



Experiencias de gestión pública en salud

SEGUNDO CICLO

CIPPEC

Centro de Investigación de Políticas Públicas
PARA LA ESPAÑA y el CONOCIMIENTO

Experiencias de gestión pública en salud

SEGUNDO CICLO



CENTRO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS
PARA LA EQUIDAD Y EL CRECIMIENTO

Experiencias de gestión pública en salud : segundo ciclo / compilado por Daniel Maceira. - 1a ed. - Buenos Aires : Fundación CIPPEC, 2010. 128 p. ; 24x17 cm.

ISBN 978-987-1479-20-7

1. Salud Pública. 2. Políticas de Salud. I. Maceira, Daniel, comp.
CDD 320.6

Diseño de tapa y diagramación: Patricia Peralta.

CIPPEC, Av. Callao 25, 1º piso (C1022AAA). Buenos Aires, Argentina.

Tel: (54-11) 4384-9009 / Fax: (54-11) 4371-1221

infocippec@cippec.org / www.cippec.org

Impreso en Sevagraf S.A., Av. San Juan 777 (C1147AAF). Buenos Aires, Argentina.

Enero de 2010.

Índice

Agradecimientos	5
Introducción	7
Capítulo 1. Planificación, regulación y generación de consensos en la gestión de la salud. Graciela Rosso, secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitaria (2003-2005).....	11
Capítulo 2. Políticas de salud ante la crisis: nuevas estrategias para la administración de los recursos en la provincia de Buenos Aires. Ismael Passaglia, ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires (2002-2005)	23
Capítulo 3. Atención Primaria de la Salud en Córdoba. Desarrollo de redes ante la descentralización. Roberto Chuit, ministro de Salud de la provincia de Córdoba (2001-2006)	35
Capítulo 4. Formación e investigación en gestión pública. La experiencia de la Escuela de Salud Pública. Abraam Sonis, director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1966-1971).....	49
Capítulo 5. Políticas públicas y seguridad social. La experiencia de Mendoza. Marcelino Iglesias, director general de la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) de la provincia de Mendoza (2000-2007).....	63
Capítulo 6. Resolver la inequidad: las políticas sanitarias materno-infantiles en un contexto de crisis. Nora Rébora, directora Nacional de Salud Materno Infantil y Nutricional del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2002-2004)	77
Capítulo 7. Diseño, gestión y evaluación de políticas de salud: la experiencia del PROMIN. Pablo Vinocur, coordinador de Programas Materno Infantiles y Nutricionales (PROMIN) del Ministerio de Salud de la Nación (1999-2001)	87
Capítulo 8. La construcción de un modelo sanitario en democracia. La experiencia del Instituto Nacional de Obras Sociales. Jorge Mera, presidente-interventor del Instituto Nacional de Obras Sociales (1983-1986).....	101
Reflexiones finales. Análisis comparado de las experiencias de gestión pública en salud.....	111

Agradecimientos

El libro fue elaborado en el marco del Programa de Salud de CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento), compuesto por Daniel Maceira, Cintia Cejas, Sofía Olaviaga, Pedro Kremer y Mariana Stechina. Sofía y Mariana fueron quienes estuvieron a cargo de la producción general del libro, y la revisión final fue de Carolina Nahón y Dolores Arrieta.

Esta publicación no hubiera sido posible sin el apoyo de la Fundación Navarro Viola. Las reuniones y los seminarios realizados con los funcionarios que integran el libro constituyen el insumo principal de esta compilación. Es por ello que se agradece especialmente la participación de Roberto Chuit, Marcelino Iglesias, Jorge Mera, Ismael Passaglia, Nora Rébora, Graciela Rosso, Abraam Sonis y Pablo Vinocur, como también los aportes del público asistente a los seminarios, que enriquecieron el debate.

Una de las novedades de la edición 2008 del Ciclo Experiencias de Gestión Pública en Salud, del que se nutre esta publicación, es haber realizado algunos de los encuentros en el interior del país. Agradecemos a la Universidad de San Pablo (USP-T) de la provincia de Tucumán, y a la Universidad Católica de Salta (UCASAL) por haber co-organizado los encuentros realizados en sus respectivas jurisdicciones.

Introducción

La gestión pública, en todos los ámbitos, constituye uno de los aspectos más desafiantes de la política pública. A pesar de su relevancia para la toma de decisiones, las experiencias de gestión pública y el “saber adquirido” difícilmente logran ser transmitidos a las administraciones posteriores. Esta situación, que se reitera a través de los sucesivos gobiernos nacionales y locales, provoca una pérdida para el fortalecimiento institucional, que debiera nutrirse del aprendizaje que brindan los aciertos y desaciertos de las gestiones previas.

Gran parte de las dificultades asociadas con la gestión, tanto en salud como en otras áreas de gobierno, se vinculan con las limitaciones para desarrollar mecanismos de sistematización de las experiencias y su posterior comunicación a los ciudadanos y, sobre todo, a los funcionarios entrantes. Ello se debe, en parte, a que durante el proceso de gobernar, los funcionarios se encuentran con una agenda de compromisos condicionada por la coyuntura y la necesidad de brindar respuesta a múltiples demandas a través de la gestión diaria. Esta situación, en muchos casos desconocida en el momento de asumir funciones, lógicamente relega a un plano secundario la documentación de lo realizado.

Como resultado, la generación de conocimientos a partir de la implementación de una política logra, en el mejor de los casos, ser transferida al reducido grupo de personas que rodea al funcionario. La explicación sobre los fundamentos y objetivos de la estrategia sanitaria utilizada, sobre el equipo de trabajo seleccionado y acerca de los beneficiarios priorizados, así como las dificultades, los resultados y las asignaturas pendientes, se diluyen en la memoria de unos pocos.

A su vez, es usual que los funcionarios que llegan a un cargo público hereden el manejo de una agenda de programas e iniciativas provenientes de administraciones anteriores, sin contar con información completa. Ello determina la necesidad de operar a partir de la fórmula de prueba-error, lo que limita el aprendizaje institucional y la posibilidad de construir sobre lo realizado.

El sistema público de salud argentino, descentralizado a nivel provincial y en algunos casos a nivel municipal, potencia los costos de esta dinámica. Así, la escasez de mecanismos de sistematización e intercambio de experiencias representa una pérdida de conocimiento social que tiene un costo que puede ser medido en recursos y calidad del sistema.

Frente a este diagnóstico, y con el objetivo de contribuir con la reducción de esta brecha de conocimiento, CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento), con el apoyo de la Fundación Navarro

Viola, desarrolla desde 2007 el Ciclo Experiencias de Gestión Pública en Salud. Éste constituye un espacio de encuentros protagonizado por ex funcionarios nacionales, provinciales y municipales, quienes por haber estado a cargo de programas específicos y/o de gestiones integrales colaboraron directa o indirectamente con el incremento del saber en el campo de la gestión pública en salud en la Argentina.

Durante 2008, se llevó adelante el segundo ciclo de esta iniciativa, lo que ha permitido consolidar un espacio enfocado en la sistematización de experiencias de gestión pública en salud, y difundir nuevas opciones para la administración de los recursos públicos del sector.

Para ello se realizó una selección de ocho experiencias de gestión y se invitó a sus protagonistas para que las compartieran, ante un público conformado por académicos, funcionarios y otros actores del sector, en una serie de seminarios mensuales. El relato de cada actor se estructuró a partir de ejes comunes, predefinidos por los organizadores (Programa de Salud de CIPPEC), que giraron en torno al perfil del funcionario a cargo, las características de la gestión que lideró y su contexto de implementación. A este efecto, las presentaciones recorrieron los antecedentes del funcionario en términos de formación, su diagnóstico previo y las ideas fuerza que lo acompañaron al momento de iniciar la gestión, así como la forma en que estas perspectivas de origen se fueron modificando al interactuar con el contexto específico de la intervención. Los relatos que hicieron los ex funcionarios incluyen el análisis de la situación general del sector y el cambio de las condiciones en las que tuvieron que operar. A partir de allí, se abordaron los ejes temáticos y estratégicos de cada administración y su desarrollo, los desafíos más importantes que surgieron, cómo y en qué dirección se alinearon los actores en torno a las políticas propuestas, y cuáles fueron los logros y aprendizajes más importantes, que valdría la pena incorporar en futuras iniciativas.

Este libro compila el material surgido durante los encuentros realizados en la edición 2008 del Ciclo Experiencias de Gestión Pública en Salud. Las ocho experiencias se plasman en capítulos independientes, ordenados de acuerdo con la fecha en que se llevaron a cabo los seminarios, y estructurados a partir de los ejes mencionados. Cada uno cuenta con una breve biografía del experto invitado y un resumen de la exposición. En este recorrido se refleja la opinión de cada uno de los protagonistas de las experiencias, la que no necesariamente coincide con la perspectiva del compilador o con la posición institucional de CIPPEC en el tema analizado.

El primer capítulo expone la experiencia de **Graciela Rosso** en el Ministerio de Salud de la Nación, como secretaria de Programas Sanitarios (2002-2003) y luego como viceministra (2003-2005). Los comienzos de su gestión estuvieron signados por un contexto de emergencia sanitaria, donde la escasez de recursos

impulsó el trabajo conjunto al interior del Ministerio, y entre el sector público y privado en las medidas priorizadas. Pasado el momento de crisis, su gestión se centró en el impulso de debates estructurales del sector, como la política de medicamentos, la política de salud sexual y procreación responsable, y la atención primaria de la salud, la que se constituyó en el eje de salud pública en el país.

A continuación, **Ismael Passaglia** relata su labor como ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires entre los años 2002 y 2005. También en un contexto crítico, en la provincia en la que habita el 40% de la población del país, su gestión tuvo como prioridad inmediata atender la emergencia presupuestaria y garantizar el funcionamiento de los hospitales provinciales para responder a una demanda creciente de servicios públicos de salud. Asimismo, y en consonancia con el mandato de las instituciones referentes en Salud a nivel local e internacional, su gestión priorizó la atención primaria de la salud como eje ordenador del sistema, apoyando el desarrollo del Seguro Público Provincial, un modelo innovador de Atención Primaria de la Salud con el acento puesto en la prevención y el trabajo en red con el sector privado.

En el tercer capítulo, **Roberto Chuit** comparte su experiencia como ministro de Salud de la provincia de Córdoba entre los años 2001 y 2006. Su gestión también se inició en plena crisis, y se orientó a solucionar la extremada fragmentación del sistema público cordobés, a través de políticas orientadas a una mayor integración y coordinación del marco normativo, financiero y prestacional del sistema, con un marcado acento en la atención primaria de la salud.

El capítulo cuarto tiene como protagonista a **Abraam Sonis**, quien fue director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, entre los años 1966 y 1971. Su gestión tuvo como objetivo impulsar un modelo de escuela moderna, protagonista del desarrollo sanitario nacional, a través de la capacitación de los recursos humanos y su participación en la definición de políticas de salud. Su estrategia de intervención se focalizó en conformar un equipo docente de jerarquía, concretar programas que respondan a las necesidades sanitarias del país, y legitimar la Escuela en el ámbito nacional de la salud pública y alcanzar el reconocimiento internacional.

El quinto capítulo aborda la experiencia de **Marcelino Iglesias** como titular de la Obra Social de Empleados Públicos de la provincia de Mendoza (OSEP) entre los años 2000 y 2007, cuya gestión ha convertido a OSEP en un caso paradigmático entre sus instituciones pares. La singular estrategia de coordinación con el sector público elegida por Iglesias, sumada a políticas orientadas a ampliar la cobertura y el paquete de prestaciones, mejoró considerablemente la calidad del servicio y logró un alto grado de satisfacción entre sus beneficiarios.

El sexto capítulo presenta la gestión de **Nora Rébora** como directora Nacional de Salud Materno Infantil y Nutricional del Ministerio de Salud de la Nación entre los años 2002 y 2004. Su labor se orientó principalmente a reencauzar las políticas materno-infantiles, y a fortalecer el rol de rectoría del Ministerio como generador de consensos con las provincias que implementan este tipo de programas.

El capítulo siguiente expone la experiencia de **Pablo Vinocur** como coordinador de Programas Materno Infantiles y Nutricionales (PROMIN), del Ministerio de Salud de la Nación entre los años 1999 y 2001. Vinocur, quien había participado del diseño y formulación del PROMIN a principios de la década de los noventa, retoma la gestión años más tarde y se enfrenta con una realidad diferente a la prevista al momento de la planificación. Su gestión intentó reorganizar un equipo de trabajo sobredimensionado y solucionar los conflictos generados por la superposición de áreas y responsabilidades al interior del Ministerio, trabajo que luego retomó Nora Rébora.

Por último, el octavo capítulo recoge la experiencia de **Jorge Mera** como presidente-interventor del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) entre los años 1983 y 1986. Durante su gestión se concretó el traspaso del INOS a la estructura del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, para lo cual fue separado de las instituciones relacionadas con la seguridad social laboral y del Ministerio de Trabajo. Mera llevó a cabo la compleja tarea de normalizar las obras sociales por medio de la supresión de las intervenciones militares, y de recuperar el fondo de redistribución para orientarlo nuevamente al apoyo financiero de las obras sociales. Asimismo, contribuyó a crear las bases para el proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud.

La sección final del libro ofrece, sobre la base de las experiencias compartidas, un análisis de las distintas gestiones y políticas de salud, e identifica algunas similitudes y diferencias en las intervenciones que constituyen un aporte de sistematización para el debate de gestión sanitaria.

Esta compilación, junto a la del ciclo anterior, aspira a ser un aporte para identificar problemas comunes de la gestión pública y difundir respuestas posibles, a través de la recuperación y el reconocimiento de la experiencia pasada. La motivación última de esta iniciativa es la de compartir el conocimiento de los protagonistas, con la expectativa de que contribuya a fortalecer la capacidad institucional de las estructuras públicas, y ofrezca nuevas herramientas a los funcionarios a cargo de tomar las decisiones en el campo de la salud.

Daniel Maceira

Director del Programa de Salud - CIPPEC

Enero de 2010

Capítulo 1

Planificación, regulación y generación de consensos en la gestión de la salud

Graciela Rosso, secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias (2003-2005)

Perfil de la expositora

Graciela Rosso

Graciela Rosso es médica sanitarista y reumatóloga, egresada de la Universidad de Buenos Aires (UBA). En el año 1983 se incorporó como médica reumatóloga al Hospital Vicente López y Planes, del partido de General Rodríguez, donde trabajó hasta 1998.

Inició su experiencia en la gestión pública en la Municipalidad de Luján, provincia de Buenos Aires, como directora de Salud entre los años 1989 y 1991.

Una década después se insertó en la esfera nacional. Su primera experiencia fue en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI), donde se desempeñó como subinterventora de regionalización, interventora y subinterventora general entre enero de 2000 y mayo de 2001. Luego fue subsecretaria de Coordinación del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, entre mayo y octubre del año 2001, durante la etapa final del gobierno de la Alianza. Finalmente, se incorporó al Ministerio de Salud de la Nación donde fue secretaria de Programas Sanitarios entre los años 2002 y 2003, y secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias (cargo equivalente al de viceministro) entre 2003 y 2005.

En el ámbito legislativo, fue prosecretaria de la Comisión de Trabajo y Previsión Social de la Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires entre 1998 y 1999 y, años más tarde, fue diputada nacional por la provincia de Buenos Aires, entre 2005 y 2007.

En la actualidad, se desempeña como intendenta de la Municipalidad de Luján, y su mandato finaliza en el año 2011.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

En el año 1999, se inició en la Argentina un gobierno de alianza entre el Partido Radical y el Frente País Solidario (FrePaSo). El legado que recibía la nueva gestión, tras una década de gobierno menemista, era preocupante: la crisis macroeconómica aún era incipiente, pero un altísimo porcentaje de la población se encontraba sin empleo y comenzaba a engrosar las filas de la creciente pobreza del país. Frente a este escenario, la mayoría de la población depositó amplias expectativas en el gobierno de la Alianza.

Como representante del FrePaSo, Graciela Rosso integró la comisión de salud que organizó la Alianza para debatir políticas alternativas en el ámbito sanitario. Con el gobierno del presidente Fernando de la Rúa en funciones, se insertó primero en la gestión del PAMI y más tarde tuvo un breve paso por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, donde integró el equipo de gestión de Juan Pablo Cafiero como subsecretaria de Coordinación y Administración.

En octubre de 2001, Cafiero renunció al Ministerio y con él su equipo. Para ese entonces, ya era claro el quiebre de relaciones entre radicales y frepasistas al interior del gobierno, y se vislumbraba el desenlace de la profunda crisis que desembocaría en la renuncia del presidente Fernando De la Rúa en diciembre de 2001.

En enero de 2002, Eduardo Duhalde asumió la presidencia y el ex ministro Cafiero aceptó el cargo de vicesefo de Gabinete. En este nuevo contexto, Gines González García, quien había sido ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, se hizo cargo de la cartera nacional de Salud. Desde allí convocó a Graciela Rosso para que expusiera su experiencia en el PAMI. Sin embargo, ya al salir de la primera reunión con el Ministro, Rosso se había convertido en la nueva secretaria de Programas Sanitarios del Ministerio.

Al momento de asumir, Graciela Rosso, como integrante de un gobierno saliente que no había podido dar respuesta a la población, sentía la responsabilidad de participar de la transición y colaborar con el nuevo gobierno, que enfrentaba una grave crisis global. Al año siguiente, Rosso ya estaba a cargo de la secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, desde donde desarrolló una gestión de casi tres años, que aquí se propone presentar.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

La crítica situación inicial de su gestión obligó a la definición de prioridades sanitarias, de acuerdo con los escasos recursos existentes y en función de las numerosas demandas sociales. El acceso a los medicamentos esenciales se planteó como el puntapié inicial para la implementación de una política de redistribución en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Aunque Rosso reconoce que conceptualmente la estrategia de APS no debería comenzar por la provisión de medicamentos esenciales, señala que fue una decisión política sustentada en las urgencias y prioridades del momento. En este sentido, subraya que aunque ideológica, sanitaria y políticamente se construye un discurso previo a asumir la gestión, la realidad muchas veces obliga a modificar o posponer los principios teóricos sostenidos.

Para afrontar las prioridades establecidas, una de las primeras decisiones involucró la utilización y reasignación de los créditos externos que habían sido otorgados al Ministerio y estaban subejecutados o sin ejecución. Entre ellos, se encontraban los fondos asignados al Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) y al Programa Materno Infantil. Esta reasignación involucró la renegociación de los convenios con los bancos internacionales, que aceptaron las modificaciones como parte del contexto de emergencia sanitaria¹.

El PROAPS contaba con un presupuesto de 200 millones de dólares, de los que hasta principios del año 2002 se habían ejecutado sólo un 2% (4 millones), y registraba actividades únicamente en la provincia de Córdoba. Este programa se transformó en el Programa REMEDIAR, que garantiza a la población el acceso a medicamentos esenciales en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). El CAPS es la institución más cercana, y por tanto, la puerta de entrada al sistema de salud de la población con mayores necesidades sanitarias y menores recursos.

El Programa Materno Infantil tenía dos componentes, uno de capacitación y otro de infraestructura, que no estaba completamente ejecutado. Esos recursos se redireccionaron a la provisión de leche, hierro y aquellos medicamentos esenciales que no incluía el REMEDIAR para la población infantil; y a la distribución de anticonceptivos, dada la gravedad que revestía el aumento de la mortalidad materna por abortos.

1 La emergencia sanitaria fue declarada por el Decreto 486/02 e incluyó tanto aspectos operativos como elementos más estructurales.

Por último, se priorizaron los programas tradicionales contra el dengue, la lepra, la tuberculosis y el SIDA, así como los bancos de sangre. En ambos casos, se proporcionaron recursos económicos para garantizar sus controles.

El contexto crítico del país ayudó a lograr una gestión conjunta y de apoyo entre el sector público y el sector privado, sobre todo en función de las medidas priorizadas.

Pasado el primer año y el periodo más crítico de la gestión, se incrementó el presupuesto y comenzaron a surgir las diferencias de criterio sanitario, ideológico, político y de administración al interior del Ministerio, con el entonces ministro de Salud.

Para fines del año 2002, el país iniciaba un proceso político-institucional de recuperación, no sin haber pagado un alto costo social. Se inició, entonces, un proceso de planificación.

A pesar de que todavía era un momento complejo para plantear el debate en torno a cuestiones estructurales del sistema, se discutieron intervenciones centrales como las políticas de medicamentos, salud sexual y procreación responsable, y atención primaria de la salud, como eje ordenador de la salud pública a nivel nacional.

Aunque para el año 2003 el Ministerio había mejorado considerablemente su gestión y se contaba con mayores recursos, estos no eran suficientes para resolver las principales problemáticas sanitarias. En este contexto, el Ministerio de Salud acudió a nuevo financiamiento externo como estrategia para garantizar la cobertura de los recursos necesarios.

Rosso considera que esta medida significó para el país un alto costo, debido a que esos recursos debieron haberse destinado a cambios más estructurales del sistema de salud. Por ejemplo, una política de Estado que garantice el acceso a los medicamentos, pero a través del fomento de la producción pública o del incentivo de la asociación mixta para su producción, como enseña la experiencia de Brasil.

Asimismo señala la falta de debate en torno a cuestiones centrales en materia sanitaria. Entre ellas, el sostenimiento del sistema público y el de la seguridad social en la medida en que entre los sistemas público, privado y de las obras sociales existe una superposición de prestaciones y financiamiento que genera subsidios cruzados, provoca ineficiencia en el gasto, e impactos negativos en la salud de la población. La discusión de estos temas requiere de una decisión política superior, que involucre no sólo cuestiones técnicas sino principalmente de orden político, dado que afectan el poder y *statu quo* de una amplia variedad de actores.

En pleno ejercicio de la gestión se torna difícil abocarse a los problemas estructurales e identificarlos con objetividad. Sin embargo, Rosso reconoce que

la verdadera posibilidad de discusión para modificar la realidad existe “desde adentro” del gobierno.

Su participación en este desafío se llevó a cabo tanto desde el Poder Ejecutivo como desde el Legislativo.

En el año 2005, Rosso es elegida diputada nacional por la provincia de Buenos Aires, a través de la lista del Frente para la Victoria. Aunque prefería continuar su gestión en el Ministerio de Salud, accedió al pedido del ex presidente Néstor Kichner.

Desde este nuevo espacio, Rosso comenzó a trabajar por una nueva ley nacional de salud, como elemento central para garantizar el cumplimiento de los derechos.

Aunque desde 1989 existe la Ley 23.661 de Seguro Nacional de Salud, su implementación es incompleta, al punto en que se aplican sólo algunos artículos en forma aislada. Asimismo, y con la excepción de elementos parciales incorporados aisladamente, la legislación en salud es anterior a la reforma constitucional del año 1994, con lo cual no ha habido aportes recientes en materia sanitaria.

Pese a esto, Rosso señala que la discusión sobre una ley marco que regule el funcionamiento del sistema de salud no está presente en el ámbito público, tanto en el poder legislativo como en el ejecutivo. Para saldar este vacío, Rosso considera que debería desarrollarse un proceso de debate similar al que tuvo lugar con la sanción de Ley de Educación Nacional (26.206, de diciembre de 2006).

Antes de finalizar su período como diputada, Rosso dejó redactado un proyecto de ley de salud que le insumió un período prolongado de trabajo. Antes de presentarlo en el Congreso, se lo acercó a la presidenta Cristina Fernández de Kirchner y al ex presidente Néstor Kirchner, con la intención de lograr que la cuestión quede inserta en la agenda de discusión pública. Simultáneamente, el diputado Eduardo Gabriel Macaluse (Solidaridad e Igualdad) presentó otro proyecto de ley marco. Actualmente, ambas propuestas se encuentran en discusión en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Nación.

Graciela Rosso reconoce que es posible que ninguno de los proyectos llegue a ser tratado en el recinto. Sin embargo, rescata la importancia de comenzar una discusión que permita plantear los ejes del sistema de salud argentino. En este sentido, enfatiza que la gestión sanitaria necesita un marco general que la regule para evitar la actual visión parcializada y fragmentada.

3. Actores: alianzas y oposiciones

Graciela Rosso ingresa al Ministerio de Salud de la Nación no sólo como minoría partidaria, por su vinculación al FREPASO, sino también como funcionaria de un gobierno saliente (Alianza). A su vez, al interior del Ministerio funcionaba un equipo bastante homogéneo, en el que únicamente dos secretarios de Estado eran externos al círculo de pertenencia del ministro Ginés González García. Esta situación le generó, en un principio, inconvenientes para la toma de decisiones.

En este contexto, asumió la función en términos básicamente ejecutivos. Aunque existía un espacio de discusión entre las autoridades del Ministerio, una vez tomada la decisión las políticas debían ser implementadas eficazmente y sin cuestionamientos. El escenario era crítico, por lo que las decisiones podían aparejar equivocaciones o aciertos, pero nunca inmovilismo.

Por otro lado, Rosso reconoce que el ministro Ginés González García delegaba en ella las temáticas prioritarias que él no tomaba. En esta dirección, Rosso impulsó la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, mientras que el ministro encabezó la lucha por la Ley de Prescripción de los Medicamentos por Nombre Genérico. Si bien Rosso no se oponía a esta estrategia, hubiese priorizado una intervención que involucrase la producción pública de medicamentos.

Durante el gobierno de Néstor Kirchner el Ministerio de Salud se focalizó en fortalecer la relación directa con las provincias y, en particular, con los municipios. En este sentido, se generó un diálogo fluido con los municipios, que en algunas jurisdicciones debió construirse con esfuerzo. Desde la óptica del Ministerio, era prioritario fomentar en las provincias la municipalización de la toma de decisiones en materia de Atención Primaria de la Salud (APS). Sobre todo, si se tiene en cuenta que hasta ese momento las únicas provincias que habían desarrollado una estrategia de APS eran Córdoba, Buenos Aires y Santa Fe.

4. Obstáculos y dificultades

Rosso reconoce como gran limitación de la gestión el no haber podido considerar algunos de los modelos provinciales de gestión sanitaria exitosos, como ejemplos para perfeccionar el sistema. Entre ellos se encuentran los de Rosario, La Pampa, Salta y Neuquén, que registran buenos resultados. Aduce que producto de los diversos intereses en pugna, estas experiencias no se han podido replicar en otros lugares.

Según expresa Rosso, en la Argentina el sistema político determina la situación sanitaria. En este sentido, la toma de decisiones está definida, en gran medida, por las relaciones de poder reales que estructuran el sector. Al tomar una decisión política se opta por confrontar (o no) con determinados sectores o bien se define (o no) un determinado momento como el apropiado para plantear la confrontación. Esta lógica limita en parte las intervenciones y discusiones factibles a desarrollar durante la gestión.

Otro obstáculo mencionado por la disertante fue las dificultades de coordinación entre los distintos niveles de gestión: nacional, provincial y municipal. Para ejemplificar este problema, señala el mecanismo de administración del Seguro Materno Infantil, donde el flujo de recursos económicos y el elevado número de condicionalidades dificultaron su ejecución.

Desde la perspectiva de Rosso, la gestión de los programas debería adaptarse a los diferentes contextos en los que se apliquen, de forma tal que las decisiones sobre su ejecución deberían tomarse principalmente en los niveles políticos y técnicos de los propios distritos. Este es un error común cometido desde la macropolítica, señala Rosso, que –por tanto– llevó la inquietud identificada en su experiencia en la macro-gestión a su candidatura, y actual gestión en la intendencia de la Municipalidad de Luján.

A su vez, para Rosso existen otros dos impedimentos para la implementación de las políticas públicas cualquiera sea el nivel de gobierno. Por un lado, a nivel local existe un déficit de cuadros intermedios de gestión, que se relaciona con las falencias en la formación de los recursos humanos. Por el otro, existen dificultades en la distribución de los recursos para garantizar una adecuada implementación de las políticas.

Asimismo, gracias a su experiencia legislativa, además de ejecutiva, Rosso puede señalar como obstáculo para el desarrollo de políticas viables la ausencia de articulación entre estos dos ámbitos. A este efecto, sostiene que el trabajo conjunto entre ambos poderes agiliza la reglamentación e implementación de programas o políticas que finalmente garantizan los derechos de la población.

En el marco de las dificultades señaladas y a modo de autocrítica, Rosso señaló que se desaprovechó el contexto de crisis entre los años 2001-2002 en el que se pudieron haber discutido reformas más estructurales.

5. Aprendizajes y logros

En términos generales, en un contexto donde la sensación de disolución institucional estaba latente, se logró que la presencia del Ministerio de Salud de la Nación fuese reconocida por la población como legítima y necesaria.

Específicamente, se logró la transformación del Programa REMEDIAR en un proyecto de APS con recursos y equipos de gestión propios, y la sanción de dos leyes que dieron origen a intervenciones clave del Ministerio de Salud, consideradas por el Poder Ejecutivo como políticas de Estado.

