del SUS hacia los Estados y municipios. El gobierno federal está encargado de preservar y promover los principios del SUS, definir prioridades nacionales, monitorear los resultados de los programas y políticas y participar en el financiamiento tripartito garantizando la equidad entre los Estados. El pacto federal sanitario tiene como sustento la unidad doctrinaria del SUS y la diversidad operativa basada en las especificidades de los Estados y municipios. Los principios del SUS son la universalidad, la equidad, la integralidad, la descentralización y la participación social.

El SUS es un buen ejemplo de coordinación entre tres órdenes de gobierno –federal-estadual y municipal– en un ejercicio efectivo de rectoría. Este resultado es imposible de entender sin comprender el movimiento de reforma sanitarista que logró generar un amplio e inédito consenso entre distintos actores.

El problema actual es que el producto resulta de insuficiente acceso, listas de espera y una percepción de inadecuada calidad, a pesar de programas como “*mais médicos*”, hay una creciente proporción de la población que, aun teniendo cobertura en el SUS, opta por contratar un esquema de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria,<sup>50</sup> financiado con recursos de las empresas o de las propias familias. Dado a que prácticamente la mitad de la población ya está en dichos esquemas se está generando una vuelta a la segmentación que se creía superada con la creación del SUS con el consiguiente debilitamiento de la rectoría, a pesar de los esfuerzos de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), que es la entidad reguladora vinculada al Ministerio de Salud responsable desde el año 2000 en que fue creada) por el sector de medicina prepa y planes de seguro de salud en Brasil.

Evidentemente la lección aprendida desde Brasil es que nada en política es inmutable y que al final son los ciudadanos, por el modo en que valoran la agregación de valor público,<sup>vii</sup> los que van modulando paso a paso los flujos y reflujos con que se diseñan los sistemas sanitarios y determinan las condiciones en que se lleva a cabo la rectoría.

---

vii - Moore (1998) postula que las organizaciones públicas tienen como finalidad crear “valor público” -resolver problemas, satisfacer necesidades y habilitar el ejercicio de derechos, mediante la prestación de bienes, servicios, transacciones, legislación y regulaciones.

## Argentina

El sistema de salud de la Argentina es, quizás, uno de los más fragmentados y segmentados de la región –sino del mundo– y está compuesto por tres sectores: público, seguro social y privado. Aquí es determinante la organización federal del país, en que cada una de las 24 provincias retiene su responsabilidad constitucional para ejercer con autonomía las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud, y en que la seguridad social se desarrolló históricamente en forma desintegrada en un centenar de entidades muy relacionado con la particular historia argentina del sindicalismo y su relación con el poder.

El sector público está conformado por el Ministerio de Salud de la Nación, los Ministerios de Salud provinciales y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas de los quintiles de ingresos más bajos, sin seguridad social y sin capacidad de pago (36 % de la población).<sup>51</sup> Este sector se financia con recursos fiscales que ascienden a 2.2 % del PBI (que provienen fundamentalmente de aportes provinciales) y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. Al interior de este sistema hay una multiplicidad de programas –algunos de ellos financiados con créditos internacionales– tales como SUMAR, Funciones Esenciales de Salud Pública (Banco Mundial) y Redes (Banco Interamericano de Desarrollo), que apuntan a asegurar actividades sobre poblaciones de mayor vulnerabilidad.

El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS) nacionales (más de 200 con un gasto de 1,59 % del PBI) y 24 provinciales (0,74% del PBI), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias (42 % de la población). Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados –PAMI– brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias (20 % de la población con un gasto que llega a 0,75% del PBI). Las provincias cuentan con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y empleadores.

El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales y a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye más de un centenar de entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga –EMP– que se financian con primas que pagan las familias o las empresas y con recursos derivados de contratos con las OS (8 % de la población). El gasto en los servicios que ofrecen se presta en consultorios e instalaciones privadas. El total del gasto privado se acerca al 3% del PBI, dos tercios corresponden al pago directo de las personas en el punto de atención, especialmente en el ámbito del acceso a medicamentos.<sup>52</sup>



Las OS nacionales son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud –SSS–, cuyo principal objetivo es el de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para sus afiliados. Las OS nacionales y las EMP tienen la obligación de atender el Programa Médico Obligatorio (PMO) y su cumplimiento es supervisado por la SSS. El PMO comprende un conjunto de prestaciones muy amplio y los medicamentos respectivos. Este programa cubre el 95% de las causas de consulta ambulatoria, atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos.<sup>53</sup> El PMO no aplica al sector privado que no pertenece a esquemas de EMP, ni tampoco aplica en el sector público, el cual se regula a nivel provincial y municipal ofreciendo servicios definidos de acuerdo con los criterios establecidos por los diferentes Ministerios de Salud provinciales. En materia regulatoria es relevante destacar el papel de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica –ANMAT– que tiene competencias de carácter nacional para garantizar que los medicamentos, alimentos y dispositivos médicos a disposición de los ciudadanos sean eficaces y seguros.

Los recursos que la Argentina gasta en servicios de atención de la salud superan el 8.5 % del PBI, uno de los niveles más elevados de América Latina. Si bien toda la población tiene acceso a los servicios ofrecidos por el sector público, los logros alcanzados en salud parecen insuficientes comparados con los recursos asignados al sector, y se observan inequidades en los resultados en salud, en el nivel de gasto, así como en las condiciones humanas y materiales para el acceso efectivo a los servicios en los diversos territorios y grupos poblacionales de la Nación.<sup>55</sup> El número de médicos y de camas hospitalarias disponibles por mil habitantes a nivel nacional son 3,6 y 3,2. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hay 10,2 médicos y 7,3 camas por mil, mientras que en la provincia de Misiones hay 1,2 y 1,1; respectivamente. Es relevante que tres cuartas partes del PBI de la Nación se concentran en solo cinco jurisdicciones y hay gran disparidad entre estas (nueve veces) en lo referente al producto por habitante, lo que se traduce en dispares condiciones socioeconómicas, y que también tiene su expresión en el monto per cápita que cada jurisdicción destina a la prestación de servicios.

Se señala frecuentemente, que la Argentina tiene una triple fragmentación: de derechos (no toda la población tiene acceso a similar conjunto de beneficios en salud); regulatoria (capacidades de rectoría y regulación repartidas en las 24 jurisdicciones y los diversos subsectores) y territorial (debido a las marcadas diferencias de desarrollo económico en las diversas regiones de la Nación). La autoridad sanitaria nacional, por la estructura federal y los recursos que gestiona, tiene limitada capacidad de influir sobre los poderes provinciales y no reúne poder suficiente para imponer innovaciones legislativas que deriven en cambios trascendentes; para hacerlo debe concitar consensos muy amplios, los que se han intentado a través de esfuerzos de planes federales de salud y de fortalecer el papel del Consejo Federal de Salud –CO-

FESA—. Consciente de esta realidad, el actual gobierno (2015-2019) ha propuesto al país 12 objetivos en salud. De ellos, sus prioridades son la cobertura universal en salud; desarrollar una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y un sistema de acreditación de la calidad. Estos objetivos son interdependientes, ya que la propuesta de ampliación de la cobertura en una primera fase comienza por nominalizar a todos aquellos que no están afiliados a la seguridad social –especialmente aquellos más vulnerables–, para que, gradualmente, en una fase posterior puedan tener acceso efectivo al PMO (lo que requiere como condición previa su actualización una vez que la agencia de evaluación esté en funciones. Actualmente, el proyecto está en el Parlamento), y se asegure finalmente una calidad homogénea (lo que requiere de un sistema nacional de acreditación). Estas propuestas requerirán –más que de recursos financieros– de la capacidad de concitar acuerdos entre los diversos actores de modo que se pueda materializar el anhelo de acceso equitativo a similares servicios en términos de protección financiera, oportunidad y calidad, independientemente de la condición laboral, residencia, nivel de ingresos y de cualquier otra.

La Argentina tiene especiales desafíos en lo referente a rectoría y gobernanza. En rectoría, un plan o programa médico común para todos, lo que implicará actualizar sobre la base de la evidencia científica un conjunto integral de beneficios posible de entregar a todos los ciudadanos independientemente a que subsistema pertenezcan. Esto representará la capacidad para actualizar y costear un nuevo programa obligatorio –PMO–, a través de una institucionalidad sólida y confiable (actualmente está en trámite parlamentario la creación de una agencia para este objetivo), y convenir con las provincias que lo asuman como una obligación para con sus habitantes. El poder llegar a tener un PMO para todos, obliga además a que exista una institucionalidad que controle el PMO efectivamente se provea en todos los subsistemas –lo que hoy hace la Superintendencia de Salud exclusivamente para las obras sociales nacionales, deberá extenderse a una capacidad de fiscalización y supervisión de carácter universal– y, a que existan las capacidades institucionales para regular una calidad homogénea (actualmente está en proceso un nuevo decreto al respecto y, eventualmente, un proyecto de ley específico en ese ámbito).

La rectoría del nivel central ha intentado ejercerse tradicionalmente a través de la pequeña fracción de financiamiento (poco en porcentaje, pero importante en términos netos ya que representa una parte no desdeñable del costo variable) que provee en Ministerio de la Nación a las provincias, mediante múltiples programas tales como SUMAR, FESP y REDES (muchos de ellos con financiamiento de los bancos). Esto es tan relevante, que el Ministerio de la Nación se encuentra actualmente evaluando juntar todos estos financiamientos tras el concepto de cobertura universal, con el objeto de lograr una mejor posición de negociación estratégica.

A nivel local, la gobernanza enfrenta desafíos múltiples, dada la existencia de tres órdenes de gobierno: nacional, provincias y municipios, y que los tres administran establecimientos de prestación de servicios, que tienen regímenes distintos de administración, de financiamiento y de contratación del recurso humano, lo que hace más difícil existan redes integradas. Como ejemplo, a nivel provincial, además de los prestadores de las múltiples obras sociales nacionales, están los de la obra social provincial, los establecimientos de los municipios y los del Ministerio de Salud de la provincia. Articular todo lo anterior se constituye en un desafío de gobernanza complejo pero a la vez imprescindible.

Lo que nos señalan estos casos, con toda la diversidad, es que todo proceso de cambios en salud, exige de grandes inversiones en liderazgo, diálogo y negociación tanto en la fase de diseño como en las de implementación. Olvidar esto puede implicar “leyes perfectas” pero nunca aplicadas, o propuestas técnicamente impecables, pero que jamás llegaran a materializarse.

## Palabras finales

Los países han mejorado las condiciones e indicadores sanitarios, pero persisten profundas inequidades y surgen problemas emergentes. Muchos de estos guardan relación con injusticias estructurales que subyacen en nuestras sociedades, otros con los cambios políticos, culturales, sociales y tecnológicos en nuestros países, que nos han obligado a incorporar nuevas metodologías a los procesos de cambio del sector Salud. Para ello se ha definido una estrategia hacia el acceso y la cobertura universal en salud. Su implementación no se ve ajena a la capacidad efectiva de ejercer rectoría y de la capacidad de gobernanza, dados los permanentes debates sobre las políticas sociales en su conjunto y a la concepción subyacente de los modelos de desarrollo, ya que los aspectos sanitarios no pueden analizarse fuera de los contextos económicos, sociales y políticos.

En el momento actual, debido a la creciente conciencia, sobre la dignidad del ser humano y sobre el derecho a su integral respeto, se ha generado espacios para una revalorización de lo social y un reconocimiento del papel irrenunciable del Estado como garante y protector de los derechos ciudadanos. Esto último está sentando las bases de procesos de cambios que apuntan a mayor universalidad en el acceso a servicios integrales y de calidad, a superar las inequidades y a entregar a los ciudadanos derechos reales en salud.

En este proceso de cambio de nuestras sociedades, donde se insertan los procesos de reforma del sector Salud, hay que comprender los múltiples intereses que entran en juego, algunos de ellos –económicos y corporativos– con mucha mayor

capacidad de expresión y de influencia que el interés del propio bien común. En toda la magnitud de la complejidad expuesta es necesario compartir las experiencias de cada uno de los países de la región, dentro de una visión lo más amplia posible de sus procesos insertos en sus contextos sociales, políticos y económicos, con el objeto de desarrollar “capacidad de aprendizaje en salud” que posibilite construcción de evidencia para el ejercicio efectivo de la rectoría y la gobernanza.

La incapacidad de aprender nos aleja del desarrollo como sociedades. Un discurso político sobrecargado de ideología –de ambos extremos del espectro– el no asumir las consecuencias políticas con relación a que los sistemas de salud son sistemas complejos, que los cambios son graduales, dinámicos, jamás irreversibles, y que los “sueños populistas de cualquier signo” chocan con la porfiada realidad de la insuficiencia de recursos o de las resistencias naturales, de los distintos y legítimos intereses de diversos grupos de influencia y poder, debería invitarnos a reflexionar sobre cómo aprovechar nuestros aciertos y desaciertos –lo que tenemos– y desde allí generar políticas públicas coherentes y continuas, que nos permitan alcanzar efectivamente objetivos sanitarios y formar capital social en salud.

Los padres o teóricos de las reformas de mercado, al señalar que el “modelo” de sistema salud de América Latina es el “modelo segmentado y fragmentado” estaban en lo correcto. Sin embargo, al proponernos “recetas” no se colocó suficiente acento en la capacidad rectora del Estado, en la importancia de los recursos humanos y en la trascendencia de las acciones de salud pública sobre las personas y el ambiente. Por lo que no se ha logrado revertir la fragmentación y, en algunos casos, se ha retrocedido en las medidas elementales.

Nuestras experiencias y lecciones aprendidas deben sentar las bases de una nueva forma de hacer política de salud, para en el futuro posibilitar que acceso y cobertura universal sean una realidad. Este escenario va de la mano de una agenda para –desde el fortalecimiento de la rectoría– abordar temas como: (i) la construcción de una política de Estado en salud; integración y gobernabilidad; (ii) la articulación de las políticas de salud con políticas públicas saludables y la macroeconomía; (iii) el diseño de políticas de salud basadas en la equidad que se sustenten en la eficiencia distributiva; (iv) el empoderamiento e inclusión de las comunidades y grupos excluidos o vulnerables; (v) el desarrollo de ciudadanía en salud (derechos de las personas); y, (vi) el fortalecimiento de la autoridad sanitaria en las funciones esenciales de salud pública.

El ejercicio de la rectoría por parte de la autoridad sanitaria y el involucramiento de los actores claves que integran la acción colectiva no deben agotarse en la definición de las competencias formales, sino en el desarrollo de las capacidades críticas que respondan al contexto particular de cada caso. Esta condición rescata el concepto de las funciones esenciales de la salud pública, como capacidades críticas

---

de la autoridad sanitaria y embebida a una agenda de desarrollo de las funciones de rectoría de las autoridades de salud, en el marco de los procesos de transformación y fortalecimiento de los sistemas de salud.

Los desafíos de la rectoría en las políticas de salud pasan necesariamente por hacer “explícito” lo “implícito” (a qué se tiene derecho y a qué no se tiene derecho, para evitar expectativas sobre algo que no se va a poder cumplir y generar mayor desconfianza y descrédito); por fijar objetivos sanitarios-país que ordenen el quehacer de diversos agentes; por fijar reglas del juego que permitan integrar a diferentes actores de forma cooperativa y por el éxito que tenga el sector en el que estas políticas sean consideradas temas de Estado y ocupen un lugar prioritario en la agenda pública.

La construcción de sistemas de salud que buscan alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal requiere transformaciones de una gobernanza con influencia sobre los principales recursos críticos (financieros, recursos humanos, servicios, medicamentos y tecnología) de esos sistemas de salud.<sup>56</sup> El análisis de los procesos de transformación de los sistemas de salud de la Región ha permitido reconocer que tales reformas no han tenido una dinámica homogénea. Por el contrario, es posible identificar dos tipos de transformaciones, con dos diferentes lógicas que subyacen a tales procesos de cambio. En cada una de estas lógicas, la rectoría y la gobernanza se manifiestan con características particulares.

Las transformaciones de los sistemas de salud con una lógica centrada en cambios de la gobernanza de la oferta han sido conducidas por una rectoría de las autoridades de salud que asumieron como principal objetivo mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud. Estas iniciativas se sustentaron por estructuras organizacionales de gestión de la red de los servicios de salud, junto a una acción colectiva compuesta por diferentes profesionales de la salud y movimientos sociales.

Las transformaciones de la gobernanza estuvieron centradas en cambios del modelo de atención, en conjunción con nuevas regulaciones de los recursos humanos. Esta perspectiva presupone que los cambios en la matriz de producción de servicios de salud son factores facilitadores y estructuradores de las innovaciones institucionales (financiamiento, regulaciones intersectoriales e inter-sectoriales y en la gobernanza de los medicamentos y la tecnología) en el resto del sistema de salud. Los países que han promovido este tipo de reformas han logrado avances sustanciales en términos de acceso a los servicios mediante modelos de atención más integrados y menos fragmentados. Estos cambios generalmente estuvieron limitados en el sector público, pero presentaron limitaciones para reducir la segmentación de los sistemas de salud.

Las transformaciones de los sistemas de salud basadas en una lógica de la demanda tienen una rectoría enfocada en aumentar la cobertura financiera de la po-

blación a través de la introducción de incentivos económicos en los arreglos institucionales que regulan el aseguramiento. El papel de rectoría se sustenta por agencias y estructuras de regulación y fiscalización de los actores privados, que actúan ya sea como administradores de fondos y o como proveedores de los servicios de salud. Esta perspectiva considera que la introducción de la competencia, tanto en la demanda de paquetes de servicios asegurados, como de los servicios de salud, es un factor promotor son factores promotores de innovaciones en el resto del sistema de salud (en la organización de los servicios y en los recursos humanos). Este tipo de cambios ha logrado ampliar la cobertura financiera en forma explícita a una mayor proporción de la población, en el marco de reformas que procuran incluir tanto al sector público como a la seguridad social. Sin embargo, los desafíos radican en garantizar el funcionamiento de las agencias de regulación y lograr evidenciar la ampliación de la cobertura en mejoras reales en las condiciones de acceso a la población.

También es importante advertir que si bien estas dos lógicas de procesos de cambio suelen caracterizar diferentes tipos de reformas de sistemas de salud, también es posible reconocer la presencia en algunos países la presencia de ambas perspectivas simultáneamente. Tanto en países federales (en donde las jurisdicciones nacionales y provinciales promueven lógicas diferentes), como en los países con sistemas y dinámicas segmentadas (en donde la seguridad social y el sector público tienen iniciativas particulares) coexistiendo ambas lógicas, como subyacentes a sus procesos de transformación.

En nuestros países, los cambios en este sector han transitado ritmos y etapas diversas. Pero compartimos que dichos cambios son fundamentalmente evolutivos; deben considerar los aspectos políticos y sociales del contexto; deben transparentar las reales posibilidades de sustentabilidad económica; deben establecer alianzas con la propia ciudadanía y centrarse más en objetivos que en aspectos instrumentales. El acceso y la cobertura universal es un tremendo desafío político. Ese y no otro es el desafío de rectoría y de gobernanza que tendremos en los próximos años.

En la Argentina, hay notables fortalezas, su nivel de gasto, una cultura de la seguridad social y la solidez de su prestación pública representada en la valoración social del “hospital público”, y grandes oportunidades como extender el programa médico obligatorio –PMO– de modo universal, actualizado según evidencia y prestado con calidad homogénea. Ese desafío requerirá fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud de la Nación y de la gobernanza –especialmente a local provincial– para mejorar la articulación de tan diversos y múltiples actores de la realidad argentina.

Los cambios en la Argentina, sean por el lado de la oferta –acceso universal efectivo- o por el lado de la demanda, requerirán de grandes esfuerzos por fortalecer rectoría y la gobernanza que viabilicen dichos procesos en el complejo escenario de

---

Argentina. En el caso de la oferta, el desafío de cambiar el modelo de atención a través de la estrategia de APS, y en el caso de la demanda el avanzar hacia mancomunar fondos para que toda la población tenga igual cobertura. Cual sea la opción de Argentina –incluso soluciones mixtas- hay pasos que son comunes y obligatorios, tales como fortalecer el primer nivel de atención, mejorar la articulación de redes de atención, actualizar el programa médico obligatorio –PMO- desde la evidencia científica (evaluación de tecnologías), los necesarios cambios en competencias y distribución del recurso humano, y una política de garantía de la calidad de la prestación de los servicios. Independiente de la visión final que se tenga del sector salud argentino del futuro, hay tareas inmediatas, necesarias y previas que son esenciales.

El tema de la gobernanza y de la construcción social de consensos es un aspecto al que no se le ha dedicado toda la atención que amerita. Sin duda, el diseño de las políticas públicas del mañana tendrá necesariamente la obligación de darle el papel fundamental a los procesos de interlocución social, con el objeto de dar legitimidad a dichas políticas, quizás en este tópico redunde que “Salud Universal” pueda hacer posible el sueño de “Salud para Todos”.des sentidas o de iniciativas políticas tales como los acuerdos logrados en el marco del Diálogo Argentino: durante la crisis del 2001 o a partir de la creación y desarrollo del COFESA, como ámbito de diálogo y acuerdos entre la Nación y las provincias, y pone en evidencia la necesidad de su implementación, como consecuencia de episodios críticos como, en su momento, fueron las epidemias de gripe y dengue.



## Referencias bibliográficas

1. Báscolo EP, Yavich N, Denis JL. Analysis of the enablers of capacities to produce primary health care-based reforms in Latin America: a multiple case study. *Fam Pract.* 2016 junio;33(3):207-18.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Funciones esenciales de salud pública*. Washington, DC: OPS; 2000. (Documento CD 42/R14). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1423/CD42.R14sp.pdf>
3. Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en atención primaria de salud. *Rev. salud pública* 2010 abril [citado 18 enero 2017];12(Suppl 1): 8-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12s1/v12s1a02.pdf>
4. Artaza O, Sacoto Aíza F, Yglesias Bedoya A, Yáñez Monteverda L, Martínez Martín F, Torres-Goitia Torres J. *Reformas y financiamiento de sistemas y servicios de salud en la subregión andina*. Lima: Organismo Andino en Salud-Convenio Hipólito Unanue; 2004. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/Libro%20Estudio%20y%20Reformas%20vfinal.pdf>
5. World Bank. *World development report 1993: investing in health*. New York: Oxford University Press; 1993. [Citado 18 enero 2017]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>
6. Klein R. *Health care reform: The global search for utopia*. *BMJ* 1993; 307(6907):752. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1696418/pdf/bmj00040-0010.pdf>
7. Berman P, ed. *Health care reform in developing countries: making health development sustainable*. Boston: Harvard University Press; 1995.
8. Infante A, Mata I de la, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Publica* 2000 [citado 18 enero 2017]; 8(1/2):13-20. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3000.pdf>
9. Walt, G. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994; 9(4):353-370.
10. Walt, G. *Health policy: an introduction to process and power*, Zeta Books, 1994
11. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001 [citado 18 enero 2017]; 323:625-628. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121189/pdf/625.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS; 2 mayo 1994. (Documento CE113/18). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/20467/CE113\\_18.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/20467/CE113_18.pdf)



13. Organización Panamericana de la Salud. Número especial sobre reforma del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* 2000 [citado 18 enero 2017]; 8(1/2). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1020-49892000007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1020-49892000007&lng=en&nrm=iso)
14. Teruel, JR. *Reforma del sector de la salud en las Américas*. [Informe presentado en el Seminario Internacional de Reforma del Sector de la Salud, 19 a 21 de febrero, en Lima, Perú, 1996.]
15. Restrepo HE, Valencia H. Implementation of a new health system in Colombia: is this favorable for health determinants? *J. Epidemiol Community Health* 2002;(56): 742-743. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/jech/56/10/742.full.pdf>
16. Plaza B, Barona AB, Hearst N. Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health Policy Plan* 2001;16 (Suppl.2): 44-51.
17. Titelman D. *Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes*. Santiago de Chile: CEPAL; 2000. (Financiamiento del desarrollo, 104). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5081/1/S00090810\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5081/1/S00090810_es.pdf)
18. Berman PA, Bossert TJ. *A decade of health sector reform in developing countries: what have we learnt?* Washington, DC: Harvard School of Public Health; 2000. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <https://www.harvardschoolofpublichealth.org/ihsg/publications/pdf/closeout.PDF>
19. [International Health System Group. *Overall lessons learnt. Report on Project Activities. Data for Decision Making Project*; Harvard School of Public Health]
20. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública* 2002 [citado 18 enero 2017];18(4): 905-925. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/esp/v18n4/10176.pdf>
21. Figueras J, Musgrove P, Carrin G, Durán A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gac Sanit* 2002 Feb [citado 18 enero 2017];16(1): 5-17. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100003&lng=es)
22. McPake B, Mills A. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? *Bulletin of the World Health Organization* 2000 [citado 18 enero 2017];78(6):811-820. Disponible en: [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)811.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)811.pdf)
23. Hearst N, Blas E. Learning from the experience: research on health sector reform in the developing world. *Health Policy Plan* 2001;16(Suppl.2):1-3.
24. Rosenmoöller M, Ribera J. *El desafío de la reforma en salud: alcanzando los pobres: El Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Caja Costarricense de Seguro Social, IESE*. Barcelona: Estudios y Ediciones IESE; 2000.
25. McPake B, Kutzin J., World Health Organization. Division of Analysis, Research and Assessment. *Methods for evaluating effects of health reforms*. Ginebra: World Health Organization; 1997. (p. 37). (Current concerns. ARA paper 13) [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63700/1/WHO\\_ARA\\_CC\\_97.3.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63700/1/WHO_ARA_CC_97.3.pdf)

26. Jiménez de la Jara J, Bossert T. Chile's health sector reform: lessons from four reform periods. *Health Policy* 1995 Apr-Jun;32(1-3):155-166.
27. Ecuador. Consejo Nacional de Salud. *Hacia la reforma del sector salud*. Quito: Culturales; 1995.
28. Colombia. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. *La reforma del sector salud en Colombia*. Santa Fe de Bogotá: el Ministerio, OPS; 1995.
29. Echevarría Tapia R. *Proceso de reforma del sector salud en Ecuador 1992-1997: aportes para el debate*. Quito: CEPAR; 1997.
30. Aguinaga A. Avances en el proceso de reforma en el sector salud. En: Ecuador. Ministerio de Salud Pública, Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma. *Reforma del sector salud en el área andina: memoria del Foro Subregional de Ministros de la Salud Andina*. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 1996. (Reforma del Sector Salud, 1).
31. Inter-American Development Bank. *Latin America after a decade of reforms: economic and social progress: 1997 report*. Washington, DC: IDB; 1997. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://www.iadb.org/document.cfm?pubDetail=1&id=35129849>
32. Banco Interamericano de Desarrollo. *América Latina frente a la desigualdad: informe de progreso económico y social*. Washington, DC: BID, 1999. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35129836>
33. Verrier R. *Declaraciones del presidente de la Asociación de Economistas de América Latina y el Caribe*; VII Congreso de Economistas de América Latina y el Caribe. Río de Janeiro: 1999.
34. Székely M, Hilgert M. *The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1999. (Research Dept. Working paper series ; 410). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/1310/The%201990s%20in%20Latin%20America%3a%20Another%20Decade%20of%20Persistent%20Inequality.pdf>
35. Burki SJ. Opening statement: dismantling the populist state. En: Burki SJ, Aiyer SR, Hommes R, eds. *Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean 1996: poverty and inequality*. Washington, DC: The World Bank; 1998. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/588621468752957242/pdf/multi-page.pdf>
36. Banco Mundial. *Conferencia sobre desarrollo en América Latina y el Caribe*. Valdivia: Banco Mundial; 1999.
37. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL; 2000. (Informes anuales). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/953-balance-preliminar-economias-america-latina-caribe-2000>
38. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *La brecha de la equidad: América Latina, el Caribe y la Cumbre Social*. Santiago de Chile: CEPAL; 1997. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2183/1/S9700002\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2183/1/S9700002_es.pdf)