La primera, fue la Ley de Prescripción de Medicamentos por el Nombre Genérico, que se debatió en un contexto de desabastecimiento, en el que la población tenía amplias dificultades en materia de acceso. A la vez, los laboratorios exigían al Estado el pago de una deuda en pleno contexto de crisis, por lo cual no se abastecía de medicamentos al país.

Si bien es cierto que existieron sectores opositores a la prescripción por nombre genérico de los medicamentos, debido al contexto de crisis, no implicaban enfrentamientos terminantes. Una vez aprobada, la implementación de la ley implicó otra batalla contra los laboratorios, los que se negaban a resignar sus ganancias, asentadas precisamente en el nombre comercial.

En línea con la perspectiva que sostuvo durante la gestión, la disertante señala que es cuestionable que en la actualidad aún no se haya puesto en debate la producción pública de medicamentos, que es un elemento clave para complementar la prescripción por nombre genérico y avanzar en esta dirección de intervención política.

La segunda, fue la aprobación de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esta ley logró un cambio rotundo de enfoque sobre la cuestión de la sexualidad, la que dejó de ser tratada por el Estado como una cuestión de índole privada para pasar a visualizarse como un problema sanitario, que –por tanto– debe ser abordado por la política pública.

De esta manera, se logró desarrollar la discusión política desde un enfoque de salud pública y de los derechos de las mujeres. Tras cinco años de debate sin resultados, el contexto de crisis y la voluntad política para el cambio en la materia, facilitaron la aprobación de la ley.

Al ser considerada una materia prioritaria para el Ministerio, al aprobarse la ley ya se encontraba definida su reglamentación, el programa y su financiamiento. El éxito en la implementación y la gestión de una intervención de este tipo está directamente relacionado con la coordinación de sus distintas etapas. A su vez, señala Rosso, que es una de las pocas leyes en el campo de la salud que se reglamentó con la participación de varios actores sociales, entre ellos: organizaciones

de derechos de las mujeres, instituciones religiosas, organizaciones sociales, científicas y académicas.

Rosso recuerda el proceso de aprobación de esta ley como un hito en la discusión socio-sanitaria, ya que no sólo puso en igualdad de condiciones a las mujeres de los sectores pobres, medios, sino que marcó un punto de inflexión en el abordaje del Estado en materia de salud sexual y reproductiva. Este no es un dato menor en la Argentina dado que, aún en la actualidad, es éste un tema de discusión conflictivo en el ámbito social, político² y religioso.

Ambas leyes, junto con la transformación del Programa REMEDIAR, convergieron en el eje estratégico de la gestión que fue la atención primaria de la salud.

6. Evaluación de la gestión

Para Rosso, las problemáticas pendientes del sistema sanitario están relacionadas con:

- La definición de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como eje ordenador del sistema, de manera tal de poner el acento en la promoción y la prevención, y asumir una visión integral socio-sanitaria de la problemática de la salud. Esto implica invertir recursos no sólo en el sistema de salud sino también en el acceso a agua potable y cloacas, en infraestructura, en vivienda, en educación, etc. Este enfoque requiere de una atención sanitaria universal y convierte a la salud pública en una estrategia costosa. Por ello, en momentos de crisis, las prioridades sanitarias se corren de este eje e intentan cubrir las necesidades inmediatas de la población más afectada.
- La discusión y formulación de una Ley Nacional de Salud. Rosso considera imperante lograr un abordaje integral a través de una ley, en cuyo diseño participen distintos sectores de la sociedad argentina.

2 Por ejemplo, el proyecto de ley de Ligadura de Trompa y Vasectomía fue apoyado en la Cámara de Diputados por todo el bloque del Frente para la Victoria, se logró un acuerdo con las mujeres de todos los bloques, excepto una sola diputada integrante del bloque del ARI. Asimismo, la mejor exposición de defensa de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable fue la de Eduardo Menem, lo que da la pauta de que en el campo de la política, no siempre un adversario en un tema constituye un adversario en otro).

- La garantía del derecho universal a la salud de toda la población. Para ello, es necesario discutir el sistema de salud y sus recursos a nivel de la macropolítica.
- El respeto del sistema federal argentino, para evitar los obstáculos por la falta de coordinación entre los distintos niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal.
- La promoción de la descentralización y el apoyo al desarrollo de las regiones y las provincias con el fin de evitar la concentración poblacional en algunas pocas ciudades. En este sentido, es ineludible la discusión acerca de la coparticipación de impuestos de la Nación hacia las provincias, que —a diferencia de lo que se podría suponer— no es un tema técnico sino político que implica la distribución de dinero y, en definitiva, de poder.

Para ello, el gobierno nacional como garante de la salud de toda la población debe aún fortalecer su función en las siguientes materias:

- Su rol de coordinador del proceso de elaboración, ejecución y evaluación de las políticas de salud. Este proceso también incluye la medición del impacto y el gasto de las políticas, y la corrección de sus defectos si llegara a ser necesario.
- Profundizar las discusiones estructurales del sistema de salud para construir un modelo universal, público y de acceso a toda la población.
- Desarrollar una política nacional de salud, en la que las provincias y los municipios tengan la capacidad de definir acciones en la política de salud.

Capítulo 2

Políticas de salud ante la crisis: estrategias para la administración de los recursos en la provincia de Buenos Aires

Ismael Passaglia, ministro de Salud de la provincia
de Buenos Aires (2002-2005)

Perfil del expositor

Ismael Passaglia

Ismael Passaglia es médico cirujano, egresado de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Realizó experiencias profesionales en España y Canadá, en donde se especializó en políticas sanitarias.

En 1971 ingresó como cirujano de guardia al Hospital Zonal General de Agudos San Felipe, ubicado en San Nicolás de los Arroyos, provincia de Buenos Aires. Más de quince años después, se desempeñó como director de este mismo hospital, entre 1987 y 2001.

En el ámbito académico se desempeñó como vicepresidente del Instituto Universitario ISALUD.

En 1989 ingresó a la gestión pública provincial como subsecretario del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, durante la gestión de Ginés González García (2002–2007). Años más tarde, en el mes de enero de 2002, asumió como ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, cargo que ocupó hasta que, a fines del año 2005, fue electo diputado provincial por el Frente para la Victoria, con mandato hasta diciembre de 2009.

Hasta diciembre de 2007 ejerció la presidencia de la Honorable Cámara de Diputados de la provincia, y luego asumió como vocal de las comisiones de Ecología y Medio Ambiente, Salud Pública, y Producción y Comercio.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

En el año 2001 el país experimentó una fuerte crisis que redujo la capacidad del Estado de intervenir mediante mecanismos tradicionales de protección social. El crecimiento de la economía informal, el subempleo y el desempleo, así como el incremento de la pobreza y la concreción de grandes cambios en el modelo de desarrollo impactaron en la distribución de la riqueza y en el acceso a bienes y servicios básicos, entre los que –naturalmente- se incluye el cuidado de la salud. El caso de la provincia de Buenos Aires no escapa a la realidad descripta.

El cuadro social de la provincia a principios del año 2002 era comprometido: el 63,4% de su población se encontraba por debajo de la línea de pobreza (SIEM-PRO, 2002) y la mitad de la población no contaba con obra social y/o plan de salud privado o mutual (Censo Nacional de Población y Viviendas, 2001).

El panorama económico y financiero de la provincia para responder a los efectos de la crisis no era alentador: la caída considerable de la recaudación fue acompañada de una fuerte disminución de la coparticipación federal y de la implementación del patacón como cuasi moneda.

En el año 2002, el presupuesto de la provincia de Buenos Aires descendió considerablemente con respecto al año anterior. Aunque el Ministerio de Salud mantuvo su participación, debió saldar la deuda contraída por los gastos efectuados en el año 2001, que ascendía a los 130 millones de pesos.

A su vez, la devaluación de la moneda generó desestabilizaciones en las licitaciones para la compra de insumos de la provincia, especialmente aquellas conducidas desde el Ministerio de Salud. Éste destinaba cerca de un tercio de su presupuesto a la inversión en insumos, los que generalmente se cotizan en dólares.

En ese entonces, el Ministerio de Salud de la Provincia tenía a su cargo la Escuela de Sanidad y su Laboratorio, 76 hospitales provinciales distribuidos en 12 regiones sanitarias. Los recursos del sistema incluían 26 mil camas (13 mil en los hospitales municipales y 13 mil en los hospitales provinciales) y aproximadamente 40 mil empleados.

En este contexto, el alto nivel de población desocupada y, por ende, sin cobertura formal de salud, provocó un fuerte traspaso de atención médica del sector privado al sector público. Por este motivo, la creciente demanda que debía absorber el sistema de salud público se constituyó en uno de los principales ejes de conflicto en el área sanitaria.

En este escenario sanitario asumió Ismael Passaglia. De tradición peronista, y militancia partidaria recién a partir de los 50 años, Passaglia se dedicó primordialmente a su profesión, ejerciendo durante catorce años la dirección del Hospital de San Nicolás, ciudad natal de Ginés González García. Su condición de vecinos y compañeros de trabajo en ISALUD influyó en la inserción de Ismael Passaglia en el ámbito de la gestión pública y, particularmente, en su posterior designación como ministro de Salud de la Provincia.

En 1989 ingresó a la gestión pública provincial como subsecretario del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, cartera que estaba a cargo de Ginés González García, durante la gobernación de Antonio Cafiero. Los dos años que ocupó este cargo le permitieron obtener experiencia en la gestión de hospitales, a nivel más macro, y del mapa administrativo de la provincia.

Trece años más tarde, Felipe Solá asumió la gobernación y Ginés González García fue nuevamente nombrado ministro de Salud de la Provincia. En ese mismo momento, el entonces flamante presidente Eduardo Duhalde convocó a este último para dirigir el Ministerio de Salud de la Nación. En estas circunstancias, González García propone a Passaglia para ocupar su lugar en la provincia, quien finalmente asume la dirección del Ministerio provincial el 22 de enero de 2002.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

Obligado por la falta de recursos y el desabastecimiento, Passaglia concentró su gestión primariamente en agilizar los mecanismos para obtener los insumos necesarios y ordenar la gestión hospitalaria a fin de garantizar respuesta a la creciente demanda de la población.

En este sentido, se desarrolló un plan de inversiones para sostener la infraestructura sanitaria provincial. Para ello, se realizó un inventario de todo el equipamiento del sistema sanitario público, a partir del cual se realizaban las compras. Asimismo, se completó el parque automotor ascendiendo, entre ambulancias y vehículos utilitarios, a un total de 240 móviles.

En lo que respecta a la provisión de medicamentos, Passaglia dio un fuerte impulso a la producción propia de medicamentos de uso corriente. De fabricar 400 mil comprimidos por mes se llegaron a producir, en el año 2005, 12 millones. Esta decisión se tomó por dos razones: en primer lugar, debido a que los proveedores habían perdido la confianza en la capacidad de pago del Ministerio, y en

segundo lugar, para abaratar costos en el abastecimiento. Complementariamente, se realizaron reuniones con proveedores para restaurar los vínculos perdidos con el sector privado y brindar previsibilidad de pago.

Estas inversiones (en equipamiento, parque automotor, medicamentos) se dieron no sin obstáculos burocráticos, los que se resolvieron mediante la firma de un convenio con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), por medio del que se dispuso el otorgamiento del dinero a dicho organismo para recibir a través suyo los insumos solicitados. De esta manera, al evitarse el recorrido burocrático del Ministerio, no sólo fue posible agilizar las compras, sino que se pudo garantizar la transparencia en el proceso de compras, debido al mecanismo de auditoría interna empleado por el organismo (PNUD). Asimismo, por este medio se evitaba el pago del impuesto al valor agregado (IVA) y los impuestos internos de aduana, lo que le implicaba al Ministerio no sólo un ahorro de tiempo sino de hasta un 30% de los costos en insumos hospitalarios. Además del convenio con PNUD, otra modificación administrativa que ayudó a evitar el desabastecimiento de insumos fue convertir al Ministerio en importador, a partir de agosto de 2002³.

Durante la crisis, Passaglia mantuvo la compra de insumos centralizada en el Ministerio, y debitó a los hospitales de acuerdo a lo que cada uno de ellos consumía. La gestión de costos incluía mantener en su despacho un tablero de comando con parámetros para evaluar el porcentaje ocupacional, la cantidad de camas y de consultas, la cantidad de ingresos y egresos hospitalarios, y el gasto de funcionamiento⁴ y de personal de los 76 hospitales provinciales. La utilización de esta herramienta le permitía evaluar la administración del hospital y la adecuación de su presupuesto respecto de su producción. En esa misma dirección, el Ministerio mantenía bajo su tutela el desarrollo de aquellos programas que

3 Para graficar esta situación, Passaglia relata como ejemplo la experiencia de los guantes de plástico. La provincia de Buenos Aire utiliza aproximadamente 200 mil guantes de cirugía y 1 millón de guantes para la realización de tactos por mes. Este producto no se producía en el país y los proveedores no descargaban la mercadería sin el pago realizado. Para evitar frenar las cirugías, se realizaron las gestiones necesarias para habilitar al Ministerio provincial como importador.

4 El gasto de funcionamiento de un hospital incluye los insumos hospitalarios, los servicios contratados (limpieza, lavadero, residuos patogénicos, seguridad, alimentación, entre otros) y los servicios de electricidad, gas, agua, teléfono, etc.

demandaban una considerable proporción de recursos y esfuerzos de gestión, entre ellos, el Programa de Diálisis y el Banco de Drogas⁵.

Otro de los ejes centrales de la gestión de Passaglia estuvo relacionado con el desarrollo de un modelo innovador de Atención Primaria de la Salud (APS). La gestión de la salud en la Argentina, por mandato constitucional, es potestad de las administraciones provinciales, lo cual provoca que al interior del país coexistan diferentes planes y modelos de salud, de acuerdo a políticas implementadas a nivel provincial.

En el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por los ministros de Salud provinciales y el ministro de Salud de la Nación, se había consensuado el Plan Federal de Salud, cuyo fundamento era el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, poniendo el acento en la prevención.

La implementación de un Seguro Público de Salud fue la estrategia seleccionada por la provincia de Buenos Aires para materializar los objetivos del Plan Federal de Salud⁶. Este modelo se centró en la atención de la población materno-infantil (mujeres embarazadas y niños menores de 6 años) con el objetivo de reducir la mortalidad infantil⁷. Asimismo, se realizaron intervenciones de prevención, tales como campañas de detección temprana del cáncer de mamas, de colon, entre otras.

A pesar de su importancia dentro de la estrategia del Ministerio, el Seguro Público de Salud provincial representaba sólo un 2,5% del presupuesto total de la cartera de salud, y cubría una población aproximada de 600 mil cápitas.

5 El mantenimiento del Programa de Diálisis requería aproximadamente 40 millones de pesos mensuales. Los hospitales eran insuficientes para prestar este servicio, por lo que el Ministerio los contrataba por fuera de la infraestructura pública. Paralelamente, el Banco de Drogas atendía aproximadamente a 100 niños con enanismo, 300 pacientes con enfermedad fibroquística y entre 7 y 8 mil pacientes oncológicos. En los primeros años de gestión, el gasto de este programa ascendía a 22 millones de pesos anuales.

6 La publicación *Experiencias de Gestión Pública en Salud. Primer Ciclo* (2008) incluye el relato del nacimiento y desarrollo del Seguro Público de Salud, realizado por Adolfo Sánchez de León, coordinador del Seguro entre los años 2003 y 2006. La versión digital de este libro, se encuentra disponible en: www.cippecc.org.

7 En el ámbito de la salud, la mortalidad infantil es uno de los indicadores más importantes para la evaluación integral de una gestión. En la provincia de Buenos Aires para el año 2003, la mortalidad infantil era de 16,3 por mil nacidos vivos, mientras que para el año 2005, cuando Passaglia finaliza su gestión, había descendido a 13 por mil. En el año 2006, siguió descendiendo hasta llegar a 12,5 por mil, mientras que para el año 2007, creció a 13,6 por mil (Dirección de Estadísticas e Información en Salud —DEIS—, Ministerio de Salud de la Nación).

Una de las innovaciones introducidas por el Seguro fue el fuerte trabajo en red con el sector privado. Sobre la base de la definición de la salud como derecho, más allá del origen del financiamiento (privado o estatal), se logró articular una red asistencial compuesta por el sistema de salud público y el privado, y así evitar el enfrentamiento entre ambos.

Así, la atención a la población se instrumentaba a través de distintas instituciones, públicas y privadas, en convenio con el Ministerio. Entre ellas, se incluían sociedades de fomento, consultorios particulares y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), con el objetivo de que el médico se acercara a la comunidad con menor acceso a la atención. Para evitar la concentración de la demanda mayormente en CAPS y hospitales, el Seguro intentó precisamente llevar la atención a lugares menos tradicionales y lograr así una mayor descentralización de la oferta.

A su vez, el Seguro contaba con la ventaja de no aumentar la cantidad de empleados del Estado, en la medida que no implicaba la contratación de personal adicional en relación de dependencia, y, en su lugar, operaba con los recursos humanos existentes en el subsistema público.

Desde el punto de vista sanitario, el Seguro garantizaba que el médico llegara a aquellos sectores más vulnerables⁸, de manera tal que se enfocaba no sólo en los pacientes enfermos sino también en la prevención de la población en general. Esta última función incluía el cuidado de la salud de la embarazada y el recién nacido, la promoción de la lactancia materna, el control de la cobertura de vacunas y el control bucal, entre otros cuidados preventivos.

El Seguro implementó el mecanismo de pago capitado para todo su personal (médicos, odontólogos y bioquímicos) por sobre su salario de planta. De esta manera, se podía planificar el gasto anual y se evitaban las demoras en el pago de las remuneraciones⁹.

3. Actores: alianzas y oposiciones

El equipo de trabajo que acompañó la gestión de Passaglia se formó siguiendo las recomendaciones de Ginés González García y, en mayor medida, estuvo

8 Por sectores vulnerables, el Seguro entiende no sólo a la población más pobre sino también a las mujeres embarazadas y a los niños de hasta los 6 años.

9 En momentos de crisis, el Ministerio no lograba abonar los sueldos en tiempo y forma: recién podía afrontar el pago de los salarios el día 20 del mes siguiente, y lo hacía mayoritariamente con patacones (80%, y el restante 20% en pesos).

compuesto por ex directores de hospitales. Entre los integrantes se encontraban: Daniel Fígari, ex director del Hospital Santo Tomé, quien pasó a ser responsable de los hospitales de la ciudad de La Plata; Oscar Fariña, ex director del Hospital Finochietto de Avellaneda, quien asumió como responsable de los hospitales del conurbano bonaerense; Marta Neil, quien se desempeñó como abogada del equipo; Javier Tomas, ex director general de Administración del Ministerio de Salud, quien conformó un equipo de trabajo conjunto con el Ministerio de Economía provincial, y Javier Massa, quien fue confirmado en su puesto de presidente del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA)¹⁰. Por su parte, el Ministro asumió la responsabilidad directa de supervisar los hospitales del interior de la provincia de Buenos Aires.

Una de las características que el expositor rescata de su experiencia en el Ministerio es el respeto de la carrera administrativa, lo que posibilita cierta continuidad entre las gestiones. Gran parte del personal que lo acompañó provenía de administraciones anteriores, lo que permitió agilizar los procesos en el contexto de crisis.

El trabajo coordinado con las empresas de medicina privada resultó ser una experiencia con buenos resultados, sobre todo en el caso del Seguro Público de Salud provincial y para afrontar las demandas estacionales de la internación de pacientes. Como ejemplo, Passaglia expone el trabajo conjunto en la cobertura de la demanda de internación pediátrica durante los meses de invierno. En estos casos, en lugar de aumentar el número de camas en los hospitales públicos, que luego quedarían ociosas durante el resto del año, se llegó a acuerdos con las empresas privadas de salud. Esto posibilitó un gran ahorro para las arcas provinciales.

Los contratos se realizaban a través de la Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA), otro aliado importante de la gestión de Passaglia.

La organización a partir de regiones sanitarias facilitó la relación con los municipios, dado que fueron éstas las responsables de la Atención Primaria de la Salud. Los hospitales se relacionaban directamente con el Ministerio de Salud para agilizar la toma de decisiones.

Los actores más conflictivos para la gestión ministerial fueron los gremios. Los empleados no profesionales en salud pública se agrupan en tres gremios: (a)

10 Según Passaglia, Javier Massa tenía un buen manejo de las finanzas del IOMA, dado que estaba secundado por un médico de experiencia y tenía un gerente con grandes habilidades de conducción. Como resultado, la administración de la obra social fue exitosa y logró coordinar un buen trabajo con el Ministerio de Salud de la provincia.

Sindicato de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, con 15 mil afiliados; (b) Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), con cinco mil afiliados, y (c) Unión Personal Civil de la Nación (UPCN), con 500 afiliados. La coexistencia de estas tres instituciones gremiales dificultó el desarrollo de las negociaciones. Los profesionales de la salud, por su parte, están organizados en la Asociación Sindical de los Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP), un gremio históricamente importante y de significativa capacidad de confrontación.

4. Obstáculos y dificultades

El Ministerio de Salud de la provincia contaba con un presupuesto de 252 millones de pesos, equivalente aproximadamente al 9% del presupuesto provincial. Sin embargo, Passaglia señala que la escasez de recursos y los problemas financieros fueron los principales obstáculos de su gestión.

Paralelamente, los tiempos para efectivizar licitaciones públicas no respondían a las necesidades sanitarias de la provincia. Según el expositor, en Buenos Aires una licitación pública debe ser iniciada con aproximadamente seis meses de anticipación respecto de la fecha en que se necesitan los insumos¹¹. Este proceso implica un alto grado de planificación para evitar el desabastecimiento, algo que no siempre puede lograrse en ámbitos como el de la salud pública.

Para ejemplificar, Passaglia menciona el caso del oxígeno líquido, uno de los insumos hospitalarios más costosos, por el cual la provincia pagaba un precio mayor al del promedio internacional. Esto se debía a que sólo existen cuatro proveedores de este insumo en la Provincia, quienes en ocasiones operan de manera cuasi monopólica. Ello pone en evidencia, según remarca el expositor, que la licitación pública no siempre logra garantizar la transparencia de las compras a un precio justo. Durante la gestión de Passaglia se optó, en varias oportunidades, por anular la licitación, especialmente en aquellos casos donde los precios se alejaban del precio usual de mercado.

11 El circuito se inicia con el diseño del pliego de la licitación, que se envía a la Asesoría General de Gobierno. A continuación, el pliego llega a la Contaduría General de la Provincia, y por último, a la Fiscalía. Una vez aprobado, se realiza el llamado a licitación pública, que requiere ser debidamente publicado. Un mes más tarde, una vez abiertos los sobres, se destinan cinco días para aceptar impugnaciones a la licitación. En caso de que ello no ocurra, se preadjudica el llamado y el expediente vuelve a pasar por los tres organismos antes mencionados. Este recorrido puede demorar entre un mes y medio año.

Otro obstáculo mencionado fue la escasa motivación del personal. Passaglia señala que la falta de incentivos del sistema público provoca en los profesionales una “nivelación hacia abajo” en la calidad de su desempeño. En este sentido, considera que debería existir un sistema de premios y castigos en la administración pública, tanto para los empleados profesionales como para los no profesionales, de forma tal de incentivar el buen desempeño.

Por último, menciona la falta de continuidad en las políticas sanitarias como gran dificultad para la gestión en general. Su gestión impulsó y apoyó el desarrollo del Seguro Público de Salud de la provincia de Buenos Aires. Sin embargo, el cambio de gestión en 2005, con la llegada de Claudio Mate al Ministerio de Salud, generó cierta incertidumbre sobre el futuro del Seguro.

5. Aprendizajes y logros

5.1. Aprendizajes

Uno de los mayores aprendizajes de la gestión fue reconocer que los proyectos políticos requieren de continuidad. Passaglia sugiere que, cuando se asume una gestión, es importante aprovechar el conocimiento y la experiencia de la gestión anterior, lo que en general, no sucede. Asimismo, considera que no hubo continuidad en varias de las políticas y estrategias apoyadas durante su periodo, a pesar de que, luego de su gestión, no hubo cambio de gobierno provincial y muchos integrantes del equipo continuaron en sus cargos.

5.2. Logros

Los efectos de la crisis se extendieron hasta 2003 y recién a partir del año siguiente la Provincia empezó a vislumbrar una incipiente recuperación económica. En este contexto, Passaglia rescata haber cumplido en el año 2004, por primera vez, las metas del presupuesto.

Aunque no se crearon hospitales nuevos, se finalizaron los que se encontraban en construcción en San Cayetano, Salto y González Catán, y se equiparon los hospitales existentes con los insumos necesarios, lo que permitió evitar el desabastecimiento.

Asimismo, Passaglia incluye entre los principales logros de su gestión: (1) el impulso a la elaboración propia de medicamentos; (2) la aplicación de un mecanismo para agilizar las licitaciones de equipamiento, obras y otros insumos a

través de Naciones Unidas; (3) la importación directa de insumos; (4) la ampliación de la población cubierta por el Seguro Público de Salud¹², y (5) las mejoras edilicias realizadas, junto a la renovación del parque automotor.

Por último, el expositor señala como logro de su gestión la reestructuración y el reajuste del personal del Ministerio. Al asumir el cargo se realizó un estudio dirigido a evaluar la cantidad de empleados necesarios para el funcionamiento ministerial. Los resultados indicaron un exceso de 500 empleados. Luego de un proceso conflictivo que incluyó la suspensión de quienes estaban en comisión, la jubilación de los que cumplían con los requisitos necesarios, y la evaluación exhaustiva para cubrir las vacantes, la planta del Ministerio se redujo de 1.200 a 800 empleados para el año 2005.

6. Evaluación de la gestión

A partir de la evaluación de su gestión, Passaglia considera que existen varias asignaturas pendientes para las futuras administraciones en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Entre ellas, se encuentran: profundizar la descentralización de la gestión; revisar la coparticipación municipal; brindar continuidad al Seguro de Salud provincial, enfatizando en las acciones de prevención; mejorar la infraestructura hospitalaria, y revisar la política de recursos humanos del Ministerio.

La función del Ministerio de Salud consiste en dictar las políticas de salud, establecer los lineamientos de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), y monitorear y auditar los hospitales. Durante la gestión de Passaglia se comenzó a descentralizar los aspectos administrativos y financieros, de forma que queda pendiente profundizar la descentralización a nivel regional, para que las regiones sanitarias funcionen como “pequeños ministerios”, y a nivel hospitalario, especialmente en lo atinente al manejo de los recursos humanos y cuestiones de funcionamiento.

El expositor considera que la descentralización de los hospitales favorece a la eficiencia (debido a que existe mayor conocimiento del espacio propio); fortalece la transparencia (porque es posible un mayor control social cuando las decisiones

12 En el año 2002 el Seguro contaba con una población cubierta de 80 mil personas. Para el año 2005 la población beneficiaria ascendía a 600 mil mujeres embarazadas y chicos menores de 6 años.

se toman cerca de la gente), y facilita la desburocratización (en la medida en que existen recorridos administrativos menos extensos para cubrir las necesidades).

A pesar de que la descentralización es política y económicamente eficaz, las propias autoridades representan uno de los mayores obstáculos para ejecutarla. Se opta por centralizar el manejo presupuestario desde el Ministerio, en tanto se entiende que transferir funciones implica también transferir poder.

Mejorar la distribución de la coparticipación es otra tarea pendiente esencial para mejorar la gestión a nivel municipal. Actualmente la coparticipación se asigna de acuerdo a cinco parámetros de salud. Ellos son: (1) nivel de complejidad de los hospitales municipales, (2) porcentaje ocupacional, (3) cantidad de camas, (4) de consultas, y (5) número de egresos hospitalarios. El error de este mecanismo de distribución consiste en igualar la situación de municipios que tienen una oferta similar (número de camas) pero con poblaciones a cargo ampliamente disímiles en cantidad y en perfil epidemiológico.

Para lograr una distribución más equitativa y mejorar el financiamiento de la salud municipal, es necesario modificar los parámetros que guían la coparticipación. Sin embargo, Passaglia reconoce que esto es difícil de modificar, ya que involucra una decisión política del gobernador y de los legisladores provinciales.

Por otra parte, Passaglia señala como tarea prioritaria fortalecer el Seguro Público de Salud provincial. Se trata, ésta, de una estrategia principal de prevención y promoción de la salud, que debiera focalizarse en el control de la embarazada, la vacunación, la promoción de la lactancia, la educación para la salud y el diagnóstico temprano.

Para desarrollar una estrategia de APS consistente en la provincia, es necesario profundizar las acciones del Seguro, trabajando junto al sector privado, y no como si el sector público y el privado fueran actores antagónicos.

Finalmente, en lo que respecta a la política de recursos humanos, señala que será necesario trabajar la motivación del personal a través de un sistema de premios y castigos para mejorar su desempeño.

Capítulo 3

Atención Primaria de la Salud en Córdoba. Desarrollo de redes ante la descentralización

Roberto Chuit, ministro de Salud de la provincia de Córdoba
(2001-2006)

Perfil del expositor

Roberto Chuit

Roberto Chuit es médico cirujano, egresado de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) y diplomado en Salud Pública en la misma universidad. Entre los años 1985 y 1989 realizó el Doctorado en Medicina y Cirugía en la UNC, y entre 1989 y 1995 realizó otro Doctorado, en Salud Pública, en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Yale (Estados Unidos).

Entre 1987 y 1998 adquirió experiencia en organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Estados Unidos, Panamá, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Y, entre 1997 y 1998, se desempeñó como asesor regional en enfermedades emergentes y re-emergentes de la OPS/OMS, con asiento en Washington DC.

En el ámbito de la gestión pública asumió diversos cargos en el Ministerio de Salud de la Nación. Entre 1979 y 1983 se desempeñó como coordinador del Departamento de Diagnóstico y Tratamiento del Programa Nacional de Chagas. Luego, entre 1983 y 1989, como coordinador del Departamento de Epidemiología del mismo Programa. Y, finalmente, fue director de Epidemiología Nacional entre 1991 y 1997.

En la provincia de Córdoba, fue director de Epidemiología, Promoción y Rehabilitación entre 1999 y 2000, y después se desempeñó como asesor en política sanitaria del Poder Ejecutivo de Córdoba, con rango de secretario de Estado. Por último, entre 2001 y 2006 fue ministro de Salud de la provincia.

Al finalizar su gestión, fue electo concejal del Concejo Deliberante de la ciudad de Córdoba, y se desempeñó como presidente del bloque de concejales de Unión por Córdoba, entre 2007 y 2008. Asimismo, fue candidato a intendente de la ciudad de Córdoba en el año 2007.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

Entre los años 1995 y 2001, la atención médica en la provincia de Córdoba producía en todo el sistema público provincial un promedio de 1,9 millones de consultas, 103 mil internaciones y casi 43 mil cirugías, con una planta de personal de más de 10 mil agentes de salud. En términos financieros, durante el período no existieron refuerzos presupuestarios importantes en el sistema sanitario.

Un análisis solicitado por el entonces gobernador de la Provincia, Ramón Mestre¹³, indicaba que para los años 1995 y 1996, el 30% de la población no tenía cobertura formal de salud (obra social o prepaga) y, en consecuencia, era responsabilidad del sistema de salud pública provincial atender sus necesidades. Asimismo, el informe revelaba una subutilización de los hospitales respecto de su capacidad de trabajo. Como resultado de este estudio, y en el marco de medidas de racionalización administrativa, que se fundamentaron en el concepto de la descentralización, algunos hospitales y todos los centros de salud fueron transferidos al nivel municipal. Y la planta de personal provincial se redujo considerablemente, alcanzando aproximadamente 6 mil agentes de salud. Cuando Ramón Mestre finaliza su mandato en el año 1999, el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba contaba con casi 8.800 agentes de salud.

Sin embargo, a partir de 2000, dado el aumento de las consultas e internaciones, el sistema público de salud tuvo que incorporar personal para cubrir la creciente demanda.

La última crisis, que tuvo su epicentro en los años 2001 y 2002, evidenció el rol del sector público como actor fundamental para enfrentar los riesgos del contexto, y brindar respuestas a la población frente a los problemas emergentes. Para el sistema de salud público implicó, en un corto período de tiempo, pasar a atender del 30% a un 58% de la población. Las altas tasas de desempleo junto a la crisis de financiamiento de las obras sociales significó la pérdida de cobertura formal de salud de gran parte de la población, que acudió al sistema público en

13 Ramón Bautista Mestre fue intendente de la ciudad de Córdoba en los períodos 1983-1987 y 1987-1991. En 1995, asumió la gobernación de la provincia de Córdoba, cargo que ocupó hasta 1999 cuando fue derrotado por José Manuel De La Sota en su intento por asumir un segundo mandato. En diciembre de 1999, y hasta marzo de 2001, se desempeñó como interventor de la provincia de Corrientes.

la búsqueda de respuestas. Para hacer frente a este escenario, el subsector público contaba con apenas el 37% del total del gasto en salud de la Provincia.

La infraestructura sanitaria existente no respondía a las necesidades del sistema de salud en el marco de la crisis. Los hospitales no estaban preparados para la atención y control de los pacientes.

La fragmentación del sistema de salud y la ausencia de un mecanismo de registro único, asociado al concepto de libre demanda arraigado en la población, generaban altos costos por paciente. A esto, se sumaba la indiscriminada referencia a los hospitales, la ausencia de contrarreferencia y el abuso en la prescripción de estudios reiterados e innecesarios.

Los profesionales, por su parte, se orientaban a la atención de patologías, con escaso énfasis en intervenciones preventivas, y se centraban fundamentalmente en niños de hasta los dos años de edad, esperando de manera pasiva la demanda de la población. El cuadro se completaba con una gran concentración de profesionales en centros urbanos y una marcada escasez en los centros periféricos. Para ejemplificar, el expositor señala que la ciudad de Córdoba contaba con un profesional cada 450 habitantes, mientras que en el departamento de Sobremonte la relación era de uno cada 3 mil, en Río Seco, de uno cada 1.200 y en Tulumba, de uno cada 800. De los 85 centros periféricos que tiene la ciudad de Córdoba, solo el 30% contaba con un profesional especialista en ginecología y 12% con profesionales odontólogos. Esto evidencia que las estimaciones sobre la demanda no se realizaban sobre la base de las necesidades reales de la población.

En este contexto se inserta Roberto Chuit, quien asumió como ministro de Salud de la provincia de Córdoba cinco meses antes del estallido de la crisis en diciembre de 2001. El Ministerio atravesaba serias dificultades financieras, con un déficit aproximado de 70 millones de pesos/dólares, y con el 80% del presupuesto del año siguiente ya comprometido.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

La gestión de Chuit debía afrontar una seria crisis con presupuesto limitado, una infraestructura deficiente, en medio de conflictos y reclamos sociales. “Yo estaba en el mejor lugar, en el peor momento”, evalúa el disertante.

El sector público presentaba un alto grado de fragmentación, con serios problemas de coordinación y articulación, y graves dificultades en su financiamiento. El sector privado, por su parte, también evidenciaba una crisis financiera y prestacional.

En términos específicos, los problemas detectados al asumir estuvieron relacionados con la dificultad para llegar a la población con la infraestructura asistencial existente; la formación y orientación de los profesionales en la atención de patologías; los costos generados por la consulta, sin derivación, en centros de atención especializada; la ausencia de información actualizada sobre la situación sanitaria de la población; y la concentración de médicos en los centros urbanos.

En este contexto, las principales políticas e intervenciones impulsadas desde la gestión de Chuit incluyeron:

- La regionalización sanitaria y la categorización de efectores públicos.
- El establecimiento de un sistema de referencia y contrarreferencia.
- La informatización de la red sanitaria.
- La descentralización financiera y la centralización normativa.
- El desarrollo de una política de recursos humanos.

Para la primera de ellas, se dividió a la provincia en nueve regiones sanitarias, y al interior de cada una, se categorizaron los centros de salud de acuerdo a su nivel de resolución¹⁴.

La red sanitaria de la provincia cuenta con efectores provinciales y municipales. Para aquel entonces existían aproximadamente mil efectores de los cuales 940 eran municipales y sólo 60, provinciales, siendo estos últimos fundamentalmente hospitales regionales o de alta complejidad. Para el año 2001 el sistema público de salud en su conjunto producía 6,4 millones de consultas y, llamativamente, la provincia con sus 60 establecimientos producía el 50% de ellas.

Para mejorar el sistema de derivación se realizaron acuerdos con los prestadores privados, mediante un decreto del Gobernador. A este efecto, se acordó la contratación de prestadores privados en situaciones que desbordasen al sistema público para responder a las demandas de atención. Esto impulsó el trabajo con las derivaciones y a realizar las internaciones en lugares predeterminados, lo que permitió un buen funcionamiento hasta entrada la crisis.

14 De acuerdo a las posibilidades de resolución de patologías que podía ofrecer cada Centro, se realizó la siguiente categorización: (1A) Centros que contaran con la presencia del profesional, al menos una vez por semana, asistido o no por una enfermera; (1B) Centros que contaran con la asistencia de una enfermera y un profesional en forma permanente; (2A) Centros que contaran con un profesional y con algún método de diagnóstico auxiliar, y tuvieran un sistema de internación para patologías de bajo riesgo y pudiesen realizar partos e intervenciones quirúrgicas de baja complejidad, y (2B) Centros que contaran con internaciones de mayor complejidad.

Por su parte, la crisis promovió que la población utilizara los mecanismos de derivación para ser atendidos con mayor rapidez y sin la necesidad de trasladarse desde su localidad, de manera de evitar el costo que ello implica. Pasada la crisis, y con una situación económica menos apremiante, la población reinició su antigua costumbre de acudir a los grandes centros de salud, a pesar de encontrarse más alejados de su lugar de residencia.

La informatización del sistema fue una gran apuesta del Ministerio con el objetivo de recuperar la información sanitaria y lograr que la población fuera atendida en servicios de salud cercanos a su domicilio.

Se desarrolló un Sistema de Clave Única de Identificación Sanitaria que facilitaba el seguimiento del estado sanitario de las personas. Asimismo, la configuración de una historia clínica única para cada paciente favoreció la planificación, y optimizó los sistemas de referencia y contrarreferencia en la derivación de los pacientes.

En este sentido, Chuit señala que la informatización se orientaba no sólo a resolver el problema de atención, sino también a manejar economías de escala, lo que permitía ofrecer una mayor y mejor atención al paciente con los recursos disponibles.

Para lograr una mejor conexión entre los profesionales y los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), se realizó una inversión en la compra de teléfonos, celulares y computadoras para los 250 municipios de la Provincia.

Uno de los objetivos fundamentales de la informatización del sistema, que facilitó el otorgamiento de turnos telefónicos y la conformación de la red hospitalaria, fue reorientar la consulta de la población al sistema de Atención Primaria de la Salud (APS).

Por último, se establecieron mecanismos de atención domiciliaria de emergencia. Para ello, se habilitó el Servicio 136, que ofrecía atención domiciliaria telefónica. El servicio contaba con 27 ambulancias, 21 móviles, 684 profesionales y técnicos, y un helicóptero sanitario. El 50% de las consultas atendidas representaba casos que evitaban la referencia al hospital y, la otra mitad, era población que probablemente no hubiese accedido a ningún tipo de atención, debido a la escasez de recursos de las personas¹⁵.

La descentralización financiera y la centralización normativa fue otro de los ejes de la gestión de Chuit. En este marco, se autorizó a los hospitales para realizar

15 Quien tenía una obra social eficaz, contaba con atención domiciliaria y servicio de emergencia. Sin embargo, la población sin cobertura formal de salud carecía de este servicio, por lo que debía buscar la atención por sus propios medios ante una emergencia.

compras por un determinado monto, que se definía según una compulsa de precios que realizaba el Ministerio. Así, el director del hospital buscaba presupuesto para un insumo y, si se ajustaba al monto patrón, se autorizaba a realizar la compra con recursos del hospital. En caso de superarse el valor patrón del insumo en un 15%, la compra debía hacerse en forma centralizada. Este mecanismo evitó las cargas financieras¹⁶ en la venta de los insumos, lo que permitió mejorar la capacidad de compra del sistema público. En esta dinámica el Ministerio se limitó a realizar concursos de precios y a establecer el precio patrón.

Por otra parte, la mejora en el sistema de información permitió ajustar la asignación de recursos a los hospitales de acuerdo a su producción. Complementariamente, para mejorar el manejo presupuestario y financiero de los hospitales se estableció un sistema de facturación de prestaciones sencillo e integrado al sistema hospitalario. A este efecto, se otorgó un valor a cada internación, consulta y prestación, se generaron cuentas especiales, un programa presupuestario propio, fondos permanentes y la rendición de cuentas individualizadas por cada hospital.

Asimismo, la auditoría del sistema permitía mejorar el control de la implementación y de la planificación presupuestaria local. También se firmaron compromisos de gestión por metas entre el Ministerio y los hospitales, cuyo cumplimiento estaba atado a premios, generalmente monetarios, para seguir mejorando la eficiencia del sistema. Los premios podían ser asignados de acuerdo al criterio del director del hospital, entre compra de insumos, capacitación y docencia de los profesionales.

Todo esto contribuyó a mejorar los sistemas de gestión de cobranza, ya que los directores debían definir lo que producían, los costos y los débitos, entre otros aspectos, y generar diversas instancias de negociación, las que eran requeridas por este nuevo sistema, que era centralizado y descentralizado a la vez.

Con respecto a la profundización de la descentralización provincia-municipios, se impulsó una mesa de trabajo de salud, donde los intendentes, los directores de hospitales y el Ministro de Salud se reunían periódicamente. Otra de las acciones en esta dirección fue la reformulación del Fondo de Financiamiento de la Descentralización Provincial. Todos los recursos disponibles fueron destinados a atender las necesidades de la población del departamento o región sanitaria que correspondiera, priorizándose las regiones más pobres.

16 En este caso, la “carga financiera” es un porcentaje por encima del valor del insumo que establece el proveedor, de acuerdo al índice de inflación, cuando los pagos se realizan con cierta demora. Al manejar los recursos y pagar los insumos al contado, se logró eliminar esta carga financiera que ha afectado usualmente al sector público.

Finalmente, el desarrollo de una política de recursos humanos fue central para la gestión de Chuit. Para ello se organizó una estructura matricial, orientada a asegurar direcciones integrales y de mayor nivel técnico a nivel local.

El equipo de trabajo del Ministerio fue conformado, en general, por personal de planta, salvo el equipo de administración y de informática que involucró la incorporación de personal. El resto de las áreas se constituyeron a partir de los recursos humanos de planta, considerados por Chuit valiosos en calidad técnica y experiencia en el sistema.

Puesto que la gestión de Chuit reconocía que la capacitación de los recursos humanos era esencial para mejorar la calidad de la atención, se apostó fuertemente a la formación de profesionales, fundamentalmente, en las residencias médicas. Así, el número de residentes pagos se elevó de 80 en el año 1999 a más de 1.500 en 2003. A su vez, se trabajó para imprimir una nueva mística en la formación de recursos humanos.

El gobernador De La Sota había implementado una política de jubilación temprana por retiro voluntario para personas de entre 50 y 53 años. Al asumir en el Ministerio, Chuit cuestionó la medida porque significaba, en el caso de la salud, la pérdida de recursos humanos ampliamente capacitados. Consecuentemente, el Gobernador de la Provincia exceptuó de esta medida al Ministerio de Salud. Sin embargo, una encuesta que luego evaluó la voluntad de los profesionales y del equipo de salud de continuar trabajando, advirtió que el 72% de los profesionales mayores de 45 años “no tenía ganas, no le interesaba, ni le importaba” colaborar con el proceso. Como resultado, Chuit reestableció el retiro voluntario en el Ministerio para ofrecerles esta posibilidad a quienes preferían no colaborar con el proceso iniciado.

Aunque la medida significó la jubilación de 4.500 empleados del Ministerio, Chuit reconoce que hubo una considerable mejora en la eficiencia y, a modo de ejemplo, señala: “Pasé de un trasplante renal en el año 2001 a 39 en el 2005”. Esto se logró con un plantel joven, altamente capacitado y con una mística totalmente diferente a la que existía previamente.

A partir de la encuesta mencionada se organizó la reconversión de los recursos humanos en salud. Entre las acciones y resultados más destacados se encuentran: (a) el otorgamiento de 5.000 becas anuales para la capacitación de los equipos de salud, en el bienio 2003–2004; (b) el llamado a concurso abierto para cubrir 722 cargos de residentes instructores para una población de 410 mil personas; (c) la contratación de 182 médicos de cabecera que se distribuyeron en 132 localidades de menos de 3 mil habitantes; (d) la generación de mecanismos de contratación y pagos diferenciales para atraer a profesionales a las áreas periféricas de la provincia, y (e) la capacitación de 22.400 profesionales, técnicos y administrativos, de los equipos de salud del Ministerio (en 84.772 horas cátedra), en el período 2002–2005.

El fortalecimiento del trabajo en equipos interdisciplinarios se planteó como una necesidad a cubrir desde la formación de los profesionales de la salud, con eje –justamente– en la salud y no en la enfermedad. A este efecto, se conformaron equipos integrados por médicos, enfermeros, odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, etc., en igualdad de condiciones para la discusión. Como condición del Programa de Salud Familiar, los equipos debían ser competentes en la atención de la salud, en el cuidado de la salud familiar y de la comunidad, y en el acompañamiento del desarrollo de destrezas, habilidades y actitudes.

El Programa intentaba generar un concepto de Atención Primaria de la Salud (APS), no desde la herramienta de la atención, sino desde la estrategia. En este sentido, Chuit menciona: “El problema en la conceptualización de la APS encontrado fue la asociación inmediata directa de la APS con el primer efector. En realidad, la APS es una estrategia y como estrategia no tiene ni definición de efector, ni definición de complejidad del estado de salud de las personas, sino que establece cuáles son las respuestas más adecuadas, posibles, cercanas a las personas, con los recursos y medios que la sociedad pueda abarcar. Desde esta concepción, una terapia intensiva puede integrar la atención primaria si la sociedad lo puede solventar. En realidad, es necesario priorizar la accesibilidad de la atención de la persona de la mejor manera y lo más adecuadamente posible”.

En la primera etapa del Programa se trabajó con 41 equipos interdisciplinarios en salud familiar, y se ofreció cobertura a 410 mil personas en condiciones de pobreza. Se desarrollaron grupos de población vulnerable con enfoque de riesgo, en el Gran Córdoba y en localidades del interior provincial. Se acentuó el esfuerzo en la prevención de las enfermedades y se intentaron mejorar las acciones de detección precoz, de control del embarazo y de control del niño sano.

Para definir la población a cargo de los equipos de salud familiar se armaron áreas programáticas de hasta 10 mil personas. Había un instructor docente cada 10 residentes, y actividades académicas curriculares definidas para cada disciplina interviniente, con actividades en el terreno. En total, estos equipos de salud familiar tenían una población asignada de 380 mil personas.

En parte, como resultado del Programa, entre los años 2002 y 2005 se registró un descenso de la mortalidad materna asociada a patologías del embarazo, y también descendió el número de niños fallecidos (se redujo de 132 en 2001 a 47 en 2005).

Complementariamente a los ejes mencionados, desde la gestión de Chuit se intentó brindar sustentabilidad al proyecto sanitario impulsado, a través del desarrollo de un marco normativo. En esta dirección, entre el año 2002 y 2004 se aprobaron las siguientes normativas:

- La Ley 9.133 de Garantías Saludables, que busca consolidar el concepto de equipos de salud y población a cargo. Propone la programación local participativa como metodología de planificación, en función de las prioridades de salud de la población beneficiaria. Asimismo, garantiza el acceso a los servicios básicos de apoyo y diagnóstico del tratamiento, asociado a otra ley provincial sobre los derechos del ciudadano, que garantiza que en los casos en que el sistema público no disponga de la atención necesaria tenga la obligación de pagar el servicio demandado en el sistema privado. La Ley de Garantías Saludables introdujo una canasta básica prestacional y el registro a partir de la Clave Única de Identificación Sanitaria. Esta propuesta fue presentada, en primer lugar, ante las asociaciones de profesionales y luego ante los Municipios. En la Legislatura, durante su discusión, la legisladora Leiva de Martí propuso que la ley fuera de bien público, de forma tal que se prescindiera de la adhesión de los Municipios para entrar en vigencia en este nivel jurisdiccional¹⁷. Fue una de las pocas leyes aprobadas por unanimidad.
- La Ley 9.113 de Control de Consumo del Tabaco en Córdoba. En el plazo de un año, aproximadamente, se informó a la ciudadanía sobre los alcances de la ley, que tuvo amplia aceptación y acatamiento.
- El Decreto 2.148/02, que modifica el Decreto 2.323/87, reglamentario de la Ley 6.222, que regula la habilitación de los efectores de salud de la Provincia, tanto públicos como privados. La norma anterior solo exigía habilitación al sector privado.
- La Resolución 1.789/02, que inicia el sistema de acreditación voluntaria de efectores públicos y privados.
- La Resolución 1.413/01, que crea la Comisión Provincial de Ética de la Investigación en Salud (COPEIS). Debido al desconocimiento del Ministerio de varias de las investigaciones que se estaban desarrollando, se creó un registro provincial en el marco de la Comisión Provincial de Ética para conocer su contenido, los investigadores a cargo y las discusiones involucradas.
- La Resolución 0729/02, en donde se disponen normativas generales para regular las investigaciones en salud en la provincia de Córdoba.

¹⁷ En Córdoba, la Constitución provincial (como la nacional) establece que las leyes pueden ser de aplicación total o requerir la adhesión de los Municipios. Si son establecidas como “de bien público” no necesitan estas adhesiones para ser implementadas en el nivel municipal.

Otro instrumento que desarrolló la gestión de Chuit fueron los tableros de control para medir productividad. Este exhaustivo registro permitía mejorar la atención de la población, monitorear la asiduidad de la atención, el desempeño de los profesionales y las necesidades de los hospitales. La centralización de esta información en el Ministerio logró fortalecer su rol fundamental: de regulación y control de los actores que lo conforman.

Con respecto al mejoramiento de infraestructura hospitalaria, durante la gestión de Chuit se habilitó el Hospital de Niños Santísima Trinidad, se compró y refaccionó el Hospital Ferroviario, se construyeron el Hospital Regional de Río IV, el Hospital Oncológico y un nuevo Instituto Odontológico, y se abrieron 340 nuevos servicios en hospitales regionales.

Asimismo, se crearon 162 Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), y se repararon y equiparon otros 340 de la provincia Córdoba.

Chuit señala que conseguir el financiamiento para las obras mencionadas no resultó una tarea difícil para la gestión y afirma que “es mucho más fácil conseguir plata para construir un hospital que para desarrollar una transformación estructural del sistema”.

3. Actores: alianzas y oposiciones

El año 2001 emergió como una ventana de oportunidades para la gestión de Chuit, debido a que muchos de los que podían haber presentado oposición se encontraban abatidos por la crisis.

En este contexto, el sector privado no estaba atravesando una situación favorable, por lo que no planteó una actitud opositora al proyecto impulsado desde el Ministerio.

Por su parte, las sociedades profesionales participaron del proyecto, lo que permitió el desarrollo de una buena experiencia de trabajo conjunto. Entre ellas, se encuentran: el Consejo de Médicos de Córdoba, el Colegio de Psicólogos, el Colegio de Trabajadores Sociales, el Colegio de Nutricionistas y la Escuela de Enfermería¹⁸. Asimismo, se involucró a sociedades deontológicas dentro de la planificación y acción del Ministerio. Éstas tenían intenciones

18 Los profesionales de Enfermería no contaban con un colegio propio. Éste se constituyó con el estímulo de la gestión provincial en salud. Asimismo, se creó una Maestría en Enfermería Comunitaria.

de mejorar la calidad de atención de la población y ampliar su espacio de participación.

En el ámbito académico, se planteó una fuerte discusión sobre el sistema sanitario provincial. Se partió de un concepto integral de la salud, para lo cual se incorporó a la Universidad Nacional de Córdoba al proyecto de gestión sanitaria. Esto fue así, dado que la gestión ministerial reconoció que la academia no puede estar ausente de las intervenciones que se realicen.

Chuit menciona que la oposición más fuerte la encontró al interior de la propia gestión. Y, reconoce como un error no haber realizado alianzas con el personal del Ministerio, con el fin de darle sustentabilidad y continuidad al proyecto.

4. Obstáculos y dificultades

Al iniciar la gestión, Chuit señala que existieron fuertes barreras presupuestarias para la ejecución de su proyecto de gestión sanitaria. El presupuesto del Ministerio de Salud era menor al esperado, lo que lo obligó a una replanificación integral de la estrategia en Salud.

La formación del personal existente al asumir también fue de menor nivel al esperado. Tanto la capacidad técnica local como ministerial era deficiente, fundamentalmente porque la formación de los recursos humanos no constituía una prioridad de inversión.

Un gran obstáculo que enfrentó la gestión de Chuit fue la conflictiva relación entre el Ministerio de Salud de la Provincia y la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, principalmente por adversidades o dificultades político-partidarias.

De hecho, esta jurisdicción no firmó su ingreso a los programas de Médicos Comunitarios, Salud Comunitaria y Social del Ministerio de Salud de la Nación. Tampoco aceptó profesionales del Programa provincial de Salud Familiar (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas y odontólogos). Y, hasta el momento, tampoco aceptó el Plan Nacer, del Ministerio de Salud de la Nación.

5. Aprendizajes y logros

5.1. Aprendizajes

La salud es un concepto que trasciende la dicotomía salud – enfermedad, para abarcar una serie de elementos que afectan las condiciones de vida de la

población. Sin embargo, el Ministerio de Salud provincial tiene un presupuesto acotado y, por ende, es imprescindible establecer prioridades y optimizar los recursos al mayor nivel posible.

La distribución de los recursos humanos hacia las zonas más alejadas y menos provistas de profesionales, permitió corroborar que esta política no implica sólo una fuerte inversión para contratar al personal de la salud, sino también un esfuerzo adicional para garantizarles accesibilidad a los espacios y posibilidades de formación continua, tanto para los profesionales de la salud como para el desarrollo educativo y profesional de sus familias.

En este sentido, es necesario redefinir la política de recursos humanos de manera integral. Se debe reconocer que esta cuestión no se limita sólo a cuestiones salariales, sino que también se vincula con las expectativas a futuro en términos personales y profesionales.

Por último, Chuit considera como un aprendizaje de su gestión, la necesidad de fortalecer las relaciones personales más que las políticas, “ya que la perdurabilidad de las políticas depende mucho más de las personas que de los funcionarios”, afirma.

5.2. Logros

A continuación, el expositor lista los principales logros de su gestión:

- La disminución de la mortalidad infantil.
- La informatización del sistema sanitario.
- La estructuración del Programa de Salud Familiar.
- El inicio de la reforma de salud y Atención Primaria de la Salud (APS).
- La creación de la mesa provincia-municipios de salud.
- La incorporación de las sociedades profesionales a la política de salud.
- La reformulación del Fondo de Financiamiento de la Descentralización Provincial.
- El aumento de los transplantes renales en la estructura pública.
- El incremento en la procuración de órganos.
- El incremento en la atención sanitaria de alta complejidad.
- La generación de los tableros de control.
- El aumento del presupuesto y la infraestructura hospitalaria.
- La implementación del Servicio 136.
- La modificación del marco regulatorio sanitario.

6. Evaluación de la gestión

Cinco años no resultaron suficientes para transformar pautas culturales en la población. El cambio de gestión a nivel provincial, con la salida de Chuit en 2006, implicó la desarticulación de los grupos interdisciplinarios que trabajaban en este sentido, lo que produjo el aumento de la mortalidad, entre otros indicadores.

Asimismo, la población nuevamente reorientó su demanda de atención hacia los hospitales. Se reinstaló una concepción de la salud basada en la atención médica, en detrimento del concepto de salud integral, que se había intentado transmitir durante la gestión de Chuit.

A pesar de haber generado legislación con el objetivo de lograr una mayor sustentabilidad para el proyecto sanitario impulsado, las cuestiones programáticas se fueron removiendo. En la actualidad, “sigue pensándose en la descentralización desde lo financiero. Y en realidad lo financiero se resuelve si se soluciona lo programático”, lamenta el ex Ministro.

La falta de continuidad de muchas de las políticas impulsadas en su gestión lleva a Chuit a considerar como error de su gestión no haber trazado más alianzas con interlocutores externos al Ministerio, de modo que la perdurabilidad trascendiese a su período de gestión.

En 2006, con la salida, el Programa de Salud Familiar fue reestructurado, y al año siguiente se terminó de desarticular. En la actualidad, muy pocos Centros de Atención Primaria conservan el personal asignado y, en general, están subutilizados.

En cuanto al Servicio 136, quedaron unas pocas personas del equipo, y de las 27 ambulancias para el sistema de derivación, sólo quedaron nueve.

En la actualidad, existe una inercia de fragmentación de los sistemas sanitarios, difícil de corregir. En este sentido, señala como necesario redefinir el rol del sector público e incorporar al sector privado al modelo de sistema sanitario.

La función del Estado es establecer parámetros de calidad en la atención de la población. En este sentido, no debe seguir invirtiendo únicamente en infraestructura hospitalaria, sino que debe trabajar conjuntamente con el sector privado, asumiendo este último un nuevo rol. El sistema público debe ser “el amortiguador del sistema en su conjunto y, para ello, debe trabajar mejor sus costos y mejorar su administración para que cada centavo que los contribuyentes aportan, brinde más en salud, en atención y en respuesta”, concluye el expositor.