39. Banco Interamericano de Desarrollo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de la Comisión Latinoamericana y del Caribe sobre el desarrollo social*. Santiago de Chile: Corporación Justicia y Democracia; 1995. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/19313/S3092C733\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/19313/S3092C733_es.pdf).
40. Tockman V. El desempleo no se va de América Latina. *Clarín* 18 dic. 1991 [internet]. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://edant.clarin.com/diario/1998/12/18/i-02101d.htm>
41. Sen A. *Inequality reexamined*. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
42. Organización Internacional del Trabajo, Organización Panamericana de la Salud. *Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe* [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/Ressource-PDF.action;jsessionid=cae532dcf4a9693c0ed04bc3583ace125451b3ad4fc612f56b980678b2373ec3.e3aTbhulbNmSe34MchaRaheLbxj0?ressource.ressourceId=7543>
43. Kliksberg B. Los escenarios sociales en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica* 2000 jul./ago. [citado 18 enero 2017];8(1-2): 105-111. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3009.pdf>
44. Pan American Health Organization, Economic Commission for Latin America and the Caribbean. *Health, social equity and changing production patterns in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: PAHO; 1998.
45. Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas: edición de 1998*. 2 vol. Washington, DC: OPS, 1998. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10%3Aarchives&catid=36%3Apublication&Itemid=121&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=10%3Aarchives&catid=36%3Apublication&Itemid=121&lang=es)
46. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. La violencia en las Américas: marco de acción. En: Morrison A, Biehl ML, eds. *El costo del silencio: violencia doméstica en las Américas*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
47. Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas: edición de 2002*. 2 vol. Washington, DC: OPS; 2002. (Publicación Científica y Técnica, 587). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10%3Aarchives&catid=36%3Apublication&Itemid=121&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=10%3Aarchives&catid=36%3Apublication&Itemid=121&lang=es)
48. Touraine, A. Por una nueva política social. *El País* 4 ago. 1997 [internet]. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://elpais.com/diario/1997/08/04/opinion/870645606\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1997/08/04/opinion/870645606_850215.html)
49. Organización Panamericana de la Salud. *OPS/OMS en México: cobertura universal en salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. México, DF: OPS; 2013. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6293/CoberturaUniversalSaludMexico2013.pdf>

50. Azevedo B, Del Sarto B, Chrisne S, Sena E, Lago da Silva Boery R, Narriman S de Oliveira, Yarid S. Donha. Reflexão bioética sobre o acesso à saúde suplementar no Brasil. *Acta bioeth.* 2015 jun [citado 18 enero 2017]; 21(1): 117-125. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2015000100015&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000100015&lng=es)
51. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores básicos Argentina 2015*. Buenos Aires: el Ministerio. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18697/indicadores\\_basicos\\_esp.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18697/indicadores_basicos_esp.pdf)
52. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. *El acceso a la salud en argentina: III encuesta de utilización y gasto en servicios de salud*. Buenos Aires: el Ministerio; 2010. [citado 18 enero 2017]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/fesp/images/stories/recursos-de-comunicacion/publicaciones/estudio\\_carga\\_enfermedad.pdf](http://www.msal.gob.ar/fesp/images/stories/recursos-de-comunicacion/publicaciones/estudio_carga_enfermedad.pdf)
53. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: PNUD; 2011. (Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011 6). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/EI%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf?download>
54. Arce HE. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2012 [citado 18 enero 2017];72: 414-418. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v72n5/v72n5a11.pdf>
55. Cetrángolo O. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Rev. de Economía Política de Bs. As.* 2014 [citado 18 enero 2017];13 (año 8):145-183. Disponible en: [http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli\\_v8\\_n13\\_05.pdf](http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli_v8_n13_05.pdf)
56. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Washington, DC: OPS; 2 octubre 2014. (Documento CD53.R14). [citado 18 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7652/CD53-R14-s.pdf>

# Capítulo 7



## Federalismo y salud: análisis y propuestas

*Julio Bello; Jorge Mera*

### Introducción

La presente contribución es un intento de análisis de la temática sobre Federalismo y Salud, a partir de la investigación coordinada por los autores y que realizara un equipo intersectorial de profesionales<sup>i</sup> con el apoyo de OPS/OMS.<sup>ii</sup>

Así, el estudio transita por los aspectos jurídicos, constitucionales, económico-financieros, programáticos e institucionales de la relación entre federalismo y salud. Temas tales como ciudadanía, equidad e integración se han mirado desde una “perspectiva de derechos”.

Este desarrollo no se limitó a los aspectos conceptuales y teóricos del tema, sino que se identificaron las principales modalidades de articulación entre la autoridad sanitaria federal –el Ministerio de Salud de la Nación– y los gobiernos provinciales.

El objetivo final de estos aportes se orienta a la formulación de un Pacto Federal en Salud que, al expresar la voluntad política de los distintos protagonistas permite elaborar una propuesta para determinar marcos de responsabilidad, modalidades de ejercicio y formas de lograr su efectivo cumplimiento.

La búsqueda de esta articulación se dio, históricamente, a partir de necesidades sentidas o de iniciativas políticas tales como los acuerdos logrados en el marco del Diálogo Argentino: durante la crisis del 2001 o a partir de la creación y desarrollo del COFESA, como ámbito de diálogo y acuerdos entre la Nación y las provincias, y pone en evidencia la necesidad de su implementación, como consecuencia de episodios críticos como, en su momento, fueron las epidemias de gripe y dengue.

---

i - Asociación Argentina de Salud Pública. Participaron en el equipo de investigación Lic. Beatriz Castro; Dr. Ramón Trejo; Mg. Marisol Yakimiuk; Dra. Alejandra Saudino; Lic. Lucila Zamboni; Lic. Nicolás Mera; Lic. Alejandro Sonis; y Sr. Javier Cicciano.

ii - Asociación Argentina de Salud Pública. Participaron en el equipo de investigación Lic. Beatriz Castro; Dr. Ramón Trejo; Mg. Marisol Yakimiuk; Dra. Alejandra Saudino; Lic. Lucila Zamboni; Lic. Nicolás Mera; Lic. Alejandro Sonis; y Sr. Javier Cicciano.

Usualmente las acciones y programas fueron reflejo de la propia incoordinación del sistema de salud. Aún las mejores iniciativas y los logros y fracasos más identificables fueron, en su mayoría, ajenos a un enfoque sistemático de federalismo y salud, para instalarse y desarrollarse en función de iniciativas circunstanciales vinculadas con la disponibilidad de recursos, las decisiones y acuerdos políticos o las exigencias emergentes de situaciones de riesgo.

Los planes nacionales de salud, tanto las iniciativas, de Domingo Cabred, en los inicios del siglo pasado, como los planes quinquenales de la época del Dr. Carrillo o, por ejemplo, el Plan Federal de Salud 2003/2007 dieron un marco de unidad a los procesos e integraron voluntades de las provincias y la Nación en propuestas compartidas. Sin embargo, mantuvieron *ad intra*, iniciativas, programas y acciones que no llegaron a definir ni determinar modalidades estables, definidas y efectivas de relaciones entre el nivel nacional y los provinciales.

La complejidad de estas relaciones se acrecienta por el hecho de que las atribuciones territoriales de las distintas jurisdicciones, no siempre coinciden con el espacio de los problemas de salud y, de hecho, no solo las enfermedades transmisibles sino la misma y simple atención de la demanda manifiesta exceden habitualmente los límites jurisdiccionales y reclaman respuestas regionales o nacionales para las que la construcción técnica y la asignación y utilización de los recursos debería suponer acuerdos explícitos, normalizados y consensuados en función de la participación de cada una de las autoridades públicas involucradas.

El análisis que se efectuó dejó en evidencia algunas de las formas de integración jurisdiccional, las modalidades de transferencias de recursos, el control de la ejecución y la resolución de los problemas que pudieran plantearse en el cumplimiento de plazos, acciones o metas. Desde las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) este análisis permitirá verificar la concurrencia de responsabilidades entre los Estados provinciales y el nacional y orientar hacia su sistematización y, desde las perspectivas de nuestro trabajo, aportar insumos para un pacto federal en salud.

Persiste en cada función la necesidad de concurrencia de acciones y de la definición de responsabilidades propias y compartidas.

El nivel nacional mantiene, ante el mandato constitucional y en función del país como una unidad, la obligación de promover un conjunto normativo y programático que otorgue unificación e integración al sector. El apoyo técnico y de recursos materiales aparece como un elemento central, pero que necesita una definición en la modalidad de asignación de recursos, así como de acciones a cumplimentar ante jurisdicciones que no puedan o no quieran desarrollar las medidas necesarias e indicadas para vigilancia, prevención, control y tratamiento de los problemas de salud.

---

Llegar a una articulación operativa, con responsabilidades definidas e integradas supondrá un conjunto de acuerdos y decisiones que, a través de organismos específicos, programas y acuerdos consensuados construyan el camino hacia un Pacto Federal de Salud.

También pone en evidencia como elemento central, ante estas responsabilidades concurrentes, la necesidad de definir formas de articulación interjurisdiccional y de mutuo consentimiento para que un plan nacional brinde marco y orientación a los planes de cada provincia y, a su vez, que estos se adecuen a las grandes orientaciones marcadas por políticas de Estado.

Sin duda, le corresponde al nivel nacional asumir la asesoría y el apoyo para que las provincias que lo necesiten puedan cubrir plenamente y con eficacia estas responsabilidades, que les son propias. El Pacto Federal de Salud (a cuya concreción aporta este trabajo) será sin duda uno de los elementos centrales de esta articulación.

## **Marco referencial y desarrollo**

Se llevó a cabo un análisis de la relación entre federalismo y salud desde distintas perspectivas, a partir del cual se recorrieron los aspectos jurídicos, constitucionales, económico-financieros, programáticos e institucionales, y desde las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) y la Rectoría de la autoridad sanitaria, temas tales como ciudadanía, equidad e integración se visualizaron desde una “perspectiva de derechos”.

El análisis desde las FESP permite verificar la concurrencia de responsabilidades entre los estados provinciales y el nacional y orientarlos hacia su sistematización.

En cada una de las funciones se pueden examinar los posibles escenarios que plantea la relación provincias/Nación en el marco de las FESP y, partiendo de las perspectivas de nuestro trabajo, aportar insumos para un Pacto Federal en Salud.

## **Principales hallazgos y tensiones identificadas**

El marco normativo genera tensiones, no dicotomías, dado el dinamismo de las mismas, que influye en la caracterización del problema. Así, frente a la responsabilidad atribuida al Estado nacional por el marco constitucional de 1994, en especial en lo referido a los pactos integrados a su texto, aparecen las constituciones de algunos Estados provinciales en las que expresamente se declara la responsabilidad

provincial en el ámbito de la salud y se hace expresa reserva de que la facultad de legislar en este ámbito corresponde en forma exclusiva a la provincia.

En ese contexto parece conveniente dejar de lado los argumentos centrados en las competencias y fortalecer la mirada centrada en los mecanismos para hacer efectivos los derechos.

El reconocimiento del derecho a la salud estipulado en el artículo 33 (derechos implícitos); en el artículo 41 (ambiente sano); en el artículo 42 (referencia a la salud con respecto a las relaciones de consumo); en el artículo 75 inciso 22 (tratados internacionales) y 23 (medidas de acción positivas) de la Constitución Nacional, son un referente normativo insoslayable para nuestro análisis.

Si nos preguntamos acerca de la posibilidad de que el Congreso de la Nación legisle en materia de salud, la referencia más apropiada se encuentra en el inciso 18 del artículo 75 de la Constitución Nacional, en cuanto dispone que corresponde al Congreso proveer lo conducente a la prosperidad del país, al adelanto y bienestar de todas las provincias.<sup>iii</sup> Es por eso, por lo que el legislador puede dictar normas sobre aspectos de las actividades interiores de los Estados provinciales con el objeto de fomentar el bienestar general por encima de esos límites.<sup>iv</sup>

Asimismo, la Corte Suprema de Justicia de la Nación estableció que el Estado nacional es la autoridad rectora en las políticas de salud y el garante de este derecho, por lo que debe coordinar su accionar con los estados provinciales, aunque estos servicios se ejecuten de forma descentralizada.<sup>v</sup> En este sentido, la autoridad ejecutora debe a la vez, ser coordinadora.

Como lo hemos señalado repetidamente, los mecanismos para hacer efectivos los derechos, tanto el marco normativo, como el desarrollo de acciones y programas, no mantienen una cualidad ni características homogéneas en relación al espacio y a la actividad sujeto de la normativa que rige la acción. Así, una situación crucial evidenciada es la disociación entre la importancia del problema considerado y la jerarquía de la norma legal que lo regula. De hecho, existe un entramado de prescripciones constitucionales, leyes, decretos, resoluciones o simples instructivos técnicos de una dirección, departamento o coordinación de Programa ministeriales que aparecen con diverso grado de cumplimiento en distintas jurisdicciones y en circunstancias diferentes que, sin embargo, producen consecuencias de gran significación en el tema considerado.

---

iii - Esta fórmula posee un premeditado grado de generalidad y debe interpretarse como lo establece la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en consonancia con el propósito dado a la Nación, de promover el bienestar general contenido en el Preámbulo (Fallos 321:1052; 1998).

iv - Fallos 239:343; 1957.

v - Fallos 24/10/2000.



---

Esta misma aseveración podría aplicarse al análisis de las modalidades de financiamiento, desde la coparticipación nacional a diversas formas de transferencias de recursos descritas con detalle en los aspectos económicos de la cuestión.

Otra área de tensión es la referida a las modalidades de coacción (*enforcement*) que pudieran tener las jurisdicciones para definir responsabilidades propias en aquellas identificadas como concurrentes y lograr el cumplimiento de compromisos programáticos o la utilización correcta, de acuerdo con normas de los recursos en general. Esto se plantea tanto en términos de la responsabilidad del Estado nacional frente a la inacción o carencia provincial sobre determinados temas, como en el reclamo de las jurisdicciones en relación al tipo, magnitud y oportunidad de los aportes nacionales.

Las atribuciones para hacer cumplir los compromisos respecto del área de Salud son variadas:

- las que emanan de convenciones internacionales (algunas ya con fuerza constitucional);
- las que surjan de acuerdos internos (por ejemplo, gestionados a través del COFESA) en cuyo caso alguien debe poder obligar a que los cumpla a la provincia que no los ejecute;
- y las emanadas de programas específicos.

Solo la Nación puede (y debe) hacerlo, como mandataria del resto de las provincias y por su propio derecho como cabeza de una unión nacional.

Ese “hacer cumplir” adoptaría dos formas principales:

- Reemplazar la carencia provincial con el accionar nacional directo (acá juega el ejemplo de las escuelas Láinez y los hospitales nacionales del ministro Carrillo)
- Adoptar medidas coercitivas, desde la suspensión o retiro de subsidios u otros recursos específicos hasta la intervención del sector Salud de la provincia en cuestión.

Esta tensión por la asignación, y utilización de los recursos atraviesa transversalmente las relaciones entre las jurisdicciones. Ya sea nacional, provincial o entre estas y los municipios. Suele estar contaminada por diferencias políticas partidarias o de sector. En sí misma excede los límites de salud y se vincula a conflictos y tensiones políticas, expresadas históricamente desde el inicio de nuestra Nación, en términos de las aduanas y sus recursos, y cuya solución se relaciona con el apropiado funcionamiento del sistema republicano.

## Hacia un Pacto Federal de Salud

El Pacto Federal de Salud no debe ser pensado como un documento único, sino como la manifestación concreta de un espíritu de coincidencias mantenido en el tiempo:

- Consideramos importante destacar, que como hallazgo propio de la investigación, surgió la inconveniencia y práctica imposibilidad de proponer en un solo texto, único y abarcador, un “Pacto Federal en Salud”.
- Postulamos, en cambio, el tránsito por un “sendero de reformas” que –a partir de la realidad que describimos en el trabajo– genere espacios de articulación, diálogo y construcción común entre las provincias y la Nación, incluyendo la participación de los principales protagonistas de nuestro escenario de salud.
- Lo concebimos como una constelación de acuerdos, orientada por la voluntad de ordenar las relaciones en Salud de Nación y Provincias hacia objetivos de salud compartidos y consensuados.
- Visualizamos su concreción a través de ese sendero de reformas, generada por acciones en diversos campos, coordinadas y consensuadas, que incluyan decisiones, acciones, marcos normativos y vías de acción futura.
- Lo creemos necesariamente enmarcado en políticas de Estado sobre salud, federalismo, el funcionamiento y la aplicación de los mecanismos republicanos previstos en nuestra construcción jurídica.
- Lo reconocemos como extendido en el futuro y cumplimentando etapas sucesivas de planteo y superación de tensiones, inherentes a este conjunto de relaciones complejas entre los distintos niveles jurisdiccionales.

A partir de la especificidad de las tareas aparecen, en todos los casos analizados, ciertas regularidades que cabe destacar:

- La primera es que las actividades de campo, sin importar la función a la que se destinan, resultan ser siempre responsabilidades inmediatas de la autoridad local.
- La segunda es que, en los programas que comprenden todo el territorio nacional, la planificación global así como la conducción general de las acciones serían propios de Nación.
- En tercer lugar, también es de responsabilidad nacional la unificación de criterios normativos en materia de atención médica de la población, aun cuando aquellos sean elaborados por consenso entre la Nación y las provincias.

- Por otra parte, la supervisión y control de calidad de las actividades de salud, según el ámbito en que se ejecuten son atribuciones y responsabilidades concurrentes de Nación y provincias.
- Es clara la responsabilidad del Estado Nacional en el apoyo, supervisión y orientación de las actividades en busca de cumplimiento de objetivos y en función de las responsabilidades propias en relación con las carencias o dificultades de los gobiernos provinciales.
- Finalmente, atendiendo a los requisitos de asegurar niveles de equidad entre las jurisdicciones subnacionales, la cooperación técnica y el apoyo financiero a las diferentes acciones comprendidas en las FESP que ejecuten las provincias son funciones propias de la Nación.

Identificamos como uno de los núcleos centrales de tensión en la relación de Federalismo y Salud a la existencia objetiva de un mandato constitucional sobre el Estado nacional para que sea responsable de la salud en coexistencia con responsabilidades jurisdiccionales provinciales, ya sea por mandato constitucional local o por responsabilidades relacionadas con su potestad territorial.

Es necesario definir los roles del gobierno provincial y nacional, estableciendo que si bien los responsables primarios y directos en la adopción de las medidas pertinentes son los gobiernos locales, es el Estado Nacional el responsable último del cumplimiento de la Ley.<sup>vi</sup>

Destacamos, asimismo, como característica central del sistema, la variedad de mecanismos y prácticas diseñados y utilizados para la construcción de la relación Nación/provincias, expresados en un conjunto heterogéneo y difícilmente ordenable y, en ocasiones, contradictorio que normalizan y guían de hecho esta relación, en los aspectos jurídicos, de asignación de recursos, de mecanismos de corrección y coerción y en la misma evaluación de resultados.

Señalamos como prioritario el inicio de un proceso de “desnaturalización de prácticas”, de un conjunto de hábitos tecno-burocráticos, que si bien llevaron adelante la relación entre la autoridad sanitaria nacional y las jurisdicciones provinciales, plasmaron un conjunto proteiforme e incoherente de normas, acuerdos y programas, como señalamos en el cuerpo de este informe.

---

vi - La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha interpretado que cuando exista un incumplimiento concreto y probado de los gobiernos locales, es el gobierno nacional quien debe responder frente a los damnificados. Esto no impide que, dado que su obligación es subsidiaria, luego de cumplirla, efectúe el reclamo pertinente a las provincias. Fallos 323:1339, 2000.

## Agenda estratégica

Aparece como prioritario fortalecer institutos y prácticas que se reconocen como idóneas para optimizar la relación Estado nacional/ Provincias. Entre ellas destacamos:

- El COFESA (Consejo Federal de Salud). Ámbito natural de discusión, análisis y construcción de políticas de salud y de acuerdos interjurisdiccionales. En su seno es posible visualizar espacios objetivos de compromisos jurisdiccionales, que deben superar la etapa declarativa para acordar, en el plano de lo concreto, formas de articulación, políticas, técnicas y burocráticas, y establecer mecanismos de exigencia recíproca de cumplimiento de acuerdos y espacios regionales que asuman responsabilidades compartidas y concurrentes.<sup>vii</sup>
- El COFELESA (Consejo Federal Legislativo de Salud), que está integrado por los miembros de las comisiones de salud de las distintas legislaturas. Ya ha producido declaraciones y se encuentra despegando de una etapa embrionaria de gestación a partir del cambio de integrantes de las distintas cámaras. Su funcionamiento supone un aporte de importancia para el funcionamiento de la tarea legislativa, elemento central de nuestra concepción republicana de gobierno.
- Plan Federal de Salud. La existencia, consensuada y desarrollada con la participación de las autoridades nacionales y provinciales es una herramienta fundamental para dar coherencia y continuidad a la tarea sectorial y ordenar los esfuerzos jurisdiccionales. Aparece no solo como la construcción de una visión compartida de modo permanente, sino que permite definir la línea de partida de un proceso de construcción continua que progresivamente proponga cursos de acción y metas compartidas, para dar marco referencial a documentos de similar función en las jurisdicciones provinciales y municipales. Este proceso no es necesariamente lineal, al estar estrechamente ligado a las realidades locales, a su disponibilidad de recursos y a su voluntad política; ni se agota en la producción de un documento. Por el contrario define un espacio funcional que debería cultivarse especialmente en este proceso tendiente a cristalizar el espíritu del Pacto Federal en Salud y buscar de otorgarle vitalidad funcional y operativa.
- Delegaciones Sanitarias Federales, que si bien en algún tiempo funcionaron como “embajadas” del Ministerio nacional, en la actualidad fueron desplazadas en su importancia por el hábito de vinculación directa entre programas y

---

vii - Hacia el interior de las provincias aparece un tema similar en relación a los municipios. En este sentido es valorable la experiencia del COSAPRO en la provincia de Buenos Aires

autoridades provinciales en virtud de los recursos variados de comunicación existentes. La posibilidad que el orden nacional articule con el provincial a través de la utilización de las delegaciones como referencia local puede ser también un paso significativo para restaurar –actualizadas en su operatividad y diseño– a las delegaciones, como espacio necesario de vinculación tecnoburocrático entre Nación y provincias, y desalentar la ejecución paralela y desarticulada de programas y acciones.

- Consejo Asesor del Ministerio de Salud. Este Consejo tuvo en su momento la utilidad de constituir un canal abierto para una integración horizontal de los protagonistas sectoriales ajenos al sector público, pero con importante presencia e influencia en todo el país.

Como tareas a definir y estimular en esta construcción de un sendero de acuerdos hacia un Pacto Federal de Salud aparecen algunas actividades y tareas referidas a:

- Análisis crítico de los programas y planes nacionales con presencia en jurisdicciones provinciales, en lo referente a sus modalidades de vinculación interjurisdiccional. Asignación de recursos; cumplimiento de tareas y actividades; evaluación de los resultados; modalidades de conducción y supervisión.
- Análisis crítico del financiamiento de origen nacional hacia las provincias. Desde los mecanismos de coparticipación hasta las transferencias bajo programa.
- Análisis crítico de los marcos normativos que definen actividades, planes y programas en las jurisdicciones provinciales. No solo su enumeración, sino la verificación de la relación del nivel jerárquico de la norma, por su origen y alcance y su tema principal.
- Estudio y desarrollo de formas de regionalización referidas a problemas particulares que permita una articulación territorial de respuestas.
- Estudio y desarrollo de responsabilidades compartidas y concurrentes en materia de salud según el ordenamiento de las FESP y desde las perspectivas de la Rectoría de la autoridad sanitaria nacional.
- Análisis de los marcos jurídicos, constitucionales, nacionales y provinciales, tensiones y caminos de solución.
- Análisis de las modalidades existentes de exigibilidad de compromisos asumidos, en la relación interjurisdiccional.

Esta enumeración no es exhaustiva sino que propone una orientación de un proceso que, a partir de una decisión política de fortalecer y actualizar el federalismo en el campo de la salud, permita concretar acuerdos sistemáticos y progresivos que conformen y den marco y sustancia a un Pacto Federal de Salud, como proceso

de construcción colectiva, para que avance progresivamente hacia protagonistas no estatales del sector y que complementen, enriquezcan y fortalezcan los mecanismos previstos en nuestro sistema republicano y federal de gobierno.

También es oportuno imaginar un conjunto de medidas estratégicas para el sector salud que contribuyan con una política federalista para que sea adoptada por las autoridades gubernamentales. El tema central de gobierno en el sector salud *no son los planes o programas generales*, mucho menos la legislación, de todo lo cual hay una impresionante sobreabundancia, sino la gestión, o sea, *la capacidad de liderazgo* y movilización de los recursos (y las voluntades) con que nuestro país cuenta en este campo.

Esa gestión requiere instrumentar diferentes medidas para lograr las metas de equidad, eficiencia, etc., en el marco de un federalismo positivo. En esa instrumentación lo primero a considerar son los intereses particulares y los modos de neutralizar adversarios y conseguir aliados que compartan total o parcialmente los objetivos gubernamentales y cooperen con su realización. Por ejemplo:

- Reglamentar el capítulo sobre las provincias (Cap. VIII) de la Ley 23.361 (de Seguro Nacional de Salud) y artículos conexos de dicha ley y de la 23.660 (de Obras Sociales), con el fin de celebrar los correspondientes convenios para la administración descentralizada del Seguro Nacional de Salud por parte de los respectivos gobiernos provinciales.
- Descentralizar ampliamente la administración del PAMI, incluyendo la asignación de responsabilidades de conducción a los gobiernos provinciales.
- Realizar negociaciones con los gobiernos jurisdiccionales para acordar convenios relativos a la conducción descentralizada del Seguro Nacional de Salud, incluyendo el PAMI, que faciliten la constitución de seguros provinciales de salud.
- Abrir, en cada jurisdicción, una instancia de concertación con las entidades prestadoras y otros factores de poder local para asegurar la viabilidad política de la descentralización del SNS en general, y del PAMI en particular.
- Dirigir los apoyos financieros relacionados con Salud provenientes de organismos internacionales (Banco Mundial, BID, OPS/OMS, etc.) hacia proyectos que estén en consonancia con los cursos de acción estratégica elegidos.
- Apoyar técnica y financieramente a las jurisdicciones provinciales para ejecutar programas de extensión de cobertura que involucren a la población aislada geográficamente o por barreras socioculturales.
- Orientar los programas estadísticos a la recolección y análisis de datos referidos a la utilización de servicios de salud con base en agregados provinciales,

con el objeto de determinar la performance de los distintos modelos prestadores, alentar los más costo-efectivos y desalentar los demás.

- Promover la incorporación en todos los hospitales públicos, en manos de las provincias, de una administración descentralizada de personal y presupuesto que incluya, además, la participación activa de su personal y de la comunidad usuaria de los servicios en la conducción y manejo del establecimiento.

Por cierto, la enumeración anterior no agota las medidas estratégicas que correspondería adoptar para otorgarle eficiencia y equidad a una organización sanitaria centrada en el federalismo e incrementar así el nivel de salud y bienestar de la población. Se trata solamente de las más importantes porque deben ponerse en marcha, con efectos positivos sobre el sistema de salud, pero menor probabilidad de generar resistencias significativas (de allí su calificación de estratégicas), de las cuales irán derivando naturalmente el resto de las políticas operativas para el sector.

En ese contexto que hemos planteado, las provincias argentinas que –siguiendo lineamientos políticos de auténtico federalismo– sean capaces de ejercer en su territorio una efectiva jurisdicción sobre servicios públicos y privados de salud y compatibilizar las diferentes fuentes de financiación de dichos servicios, que incluyan la seguridad social médica podrán, tal vez –mediante un proceso de expansión y convergencia bajo el ordenamiento general de la Nación y perfeccionando su capacidad de rectoría–, constituir el sistema universal, pluralista y equitativo que el país ha estado buscando a través de iniciativas centralizadas que no han dado todavía los resultados esperados y que consideramos posibles, por medio de la construcción y consolidación de este sendero de reformas que proponemos para alcanzar un Pacto Federal en Salud.

## El concepto de federalismo

“Argentina es un país federal” cuya organización institucional abarca tres niveles de gobierno: el nacional, las provincias (a las que se suma la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y los municipios.<sup>viii</sup> Ahora bien, el concepto de federalismo no se agota en su consideración como el principio que rige la organización institucional de un país, sino que además se lo define como “una cultura política capaz de regular a través de prácticas concretas los derechos y los deberes de los diferentes actores en

---

viii - Falleti TG. Federalismo y descentralización en Argentina. Antecedentes históricos y nuevo escenario institucional de las relaciones intergubernamentales. En: Clemente A, Smulovitz C, comp. *Descentralización, políticas sociales y participación democrática en Argentina*. Buenos Aires: Instituto Internacional de Medio Ambiente y Desarrollo; 2004 (p. 9).

lo que concierne a la ciudadanía, la participación política y la presencia social de los mismos”.<sup>ix</sup>

Así, pueden identificarse tres dimensiones del concepto de federalismo: la institucional, la de las prácticas políticas y la de la cultura política, que interactúan en forma diversa a través del tiempo. De ahí que pueda considerarse al federalismo como “una forma de gobierno dinámica que presenta una fuerte capacidad de transformación y de adecuación al desenvolvimiento de las regiones y del país, visualizable tanto en la tensión como en la colaboración entre las dos esferas: la federal y la de los Estados”.<sup>x</sup>

En nuestro país, esta dicotomía tensión-colaboración signó las distintas etapas históricas por las que atravesó la relación entre el gobierno central y las provincias.<sup>xi</sup> Sin embargo, más allá de las particularidades de esta relación, a lo largo de los diversos períodos, cabe señalar las dinámicas propias que adquiere el vínculo entre Nación y provincias. El autor Bidart Campos propone “captar al federalismo como una realidad dinámica; como un proceso en devenir continuo”. Y concluye que “el análisis del federalismo no puede llevarse a cabo si se detiene y agota en la pura normativa constitucional, si se lo reputa como una forma política estable sin transiciones o ciclos; tampoco si se adopta una visión estática, ni si se lo recluye en una pura distribución territorial del poder”.<sup>xii</sup>

Producto de las diversas dinámicas por las que ha atravesado el concepto de federalismo a través del tiempo, actualmente puede hacerse referencia a un *nuevo principio federal* que “establece no solo que la federación tiene una esfera de soberanía propia y, por lo tanto, como acontece con las provincias o Estados, puede operar directamente sobre los ciudadanos”. Bajo esta forma “la federación ofrece a los ciudadanos no solo la preservación de su horizonte regional, sino también la proyección a uno más amplio, garantizándoles la posibilidad de salvaguardar sus derechos. Esta doble garantía deriva del hecho de que cada soberanía está limitada a su propia esfera, lo que hace a cada una de ellas independiente de la otra”.<sup>xiii</sup>

---

ix - Carmagnani M., comp. *Federalismos latinoamericanos: México/Brasil/Argentina*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 1993. (p. 10).

x - *Ibidem*, (p. 10).

xi - Ver Falletti, T.G. *Federalismo y descentralización en Argentina* (pp. 11-19).

xii - Bidart Campos G.J. *El federalismo argentino desde 1930 hasta la actualidad*. En: Carmagnani M, comp. *Federalismos latinoamericanos: México/Brasil/Argentina*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 1993. (p. 363).

xiii - Carmagnani M. Conclusión: el federalismo, historia de una forma de gobierno. En: Carmagnani M, comp. *Federalismos latinoamericanos: México/Brasil/Argentina*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 1993. (p. 410)



Ahora bien, la puesta en marcha y vigencia del principio federal pone en evidencia la necesidad de una imperiosa *función de coordinación* entre los diversos niveles de gobierno. De esta manera, entra en escena la cuestión de la distribución de competencias nacionales y subnacionales, eje del proceso de descentralización que también incumbe a nuestro país.

Tulia Falleti define la descentralización como *un proceso, como un conjunto de políticas, reformas electorales, o reformas constitucionales que transfieren responsabilidades, recursos o autoridad desde los niveles de gobierno más altos a los más bajos*. Bajo esta concepción, entonces, los diferentes niveles de gobierno son tanto los que conceden como los destinatarios de los recursos, las responsabilidades y la autoridad.<sup>xiv</sup>

En los hechos, la descentralización implicó la transferencia de servicios públicos a los gobiernos subnacionales, tales como la educación, la salud, la vivienda, el transporte y los programas de reducción de la pobreza, los que ahora son responsables de los fondos, de la distribución, de la administración y de la calidad de esos servicios públicos.<sup>xv</sup> En consecuencia, las políticas de descentralización traen aparejada la cuestión de la relación y el balance de poder entre los “centros” nacionales y las “periferias”. Al respecto, cabe señalar la importancia que han adquirido los actores, las políticas y los intereses subnacionales durante los procesos de reformas de descentralización en el último cuarto del siglo XX.<sup>xvi</sup>

Tradicionalmente, estos procesos de descentralización han dado lugar a posturas encontradas desde la concepción teórica. Por un lado, quienes sostienen que la descentralización conduce a altos niveles de eficiencia fiscal, mejores desempeños de los gobiernos, y altos niveles de participación política y *accountability*. Por otro, quienes la cuestionan, y la vinculan a la inestabilidad económica y al clientelismo político. No obstante estas diferencias, tanto los defensores como los críticos de las políticas de descentralización asumen necesariamente, que tales políticas aumentan el poder de los gobiernos subnacionales. A partir de ello, el incremento en el poder de los funcionarios subnacionales (vistos como héroes o tiranos locales) resulta en la variable interviniente entre la descentralización y los resultados de las reformas.<sup>xvii</sup>

---

xiv - Falleti, T.G. *Decentralization and subnational politics in Latin America*. New York: Cambridge University Press; 2010. (p. 34)..

xv - *Ibidem* (p. 2).

xvi - *Ibidem* (p. 3).

xvii - *Ibidem* (p. 231).

Más allá del debate teórico en torno al proceso de descentralización, cabe señalar su potencial como elemento para propiciar y profundizar el desarrollo de la ciudadanía y la participación ciudadana. Falleti argumenta que, como resultado de la descentralización, las relaciones intergubernamentales ya no pueden ser consideradas como “la dimensión oculta del gobierno”. De este modo, y como producto de la descentralización, los ciudadanos están prestando mayor atención a las políticas locales y estatales, como así también a las negociaciones que tienen lugar entre los diferentes niveles del gobierno.<sup>xviii</sup> En este sentido, “la participación no solo implica concurrir de algún modo a la toma de decisión, sino que también supone asumir una responsabilidad en la concreción de la misma, en su cumplimiento, y en el control de los desvíos que de ella se produzca”.<sup>xix</sup> En materia de salud los mecanismos de participación ciudadana son fundamentales para avanzar en el objetivo del efectivo acceso al derecho a la salud y su ejercicio responsable, cuestión esencial para la construcción de una ciudadanía plena para la sociedad en su conjunto.

En este contexto de descentralización, la esfera del municipio adquiere un rol fundamental, en tanto su consideración como “una insustituible forma de descentralización del poder y de la creación de un ámbito propicio de participación ciudadana”.<sup>xx</sup> En cuestiones sanitarias, este proceso y su consecuente valoración del municipio como esfera de acción implica el mecanismo por excelencia para el reconocimiento de demandas y prioridades de la comunidad, a partir de las cuales diseñar e implementar políticas públicas que den respuesta acordes con las distintas y cambiantes necesidades propias de cada comunidad local.

Avanzar en la dirección de una efectiva descentralización involucra tanto el desarrollo de la participación como de la intersectorialidad. En cuanto a la primera, se hacen presentes dos dimensiones. Por un lado, el concepto de participación comunitaria integral, fundamental para propiciar el involucramiento de la comunidad en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria. Por otro, la existencia de mecanismos de participación al interior del propio sector salud, “con un carácter asesor a la toma de decisiones, permitiéndoles realizar funciones informativas, consultivas, asesoras, propositivas, ejecutivas y resolutorias”.<sup>xxi</sup>

---

xviii - *Ibidem* (p. 2).

xix - Liwski N, comp. *Municipios: democratización y derechos humanos: el rol de los municipios frente a los desafíos del tercer milenio*. Buenos Aires: CODESEDH; 2000. (p. 42).

xx - *Ibidem* (p. 44).

xxi - Organización Panamericana de la Salud. *Planificación local participativa: metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS; 1999. (p. 31). [citado 20 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3136/Planificacion%20local%20participativa%20Metodologias%20para%20la%20Promocion%20de%20la%20salud%20en%20America%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>

Respecto de la intersectorialidad, se la define como “el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población”.<sup>xxii</sup>A partir de ello, “en el nivel nacional, la acción intersectorial requiere estar presente en el diseño de políticas, planes y programas (*Health in All Policies*), así como en la regulación y legislación sanitaria. En el nivel local, en el diseño y ejecución de proyectos específicos de corto y mediano plazo insertos en gobiernos regionales y comunales u otros espacios de ejecución de las políticas sociales”.<sup>xxiii</sup>

En definitiva, la estructura federal regente de nuestro sistema político torna esencial el diseño y puesta en marcha de mecanismos de coordinación entre los diversos niveles de gobierno. Claramente, esto se vincula con la cuestión de la distribución de competencias nacionales y subnacionales, eje del proceso de descentralización que también caracteriza a nuestro país. Tendiente a su puesta en marcha, los potenciales conflictos asociados a la naturaleza misma de tal proceso deben resolverse a través de la cooperación y coordinación de las distintas esferas gubernamentales. Sin lugar a dudas, este proceso lejós se encuentra de resultar exento de dificultades.

Llegados a este punto cabe concluir que la cuestión de los derechos y las responsabilidades en materia de salud se resignifica en una estructura federal y descentralizada como la de nuestro país. Al respecto, cabe señalar que la supuesta doble garantía –federal y local– vinculada al hecho de que cada soberanía está limitada a su propia esfera y no está exenta de obstáculos. La falta de coordinación entre una esfera gubernamental y otra puede generar vacíos institucionales imprescindibles en la garantía, a todos los ciudadanos por igual, del ejercicio efectivo de sus derechos. Tales vacíos no solo pondrían en tela de juicio la supuesta doble garantía en materia de derechos, sino que también podrían dificultar el desarrollo de una garantía básica de acceso a tales derechos por parte del conjunto de la población. En este sentido, la delegación de responsabilidades –propia del proceso de descentralización–, que no vaya acompañada de políticas de coordinación de actividades puede contribuir a las asimetrías e inequidades en el derecho de acceso a la salud. La superación de las mismas requiere tanto del diseño e implementación de acciones coordinadas en el área de políticas públicas, como de la inclusión de mecanismos de participación ciudadana vinculados a la construcción de una ciudadanía plena que sintetice el reconocimiento y efectivo acceso del derecho a la salud con su ejercicio responsable.

---

xxii - *Ibíd*em (p. 28).

xxiii - *Ibíd*em (p. 29).

## **Evolución del federalismo en el sector Salud en la Argentina**

El tema del federalismo es crucial dentro del sector Salud de la Argentina, por cuanto una parte importante de las cuestiones y problemas sectoriales admite una explicación cuyo núcleo central son las relaciones entre la Nación y las provincias.

Históricamente ha existido un discurso según el cual las tendencias centralistas y la vocación por manejar todo el país desde la ciudad capital han sido largamente consideradas por historiadores y politólogos. Sostener esta visión, fuertemente hegemónica, solo contribuye a reiterar una vez más el mismo e idéntico análisis acerca de la fuente causal de los problemas del sistema de salud. Se hace necesaria pues una revisión del modelo federal y de su ejercicio en la Argentina.

En la actualidad, surgen muchas voces preocupadas por la creciente fragmentación de todos los sistemas que garantizan el ejercicio de derechos, tales como la salud, pero también los sistemas previsionales, las políticas sociales, los sistemas educativos, etc. Y esa fragmentación, que muchas veces se analiza desde una perspectiva económica y se atribuye a las fuentes de financiamiento, tiene que ver precisamente con la existencia de tres niveles de gobierno y tres espacios jurisdiccionales que manejan sus propios presupuestos. La autonomía por el manejo del propio presupuesto asegura la independencia en materia de decisiones, tanto políticas como técnicas. Este hecho, a primera vista positivo, y reclamado insistentemente por quienes ven al centralismo como la fuente de todos los males, también acarrea disparidades regionales e interjurisdiccionales que, si estamos hablando del acceso a la atención no significan ni más ni menos que inequidades en la garantía del derecho a la salud. El lugar de nacimiento y de vida marca una determinada materialización del derecho a la salud. Nacer en una provincia pobre se traduce entonces en una peor salud.

Una revisión de la cuestión federal, a la luz de los problemas que hoy presenta el sistema de salud, posiblemente también arrojará ideas y propuestas válidas para el resto de las políticas públicas atravesadas también por esta situación.

La relación Nación-provincia –y en los últimos años con los municipios– ha jalonado toda la historia del desarrollo del sistema de salud, caracterizado por ser el producto de una larga construcción social.

El primer antecedente de peso en los tiempos modernos es el dictado en 1906 de la Ley 4.953, que creó la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. La comisión, dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, debido a la vinculación de muchos establecimientos asistenciales con la Iglesia Católica, fue presidida por Domingo Cabred y construyó hospitales públicos gratuitos –particularmente neuropsiquiátricos– para la atención de poblaciones desprotegidas dentro de las provin-

cias.<sup>xxiv</sup> Esta acción sanitaria ejecutada directamente por la Nación, coincidió con una similar en Educación, concretada en la creación de las escuelas Láinez, “elementales, infantiles, mixtas y rurales”, según el porcentaje de analfabetos de cada jurisdicción (Ley 4.874 de 1905), también orientadas a subsidiar a las provincias sin capacidad de atender esas necesidades por sí solas.

La tarea de la comisión, que funcionó aproximadamente hasta 1925 (Cabred falleció en 1929) fue retomada, ya desde un Ministerio de Salud, por Ramón Carrillo<sup>xxv</sup> quien, sin mayores concesiones al federalismo, siguió el criterio de construir hospitales nacionales en las provincias, con la participación adicional de la Fundación Eva Perón, y así incrementó la capacidad instalada pública entre 1946 y 1954 en un ritmo y dimensión nunca superados hasta hoy.

Luego de 1955, las acciones prevaecientes aconsejadas por la Organización Panamericana de la Salud,<sup>xxvi</sup> se orientaron en el sentido de descentralizar los establecimientos nacionales y transferirlos a las Provincias, en consonancia con los criterios de planificación en boga en el mundo, en materia de servicios sociales y de salud: descentralización, democratización y cercanía de los servicios a la población usuaria.

Esta tendencia fue compartida, con mayor o menor intensidad, por todos los gobiernos posteriores. Sin embargo, la razón última de dichas políticas de transferencias no parece haber sido solo un criterio sanitario, sino también el alivio del Tesoro Nacional, a punto tal que la última gran transferencia se realizó en 1992 por el artículo 25 de la ley 24.061, que fue la ley del presupuesto nacional de ese período.<sup>xxvii</sup>

En otro orden de cosas, hacia 1970/71, con la Ley 18.610 culminó el desarrollo de la seguridad social médica en nuestro país, representada por las obras sociales.<sup>xxviii</sup> Dicha ley extendió el régimen de obra social a todos los trabajadores en relación de dependencia del régimen nacional y consolidó la agrupación de los beneficiarios por rama de actividad (textiles, metalúrgicos, etc.) que las entidades habían adoptado desde sus comienzos como servicios sociales prestados por los sindicatos a sus afiliados.

---

xxiv - Malamud M. *Domingo Cabred: crónica de una vida consagrada a luchar por la atención médica-social de los argentinos*. Buenos Aires: Ediciones Culturales Argentinas; 1972.

xxv - Alzugaray R.A. *Ramón Carrillo: el fundador del sanitarismo nacional*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1988.

xxvi - Pedroso O.P. *Informe de Consultoría para la Oficina Sanitaria Panamericana*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires: Escuela de Salud Pública; 1968.

xxvii - Bisang R., Cetrángolo O. *Descentralización de los servicios de salud en Argentina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe; 1997. (Serie Reformas de Política Pública 47). [citado 20 enero 2017]. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7379/S9700018\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7379/S9700018_es.pdf)

xxviii - Argentina. Instituto Nacional de Obras Sociales. *Las obras sociales en la República Argentina*. (2 ed). Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Bienestar Social; 1972.

Del mismo modo y con igual criterio, el gobierno militar fue creando institutos de obra social como ISSARA (trabajadores rurales, Decreto-Ley 19.316), OSPLAD (docentes, Decreto-Ley 19.665), OSECAC (empleados de comercio, Decreto-Ley 19.772) y el PAMI (jubilados y pensionados, Decreto-Ley 19.032), esta última es la entidad más grande del sistema, cuya administración todos los gobiernos han buscado mantener centralizada.

Independientemente de descentralizaciones y obras sociales, el Ministerio de Salud de la Nación tuvo siempre a su cargo programas asistidos de salud (PAS) y grandes luchas (Chagas, Tuberculosis, Salud materno-infantil, etc.) donde, con recursos nacionales, incluso con personal propio de la Nación, se afrontaron acciones sanitarias en las provincias. Por cierto, más allá de toda consideración sobre federalismo, esos programas y otros similares de la actualidad como Remediar, Crecer o Médicos Comunitarios debieron gran parte de su éxito a la modalidad instrumentada desde la Nación para realizarlos.<sup>xxix</sup>

En 1981, en pleno gobierno militar, se creó por Decreto-Ley 22.373 el Consejo Federal de Salud (COFESA), con el objetivo de servir de espacio de consenso de políticas sanitarias entre Nación y provincias.<sup>xxx</sup>

Cuando el país retornó a su normalidad constitucional, el COFESA reunido en Tucumán en octubre de 1984 consideró la iniciativa del gobierno del presidente Alfonsín sobre el Seguro Nacional de Salud. Allí, administraciones provinciales justicialistas, radicales y de partidos locales coincidieron punto por punto con el proyecto preparado por el Instituto Nacional de Obras Sociales para el ministro Dr. Aldo Neri. Ese consenso unánime, el primero sobre un tema general de política sanitaria conseguido en democracia por el COFESA, duró poco tiempo, erosionado por disensos político-partidarios más abarcadores que el tema Salud, pero vale como ejemplo de la potencialidad del cuerpo para ser foro de discusión y acuerdo federales sobre políticas substantivas de Salud, no obstante haber sido creado por un régimen militar, unitario por definición.<sup>xxxi</sup>

---

xxix - Mera J.A., Bello J.N. *Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2003. (Representación OPS/OMS Argentina, 56). [citado 20 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6248/2003-ARG-organizacion-financiamiento-servicios.pdf>

xxx - Ricchieri P.R., Tobar F. *El Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA.): actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo*. Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Salud; 2003. [citado 20 enero 2017]. Disponible en: <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/seminario2509/COFESA-Tobar.pdf>

xxxi - Mera J. *Política de salud en la Argentina*. Buenos Aires: Hachette; 1988.

Las leyes 23.660 y 23.661 sancionadas por el Congreso a fines de 1988 confirmaron la estructura ajena a todo criterio federal de las obras sociales y del Seguro Nacional Salud (SNS). Sin embargo, la legislación previó (Ley 23.661, Capítulo VIII) que las provincias pudieran convenir con la Nación la administración del Seguro en sus jurisdicciones. Ni el ministro Barrios Arrechea, misionero, ni el presidente Menem –riojano, que asumió en 1989–, pese a su condición de provincianos dieron el más mínimo paso en el sentido de aplicar el mencionado Capítulo VIII, cosa que tampoco hicieron los gobiernos sucesivos hasta el día de hoy.

La década del 90, si bien fue el momento en que se concretó lo mencionado antes sobre descentralizaciones mediante la ley del presupuesto nacional, se orientó más bien a la desregulación de los regímenes que caracterizaban los vínculos obras sociales–prestadores privados, innovando poco o nada en cuanto a la relación Nación/provincias.

En este punto tal vez conviene referir un caso de federalismo exacerbado. En coincidencia con la crisis de 2001/2002 y acompañando el reclamo “que se vayan todos” surgió la propuesta de suprimir por completo el Ministerio de Salud de la Nación, asignando sus responsabilidades a las provincias. Afortunadamente, ningún caso prosperó porque la Argentina, bueno es recordarlo, es una unión nacional y no una confederación de provincias.<sup>xxxii</sup>

En marzo de 2003, la gestión ministerial, encabezada por el Dr. Ginés González García, consiguió en la simbólica ciudad de San Nicolás de los Arroyos, un Acuerdo Federal de Salud que reconocía la tarea anterior de la Mesa del Diálogo –promovida por la Iglesia Católica con el apoyo del PNUD– y también la del Compromiso Federal de Salud de diciembre de 2002.<sup>xxxiii</sup>

Este exitoso esfuerzo de concertación entre todas las jurisdicciones sanitarias concluyó en el Plan Federal de Salud 2004-2007, que contempló la ejecución coordinada de diversas acciones en materia de salud. Por cierto, no obstante los merecidos elogios cosechados por su vertebración de acuerdos efectivos y permanentes entre Nación y provincias, el Plan también ha merecido críticas que, sin desconocer el valor del consenso unánime, apuntan a considerar que eludiendo cuestiones más substanciales pero ríspidas, se puede lograr que todo el mundo firme un documento común.

Sin considerar la existencia de externalidades ni economías de escalas, o si una estructura federal asegura o no la internalización de costos y beneficios dentro

---

xxxii - Comisión de Salud Pública del CCPM. *Federalismo y unión nacional en el sistema de salud*. Buenos Aires: CCPM; 2002.

xxxiii - Diálogo Argentino. *Mesa permanente de Salud*. Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Salud; 2002.

de cada región, las provincias argentinas son un agregado óptimo para la ejecución de acciones de salud.

En principio, las provincias no delegaron en el gobierno central las atribuciones sobre Salud cuando reconstituyeron la Nación a mediados del siglo XIX y, por lo tanto, las han retenido. Más aún, les pertenecen la jurisdicción política, que implica la capacidad legislativa y presupuestaria, y el poder de policía sanitaria, como la habilitación de establecimientos y la matriculación de médicos y demás profesionales y técnicos de salud.

Además, luego de las políticas de descentralización, corresponde hoy a las provincias la directa administración de la totalidad (o casi) de la capacidad instalada de servicios públicos de salud, como los hospitales; son los distritos obligatorios de recolección y elaboración de estadísticas vitales y sanitarias y el ámbito de incumbencia de las organizaciones de prestadores de salud (colegios y federaciones médicas, de clínicas y sanatorios, etcétera).

Por último, bajo su jurisdicción funcionan las obras sociales provinciales, excluidas de la legislación nacional en la materia y agrupadas en la COSSPRA, que atienden especialmente los empleados públicos de las administraciones provinciales y municipales.<sup>xxxiv</sup>

A su vez, la Nación posee atribuciones y responsabilidades propias que no son prorrateables entre las provincias. Las más obvias tienen que ver con la sanidad de fronteras y la vinculación con los organismos internacionales como la OPS/OMS, UNICEF, etc. También, por los múltiples factores en juego recaen esencialmente en la Nación las funciones relativas al control de medicamentos y tecnología, así como –de modo principal– la formación de recursos humanos y la de investigación sanitaria. También en el ámbito de la Nación tienen su lugar las políticas de equidad y de provisión de recursos compensatorios para atender la disímil situación de disponibilidad de medios que tienen las Provincias.<sup>xxxv</sup> Igualmente, apuntan en esa dirección los criterios de federalismo fiscal.<sup>xxxvi</sup>

Finalmente corresponde a la autoridad sanitaria nacional la función de rectoría (*stewardship*) respecto del conjunto del sistema de salud del país, como lo postulan

---

xxxiv - Maceira D. *Obras sociales provinciales en Argentina: organización interna, financiamiento y cobertura*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad; 2002.

xxxv - Cetrángolo O., Devoto F. *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad*. Buenos Aires: Centro de Estudios para el Cambio Estructural; 1998.

xxxvi - Centro de Estudios de Estado y Sociedad. *Reforma y salud en Argentina: debate N° 2: federalismo y redistribución de fondos en salud*. Buenos Aires: CEDES; 2002.



las organizaciones sanitarias internacionales,<sup>xxxvii</sup> ya sea que esa rectoría signifique un liderazgo activo que brega por la incorporación de todos a un proyecto nacional propio o que se manifieste en la concreción de consensos basados en la articulación de propuestas de jurisdicciones subnacionales y de otros actores sociales.