Capítulo 4

Formación e investigación en gestión pública. La experiencia de la Escuela de Salud Pública

Abraam Sonis, director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1966-1971)

Perfil del expositor

Abraam Sonis

Abraam Sonis es médico egresado de la Universidad del Litoral. Obtuvo el título de Doctor en Salud Pública en la London School of Hygiene (1959-1960).

Fue director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) entre 1966 y 1971. Luego, y hasta 1976, fue director del Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM), creado mediante un convenio entre el Ministerio de Salud de la Nación, la UBA y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que funcionaba en el Hospital de Clínicas y tenía por objeto promover la investigación en los servicios de salud. Entre 1976 y 1982, dirigió el Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud (BIREME) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en San Pablo, Brasil.

Cuenta también con experiencia indirecta en gestión, en lo que él denominó la función de “observador participante”, al haberse desempeñado como asesor del ministro de Asistencia Social y Salud de la Nación, Héctor Noblía, entre 1958 y 1962; del ministro de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación, Horacio Rodríguez Castells, entre 1982 y 1984, y del ministro de Salud y Acción Social de la Nación, Conrado Storani, entre 1986 y 1987.

Participó como docente en numerosos cursos de Salud Pública en el país y en el extranjero. Asimismo, realizó consultorías internacionales en docencia e investigación en salud en países de Latinoamérica, en Estados Unidos y en España. Y, entre 1983 y 1985, fue coordinador del programa “El perfil de las Universidades en la Atención Primaria de la Salud”, de la OMS.

Entre otros reconocimientos, obtuvo el Premio Konex como una de las cinco figuras de la Ciencia y la Tecnología Argentina en Salud Pública, en 1993. Recibió el Premio A. Horwitz 2000 a la Salud y Educación en América, entregado por la OPS. Y la Prensa Médica Argentina lo reconoció como Maestro de la Medicina Argentina, en 2002.

Publicó alrededor de 50 artículos en el país y en el extranjero, y sus libros, *Salud, Medicina y Desarrollo Económico-social* (EUDEBA, 1975) y *Medicina Sanitaria y Administración de Salud* (El Ateneo, 1991) alcanzaron ambos cinco ediciones.

Desde 1991 es decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Maimónides y profesor honorario de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

Los antecedentes de la Escuela de Salud Pública en la Argentina se remontan a 1904, cuando el reconocido médico higienista Emilio Coni (1855-1928), un importante referente para los sanitaristas argentinos, impulsó la creación de una institución con el fin de formar profesionales en esa área. En 1946, con la fundación de la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de la Universidad del Litoral, provincia de Santa Fe, se concretó la primera experiencia del país.

Durante el gobierno de Juan Domingo Perón, el ministro de Salud Pública de la Nación, Ramón Carrillo (1949-1952), creó la Dirección Técnica de Capacitación y una Escuela de Enfermería. Estos espacios entraron en conflicto con la Universidad de Buenos Aires (UBA).

En ese contexto, en 1957 el Gobierno nacional solicitó a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que enviase una comisión de consultores para estudiar la salud pública en la Argentina.

Los “Consultores del 57”, figuras de relieve mundial en salud pública, elaboraron un informe en el que plantearon que la Argentina debía tener una política sanitaria nacional semejante a la de Canadá, fundamentalmente en términos de la elaboración de las decisiones técnicas. Este informe, que advertía sobre la fragmentación del sistema de salud argentino, fue un texto de referencia en el país entre los años 1958 y 1968. Entre otras recomendaciones, el informe aconsejaba la creación de una Escuela de Salud Pública.

En 1958, durante su época de oro, la UBA proyectó la creación de una Escuela de Salud Pública en la Facultad de Medicina, en colaboración con el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, cuyo titular, Héctor Noblía, se encontraba fuertemente interesado.

Debido a que se postergaban los trámites necesarios para la conformación de la Escuela en el marco de la UBA, Noblía, “uno de los ministros más progresistas que tuvo la Argentina”, según Sonis, impaciente, decidió, hacia fines del año 1959, iniciar los cursos destinados a directores de hospital, y creó la Escuela Nacional de Salud Pública en la órbita del Ministerio.

Se trataba de un proyecto que concebía a la salud desde un enfoque interdisciplinario, de forma tal que incluía una Escuela de Enfermería y cursos de Estadística Médica, Saneamiento Ambiental, así como el Bachillerato Sanitario.

Hasta entonces, los profesionales de la Argentina concurrían para formarse en Salud Pública a Chile, San Pablo o Estados Unidos. Noblía aspiraba a constituir una gran Escuela de Salud Pública en el país. Guiado por esta motivación, identificó a la London School of Hygiene de Inglaterra como la institución en la que –a su entender– se impartía la mejor educación de Salud Pública, y en 1959 envió a Sonis, su asesor, a Londres por medio de una beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y otra del Consejo Británico.

De vuelta en el país, en 1961, Sonis se hizo cargo de la Escuela del Ministerio, y le dio inicio al curso de Salud Pública que se proponía formar profesionales de la misma manera en que se hacía en las escuelas líderes a nivel mundial, en una etapa de grandes cambios para la salud a nivel internacional.

Mientras tanto, la Escuela de Salud Pública había comenzado a funcionar en la Universidad, con muy poco apoyo de la Facultad de Medicina. El Director de la Escuela de la UBA era David Sevlever, y ambas Escuelas se desarrollaban paralelamente, sin sumar esfuerzos.

En 1962, un nuevo golpe de Estado en la Argentina destituyó el Gobierno democrático de Arturo Frondizi y, en su lugar, asumió la presidencia José María Guido, entonces presidente del Senado. Ese mismo año se cerró la Escuela y los cursos de Salud Pública que se dictaban desde el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.

Algunos de sus docentes se incorporaron a la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA. Si bien en un principio hubo reticencias por parte de la Escuela de la Facultad para tomar los alumnos de la Escuela del Ministerio, finalmente estos fueron absorbidos exitosamente por la Universidad.

El desarrollo de la Escuela no fue demasiado promisorio por aquellos años. Se encontraba prácticamente aislada dentro de la Facultad, con una proyección muy limitada en el país, y se desarrollaba de manera vegetativa, a pesar del empuje de algunos de sus docentes. Ello motivó, a fines de 1965, que la totalidad de los docentes suscribiera una nota a su Director, solicitándole que se acogiera a la jubilación, a fin de impulsar una conducción más dinámica, y acorde con los tiempos y las necesidades del país.

Pocos meses después, en junio de 1966, un nuevo golpe de Estado, esta vez bajo el mando del Tte. Gral. Juan Carlos Onganía irrumpió en el país. Ezequiel D. Holmberg asumió como Secretario de Salud. Su gestión tuvo una característica inusual en la Argentina: continuar y fortalecer la política sanitaria impulsada por el anterior ministro de Salud Pública, Arturo Oñativia (1963-1966). Como subsecretario de Salud asumió Alberto Mondet, asesor del Ministro anterior. Esta fue una de las gestiones más ejecutivas y que más modernizó la salud en la Argentina.

Durante su gestión, Holmberg y Mondet inauguraron las reuniones periódicas con los ministros provinciales de Salud Pública, lo que permitió dinamizar la relación Nación-provincias y, con ella, la gestión pública de la salud. Estas reuniones fueron el antecedente del proceso que desembocó en la creación del Consejo Federal de Salud (COFESA). A su vez, se realizaron reuniones regionales, en el Noroeste argentino y en la Patagonia.

El Gobierno había decidido transferir los hospitales nacionales a las provincias, lo que dio lugar a un gran debate sobre la forma en que se financiarían estas instituciones en su nueva inserción institucional, dado que las provincias se resistían a absorber los costos que implicaba el mantenimiento de los hospitales. Asimismo, emergió la preocupación sobre los límites de la descentralización de los hospitales a las provincias, debido a la falta de personal capacitado.

Este escenario generó, por lo tanto, una creciente demanda de formación de recursos humanos en Salud Pública para profesionales, así como de capacitación para el personal de los Ministerios.

A un mes de haber asumido la presidencia de facto, Onganía protagonizó la “noche de los bastones largos”, un episodio paradigmático de persecución de los círculos académicos universitarios. Este triste acontecimiento provocó un cambio radical en varias facultades de la Universidad, principalmente en Sociología, Psicología y Ciencias Exactas, con la renuncia de buena parte de su cuerpo docente. Sin embargo, este no fue el caso de Ingeniería y Medicina, donde continuaron las actividades con el plantel de profesores establecido, sin renuncias significativas. La posición predominante fue salvaguardar la Universidad, y evitar sangrías y desmantelamientos como los del período 1943-1955.

Si bien en la Escuela de Salud Pública renunciaron varios docentes, otro grupo de calificados profesores consideraron fundamental mantener las posiciones, ya que constituía la única estrategia para evitar la desaparición de la Escuela, en vista de la política universitaria en curso y de su débil enraizamiento en la Facultad de Medicina.

Sonis optó por permanecer en la Escuela, emprender su reconstrucción e iniciar una nueva etapa. Afortunadamente, este proceso se llevó a cabo satisfactoriamente: “armamos la escuela, y creo que fue un antes y un después en la formación en Salud Pública en la Argentina”, reivindica Sonis.

Un factor decisivo en la decisión de Sonis fue la designación como decano de la Facultad de Medicina de Andrés Santas, un prestigioso cirujano que en los años siguientes sería el líder de la educación médica en el país (presidió la Asociación Argentina de Escuelas de Medicina de la Argentina, la Federación de Escuelas de Medicina de América y la Asociación Mundial de Escuelas de Medicina).

En el momento en que le ofreció a Sonis la dirección de la Escuela, le expresó su intención de modernizar el currículo de la Facultad.

En este contexto, se produjo, por primera vez en el país, un acercamiento conceptual y operativo entre la Facultad de Medicina y las autoridades de Salud de la Nación así como de numerosas provincias, lo que permitió la puesta en marcha de diversos programas en todo el país.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

El eje de la gestión en la Escuela fue específicamente planificado teniendo en cuenta las necesidades y la realidad del país. Para ello, se definió un modelo de escuela moderna a la que se aspiraba para el futuro, no limitado a superar la instancia conflictiva inmediata. Se visualizó a la Escuela como la protagonista del desarrollo sanitario nacional, a través de la capacitación de recursos humanos en vistas de su participación en la política y la práctica de la salud.

Con este objetivo, se identificaron las siguientes áreas estratégicas: la conformación de un equipo de trabajo de jerarquía (2.1.); la legitimación de la Escuela y la Salud Pública como áreas prevalentes y respetadas en la Facultad de Medicina (2.2.); la modernización de la Escuela (2.3); su utilización como instrumento de actualización conceptual y metodológica de la salud pública nacional, a través de sus graduados y programas (2.4.), y su posicionamiento en el campo internacional (2.5.).

2.1. Conformar el equipo de trabajo

Las renuncias de un grupo importante de docentes obligaron a un esfuerzo significativo para la finalización del curso lectivo de 1966. Mientras tanto, se fue configurando el nuevo perfil docente. A este efecto, se convocaron profesionales prestigiosos (Urquijo, Ustaran, Ferrero, Marchésky, Mazzáfero, Alonso, Rabinovich y Molinero), y sanitarios jóvenes y con experiencia en el interior del país (Neri, Osore Soler, Kulfas, Escudero, Veronelli, Bello, Hamilton, Bianco y Suárez Ojeda). Asimismo, fueron incorporados como docentes personalidades como Alvarado y César Pepa, debido a que los alumnos debían realizar una práctica de tres meses en las provincias.

Al recordar el estado de ánimo de todos ellos, el expositor rescata el entusiasmo y la forma de enfrentar y resolver problemas tradicionales e inéditos, como expresión de la convicción de una satisfacción profesional que se sumaba a

la certeza de hacer algo concreto y efectivo por el país. “Se vivía en una atmósfera de creatividad que estimulaba el trabajo conjunto”, afirma.

En este sentido, se optó por la descentralización, de modo tal que cada jefe de Departamento, de Curso o de Programa tuviera la autoridad necesaria para conducirlo. Como contrapartida, debían informar periódicamente a la Dirección, consultar cuando lo creyeran conveniente o necesario, así como participar en reuniones frecuentes de coordinación.

2.2. Legitimar a la Escuela y a la salud pública como áreas prevalentes y respetadas en la Facultad de Medicina

El Decano veía y quería a la Escuela de Salud Pública como un instrumento para colaborar en la modernización de la currícula. Así, en 1968, la Facultad de Medicina incluyó las asignaturas de “Medicina Sanitaria” y “Demografía” en el plan de estudios, como materias de segundo y tercer año, cuyo dictado fue delegado a la Escuela.

También se trabajó intensamente con profesores de distintas materias de la Facultad, con la intención de colaborar en áreas de investigación y docencia, entre ellas: mortalidad infantil, junto a Pediatría; epidemiología de tumores, con cátedras quirúrgicas; y mortalidad materna y Obstetricia, con Ginecología, entre otras.

Un año más tarde, la Escuela abandonó el estrecho piso décimo de la Facultad de Medicina, para pasar a ocupar un edificio propio de cuatro pisos.

2.3. Modernizar la Escuela de Salud Pública

Durante los últimos años de la década de los cincuenta, las escuelas líderes de Londres iniciaron un proceso que se caracterizó por la sustitución de la noción tradicional de salud pública y la modalidad de docencia a ella asociada (narrativa, burocrática, descriptiva) por un nuevo paradigma. Distintas corrientes de pensamiento se conjugaron para promover los cambios.

En este sentido, la concepción de la salud pública como disciplina científica se nutrió de las estadísticas y las pruebas clínicas controladas, la epidemiología clínica, las técnicas cuantitativas, y la investigación operativa; así como de la teoría de los sistemas y de las organizaciones; y de aportes provenientes desde la Economía y de las Ciencias Sociales.

En el caso argentino, para cumplimentar esta asignatura pendiente se contó con el apoyo de destacados profesores de otras facultades, cuya colaboración posibilitó una rápida actualización del área. Entre ellos, se encontraban Guido

Di Tella, Francisco Suárez e Isidro Marín. Un ejemplo del tipo de labor realizada lo constituye el primer curso nacional en Planificación de Salud, realizado en 1967.

2.4. Construir una Escuela como referente para autoridades sanitarias

En primer lugar, fue fundamental estimular y, a la vez, responder a la demanda de formación de recursos humanos de autoridades nacionales y provinciales.

En 1967, a pocos meses de asumir como director, y una vez armados los equipos docentes, se ofrecieron diez cursos. El Diplomado tuvo una gran aceptación, triplicando el número de inscriptos de años anteriores. Se realizó una selección de 67 profesionales de alta calificación, muchos de los cuales eran funcionarios destacados de las provincias.

Los cursos incluían temáticas como planificación sanitaria, administración hospitalaria, estadística, administración de servicios materno-infantiles, capacitación para jefes de administración, arquitectura hospitalaria, administración de servicios, enfermería, control de enfermedades transmisibles, entre otros.

Asimismo, el Diplomado incluía tres meses de trabajo en terreno, en programas efectivos, donde los alumnos, muchos de ellos médicos prestigiosos en su especialidad, asumían responsabilidades en las provincias. Los viajes y gastos eran financiados conjuntamente por el Ministerio de Salud de la Nación y las autoridades provinciales.

También, en respuesta a la solicitud de varias provincias, se estableció un Programa de Administración Hospitalaria, que tuvo amplia concurrencia de los médicos de los servicios de salud. La relación con el Ministerio de Salud de la Nación era permanente. Existía una amplia participación de sus funcionarios en los cursos, así como trabajos conjuntos en investigación y asesoría. En este período eran frecuentes las visitas de los Ministros y Subsecretarios en la búsqueda de referentes para contratar o para intercambiar experiencias sobre programas específicos. Estas prácticas dan cuenta de hasta qué punto la Escuela se había transformado en el referente de la salud pública en el contexto nacional.

2.5. Posicionar a la Escuela en el ámbito internacional

Con este objetivo en la mira, se desarrolló una estrategia dual. Por un lado, se buscó fortalecer la relación con la Asociación de Escuelas de Salud Pública de América Latina, creada en 1958 y dirigida por la Organización Panamericana de

la Salud (OPS). Por el otro, se generaron vínculos con las escuelas de prestigio internacional de Estados Unidos y Canadá.

En el primer caso, a Sonis se le presentó de inmediato un problema, que –sin embargo– finalmente se constituyó en una gran oportunidad para la Escuela. En la última reunión de la Asociación de Escuelas (San Pablo, 1965) se había definido que el siguiente encuentro se realizaría en Buenos Aires en el año 1967. Llegado el momento, esto provocó serias discusiones entre los países y en la OPS debido a que muchos coincidían en que el recuerdo reciente de “la noche de los bastones largos” parecía desaconsejar su realización en el país. Para evaluar esta situación, la OPS envió una distinguida comisión de decanos de los Estados Unidos y América Latina, que finalmente aprobó su realización en Buenos Aires, luego de una visita a la Escuela. En la conferencia siguiente (Lima, 1969), Sonis fue designado como relator general.

Paralelamente, invitado por la OPS, Sonis visitó escuelas de Salud Pública de América Latina y los Estados Unidos, y estableció sólidos contactos con distinguidos sanitaristas. Entre ellos, se reunió con M. Roemmer (Los Ángeles), Kerr White (J. Hopkins) y H. Hilleboe (Columbia). Este último fue convocado como consultor por tres meses para la reestructuración del currículo de Diplomados, siguiendo las modernas orientaciones en la materia.

En los años 1969 y 1970, la Escuela recibió los primeros becarios extranjeros.

3. Actores: alianzas y oposiciones

3.1. Alianzas

A nivel nacional, la Secretaría de Salud de la Nación apoyó permanentemente la expansión de la Escuela a través de la adscripción de personal, tanto en el área docente como administrativa. Paralelamente, se desarrollaron cursos de capacitación para profesionales y administrativos de los servicios de salud, nacionales y provinciales. La autoridad nacional becó a muchos de ellos para que pudiesen realizar los cursos con dedicación exclusiva.

Las autoridades subnacionales de salud, por su parte, fueron importantes aliadas de la Escuela. A través de subsidios provinciales, se desarrollaron varios cursos en diversas jurisdicciones. Asimismo, los profesionales del Diplomado realizaban su práctica de terreno en el ámbito provincial, en programas concretos, durante tres meses. Finalmente, los Ministros provinciales –al igual que sus pares de la Nación– solicitaban asesoramiento para programas de salud y para la designación de funcionarios.

En el caso de la UBA, se contó con total apoyo del Decano de la Facultad de Medicina, que no sólo sostenía sino también impulsaba las actividades de la Escuela. Asimismo, se concretaron actividades conjuntas con profesores de esta facultad y también con profesores de gran prestigio de las carreras de Ciencias Económicas y de Sociología, que colaboraron generosamente en los cursos de la Escuela.

La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) -Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)- desde el comienzo de la gestión, expresó a las autoridades argentinas su interés en la nueva etapa que iniciaba la Escuela. A través del aporte de consultores, becas de estudio para profesores, subsidios para cursos y reuniones nacionales e internacionales, se constituyó en un factor decisivo y un apoyo fundamental para el desarrollo de la institución.

Por último, se establecieron buenas relaciones para la realización de cursos con algunas organizaciones profesionales médicas, como la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y varios colegios médicos provinciales.

3.2. Oposiciones

Los profesores de la Escuela que renunciaron luego de la “noche de los bastones largos” fueron la principal oposición, fundamentalmente en el inicio de la gestión y con procedimientos poco claros, en algunos casos. A pesar de que existía una relación de amistad con varios de ellos, se generó una oposición muy dura en términos políticos, profesionales y aún personales. “Probablemente no nos perdonaban que nos hayamos quedado y, sobre todo, que hubiéramos tenido éxito, y que el tiempo nos diera la razón”, sugiere Sonis.

La Escuela también contó con la oposición de grupos de derecha dentro de la Universidad, que tildaban a la Escuela de “izquierdista”, lo cual obligó a un constante juego político para neutralizar sus embates.

4. Obstáculos y dificultades

4.1. Obstáculos

Si bien en la gestión no se visualizaron grandes obstáculos, se puede señalar en este sentido la opinión que predominaba acerca de la Universidad luego de la “noche de los bastones largos”. A este efecto, se intentó en varias oportunidades aclarar que la situación en la Facultad de Medicina no era la misma que la que se

vivía en otras facultades de la UBA, donde había censura y restricciones para la designación de profesores.

En este contexto, la Facultad de Medicina contaba con una amplia libertad, y el apoyo y estímulo de las autoridades de la Facultad y del Ministerio a la labor docente, y a la generación de cambios, tendientes a la modernización de la Escuela. El disertante comenta que su renuncia como profesor asociado de la cátedra de Higiene Mental en la Facultad de Psicología, y su permanencia en Medicina, tal como la totalidad de los docentes, es una prueba de las diferentes situaciones que se vivían.

4.2. Dificultades

Sonis señala que las dificultades enfrentadas fueron las propias que conlleva un proceso de este tipo en la Argentina. En particular, destaca las vallas burocráticas que se desplegaron para que el personal del Ministerio de la Nación, los Ministerios provinciales y de la ciudad de Buenos Aires (personal administrativo, docente y becarios) pudiesen realizar los cursos de la Escuela con dedicación exclusiva.

Otra dificultad se planteó ante la decisión de que la Escuela asumiera la responsabilidad de la enseñanza de las dos materias de Salud Pública (Medicina Sanitaria y Demografía) para la carrera de Medicina, debido al elevado número de alumnos inscriptos. En este sentido, todo el cuerpo docente de la Escuela asumió la tarea y la remuneración fue saldada con un subsidio de la OPS.

5. Aprendizajes y logros

5.1. Aprendizajes

Para el disertante, gestionar la Escuela fue una excelente oportunidad para profundizar el aprendizaje de experiencias y adaptar logros anteriores a las nuevas circunstancias. Para llegar a una gestión exitosa fue fundamental la fijación sucesiva de objetivos y la concepción realista de la coyuntura política, afirma.

Sonis describe la experiencia como un proceso de actualización permanente, en el que los factores que intervinieron aparecieron como un ejercicio de combinación óptima de investigación operativa -que exigía atención permanente para localizar los factores que favorecían el proyecto a medida que éste avanzaba-, y localización de los aliados en cada caso. En la práctica, esto se tradujo en la promoción de un lenguaje común, que favoreció la posibilidad de instituir a la

Escuela como referente para las autoridades provinciales y nacionales en la elaboración y ejecución de sus programas.

Los antecedentes previos de Sonis, como asesor de Ministros y como participante en decisiones y experiencias en el campo de la salud en ámbitos provinciales y locales, fueron de mucha utilidad.

Políticamente, el aprendizaje estuvo en ofrecer a las autoridades programas que respondían a sus necesidades e intereses prioritarios. Diseñados por la Escuela, los programas se desarrollaban en las provincias con supervisión y capacitación del recurso humano por parte de la Escuela, y participación de sus alumnos como parte de la práctica.

5.2. Logros

La decisión del Decano de la Facultad de Medicina de conceder a la Escuela un edificio propio de cuatro pisos fue una clara muestra de que su gestión la consideraba como instrumento y componente de su política. Fue, asimismo, una demostración concreta de la prioridad e importancia de la Escuela para la Facultad.

A su vez, la difusión de la labor de la Escuela a través de diversas publicaciones resultó fundamental para el logro de los objetivos fijados, y para que la institución se instalase como referente de la salud pública nacional. En este sentido, se destaca la publicación *Cuadernos de Salud Pública*, editada por la Escuela, y que contenía artículos de interés en la materia para todo el país. Fue creada en 1967 y se distribuyó hasta que la Escuela fue intervenida por las autoridades de la Facultad, en 1977.

La propuesta académica y de intervención pública de la Escuela exigía profesores a tiempo completo, de los que la institución carecía. Para resolver esta limitación, se consiguió un subsidio de la OPS, que permitió completar el cuadro docente. A su vez, para solucionar problemas administrativos, se adoptó el escalafón del CONICET para los docentes con dedicación exclusiva, y el de la Universidad, para los docentes contratados por tiempo completo.

6. Evaluación de la gestión

Como evaluación del período, Sonis concluye que fue una experiencia importante que dejó huellas en la historia de la formación en salud pública en la Argentina. Los nombres de quienes se graduaron en aquellos años y las estrategias de

salud pública implementadas en las décadas de los setenta, ochenta y noventa en el país, y en la OPS, resuenan como hitos en la temática.

Para concluir, Sonis lista un conjunto de factores que considera decisivos para que su gestión al frente de la Escuela fuera exitosa: el compromiso con el país, la claridad en los objetivos, el realismo político, la calificación y el respeto de los recursos humanos, y la eficiencia en la estructuración y ejecución de los programas.

En la actualidad, parecería necesaria una experiencia similar frente al panorama deficitario en la docencia de la salud pública en la Argentina.

Capítulo 5

Políticas públicas y seguridad social. La experiencia de Mendoza

Marcelino Iglesias, director general de la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) de la provincia de Mendoza (2000-2007)

Perfil del expositor

Marcelino Iglesias

Marcelino Iglesias es químico y Licenciado en Bioquímica, egresado de la Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia, de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL).

Cuenta con experiencia en el campo de la gestión pública, así como en el ámbito legislativo provincial y en materia de seguridad social.

Se desempeñó como subsecretario de Promoción Social y Vivienda del Ministerio de Bienestar Social de la provincia de Mendoza, entre diciembre de 1983 y junio de 1986. Luego, fue ministro de esa misma cartera hasta diciembre de 1987.

Fue electo senador provincial para el período 1987-1991, desde donde integró las comisiones de Salud, Asuntos Sociales, y de Hacienda y Presupuesto. Unos años después asumió como diputado provincial, para el período 1994-1998, e integró las comisiones de Salud, Medio Ambiente, y Hacienda y Presupuesto.

Entre los años 1998 y 2000 fue subsecretario de Relaciones Interinstitucionales de la UNSL.

Finalmente, en el ámbito de la seguridad social, presidió y dirigió la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) de la provincia de Mendoza entre enero de 2000 y diciembre de 2007. Fue presidente de la Confederación de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina (COSSPRA) entre los años 2000 y 2002, y luego secretario general de esta confederación entre 2002 y 2007.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

Durante los sucesivos gobiernos de Carlos Menem, el ministro de Salud y Acción Social de la Nación, Alberto José Mazza, inició un proceso de reformas de la seguridad social nacional, que tuvo su correlato en las obras sociales provinciales, que eran instituciones básicamente financiadoras de servicios de salud.

Hacia fines de los noventa, la retirada del menemismo trajo aparejado el cuestionamiento al libre mercado y a las reformas impulsadas por ese Gobierno. A su vez, el Gobierno entrante de la Alianza revalorizaba el concepto de solidaridad en su discurso, muy maltratado en el proceso de organización de las obras sociales que tuvo lugar en la mencionada década.

La Obra Social de Empleados Públicos (OSEP), por tradición, no había sido una obra social exclusivamente financiadora, y era la única que contaba con efectores propios (dos hospitales y algunas delegaciones). Durante la gestión de Lafalla, anterior a la de Marcelino Iglesias, se emprendió un proceso de transferencia de efectores al Ministerio de Salud, que se interrumpió luego de su renuncia. Entonces, los dos hospitales de la obra social se encontraron cerca de pasar a la órbita del Ministerio provincial.

Por su parte, la oferta prestacional de la provincia, incluyendo profesionales y establecimientos de salud, estaba organizada en uniones de prestadores locales (UPL) -un consorcio integrado por el Círculo Médico, las clínicas y la Asociación de Psicólogos, entre otros-. La obra social abonaba a la UPL una cartera fija de servicios, para que luego ellos definieran la distribución de recursos en su interior. Esta estructura dotó de gran poder y presencia a los círculos médicos en el interior y a la Asociación de Clínicas en el gran Mendoza. En este sentido, Marcelino Iglesias señala que generaba subprestación y una mayor identificación del afiliado con el Círculo Médico en detrimento de la obra social. Ello acompañaba un marcado desfinanciamiento de la institución, agudizado por el hecho de que el sistema de aportes de las obras sociales provinciales, salvo excepciones como Neuquén y Chaco, cuenta con menos recursos que sus pares nacionales.

En este contexto, el expositor recuerda que el retroceso del peronismo en los organismos oficiales a nivel provincial dejó a la OSEP de Mendoza en una situación acéfala. El entonces Director General tenía conflictos con el Gobernador, por lo que se vio obligado a renunciar. Pocas decisiones se tomaron hasta que asumió el nuevo Director, seis meses más tarde. Así, los principales problemas de la obra social fueron absorbidos por la gestión siguiente.

Para el año 2000, Marcelino Iglesias asumía la dirección de la OSEP, que contaba con una pésima imagen y muchos cuestionamientos de gran parte de la sociedad mendocina, producto del pobre desempeño de la gestión anterior. Existían focos de conflictos permanentes, especialmente debido al proceso de desprendimiento de los efectores propios, protestas gremiales y manifestaciones de los afiliados.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

Según explica Iglesias, un organismo público como la OSEP, con 2.700 empleados, no logra sostenerse sin un proyecto coherente y factible, un equipo de trabajo incentivado y comprometido, y un liderazgo capaz de articular ambos componentes.