## El federalismo desde una perspectiva jurídica

La Constitución Nacional sancionada en 1853, que regula el modo en el cual son reglamentados los derechos dentro de la República Argentina no cuenta en su articulado con una previsión expresa que le otorgue a la Nación la facultad de regular el derecho a la salud, de este modo esa potestad queda reservada a las provincias.<sup>xxxviii</sup> En virtud de este hecho, en algunas Constituciones provinciales se hace clara mención a que la competencia en la materia es provincial.<sup>xxxix</sup>

En el año 1994, se incorporaron al texto de la Constitución Nacional, los pactos internacionales de derechos humanos,<sup>xl</sup> los cuales expresamente contemplan el resguardo a la salud,<sup>xli</sup> y en los que el Estado Federal aparece como su garante frente a los ciudadanos por un lado, y por el otro, responsable internacionalmente frente a los Estados adheridos (la Comunidad de Naciones) en caso de incumplimiento de sus obligaciones de respetar, garantizar o proteger.<sup>xlii</sup> Emergen entonces dos obligaciones primarias: la primera en la que el Estado nacional es quien debe responder directamente por las violaciones, sin importar si el acto u omisión estatal es de origen nacional o provincial. La segunda, claramente una obligación de hacer, ya que le exige que

xxxvii - Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS; 2000. [citado 20 enero 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_es.pdf)

xxxviii - En virtud del artículo 121 de la CN, las provincias conservan todo el poder no delegado al Gobierno Federal.

xxxix - Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Río Negro, Santa Fe, Buenos Aires, La Rioja, Salta, Santiago del Estero, San Juan, Chaco, Formosa, Misiones, San Luis, Tucumán, Jujuy y Neuquén.

xl - Art. 75, inc. 22.

xli - Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Art. XI; Declaración Universal de Derechos Humanos, Art. 25; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art. 12; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, Arts. 12 inc. 3, 18 Inc. 3, 19 Inc. 3 (b), 21 y 22 Inc. 2; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Arts. 10 y 11; Convención sobre los Derechos del niño, Arts. 17, 24, 25 y 32; Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad Art. 4 Ap. 5.

xlii - Art. 28 de la Convención Americana. El Estado nacional no puede oponer como argumento eximente de su responsabilidad el diseño de derecho constitucional interno de distribución de competencias entre provincias y Nación.

con respecto a las competencias que corresponden a la jurisdicción de las entidades componentes de la federación, el gobierno nacional debe tomar de inmediato las medidas pertinentes, conforme a su Constitución y sus leyes, a fin de que las autoridades competentes de dichas entidades puedan adoptar las disposiciones del caso para el cumplimiento de los instrumentos internacionales.<sup>xliii</sup>

Este cambio a nivel normativo indica que la forma federal de gobierno no es fija, sino que es un proceso político abierto, de la misma forma que al momento de gestarse la unión nacional, se hicieron mención a los “pactos preexistentes”, llevados a cabo hasta veinte años antes de la sanción de la Constitución. Con lo cual, es de esperarse que en este proceso gradual se contemplen las dificultades señaladas en la presente investigación, que sirvan de sustento al momento de debatir un pacto en materia de salud.

Esta falta de previsión expresa ha infundido a lo largo de los años una tradición en la práctica legislativa en materia de salud, cuyo resultado es una dispersión normativa y legal difícil de cuantificar. El Estado federal ha avanzado al ejercer regulaciones que por la naturaleza de la situación no correspondería a una sola provincia y que la problemática no se agota en ella, mediante en algunos casos, la fórmula de *orden público* (de aplicación obligatoria en todo el territorio)<sup>xliv</sup> o la fórmula de *adhesión* (donde las provincias deciden si adhieren o no).<sup>xlv</sup> Esto ha provocado que se vulneren las previsiones del Preámbulo de “*afianzar la unión nacional*”, en la medida que cada provincia decide si adopta una u otra norma, provocando que existan tantos “*derechos a la salud*” materiales como provincias haya. Esta investigación ha demostrado, tomando como ejemplo a las provincias de Córdoba y Buenos Aires,

---

xliii - Una interpretación más convincente es la propuesta, por ejemplo, por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en su jurisprudencia y buena parte de la doctrina. Esta dice: la cláusula del Art. 28 debe ser interpretada de forma tal que el estado nacional responda asimismo en el orden interno y a los efectos de evitar o interrumpir una violación grave a un derecho cometida por un acto u omisión provincial, por lo menos, para que se cumpla con las obligaciones que surgen de los (IIDH) Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos con jerarquía constitucional y de las leyes federales complementarias. Ahora bien, una vez remediada la violación ambos Estados siguen estando obligados. En primer lugar el Estado provincial por la distribución de las competencias internas y además, el Estado nacional, porque el artículo 28 de la Convención Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (CADH) le exige que genere los mecanismos para que las provincias cumplan. La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación se ha ocupado de enfatizar la primera, y en virtud de ella, ha condenado en reiteradas oportunidades al Estado nacional. La segunda obligación es solo enunciada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, pero no se detiene en una advertencia explícita a la Nación para que genere mecanismos de control eficaces.

xliv - Este concepto hace referencia a aquellas leyes que por responder a un interés general son irrenunciables, imperativas y no pueden ser dejadas sin efecto por las partes al celebrar el contrato. Tiene lugar en el derecho privado, nada que la relacione con las provincias o el gobierno federal.

xlv - Esta fórmula de adhesión no responde a ninguno de los tipos constitucionales previstos, como son el orden público o las leyes convenio. La razón está basada en el argumento de que la salud es materia no delegada por las provincias, por lo que si ninguna provincia adhiere, no hay ámbito espacial de aplicación posible.

que no se puede encontrar un parámetro objetivo que permita al observador establecer qué criterios prevalecen, sino que debe analizarse caso por caso para llegar a tener un conocimiento cierto de qué normas se aplican y cuáles no.<sup>xlvi</sup>

En lo que se refiere a la modalidad de la legislación nacional, no existen criterios globales que nos permitan inferir una correlación entre norma y materia. En primer lugar, en cuanto a la legislación nacional, no existe en la actualidad una relación entre la jerarquía de la norma (ley, decreto o resolución ministerial) y el grado de importancia del derecho regulado.<sup>xlvii</sup> Históricamente siempre se destacó la Supremacía de la Ley por sobre los decretos y luego, las resoluciones administrativas, cuando en este caso, planes médicos de gran envergadura han sido puestos en marcha mediante decisiones ministeriales.<sup>xlviii</sup> De igual forma, coexisten en la práctica costumbres que sin tener un rango normativo determinado, informan y orientan la materia de la misma forma que una norma base.<sup>xlix</sup> Tampoco existe un criterio en la práctica para determinar objetivamente en qué casos corresponde a la Nación la regulación y en cuáles a las provincias, y se debe, como señalamos, observar caso por caso.

Teniendo en cuenta esta matriz federal, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación –dependiente de la Presidencia de la Nación– funciona el Consejo Federal de Salud, creado por Ley 22.373 e integrado por los Ministros de Salud de cada provincia, las que concurren con la fórmula de adhesión antes detallada.

Por su parte, la Corte Suprema de Justicia de la Nación es el intérprete final de la Constitución Nacional,<sup>1</sup> y se ha encargado de velar por el control de convencionalidad, esto es, la plena operatividad de los tratados internacionales dentro de nuestro

---

xlvi - Frente a la realidad de que las provincias ya han avanzado en adoptar medidas legislativas sobre una determinada materia, se considera que no se puede tardíamente venir a imponer desde el Congreso Nacional otra legislación.

xlvii - Programas nacionales, como el PRONADIA, son implementados directamente mediante resoluciones ministeriales (Rs. 301/99 MSAS).

xlviii - Un ejemplo evidente de esta situación es el Plan Médico Obligatorio, creado por un decreto del Poder Ejecutivo, que engloba a entidades habilitadas por Ley (Obras Sociales y Agentes Nacionales del Seguro de Salud), y que fue modificado en su funcionamiento mediante sucesivas resoluciones ministeriales, suspendido por decreto del Poder Ejecutivo, y puesto en funcionamiento en forma de emergencia mediante una resolución ministerial. A la vez, fueron incluidos dentro del plan como agentes del seguro de salud las mutuales, y esto fue mediante una decisión de un órgano descentralizado que se encuentra dentro de la esfera administrativa del propio Ministerio.

xlix - El nomenclador nacional se encuentra derogado, pero constituye un orientador en la administración del sistema.

1 - Son válidas las palabras de Friedrich relativas a la Suprema Corte Estadounidense: “Intérprete y guardián de las palabras simbólicas sagradas” Friedrich. C. *Gobierno Constitucional y Democracia*, Madrid, Instituto de Estudios Políticos, s.d. pág. 508.

territorio,<sup>li</sup> y con ese norte ha avanzado en los casos donde no se han realizado convenios provinciales para afirmar un derecho.<sup>lii</sup>

Como vimos, se parte siempre de afirmar que Salud es un tema no delegado por las provincias en el gobierno nacional sin considerar que, al tiempo de la reorganización nacional a mediados del siglo xix, Salud no era una cuestión a definir por un gobierno, como sí lo eran Educación o Justicia, por lo cual no hubo delegación de provincias a Nación simplemente porque, según el pensamiento prevaleciente en esa época, no había materia que delegar. Por parecidas razones, las atribuciones sobre energía atómica o navegación aérea no fueron cuestiones a encargar o retener explícitamente. Tampoco la Constitución o las leyes han creado recursos con destino predeterminado a Salud para garantizar equidad entre las distintas jurisdicciones.

## **El federalismo desde una perspectiva económica**

La vinculación del Estado nacional con los gobiernos provinciales en el campo de los recursos y gastos presenta ciertas características que influyen decisivamente en el campo de la salud. Esta vinculación ha sido reconfigurada mediante un proceso de cambios en los últimos treinta años, generando tensiones, conflictos y soluciones que han modificado los condicionantes en la ejecución de políticas públicas.

Puntualmente, existe un esquema de responsabilidades diferente en lo que acota a la recaudación de recursos y a la ejecución del gasto. Por un lado, la mayor parte de la recaudación fiscal en el país ha sido y continúa siendo potestad del gobierno nacional. La centralización de la recaudación de los principales tributos nacionales y su posterior remisión a las provincias genera un doble vínculo de laxitud y dependencia por parte de estas últimas. Por otro lado, la progresiva descentralización de servicios sociales y el desmantelamiento en parte de un sistema de servicios económicos ha transformado profundamente la ejecución del gasto en el país llevando, en el caso de la salud, las provincias la responsabilidad de su ejecución.

El análisis de la información estadística nos permite obtener las siguientes conclusiones:

- **Respecto del gasto total y en salud**

- El gasto total del sector público, y especialmente aquel destinado a la

---

li - Corte (I.D.H.) Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Trabajadores Cesados del Congreso (Aguado Alfaro y otros) vs. Perú; 30 de noviembre de 2007.

lii - "ICF. C/Provincia de Buenos Aires". Fallos (30/09/08); "Rodríguez, Karina c/ Estado Nacional" (Fallos 03/07/2006).

---

salud, ha tenido un incremento constante, pasando este último de un 3,2% del PBI a un 5,3% en 1980-2008.

- La inversión provincial en salud ha tenido siempre una mayor importancia relativa en sus gastos que la del gobierno nacional, en promedio es un 16% de sus gastos totales frente a un 14% de aquel.
  - El achicamiento del Estado nacional ha producido un salto en la importancia del gasto social nacional en desmedro de los servicios económicos. Este salto se produjo como consecuencia de las privatizaciones de servicios públicos y empresas del Estado.
  - Las provincias han tenido una suba constante pero más suave al partir de un nivel más alto de gasto social, debido a la progresiva descentralización de servicios sociales hacia ellas (educación, salud, etc.).
  - A su vez la salud ha perdido importancia como prioridad social, frente a un incremento de la inversión en educación, promoción y asistencia social y previsional;
  - El gasto en salud del gobierno nacional está dominado por las obras sociales nacionales y el INSSJyP (un 90% entre las dos).
  - El gasto en salud de los gobiernos provinciales está dominado por el subsector público, es decir, la atención pública de la salud (entre un 60% y un 70%, depende de la provincia).
  - En cuanto al comportamiento provincial caso por caso, en promedio cada provincia destina el mismo porcentaje de su gasto hacia la salud, sin embargo, en términos absolutos hace que provincias con mayores presupuestos terminen gastando más al medir el gasto por habitante.
  - La evolución del gasto provincial destinado a la salud en los últimos quince años no permite registrar un patrón único de comportamiento respecto de épocas de crecimiento y épocas de crisis.
  - La Ciudad de Buenos Aires representa un caso atípico y especial. Su inversión es notoriamente superior que el resto de las provincias, sin embargo, debe suceder en parte por el influjo de habitantes de la provincia limítrofe para el uso de sus sistemas de salud públicos.
- **Respecto de los ingresos provinciales**
    - Las provincias vivieron la mayor parte de los últimos años bajo un déficit constante de sus cuentas públicas (en promedio un 5% de sus ingresos totales con importantes oscilaciones).

- El mejoramiento extraordinario, producto de la licuación del gasto y default visto en la postcrisis 2001 ha durado poco y volvió a una situación de desequilibrio financiero (un 4% de sus ingresos).
- Los ingresos provinciales son mayoritariamente recursos enviados por el gobierno nacional (salvo el caso de la Ciudad de Buenos Aires y Neuquén).
- Estos recursos nacionales se componen de impuestos recaudados en toda la Nación que son devueltos en parte a las provincias mediante transferencias automáticas y no automáticas.
- Las transferencias automáticas son las más importantes (en promedio más del 50% de sus ingresos) y están regidas por la coparticipación federal y leyes especiales. El envío automático provoca una laxitud en el comportamiento provincial, que tiene asegurado gran parte de sus ingresos sin necesidad de realizar esfuerzos mayores.
- Las transferencias no automáticas comprenden una parte menor de los ingresos totales, pero no menos importante: sirven de mucha utilidad para cubrir los baches financieros que sufren las provincias. En los últimos años su importancia ha sido creciente, representando un 10% de los ingresos totales.
- Respecto de su reparto, se encuentran casos especiales como las provincias de Santa Cruz y la Rioja, que han sido claramente beneficiadas por distintos gobiernos en los 90 y en la década actual.
- Ciertas provincias tienen el “privilegio” de no tener una mayor dependencia del gobierno central. El caso de la Ciudad de Buenos Aires se beneficia por el movimiento económico en su carácter de capital nacional que se traduce en una mayor recaudación de tributos propios. En los casos de Neuquén y últimamente de Chubut se ven beneficiados por las regalías de su producción petrolera que han aumentado acorde al aumento de precios internacionales.

## **Transferencias de programas de Salud de Nación a provincias**

Del análisis de las transferencias del Ministerio de Salud Nacional recibidas por las provincias durante el período 2003-2009 se pueden establecer las siguientes conclusiones respecto del criterio utilizado en su repartición:

- Las provincias más beneficiadas han sido Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con 43% (\$ 2,5 mil millones) de todas las transferencias. Seguidas por Tucumán, Santa Fe y Córdoba, entre las cinco provincias se destina el 60% de las transferencias. Tomando en cuenta que estas contienen

el 65% de la población nacional nos llevaría a una conclusión que el criterio distributivo es puramente poblacional;

- Por otro lado, analizando el concepto de transferencias por habitante, se puede observar que, dejando de lado del caso de C.A.B.A., las provincias que más reciben pertenecen a las regiones del NOA y NEA, que presentan los indicadores de sanidad más críticos del país. Esto nos lleva a la conclusión de que las transferencias se guían por un criterio redistributivo a favor de provincias con mayores necesidades de salud;
- Cabe destacar que este criterio es seguido en parte, pero no en todos los programas actuales del Ministerio, debido a las características y objetivos de cada uno.

## **Consideraciones generales**

Se presenta una dualidad en la relación recursos/gastos del gobierno nacional y de las provincias. Por un lado, estas llevan la delantera respecto de la ejecución del gasto y, especialmente, son líderes en el gasto del subsector público, aquel que más fácil podría ser utilizado en base a un criterio de equidad, población vulnerable o mayores necesidades de salud. Por otro lado, la llave de unas finanzas saludables que aseguren los recursos necesarios para enfrentar el gasto en salud está en manos del gobierno nacional, ya sea por la transmisión automática de recursos (sobre la base de la ley de coparticipación y leyes especiales), o por la transmisión no automática (sobre la base de las políticas públicas de cada gobierno nacional).

Esta última característica puede representar una oportunidad, dependiendo del criterio utilizado para su distribución. Dentro de estas transferencias no automáticas se incluyen programas del Ministerio de Salud nacional que pueden o no modificar la situación de salud de cada provincia. La clave pasará entonces por la utilización de criterios epidemiológicos y sanitarios, técnicamente definidos, para la distribución de estos recursos o, en caso contrario, de medidas (reformulación de coparticipación provincial) que lleven a las provincias a ser menos dependientes del gobierno central.

## **Implicancias del federalismo en materia de equidad**

Según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la falta de equidad es una de los principales factores del movimiento humano. A nivel nacional esto tiene dos implicancias: por un lado, explica la tendencia hacia la centralización que se observa en la Argentina, determinada fundamentalmente por la accesibilidad

a servicios, en especial en las zonas urbanas. Por otro, implica que los desplazamientos poblacionales tienen un gran potencial para mejorar el desarrollo humano. Sin embargo, estos mismos movimientos denotan la existencia de condiciones de vida diferenciales entre las diferentes regiones y provincias del país.

A nivel regional, la Argentina se encuentra ubicada entre los países con índice de desarrollo humano alto (IDH) y, conjuntamente con Chile, cuenta con uno de los ingresos per cápita más altos de la región.

En términos generales se observa una tendencia decreciente, sostenida desde 2002, en la brecha entre los sectores con mayor y menor nivel de ingreso. De igual manera, en materia de NBI se observa una notable diferencia entre la región Norte, tanto Este como Oeste, y el resto del país. En contraposición, el Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH) muestra un mayor porcentaje de población con privaciones en la región Centro. Sin embargo, es seguido por las provincias de la región Norte que presentan a su vez los mayores porcentajes de analfabetismo del país.

En cuanto a los indicadores de cobertura en materia de salud, se observa que los mayores porcentajes de población no cubierta por ningún sistema (Prepaga Médica u Obra Social) se encuentran en la región Norte, principalmente en el Noreste, que a su vez presenta la mayor tasa de mortalidad, tanto infantil como materna.

Los indicadores presentados permiten observar que la región Centro, que concentra cerca del 64 % de la población total del país y sus principales centros urbanos, es la que presenta mejores indicadores, tanto en materia socioeconómica como sanitaria. Esto se debe a que, a pesar de la estructura federal del país, existe una fuerte concentración de los recursos y de la población. Por lo tanto, es de esperar que las migraciones internas tengan como destino esta área. Estos indicadores demuestran la existencia de mejores condiciones de infraestructura, acceso a agua potable y cloacas, y de mejor acceso a educación, cristalizado en los porcentajes de población analfabeta en las principales áreas urbanas.

La región Norte del país, tanto Este como Oeste, es la región más relegada, y presenta, en general, los peores niveles en relación con sus indicadores económicos y sanitarios. En este sentido, se considera que debe establecerse como región prioritaria de intervención en pos de mejorar la equidad a nivel nacional.

Finalmente, es importante resaltar la necesidad de reforzar los sistemas de información. La dificultad en el acceso a los datos relativos a algunos indicadores económicos, como nivel de ingreso, distribución del mismo, niveles educativos, etc., hace que los datos utilizados puedan ser cuestionados por su antigüedad. Las inequidades regionales existentes en la Argentina quedan cristalizadas en las discrepancias entre los indicadores socio-sanitarios a nivel regional. Las acciones sobre estos indicadores y su efectiva repercusión en los indicadores sanitarios son solo observables a largo plazo.



Por eso es indispensable establecer mecanismos de solidaridad entre las jurisdicciones, tanto a nivel provincial como en relación con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que permitan equilibrar y establecer una equitativa distribución de los recursos.

Dada la existencia de instituciones como el Consejo Federal de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, es posible desarrollar y fortalecer espacios de discusión y consenso. Sin embargo, resulta necesario dotar a este tipo de instituciones de capacidad operativa, poder de decisión y mecanismos que permitan establecer acciones coordinadas y consensuadas a nivel federal.

La problemática sanitaria se expresa en una multiplicidad de áreas, ya sean de regulación y fiscalización, atención de salud, organización de los servicios y recursos humanos, o bien, áreas relativas a intervenciones en grupos de edad específicos –maternidad e infancia, adultos mayores– o enfermedades como el VIH/SIDA, la tuberculosis, enfermedades transmitidas por vectores (Chagas, dengue), es indispensable la coordinación como mecanismo para la eficiente distribución de los recursos.

Es necesario que el Ministerio de Salud de la Nación, como principal autoridad sanitaria del país refuerce su función rectora. Sin embargo, es preciso dotarlo de mecanismos de poder de policía que, sin interferir con la autonomía jurisdiccional en materia de salud, permitan establecer lineamientos generales y pisos para los indicadores de salud, no solo en cuanto a la calidad de la atención médica, sino también a las acciones de promoción y prevención como principales mecanismos para reducir el gasto en salud.

En este sentido es conveniente fortalecer el Consejo Federal de Salud como primera medida en favor del establecimiento de un Pacto Federal de Salud que posibilite homogeneizar las condiciones sanitarias en todas las regiones del país mediante mecanismos redistributivos basados en la solidaridad y la justicia social.

La enfermedad trasciende las fronteras jurisdiccionales y la libre movilidad de personas hace indispensable plantear al sistema de salud argentino como una unidad. Desde este punto de vista el impacto de la estructura federal del país en la salud de su población requiere el desarrollo de mecanismos de coordinación que superen la situación existente y trasciendan las diferencias económicas pero, sobre todo, políticas para lograr equidad.

## **Pacto Federal de Salud**

Para una adecuada instrumentación del tan reclamado pero incumplido federalismo, el país necesita un **Pacto de Salud** que establezca las funciones, atribuciones y responsabilidades de la Nación y de las provincias en este tema. Nuestro país reco-

noció, en el Preámbulo de su Constitución, el valor de los *pactos preexistentes*; hoy el tema sería establecer un *pacto prospectivo* referido a las cuestiones sanitarias, no determinadas explícitamente hasta el presente.

El ámbito natural para la concreción de dicho Pacto de Salud deberá ser el Congreso Nacional, sin perjuicio de la labor preparatoria que se desarrolle en el CO-FESA y en su natural organismo asesor, el Consejo Federal Legislativo de Salud, que reúne a todos los miembros de las comisiones de salud de las legislaturas nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En función de lo precedente y solo a título de ejemplo de las cuestiones a plantear por dicho Pacto, podemos mencionar:

- Funciones, atribuciones y responsabilidades propias de la Nación, las propias de las provincias y las concurrentes de ambas. [*Correspondería hoy salvar las carencias u omisiones constitucionales, revisar la materia y establecer claramente quién debe hacer qué cosas*].
- Vinculación sistémica entre los servicios públicos de salud y las obras sociales. [*No hay leyes que regulen debidamente esa relación*].
- Régimen de autarquía de los servicios públicos de salud. [*El tema estaba contemplado en el proyecto original del Seguro Nacional de Salud, pero fue omitido en la decisión legislativa. Se palió finalmente esa carencia con el sistema de hospitales de autogestión*]
- Efectiva provincialización del sistema de obras sociales. [*Una simple reglamentación del P.E.N. resolvería la cuestión, según lo prevé el Capítulo VIII de la Ley 23.661, pero afirmarlo mediante un Pacto con fuerza de ley pondría el tema nuevamente en la agenda política.*]
- Creación de un fondo compensador que garantice niveles de equidad entre provincias pobres y ricas, por apoyos financieros globales o por el método de subsidio contra norma. [*Dentro o fuera del sistema de coparticipación*]
- Constitución de una red única de servicios de salud (independientemente de su condición de públicos o privados). [*Por ejemplo, para catástrofes naturales como terremotos, inundaciones, etc., o causadas por el hombre, como accidentes viales, atentados, explosiones, etc., pero también para la realización conjunta de acciones de Salud pública (vacunaciones, educación sanitaria, etcétera).*]



## Capítulo 8

### Jornada de lanzamiento del Foro Argentino sobre Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y Federalismo

Salón de la biblioteca de la Academia Nacional de Medicina

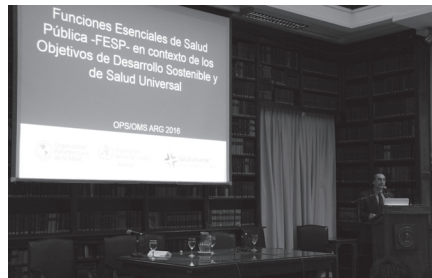
1.º de noviembre de 2016



*Luego de que los asistentes fueron recibidos, inscriptos y agasajados con un refrigerio en un amplio hall de la Academia Nacional de Medicina, pasaron al salón de la biblioteca, en cuyo estrado, ya estaban sentados los conferenciantes. Uno de ellos, el doctor Alejandro Sonis, les dio la bienvenida a todos.*



Me presento: “Soy Alejandro Sonis. Pertenezco a la *Asociación Argentina de Salud Pública* (AASAP). Como ustedes saben, el año pasado hicimos una primera jornada. Y hoy, los convocamos para darles la bienvenida al doctor Osvaldo Artaza Barrios, al doctor Julio Bello y al doctor Jorge Mera, en lo que llamamos el *Foro Argentino de Funciones Esenciales de Salud Pública* (FESP) y *Federalismo*, que organiza



la *Asociación Argentina de Salud Pública* con el apoyo de la *Organización Panamericana de Salud* (OPS).

Les voy a pedir que se acerquen un poco porque en la segunda parte, vamos a tener un diálogo, debate o intercambio de ideas, y si están muy distanciados va ser más difícil poder escucharnos unos a otros.

En primera instancia, vamos a escuchar al coordinador del grupo operativo de la Asociación, el doctor Julio Bello, quien ha sido autoridad médica en la provincia y en la Nación.

### **Disertación del Dr. Julio Bello**

Reitero la bienvenida que les dio Alejandro a todos ustedes. A esta hora, con este día y con estos temas; es evidente que aparte de la amistad, está el compromiso de ustedes por la salud, lo que hace que estemos acá presentes.



Quiero saludar primero a los dueños de casa, a los académicos que nos acompañan, Dr. Alfredo Larguía y Dr. Jorge Neira, a quien me complace felicitar por su reciente designación como CIUDADANO ILUSTRE DE BUENOS AIRES, por la Legislatura de la Ciudad. Asimismo agradezco a la OPS este apoyo y este estímulo.

Dos palabras acerca de lo que pensamos hacer en este encuentro. Esta iniciativa tuvo su inicio a raíz de una sorpresa. Cuando hicimos la primera convocatoria hace siete u ocho meses, para reactivar a la Asociación Argentina de Salud Pública, nos encontramos con más de doscientas personas que respondieron a ese llamado. Realmente, quedamos sorprendidos y nos pareció algo asombroso para una convocatoria de ese tipo. Sabíamos del interés de nuestros amigos, pero no sabíamos del interés de la comunidad de Salud Pública sobre el tema. Detectamos y confirmamos que era una necesidad rescatar, replantear y poner sobre el tapete el asunto de la Salud Pública como un tema de diálogo y de reflexión. Y en este momento los convocamos para dos temas que nos parecen centrales: uno es del Federalismo y el otro son las funciones esenciales de la Salud Pública.

Hemos venido de tener una experiencia muy grata en Rosario. Acá, hay gente de esa ciudad que nos acompaña. Allí, una muchachada de más de setenta jóvenes universitarios estuvieron discutiendo esto durante un día y medio. Fue una evidencia

---

de que había necesidad de poner en claro y actualizar lo que llevábamos dentro, pensando en Salud Pública.