En este sentido, armar un equipo adecuado para las circunstancias fue el primer desafío que se planteó la nueva gestión y, para ello, el gobernador Roberto Iglesias (sin parentesco alguno con el director entrante) apoyó y dio plena libertad al nuevo Director de OSEP para hacerlo.

La primera batalla que dio el flamante equipo fue resolver el desfinanciamiento de la institución. Para introducir los cambios necesarios, la gestión buscó y alcanzó cierto consenso legislativo y un importante consentimiento social.

El presupuesto prestacional de OSEP estaba monopolizado por la Asociación de Clínicas y Sanatorios (ACLISA), en el gran Mendoza; y por las UPL, en el interior de la Provincia. En este contexto, la gestión de Iglesias adoptó como estrategia finalizar los convenios con ambas instituciones y, por medio de un telegrama, luego se comunicó a las clínicas y sanatorios que en 30 días finalizaría el convenio. Naturalmente, ACILSA reaccionó negativamente.

El pasaje de un mecanismo de contratación intermediado (por ACLISA o las UPL) a uno directo entre la OSEP y los sanatorios y clínicas privadas, inicialmente generó importantes resistencias. Sin embargo, luego de que firmara la primera clínica, cedieron gran parte de los establecimientos restantes y la convocatoria se tornó masiva. Para diciembre de 2000 existían únicamente convenios individuales con cada una de las clínicas.

Paralelamente, se establecieron contratos con hospitales públicos, entre ellos, el Hospital Pediátrico Dr. Humberto J. Notti (que concentra los casos de pediatría de la región), el Hospital Central (ubicado en la ciudad de Mendoza), y el Hospital Luis C. Lagomaggiore (cuyo servicio de maternidad ofrece un excelente sistema de guardia). Además, se fortaleció la relevancia y el prestigio de algunos

hospitales públicos regionales, integrados por médicos comprometidos con el servicio.

Para el año 2001 la crisis que transitaba el país agudizaba la complicada situación del sector de la salud y, en consecuencia, la provincia de Mendoza realizó los primeros recortes y reducciones salariales. Esto permitió a la OSEP modificar su mecanismo de pago a proveedores e introducir modalidades como el techo presupuestario y el tope prestacional por patología a los servicios ofrecidos en cada clínica según su complejidad.

El cambio de un sistema de cartera fija a uno de pago por prestación, contrariamente a lo pensado, redujo el gasto en el interior de la Provincia. Para el expositor, esto confirma la sospecha de que existía subprestación por parte de las UPL.

La OSEP logró superar la tensión generada por su doble rol de financiador y prestador. En los años 2002 y 2003, pese a ser aún un período conflictivo para la institución, se registró inversión privada y mejoras en la calidad prestacional, producto de las exigencias de la obra social para poder contratar servicios. Además, se trabajó para mejorar la calidad del servicio brindado en los efectores propios. Cuando éstos comenzaron a ganar prestigio, se fomentó la competencia con los servicios privados, y se logró cierto equilibrio en la provisión de servicios ambulatorios.

Estos cambios se acompañaron con una política de libre tránsito para el afiliado, que le permitió recuperar la posibilidad de elegir el lugar de atención. Así, el afiliado dejaba de solicitar permiso al Círculo Médico o a la UPL y, sólo con una tarjeta magnética, se encontraba en condiciones de comprar en cualquier farmacia de la Provincia, atenderse con el profesional y en la clínica que eligiera (y que tuviera convenio con OSEP). Esta modificación incrementó ampliamente el grado de satisfacción de los afiliados.

En parte, esto fue posible gracias a que la nueva gestión sostuvo y fortaleció el sistema de información introducido por la gestión anterior. Iglesias señala que, al momento de asumir, el sistema de información en desarrollo brindó una buena base para la gestión entrante. En ese momento sólo existía la internación *on line* en las clínicas y, luego de seis meses de gestión, se avanzó en la incorporación de las farmacias, seguidas por los prestadores privados. Desde el año 2001, la OSEP cuenta con un funcionamiento pleno de la tarjeta magnética para todas las prestaciones, lo que la convierte en la primera obra social del país con un efectivo sistema informático.

A ello se sumó la política de recuperación de las delegaciones, que incluyó la construcción de nuevas, la remodelación de las existentes y la incorporación

de nuevos servicios. Esto provocó un alto grado de adherencia y fidelidad de los afiliados, que se acercaron a la delegación para hacer trámites administrativos o, directamente, para atenderse. En el mismo sentido, se produjo un aumento de la demanda.

Otra de las falencias de la OSEP era la ausencia de programas, según señala Iglesias. Por eso, la nueva gestión trabajó en el desarrollo de varias intervenciones. Durante los dos primeros años se lanzaron programas sobre tabaquismo, problemáticas relacionadas con la adolescencia, enfermedades crónicas, estimulación temprana, promoción de la lactancia materna, entre otros. Entre ellos, se encontraba el Programa de Salud Reproductiva, que merece una mención aparte por el grado de innovación y adelanto en las medidas introducidas.

En Mendoza existía una ley, en cuya formulación había participado Marcelino Iglesias durante su paso por el Poder Legislativo provincial, que obligaba a la obra social a desarrollar un programa de salud reproductiva. Entonces, durante su gestión se implementó el programa, y OSEP fue una de las primeras obras sociales en incorporar como servicio básico la provisión de anticonceptivos gratuitos, dispositivos intrauterinos (DIU), entre otros. También se aprobó una resolución que permitió, en el marco de la ley de derechos en salud, la ligadura de trompas. Seis meses antes de dejar la gestión de la OSEP, Iglesias logró establecer la libre elección, que permitió a las mujeres elegir el efector (propio o privado) donde realizarse la ligadura de trompas.

Por último, en abril de 2007 se inauguró el servicio de vasectomías en el hospital de la obra social, del que el propio Iglesias fue el primer paciente, con el objetivo de difundir el servicio y lograr la adhesión de los varones, normalmente reticentes a este tipo de prácticas.

Otro de las intervenciones desatacadas por el expositor fue la política de acercamiento al organismo encargado de la educación provincial, la Dirección General de Escuelas. Esta política incluyó la firma de un convenio para realizar el control de ausentismo docente y la implementación de tres programas de prevención para docentes: riesgos cardiovasculares, problemas fonoaudiológicos y, finalmente, salud mental. Aunque el primero de los programas no colmó las expectativas de la gestión, los dos restantes resultaron exitosos.

La capacitación de profesionales puede considerarse otra área donde los avances realizados por la OSEP la ubican como institución pionera. Según manifiesta Iglesias, la capacitación se encuentra considerablemente restringida a quienes pueden solventarla, lo que limita el acceso de muchos profesionales. Señala que no son los bioquímicos, los odontólogos, los psicólogos o los trabajadores sociales quienes llegan a capacitarse periódicamente en congresos o cursos, sino

los anestesiólogos, los neurólogos y los cardiólogos (que prescriben los remedios y solicitan los estudios más costosos).

En 2001, la gestión de Iglesias planificó la presentación de proyectos de capacitación y, ya para 2007, se invertía aproximadamente un millón de pesos en este rubro. En esta dirección, se montó el laboratorio bioquímico de mayor complejidad de la Provincia y se realizaron numerosos congresos, encuentros, talleres y foros. Paralelamente, en el año 2004 se iniciaron las residencias médicas, fundamentalmente en Medicina Familiar¹⁹, y también en Clínica Médica, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cardiología, Diagnóstico por Imágenes y Bioquímica.

Además, se realizó un plan estratégico para la formación en Enfermería y se planificaron capacitaciones específicas para otras profesiones, que se realizaron mayoritariamente en Mendoza, organizadas por la obra social, y para las que se convocó a docentes y especialistas y se evitó desplazar a los profesionales locales. Las capacitaciones eran abiertas y, en su mayoría, no aranceladas. De esta manera, con costos reducidos, se logró formar una gran parte de los recursos humanos del sector de la salud en la Provincia.

Una de las mayores innovaciones, que diferencia a la OSEP de sus instituciones pares, fue el avance en servicios que el expositor señala como “VIP”: odontología de alta complejidad, turismo y óptica. El primero ya contaba con cierto grado de desarrollo, mientras que los dos servicios restantes se montaron íntegramente durante la gestión de Iglesias.

En odontología, la OSEP contaba con una larga tradición, aunque con un servicio irregular en cuanto a la distribución y complejidad de las prestaciones ofrecidas, tanto en el Gran Mendoza como en el interior de la Provincia²⁰. Primero se elaboró un estudio de costos que sirvió de insumo para desarrollar, en el año 2001, el primer ensayo con efectores propios. Esta experiencia resultó exitosa y sentó las bases para el desarrollo posterior de todos los servicios, tanto el de los existentes como el de los que se fueron creando. Actualmente, los afiliados a la OSEP cuentan con un mejor servicio de odontología, tanto en calidad como en variedad de prácticas, que supera, en opinión del expositor, al ofrecido en importantes prepagas nacionales.

Según relata Iglesias, el servicio se planificó sobre la libre elección del afiliado entre el efector propio y el privado, gracias a los convenios gestionados con todos

19 El gran desarrollo de muchos de los programas realizados fue sobre la base de la Medicina de Familia.

20 El expositor señala que, mientras en Malargüe había 3.000 afiliados y en San Rafael, 30.000, ambas localidades contaban con la misma cantidad de odontólogos.

los círculos odontológicos provinciales. Así, con auditoría previa y con el pago de los co-seguros acordados, el afiliado podía acceder a odontología general, odontopediatría y endodoncia, entre otros servicios. Además, y para facilitar el acceso de los afiliados, se diseñaron planes de financiamiento implementados mediante un mecanismo de descuento del sueldo en cuotas.

La obra social trabajó para mejorar la calidad de los insumos y se realizaron fuertes inversiones en equipamiento. Aún adquiriendo los insumos de mayor calidad del mercado, recuerda el expositor, el gasto en odontología de la OSEP era menor y brindaba mayor cantidad de servicios que las restantes obras sociales.

Finalmente, la OSEP instaló una óptica utilizando el modelo de “menú a la carta”, similar al del servicio de odontología, que ofrece alrededor de 700 modelos de anteojos de diferentes marcas, marcos y calidades. Los anteojos de modelos más anticuados y de menor calidad, como los ofrecidos por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), quedaron excluidos de la licitación. A pesar de ello, los afiliados contaban con precios más baratos que los ofrecidos en las ópticas comerciales y accedían a financiamiento mediante descuentos mensuales en el sueldo. Iglesias señala que este servicio operó equilibradamente desde su inauguración, en agosto de 2005, hasta la actualidad, a pesar del intento de boicot que, según Iglesias, realizaron las ópticas comerciales.

Esta gestión también fortaleció las estrategias de comunicación, sin las cuales todas estas acciones no hubiesen trascendido. En este sentido, una de las principales herramientas desarrolladas por la OSEP fue la creación de una revista mensual que llega a 111.000 hogares, financiada mediante publicidad comercial. La revista que incluye las novedades de la OSEP, información sobre temáticas de salud, consejos, teléfonos y direcciones útiles, entre otros datos.

Complementariamente, se diseñó una estrategia de comunicación mediante la cual la OSEP logró desarrollar una fuerte imagen corporativa. La estrategia incluía una red de carteleros en las paradas de colectivos y vallas estáticas, con presencia permanente de la obra social (programas, consejos útiles, entre otros). La OSEP pasó a formar parte, así, del paisaje urbano de la provincia de Mendoza. El expositor grafica el éxito de la estrategia de comunicación ejemplificando con la campaña de vacunación contra la hepatitis B²¹, que se extendió a afiliados

21 La campaña se lanzó el 3 de diciembre de 2001 y su preparación llevó un año y medio. Durante una semana se mantuvo la ciudad de Mendoza empapelada con carteles enigmáticos que decían: “Es 100 veces más contagiosa que el SIDA”, “Se transmite de madre a hijo”, “Produce cirrosis y cáncer de hígado”, etc. Se transmitían estas consignas y una alternativa, que planteaban como solución la vacunación. La segunda semana se develó la incógnita: “Hepatitis B, programa de vacunación”.

y no afiliados, logró la aplicación de 600.000 dosis y posicionó a la OSEP en el campo de la salud pública. Además, se realizó una importante campaña sobre riesgos cardiovasculares que logró un *screening* a más de 20.000 afiliados en su lugar de trabajo.

3. Actores: alianza y oposiciones

Las principales alianzas involucraron, en primer lugar, al personal de la obra social; luego, al Ministerio de Salud provincial, seguido por los afiliados y, finalmente, los prestadores.

Según manifiesta el expositor, la relación entre la OSEP y el Ministerio de Salud fue buena. Sin embargo, señala que durante los últimos años de la gestión las autoridades de Salud estuvieron abocadas a los conflictos de tipo gremial, lo que dificultó el avance en la planificación de la obra social. El Gobernador, por su parte, brindó apoyo y amplia libertad de acción a la gestión de Iglesias.

El recurso humano de la obra social fue el gran aliado de la gestión, que les brindó el espacio para convertirse en protagonistas y motores del proceso de recuperación y transformación de la OSEP. Los prestadores, por su parte, se convirtieron en aliados principalmente a partir de la crisis.

El PAMI estuvo ausente en la Provincia durante siete meses, luego de la crisis del año 2001. Frente esta situación de incertidumbre, los prestadores temían no cobrar y desconocían cuándo y en qué moneda lo harían (varias provincias comenzaron a pagar con bonos locales, que en Mendoza se llamaron Petró). Prestadores que en un inicio se resistieron a las nuevas reglas de juego fijadas por la OSEP se acercaban en busca de una solución conjunta a la crisis. En este contexto, la nueva gestión aprovechó la oportunidad para trabajar con todos los sectores, transformándolos en aliados de la reforma. Después del año 2002 cesaron los recurrentes reclamos de los diferentes sectores, especialmente los del Circulo Médico, y se fomentó el diálogo y la búsqueda de acuerdos como practica común.

Otros grandes aliados de la estrategia de gestión de la OSEP fueron los docentes²², actores multiplicadores por excelencia. Con ellos se utilizaron intensamente los espacios propios de la obra social en todas las delegaciones, y se priorizó una

22 Los docentes componen aproximadamente el 40% de la población afiliada a cualquier obra social provincial, en la medida que representan una proporción importante de los empleados públicos en las provincias.

nueva concepción de la medicina, interdisciplinaria y compartida. En estos lugares de encuentro se realizaron varias actividades preventivas, incluyendo talleres diversos, y también se brindaron charlas propuestas por los docentes en las escuelas con los afiliados de la OSEP.

Los organismos que nuclean a los profesionales y establecimientos de salud no tuvieron vínculos homogéneos con la obra social. Producto de las modificaciones introducidas por la OSEP y el crecimiento de la institución, los círculos médicos y la asociación que nuclea a las clínicas perdieron poder. La Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA) y los municipales, por su parte, se convirtieron en aliados estratégicos. Además, hubo buen entendimiento con las asociaciones de odontólogos, psicólogos, bioquímicos, quienes tenían la intención de desvincularse del Círculo Médico.

Con la Legislatura se logró un trato fluido que comenzó con la aprobación de la Ley de Financiamiento de la OSEP. A partir de allí, Iglesias respondía personalmente a las citaciones de las Cámaras, que a menudo eran solicitadas por él mismo.

Finalmente, los periodistas fueron siempre influyentes, y facilitaron, en muchos casos, la legitimación de la obra social y sus emprendimientos. Para ello, el equipo de gestión trabajó durante meses en reuniones con periodistas para informar acerca del financiamiento y los problemas centrales que enfrentaba la obra social. En este sentido, cuando la OSEP comenzó a ser percibida como un interlocutor claro y confiable, su presencia se instaló en la vida cotidiana de la comunidad a través de los medios de comunicación.

4. Obstáculos y dificultades

De acuerdo con el expositor, el proceso de cambio se vio obstaculizado, en parte, por la fuerte tendencia a la inercia propia del sector público, que transforma los cambios en largos procesos complejos.

Además, señala que los estatutos del personal y la Ley de Contabilidad fueron barreras considerables para la gestión, que obstaculizaron el trabajo de protección y dificultaron el ejercicio de las funciones en tiempo y forma.

Luego de ocho años de una gestión que contó con una gran dinámica se produjo cierto desgaste en algunos funcionarios que redujeron su entusiasmo inicial. Para Iglesias, esto era un claro signo de que se necesitaba un recambio en el equipo directivo. En este sentido, afirma que en la administración pública es necesario instalar una dinámica constante de cambio, de lo contrario el personal incorpora fácilmente una dinámica de no-trabajo.

5. Aprendizajes y logros

5.1. Aprendizajes

Una de las limitaciones importantes de la OSEP eran las dificultades que producían a la gestión la falta de interacción entre los contadores, a cargo del rol financiador de la institución, y los médicos, quienes desempeñaban la función asistencial de la obra social. Para saldar esta limitación, Iglesias creó una Comisión de Gestión Administrativa Asistencial convocada semanalmente, que permitió agilizar en gran medida los procesos y el trabajo del Directorio. Este último mantenía la dirección estratégica de la OSEP, pero lo hacía sobre consensos previos, acelerando considerablemente el proceso de toma de decisiones.

La interacción entre técnicos y políticos fue posible, reconoce el expositor, debido a que en el proceso participaron funcionarios con gran vocación de aprendizaje. Ello incentivó la articulación de la experiencia de la macrogestión, sin descuidar la parte técnica.

Otro aprendizaje señalado por expositor es que la mejora de los servicios ofrecidos incrementa la expectativa de quienes los demandan, y se debe estar preparado para poder satisfacerla. Los cambios introducidos en la OSEP aumentaron considerablemente la demanda de los beneficiarios, y obligaron a la gestión a agilizar la dinámica y asumir el riesgo que ello conlleva.

Desactivar la dinámica atada a los liderazgos incuestionables fue una tarea difícil y muy costosa para la gestión entrante. En este sentido, la implementación de la residencia de Medicina Familiar generó un importante conflicto porque rompía con las divisiones entre especialidades médicas y generaba recelos profesionales. Además, se fomentó la implementación de la medicina basada sobre la evidencia y el trabajo sobre protocolos únicos, pero discutidos y consensuados. Por último, se utilizaron nuevos espacios para desarrollar la medicina preventiva con el fin de desvincular la salud de la actividad asistencial asociada con el espacio hospitalario.

Iglesias destaca como mayor aprendizaje de la gestión el haber confirmado que los desafíos siempre convocan. Aunque las metas planteadas sean complejas, su mera existencia incentiva a la participación de la población. Establecer objetivos es necesario, sobre todo, cuando se posee una pertenencia político-partidaria determinada y conocida. Esta transversalidad facilita el acercamiento de quienes probablemente no se hubiesen interesado de otro modo, y permite contar con una amplia diversidad política y profesional.

5.2. Logros

La Legislatura aprobó la Ley de Financiamiento, que permitió sanear la obra social e, incluso, alcanzar un pequeño superávit. Además, en el año 2000 se sancionó la Ley de Afiliación Voluntaria, que permitió la incorporación de población sana y joven a la obra social. En parte, esto contribuyó a mejorar el financiamiento de la institución y, fundamentalmente, estimuló la elección por la calidad promoviendo la competencia.

Junto al mejoramiento de la imagen de la obra social se produjo un acercamiento de beneficiarios voluntarios. En términos numéricos, para noviembre de 2007, en la última contabilización que se realizó durante la gestión de Iglesias, la OSEP tenía 48.000 afiliados voluntarios de 343.000 afiliados totales.

La OSEP logró ofrecer un plan único para todos los afiliados, sin diferenciar por tipo, y se garantizó un programa de carencias amplio. Por ejemplo, un afiliado voluntario reciente puede realizarse una prótesis odontológica al primer mes y, la ortodoncia, al segundo.

Este proceso fue modificando el funcionamiento de la OSEP. Se incorporaron uniformes que identificaban a los trabajadores, se desarrollaron cursos de capacitación permanente, y se fomentó la rotación de los recursos humanos en contacto con el público, para evitar el desgaste propio de la tarea.

La introducción de la política de libre tránsito de los beneficiarios estimuló la competencia entre los prestadores, en la medida que debían mejorar la calidad de servicios ofrecidos para no perder población históricamente cautiva y convocar nuevos pacientes.

Por otro lado, se fortaleció la relevancia y el prestigio de algunos hospitales públicos regionales, en parte como producto de la implementación de convenios directos, que eliminaron la intermediación de las UPL. Anteriormente, las UPL eran responsables de garantizar el pago a los hospitales. De acuerdo con el expositor, esto sólo se realizaba en contadas ocasiones.

La ruptura con las grandes corporaciones, como ACLISA²³, el Círculo Médico de Mendoza y las UPL del interior, permitió a Iglesias fijar políticas propias y gestionar con más libertad la obra social.

23 Iglesias describe a ACLISA como un fuerte círculo de poder que agrupaba a todas las clínicas y sanatorios de la Provincia, a excepción de tres instituciones: el Hospital Español, la Sociedad Española de Socorros Mutuos y el Hospital Italiano.

Otro logro destacado fue incorporar a los programas como forma de organizar las intervenciones de manera más racional, lógica e interdisciplinaria.

Finalmente, Iglesias concluye que su gran logro fue torcer el crítico rumbo de la obra social, que permitió modificar y mejorar la relación con los prestadores, y erradicar los abusos a los que estaba sometida la institución. Ello permitió el refinanciamiento de la OSEP, impulsó el cambio de imagen y su reposicionamiento en el sistema sanitario provincial.

6. Evaluación de la gestión

Una de las reflexiones finales del expositor fue el deseo de que se le diese continuidad al proyecto iniciado en la OSEP. En septiembre de 2008, la obra social aún no contaba con un Director General que lo reemplazara, y era gerenciada por el Ministerio. Se mantuvieron algunos programas, se rediseñaron otros acotando sus competencias y, según expresa Iglesias, se sustituyeron autoridades basándose sobre criterios más partidistas que profesionales.

La experiencia de la OSEP durante los ocho años de gestión de Iglesias ha sido atípica, no tanto por los problemas enfrentados que son comunes a toda la seguridad social, sino porque la forma de enfrentarlos y solucionarlos, y las iniciativas adoptadas fueron originales e innovadoras.

Esta nueva dinámica generada por la gestión de Iglesias brindó a la OSEP una nueva impronta que el afiliado reconoce y valora ampliamente. Desde al año 2003 la OSEP cuenta con una aceptación superior al 85% entre los afiliados, y una muy baja opinión negativa (entre el 2 y el 3%).

Iglesias menciona como desafíos pendientes, principalmente, terminar de fortalecer la estabilidad del financiamiento, y luego la conformación de los efectores propios, especialmente, mejorando la cobertura de los medicamentos ambulatorios; reformular algunos programas desgastados, y mejorar la coordinación entre el primer nivel y el segundo nivel de atención.

Capítulo 6

Resolver la inequidad: las políticas sanitarias materno-infantiles en un contexto de crisis

Nora Rébora, directora nacional de Salud Materno Infantil y Nutricional del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2002-2004)

Perfil de la expositora

Nora Rébora

Nora Rébora es médica, egresada de la Universidad de Buenos Aires (UBA), con especialización en Clínica Médica (Ministerio de Salud de la Nación); en Ultrasonografía (UBA) y en Medicina del Trabajo (Universidad Nacional de San Martín). Realizó una maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud en la Universidad Favaloro; y también es magíster en Economía y Gestión de la Salud por la Fundación Isalud.

Es autora de 30 trabajos científicos publicados en revistas nacionales y latinoamericanas, y miembro titular de nueve sociedades científicas.

Luego de haber trabajado como profesional médico del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, fue subdirectora y directora de esta institución (1996-2000). Fue miembro de la Auditoría General del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000-2002). En el año 2002, fue asesora de la Intervención de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de la Salud (ANLIS).

Asimismo, desempeñó múltiples posiciones de gestión sanitaria en el sector de la seguridad social y en la medicina prepaga.

En el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación lideró la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Nutricional (2002-2004), y fue coordinadora del Programa Materno Infantil y Nutricional (PROMIN).

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

En los primeros meses del año 2002 la Argentina presentaban un escenario extraordinariamente conflictivo, debido a la aguda crisis que se desató en 2001.

El Ministerio de Salud de la Nación sufría los efectos de la inestabilidad sociopolítica y macroeconómica, que se tradujeron en una gran incertidumbre a nivel institucional e, incluso, se llegó a pensar la posibilidad de reconstituir el Ministerio con rango de Secretaría.

En este contexto, el Programa Materno Infantil y Nutricional (PROMIN)²⁴ y la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil coexistían en el interior del Ministerio de Salud. Ambos registraban inconvenientes, principalmente por su funcionamiento simultáneo y desarticulado. Aunque trabajaban sobre el mismo universo y compartían el espacio físico, no existía integración entre ambas instituciones, lo que generaba múltiples inconvenientes internos y externos.

Las estrategias dispares adoptadas por los organismos para abordar la misma problemática generaban tensión, especialmente con el personal involucrado. A ello se sumaba que los consultores del PROMIN, nombrados por el Banco Mundial, percibían honorarios superiores a las remuneraciones de los recursos humanos de la Dirección, que mayoritariamente eran personal de planta. Esta situación generó un enfrentamiento interno que se extendió por una década.

En este marco, Nora Rébora asumió la Dirección de Salud Materno Infantil durante la gestión de Ginés González García como ministro de Salud²⁵, quien le encomendó la tarea de unificar un sector del Ministerio con serios problemas de articulación y en conflicto permanente.

Por su parte, la expositora describe al área de Maternidad e Infancia como un sector “codiciado por los cuadros políticos”, en la medida que las intervenciones en este área tienen un alto grado de exposición e impacto social. En este sentido, su gestión en la Dirección fundamentalmente como un cuadro técnico representó un desarrollo muy interesante en su carrera.

24 Programa con financiamiento del Banco Mundial.

25 La vinculación entre ambos surge a partir de los estudios de Rébora realizados en la Fundación ISALUD, donde se graduó como magíster en Economía de la Salud.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

Rébora reunió al equipo del PROMIN y de la Dirección con un único objetivo: contribuir a encauzar las políticas sanitarias materno-infantiles. Para lograrlo fue necesario desactivar y resolver los conflictos internos.

En este sentido, el crítico contexto macroeconómico del país llevó a que se disminuyeran los honorarios del personal contratado por el Banco Mundial para implementar el PROMIN. Esta medida equiparó las remuneraciones de los recursos humanos (personal de planta y contratados), y se obtuvo una mayor equidad de los sueldos. A ello se sumó mayor ecuanimidad en el control²⁶ de los recursos humanos.

Paralelamente, la gestión de Rébora introdujo en la Dirección a los coordinadores por área. De esta manera se designó como responsables de Maternidad, Infancia, y Salud Reproductiva, entre otras, a personal de planta, y también quedaron bajo su tutela los profesionales contratados por el Banco Mundial. Esta medida tenía una doble intencionalidad: estratégica y reivindicativa. Por un lado, se buscaba brindar continuidad a los programas e intervenciones de la Dirección y, para ello, se seleccionó al personal con mayores posibilidades de permanecer en los cargos. Por otro lado, se intentaba reivindicar al personal de planta que se encontraba desmotivado frente a la incorporación de profesionales contratados, que en varias ocasiones desarrollaban actividades similares en forma paralela.

Estos cambios actuaron sobre las principales tensiones presentes en las gestiones anteriores, y desactivaron paulatinamente el conflicto entre los trabajadores del Ministerio, quienes rápidamente se encuadraron en la línea de trabajo propuesta por la nueva gestión. En este contexto, Rébora señala que la gestión estableció sus objetivos, fijó sus metas, desarrolló las líneas de base, determinó sus estrategias y definió los indicadores que permitirían evaluar los resultados.

El PROMIN contaba con un presupuesto inicial de 100 millones de dólares, de los cuales sólo se habían erogado 10 millones luego de diez años de implementación. Es decir, había 90 millones de dólares sin ejecutar²⁷. La expositora recuerda que el ministro Alberto José Mazza tuvo un desarrollo estratégico muy focalizado, sin poder coordinar las acciones de su gestión con el PROMIN. Mientras

26 Rébora señala como ejemplo que los consultores del Banco Mundial pasaron a registrarse en planillas de control común al resto de los trabajadores.

27 Con la devaluación de enero de 2002, los 90 millones de dólares se transformaron en 270 millones de pesos.

tanto, según explica Rébora, el Banco Mundial realizaba informes y evaluaciones anuales poco alentadoras del Programa²⁸.

La gestión entrante aprovechó la oportunidad que brindaba este financiamiento para llevar a cabo un emprendimiento hasta el momento inédito en el país: la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Si bien se habían realizado algunos relevamientos nutricionales focalizados que luego se extrapolaban a otras provincias, eran evaluaciones pequeñas y no representativas del ámbito nacional. Esta fue la primera encuesta en la temática con representatividad a nivel nacional realizada en la Argentina. Fue un proceso complejo que involucró un gran esfuerzo de coordinación. El diseño de la encuesta y el trabajo de campo llevaron aproximadamente dos años. La muestra incluyó el relevamiento de 78.000 hogares de todo el país.

En primera instancia, se desarrolló una campaña nacional de comunicación. Luego se efectuó el timbreo sobre la muestra poblacional definida. Y, finalmente, se procedió a efectuar las encuestas, las mediciones, los estudios de actividad lúdica de los niños y las extracciones de sangre. Según expresa Rébora, la negativa de la población a ser encuestada fue mínima (aproximadamente un 1%).

El diseño de la encuesta fue global, e incluyó desde las balanzas hasta los juegos para observar el desarrollo de los niños. Por su parte, los equipos de encuestadores (pediatras y bioquímicos) fueron capacitados en el transcurso de un año.

La Dirección Nacional de Estadística de Salud del Ministerio²⁹, por su parte, quería implementar una nueva metodología para codificar los egresos hospitalarios, llamado Código Mínimo Básico de Datos (CMBD), utilizado por los países más avanzados.

Además, el Ministro exigió que los hospitales públicos del país implementaran una informatización de las historias clínicas, para que luego la información pudiera ser enviada por correo electrónico al Ministerio y obtener, de esta manera, un registro nacional de datos de morbilidad integrado.

28 Por ese monto no ejecutado, el Estado debía pagar intereses. En este sentido, el Banco Mundial evaluó que el programa tenía una estrategia deficiente, no lograba integrarse a las políticas vigentes, y no tenía una planificación eficaz de modo de ejecutar correctamente el préstamo otorgado.

29 Según expresa la expositora, y a diferencia del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), este organismo se ha caracterizado por mantener la autonomía en la producción de sus estadísticas y la confiabilidad en sus datos, a pesar de las presiones recibidas a través de los años. “Es la memoria de la salud a nivel nacional”, afirma Rébora.

Para implementar estas medidas, la gestión de Rébora proveyó de equipamiento a las Direcciones de Estadística provinciales, financió el cableado y la conexión a Internet y capacitó al personal. Asimismo, gestionó la firma del acta que establecía que los hospitales públicos del país integrarían la hoja de egreso.

Este proceso, iniciado en enero de 2005, se financió con fondos del PROMIN y contó con el acuerdo del Banco Mundial. Obtuvo una amplia aceptación de las provincias que, en forma paulatina, fueron adhiriendo, con excepción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Otra de las intervenciones destacadas de la gestión, en el ámbito de la producción de información, fue el desarrollo de un relevamiento de las maternidades del país, evidenciando que, entre el 25% y el 30% de los establecimientos no estaba en condiciones para atender partos. Paralelamente, la gestión de Rébora dio impulso a los Programas Materno Infantil y de Salud Sexual y Reproductiva mediante la compra y distribución de leche, insumos, medicamentos y anticonceptivos, y la construcción de 109 obras en las maternidades y servicios de neonatología del país.

Además, la gestión evaluó la importancia de fortalecer el rol de Rectoría del Ministerio de Salud de la Nación como generadora de consensos con las provincias que implementaban los programas de la Dirección. Para ello, se establecieron normas y actas, y se fijaron los objetivos para coordinar las acciones.

En provincias con indicadores de mortalidad infantil poco satisfactorios, como Santiago del Estero, la Dirección contrató personal para colaborar en la organización de estrategias para disminuir la mortalidad infantil.

Por otra parte, en aquellas provincias que contaban con graves problemas de mortalidad materna por aborto, y se negaban a recibir los insumos de anticoncepción, la Dirección articuló estrategias de distribución con organizaciones no gubernamentales (ONG).

3. Actores: alianza y oposiciones

En el interior de la Dirección de Salud Materno Infantil la gestión contó con el apoyo del personal, luego de desactivar el conflicto de larga data que existía entre profesionales contratados por el PROMIN y personal de planta. La homogenización de los trabajadores en función del trabajo (y no de la fuente de financiamiento) fue una de las primeras medidas asumidas por Rébora.

En el plano externo, mantenían buen diálogo con las Direcciones Provinciales de Salud Materno Infantil, los servicios materno-infantiles de los hospitales y los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Por otro lado, se desarrollaron excelentes vínculos con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), diversas ONG, grupos piqueteros y asociaciones científicas.

4. Obstáculos y dificultades

La Argentina tiene un sistema sanitario extremadamente fragmentado y desarticulado, y las perspectivas de centralizar su financiamiento, que según la expositora alcanza un 8% del Producto Bruto Interno (PBI), no se visualiza como una reforma próxima a suceder.

En este sentido, Rébora señala que es necesaria una mayor integración pública y privada para resguardar a la población más vulnerable y garantizar la calidad y el precio de los servicios, y evitar la actual irracionalidad del sistema. Además, a la fragmentación del modelo de salud argentino entre subsistemas se suma la segmentación por provincia³⁰.

En este contexto, la fragmentación inicial de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Nutricional contribuyó a profundizar esta característica general del sistema. Este organismo contaba con cuatro programas lineales: Salud Infantil, Salud Materna, Salud Perinatal, y Salud Reproductiva y Procreación Responsable³¹. El Ministerio de Salud de la Nación, autoridad de aplicación de estos programas, debía garantizar capacitación, insumos, coordinación y colaboración con los programas provinciales, que en gran parte eran “espejos” de los nacionales.

Otro obstáculo para la gestión fue la rotación e inestabilidad que existía en los cargos de coordinación. Para la expositora, ello se atribuye a las características – más políticas que técnicas – de los funcionarios elegidos para ocupar estos puestos. El personal de planta, por debajo -en jerarquía- del funcionario político, es quien conoce más cabalmente el trabajo, el medio, los problemas y las soluciones.

30 Las provincias no delegan las competencias sanitarias en la Nación. Esto implica, entre otras cosas, que si el Gobernador o el Ministro de Salud provincial obstaculizan la ejecución de un programa nacional, el organismo nacional de aplicación no tiene capacidad de hacerlo cumplir.

31 Rébora señala que debido a que también existe una fuerte fragmentación interministerial en el Estado central, la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable sólo fue aplicada por el Ministerio de Salud, siendo que era una legislación que abarcaba también al Ministerio de Educación, para lograr la integralidad de la estrategia de prevención.

Sin embargo, el funcionario político, con menor arraigo en la función y menos conocido por los actores locales, es quien finalmente toma las decisiones.

El establecimiento de prioridades para resolver los principales problemas sanitarios de la población es otra dificultad con la que se enfrentó la gestión. Por ejemplo, la mortalidad neonatal³² es un buen indicador del trabajo en red en el sistema sanitario, debido a que no depende únicamente de la calidad en la atención hospitalaria sino fundamentalmente de que existan controles periódicos de embarazo. Este indicador explica un 70% de las muertes infantiles, por lo que resulta imprescindible retomar el desafío de la coordinación y la división clara de responsabilidades de los actores del sistema sanitario.

Finalmente, Rébora afirma que la incapacidad para la ejecución de los proyectos está relacionada principalmente con la falta de objetivos específicos institucionales. Para facilitar la gestión de las intervenciones es necesario establecer objetivos claros, planificar tiempos e instrumentos para alcanzar las metas, definiendo así el estímulo para ejecutarlas. Rébora aclara que estos incentivos no son sólo económicos sino más bien institucionales y/o sectoriales, e incluyen mayores recursos, personal, capacitación, etc.

5. Aprendizajes y logros

La articulación con el sector privado se constituyó como un aprendizaje de gran relevancia para la gestión de Rébora. Prácticas y herramientas utilizadas por la esfera privada (la existencia de gerentes, la implementación de tableros de comando, entre otras) fueron tomadas por la gestión como buenas prácticas, advirtiendo la diferencia en los objetivos que persiguen ambos sectores.

Rébora plantea que en el sector público se requiere, en primer lugar, voluntad política para motorizar los proyectos de gestión y, en segundo lugar, es necesario contar con financiamiento. Para lograr que las intervenciones en salud tengan mayor impacto son necesarias políticas de Estado de largo plazo. Para ello, señala como indispensable lograr el compromiso de los actores involucrados. “En la Dirección, los objetivos se plantearon explícitamente. Se realizaron diagnósticos y, en función de los resultados, se establecieron los objetivos y las estrategias para resolver los problemas priorizados, en el orden de la macro, mezo e, incluso, micro gestión” afirma Rébora.

32 La mortalidad neonatal incluye a las muertes ocurridas en los primeros 28 días de vida.

Sin embargo, la expositora reconoce que el establecimiento de objetivos consensuados (como aumentar la cantidad de consultas y el número de cirugías, disminuir la infección intrahospitalaria y neonatal) es necesario pero no suficiente para alcanzar el éxito de las intervenciones. Esto dependerá del desempeño de los trabajadores de las instituciones sanitarias involucradas. En este contexto, la función de quien lidera el proceso, en este caso la Dirección, es monitorear que ninguno de los actores involucrados en la consecución de los objetivos abandone la línea de acción establecida.

Por último, uno de los mayores aprendizajes que Rébora recogió durante su experiencia de gestión fue que los buenos resultados en el sector público tienen beneficios inconmensurables y un impacto universal gratificante. De la misma manera, los errores cometidos alcanzan a una población significativa. Por esta razón, señala que la responsabilidad en el accionar político es fundamental.

6. Evaluación de la gestión

Para caracterizar al sector de la salud, Rébora cita al patólogo alemán Rudolf Ludwig Karl Virchow, quien en 1848 manifestó que la medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina a gran escala. En esta línea de argumentación, la expositora describe al sector como el reservorio final de la inequidad. Afirma, además, que las herramientas necesarias para resolver esta problemática no se encuentran únicamente en el sistema de salud, sino que suponen responsabilidades compartidas en el ámbito de la política pública en general.

En este contexto, señala que la mortalidad infantil y materna son los problemas prioritarios que debe atender la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Nutricional. Sin embargo, este organismo poco puede hacer para solucionar la pobreza, siendo ésta un factor de riesgo central para las problemáticas mencionadas.

Aunque se registró un descenso notable de los indicadores durante la gestión de Rébora, la expositora opina que, en general, los programas que se desarrollan desde el Ministerio de Salud de la Nación no resuelven las condiciones determinantes del deterioro de la salud. Para ella, el Ministerio termina resolviendo los efectos de las carencias no resueltas en otras jurisdicciones.

Para mejorar la eficiencia del trabajo del sector público es necesario que los objetivos de la organización se trasladen, de algún modo, a los objetivos personales de cada uno de los empleados que trabajan en ella. Por su parte, la organización debe comunicar claramente a los trabajadores cuáles son sus objetivos y, paralelamente, otorgar incentivos a sus trabajadores para comprometerse con ellos.

Un claro obstáculo para lograrlo, propio de la gestión pública, es la caducidad de los cargos. Para ejemplificar, la expositora menciona lo sucedido con el Plan Federal de Salud, un acuerdo sanitario nacional significativo que reunía un conjunto de objetivos sanitarios claros y relevantes. El acuerdo se firmó en mayo de 2004 entre los Ministros en función, representantes de sus provincias. Al cambiar los funcionarios, se generó discontinuidad en las decisiones políticas y se dificultó la planificación de la gestión en el largo plazo.

Por último, Rébora señala la dificultad para consensuar e implementar una estrategia única para alcanzar determinados objetivos. En este sentido, las opiniones se diversifican y se amplía la fragmentación, y cada jurisdicción y programa tienen una estrategia diferente y cada objetivo sanitario responde a un fin político distinto.

Durante la gestión de Rébora, resuelta la dicotomía existente entre el PRO-MIN y la Dirección, surgió el Plan Nacer. De esta manera, coexistía en el Ministerio un tercer plan materno-infantil que actuaba sobre la misma población -con financiamiento externo- que generó nuevas situaciones de tensión, complejas de resolver. Consistente con la línea de gestión adoptada por Rébora, ésta incluyó al Plan Nacer en la planta física de la Dirección e intentó establecer la mayor articulación posible con las intervenciones que se estaban realizando.

Al dejar la Dirección, Rébora menciona que existió continuidad en las políticas implementadas, en la medida en que los cargos de conducción designados al personal de planta fueron respetados. Sin embargo, en la actualidad estas personas fueron destituidas de sus funciones de coordinación. Por el contrario, se lamenta la expositora, los problemas sí tienen vigencia y continuidad.

Capítulo 7

Diseño, gestión y evaluación de políticas de salud: la experiencia del PROMIN

Pablo Vinocur, coordinador de Programas Materno Infantiles y Nutricionales (PROMIN) del Ministerio de Salud de la Nación (1999-2001)

Perfil del expositor

Pablo Vinocur

Pablo Vinocur es Licenciado en Sociología, egresado de Universidad de Buenos Aires (UBA). Realizó cursos de posgrado en el Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM) en 1976 y, en 1999, se doctoró en Ciencias Sociales, en la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

Cuenta con una amplia experiencia en la gestión de proyectos que abordan la temática de la pobreza, específicamente sobre la problemática nutricional.

Se desempeñó como coordinador (1987-1988) y luego como director (1988-1989) del Proyecto sobre Pobreza en Argentina, desarrollado por el INDEC. En UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) (Argentina), se desempeñó como oficial de Proyectos en Salud y Nutrición (1991-1995) y de Proyectos en Política Social (1996-1999), y finalmente fue coordinador de Proyectos de la institución (1999).

En el ámbito público, entre los años 1999 y 2001 fue coordinador de la Unidad Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales, con rango de Subsecretaría del Ministerio de Salud de la Nación. En el año 2001 fue secretario de Estado de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación. Y, al año siguiente, se desempeñó como asesor del secretario de Gabinete de Ministros en la Jefatura de Gabinete de Ministros.

Entre los años 2002 y 2003, coordinó la elaboración y redacción del documento de Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Argentina y, entre los años 2003 y 2009, se desempeñó como Coordinador de Programas del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

En el ámbito académico, fue profesor y coordinador académico de la Maestría de Ciencias Sociales y Salud de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)/ Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). En la actualidad, es director del posgrado en Desarrollo Humano de la FLACSO y profesor en varias maestrías.

Es autor de numerosas publicaciones sobre infancia y pobreza en la Argentina, y sobre evaluación de políticas sociales, especialmente de los programas alimentarios.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

Los antecedentes del expositor muestran un vasto camino recorrido al momento de ocupar la gestión, no sólo desde el punto de vista de formación profesional, sino también de la inserción institucional.

Con la irrupción de la dictadura militar en 1976, Pablo Vinocur vivió un tiempo exiliado en Costa Rica, Panamá y Ecuador. Producto de un proceso de cambio estructural, Costa Rica era un ejemplo de cómo mejorar las condiciones de vida de la población y reflejar esta mejora en los indicadores de salud. Eran los años iniciales de implementación de estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS) con participación social. En este contexto, Vinocur tuvo la oportunidad de ser partícipe del proceso de construcción de la política pública en el campo de la salud³³.

Posteriormente, el expositor comenzó a vincularse con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En esos años conoció a Elsa Moreno³⁴, quien llegaba a Washington para coordinar el Área de Salud Materno Infantil en la OPS.

Simultáneamente, en 1979, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lanzó el concepto de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Utilizando este indicador, Vinocur participó en el desarrollo de una metodología para mejorar la planificación del desarrollo, y colaboró con el mapeo de la pobreza en Costa Rica.

Luego fue contratado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para replicar este sistema de información en Panamá; y por la OPS para trabajar en Ecuador. Dos años más tarde, una vez finalizada la guerra de Malvinas y con la inminente apertura democrática, renunció para volver al país.

33 En Costa Rica, Vinocur fue director ejecutivo del Instituto de Rehabilitación Profesional (entre 1976 y 1977). Los años subsiguientes (1977-1980), se desempeñó como director de la Unidad de Investigación Social del Sistema de Información en Nutrición. En esta función, ejecutó, dirigió y supervisó las siguientes investigaciones: Encuesta Nacional de Nutrición, Análisis Multisectorial, 1978; Indicadores socioeconómicos a incluir en el Sistema de Información en Nutrición, 1979; Clasificación funcional de Poblaciones Desnutridas, 1979; La mortalidad infantil en Costa Rica, 1979/1980; El Sistema de Información de poblaciones rurales y urbanas, 1980; Estudios Antropológicos de poblaciones rurales y urbanas, 1979; El bajo Peso al Nacer en Costa Rica, 1979/1980; y el Censo de Talla de Escolares, 1979.

34 Elsa Moreno es referente en temáticas de Atención Primaria de la Salud (APS), tanto a nivel nacional como internacional.

Durante el primer gobierno democrático, trabajó en la evaluación del programa de comedores escolares que se desarrolló en el Centro de Información para el Desarrollo Social (CIDES) de la Organización de los Estados Americanos (OEA)³⁵. Fue uno de los estudios evaluativos más importantes que se realizaron en la Argentina sobre una política social, según explica Vinocur.

Luego, dirigió el estudio de pobreza urbana en la Argentina, que permitió avanzar en la conceptualización sobre los *nuevos pobres*, como una categoría diferente de los *pobres estructurales*.

A fines de los años ochenta, la Argentina presentaba un escenario signado por una profunda crisis hiperinflacionaria. La crisis económica derivó en una crisis social y política que obligó a que se adelantara la entrega del mando presidencial de Raúl Alfonsín a Carlos Saúl Menem.

El contexto internacional caracterizado por la caída del muro de Berlín y por el cambio de paradigma en la cooperación internacional contribuía a profundizar la crisis interna. Los bancos de desarrollo³⁶ cumplieron un papel importante en la implementación del paradigma neoliberal, y dejaron de lado el financiamiento de las grandes obras públicas para incursionar en el financiamiento de los procesos de reforma del Estado. Las necesidades de financiamiento de los países de la región, producto del endeudamiento externo y el deterioro de la calidad de los servicios que el Estado ofrecía, permitieron rápidamente la adhesión de los gobiernos a las nuevas pautas. Así, la Argentina acompañó, en su orientación de política pública, el cambio de paradigma denominado Consenso de Washington.

A principios de los años noventa, habiendo ingresado al Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Vinocur fue convocado por autoridades del entonces Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación para preparar un borrador de proyecto que abordara la problemática de la salud y la nutrición en el contexto de la emergencia hiperinflacionaria. Esta propuesta sería luego presentada al Banco Mundial (BM).

Sobre la base de lo aprendido especialmente en las experiencias en las que había trabajado en el exterior, Vinocur desarrolló un proyecto que apuntaba a fortalecer el primer nivel de atención, con una perspectiva de APS, dirigiendo el foco principalmente a mujeres y niños. Existían en la Argentina valiosas

35 El CIDES se cerró a fines de la década del ochenta.

36 El Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

experiencias en esa dirección que, a pesar de haber resultado exitosas, no habían logrado plasmarse como políticas nacionales³⁷.

Este proyecto debió esperar tres años para ser considerado, debido a la inestabilidad del Ministerio de Salud y Acción Social, que entre 1989 y 1991 tuvo tres Ministros diferentes³⁸. Finalmente fue Elsa Moreno, designada secretaria de Salud de la Nación durante la gestión ministerial de Avelino Porto, quien convocó a Vinocur para iniciar la formulación del proyecto en el año 1991. Para ello, se firmó un acuerdo con UNICEF para que formulara institucionalmente el proyecto, y la iniciativa quedó bajo la dirección de Vinocur. Este proyecto luego se denominaría Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN).

El expositor reconoce haber tenido absoluta libertad para conformar un equipo técnico de alto nivel profesional para formular, en el lapso de un año, el programa definitivo. Para ello, se llevaron a cabo evaluaciones específicas en tres conglomerados del país que permitieron estimar los recursos necesarios para implementar los diferentes módulos del programa.

Básicamente, el PROMIN buscaba mejorar el primer nivel de atención y el de referencia respetando las características de cada jurisdicción, e intentaba conformar un modelo integrado y con programación local para impulsar acciones de promoción y prevención de la salud. Los esfuerzos se concentrarían principalmente en las áreas urbanas de los principales conglomerados, donde reside la mayor parte de la población pobre del país, fundamentalmente niños y niñas.

Además, se planteó como un componente importante la mejora de la estructura y el equipamiento de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y los hospitales, principalmente las maternidades. Sin embargo, la idea central era introducir un nuevo modelo de programación, de capacitación permanente, de funcionamiento, e involucrar a organizaciones comunitarias y al equipo de salud en su conjunto.

En el año 1992 Vinocur cumplió con su función en el PROMIN, habiendo coordinado la formulación del Programa que se ponía en marcha. En 1999, luego de siete años de implementación, retornó al Programa como coordinador, y debió

37 Entre ellas, el expositor señala la experiencia de APS en la provincia de Neuquén, liderada por Elsa Moreno y Néstor Perrone; la contemporánea en Río Negro; la de Jujuy, impulsada por Carlos Alvarado; y la de Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

38 En la primera presidencia de Menem (1989-1995), los ministros de Salud y Acción Social fueron Julio Corzo, Antonio Erman González, Eduardo Bauzá, Alberto Kohan, Avelino José Porto, Julio César Aráoz y Alberto José Mazza. Éste último siguió siendo Ministro hasta la finalización del segundo mandato de Menem, en 1999.

enfrentar los desafíos planteados por las brechas existentes entre lo planificado inicialmente y lo realizado concretamente en la gestión.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

A fines del año 1999 y junto a la reciente asunción del gobierno de la Alianza, Vinocur fue designado como coordinador de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. El expositor señala que inicialmente dudó en aceptar el cargo por temor a encontrarse en una situación de debilidad política. La primera medida adoptada por la gestión entrante consintió en integrar la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y la unidad ejecutora del PROMIN, que desde 1992 funcionaban en forma paralela y sin articulación, en una única estructura administrativa.

Vinocur recuerda que, en los comienzos del Programa, la Dirección iniciaba su proceso de reestructuración y, por esta razón, se optó por generar una unidad ejecutora separada. Precisamente para evitar la duplicación de cargos y funciones, junto con su creación se estableció un plazo de tres años para que quedara subsumida en una Dirección renovada. Sin embargo, ello no había ocurrido. Según señala el expositor, el modelo se replicó en cada una de las jurisdicciones provinciales en las que el PROMIN conformaba un programa de inversión. Incluso, agrega el expositor, la unidad ejecutora que había sido diseñada para un equipo de 30 profesionales, con las misiones y funciones de cada cargo, superaba el centenar de empleados en diciembre de 1999.

Una vez concretada la unificación de ambos espacios, Vinocur organizó una reunión con los Ministros de Salud de las provincias para informar sobre el cambio y promover la adopción de una decisión administrativa similar en aquellas provincias que habían replicado el modelo.

Vinocur asumió, como segundo eje de su gestión, el desafío de revisar el índice de distribución de recursos del Programa Materno Infantil, haciéndose eco de una inquietud planteada por varios profesionales de las Direcciones de Salud Materno Infantil y de Estadística de Salud del Ministerio. En esos años, recuerda el expositor, el Programa disponía de un presupuesto aproximado de 50 millones de dólares al año, a nivel nacional. El 80% de esos recursos se destinaba a la compra de leche y, el 20% restante, a la capacitación, al establecimiento de normas y a la adquisición de otros elementos e insumos.

Este índice de distribución se había confeccionado de acuerdo con el perfil de principios de la década de los ochenta, y reflejaba una situación relativa de vulnerabilidad social y económica entre provincias. A fines de los noventa la situación

del país había cambiado significativamente y, por ende, el índice dejó de reflejar las disparidades de los indicadores en salud materno-infantil de la Argentina. Para promover mayor equidad entre las jurisdicciones era necesario adecuar el viejo índice al nuevo perfil.

Para ello, se conformó un equipo en el Ministerio de Salud integrado por profesionales de la Dirección de Estadísticas de Salud y de la recientemente creada Unidad de Coordinación de Programas Materno Infantiles. La iniciativa revestía una gran complejidad por la conflictividad que suponía modificar el *statu quo*, en la medida en que la introducción de modificaciones en el índice implicaba reducciones en los recursos recibidos por algunas jurisdicciones en beneficio de otras, que los acrecentarían.

Una vez analizada la propuesta metodológica, la iniciativa se presentó en una reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA)³⁹. Allí, Vinocur propuso que los Ministros de las provincias participasen del proceso de elaboración de la propuesta de modificación del índice mediante la designación de representantes por región. La propuesta elaborada comprendía dos elementos principales. Por una parte, se corregía las desigualdades en la salud materno-infantil considerando el tamaño poblacional de cada provincia⁴⁰ y, por otra parte, se promovía mecanismos de estímulo mediante aumentos relativos en la asignación de recursos para aquellas jurisdicciones que fueran mejorando sus indicadores.

En este sentido, se convino entregar recursos adicionales a las jurisdicciones que bajaban la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna y, para ello, se establecieron sistemas de vigilancia. El expositor afirma que intentó nacionalizar una práctica que tuvo buenos resultados, previamente promovida por UNICEF, a partir de experiencias desarrolladas en Costa Rica, Chile y Cuba.

Una vez consensuada la propuesta, comenzó el proceso de negociación y convencimiento con las autoridades políticas. Lógicamente, aquellos representantes de jurisdicciones beneficiadas con incrementos en la asignación de recursos

39 El COFESA es un espacio de coordinación de políticas, programas y normas, integrado por todos los Ministros de Salud del país. Considerando el carácter federal del sistema público de salud, el papel de este espacio es extremadamente importante, y lo fue especialmente, según Vinocur, para el gobierno de la Alianza, dado que la mayor parte de las provincias no se encontraba alineada partidariamente con el oficialismo. En este sentido, la política nacional del Ministerio debía construir constantemente consensos con las provincias.

40 La consideración del tamaño poblacional es relevante, señala Vinocur, en la medida que una jurisdicción puede presentar una tasa de mortalidad infantil mayor que otra, pero que en términos absolutos registre un número de muertes inferior, debido a que cuenta una población más reducida.

aceptaron sin mayores inconvenientes la nueva propuesta. Por el contrario, fue tarea ardua consensuar con los representantes de aquellas jurisdicciones que se veían perjudicados tal como era el caso, en términos generales, de las provincias patagónicas. Para ganar el apoyo de estas últimas, Vinocur estableció un piso mínimo de asignación de recursos por jurisdicción, asumiendo que todas, independientemente de su situación, debían estar vinculadas con el Programa.

Finalmente, la propuesta fue aprobada por unanimidad en una reunión del COFESA realizada en la provincia de San Luis, a fines de 2000. Según reconoce el expositor, esto fue posible, en gran medida, gracias a la excelente disposición solidaria de todos los Ministros.

En abril de 2001 Vinocur asumió como secretario de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social, acompañando la gestión de Juan Pablo Cafiero. Bajo su órbita de responsabilidad se encontraba el Programa de Asistencia Alimentaria, uno de los más importantes del gobierno en cuanto a cantidad de recursos y número de beneficiarios. El programa consistía en la entrega de cajas de alimentos a provincias, municipios y ONG de todo el país. El expositor señala que era centro de importantes disputas políticas, puesto que en muchos casos constituía un instrumento central para la lucha política territorial.

Producto del diagnóstico inicial de la gestión entrante, Vinocur convino con el ministro Cafiero la necesidad de modificar la asignación de los recursos del Programa. Esto se desarrollaría utilizando como paradigma orientador el fortalecimiento de los derechos ciudadanos de los sectores más pobres, aumentando sus posibilidades de elección. De esta manera, se buscaba acotar el carácter asistencialista del Programa que, en varios lugares del país, resultaba distorsionado por el uso que de esos recursos hacía parte de la dirigencia política y social.

Al igual que sucedía con los Ministerios de Salud y Educación, el Ministerio de Desarrollo Social contaba con un espacio de construcción de consensos de políticas: el Consejo Federal de Desarrollo Social. Este órgano, según el expositor, tenía un peso institucional menor al del COFESA y considerablemente inferior al del Consejo Federal de Educación.

Al momento de asumir Vinocur, el Consejo nunca había sido convocado. Esto produjo gran disconformidad en los Ministros de las provincias, particularmente en años signados por la recesión económica y el ajuste del gasto público. Para revertir esta situación de conflicto, el ministro Cafiero convocó al primer encuentro del Consejo Federal de Desarrollo Social para participar en un proceso común de construcción de políticas públicas.

La principal exigencia presentada por las jurisdicciones fue la “provincialización” de los recursos. Estas solicitaban la transferencia de los recursos en dinero,

para que la compra de alimentos se realizara en cada provincia. El expositor, que reconocía la legitimidad de la demanda, consideraba que el problema a enfrentar era otro. Vinocur menciona que muchas jurisdicciones no contaban con un programa claramente definido, que incluyera los objetivos a alcanzar, el perfil de la población receptora, los criterios de monitoreo y evaluación, el sistema de incorporación de beneficiarios, entre otras dimensiones que permiten conocer criterios de asignación de los recursos e indicadores para efectuar un seguimiento de los resultados.