En algún momento, comentamos que nuestra experiencia de formación y de trabajo se había orientado a partir de los 90, hacia la línea de la administración; y luego, hacia los costos; y más tarde, hacia los costos de la alta complejidad. Vimos que aparecía, como tema central de la Salud Pública, el alto costo de las prestaciones y el problema de la accesibilidad, en especial, para la gente que necesita medicamentos oncológicos, los tratamientos más sofisticados y las prestaciones de mayor complejidad. En ese afán por discutir cosas importantes, la Salud Pública como tema de reflexión y acción, había quedado de lado; en un principio, por la ideología de la década del 90; y después, por el peso de las realidades conducentes; o sea, del dinero. Así, fueron apareciendo los costos como un elemento central. Y no digo que debamos dejar de lado la administración y el análisis de costos, digo que tenemos que enmarcarlos en algún conocimiento y un sentimiento que tiene que tener componentes de valores y componentes éticos. Y para nosotros, ese marco de referencia es la Salud Pública, la Salud Pública como la conocimos, como la pensó Sonis, como la pensó alguna gente anterior a él, desde Cabred para acá, Carrillo, Oñativia, Neri y Ginés mismo. O sea, tenemos una trayectoria en salud que va trascendiendo ideologías políticas partidarias para constituirse en un conjunto de saberes y de compromisos. Vamos a iniciar un foro, con el apoyo de la OPS, que comienza hoy y pensamos que va a culminar en junio o julio del año que viene, luego de encuentros sucesivos y a partir de las iniciativas de los interesados. Hoy, vamos a tratar dos de ellos: uno es el de Federalismo y allí tenemos a Jorge Mera, que ha estado trabajando los últimos años junto con un equipo en el tema, que creemos que es central para definir responsabilidades, compromisos, un ámbito de diálogo y de encuentro importante.

El doctor Artaza nos va poner en presencia de las funciones esenciales de la Salud Pública. Una de las virtudes que tienen esas funciones –no se enoje Artaza– generadas por la OPS resulta que sirven para algo, son de utilidad. Y esa utilidad tiene una presencia práctica en lo cotidiano. El primer recurso práctico es que nos sirve para pensar en forma sistemática, el ámbito de la Salud Pública. La divide, artificialmente, en funciones, pero nos introduce en un camino de pensamiento sistemático. Ya podemos decir a la OPS y al doctor Artaza que las funciones esenciales han empezado a dar frutos en la Argentina. Hemos comenzado a trabajar con el Dr. Carlos Juliá, con el apoyo del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Creemos, entonces, que es el momento de estar de acuerdo con los tiempos. Y los tiempos de nuestro país –los del mundo también– exigen por lo menos tres cosas: encuentro, diálogo y compromiso. Compromiso con la realidad.

Tenemos una necesidad que se convierte en virtud: no hay una rectoría responsable del país, con presencia y con fuerza que hegemonice pensamientos y que proponga un camino. Está vacante eso. Bueno, ojalá que podamos nosotros comprometernos para que esa vacancia no esté en manos de una parcialidad, sino que pertenezca a la población, a la polis, a todos. El otro compromiso es el compromiso del encuentro. No hacemos nada con caminar en soledad por nuestras rutas, si no buscamos encontrar quien nos acompañe. En esa ruta, para acompañarnos hace falta el diálogo, el diálogo entre la academia, los que trabajan en salud en la frontera, la gente del sector privado, la del sector público, los compañeros de las obras sociales y todos aquellos que, desde los organismos internacionales, tenemos compromiso y presencia con la Salud Pública. Entonces para mí, es una alegría, un compromiso más de toda la gente nuestra de la Asociación de la Salud Pública, poder iniciar este foro con la participación del doctor Artaza y del doctor Jorge Mera. Le voy a pedir a Jorge que dé comienzo a su exposición. Muchas gracias.

### **Disertación del doctor Jorge Mera**

Déjenme plantear algo que sea útil para la discusión de la gente en el foro en tres o cuatro elementos de juicio. El primero es el federalismo político. Como ustedes recordarán, esto se ha repetido muchas veces, la Argentina ha establecido en su Constitución que su forma política es republicana, representativa y federal. De eso no había duda hasta el momento en que una de sus provincias, la de Buenos Aires, quiso segregarse. Esa segregación la lleva a formar una comisión constituyente del Estado de Buenos Aires, pero Bartolomé Mitre se levantó para decir que Buenos Aires no podía ser sino una de las hermanas, –las hermanas son todas las otras provincias– porque la Argentina no es una confederación, sino una unión nacional. En el cambio de siglo, entre el 2001 y el 2002, hubo un movimiento que pedía que los políticos se fueran todos y un proyecto para suprimir el Ministerio de Salud de la Nación. Muchos, desde esta casa, en el Consejo de Certificación nos opusimos porque la Argentina es una unión nacional y en cuanto tal, tampoco el sector salud tendría derecho a suprimir aquellas autoridades que representan esa unión nacional. Esto es lo que nos convoca para el federalismo en salud. La estructura federal en general no ha sido mayormente discutida, salvo en ese par de ejemplos que mencioné para darnos cuenta que, de tanto en tanto, la gente duda de esta característica de unión nacional.



Desde el punto de vista práctico, ¿qué ventajas, qué razones hay para mantener la federalización en el sector salud? Varias. La primera es que nuestra Constitución dice que las provincias se reservan todas aquellas funciones no delegadas en la Nación. Si con una máquina del tiempo, retrocediéramos a 1853, en ese momento la educación era un tema de política pública, la justicia era un tema de política pública, pero la Salud no existía como tema de política pública. A nadie se le hubiera ocurrido ceder las atribuciones en materia de salud porque no existía como tema a considerar. Tampoco existían las telecomunicaciones, ni las líneas aéreas, ni la energía nuclear. Sobre ninguna de esas tres cosas habla la Constitución. No dice que sean reservadas para la provincia porque no existían. Salud como *issue* no existía y por eso las provincias no se lo reservaron. ¿Qué significa esto? Que tenemos que repensar en qué medida los temas de salud tienen que ser compartidos entre la Nación y las provincias en una unión nacional.

Esto que expliqué con respecto a la salud implica una razón para federalizar esta parte de nuestra realidad. La segunda razón inmediata es la capacidad pública instalada. La mayor parte de los hospitales, centros y servicios de salud en nuestro país están en manos de las provincias; por lo tanto, es razonable que la administración recaiga en las autoridades que estén más cercanas a ellas. De ahí, la necesidad de sostener el federalismo. Vuelvo sobre eso en un momento.

La tercera ventaja es que, de hecho, las provincias son las que tienen atribuciones jurisdiccionales de dictar leyes, de expedir la matrícula de los profesionales, de habilitar establecimientos de salud, razón por la cual se explica que convenga este tema del federalismo. Hay una crítica a esto: la que dice que debería ser todo centralizado porque en nuestro país, este asunto de las provincias dificulta el funcionamiento del sector. Yo quisiera mencionar dos ejemplos, nada más: Alemania tiene dieciséis *länder* (estados federados) que son más federales que los nuestros. Nadie ha dicho, que yo recuerde, que la salud en Alemania sufra por la fragmentación y que su organización sanitaria y la salud de sus habitantes deje mucho que desear por la existencia de estas fragmentaciones. Estados Unidos tiene cincuenta Estados. Nadie ha dicho que ese país tenga malos niveles de salud por esa fragmentación en Estados. Sí, puede que los tenga por otras razones. Por lo tanto, esa crítica de que la fragmentación del federalismo afecta las posibilidades de tener buena salud en nuestro país no es cierta cuando uno las compara con otros países tanto o más fragmentados que el nuestro desde el punto de vista federal. Lo mismo ocurre con organismos que son de naturaleza nacional como el conjunto de la seguridad social o de las obras sociales.

Vuelvo al tema de centralización y descentralización. De hecho, en nuestro país ha habido siempre movimientos importantes en pro de la centralización. Quizás

el primero, cuando salud comienza a ser un tema de política pública, es la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales que presidió Domingo Cabred, un neuropsiquiatra que trajo a nuestro país el criterio de los tratamientos a puertas abiertas. De su denominación en inglés (*open door*) derivó el nombre del establecimiento de la localidad del partido de Luján, que hoy se llama Colonia Domingo Cabred. La citada comisión, en aquel momento, curiosamente, dependía de la Secretaría de Culto. ¿Por qué? Porque una parte importante de los hospitales y de los establecimientos de salud, a los cuáles esta comisión debía regular pertenecían a la Iglesia Católica y, por lo tanto, la relación de las instituciones religiosas con el Estado se hacía a través de esa Secretaría. Este proceder centralista, claramente, afectaba al federalismo.

En forma simultánea, y es un buen ejemplo para ver cuál era la opinión prevaleciente en nuestro país, se dictó la ley de las Escuelas Láinez. Ustedes recordarán que eran escuelas del gobierno nacional que se creaban en las provincias. Cuando a principios del siglo pasado, se hizo una objeción muy seria, acerca de que una de las características de una provincia en nuestro país, constitucionalmente, era encargarse de la justicia y de la educación primaria, el diputado Palacios, quien recién estaba estrenando su cargo político –luego de haber sido elegido por la circunscripción de La Boca– se opuso a esa objeción, diciendo que el gobierno nacional tenía poderes concurrentes con las provincias. Esa doctrina de la concurrencia es importante para justificar en su momento la acción de Cabred desde el gobierno nacional cuando proponía hospitales regionales. La ley que creó este consejo es de 1906. Cuarenta años después, el hombre de la Salud Pública por antonomasia fue Ramón Carrillo. En esa época, Carrillo, de nuevo hizo un enorme avance en cuanto al número de camas públicas en nuestro país, al ubicarlas en las provincias con cierta desatención hacia el federalismo. ¡Menos mal! Porque si no, tendríamos muchos menos hospitales en la Argentina. Pero el hecho es que el gobierno nacional invadió las jurisdicciones provinciales con estas dos acciones: la de Cabred con los hospitales regionales; y sobre todo con la de Carrillo, que promovió el mayor crecimiento del sector público argentino en salud que se conozca hasta el momento.

Más tarde, apareció un organismo de coordinación específico para esas idas y venidas del federalismo, o si se quiere, de la importancia nacional o provincial de la salud que es el COFESA (Consejo Federal de Salud). Se trata de un organismo de coordinación entre las jurisdicciones y con el gobierno nacional. Fue creado por un gobierno militar, pero siguió existiendo *a posteriori*, en los gobiernos civiles que comenzaron en 1983 y, de hecho, está en pleno funcionamiento. Tiene que ver con esa relación Nación/provincias y con el sentido último de que la salud tenga una estructura federal dentro del país.



Esa centralización de los servicios de salud, que había llegado a su punto culminante con Carrillo, comenzó a disminuir a partir de 1955, cuando cayó el gobierno de Perón. La opinión prevaleciente de los organismos técnicos en ese momento era que los servicios de salud debían estar tan cerca de los usuarios como fuera posible. ¿Qué significó eso como doctrina sanitaria? Que había que delegar el funcionamiento de los servicios públicos de salud, es decir, los hospitales a las provincias; cosa que se fue haciendo por distintas oleadas, hasta culminar en 1992, en que la última gran transferencia de los hospitales públicos de la Nación a las provincias se llevó a cabo no por una ley de salud, sino por una ley del presupuesto. Ahí se puso en evidencia que esa transferencia de los servicios de salud de la Nación a las provincias no respondía tanto a una doctrina del federalismo en salud, sino simplemente, a cambiar el destino y la responsabilidad del uso de los fondos. Al desaparecer la responsabilidad de la Nación en eso, la ley del Presupuesto Nacional de 1992 estableció claramente la transferencia de los hospitales y la responsabilidad de su financiamiento.

Un aspecto que tiene que ver con esto –aunque de distinta naturaleza– es que por la misma razón, asuntos de la mayor importancia han conducido al cambio del tipo de legislación que los sustenta. Pongo como ejemplo el PMO (Programa Médico Obligatorio), creado por un decreto, pero que fue modificado varias veces por resoluciones ministeriales de distinta naturaleza jurídica. Fue vuelto a poner en marcha por otro decreto, suprimido anteriormente por una resolución. Así, las resoluciones ministeriales y los decretos del Poder Ejecutivo se mezclan con una disociación sobre cuál es la autoridad a la que le corresponde ejercer jurisdicción sobre cada materia. No es solo la relación institucional entre provincias y Nación que se mostraba con Cabred, con Carrillo, con el COFESA, sino modos de legislar a propósito de Salud, que hacen que la norma que se establece no guarde la relación necesaria por la importancia de lo que se está normando. Es un problema de naturaleza distinta, pero confluye con este cierto desorden que uno ve en el panorama sanitario nacional, cuando lo analiza desde el punto de vista de las instituciones que concurren en su manejo.

Y hago una última observación porque recuerdo las palabras iniciales del doctor Bello. La idea no es tanto que los que estamos acá comentemos lo que hay que hacer o se debe hacer, sino sugerir para el público que está acá y los que vayan reuniéndose el día de mañana en distintos lados, propuestas para la discusión con el propósito de corregir, abreviar, suprimir o agregar temas de importancia. Uno de ellos



es la equidad. El que mejor se refirió a él en nuestro país, y hoy lo hablábamos con el doctor Artaza, fue Francisco Mardones Restat. Mardones, durante la gestión del presidente Frei Montalva, fue el jefe general de toda la Salud pública de Chile y estuvo muchos años en la Argentina como funcionario de la OPS. Una vez comentó que nuestro país, desde el punto de vista de la salud, se podía dividir en dos grandes teatros: un sector del centro, viniendo de Chile, que incluye a Mendoza, Córdoba, Santa Fe, la provincia de Buenos Aires y la Capital Federal, que presentaba indicadores muy parecidos a los países desarrollados; y otro escenario, dividido en dos partes, al norte y al sur de esa tira central, que presentaba, en cambio, indicadores de países subdesarrollados. Es decir que el federalismo nos lleva a advertir que hay provincias ricas y provincias pobres. Esto nos obliga a pensar que de algún modo u otro, el conjunto de la hermandad provincial, lo que significa la unión nacional, debe ayudar a resolver estos problemas de equidad o de inequidad que plantea el cuadro que Mardones, hace muchos años, vio en la Argentina y que no es muy distinto de lo que está ocurriendo en este momento: zonas de nuestro país que son relativamente ricas desde el punto de vista de Salud, con indicadores sanitarios y con recursos que parecerían corresponder a países desarrollados; y otras áreas de país francamente subdesarrollado, que necesitan de algún tipo de equilibrio. Esto es un tema de discusión muy viejo. La apreciación de Mardones tiene ya 50 años. Y es un punto que no quería dejar de comentar como para que sea discutido entre todos ustedes. Y con eso termino.

Muchas gracias por darme la oportunidad de expresarme.

*Toma la palabra el doctor Alejandro Sonis, quien adelanta al público que con las distintas presentaciones, eventos y convocatorias que van a ir haciendo, se va a editar una publicación en el transcurso del año próximo. Y a continuación, presenta al doctor Osvaldo Artaza Barrios.*

El doctor Artaza fue director del hospital Luis Calvo Mackenna de Chile, ex ministro de Salud, asesor en sistemas de Salud de la OPS en México y actualmente, es asesor en Servicios y Sistemas de Salud de la OPS en la Argentina.

## **Disertación del doctor Osvaldo Artaza**

Muy buenas tardes. Quiero dar las gracias a la Asociación Argentina de Salud Pública por la oportunidad que nos da a los miembros de la OPS de contar con el privilegio de dialogar con un grupo tan importante de personas comprometidas con la Salud Pública.

La Organización está en un proceso de debate, de diálogo, de escucha, con el objeto de renovar o repensar lo que se denomina Funciones Esenciales de Salud Pública. Y en este proceso de renovar es fundamental escuchar la opinión de ustedes, la experiencia de ustedes, las lecciones aprendidas de la Argentina en este tema de las funciones esenciales, dada la peculiaridad



de este país. Porque sistemas segmentados y fragmentados tenemos y observamos en la mayoría de los países de las Américas, procesos de descentralización se observan también, en la mayoría de los países de la región. Lo especial de la Argentina es que todo lo anterior se presenta en un país federal. Y el federalismo no es ajeno a la forma en que el sistema de salud se comporta. Piensen ustedes en otros países federales de la región, por ejemplo: Brasil. Brasil tiene un sistema único de salud, en el cual los tres órdenes de gobierno, el nivel central, el estadual y el municipal se conjuntan, coparticipan en el financiamiento, en el diseño de las políticas y en la ejecución. Es un sistema descentralizado en el que se respetan los papeles de cada una de las órdenes de gobierno y hay una línea de rectoría en la cual la expresión del federalismo es totalmente distinta a la que se pudiera dar en la Argentina. Veamos qué pasa en México. México tiene un sistema fragmentado y segmentado que uno puede retratar en dos grandes bloques: un primer bloque que corresponde a más de cincuenta millones de habitantes –prácticamente, la mitad del país– está a cargo de la seguridad social, de una seguridad social de tipo *bismarckiana* clásica. Es una institución grande, sólida, monolítica y vertical, es el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). Por otro lado, las personas que no son derechohabientes del citado Instituto tienen cobertura a través de un seguro nacional que se denomina *seguro popular*, mediante el cual, cualquier persona que no pertenezca al IMSS por su condición laboral, puede afiliarse al seguro popular; y aunque la prestación está descentralizada en los treinta y dos Estados que componen los Estados Unidos Mexicanos, dado que el financiamiento está conjuntado en un seguro público, eso ya da una posibilidad, una cierta línea de rectoría común desde el punto de vista de política pública.

Fíjense que entonces la Argentina reúne la segmentación y la fragmentación de otros, y un federalismo muy particular, lo que hace que la experiencia argentina sea muy importante para toda la región de las Américas, desde el punto de vista de cómo se consigue, desde la historia de la Argentina, que estas funciones, que se llaman *esenciales* por su primerísima importancia, puedan desarrollarse. Y esto es lo que vamos a intentar mostrar en algunas transparencias, con el fin de terminar, con

unas preguntas sugeridas por la Asociación para que podamos contar con las opiniones de ustedes. De modo que vamos a tener el privilegio de escucharlos a ustedes; y ojalá que esas opiniones puedan contribuir con un debate que es de todos los países con respecto a cómo, en el contexto de cada quien, esas funciones, que hemos definido como prioritarias, puedan cumplirse debidamente.

En primer lugar, es importante, para comprendernos entre todos, compartir la definición que hacemos de Salud Pública. Uno escucha muchas veces expresiones más reducidas de Salud Pública. Se suele utilizar como sinónimo de hospitales públicos, de subsector público, de planes comunitarios o de acciones sobre las poblaciones, y la verdad es que la Salud Pública es un todo mucho más amplio, y me parece que es esencial partir desde el concepto. Entonces, Salud Pública, en la que se basa la definición de funciones esenciales *es un área de la acción colectiva, tanto del Estado, como de toda la sociedad, orientada a contribuir a mejorar la salud de las personas, entendiendo a la salud no como antónimo de enfermedad, sino como lo que todos sabemos, como el bienestar en el amplio espectro de todas las dimensiones del ser humano en lo físico, en lo psíquico y en lo social.*

¿Y por qué renovar el concepto de funciones esenciales? Pensamos que es importante remirarlas porque en los últimos veinte años han sucedido cosas, ha habido cambios respecto de las causas de la enfermedad, ha cambiado la demografía de nuestras poblaciones, ha evolucionado la tecnología, ha habido cambios políticos, culturales y económicos que son importantes y que tienen efectos sobre la salud de la población. Se ha modificado el contexto. Dentro de ese cambio de contexto, los países también han discutido cómo enfrentar los nuevos tiempos, y hace pocos meses, los Estados miembros suscribieron un compromiso con respecto a acceso y cobertura universal. Y para conseguir acceso y cobertura universal definieron cuatro líneas estratégicas.

Voy a detenerme unos minutos con respecto a acceso y cobertura. En las Américas, hubo un gran debate acerca de si el término cobertura retrataba adecuadamente la complejidad del desafío en salud. Recuerden ustedes que desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), los últimos años, hemos escuchado sobre el tema de la cobertura universal, el famoso cubo en el cual se mostraban los tres vectores con respecto a cobertura: por un lado, el horizontal, que indicaba la cantidad de personas afiliadas o cubiertas; el otro, hacia atrás, que mostraba la cantidad de servicios que se prestaban; y un vector hacia arriba, que señalaba cuánto era la protección financiera, o sea, cuánto era la porción de gasto de bolsillo. En el continente se generó un debate enorme, con respecto a que el término *cobertura* no era un concepto suficiente. Porque se podía tener a las personas formalmente cubiertas, se les podía entregar un documento que acreditara que estaban bajo cierta cobertura. Pero eso no era sinóni-

mo de que esas personas realmente, de manera efectiva, accedieran a servicios de calidad. Y por lo tanto, no basta la cobertura, sin el real acceso. Y cuando hablamos del real acceso significa que el acceso es efectivo e implica que los servicios que se ofertan y que están disponibles para todos, sin barreras de ninguna índole, tienen una calidad homogénea, similar. Porque ¿de qué sirve que uno tenga un papel que diga: *usted tiene derecho*, si ese derecho no lo puede ejercer? Esa es la primera derivada; la segunda es: si ejerzo un determinado derecho, pero la calidad de mi acceso es totalmente diferente de la calidad del de otro, entonces, ¿de qué materialización al derecho de la salud me están hablando? No basta con que todos puedan subirse a un tren, si uno va en coche de primera; el otro, en coche de segunda y un tercero, en coche de tercera. Ese debate que fue duro, se refleja en que en las Américas, la decisión fue no hablar más solo de *cobertura universal*, sino hablar de *acceso y cobertura universal*, de tal manera de transmitir el concepto de que la cobertura se prueba con el acceso efectivo, y el acceso efectivo se prueba con calidad homogénea. Las cuatro líneas estratégicas tienen que ver con las condiciones para que eso suceda. Y fíjense que ahora, para abreviar, se está hablando del concepto salud universal, pero es para abreviar. Desde la OPS, en estos momentos se habla de salud universal. Muchos se preguntan por qué no volvemos a hablar de salud para todos. ¿Cuál es la diferencia entre salud universal y salud para todos? ¿Un nuevo nombre para las mismas cosas? Quizá lo que intenta este cambio de nombre es hacerse cargo de un mismo sueño en nuevos tiempos, ya que el sueño y la ilusión es la misma. Eso no ha cambiado. Lo que sí ha cambiado es el contexto. Tal vez eso da el argumento, la explicación de que necesitamos un nuevo nombre. Entonces, para conseguirlo, van cuatro líneas estratégicas. Y explicaré qué tiene que ver esto con funciones esenciales. Por un lado, está el tema de que la mayoría de los países de América necesitan un mayor gasto público en salud. Quizá, la Argentina esté en el borde de la excepción. ¿Por qué? Porque lo que los Estados miembros se propusieron de aquí a los próximos años es llegar al menos, al 6% del PBI de gasto público en salud. Piensen ustedes que países como México, que están sobre el 6%, pero que del cual, la mitad es gasto del bolsillo de los pacientes, gasto en el punto de atención, en la compra de medicamentos, lo que constituye una barrera económica para el acceso y en un riesgo de empobrecimiento para el paciente y su familia. Chile está en el mismo escenario, con un gasto sobre el 6% del PBI, pero del cual, solo el 3% es gasto público en salud. En la Argentina, si sumáramos lo que invierten las obras sociales, más lo que invierte el PAMI y las distintas provincias, vamos a encontrar que el gasto público en salud es superior al 6% del PBI. Si agregáramos los 2 o 3 puntos de gastos de bolsillo, vamos a llegar a que la Argentina ya está sobre los 9% del PBI. Y de ahí, en forma inmediata, surge un interrogante: ¿Están satisfechos las argentinas y los argentinos con respecto a lo que reciben por

esa inversión? ¿Se podría obtener más por ese dinero? Entonces, la pregunta para la Argentina es distinta que la que se les hace a México y Chile. En este último caso, es evidente que ambos países tienen que duplicar sus gastos públicos en salud. No hay otra respuesta para un mexicano o un chileno. Si no lo duplican, no van a poder enfrentar los problemas de las enfermedades crónicas y del envejecimiento. No hay forma. Entonces, la pregunta para el mexicano y el chileno es: ¿Cómo construye usted evidencia para que haya voluntad de aportar más? Porque cuando hablamos de generar espacio fiscal para mayor inversión pública en salud, estamos diciendo que es necesario que la gente esté dispuesta a pagar más contribuciones o impuestos para financiar más actividades de salud. Entonces, esta situación que es tan clara en México y en Chile, es un poco diferente acá. Porque la pregunta es: ¿qué espacio hay para poder provocar que el argentino esté dispuesto a pagar aún más impuestos en una situación en la cual el gasto público ya está elevado? En esta situación, hay que ver cómo se consigue más con los recursos con los que se dispone. Y ahí está el tema ético de la eficiencia que pasa hoy en día a constituirse en un dilema moral. Ya no es un dilema de los neoliberales o de los economistas, sino un cuestionamiento moral de forma de que la ciudadanía tenga la certeza de que cada peso en salud se utiliza de forma correcta. Porque solo así, las personas van a estar dispuestas a contribuir con más dinero para la salud. Hoy, ningún ciudadano de ninguno de nuestros países está dispuesto a cheques en blanco, sobretodo, cuando en la región, lamentablemente, ha habido tantas pérdidas, sea por corrupción, por despilfarro o por mala calidad. Y por lo tanto, ahí hay un espacio enorme que implica preguntarse: en mi condición, con mi historia, en un país federal, ¿cómo enfrentamos este dilema desde el punto de vista del financiamiento del sistema de salud?

Con respecto a la acción sobre los determinantes sociales de la salud, el doctor Mera ha señalado que la Argentina es diversa y está constituida por varios escenarios distintos. Y que, por lo tanto, la inequidad es parte de la geografía, tal como sucede en todos los otros países de América Latina. Por eso, la acción sobre los determinantes sociales pasa a ser fundamental para conseguir mejores niveles de vida de las personas.



Vamos a entrar en el tema de la rectoría y la gobernanza. Usted puede tener muchos prestadores, diversidad de prestadores, pero, otra cosa es tener diversidad de quiénes deciden sobre qué hacer en salud. Los países necesitan una sola voz sobre qué hacer, qué objetivos alcanzar, pero puede haber centenares de *cómos*, siempre

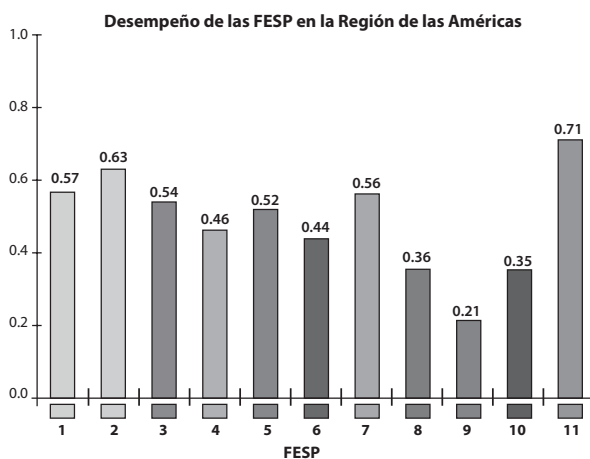
que estén alineados con ese *qué*. La pregunta es *quién* ejerce la definición del *qué*. Y en un país federal, como la Argentina, la pregunta de *cómo* se construye el *qué* es esencial, definitivamente primordial. Cuando no hay un comando único, tipo *National Health Service* (Servicio Nacional de Salud) de Inglaterra, la rectoría, muchas veces se ejerce de manera colegiada, y eso guarda relación directa con el concepto de gobernanza, que, con diversos actores, es el arte de conseguir hacer viable una política pública común. Entonces, con una Argentina federal, ¿es posible una rectoría única? Si no es posible, ¿cuáles serían las modalidades de ejercer rectoría colegiada? Teniendo a la vista que la rectoría colegiada es lo que cabe a la historia y a la realidad, ¿cuáles son las condiciones para que esta sea eficaz desde el punto de vista del diseño y la implementación de políticas públicas consensuadas, viables y sostenibles en el tiempo como políticas de Estado? Todos sabemos que en salud, los resultados de las decisiones de hoy las empezamos a ver diez años después. Y por lo tanto, en los países que han tenido éxito desde el punto de vista sanitario, uno de los aspectos que uno observa es su capacidad de desarrollar políticas de Estado, más allá de lo que dijo el profesor Bello acerca de situaciones partidarias coyunturales. Aspirar al largo plazo es la fórmula en que Salud Pública actúa. No hay otra manera de pensar que no sea de esa forma. Además, se intenta desarrollar en América Latina, en el contexto de un compromiso global mundial, en que los países del mundo suscriben una agenda para el 2030, habiendo culminado los objetivos del milenio, habiéndose hecho el proceso de evaluar lo que se cumplió y lo que no se cumplió, se vuelve a colocar un nuevo hito, una nueva montaña que la humanidad debe comenzar a escalar. Y allí, hay varios objetivos, cada uno con sus metas, en los cuales, la inflexión entre los objetivos del milenio y los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) son el cambio de foco hacia que nadie se quede atrás y que en ello cuidemos al planeta. Aquí en los ODS, lo central es la equidad, la equidad como llave para la sostenibilidad social. Equidad y cuidado del medio ambiente son las dos grandes fuerzas que aparecen en los ODS; y en ese contexto, entonces, surgen todas estas metas, una de las cuáles tiene que ver con la universalidad. Entonces, han cambiado los compromisos de los países de los Estados miembros. Es por eso que como organización, nos parece pertinente preguntarnos si este concepto de funciones esenciales sigue siendo tan vigente hoy, o hay que renovarlos. Y en esta evaluación, ¿qué nos enseña la Argentina con su particularidad histórica en su específico contexto? Y para ir terminando, les recuerdo por qué nacieron las funciones especiales. Partieron en una época en el cual el Estado se reducía bajo la lógica de que más mercado y menos estado era lo mejor. Y por lo tanto, en ese proceso de reducción del Estado que se vivió continentalmente, la pregunta era cómo, en un Estado que se reducía, *se defendían* –por decirlo de alguna manera–, algunas funciones que comenzaron a definirse como que no podían ser entregadas a nadie que no fuera la autoridad sanitaria. Es una historia, una historia de una época

en la cual la reducción del estado tuvo sus consecuencias, consecuencias que aún no han sido revertidas, de las que se conocen algunos datos con respecto al efecto que tuvo esa reducción del Estado en las acciones colectivas. Y por lo tanto, desde allí, se suceden distintos hechos con el objeto de definir estas funciones en el área de prevención de epidemias, de protección contra los daños ambientales, prevención del área de la salud, promoción y fomento, respuesta a desastres, garantía de calidad y acceso. Aclaro que esto es simplemente una reseña histórica. Desde entonces, se procedió a hacer diferentes estudios, a convocar a expertos, y todo eso llega hasta la conocida publicación, de Salud de las Américas, en la cual se nombran esas once funciones esenciales. Y para recordarlas, muy rápidamente, las cito:

1. El monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población.
2. La vigilancia, la investigación, el control de riesgos y las amenazas a la Salud Pública.
3. La promoción de la salud.
4. El aseguramiento de la participación social en salud.
5. La formulación de las políticas y de la capacidad institucional de reglamentación y control del cumplimiento de la Salud Pública.
6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y conducción de Salud Pública.
7. La evaluación y la promoción del acceso equitativo de los servicios de salud necesarios.
8. La capacitación y el desarrollo de los recursos humanos de Salud Pública.
9. El aseguramiento de la calidad.
10. La investigación en Salud Pública.
11. La reducción de la repercusión de las emergencias y desastres de la Salud Pública.

Todos los países midieron sus funciones esenciales y utilizaron la metodología para poder evaluarse. En la Argentina, esto se hizo con mucha dedicación, no solo a nivel Nación, sino que muchas provincias hicieron grandes trabajos. Muchos de los que están presentes en este salón fueron protagonistas en ese esfuerzo; y por lo tanto, para nosotros, es valiosísimo escuchar desde esa experiencia, cómo ven ustedes una renovación de estas funciones. Este es un resumen continental con respecto a las funciones esenciales. Y ustedes podrán ver que hay tres que están bastante abajo y tienen que ver con los recursos humanos, con la calidad y con la investigación en Salud Pública.





Fíjense ustedes la cantidad de países y territorios que hicieron la evaluación. No voy a detenerme en ellos. A partir de las funciones esenciales hubo un movimiento para volver a pensar y valorar la función del Estado en momentos en que parecía que el mercado no abarcaba a todos. Sin duda que el mercado existe, existió y va a seguir existiendo, pero todos sabemos que hay cosas que al mercado no se le pueden pedir. Podrá ser el mercado buen asignador en muchas áreas de la economía, pero sí hemos aprendido de que en salud no lo es igual. Y esa constatación nos hizo pensar, otra vez, con respecto a rectoría y gobernanza y al papel del Estado en el financiamiento de la salud.

Las acciones que el Estado debería desarrollar en la implementación de políticas, generación de recursos y armonización deben propender a lograr los objetivos de todo el sistema sanitario, impactar en la calidad de vida y ser valoradas por los ciudadanos. Al respecto, me pregunto, ¿quién, sino el Estado, puede fijar las reglas del juego en una sociedad si uno observa, por ejemplo, esta epidemia de la obesidad y uno va a sus raíces y encuentra cambios de hábitos alimentarios, y la presencia de la industria con esos alimentos ultraprocesados, y en este cambio cultural de los alimentos, la consecuencia en daños de salud son evidentes? ¿Eso lo vamos a dejar para la autoregulación? ¿O vamos a exigir que el Estado genere condiciones para una vida saludable a través de leyes que fijen cómo debe ser el etiquetado de los alimentos o simplemente prohibir el acceso de las personas a ciertos productos? Esos son debates muy actuales y tienen que ver con el papel del Estado. Ese papel tiene un amplio abanico con respecto a las políticas públicas; y una de esas políticas fundamentales tiene que ver con las materias regulatorias. Cuando no se ejercen, cuando el Estado es débil en regular y en fijar las reglas del juego, lo que se está haciendo es dejar que

el mercado determine nuestras condiciones para una vida saludable. Y las consecuencias están a la vista. Estamos siendo víctimas nosotros y nuestras familias de eso. Y por lo tanto, ¿aún es vigente pensar en funciones esenciales? Evidentemente, cada país tiene respuestas distintas a esa pregunta. Con respecto a estas funciones, hoy en día, en un contexto en el que parece vital el ejercicio de la rectoría, así como el ejercicio de un financiamiento que es del Estado, están entonces, ciertas capacidades que aparecen como relevantes. Y la pregunta es ¿cómo están esas capacidades en cada uno de nuestros países, y si esas capacidades necesitan o no de fortalecimiento y de un Estado preocupado por su desarrollo en el área de la capacidad de generar información adecuada para la toma de decisiones de las políticas públicas, para el diseño de políticas públicas y para la definición, regulación, armonización y conducción de toda la actividad futura? Es verdad que encontramos que hay funciones que son estratégicas, otras son político-técnicas y hay intenciones que facilitan u obstaculizan. Entonces, el tema es, en esta renovación de funciones esenciales, ¿son las mismas voces o ahora son otras?, ¿deberán regresar o hay otras que se han elegido para poder dar respuesta a los nuevos dilemas? Y en cuanto a esto, en el contexto argentino, no voy a extenderme porque eso ustedes lo saben mejor que yo. Y con respecto de las particularidades, que son la segmentación, la fragmentación y el federalismo, vivido como lo vive la Argentina, que no es lo mismo de cómo lo vive México o como lo vive Brasil, no hay que olvidar que la explicación de la segmentación guarda relación con procesos históricos y sociales. Todos sabemos que la salud es una construcción social; y si un país es segmentado es porque su estructura social es segmentada. Cuando las sociedades son más homogéneas, las diferencias sociales se acortan. Uno observa una tendencia a sistemas más homogéneos, independientemente de que tengan más o menos prestadores. Pero tienden a ser más homogéneos en el tipo de organización. Cuando uno observa, por el contrario, países donde las desigualdades sociales son tremendas aperturas, entonces, la segmentación es prácticamente inevitable. Uno tiende a estar con los suyos y dejar afuera a los otros. Por lo tanto, en este desafío de mirar y renovar desde la escucha, las preguntas que empiezan a surgir es cómo mejorar la ejecución de esas funciones, cómo lograr que la Salud Pública atraviese y esté con y para la estrategia de la atención primaria de salud y en el fortalecimiento de ciertos tópicos que son esenciales como son los recursos humanos, la calidad y el uso de tecnologías sanitarias adecuadas. Y por lo tanto, estamos en este proceso de reformulación, por el cual ya ha habido reuniones en varios países. Hace unas semanas hubo una reunión con autoridades de la Argentina, tanto de la Nación como de algunas provincias, y ahora estamos sosteniendo, gracias al apoyo de la Asociación Argentina de Salud Pública, el lanzamiento de este proceso de diálogo, de debate y de construcción de opinión; y por lo tanto, esperamos tener una nueva revisión para

el primer trimestre del próximo año para ponerlo en contraste con los procesos internos de cada país, de modo de tener luego, en el segundo semestre del 2017, algo más consolidado. Estamos en un proceso en marcha, en el cual este foro viene a reunirse para aportar y apoyar en esto, desde su peculiaridad de ser un país federal.

Ahora, la pregunta que les hago, con mucho respeto y cariño, antes de comenzar el debate, tiene que ver con dilemas que ustedes tienen en la fragmentación y la segmentación más federalismo: en el *qué*, en el *cómo* y los *para qué*. En el *qué* es si efectivamente, todas y todos, sin excepción de condición laboral o de dónde vivan –sea que vivan en Misiones, o en Salta, o en bolsones de pobreza de zonas suburbanas–, el conjunto de beneficios de salud son similares; y si son iguales desde el punto de vista de la oportunidad, de la accesibilidad, de la protección financiera y de la calidad. Si ustedes me dicen que la Argentina ha logrado que cada hijo de esta tierra tenga acceso a lo mismo, entonces quiere decir que han conseguido materializar el derecho a la salud, y que cada hijo de esta tierra se puede mirar como un par con otro, un par en dignidad. Y yo bajo, les doy un abrazo y los felicito. Pero si ustedes me dicen que hay cosas pendientes, que hay enormes desafíos, que aún hay brechas de inequidad importantes, entonces, hay mucho que agregar y mucho por qué luchar, y por lo tanto, del *qué* pendiente se va al *cómo*, al *cómo* lleno ese vacío, *cómo* cierro esa brecha. Y en los *cómos* tiene que verse que difícilmente va a haber un conjunto de iguales beneficios, si hay financiamientos distintos; y así, la cuestión es *cómo* lo logro. No solo es asimilar un valor per cápita similar por cada persona, sino que además, de hacerlos más similares, consigo que ese per cápita se traduzca en acceso similar a calidad similar. Y *cómo*, solidariamente, comparto los riesgos. Porque no es lo mismo compartir los riesgos en una obra social que compartirlos entre todas las obras sociales; y tampoco es lo mismo si yo comparto los riesgos con toda la población. Son distintas escalas. Y a mayor escala de solidaridad vamos a tener más certeza de que no solo los per cápita son similares, sino que ellos se traducen en acceso y calidad similar. Por otro lado, habría que ver, si el sistema regulatorio fija reglas y si esas reglas son similares, son homogéneas, en el conjunto de las veinticuatro provincias. Está bien que en la ciudad de México, por ejemplo, no se pueda llevar el salero a la mesa, pero ¿por qué si es mala la sal en la ciudad de México, es buena en Guadalajara o en otras ciudades del interior? ¿Es que acaso son ciudadanos de distinta clase? Si la ciudad de México genera ciertos accesos a derechos sexuales que Jalisco no da. ¿Son distin-



tas las mujeres de Jalisco de las de ciudad de México? ¿Son distintas en dignidad? ¿Cómo lograr reglas de juego compartidas? ¿Es posible, sin afectar la cualidad constitucional que la Argentina se decidió dar, que cada una de sus provincias comparta el modelo de atención, y donde usted puede prestar los mismos servicios de manera adecuada a las realidades? Porque puede ser y es comprensible, que Jujuy requiera una forma de gestar los servicios que no necesariamente debe ser similar a la de una provincia distinta, con otro contexto. Eso es explicable. Pero no es explicable que un sector de la población lo tenga todo concentrado en el hospital, mientras otra lo haga sobre la base de la estrategia de la atención primaria. Porque no va a haber forma de que usted me asegure que el acceso y la calidad van a ser similares. Más aún, el gran dilema que tiene Chile, por ejemplo, es que a pesar de que el 80 % de los chilenos están en el seguro público que se llama FONASA (Fondo Nacional de Salud), el acceso es distinto. Y que lo que genera más tensión es que el que está en el subsector privado accede de manera automática y rápida al especialista. Y por lo tanto, es un sistema basado en el acceso inmediato a ese especialista y a lo que el especialista quiera. Es una medicina cara, llena de prestaciones innecesarias, porque allí es donde se genera la utilidad económica. Y por eso, el resto de los chilenos piensa que eso es un servicio de calidad. Y él que tiene que concurrir a su centro de salud familiar, donde lo van a ver e intentarán solucionarle su problema de salud y comprobarán si efectivamente necesita del especialista, funciona con una lógica distinta. Así, cuando les duele la cabeza y van al clínico, y este no les pide una resonancia, dicen: Es que soy pobre. Si yo fuera rico, me enviarían de inmediato a un neurólogo y me harían de inmediato una resonancia. En el caso de Chile, el dilema es que hay dos subsectores que tienen lógicas distintas. Y esas dos lógicas distintas generan un problema grave. Por lo tanto, el compartir un modelo de atención no es menor, y va a ser diferente con respecto a cada país. ¿Cuán compartido es un modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria y estructurado en redes tiene la Argentina? ¿Cuántos desean que eso así suceda? Esas son preguntas que uno les hace a ustedes.

Otro tema es el de los recursos humanos, la cantidad, la distribución y el perfil. Uno se pregunta por qué los jóvenes que salen de las escuelas de salud no quieren ir a trabajar a la atención comunitaria. Pero uno se pregunta: ¿Dónde se forman esos chicos? Si los formáramos en el nivel comunitario; pero no los formamos en ese nivel, se forman en los hospitales. Entonces en el *cómo* hay preguntas que son cruciales para el *para qué*, que tiene que ver con que efectivamente seamos iguales en derechos de salud, logremos la equidad y el sistema de salud sea valorado por los ciudadanos. Y ahora voy a dejarles unas preguntas, que van a quedar puestas en la pizarra, antes de invitar a la Asociación a que lidere el debate. Y me despido, con mucho cariño. Me gustaría escuchar a cada uno de ustedes y registrar cada una de sus opiniones. Tengo

la convicción de que cada uno de ustedes trae una experiencia valiosísima. Y les pido, por favor, que sean generosos en regalarnos esa experiencia pensando no solo en este país maravilloso, sino en toda la región. Les leo las preguntas:

### **Preguntas para el debate: el desafío de fortalecer la práctica de la Salud Pública en la Argentina**

- Desde su valoración personal, ¿en qué considera que el federalismo, como sistema político argentino, favorece o dificulta la gestión en salud?
- En este contexto, ¿qué podría sugerir para consolidar las buenas prácticas o eliminar/atenuar las dificultades que se identifican?
- ¿Considera usted que las funciones esenciales de Salud Pública (FESP), tal como han sido presentadas en esta reunión, podrían contribuir a este propósito?
- ¿Cómo encontrar factibilidad y viabilidad para que esto suceda, reconociendo las características federales de la Argentina?
- ¿Cuál sería el papel específico de las FESP en cada nivel de gobierno (nacional, provincial y municipal)?

Quiero agradecerles no solo la paciencia con que me han escuchado, sino que me permitan darles las gracias por la generosidad de haber venido y por la generosidad de darnos sus opiniones y aportes. ¡Gracias!

### **Diálogo con los asistentes**

**La siguiente invitación al diálogo estuvo a cargo del doctor Alejandro Sonis, de la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP).**

Al escuchar a Osvaldo (Artaza), recordé una opinión del economista Simón Kuznets, quien ganó el Premio Nobel de Economía en 1971. Decía que existían cuatro tipos de economías: la de los países desarrollados, la de los subdesarrollados, la del Japón y la de la Argentina. Ahora, pensando en salud, sabemos que está el modelo ruso, el Beveridge, el bismarckiano



y también, está el argentino, que no se replica en ningún otro lugar del mundo.

Como dijo Osvaldo, ahora queremos escucharlos a ustedes. La verdad es que es un auditorio con gente muy destacada, grandes sanitaristas, autoridades, académicos y referentes de la Salud Pública. Lo que les pido es que lo que digan sea un aporte que permita el debate y el diálogo.

### **1 – Palabras del doctor Jorge Mera**

Director del Centro de Investigación en Servicios de Salud (CISSAL), Miembro de AASAP y del grupo PAIS

Quiero decir que la Argentina no es tan particular. Es prácticamente igual a los demás países del mundo con una composición un poco distinta, pero todas las cosas que se ven afuera, se ven acá. Tardamos muchos años en descubrir que las obras sociales eran como los organismos de la seguridad social en muchas naciones del planeta. Durante años, escuché que son un fenómeno absolutamente argentino. ¡Pamplinas! El fenómeno está en todas partes del mundo. La única curiosidad es que en nuestro país, están muy relacionadas con los grupos laborales. Pero nada más. Pero son organismos de la seguridad social, como existen en Bélgica, en Alemania, en Francia. Los hospitales públicos funcionan del mismo modo. El tema es que el sonido que nosotros les queremos dar es distinto. Eso sí puede ser peculiar, pero no es la responsabilidad de la estructura que tenemos nosotros, sino del modo en que los gobiernos actúan con respecto a los instrumentos de que disponen. No invoquemos la peculiaridad argentinos, porque no existe, somos iguales a casi todo el mundo. Para peor, la mayor parte de los que estamos acá, tenemos abuelos que vinieron de otros países. El asunto es cómo funcionar lo mejor que podamos para nosotros mismos. A pesar de que esto parece muy trivial; en el fondo, puede ser profundo, si lo pensamos en cómo valoramos y ahora proponemos cambios, modificaciones, agregados, supresiones a esta situación de salud que hemos intentado, entre todos, registrar.



### **2 – Palabras del doctor Raúl Valli**

Presidente del Consejo de evaluación de la Sociedad Argentina de Pediatría y director ejecutivo del Consejo de certificación médica de la Academia Nacional de Medicina

Quiero comentar algo como para seguir la cadena del último orador. Se habló de lógicas distintas. Se presentó un modelo donde la gente que tiene dinero tiene acceso directo a lo que quiera, y la que no puede pagar tiene que seguir el camino –teóricamente mejor– del médico personal a partir de cada sistema. Nadie duda hoy en el mundo que la Medicina tiene más calidad cuando contamos con un médico personal responsable y capaz que nos controle, y que utilice las especialidades médicas como una necesidad de él para solucionar ciertos problemas que, por su complejidad lo ameriten; y no es una opción del paciente que va saltando de uno a otro hasta encontrar que alguien se convierta en un aliado de lo que él quiere hacer para que si algo sale mal, echarle la culpa a él. Esta situación que se observa en la Argentina también se ve en otros lados, pero con enfoques distintos. Esta lógica peculiar se llama *atención pediátrica en la atención del adulto*. En líneas generales, los chicos acá son seguidos por un pediatra y las distintas especialidades médicas se integran a él en la atención. Si observamos la cantidad de pediatras y la de especialistas, la relación es de cuatro pediatras por un especialista. En lo que respecta a la medicina de adultos, por cada diez especialistas, hay un clínico, si es que lo encuentran. Y esto produce muchas dificultades en la organización, además de tener una Medicina de mala calidad y muy cara. Este es uno de los problemas que habría que solucionar, pero que nadie quiere solucionar en este momento. Al respecto, los chilenos lo separaron en dos: lo que pasa en la gente pobre y lo que pasa en la que tiene plata. La que tiene plata puede hacer lo que quiera. Pero, en el fondo, le ocurre lo que nos pasa en el hospital público, adonde el paciente concurre, adonde él cree que debe buscar la solución, pero no tiene nadie que lo guíe dentro de los centenares de puertitas que tiene la atención médica. Esta situación, donde el que decide qué es lo que tiene que hacer es el paciente –como si la Medicina fuera tan simple que la gente puede opinar acerca de lo que necesita–, es un tema muy grave que lleva a la desorganización del sistema asistencial. Además, se genera una especie de acostumbramiento en el que la oferta termina modulando a la demanda y la demanda se adapta a la oferta. Y esto es un punto crucial para la atención que no tiene que ver con el federalismo, porque esto involucra a todos. Si hay algo que el federalismo no tiene que modificar ni meterse es en la calidad y la competencia de los distintos profesionales, que deben ser iguales, de acuerdo con las necesidades regionales, en todo el país. No hay provincias de primera ni de segunda. Esto hay que centralizarlo y tiene que haber un control de calidad en todo el sistema de salud.



### 3 – Palabras de Mónica Liborino

Docente de la Universidad Nacional de Rosario

Quiero decir que para nosotros, en lo que respecta a la sanidad, constituir el federalismo como un sistema político para la provincia de Santa Fe ha sido un escenario propicio. Propicio porque es innegable que la mirada de la Salud Pública es una mirada ideológica, por lo cual, un gobierno de un



frente progresista ha tomado a la salud como un derecho, y ha tenido la posibilidad de mirar en el marco de algunas cuestiones que podían crear obstáculos y propiciar una facilitación a la constitución de la política. Desde ya, el gobierno municipal de la ciudad de Rosario lleva más de treinta años de experiencia socialista. Con lo cual, tenemos el 28 % del presupuesto destinado a la salud. Creo que hemos llegado al máximo. Si no hubiera habido un federalismo, una posibilidad de gestionar salud en forma local o provincial, hacer esto hubiera sido imposible.

Contamos con la Universidad Nacional de Rosario, donde soy docente. Allí, en el 2001, enfocamos un cambio curricular a propósito de la posibilidad de tener un contexto de una práctica diferente. Nosotros no podíamos reproducir un discurso, si después nuestros alumnos salían a encontrarse con un discurso de mercado. Esto es claro. Así tenemos un cambio curricular que lleva a la municipalidad y a la provincia a ejercer una práctica diferente, donde la salud es un derecho y el obstáculo no es el económico, sino la participación social. ¿De qué manera conseguimos que la participación social y que la salud fuera un bien simbólico para la gente? Podemos decir que en la municipalidad después de más de treinta años, quizá ya se pueda decir que es un bien simbólico. En la provincia, en estos escasos nueve años, aún no lo es, con lo cual tenemos grandes diferencias e inequidades norte-sur y este-oeste. Hay mil kilómetros que distan de Gato Colorado hasta la última ciudad de la provincia de Santa Fe. No hay que olvidar que estamos en un contexto nacional en el que el 32 % de la población es pobre, si es que tomamos a la pobreza como un indicador de consumo y de disponibilidad de dinero. Yo no estoy de acuerdo con esa definición de pobreza. Creo que debemos definirla en función de cuáles son las necesidades simbólicas y las colectivas de cada una de las regiones. Pienso que tenemos mucha potencialidad y necesitamos esperar los resultados de las modificaciones que tengamos que hacer. Pero podemos hablar de algunos resultados: en la ciudad de Rosario, partimos de dos dígitos de mortalidad infantil y hoy estamos en un dígito. Y no estamos trabajando solo en el sector Salud, sino que también estamos trabajando en lo que se denomina



un gabinete social, donde hay gente de Hábitat, de Desarrollo Social, de Aguas, de Energía eléctrica, de Seguridad y de Justicia. Y todo eso hace a la salud, a la necesidad de construir una nueva fórmula para que verdaderamente, la gente pueda vivir y tener una mejor calidad de vida.

#### 4 – Palabras del doctor Antonio Pagés AASAP

Quiero hacer un comentario referido a las funciones esenciales de Salud Pública. Creo que las funciones esenciales, tal como se elaboraron, y han sido presentadas hoy, las mismas que se difundieron en 2002, como parte de un proceso histórico tienen una validez tremenda. Sé que los contextos cambian. La situación actual no es igual a la que teníamos en 1830, con el auge de la medicina tropical y las cuarentenas. Ojalá hubiésemos tenido en esos años a los que aludo, un referente de funciones esenciales de Salud Pública como para utilizar y legitimar en la práctica. El asunto no está en cambiar la forma de presentar esto, sino en tratar de accionar, de defender la implementación del contenido de estas funciones. Si hablo de esto con cierta vehemencia es porque soy un defensor de ellas y además, las he estudiado bastante. Este contenido de las Funciones Esenciales de la Salud Pública es muy rico. Ojalá se pudiera conocer y aplicar lo que ellas dicen. Sospecho que no se conocen bien. No estoy al tanto de los textos que se utilizan en la Escuela de Salud Pública para formar a los médicos y otros profesionales de la Salud pública. Recuerdo que estudié hace muchos años con el libro del médico argentino Abraham Sonis.



El texto de las FESP sigue siendo un referente para la formación del personal en Salud. Estamos hablando de una obra que tiene cientos de páginas. Cada una de las once Funciones Esenciales de Salud Pública podría ser un capítulo de contenidos educativos para la formación de personal. Una de las cosas que tal vez la OPS podría hacer es invertir en reproducir ese libro y distribuirlo en todas las provincias, los municipios y las facultades de Medicina. Ese libro no se encuentra fácilmente en estos momentos. Ya no está disponible en PALTEX ni se vende. Y es un gran libro. Mi propuesta es esa. Yo he trabajado en aquel proceso de desarrollo de los sistemas locales de salud, que muchos de los que están aquí deben conocer, y resulta que cuando los países comenzaban a legitimar aquella propuesta, la OPS no les daba respaldo. Y con esto puede suceder lo mismo. No hemos tenido tiempo para madurar y utilizar esto en

la mejor medida posible. Ojalá eso se pueda aprovechar de una manera diferenciada en los países, en las provincias, en los municipios, en las escuelas de las facultades, donde se brinde formación en Salud Pública a los médicos y al personal que trabaja en Salud Pública.