El Programa contaba con un acceso limitado a varios de los productos que se incluían en las cajas distribuidas. Los proveedores conocían las dificultades de pago del Estado, en consecuencia, se generaban situaciones de licitaciones desiertas o directamente compensaban el riesgo ofreciendo altos precios de cotización. Estas dificultades, señala Vinocur, seguramente se presentaban en varias jurisdicciones, y las capacidades de negociación no necesariamente eran mejores que para el Estado nacional.

En este marco, el objetivo de la gestión era diseñar y consensuar una propuesta alternativa a la distribución de alimentos. Sin embargo, para que la nueva modalidad lograra mayor equidad, transparencia y eficacia, se requería que cada provincia presentara una propuesta de programa, incluyendo las dimensiones antes mencionadas.

El expositor señala que los términos de los futuros y eventuales acuerdos entre la Nación y cada provincia no fueron refutados por los Ministros. Recuerda, además, que existía respeto profesional puesto que muchos de ellos habían compartido, a lo largo de los últimos años, varios proyectos y actividades con él. Esto había generando una base de credibilidad, cuya verificación fue el resultado de esa primera reunión del Consejo Federal.

A partir de ese momento, el vínculo entre las jurisdicciones y el Ministerio nacional mejoró en forma notable. Además, se implementaron cambios en el Programa que, posteriormente, durante la gestión del presidente Néstor Kirchner, llegaron a universalizarse. Por ejemplo, la entrega de los *tickets* canasta primero, y luego las tarjetas de débito, en lugar de la entrega de cajas de alimentos.

En tan sólo ocho meses de gestión se logró implementar la modalidad de *tickets* en las cuatro provincias que presentaron programas adecuadamente formulados. Según señaló Vinocur, muchas jurisdicciones, en realidad, sólo aspiraban a acceder a recursos nacionales con mayor libertad de disponibilidad.

Finalmente, la propuesta elaborada para modificar el Programa, y que asumió la gestión Cafiero, fue el establecimiento de un Seguro de Inclusión Infantil. Este proyecto estaba en consonancia con el planteo de la Central de los Trabajadores

Argentinos (CTA) y otras organizaciones y profesionales. Además, tenía puntos de encuentro con la universalización de asignaciones familiares que proponen diversos partidos políticos.

Para ello, Vinocur propuso unir los recursos del programa alimentario y de las pensiones no contributivas, para financiar un esquema universal que beneficiara a los mayores de 65 años sin jubilación ni pensión, y a las familias con niños menores de 18 sin asignaciones. Según cálculos del expositor, en aquel entonces se necesitaban 600 millones de pesos adicionales a los 1.200 existentes.

Esta propuesta fue presentada y aprobada por el Presidente y el Gabinete nacional. Sin embargo, los fondos solicitados nunca llegaron a desembolsarse, a pesar de haberse realizado los reclamos correspondientes tanto a la Secretaría de Hacienda como a la Presidencia de la Nación. Así, recuerda Vinocur, en octubre de 2001, el ministro Cafiero y quienes acompañaron su gestión renunciaron a sus cargos.

Luego, durante el gobierno de Eduardo Duhalde, Juan Pablo Cafiero fue convocado como secretario de Gabinete de Ministros, y ofreció a Vinocur apoyo para coordinar el proceso de Diálogo Argentino, encargado por el entonces Presidente de la Nación, así como en la formulación y diseño del que terminó siendo el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados.

3. Actores: alianza y oposiciones

En las provincias, Vinocur era reconocido y respetado como intelectual y experto en las temáticas materno-infantil y nutricional. Esto facilitó una buena recepción de las propuestas de cambio realizadas, en ambas gestiones, que involucraba a las jurisdicciones provinciales.

El equipo de gestión del Ministerio de Salud de la Nación, por su parte, estaba integrado por profesionales de excelente formación, aunque el expositor señala que en algunos casos se encontraban desmotivados. Contó con un equipo propio reducido, en la medida que realizó pocas incorporaciones y mantuvo gran parte del personal, como reconocimiento a su trayectoria en el Programa⁴¹.

La relación con los trabajadores resultó buena. El expositor reconoce que se construyó una suerte de confianza, mayormente, debido a que su paso por la

41 Según Vinocur, al asumir el PROMIN contaba con 130 profesionales contratados y, la Dirección Nacional, con 60.

gestión respondía a un compromiso real con la temática, de carácter más profesional y técnico, y no meramente partidario.

Otro gran sustento de la gestión fue el apoyo del Ministro de Salud de la Nación. Este le brindó fuerza y legitimidad para enfrentar negociaciones conflictivas en pos de, por ejemplo, la transformación en la asignación de los recursos del Programa. La única resistencia ofrecida por el Ministro, señala Vinocur, fue respecto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, que pese a sus esfuerzos, no logró superarlas.

Por cierto, al interior del Ministerio existían diversos conflictos políticos, que afectaban a la institución en general. En este sentido, el expositor señala que se identificaban funcionarios de alto nivel, cuyo principal interés estaba relacionado con la permanencia en el cargo, y no necesariamente con la transformación positiva y el servicio público. Esta situación no es propia de esta gestión, aclara el expositor, sino que está generalizada en organizaciones complejas, como las públicas. “Siempre hay quienes empujan para un mismo lado y otros para el lado contrario y, muchas veces, hay quienes no empujan, sino que frenan y no permiten avanzar”, afirma.

En el caso de la gestión en la Secretaría de Políticas Sociales, Vinocur también identifica al Ministerio como un claro aliado: por el apoyo para la toma de decisiones y por el compromiso en el desarrollo de acciones conjuntas.

Por último, más allá de que en los últimos años se generalizaron las críticas respecto de los vínculos y experiencias con el Banco Mundial, con las que Vinocur en parte coincide, aseguró que su experiencia en el PROMIN con este organismo fue buena. Menciona que una postura ideológica definida y un equipo sólido para defender la propuesta presentada ayudaron a que el equipo del Banco Mundial aceptara la formulación propuesta por el Gobierno. La única concesión que realizó, en contra de sus convicciones, fue el financiamiento de la asistencia nutricional complementaria. Luego de muchos años de experiencia en la temática nutricional, Vinocur estimaba que financiar asistencia alimentaria para alcanzar recuperación nutricional generaba en la población objetivo más perjuicios que beneficios.

4. Obstáculos y dificultades

Vinocur señala como primera dificultad el hecho de tener que gestionar en un contexto de deterioro creciente a nivel económico, social y político. Además, considera que en el caso del PROMIN no fue posible avanzar más de lo expuesto en la medida que la Alianza no contaba con una agenda programática para Salud. A

pesar que el expositor contaba con agenda propia sobre la base de su experiencia, como gestionaba una de las áreas dentro del Ministerio que funcionaba en el día a día, perdía mucha energía en la disputa política menor, sin lograr profundizar el debate sobre propuestas de política de salud.

Otra dificultad fue el conflicto existente en los recursos humanos de la Dirección y los del Programa, debido a que los primeros contaban con una remuneración significativamente menor que los segundos. En este sentido, al encontrarse imposibilitado para modificar las escalas salariales del sector público, Vinocur les propuso a los empleados de la Dirección que renunciaran a la planta permanente del Ministerio, para luego incorporarse como contratados en el PROMIN. Aunque se garantizaba un mayor ingreso, también se perdían los derechos de estabilidad, jubilación, licencias y vacaciones que incluye el empleo público.

Finalmente, ningún integrante de la Dirección renunció y los reclamos terminaron morigerándose debido –entiende- al énfasis puesto en el trabajo conjunto, las reuniones permanentes, el establecimiento de las prioridades y la generación de espacios de expresión para proponer ideas e iniciativa.

5. Aprendizajes y logros

Uno de los principales logros de la gestión señalados por el expositor fue la realización del análisis del índice de distribución del Programa Materno Infantil. Su valor radica no sólo en el mejoramiento de la salud de la población, sino también en el fortalecimiento de la política pública.

Otro gran merito consistió en lograr que la leche distribuida por el Programa fuese enriquecida con hierro y zinc, con el objeto de enfrentar el severo problema de anemia en la población materno-infantil. Existía una investigación de larga data que apoyaba esta medida, realizada por el equipo de Nutrición del Ministerio de Salud de la Nación y que, incluso desde UNICEF, Vinocur había apoyado. Sin embargo, hasta ese momento las autoridades no habían logrado tomar la decisión. Al asumir la función, Vinocur tomó esta medida como objetivo primordial: convocó a las empresas lácteas e investigó acerca de la capacidad de la industria para producir el nuevo producto con la calidad requerida y el impacto en el costo que podría llegar a generar. Como resultado de este arduo trabajo, se concluyó que la industria local estaba en condiciones de ofrecer un producto de calidad, con un impacto casi inexistente en el costo. Años más tarde, también se iniciaría un proceso similar con la fortificación de las harinas.

Por otro lado, se promovió la evaluación del PROMIN. Era la primera vez, en ocho años, que uno de los grandes programas nacionales financiados por los bancos multilaterales iba a ser evaluado en sus efectos. Para ello, se encargó una evaluación externa y, luego, sus resultados se discutieron en una reunión de la que participaron actores involucrados. Entre ellos, Vinocur menciona a los representantes de todas las provincias, de las universidades, e incluso del Banco Mundial.

6. Evaluación de la gestión

En términos generales, el expositor considera que el objetivo central del Programa, entendido como el establecimiento de un sistema verdaderamente articulado entre niveles y con programación local, no se alcanzó. Si bien en algunas provincias la experiencia fue positiva, la iniciativa que comenzó a principios de los noventa no impactó en el desarrollo infantil. Sin embargo, rescata Vinocur, se logró la conformación de valiosos equipos que permanecen en la actualidad.

Vinocur señala como logro principal del Programa el haber cumplido con su objetivo secundario: mejorar el equipamiento y la infraestructura. Para el expositor, esto se debe probablemente a que este tipo de intervenciones significaba un rédito político más inmediato y visible para las autoridades.

Con respecto al Programa Alimentario, Vinocur evalúa positivamente haber logrado instalar la modalidad de los *tickets* para que las familias adquieran los alimentos en forma autónoma. En la actualidad, éste mecanismo se encuentra vigente en casi la totalidad del país, incluso mediante la utilización de tarjetas bancarias, y cuenta con aceptación y legitimidad a nivel de política pública nacional.

Capítulo 8

La construcción de un modelo sanitario en democracia. La experiencia del Instituto Nacional de Obras Sociales

Jorge Mera, presidente-interventor del Instituto Nacional de Obras Sociales (1983-1986)

Perfil del expositor

Jorge Mera

Jorge Mera es médico y diplomado en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y graduado postdoctoral de la Organización de la Atención Médica de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA).

En el ámbito de la gestión pública en salud, fue subdirector técnico del Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires, se desempeñó como gerente general de Prestaciones (1975-1976), luego como presidente-interventor (1983-1986) del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), y finalmente como director nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Nación.

Fue consultor del Banco Mundial (BM), del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

En el ámbito de la docencia, ha desarrollado actividades en la Escuela de Salud Pública, de la Facultad de Medicina y de la Maestría de Salud Pública de la UBA, y en diversas entidades educativas y profesionales.

Es autor de numerosos trabajos sobre la materia en revistas del país y del extranjero. Y ha publicado, solo o en colaboración, los libros: *Política de Salud en la Argentina* (Hachette, 1988), *Los Servicios de Salud en Argentina* (Ed. Docencia, 1995), *La reforma de salud en el tercer milenio* (Dunken, 2000) y *Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina* (OPS, 2003).

Actualmente es profesor de Políticas de Salud en la Universidad Torcuato Di Tella (UTDT) y director del Centro de Investigación en Servicios de Salud (CISSAL).

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto

La asunción como presidente de Raúl Alfonsín en 1983 marcó el final de la dictadura militar, denominada Proceso de Reorganización Nacional. Para el gobierno entrante ello implicaba, por una parte, una terrible herencia y, por otra, ser depositario de una fuerte esperanza compartida por gran parte de la población.

Al igual que sucedió en 1973, con la vuelta de Juan Domingo Perón, eran momentos de intensa movilización y esperanza. En este sentido, importa destacar un escenario signado por el final de un período realmente luctuoso y el comienzo de una nueva etapa democrática.

Desde una perspectiva de salud amplia, los principales problemas del sector en la apertura democrática estuvieron asociados con el impacto de la violación de los derechos humanos sufridos durante la dictadura, las dificultades nutricionales de la población a nivel nacional, y la problemática de la seguridad social médica, es decir, las obras sociales.

En este contexto, el 11 de diciembre de 1983, Jorge Mera asumió como presidente del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS).

En primer lugar, el sector de la seguridad social estaba en un máximo de cobertura, al menos nominal, y alcanzaba a tres cuartas partes de la población argentina. La cobertura de las obras sociales está directamente relacionada con el empleo formal, que en ese momento todavía se mantenía en un alto nivel.

No obstante, se debía cubrir a un cuarto de la población que se encontraba fuera del mercado laboral, y no tenía posibilidades de contar con cobertura.

Mera destaca dos aristas sobre el estado en que recibió la gestión del INOS. Por un lado, las obras sociales estaban estrechamente vinculadas con el movimiento sindical, uno de los principales adversarios contra los que se había manifestado Alfonsín en su campaña presidencial. Por otro lado, el gobierno militar había dictado la Ley de Obras Sociales (22.269), que recogía parte de los preceptos incluidos en la vieja legislación sobre el tema e innovaba en otras cuestiones, limitando a las obras sociales a tener una relación directa e inmediata con el sindicato de la misma rama de actividad. Una de las fortalezas de la gestión, que destaca el expositor, fue mantener la legislación y avanzar sobre las oportunidades y los vacíos que permitía una normativa originada con otra finalidad.

En segundo lugar, Mera señala que el gobierno militar se había incautado de dinero que pertenecía al fondo de distribución de las obras sociales, que

originalmente administraba el INOS, para destinarlo a otras finalidades y reducir los recursos del sector.

En tercer lugar, el INOS estaba devastado en cuanto a la capacitación de sus recursos humanos. Luego de casi ocho años de gestión militar, parte del personal se retiró voluntariamente y otros fueron expulsados del organismo. Varios de los cargos de estructura no se encontraban cubiertos, motivo por el que se había contratado personal utilizando recursos del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

En cuarto lugar, existía (y sigue existiendo, según Mera) una grave falta de coordinación en el sistema de salud e, incluso, dentro del mismo INOS⁴².

En este contexto, el subsistema de la seguridad social médica se caracterizaba por una considerable dispersión, en la medida que existía un amplio número de instituciones para distribuir los fondos y brindar cobertura a los beneficiarios. Sin embargo, para el expositor, éste no era el principal problema de las obras sociales, en tanto el promedio de beneficiarios por institución no era diferente al de sus pares en otros países desarrollados como Alemania u Holanda.

Para Mera, la problemática central del subsistema radicaba en la relación que las entidades sindicales históricamente han desarrollado respecto de las obras sociales. Lamentablemente, observa el expositor, no han tenido la capacidad de separar la función gremial de la del servicio social, lo que conllevó a concebir estas instituciones como propiedad de los sindicatos.

2. Ejes estratégicos y desarrollo de la gestión

Al asumir Jorge Mera la reorganización del INOS (1983-1986), el Gobierno, a pedido del ministro de Salud, Aldo Neri, adoptó como primera medida el traspaso del organismo a la esfera del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Anteriormente, se encontraba bajo la responsabilidad del Ministerio de Trabajo de la Nación, ligado con la estructura de la seguridad social laboral.

⁴² La grave disociación entre las obras sociales y los servicios públicos de salud, señala el expositor, se consolidó en la época de la mayor creación de infraestructura sanitaria: en la gestión de Ramón Carrillo (ministro de Salud Pública, 1946-1954). En aquel momento, cuando se expandieron las obras sociales y se fortaleció el sistema público de salud, no se previó evitar esta disociación.

La nueva gestión puso en marcha un mecanismo de normalización de las obras sociales, definió autoridades que fuesen legítimas y confiables, y suprimió las intervenciones militares.

Conocer y manejar el presupuesto del organismo fue una de las llaves más importantes de la tarea administrativa, según afirma el expositor. En esta línea, una de las medidas iniciales de la gestión fue recuperar la facultad para administrar en forma global, completa y fluida el fondo de redistribución de las obras sociales que el gobierno militar se había apropiado. Así, entre 1984 y 1985, los años completos de la gestión de Mera, se ejecutó el 100% del fondo en apoyo financiero a las obras sociales.

La distribución equitativa del fondo de redistribución, cuya función fue compensar el déficit de las obras sociales con menores recursos, históricamente se asignó discrecionalmente. Para modificar esta situación irregular, Mera propuso –haciendo llegar esta inquietud al Congreso de la Nación– que se distribuyera automáticamente a las obras sociales en relación inversa al salario promedio correspondiente a la rama de actividad que cubrían.

Esta propuesta no prosperó. Para refutarla, los opositores argumentaron que se formulaba utilizando un artículo del Decreto-Ley 22.269, aprobado por el gobierno militar. El expositor reconoce que eso era cierto, en tanto se impulsaba el aprovechamiento de la legislación existente que fuera útil, y se buscaba evitar abrir debates adicionales a los vinculados con la creación de nueva normativa.

Para mejorar la gestión diaria del INOS, Mera se apoyó en los síndicos, una figura jurídica que la Superintendencia en Servicios en Salud aún mantiene. Según describe el expositor, éstas son las personas que recogen datos del funcionamiento de la obra social de un modo que probablemente el directivo no podría o querría hacerlo. Además, funciona como vehículo para informar y guiar a los directivos de las obras sociales sobre las novedades del sistema en su conjunto. Por el carácter de su función, se designó a los síndicos sobre la base de criterios de idoneidad y confianza. Además, comenzaron a realizarse reuniones periódicas con todos ellos para consolidar un cuerpo de personal al servicio del INOS y de las obras sociales, y los síndicos se convirtieron en el principal canal de comunicación entre ambos organismos. Esta función se cumplió con el acuerdo, aunque algunas veces con cierto grado de desconfianza, de los directivos de las obras sociales.

Otra de las iniciativas de la gestión fue la creación del Consejo Asesor de Obras Sociales, conocido festivamente como CAOS. Su finalidad consistía en reunir a todos los tipos de obras sociales, incluyendo a las reguladas por la Ley de Obras Sociales (obras sociales sindicales, institutos con leyes especiales y obras sociales nacionales), y a las que funcionaban bajo otro marco normativo (obras

sociales provinciales y las de las Fuerzas Armadas y de Seguridad). El INOS tenía jurisdicción sobre todas las obras sociales con excepción de las mencionadas en el segundo grupo.

En las reuniones del Consejo existieron disidencias entre participantes, pero nunca se registraron conflictos insalvables, y tampoco se vio contaminado por la alta conflictividad del período⁴³. Los problemas enfrentados por estas instituciones eran similares en la mayoría de los casos. Por ello, sus directivos valoraban este espacio de encuentro donde se reunían, dialogaban y compartían información y experiencias. La gestión de Mera puso énfasis en el fortalecimiento de estos mecanismos de intercambio para que se expandieran, paulatinamente, hacia la futura constitución de una red del Seguro Nacional de Salud.

Paralelamente se creó el Sistema de Estadística de Salud para Obras Sociales (SESOS), un sistema de información confiable sobre temáticas relacionadas con las obras sociales (población beneficiaria, servicios, etc.). Para esta tarea se convocó a personal calificado de las obras sociales y al responsable de las estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación. Este grupo de trabajo se mantuvo en el INOS durante la gestión de Mera, pero fue languideciendo hasta desaparecer una vez finalizada esta etapa.

El expositor reconoce esta experiencia como una de las principales intervenciones truncas registradas durante su gestión. Una década más tarde, Rubén Torres, entonces responsable de la Superintendencia de Servicios de Salud⁴⁴, retomó con éxito inicial esta iniciativa, aunque finalmente tuvo el mismo desenlace.

Para el expositor, la falta de información confiable sobre el funcionamiento de las obras sociales significa ignorar el desempeño de la mitad del sistema de salud. El Ministerio de Salud de la Nación cuenta con información sobre el funcionamiento del subsistema público pero desconoce, en gran parte, el de los subsistemas restantes: seguridad social y privado. Esto responde a la falta de interés por generar y sistematizar esta información, según explica Mera.

La parte sustantiva de la gestión del INOS estuvo destinada a preparar, con la supervisión del Ministro, lo que finalmente fue el proyecto de ley del Seguro Nacional de Salud.

43 Entre las grandes dificultades políticas de la época se encontraban los conflictos entre los militares y el gobierno civil, y entre el movimiento sindical y el Gobierno nacional.

44 Si bien son instituciones comparables en sus funciones, tanto el INOS como luego la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) han tenido menos atribuciones de las que tiene la Superintendencia de Servicios de Salud actualmente.

Mera señala que desde el diagnóstico inicial surgió como medida prioritaria la necesidad de poner en marcha y formalizar una situación que existía de hecho, de un modo informal, incompleto e imperfecto: el Seguro Nacional de Salud⁴⁵.

En octubre de 1984 el Ministro Neri presentó los fundamentos del proyecto de ley del Seguro en el Consejo Federal de Salud (COFESA). Los Ministros radicales apoyaron el proyecto, como era esperable, pero también lo hicieron Ministros peronistas y otros legisladores alineados con partidos provinciales. Lamentablemente, la posterior erosión generada por las huelgas sindicales y el enfrentamiento político-partidario desarticuló el acuerdo generado.

Finalmente y debido a ello, la iniciativa legislativa del Seguro Nacional de Salud se desdobló, e incorporó otra ley separada para obras sociales. Ambas fueron aprobadas por el Congreso de la Nación en 1988, luego de finalizada la gestión de Mera en el INOS. Para el expositor, el ministro Ricardo Barrios Arrechea demostró incapacidad para lograr reglamentar e instrumentar ambas leyes, pese a que recibió consejos e instrucciones claras del anterior ministro Aldo Neri – en ese momento, diputado – y del mismo Jorge Mera – entonces director nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

El expositor considera que, de haber logrado acuerdos para la administración provincial del Seguro, la ejecución de las leyes hubiese sido diferente. Por su parte, después de 1987, el gobierno de Raúl Alfonsín se encontraba atravesando la profunda crisis que terminaría con su mandato. Para Mera, se perdió una brillante oportunidad para transformar el sistema de salud y superar la disociación entre el sistema público y el de la seguridad social.

3. Actores: alianza y oposiciones

3.1. Alianzas

La gestión de Mera en el INOS se caracterizó por su apertura y la búsqueda de consensos a través del diálogo, especialmente con los sindicatos que estaban estrechamente vinculados con las obras sociales.

45 En 1992 el expositor publicó un trabajo titulado “Seguro Nacional de Salud, proyecto futuro o realidad actual”, donde demostraba la virtual existencia del seguro en el país, aunque aún había que fortalecerlo.

En este sentido, la relación con las organizaciones sindicales fue relativamente buena, principalmente porque la discusión política se reservaba para otros ámbitos. Ejemplo de ello fue que estos actores no presentaron resistencia alguna cuando las obras sociales pasaron a depender del Ministerio de Salud y Acción Social.

En el ámbito de la gestión administrativa del organismo, tampoco se generaron resistencias objetivas de la burocracia para seguir el ritmo que la intervención marcaba.

3.2. Oposiciones

La relación con el sector privado, por su parte, presentó mayor conflictividad de la inicialmente esperada. Durante varios años, Jorge Mera se había desempeñado como asesor médico de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), función que abandonó al asumir como presidente del INOS. Los integrantes de la COMRA posiblemente depositaron muchas expectativas en el ingreso de Mera en el INOS, considerándolo hombre de confianza y afín al sector. Al comprobar que tal antecedente no representaría una ventaja para el sector, se generaron enfrentamientos, e integrantes del COMRA llegaron a reunirse con el Presidente de la Nación para criticar enfáticamente la gestión de Mera. Sin embargo, según manifiesta el expositor, este episodio no afectó su estabilidad en el cargo.

Finalmente, este período registró una alta conflictividad entre el partido radical y la oposición peronista, liderada por la central sindical. Afortunadamente, nunca se utilizó al INOS como espacio de lucha entre los actores, afirma Mera.

4. Obstáculos y dificultades

Por su carácter de organismo recaudador, uno de los mayores obstáculos para gestionar el INOS fue “el perjuicio de pensar que el INOS y la distribución de las obras sociales es un lugar de contrabando”, denuncia Mera. Este es un problema estructural que se mantuvo a lo largo de los sucesivos gobiernos (de facto o democráticos, y peronistas o radicales).

Otra dificultad fue la falta de coordinación al interior del INOS. Esto se debía en parte a la división del personal en diferentes grupos con tensiones y enfrentamientos diversos. Sin embargo, Mera sostiene que el haber sido gerente de prestaciones del INOS durante el gobierno civil hasta 1976, le facilitó el arduo trabajo de obtener el apoyo del personal, que no generó resistencias.

Respecto al fracaso del Seguro Nacional de Salud, Mera evalúa que durante su gestión se había avanzado significativamente en su concreción, completado el proyecto de ley con acuerdo del COFESA. El deterioro fue posterior a su partida de la institución y a la partida de Aldo Neri del Ministerio.

5. Aprendizajes y logros

Mera rescata de su gestión principalmente dos logros. El primero estuvo relacionado con la formulación de un proyecto sustantivo para el sistema de salud argentino: el Seguro Nacional de Salud.

Por su parte, el segundo logro estuvo asociado con la gestión directa del INOS, y se refiere concretamente a la estructuración de un organismo planteado en términos de administración general, y de trabajo coordinado y colectivo.

Para el expositor, uno de los aprendizajes de la experiencia de trabajo fue reconocer que si a los funcionarios se los considera y trata como a personas con obligaciones para con los beneficiarios de las instituciones, las pujas existentes no ponen en riesgo el fin del organismo. En cambio, si se fomenta la concepción del INOS, la ANSSAL o la Superintendencia de Servicios de Salud como espacios para obtener ventajas, “se contribuye y retroalimenta el nivel de corrupción que estructuralmente existe en toda actividad humana”, afirma Mera.

Al observar la desarticulación de los espacios y las prácticas de diálogo y consenso generadas, luego de dejar la gestión del INOS, Mera reconoce, como autocrítica, su incapacidad para generar algún tipo mecanismo o marco normativo que les brindase continuidad y permanencia, independientemente de la gestión de turno.

6. Evaluación de la gestión

Para evaluar la gestión, Mera considera importante retomar los pilares principales que lo sostuvieron. El primero de ellos se relaciona con la capacidad técnica del funcionario, que en su caso era sólida, en la medida que reunía antecedentes formales en educación e investigación que eran relevantes.

A su vez, el expositor contaba con la ventaja de haberse desempeñado como gerente general de la misma institución en los años anteriores a la dictadura militar (1975-1976), donde previamente había trabajado como médico. Esta situación le facilitaba la tarea de conocer el funcionamiento interno del organismo,

los códigos formales e informales y parte del personal. El expositor evalúa este conocimiento como un capital de trabajo invaluable para su gestión.

Finalmente, otro de los pilares de su gestión era la filiación partidaria, que en su caso era bastante débil, ya que no era ni radical ni peronista. En un contexto de vuelta al funcionamiento democrático se suponía que los partidos políticos eran un grupo de referencia sólido en materia política. Sin embargo, Mera considera que esta falta de pertenencia partidaria concreta no siempre fue una debilidad, ya que en varias ocasiones puede tornar la situación de un funcionario aún más frágil e inestable. Igualmente, reconoce que su falta de pertenencia a un círculo partidario obstaculizó, en contadas ocasiones, el proceso de toma de decisiones⁴⁶.

Desde una perspectiva ideológica, la gestión del INOS y del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación es considerada “descaradamente reformista” por sus protagonistas, Jorge Mera y Aldo Neri. Esto implica, desde su interpretación, trabajar por el cambio en forma paulatina y sin descanso, de modo de ir construyendo los proyectos sobre la base del consenso con los distintos actores involucrados en el proceso.

Mera ha mantenido, desde su gestión en el INOS, la tesis de que el sistema de obras sociales del país es un seguro de salud imperfecto. En esta dirección, el Seguro Nacional de Salud fue un proyecto de transformación a largo plazo que se venía planteando desde 1982.

Luego de que Aldo Neri dejara la gestión en el Ministerio de Salud, de a poco se fueron alejando de la función pública sanitaria los funcionarios que lo acompañaron. Si bien Jorge Mera fue el último en hacerlo, ésta fue la principal razón para retirarse del INOS, ya que con la renuncia de Neri hubo un cambio de perspectiva dentro del Ministerio. Las personas que asumieron, tanto en el INOS como en el Ministerio, tenían una visión más politizada de la gestión, lo que implicaba la “partidización” de los espacios y un cambio sustantivo en su orientación.