En resumen, creo que las funciones esenciales de Salud Pública, tal como fueron reseñadas por Artaza, y que están en ese libro de texto importante, que es producto de un largo trabajo de todos los países y que llevó muchos meses en ser concebido son muy valiosas. Muchas veces se habla de las funciones esenciales de la OPS. ¿Cómo de la OPS? Fueron escritas por gente de mucho prestigio de nuestros países, quienes fueron invitados para encarar ese trabajo. Está elaborado con el conocimiento y la amplia experiencia de todos los que en su momento tuvieron el privilegio de hacer sus aportes. Pero esto existe, es válido y vale la pena aprovecharlo más. Y ojalá pueda hacerse un poco de marketing para reforzar su divulgación, y se descubra la importancia que tiene para la formación y la práctica de la Salud Pública de hoy en día.

## 5 – Disertación de Pablo Vinocur

Director del posgrado en Desarrollo Social de FLACSO

Creo que el tema es muy interesante y vengo a compartir algunas reflexiones con ustedes. En primer lugar, coincido con el diagnóstico del doctor Artaza. Creo que América Latina, que es la región más desigual del mundo, también es la parte del continente que, desde el punto de vista utópico, tiene consagrados, a veces en las leyes; otras, en sus Constituciones, prácticamente todos los derechos. El gran tema es cómo en una región que es la más desigual de todas, se compatibilizan los derechos con la desigualdad. Y la verdad es que no se compatibilizan. Hay una distancia brutal donde la única forma de intentar transformar es a través de la política; y es ahí donde creo que está la mayor de las fallas que muestra el pasado, el presente y ojalá que no, el futuro. La mayoría de los que estamos aquí presentes representamos una generación en donde la Salud Pública era un paradigma que nos convocaba. Si hoy miramos lo que viene ocurriendo en cuanto a la formación y elección de las nuevas generaciones, podemos ver que no eligen la Salud Pública. Creo que eso puede interpretarse como una victoria del mercado por sobre la política;



y por lo tanto, sobre el Estado y su capacidad regulatoria. Entonces, me parece que el tema del federalismo en la interpretación del doctor Mera es un aporte, si bien tenemos diferencias con las gestiones de salud de Holanda o Bélgica. Lo que pasa es que en esos países, los niveles de desigualdad y los de cumplimiento de derechos están muy lejos de la Argentina y de América Latina. Entonces, una conformación institucional como la que tiene el país, no hace más que reproducir en forma ampliada la región y se aleja cada vez más de las posibilidades de éxito. Creo que el desafío no es mirar los gestores o las instituciones que prestan o deberían prestar salud, sino en qué contexto político-económico-social e institucional esto funciona. En este sentido, respondiendo a las preguntas, creo que hay una tarea fundamental a construir: conseguir que esas funciones esenciales sean divulgadas de algún modo para que sea la sociedad la que asuma la importancia de concebir la salud como un derecho. Mientras la gente no visualice que todos merecemos tener igual cobertura de salud porque es un derecho de todos, independientemente de si somos ricos o pobres, si vivimos en el campo o en una ciudad pequeña o grande, si somos niños o somos ancianos. Todos, de acuerdo con nuestras necesidades, deberíamos tener igualdad de acceso porque ese es el derecho. Hay que plantear este debate ante la sociedad porque creo que tal como se describió la realidad chilena, también es la realidad argentina. Los pobres o los no tan pobres quieren una medicina o el consumo de un producto que es el que tienen los ricos. Y los ricos no están dispuestos a cederlo porque así es su concepción de salud. Y cuando uno recorre las calles de cualquier ciudad argentina y observa que en la vía pública se publicitan medicamentos y tecnología, se da cuenta de que lo que está por detrás es la ausencia de la política pública y de la habilidad de la rectoría de las instituciones de salud, cualquiera sea la jurisdicción. Esto ocurre en la Nación, en la provincia y en los municipios. Sin embargo, creo que hay algunos ejemplos –lamentablemente, muy pocos– en los que hay ciertas batallas que se vienen ganando y que podrían trazar una estrategia. La primera y principal es la del tabaco. Creo que en las nuevas generaciones se ha incorporado la convicción de que fumar no es bueno para la salud; más allá de que luego, en la práctica, en forma particular, en la “guerra” entre los dos géneros, uno observa una creciente tendencia al consumo por parte de las mujeres, como si eso las igualara a los hombres. No hemos tenido el mismo éxito con el alcohol ni con otras adicciones. Hay un espacio importante que viene imponiéndose sobre los accidentes y la organización del tránsito. Me parece que son líneas a partir de las cuales se puede avanzar en esta disputa Estado-mercado o Salud Pública versus consumo médico, en término de rédito económico exclusivamente. En ese sentido, me parece que existe una institución con la cual es fundamental trabajar, que son los creadores de opinión pública. Los comunicadores sociales son esenciales cada vez más. Hay una enorme diferencia entre lo que son las percepciones y lo que arrojan luego las estadísticas. Por ejemplo: la Argentina es uno de los países de

América Latina que tiene una de las más bajas tasas de homicidios. Sin embargo, la percepción de la inseguridad es muchísimo más elevada que en países donde las tasas de homicidio cada cien mil habitantes son más altas. Lo cierto es que hay casos de violencia que por suerte, por ahora, no terminan en homicidios, que afectan a gran parte de la sociedad; la difusión y la reproducción permanente en los medios de comunicación hace que se construya una percepción tal que en la opinión de la gente, la tasa de homicidios debería ser cuatro o cinco veces mayor de la que efectivamente es.

Otro tema en el cual hemos fallado mucho es el de la obesidad. En la Argentina, pese a los resultados de los estudios y de la encuesta nacional de nutrición, lo que está instalado es que el principal problema alimentario que existe en el país es la desnutrición. Y esto está totalmente asociado con la pobreza. Cada vez que hay un indicador de pobreza, la medida política que se reclama, con honestidad, desde muchos sectores sociales y también, por parte de algunos comunicadores sociales –creo que por ignorancia y otras veces, por interés– es: demos alimentos. Esos alimentos significan más calorías y más grasas. Y esa asociación de gente, obesidad y pobreza, que está totalmente probada en todos nuestros estudios no está instalada en la comunidad. Y entonces seguimos gastando un montón de plata, muchos millones de dólares por año en programas alimentarios dirigidos a incrementar la malnutrición.

## **6 – Disertación del doctor. Guillermo González Prieto**

ABBVIE

Estuve trabajando en Salud Pública durante mucho tiempo y desde el 2009 al 2014 me desempeñé como subsecretario de Salud Comunitaria de la Nación. Y como tal, he tenido a cargo programas como el de Maternidad e Infancia. A partir de esa experiencia, quisiera comentarles que acuerdo con el doctor Sonis en que no tienen tanto valor para la comunidad, no solo la medición de cada uno de los aspectos de las funciones esenciales de Salud Pública, sino que ni siquiera en su conjunto. Creo que uno de los problemas fundamentales que tenemos es que ni yo, ni algún otro que me suceda, ni en las provincias, existen modelos de rendición de cuentas del trabajo que se hace respecto de la Salud Pública. No se rinden las mismas cuentas que se consideran para otros temas. Y puedo dar un par de ejemplos. Cuando a mí se me vino de frente un tren, que se llamaba



objetivos del milenio. Esos objetivos, que habían sido firmados en el año 2000; por el doctor De la Rúa –muy pocos se acuerdan cómo se aceptaron– permanecieron guardados durante muchísimos años hasta que llegábamos al momento en que había que cumplirlos porque había que rendir cuentas a un tercero que era Naciones Unidas, no a los argentinos. Aclaro que nunca sentí que tuviéramos presión de la comunidad porque no es una comunidad que exija rendición de cuentas respecto de resultados a sus políticos o a sus gestores de salud. En parte tenemos mucha culpa nosotros y también los comunicadores, como recién se mencionó. Es que nuestra población no está en situación de sentirse exigente en cuanto a las políticas de salud, gastos de salud, servicios de salud ni resultados de salud. Y no hemos hecho mucho para inducir a los pacientes a que lo hagan, porque parecería que es como escupir para arriba. Hoy estoy absolutamente convencido de que la única manera en que vamos a cambiar nuestro sistema es si cada vez comunicamos más y empoderamos a los pacientes. En ese sentido, el doctor Ginés González García, sin ninguna autoridad real sobre las provincias, sus gobernadores y sus ministros de Salud – porque nuestro sistema es federal– trabajaba con su autoridad moral, su bagaje de conocimientos, su jerarquía como sanitarista, para tratar de conseguir que algunas provincias se encarrilaran por los caminos en los cuales, desde la Nación, uno veía como los ideales para procurar mejor salud para la gente. Muchas veces, eso se hacía en un contexto en el cual la propia provincia parecía no tener eso como prioridad. Lo que yo vi y aprendí es cómo tratar de conseguir priorizar salud en provincias en las cuáles no era un tema prioritario. Para eso, la herramienta más potente, inicialmente, no era trabajar ni siquiera con el Ministerio de Salud, sino con el propio Gobernador. Si el gobernador de la provincia no estaba convencido de que podía mejorar los resultados de salud de su población, por más que tuviera un ministro mago, habitualmente no lo conseguía. Y les digo, hasta con un poco de vergüenza, que el conocimiento que tenían y la jerarquía que le daban, la mayoría de las provincias argentinas –sobre todo aquellas que tenían los peores indicadores de salud–, a sus problemas de salud dejaban mucho para hablar.

Uno podría dedicar horas de trabajo para hablar de mortalidad infantil o materna y cuáles eran, específicamente en esa provincia, los condicionantes de la salud que la estaban generando, como por ejemplo, la falta de servicios para prematuros de alto riesgo, mientras el Gobernador asentía con su cabeza. Así parecía que había entendido perfectamente bien lo que uno le había explicado. Y a los cinco minutos, frente al público, anunciaba que iba a abrir doce maternidades más en los siguientes cuatro o cinco años. Entonces, la lectura que hacíamos era: a este hombre no le preocupa la gente, no entendió nada o tiene otras prioridades. Y la prioridad son los votos, y los votos los proveemos los ciudadanos; y si los ciudadanos –entre ellos los

pacientes— no encuentran maneras de jerarquizar y hacer rendir cuentas a ese político sobre cómo está considerando el tema salud, el resto es una disquisición de nada.

Si ustedes creen que por el hecho de que fuera una delegación de la Nación la que iba a trabajar el tema y conseguía un espacio para quedarse un tiempo en el lugar para mejorar este tipo de cosas, podía ocurrir. Pero eso duraba poco. Estábamos convencidos de que la única alternativa para que cualquier plan tuviera un efecto a largo plazo era que un convenio de compromiso de meta fuera firmado por el ministro de Salud de la provincia y el Gobernador; y que dentro del compromiso, que era solo una hoja, figurara la información pública y periódica del avance de esos resultados. Por supuesto, el Gobernador miraba eso y preguntaba: “¿Y este quinto punto qué quiere decir?” Y le respondíamos: “Esto quiere decir que vamos a darle a la prensa local, la información de cómo va avanzando el plan de trabajo en la provincia”.

Era un momento de mucha tensión porque la mayoría no quería firmar; pero aun cuando lo firmaba, era bastante difícil hacer un seguimiento. Recuerdo que un Gobernador pasó hasta el *power-point* con las metas de la provincia por televisión. Pero después, no se vio nunca más. Hasta nuestros propios comunicadores sociales, a veces, pareciera que adoptan la decisión de proteger al político de la rendición de cuentas de los resultados que son esperables. Me parece que esto es lo más difícil de la primera pregunta que para mí es fundamental, la que interroga en cuánto nuestro sistema federal favorece o dificulta la gestión de Salud. La palabra gestión la abriría en muchas otras variables, porque también es equidad, es eficiencia, es un montón de cosas. Es obvio que nuestro sistema federal no lo favorece; y nos cuesta aceptar que si somos federales es porque hemos votado a un Gobernador que eligió las prioridades de su gente, que a veces, no son exactamente las mismas que las de la provincia de al lado. Y esto, como aduladores de la equidad, nos parece una cosa increíble. Sin embargo, a veces tenemos que aceptarlo. Creo que esa es la gobernabilidad de nuestro sistema. Ya sea por el modelo de seducción que hacía Ginés, o por alguno distinto, es fundamental para que haya rendición de cuentas y tengamos mayor equidad de la que tenemos.

## **7 – Disertación del doctor Mario Glanc**

Universidad Isalud

Mi intención es hablar de las funciones esenciales de Salud Pública en la Argentina desde el punto de vista contextual y no desde la mirada de cada una de ellas. En principio, creo que tales funciones se subordinan a una que es la rectoría. En la medida en que no exista rectoría, no es posible pensar en las otras. Dicho esto, vamos



a acordar seguramente, con nuestra fragmentación intrasectorial e intersubsectorial. Quiero decir que también es probable que acordemos que existe una segmentación que es pansubsectorial y que no nos afecta desde el punto de vista de cada uno de los subsectores de cada una de las provincias, sino que nos afecta básicamente en las dos Argentinas en las que vivimos, la verdadera

brecha del 30 % y del 70 % que se da en nuestro sistema de salud en forma de un efectivo sistema proveedor de servicios, tanto mejores cuanto mejor posicionado uno esté en la lotería de la vida, ya sea porque se tiene un trabajo o los recursos o por ambas cosas. Desde esa mirada, quiero hacer referencia a que es cierto que nosotros probablemente –porque no tenemos estadísticas confiables– tengamos de un 50 a un 65 % de gasto público en Salud, si consideramos como tal, tanto el contributivo como el no contributivo. De ese gasto total, que rondaría el 9 % del PBI, el Ministerio que debería dar la rectoría trabaja con un 0,4 % y las provincias, desde el sector público, cuentan con el 1,5 % del PBI. Es muy difícil pensar en federalismo y pensar en rectoría cuando no hay ni uniformidad normativa ni existe billetera que la pueda sostener. Esto me llevó a pensar en dos niveles diferentes de rectoría, una rectoría *light* y otra un poquito más pesada. Sin que esté subestimando ni menospreciando la primera, propondría agrupar dentro de ella a las funciones vinculadas con políticas indudablemente necesarias, como las que tienen que ver con el control del tabaquismo o con menor consumo de sal y de azúcar. Pero hay otras, que tienen que ver con la rectoría pesada. Y esas no se ejecutan sin la decisión política. Y esa decisión política no es un atributo excluyente del Ministerio de Salud, sino que es una decisión que como sociedad, podríamos tomar en algún momento. ¿De qué manera? Apelando a la normativa vigente, incluyendo, por supuesto, la Constitución Nacional. Eso podría permitir la igualación de derechos. De todos nuestros subsectores, solamente algunas personas, alrededor del 50 %, tienen garantizado un menú de prestaciones en la Argentina. Menos aún son los que tienen garantizado la alta complejidad. En la medida en que no podamos asegurar universalidad en materia de derechos, que van desde el primer nivel de atención hasta la integralidad, mal podemos hablar de rectoría efectiva. Y en la medida en que el Ministerio con su exiguo 0,4 % no pueda echar mano de los recursos institucionales que le permitan tener injerencia directa frente a la seguridad social nacional, que es atribución del Ministerio, no puede hacer magia. Si pudiera contar con esos recursos, el presupuesto se quintuplicaría y la capacidad efectiva de la rectoría iría directa sobre el 50% de la población. Entonces, me parece muy

importante discutir las cuestiones vinculadas con la ciencia que el doctor Sonis en su momento describió en su manual, pero convengamos algo: Los argentinos desde que se escribió ese libro hicimos muy poco en materia de reforma de la Salud Pública. Y en el tema rectoría, ahora, que estamos en el siglo XXI, sería conveniente empezar a ver lo que hicieron o están haciendo otros países en los últimos años. Porque ellos, aun con dificultades, lo intentaron. Nosotros, todavía, no.

## 8 – Disertación del doctor Carlos Juliá

Profesor de la Universidad del Salvador

Quiero referirme al conocimiento y la aplicación de las funciones esenciales. Con Julio Bello tuvimos una modesta experiencia del uso de dichas funciones en un municipio de la provincia de Buenos Aires. La secretaria de Salud y la intendenta, a través de los alumnos del posgrado de Salud



Social y Comunitaria nos convocaron para ver qué podíamos hacer para ayudarlas a analizar cómo estaba el sistema de salud de ese municipio. A Julio se le ocurrió aplicar la metodología de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Conseguimos armar cinco grupos integrados, tanto por profesionales del sistema de salud de atención primaria como otros de los hospitales, gente del área de Acción Social y de Salud Ambiental, miembros de la comunidad, religiosos, gente del centro de jubilados y maestras. Se hizo el trabajo. Se procesó la información. Y resultó que de ella surgieron fortalezas que tenía el sistema y alrededor de unas diez debilidades. Entonces, junto con Julio le dijimos a la secretaria del intendente: “No pretenda, por favor, solucionar las diez debilidades de golpe porque no le va a alcanzar el período. Elija las tres más importantes”. Fue así como eligió las tres que para ellos eran las más prioritarias y, en forma inmediata, nos pusimos a trabajar con la gente del municipio en la elaboración de tres programas para comenzar a darle solución a la problemática. Ellos se pusieron en marcha, pero llegaron las elecciones y cambió el color político del partido. Al secretario nuevo le pareció interesante seguir, pero lo cierto es que los programas fueron relegados. Lo importante de la experiencia fue palpar la necesidad que sintieron las autoridades de tener alguna herramienta para visualizar los problemas más claramente. Y además, comprobamos la gran participación de los distintos estamentos, tanto los profesionales de salud de diversas disciplinas como gente que pertenecía a la comunidad o a otras organizaciones sociales. Estas vivencias son válidas, al menos en un nivel relativamente pequeño. Ahora, tratar de



aplicar esto para todo el país sería una utopía. Es que las diversas conformaciones que existen en las veinticuatro jurisdicciones que lo integran torna más engorrosa su programación, con el fin de dar respuesta a algunas de las cosas que se han dicho acá sobre la cultura del sistema de salud de los argentinos. Es una cultura que está en el sector prestador y en los profesionales; y también ha sido transmitida a la gente. Recuerdo lo que dijo recién el doctor Artaza, respecto de que una persona rica tiene una cartilla de su prepaga y si le duele la cabeza, pide hora con un neurólogo, cuando el noventa por ciento de los dolores de cabeza no pasan por la cabeza. En ese sentido, tienen más suerte los pobres, porque van a un médico general que posiblemente le va a solucionar mejor el problema que el neurólogo, al rico. Esta cultura ha contaminado, incluso, la formación de los profesionales de la salud. Estamos formando a los profesionales al lado de una cama donde va a parar solo el 10 % de los problemas de salud de una comunidad y se especializan en ese 10 %. Es así como de los 10 o 12 millones de hipertensos que hay en la República Argentina, la mitad no sabe que lo son, y han pasado cinco veces por año por un servicio de atención médica y no le tomaron la presión arterial en ningún momento. Creo que esto también forma parte de esta problemática. Pienso que las universidades tenemos que cambiar, tenemos que tratar de formar, pero me pregunto cómo vamos a formar, si el concepto del sistema de salud está totalmente tergiversado. El joven que sale de la universidad y tiene que ir a trabajar va a tener que hacerlo en el contexto de ese sistema de salud instalado en esa cultura. Hace pocos días hubo una experiencia muy interesante: La provincia de Buenos Aires convocó a algunos municipios de su interior donde hay una demanda de médicos generalistas y pediatras. Y con muy buen criterio, empezaron a ofrecer buenas condiciones laborales para que puedan formarse y radicarse en las distintas localidades. Le pregunté cómo le había ido a una secretaria de Salud, muy amiga. Y me respondió: “Bien y regular. Bien porque hubo gente que se interesó; y regular porque un alto porcentaje de los candidatos querían residencias en cirugía, cardiología, cirugía cardiovascular y otras especialidades”. Creo que es evidente que las preferencias les fueron inculcadas dentro del ámbito de la universidad que los formó. Para resumir, pienso que la metodología de la aplicación de la investigación sobre las funciones esenciales es válida; en especial, cuando se arranca de unidades más pequeñas. Y la otra conclusión es que en la medida en que no cambiemos globalmente el sistema de salud, va a ser muy difícil que cambiemos la formación de los profesionales de la salud en nuestras universidades.

## 9 – Disertación del doctor Horacio Pracilio

Profesor de Salud Pública en la facultad de Ciencias Médicas de La Plata  
(provincia de Buenos Aires)

Quisiera responder a las preguntas, empezando por la primera. Creo que este debate sobre el federalismo excede al sector Salud y a la Salud Pública. Y por lo tanto, debemos reconocer que es una cuestión histórica y constitucional de la Argentina. Pienso que a esta altura, después de que en el país ha corrido mucha sangre en el siglo antepasado por este tema, me pregunto qué dirían los caudillos federales si vieran que estamos replanteándonos las posibilidades de retomar una línea unitaria. Ya demasiado unitarismo existe por razones de financiamiento, como para imaginar que podríamos pensar en otro modelo que no sea el sistema constitucional argentino basado en el federalismo. Las provincias son anteriores a la Nación y seguirán siéndolo por siempre. Entonces lo que nos queda es reflexionar en el marco de un sistema federal argentino, tal como lo que planteó claramente el doctor Artaza, cómo podemos hacer para que el sistema de salud pueda cumplir con las funciones esenciales y establecer la equidad y la universalidad, que es lo que nos preocupa. Entonces pienso que tenemos que ir al interior de nuestro propio sector y a situaciones que nos afectan. Ya no podemos hablar de una fragmentación federal, sino de una fragmentación dentro del sector, algo que nos preocupa en forma grave. En esto tal vez no ha corrido tanta sangre, pero ha corrido y corre mucho dinero. Y esto es importante reconocerlo para ver si podemos encontrar una manera de disminuir la fragmentación dentro del sector, que es la que realmente afecta al sistema de salud y a la equidad de una manera tremenda. En la Argentina, se observa que la primera pregunta que se le hace a una persona que va a requerir atención, incluso en el sector público, es qué obra social tiene; y a partir de la respuesta, surge la calidad de la atención que va a recibir. No se le pregunta de dónde viene, porque en ese sentido, en el sector público, tenemos un acceso universal hasta para los extranjeros. Es un tema muy discutido, cosa que me sorprende. Me preocupa que haya gente que esté pensando en negarle atención a los extranjeros, incluso a los que viven en nuestro propio país. Lo que es preocupante es que se le pregunte qué obra social tiene antes de interrogarlo acerca de lo que le pasa. La única respuesta es la que planteaba recién el doctor González Prieto: la concertación federal. El concepto de concertación ha sido poco desarrollado en la Argentina y cuesta que se consiga en otros aspectos. A pesar de que la palabra concertación a algunas personas les suene mal, en una democracia —aunque de por sí sea difícil



de instrumentar—, es realmente el único mecanismo para lograr acuerdos en los que se respeten ciertos principios que propendan a conseguir una homogeneidad en el tema de la salud. Y eso sí podría plasmarse con las funciones esenciales de la Salud Pública. Es cierto, como dice el doctor Pagés, que dichas funciones son un marco de referencia muy importante para poder ordenar lo que debemos hacer en el sector Salud. Pero yo diría que las funciones esenciales deberían simplificarse un poco. La única que tiene un nombre concreto acorde con una estrategia internacional, planteada en 1945 por Henry Sigerist, es la promoción de la salud. Las demás tienen un nombre largo que es difícil de recordar. Soy profesor de Salud Pública y a veces, me cuesta que los alumnos recuerden todo lo que dicen. Este concepto semántico de las funciones no es menor. Me parece que debemos encontrar un mecanismo para que los Ministerios de Salud de las provincias, incluso las Secretarías de Salud municipales puedan resolver el problema de los diversos estamentos jurisdiccionales que tenemos (Nación, provincia y municipios) y tengan funciones comunes. Y pongo el ejemplo de la promoción de la salud porque al ser egresado de planificación, en treinta años de Ministerio de la provincia de Buenos Aires, varias veces quise ponerle a una Subsecretaría el título de Promoción de la Salud. Y al poco tiempo de haberlo logrado, un nuevo gobierno se lo sacaba. Y a nivel nacional, aparecían nombres tan raros o difíciles como *Determinante de la Salud*. No sé por qué no se le puso *Promoción de la Salud* que es una función esencial de la Salud Pública. Entonces, que yo sepa, no hay ningún Ministerio que tenga una Secretaría de Promoción de la Salud. Tal vez, en alguna provincia podría ser... Entonces, se define en forma clara una función que debería repetirse en todos los niveles, de manera tal de que podamos acordar políticas, reunirnos todos los responsables de la promoción de la Salud de la provincia y digamos qué vamos a hacer respecto del tema, teniendo en cuenta que la promoción es intersectorial; y en ese aspecto, vuelvo a citar lo que dijo el doctor González Prieto: el ministro de Salud de la Nación no tiene que hablar solo con el ministro de Salud provincial, sino que tiene que hablar con el Gobernador, para que este último aplique el criterio de Salud en todas las políticas. Sintetizando, creo que el Ministerio de Salud de la Nación debe tener, sin duda, la rectoría científica y técnica para liderar un proceso de concertación a nivel federal, pero mucho tiene que hacer un gobierno nacional frente a los determinantes de la salud, como la economía y la educación, que influyen sobre la salud. Y el Ministerio de Salud debe ser rector del sector, pero también tiene que asumir la función de la rectoría de los sectores que no están dentro de su ámbito público. Y aquí viene el gran problema de quién le pone el cascabel al gato, cómo hacemos para que el Ministerio de Salud de la Nación tenga regulación sobre la Seguridad Social. En la gestión en la que tuve oportunidad de participar en la provincia de Buenos Aires, con el doctor Ginés González García, conseguimos que el Ministerio de Salud tuviera como una de sus funciones, la regulación de los

sistemas de seguridad social que actúan en la provincia. Ocurre que el Ministerio de Salud no puede hacer nada respecto del jubilado de la provincia porque está regido por un sistema que tiene su sede en la Capital Federal. Entonces, quien contrata los servicios para la provincia de Buenos Aires o para Jujuy está en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Creo que eso algún día tiene que regularse de otra manera para que el sector Salud sea descentralizado, pero al mismo tiempo, sea regulado y concertado federalmente para que tengamos una salud universal y con equidad.

### **10 – Disertación de la doctora Marta Iriarte**

Profesora titular de Atención Primaria de la facultad de Medicina de la Universidad Católica Argentina (UCA)

Mi aporte para responder estas preguntas sería analizar cómo el sistema político argentino favorece o dificulta la gestión de Salud. Todos sabemos que el Ministerio de Salud reina, pero no gobierna. En realidad, los que deciden son los políticos. Y los políticos argentinos no están muy apasionados por resolver la salud de la población ni



les interesa mucho. Entonces, lo importante son las provincias, los diputados y los senadores. Yo me desempeñé como asesora en la Cámara de Senadores y en ese momento me mandaron al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en Washington a estudiar los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). Y cuando volví, pasé a la Cámara de Diputados de la provincia de Buenos Aires y transformé esos objetivos en ley. Eso fue un salto importante, ya que cuando los objetivos tienen fuerza de ley, hay que cumplirlos. Ahora, el nuevo desafío es transformar en ley los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), que son la continuación y ampliación de los ODM. Entonces, vamos a exigir a todos los políticos –gobernadores, senadores y diputados– que se preocupen por la salud de los argentinos. Asimismo, ya tenemos que saltar de los problemas de las provincias porque los problemas ya son globales. Entonces, la visión es regional. Acabo de hacer con la India, vía Naciones Unidas, un curso de salud global. Es que, a veces, la realidad nos lleva por delante. Y con respecto a la propuesta del doctor Antonio Pagés, acerca de la reedición del libro del doctor Sonis, creo que hay que digitalizarlo y subirlo a Internet para que todo el mundo lo lea, porque el problema que tenemos con la Salud Pública es que los que fueron nuestros maestros se nos están muriendo. Tanto el doctor Sonis, como el doctor Massaro, autores de libros con los que estudiaron no solo los argentinos, sino también alumnos de

toda Latinoamérica, merecen el reconocimiento de la organización para digitalizarlos y ponerlos a disposición del público. La región latinoamericana ha trabajado mucho; y no obstante, a veces las nuevas generaciones se inclinan más a la literatura y la visión escritas en inglés, en detrimento de la visión local.

## 11 – Disertación del doctor Manuel Kulfas

AASAP – ex docente de la Escuela de Salud Pública, ex OPS, ex asesor participante en grupos de elaboración de proyectos de organización hospitalaria

Vuelvo a las palabras iniciales referentes a las ventajas que ofrece el federalismo. Diría que en cuanto a las funciones, tendríamos que ver de qué manera se van a aplicar respecto de las jurisdicciones. Y me pregunto si en nuestro país existe realmente un federalismo. Cuando pensamos que el Congreso ha cedido sus atribuciones y le ha otorgado facultades extraordinarias al Poder Ejecutivo para que haga lo que quiera con el presupuesto que fue aprobado, con la participación de los representantes de las distintas provincias, tengo dudas de que exista. Pero, estoy con el federalismo. Y pienso que habría que considerar esas tres preguntas que planteaba el doctor Artaza: el *qué* y el *para qué*. Y yo les dejaría a las provincias el cómo. Ahora, ¿de qué manera podríamos llegar a eso? Un modo sería mediante una reforma constitucional en la cual las provincias cedan esas facultades al gobierno central, algo un poco difícil. Entonces, otro camino que nos queda, que ya ha sido planteado por otras personas, es establecer acuerdos, lo que prevé otra forma de relación entre los distintos participantes. Es que seguimos pensando en términos de jerarquías, cuando tenemos que pensar en términos de redes.



Somos todos iguales y tenemos que ver de qué manera nos complementamos. Ese es el gran problema. Por otra parte, hablamos de federalismo, pero he visto situaciones en algunas provincias, donde el presupuesto de salud tenía asignaciones para cada una de las direcciones, pero los directores desconocían esa situación. Y reconocían que era el propio Ministro quien decidía de qué manera se hacían los gastos. En otros casos, en algunas provincias, con proyectos nacionales de construcción o mejoras en los hospitales asignados, cuando uno llegaba al lugar, se encontraba con que ya habían empezado las obras. Entonces uno comprobaba que había un divorcio. Por lo tanto, es necesario un cambio de cultura, de comprensión, de comportamientos. Es evidente que el político no piensa en el largo plazo. Quiere todo ya, ahora, porque

piensa en los votos, como ya se ha dicho. Entonces, hay que enfatizar el fomento en las reuniones, lo que en una época hacía el COFESA; y estoy pensando en los tiempos de un régimen militar, en la década del 60, cuando la Salud Pública creció bastante. Varios proyectos provinciales fueron desarrollados, ampliados y apoyados por el gobierno central. Esto me lleva a otro tema: cómo se financian las provincias, la inequidad en la distribución de la coparticipación federal. Habría que ver con qué criterio se efectúa eso. ¿Podría ser con un criterio de proporcionalidad inversa a los indicadores que ofrece cada pregunta? Esas son cosas que hay que discutir porque está afectando a intereses creados, a hábitos y culturas que distan mucho de lo que es un régimen federal en el país.

## 12 – Disertación del doctor Saúl Flores

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

Tuve la oportunidad de estar en los dos lugares: como director de Promoción en la época de Ginés González García y como ministro de Salud de la provincia de Jujuy hasta el 10 de diciembre pasado. El 6 de octubre pasado se cumplieron cincuenta años de la implementación del plan de salud rural concretado por Carlos Alvarado. Nosotros, los jujeños, estamos muy orgullosos de eso y no hemos visto acá ningún recordatorio de esa celebración. Y eso me parece que sería pensar en federalismo; en un federalismo que no solo se realice acá, sino que también pueda plantearse un acceso de la gente que tiene tanta experiencia o tanta sabiduría –y tanta dificultad en esos lugares–, para que puedan acercar sus aportes.



Yo planteo el tema del federalismo en términos de negociación, porque son poderes delegados o no; y uno se sienta a las mesas a negociar. Y eso pertenece al sistema político y existe una palabra que aún no se ha mencionado, que es el poder. ¿Quién tiene el poder y cómo se negocia? En general, Jujuy ha perdido en las negociaciones porque muchas veces no tenemos con qué hacerlo y uno acepta las condiciones que se imponen desde el unitarismo. Desde mi experiencia, pude negociar porque veía que el Ministerio de Salud de la Nación bajaba un paquete como el FESP, el Remediar y otros, cuando en las provincias hay una lógica distinta. Cuando se piensa en los recursos humanos y en hacer una modificación, muy pocos se animan a revisar antes, la legislación de la provincia. Eso también tiene que estar contemplado. No puedo plantear una cuestión de incentivos a los médicos de guardia cuando están

implícitos en una ley de empleo provincial que reza que cuando se les aumenta a unos, hay que aumentarles a todos. Y esto hay que analizarlo en todas las provincias. El COFESA es una buena herramienta, en tanto y en cuanto sea vinculante, porque muchas veces se ha escuchado que uno va a solicitar por ejemplo, una ambulancia, y encuentra las mismas problemáticas que encuentran las otras provincias.

Respecto de la llegada a los políticos, yo reflexionaría si no les importa la salud, o es que nosotros no hemos tenido la capacidad de organización, de seducción y de convencimiento al tratar de que pongan el tema en la agenda de gobierno. También creo que estas cuestiones de planificación, de pensar el futuro implican a todos en conjunto. Y el sector de Salud no es extraño a esto. No he visto más que una sola propuesta de un planteo y una política que llega hasta el 2017. Es la de Federico Tobar del grupo País. Pero no se piensa qué vamos a hacer en el futuro, a diez, quince o veinte años. No he visto que se les haya pedido en forma clara a los ministros de Salud, la definición de una política explícita que diga cuál es el modelo de atención que van a seguir. Y esa es una decisión política que antecede a la adecuación del presupuesto. Esas son cosas básicas de sentido común. Hay otras cuestiones que son más complicadas, como es la gestión, la calidad y la seguridad del paciente. Me parece que tenemos que empezar a reflexionar sobre estas cuestiones de largo alcance, que demandan la cohesión en la discusión de los distintos grupos. Veo acá algunos conocidos, que están en distintos grupos, como por ejemplo a Mario Glanc, quien ha colaborado en una oportunidad, en un diagnóstico de recursos humanos para Jujuy. Me parece que hace falta un tiempo de reflexión de estos grupos para poder cohesionar y sacar tres o cuatro medidas que podamos recomendar hacer y garantizarlas de acá a veinte años.

A partir de Foucault, la filosofía ha incluido el concepto de lo biopolítico. Y Agamben, cuando se refiere a qué es ser contemporáneo, sostiene que es tener un objeto y una luz que ilumina lo hegemónico. Pero agrega que en las sombras, están los márgenes del paradigma donde uno deberá construir. Me parece que nosotros tenemos que introducirnos en las sombras y ver cuáles son los recursos para luchar con ese paradigma que hasta ahora no hemos podido cambiar.

### **13 – Disertación de la doctora Analía Chumpitaz**

Directora de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario y profesora en la cátedra de Medicina Preventiva y Social de la facultad de Ciencias Médicas de la misma ciudad.

Abonando un poco lo que dijeron nuestros colegas y respondiendo a las pre-

guntas planteadas por el doctor Artaza, creo que hay un tema clave que es la rectoría. Pienso que debe ser colegiada e intersectorial. Son muchas las realidades que tenemos en nuestro país. Hay una multiculturalidad muy importante, no solamente a nivel regional, sino también a nivel de las provincias y de las ciudades. Tenemos poblaciones con multiplicidad de tribus que requieren de distintos tipos de metodologías para poder evaluar lo que estamos haciendo en salud. Con respecto a esto, quiero plantear que las FESP se han manejado, hasta ahora, de manera programática, lo cual no ha resultado útil en algunas circunstancias, porque llegamos a octubre y noviembre intentando resolver el llenado de planillas y de indicadores que hay que enviar a Nación. Me parece que, en ese sentido, una rectoría colegiada en donde la persona que participe sea también de las provincias y tenga gobernabilidad en sus provincias, que venga directamente de su Ministerio, no necesariamente de Salud, porque si no perdemos lo que realmente significa la salud. Es mucho más amplio que pensar solo en el Ministerio de Salud, también hay tener en cuenta las áreas de Desarrollo Social, de Cultura, de Vivienda. En ese sentido, es más estratégico y menos programático. Y también retomo lo que dijo Antonio Pagés, respecto de que necesitamos difundir de mejor manera a todos los trabajadores de la salud, no solamente los médicos, las FESP o la herramienta que fuere, para que se convierta en capital simbólico y no solamente en indicadores que hay que completar antes de llegar a fin de año.



#### **14 – Disertación de Luciana Escati Peñaloza**

Representante de la Fundación de pacientes crónicos y ulcerosos y de la Fundación argentina de enfermedades poco frecuentes. (FADEPOF)

Como ciudadana a pie, hay mucho para decir. Hay pocos lugares para que el propio paciente, o quienes los representamos, podamos hablar. Así que mi propuesta es que cada uno pueda abrirse y entender que le falta siempre un actor: el protagonista. Se entiende que están trabajando, que están pensando, que están ideando, que se están esforzando, que están dejando de hacer muchas cosas para poder tener una Salud pública. Y si bien nosotros estamos en el lado protagónico, ustedes pueden estarlo en el día de mañana. Ojalá que no sea así. Pero habría que ver de qué modo podemos articular la Salud Pública para el que requiera de esa articulación y esa respuesta del Estado, siempre de calidad, cuente con ella y sepa adónde ir a buscarla. Estimo que



a todos les falta siempre ese integrante de la mesa de trabajo que es el paciente. Se sorprenderían al darse cuenta de cuánto nosotros podemos traducirles si el test es o no es efectivo, si es o no, una herramienta medible, o si en realidad también puede haber otra alternativa para darse cuenta de cuál es la necesidad. Quiero también contarles que muchas veces, nosotros somos el nexo, quienes persistimos a lo largo del tiempo. Creo y espero que compartan, que hoy, la política está muy metida en estas decisiones. Pienso que es el mayor factor por el cual no se continúan con las buenas políticas públicas. Entonces, ocurre que un programa que se supone que está trabajado y que viene a dar una respuesta exacta a lo que la ciudadanía demandó, cuando llega otro partido político, empieza de cero o desde donde piensa que debe empezar; y no se toma el tiempo de entender qué es lo que pasa en ese lugar, donde se supone que debe desarrollar una política que dé respuesta a la ciudadanía.

Mucho de lo que nosotros observamos como ciudadanos se puede aplicar en muchos ámbitos de la salud. De modo que insisto en que cada uno, desde su rol profesional, sepa que siempre le está faltando al paciente, quien tiene mucho para decir y que se está profesionalizando para poder estar a la altura de las circunstancias. Y los invito a que cada vez se pongan en su lugar de ciudadanos a pie y desde allí, puedan entender la importancia de lo que cada uno puede llegar a ser para el cambio real en la Salud Pública.



## 15 – Disertación de la doctora Clarisa Marchetti

Asesora médica de FADEPOC (Federación argentina de las enfermedades poco frecuentes)

Trabajo con Luciana en FADEPOF, que es una ONG. Adelante está la presidenta, Inés Castellano. Les cuento que las enfermedades poco frecuentes son alrededor de 8.000 y tienen una prevalencia del 8 %. En la Argentina significan 3.200.000 personas afectadas. Creo que es un número considerable dentro de la Salud Pública.



## 16 – Comentario de participante

A propósito de las declaraciones de las dos personas que me antecedieron, quiero agregar que creo que una de las funciones esenciales de la Salud Pública es la participación social. Pero sé que implementar la participación social no es fácil porque el sector Salud sigue siendo dominado por el modelo médico hegemónico en el cual es difícil incluir. Los sistemas locales de salud incorporaron la participación social como un eje fundamental a través de los consejos de salud municipales. Eso significó implementar la descentralización, que no es más que profundizar la democracia.



## 17 – Disertación del doctor Jorge Mera

Cada uno de nosotros ha dado su visión de la cuestión que está registrada como para que sean en algún momento, parte de esa publicación eventual que se va a hacer en el futuro y parte también, para reflexión de los grupos que en distintos lugares se establezcan para volver sobre este tema y seguir trabajando.



Quiero hacerles dos propuestas: que intenten ver las funciones esenciales de salud, (FESP) como las funciones de una persona viva, con el mismo sentido con que uno habla del sistema digestivo, del reproductor y de los sentidos. Eso abarca dos aspectos: el primero es utilizar esos criterios para ver la realidad. Uno tiene el paciente del municipio tal y puede preguntarle cómo le va con esta función, cómo le va con aquella. La idea es analizar una realidad concreta de una localidad con el esquema de esas funciones esenciales. El segundo aspecto es preguntarse si está todo incluido. Si en el sistema descriptivo se olvidaron del páncreas, hay que incluirlo porque no nos hemos dado cuenta de que falta; o falta alguna otra función que no nos hemos terminado de dar cuenta que debería ser útil para entender la salud. Pensémoslo en los dos sentidos. Insisto: el instrumento son las funciones de un organismo vivo. Hay que delinear el instrumento mismo para la gente que vaya recogiendo esto. Y recuerden tal como Artaza, con muy buen criterio lo refrescó, que este es un programa en el

que está trabajando la OPS a nivel continental. Es decir que aunque seamos albañiles y tengamos un solo granito de arena o un ladrillo, ese componente vale porque está pensado para el conjunto de las Américas. Insisto en esos dos modos de verlo: Primero, como sistema, como funciones de un organismo vivo. En este caso, el organismo vivo es la institución (provincia o municipalidad) y analizarlo a ver si le funcionan los riñones, la vista o el sistema sudoríparo. Y segundo, en el mismo instrumento, ver si está todo lo que tiene que estar. Y tercero, ver si no hay alguna función que no esté entre las once, que vale la pena que se convierta en la duodécima. A mí no se me ocurre ninguna, pero estoy seguro de que entre todos nosotros, alguna se nos va a ocurrir.

### 18 – Disertación del doctor Raúl Valli

Presidente del Consejo de evaluación de la Sociedad Argentina de Pediatría y director ejecutivo del Consejo de certificación médica de la Academia Nacional de Medicina.

Creo que a veces hacemos crecer tanto los temas que se vuelve difícil encararlos. Hay un viejo dicho que dice que no dejemos de hacer lo que podemos hacer porque no podemos hacer todo lo que queremos hacer. Esto que parece una verdad de Perogrullo, creo que tenemos que definirlo y tratar de encarar algunas ideas-fuerza dentro de esta mescolanza. Y creo que una idea fuerza fundamental es tratar de organizar todo esto para poder definir en forma clara, cuáles son los niveles de atención. O sea, ver a qué prestaciones tiene acceso la población que accede a nivel del hospital público o a nivel del sistema pago de seguro de salud o a nivel de la obra social; así como analizar cuáles son las prestaciones y las actividades –sean médicas o no médicas– que tienen que ver con la salud, que están al servicio del primer nivel, pero no tiene abierta su puerta de par en par para que la población le demande porque termina saturando al sistema y desorganizándolo.



### 19 – Disertación del doctor Antonio Pagés

Reconozco esa capacidad metafórica que tiene siempre el profesor Mera para colocar una idea que ayude a esquematizar los temas tan complejos que uno analiza. Y aunque nunca la había escuchado antes, la propuesta que hace me parece muy sensata. Así como un médico tiene que conocer el funcionamiento de esos sistemas desde

el punto de vista biológico, tiene que conocer también cómo funcionan los sistemas de Salud Pública. Es obvio que una persona que tiene una responsabilidad en cualquier territorio o jurisdicción, desde el punto de vista de la Salud Pública, tiene que saber que tiene que abordar y gestionar la vigilancia sanitaria, rectoría, participación social, calidad de atención, prevención y promoción de la salud, organización de los sistemas de servicio. Es a eso a lo que nosotros nos referíamos cuando hablábamos al inicio respecto de las funciones esenciales de la Salud Pública. Es una pena que en el proceso mismo de instrumentación de estas funciones, se haya distorsionado un poco el tema por el hecho de que venía convoyado con un instrumento de medición. Me refiero a algo que desde el punto de vista teórico, tiene un contenido fundamental excelente para poder ayudar a orientarnos en el saber y en el quehacer en el campo de la Salud Pública. Y otra cosa es la medición. Lamentablemente, ese punto ha llevado a que algunas personas se hayan sentido desconsideradas respecto de la propuesta. El instrumento de medición podría representar algún tipo de aburrimiento para algunas personas. Y ahí creo que tiene que dejarse muy abierto a la capacidad de que se innove, de acuerdo con la realidad de cada uno de los ámbitos en los cuáles se aplica esto.

Personalmente, tuve una experiencia muy interesante cuando llegué a trabajar acá. Como estamos haciendo la medición de las funciones esenciales de la Salud Pública, llegamos a dos o tres lugares, donde la participación, el desprendimiento, el sinceramiento de los que tomaron parte fueron extraordinarias. Hacía tres semanas que había asumido la nueva gestión de gobierno y lógicamente hablaban con un grado de apertura tan amplio como para que nada de lo que negativamente se estaba colocando impactara o afectara demasiado. Al contrario, si así fuese, dentro de cinco, seis u ocho meses iban a tener la seguridad de que habían hablado tan mal, que cualquier cosa que hiciesen *a posteriori*, iba a ser mejor de lo que evaluaron. Y ahí estaba el elemento de distorsión, el enfoque político con que se aplicaba este instrumento. Pero sin embargo, cuando se hacía con la participación amplia, de todos los sectores, de las ONGs, de las universidades, donde nadie podía ocultar determinadas realidades, el éxito es un poco mejor que esa experiencia que conté antes.



---

## *Palabras finales*

### **El doctor Artaza cierra el diálogo con los asistentes**

Quiero hacerme cargo de lo que he escuchado, en forma independiente del producto de estas disertaciones que son parte de un proceso argentino en el tema particular del federalismo y las funciones esenciales. Este debate ha sido muy rico y lo que ustedes han señalado me comprometo a hacerlo llegar para que forme parte de los debates a nivel regional. Quiero hacer un solo comentario adicional respecto de las participantes que se presentaron como ciudadanas, que nos trajeron a colación un tema que es nuevo, que no existía hace treinta años y que su producto es el aumento de la expectativa de vida, lo que dio origen a nuevos desafíos. Y esto ya no tiene fin porque día a día aparece otro. Ayer estuve en FLACSO Argentina, la única institución de América Latina que está colaborando en bioética en lengua española. Ya tenemos colaboradores en la materia, pero todos son de habla inglesa. Es la primera vez que incorporamos una entidad que habla de bioética en nuestra lengua. Y justamente reflexionábamos con respecto a cómo ha ido evolucionando el campo de la bioética desde el simple *no dañar*, que nunca debemos olvidar, y de *cómo hacer el bien*. Luego, aparece el tema del respeto de la autonomía de las personas. Y el de la justicia distributiva. Y más tarde, el de tomar decisiones correctas en políticas públicas. Quizá sea una nueva función esencial: cómo imbricar en la toma de decisiones, la participación y el poder de los ciudadanos; ir hacia un nuevo equilibrio de poder; cómo incorporar la lógica de las decisiones equitativas y justas, porque lo que es bueno para alguno, puede ser muy injusto para todos, o para la gran mayoría. Y si hay algo que nos ha costado aprender, sobre todo a los que participamos en las políticas sanitarias, es a ser honestos. El daño que hace prometer lo imposible, afecta al principal capital de la política pública, que es la confianza. Si hay una función esencial, es cuidar la confianza. Cuando uno ve que se ofrece prácticamente hasta la inmortalidad; cuando uno observa una industria que hace negocio con la generación de expectativas, que en muchos casos son falsas —y lo sabemos—, expectativas que son cantos de sirena; que son como humo, y que muchas veces cuestan muchísimo dinero del poco que hay para salud; y uno reconoce eso, el hablar con la verdad, diciendo las cosas como son, cobra dimensión. Porque no hay país del mundo que no racione; uno raciona con las listas de espera, o con las filas, con ese conocido: “Póngase en la fila, ya le va a tocar”. Otros, racionan diciendo: “Sabe que solo podemos dar este conjunto o paquetito de beneficios; el resto páguelo usted de su bolsillo”. Todos racionamos. No decimos la verdad, no decimos que racionamos; y por lo tanto, el construir socialmente con la ciudadanía, posibilidades para todos sin distinción, sin falsear, es muy difícil en política sanitaria, así como en otros ámbitos de la vida en sociedad.

Personalmente, pienso que hay una pedagogía ahí, porque uno puede engañar en muchas áreas, pero en salud, voy a usar una expresión que a lo mejor no es correcta, creo que no tiene perdón de Dios.

Quiero invitarlos para el 18 de noviembre, día en que la Universidad Isalud va a poner su casa para que el sistema de las Naciones Unidas cumpla con una obligación. Cada cuatro años y medio, todos los países son examinados con respecto a sus compromisos en cuanto a los derechos humanos. Y la Argentina no es una excepción. Y le corresponde ser evaluada en 2017. Entonces, las Naciones Unidas tienen que iniciar un proceso que se llama Evaluación Periódica Universal (EPU) en la cual, hay una opinión desde las Naciones Unidas, otra desde la ciudadanía y una tercera desde el gobierno del momento. Y luego existe un diálogo a nivel global en el cual los países conversan y se comprometen. La Argentina, así como otros países, se ha comprometido a algunas cosas respecto de los derechos humanos. Y en salud, se ha comprometido en cosas bien específicas. Y por lo tanto, le corresponde ser revisada



por esos compromisos, que tienen que ver con distintas áreas. Y nos vamos a juntar el 18 de noviembre en la Universidad Isalud, convocados por el sistema de Naciones Unidas, a reflexionar con respecto a cómo vamos en derecho a la salud. Creo que es un diálogo importante que tiene mucha relación con lo que hemos estado hablando hoy día, así que quedan cariñosamente invitados.

### **Palabras de cierre del doctor Bello**

Vamos a terminar, entonces, esta jornada, que es una ocasión para estar todos muy contentos. Creo que hemos colaborado con lo que dice acá: “Fortalecer la práctica de salud de la República Argentina”. Lo hicimos con esto del encuentro, del diálogo y del compromiso. La Asociación Argentina de Salud Pública dispuso de un espacio para encontrarnos. Y le agradezco a la Academia Nacional de Medicina. Y les pedimos generar espacios similares, no solo dentro de las comisiones que tenemos nosotros acá, en Buenos Aires, sino que así como estuvimos en Rosario, estamos pensando en La Plata, en el interior y en otras instituciones. Le agradezco especialmente a la OPS y a Osvaldo Artaza, la posibilidad de haber hecho esto. Quizá dentro de los tiempos venideros, esto de que nos ocupemos de cosas concretas, que transforman la realidad y que tengan como eje a las personas, sea nuestro desafío para el futuro. Gracias.

## Listado de participantes

Apellido	Nombres	Institución
Acosta	Ángela	Universidad de Buenos Aires
Baldassarre	Alejandro	PROSANITY
Bello	Julio	Asociación Argentina de Salud Pública
Bonnahon	Angélica	Particular
Boo	Beatríz	Universidad de Buenos Aires
Bordoni	Noemí	Universidad de Buenos Aires
Bueno Gómez	Graciela	Asociación Argentina de Salud Pública
Camerano	Antonio	Obra Social del Personal de la Industria Textil
Castellano	Inés	FADEPOF
Chuit	Roberto	Academia Nacional de Medicina
Chumpitaz	Analía	Facultad de Ciencias Médicas de Rosario
Coelho	Giovanini	Organización Panamericana de la Salud
Cortinas	Noelia	De parte del dr. Elian Pregno
Corsiglia	Joaquín	Productos ROCHE
Crapanzano	Carmelo José	Director Programa Info Salud
Eizaguirre	Luis Ignacio	Ministerio de Salud de la Nación
Escatí	LUCIANA	FADEPOF
Fernández Iriarte	Marta	Univeridad Catolica, Facultad de Medicina
Flores	Saúl	Desarrollo Social de la Nación
Glanc	Mario	Universidad ISALUD
Graña	Dante	Fundación Donabedian
González Prieto	Guillermo	ABBVIE
Guala	Paula	Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario
Issa	Georgina	Ministerio de Salud de la Nación
Jatib	Eduardo	Cámara de Diputados
Juliá	Carlos María	Universidad del Salvador
Kosacoff	Marina	Ministerio de Salud de la Nación
Kulfas	Manuel	Asociación Argentina de Salud Pública
Langsam	Martín	Universidad ISALUD

Apellido	Nombres	Institución
Larguia	Miguel	Fundación Larguía
Lazzarino	Carlos Alberto	Sanatorio Finochietto
Liborino	Mónica	Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario
Marchetti	Clarisa	FADEPOF
Masana Wilson	Mario	Particular
Mobilio	José	Universidad de Buenos Aires
Moncalvillo	Maximiliano	Catedra 1 de Salud Publica y Mental de la Facultad de Psicología (UBA)
Muraca	Mauricio	Farmacéuticos sin Fronteras
Necchi	Silvia	Asociación de Salud Pública
Neira	Jorge	Academia Nacional de Medicina
Pagés	José Antonio	Asociación Argentina de Salud Pública
Pascucci	María Cecilia	Ministerio de Salud de la Nación
Pereiro	Ana	Asociación Argentina de Salud Pública
Picca	Elizabeth	Hospital Municipal Doctor Luis Rivero Córdoba
Pracilio	Horacio	Facultad de Ciencias Médicas de La Plata
Prado	Francisco Raúl	Senado de la Nación
Rico Cordeiro	Pedro Osvaldo	Secretaría de Salud Municipalidad Moreno
Reale	Armando Mariano	Universidad ISALUD
Rodriguez	Victor	Laboratorios Novartis
Roig	Brenda Victoria	Ministerio de Salud de la Nación
Roza de Mera	María Elena	Salud Pública
Solá	Silvia	Particular
Sonis	Alejandro	Asociación Argentina de Salud Pública
Tonelli	Laura	Asociación Argentina de Salud Pública
Valli	Raúl Alberto	Sociedad Argentina de Pediatría y Consejo de Certificación de la Academia Nacional de Medicina
Van Der Kooy	Ernesto	PROSANITY
Vinocur	Pablo	Facultad Latinoamericana de Ciencias Solciales
Vivante	Daniela	Veterinaria de Salud Pública
Zárate	Aurora del Pilar	Facultad de Medicina





ISBN 978-950-710-127-4



9 789507 101274



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS  
**Américas**



**AASAP**  
Asociación Argentina de Salud Pública