46 Jorge Mera aclara que integraba un grupo de referencia perteneciente a la Escuela de Salud Pública, donde trabajaba en conjunto con Aldo Neri y Carlos Canitrot. Cuando se lo designó como responsable del INOS era quien más conocimiento reunía respecto de las obras sociales porque, sumado la producción de un grupo de trabajos sobre esa temática, contaba con experiencias laborales adicionales que contribuían al conocimiento del sector (tal como su labor en la obra social ferroviaria).

Reflexiones finales

**Análisis comparado de las experiencias
de gestión pública en salud**

Daniel Maceira, director del Programa de Salud de CIPPEC

1. Desafíos para el análisis de las políticas sanitarias

Abordar la temática de la gestión implica enfrentar una serie de desafíos que requieren de la investigación orientada al diseño, desarrollo e implementación de políticas públicas.

En esta dirección, la gestión pública en salud comprende un conjunto de conocimientos que pueden agruparse en tres ejes de análisis: el saber técnico en relación con la salud pública y las temáticas específicas de cada gestión particular; la capacidad de administrar los recursos humanos, físicos y monetarios para conducir con éxito la estrategia sanitaria delineada, y los instrumentos que permitan conciliar los intereses de los actores involucrados.

En el campo de las políticas públicas, la gestión es concebida como el arte a partir del cual los recursos limitados existentes son combinados para llevar a cabo una serie de acciones establecidas mediante un conjunto de prioridades previamente definidas. Sin embargo, el buen desempeño de este mecanismo dependerá especialmente de un componente particular: la política, que hará viable el desarrollo de la estrategia sanitaria y evitará poner en riesgo la eficiencia en la utilización de los recursos y el establecimiento de prioridades en el campo de la salud. La política emerge, entonces, como el escenario que condiciona –ya sea a favor o en contra– la gestión sanitaria.

La política desempeña un papel esencial, en la medida en que facilita el acercamiento de las posiciones de distintos actores con diferentes objetivos y permite alinearlos en pos de una estrategia global. Teóricamente, debiera utilizar como principal herramienta la información disponible sobre las necesidades de la población y orientarse a diseñar prácticas sanitarias que reduzcan la brecha de inequidad entre los que más tienen y los que más necesitan.

En el ámbito sanitario, se requerirá combinar las distintas herramientas con las que cuenta el Estado para alcanzar los objetivos sanitarios establecidos. Estas herramientas, tanto de regulación, como de financiamiento y prestación, o producción de servicios, desde la órbita nacional o provincial, debieran hacer efectivo el derecho a la salud de cada miembro de la sociedad.

Es así como el contexto político y los mecanismos para ejercer la política pueden convertirse en vehículos u obstáculos de los fines planteados. En algunos casos, el apoyo de la administración de turno potencia y “empodera” las decisiones tomadas por los funcionarios de ministerios y programas, de modo tal que facilita el logro de las metas establecidas por la autoridad sanitaria. En otros casos, la misma autoridad política puede convertirse en un condicionante que dificulte

las acciones ministeriales o programáticas, llegando –inclusive– a determinar el fracaso de un proyecto.

El contexto económico opera de igual modo sobre los objetivos planteados. Las sucesivas crisis económicas, como muestra la historia reciente de la Argentina, pueden limitar el desarrollo de intervenciones planificadas, imponer urgencias, modificar el plan de prioridades sanitarias trazadas, y los objetivos estratégicos de mediano y largo plazo. Sin embargo, estas mismas crisis, en ocasiones, han operado como catalizadoras de los obstáculos institucionales existentes y han facilitado el alcance de consensos.

De esta manera, tanto la economía como la política aparecen como condicionantes de la gestión sanitaria y enfrentan al funcionario a desafíos de la gestión, ya sea para potenciar la estrategia planteada o para redefinirla.

2. Los funcionarios y el contexto

A lo largo del presente volumen se presentaron experiencias de gestión sanitaria, tanto a nivel nacional como provincial, que muestran las fortalezas y debilidades de gran parte de las estrategias de salud que se desarrollaron en el país.

Aunque algunas de estas experiencias señalan inconvenientes con actores externos al sistema de salud, la mayor parte reconoce que los principales limitantes al accionar de la gestión sanitaria se generan al interior de la propia gestión pública, ya sea puertas adentro de los ministerios como en la interrelación entre los distintos programas. Esta realidad refuerza la necesidad de orientar un debate pendiente en el sector de la salud pública, que ubica a la coordinación de políticas en el marco del desarrollo de un plan integral de salud.

Como se mencionó en las conclusiones del primer Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud, las estrategias de salud planteadas desde la función pública operan sobre el accionar de los múltiples actores que desarrollan actividades en el sector (clínicas y hospitales, seguros sociales y privados, profesionales y pacientes, productores de insumos y organismos de control), ya sea en forma coordinada, alineada o enfrentada con los objetivos definidos por el Estado. Asimismo, las condiciones básicas que presenta el sistema sanitario argentino (fragmentación de los fondos, y descentralización política y funcional de la acción pública) y las características de la estructura económica y social del país (niveles de crecimiento económico, distribución del ingreso y volatilidad entre sectores productivos) también condicionan el accionar de estos actores y afectan los resultados del sector.

Desde una mirada de política pública, el funcionario a cargo de la gestión no sólo requiere de un conocimiento técnico acorde con las responsabilidades que enfrenta la acción de gobierno, sino también de la capacidad de desarrollar estrategias de negociación, alineación de intereses y resolución de conflictos que permitan llevar a buen puerto las políticas diseñadas. De este modo, quien asume la función pública necesita una combinación de saberes que excede los mecanismos formales de capacitación adquiridos en universidades y programas de posgrado, e involucra el aprendizaje adquirido en el campo de la gestión.

Los orígenes político-partidarios y profesionales de los funcionarios que participaron en este ciclo revisten gran diversidad. En algunos casos, formaron parte de equipos de trabajo desarrollados para asumir la gestión pública. En otros, los profesionales ya integraban la estructura político partidaria de su gobierno y fueron convocados para ocupar cargos de gestión a nivel sectorial. Existe un tercer grupo de funcionarios, integrado por intelectuales e investigadores, que en función de sus posiciones ideológicas se vincularon con ciertos partidos políticos y fueron convocados posteriormente para unirse al equipo de trabajo en la gestión ministerial o programática.

3. Las experiencias de gestión desde una perspectiva comparada

A fin de poder contribuir al conocimiento sobre las capacidades de diseño, desarrollo e implementación de políticas sanitarias se solicitó a los protagonistas de los distintos capítulos de esta edición del Ciclo de Experiencias, así como a los invitados del primer ciclo, desarrollado en 2007⁴⁷, que analizaran la participación de un grupo de actores del sistema de salud argentino en términos de su “poder de acción” y su postura frente a las políticas implementadas durante la gestión expuesta. La primera dimensión valora el peso de los actores para incidir en el

47 Los actores que participaron del primer ciclo fueron: Mónica Fein (secretaria de Salud de la ciudad de Rosario, Santa Fe, entre 1997 y 2001, y entre 2003 y 2007), Héctor Moguilevsky (viceministro de Salud de la Nación entre 1999 y 2001), Elsa Moreno y Néstor Perrone (Subsecretaría de Salud de la provincia de Neuquén entre 1970 y 1973), Aldo Neri (ministro de Salud de la Nación entre 1983 y 1986), Enrique Rozenblat (coordinador del PROAPS en la provincia de Córdoba entre 2001 y 2007), Adolfo Sánchez de León (coordinador del Seguro Público de Salud de la provincia de Buenos Aires entre 2003 y 2006), Federico Tobar (coordinador general del Programa Remediar entre 2002 y 2003) y Rubén Torres (superintendente de Servicios de Salud entre 2002 y 2006). Al respecto, ampliar en Maceira, Daniel (comp.): *Experiencias de gestión pública en salud. Primer ciclo*, CIPPEC, Buenos Aires, 2008.

proceso de toma de decisiones (alto, medio o bajo), mientras que la segunda expresa la direccionalidad de la postura adoptada por los actores (a favor, en contra o indiferente).

A partir de estas dos dimensiones se intentó establecer un “vector de poder relativo” del funcionario respecto de los restantes actores del sistema de salud, y se estableció el posicionamiento de cada uno de los actores frente a la estrategia sanitaria planteada.

Entre los actores seleccionados se encuentran: el Ministerio de Salud de la Nación, las gobernaciones o municipios, los hospitales públicos, las clínicas privadas, las obras sociales, las empresas de medicina prepaga, los colegios y círculos médicos, y los laboratorios productores de medicamentos.

El **Cuadro 1** expresa la distribución de estos actores en términos de las dos dimensiones planteadas de acuerdo a la evaluación de los participantes.

Cuadro 1: Actores involucrados de acuerdo con la intensidad y direccionalidad de la acción en las gestiones expuestas. Primer y segundo Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud (2007 y 2008)

Actor	Direccionalidad			Intensidad		
	A favor	Neutra	En contra	Baja	Media	Alta
Ministerio de Salud	13	0	3	0	5	11
Gobernaciones/Municipios	12	3	1	1	5	10
Hospitales públicos	9	7	0	9	3	4
Clínicas privadas	4	11	1	9	4	3
Obras sociales	3	12	1	9	3	4
Prepagas	2	12	2	14	2	0
Colegios/ Círculos médicos	6	7	3	4	11	1
Laboratorios	4	11	1	10	5	1

Fuente: Elaboración de CIPPEC sobre la base de encuesta autoadministrada a los invitados al primer y segundo Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud (2007 y 2008).

Las conclusiones que surgen del análisis de los datos muestran elementos interesantes para tomar en consideración. El primer hallazgo, que confirma la tendencia registrada por las experiencias del ciclo pasado, muestra que son las autoridades e instituciones públicas las que presentan la mayor colaboración con los funcionarios durante su gestión. En este sentido, se ubican en primer lugar los ministerios públicos nacionales y locales, seguidos por los prestadores del ámbito estatal. Los actores del sector privado (colegios y círculos médicos, clínicas y sanatorios privados y

laboratorios), por su parte, han ofrecido menor ayuda a las gestiones relacionadas, de forma tal que se ubican detrás de las instituciones públicas. Llamativamente, este esquema de colaboración presenta en sus últimos puestos a las instituciones financiadoras del sistema no público de salud: las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. Este ordenamiento refuerza las conclusiones alcanzadas en el primer Ciclo de Experiencias, tan sólo registrándose leves modificaciones en la participación de cada uno de los actores en el acompañamiento de la gestión sectorial.

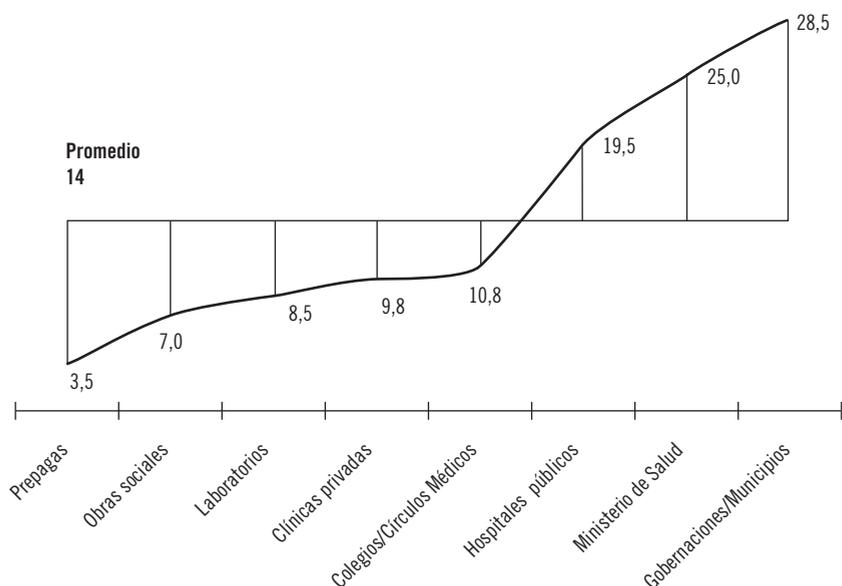
Los **Gráficos 1, 2 y 3** expresan la información contenida en el **Cuadro 1**. Al hacerlo, se ponderan las “direccionalidades” adoptadas por los distintos actores, según se indica en el **Cuadro 2**. La ponderación utilizada descansa en la percepción de los funcionarios entrevistados sobre la relevancia o “intensidad” de cada direccionalidad. A partir de la aplicación de estos criterios se calcularon valores que sirvieron de insumo para el análisis comparado entre experiencias de gestión.

Cuadro 2: Criterios de ponderación

		Direccionalidad		
		A favor	Neutra	En contra
Intensidad	Alta	3	0,75	-3
	Media	2	0,50	-2
	Baja	1	0,25	-1

El **Gráfico 1** presenta los resultados por grupos de actores para los participantes del primer y segundo ciclo en total. Los **Gráficos 2 y 3**, en tanto, permiten analizar los niveles relativos de apoyo percibido por cada funcionario, considerando únicamente los del presente ciclo (**Gráfico 2**), o para el total de expositores de ambos ciclos (**Gráfico 3**).

Gráfico 1: Percepción del grado de apoyo de distintos actores a las políticas implementadas. Primer y segundo Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud (2007 y 2008)



Fuente: Elaboración de CIPPEC sobre la base de encuesta autoadministrada a los invitados al primer y segundo Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud (2007 y 2008).

En el **Gráfico 1** se observa el ordenamiento planteado en el **Cuadro 1**, luego de ser ponderado por los niveles de intensidad de cada actor o grupos de actores. Así, las instituciones de origen público (governaciones y municipios, Ministerio de Salud de la Nación y hospitales públicos) siguen ubicadas por encima del promedio, seguidas por las restantes instituciones con menores niveles de apoyo ponderados. En este segundo grupo se ubican primero los prestadores, ya sea profesionales (colegios y círculos médicos) o institucionales (clínicas y sanatorios privados), luego los laboratorios y, por último, las instituciones sociales y privadas de aseguramiento en salud.

Es interesante destacar que tanto los laboratorios de productos medicinales como las empresas de medicina prepaga –normalmente considerados actores de intensidad y dirección significativas en la implementación de políticas sanitarias– se perciben como dos grupos de instituciones con bajo peso al momento de incidir en la toma de decisiones. Asimismo, y contrariamente a lo que muestran algunos estudios en la temática, la percepción de los funcionarios señala que los

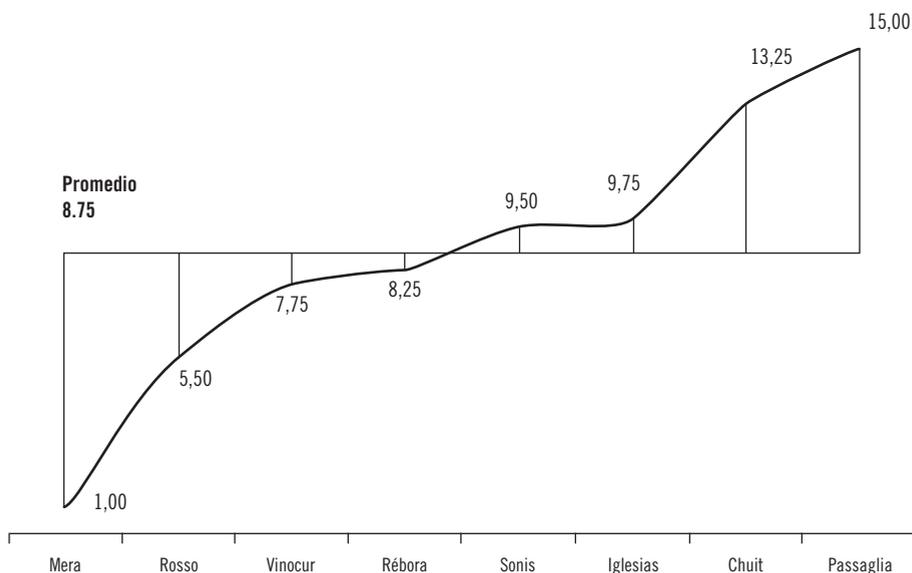
círculos y colegios médicos tuvieron una mayor incidencia en la toma de decisiones que las clínicas y sanatorios privados. Esto es llamativo, en la medida que se considera que las instituciones prestadoras de servicios de salud en el sector privado tienen mayor poder de negociación que los profesionales a través de sus estructuras de organización, sobre todo en centros de alta densidad poblacional. Sin embargo, hay cierto consenso entre los funcionarios entrevistados en que este orden sería el inverso.

Por su parte, si bien las instituciones del sector público fueron consideradas como aliadas de la gestión, apoyando las acciones impulsadas por los funcionarios entrevistados, en los relatos de estos últimos también surgen fuertes indicios acerca de las barreras encontradas al interior del sector estatal para el desarrollo de estrategias sanitarias. Ello plantea la necesidad de incluir en el análisis de la gestión sanitaria un elemento adicional, vinculado con los procesos de debate, alineamiento y/o enfrentamiento al interior del sector público: los mecanismos utilizados para definir prioridades y los criterios de coordinación entre programas al interior de una administración.

Finalmente, cuatro de los cinco actores que ofrecen menor grado de apoyo a la gestión pública (clínicas privadas, obras sociales, prepagas y laboratorios) aparecen como actores principalmente neutrales en términos de intensidad del poder relativo. Esto insinúa que aunque la búsqueda de aliados en el diseño e implementación de políticas sanitarias constituye un desafío de gestión, el elemento anterior, vinculado con los mecanismos de coordinación al interior de la administración, representa un desafío aún mayor.

Los siguientes dos gráficos muestran el grado en que los distintos funcionarios percibieron el apoyo a su gestión por parte de los actores claves del sector.

Gráfico 2: Grado en el que los distintos funcionarios vieron apoyada su gestión por parte de los actores claves del sector. Segundo Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud (2008)



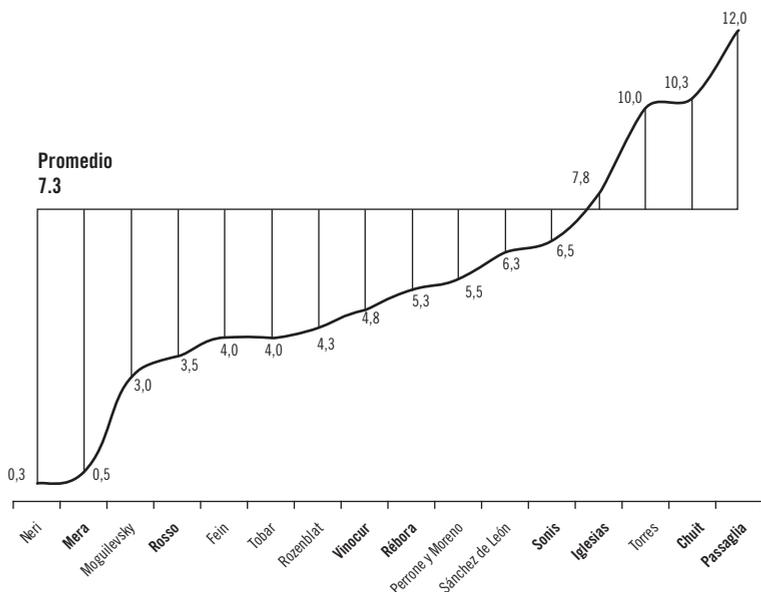
Fuente: Elaboración de CIPPEC sobre la base de encuesta autoadministrada a los invitados al segundo Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud (2007 y 2008).

El **Gráfico 2** muestra, en primer lugar, que el nivel de apoyo percibido por los funcionarios que desarrollaron gestiones provinciales es extremadamente mayor al evidenciado por aquellos que estuvieron a cargo de gestiones a nivel nacional. Tales son los casos de Ismael Passaglia (en la provincia de Buenos Aires), de Roberto Chuit (en la provincia de Córdoba) y, en menor medida, de Marcelino Iglesias (en la provincia de Mendoza). A pesar de que las tres administraciones transcurrieron en períodos de turbulencia económica (crisis del año 2001), los funcionarios señalaron un significativo respaldo de los actores clave del ámbito sanitario. Ellos, junto con Abraham Sonis, quien estuviera a cargo de la dirección de la Escuela de Salud Pública, aparecen como los cuatro participantes del ciclo que evalúan por encima del promedio la adhesión de los actores sectoriales. En el otro extremo, Jorge Mera (a cargo de la gestión del INOS durante el gobierno de Alfonsín); Graciela Rosso (como viceministra de Salud de la Nación durante la gestión del ministro Ginés González García), y Pablo Vinocur (como coordinador del PROMIN) –los tres de extracción no justicialista y/o como socios minoritarios dentro de alianzas de gobierno– percibieron un apoyo menor por parte de los actores sectoriales. A estos tres casos le sigue, Nora Rébora, quien fuera directora nacional de Salud Materno

Infantil de la Nación, con un promedio ponderado similar al de Vinocur.

Esta estructura de apoyo se mantiene en el análisis completo para los 16 actores involucrados en el primer y segundo Ciclo de Experiencias, presentado en el **Gráfico 3**. Existe una relación positiva entre la gestión del Partido Justicialista y sus aliados, y la percepción sobre la capacidad de generar apoyo por parte de los actores del sistema de salud. En este sentido, se observa que Neri y Mera –los dos integrantes del mismo gabinete de Raúl Alfonsín en el resurgimiento de la democracia– son quienes expusieron menor nivel de apoyo relativo, seguidos por Rosso y Moguilevsky, ambos originalmente miembros del FREPASO, ejerciendo la misma función (viceministros de Salud de la Nación) y siendo ambos aliados menores de los gobiernos en los que participaron (Moguilevsky durante el gobierno de Fernando De La Rúa y Rosso durante la presidencia de Eduardo Duhalde). A continuación se encuentra Mónica Fein, que gestionó la Secretaría de Salud de la ciudad de Rosario en dos oportunidades durante la administración socialista.

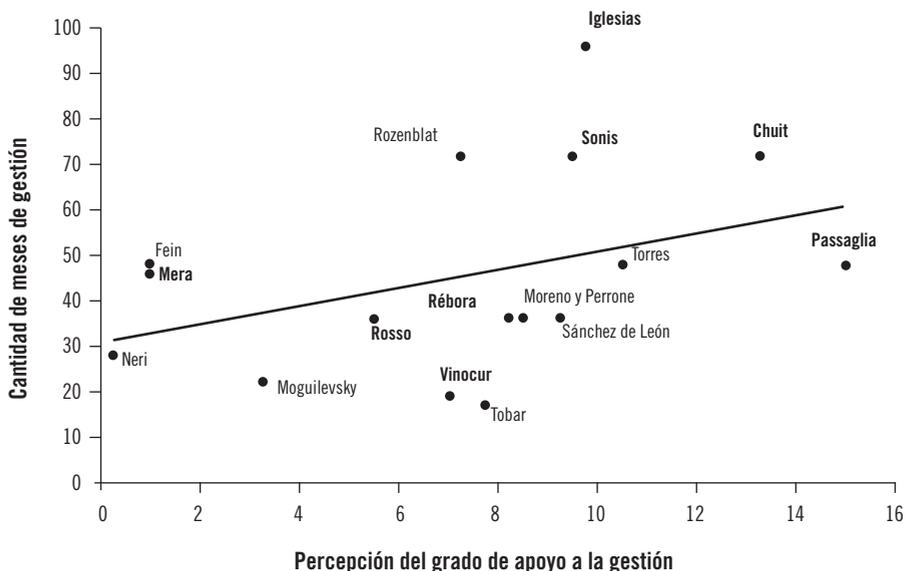
Gráfico 3: Grado en el que los distintos funcionarios vieron apoyada su gestión por parte de los actores claves del sector. Primer y segundo Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud (2007 y 2008)



Fuente: Elaboración de CIPPEC sobre la base de encuesta autoadministrada a los invitados al primer y segundo Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud (2007 y 2008).

Por último, el **Gráfico 4** muestra el grado de apoyo a la gestión de los expositores según la continuidad en su puesto de gestión, medido en cantidad de meses. El gráfico establece, en el eje horizontal, la suma ponderada de percepción de apoyo a la gestión por parte de los actores sectoriales, de acuerdo con la metodología planteada en los gráficos anteriores. En el eje vertical se representa la cantidad de meses de gestión de cada funcionario.

Gráfico 4: Percepción del grado de apoyo a la gestión de los expositores, según cantidad de meses de gestión. Primer y segundo Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud (2007 y 2008)



Fuente: Elaboración de CIPPEC sobre la base de encuesta autoadministrada a los invitados al primer y segundo Ciclo de Experiencias de Gestión Pública en Salud (2007 y 2008).

En primer lugar, se observa una tendencia positiva entre la percepción de apoyo y la cantidad de tiempo de gestión en la función pública. Esta asociación constituye un tema de debate en términos de la relación funcional entre ambas variables. De esta manera, se podría considerar que una mayor percepción de apoyo a la gestión brinda mayor capacidad de desarrollar una estrategia sanitaria, lo que amplía sus posibilidades de duración. Alternativamente, es posible proponer una relación inversa: el funcionario, a medida que se mantiene en la gestión pública, transita un proceso de aprendizaje por medio del que logra ir

identificando los mecanismos que le permiten coordinar, negociar o identificar elementos en común con los distintos actores sociales, y así recibir su apoyo. A partir de las experiencias compiladas, ambas direcciones resultan factibles, lo que surge como una de las conclusiones abiertas de este ciclo de debates.

Una observación complementaria del **Gráfico 3** permite establecer que los funcionarios miembros del Partido Justicialista identifican un mayor apoyo a sus respectivas gestiones, lo que brindaría una mayor posibilidad de desarrollo y, en algunos casos, de mayor estabilidad en la función pública. En este contexto, las gestiones provinciales también aparecen como experiencias con mayor estabilidad en términos de meses en el cargo. Se destaca la estabilidad de Marcelino Iglesias en la dirección de la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) de la provincia de Mendoza, que logra coordinar las estrategias de gestión de la OSEP con el sector público; seguido por los cordobeses Roberto Chuit (Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba) y Enrique Rozenblat (Coordinador del PROAPS), cuyas experiencias de gestión fueron contemporáneas.

Finalmente, surgen algunos elementos valiosos para considerar desde la perspectiva de la investigación en el ámbito de la gestión pública de la salud. Si bien la mayor parte de los expositores en ambos ciclos presenta un alto perfil profesional, algunos de ellos tienen una participación originada en perfiles más académicos o técnicos. Al respecto, el **Gráfico 4** presenta en el límite inferior a ex funcionarios con alto perfil técnico, como Moguilevsky, Vinocur y Tobar. A pesar de que ellos desempeñaron tareas relevantes dentro del sector, su participación en la gestión pública se encuentra por debajo de la línea de tendencia. Mientras que Rozenblat, Chuit y Sonis, de alto perfil académico, han logrado desarrollar tareas de gestión sostenidas en el tiempo. Este hallazgo abre el debate acerca de la interacción entre las potencialidades técnicas de los individuos que desarrollan tareas dentro de la gestión, el marco político-institucional, y la capacidad de coordinación que este trabajo exige para poder participar de la función pública.

4. Palabras finales

Este último capítulo no intenta extraer conclusiones que definan los determinantes de la calidad, la intensidad o la efectividad de la gestión pública en salud de los participantes del ciclo. Por el contrario, sólo propone abrir el debate sobre aquellos elementos que se identificaron a lo largo de las exposiciones, y que fueron evaluados por los mismos participantes como relevantes durante sus respectivas gestiones.

El inicio de este camino transcurrido requiere, por supuesto, de mayor investigación y profundización, a fin de poder contribuir al conocimiento sobre los determinantes de una gestión efectiva en el ámbito sanitario.

Queda abierta la discusión acerca de la multiplicidad de factores a considerar y sistematizar para aportar a la formación de recursos humanos en la gestión sanitaria. Es claro, no obstante, que para poder transitar por senderos relativamente menos complejos y potenciar la incidencia de nuestros funcionarios, es indispensable difundir los aprendizajes tanto a nivel de la gestión pública como de la investigación vinculada con la formación de recursos humanos en salud.

Acerca del compilador

Daniel Maceira: director el Programa de Salud de CIPPEC. Licenciado en Economía, Universidad de Buenos Aires (UBA). Ph.D. en Economía, Universidad de Boston, especializado en economía de la salud y organización industrial, con becas y subsidios de estudio de la Fundación Ford, el Programa de Becas del Gobierno de Japón, la Fundación Adenauer, entre otras. Es investigador titular del CEDES e investigador adjunto del CONICET. Desarrolla actividades docentes en universidades nacionales y extranjeras. Asimismo, realizó publicaciones en revistas especializadas y ha tenido participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica, especialmente en América Latina y el Caribe.

Si desea citar este libro: Maceira, Daniel (comp.): *Experiencias de gestión pública en salud. Segundo ciclo*, CIPPEC, Buenos Aires, enero de 2010.

Las **publicaciones de CIPPEC** son de distribución gratuita y se encuentran disponibles en www.cippec.org. No está permitida su comercialización.

Queda hecho el depósito que menciona la Ley 11.723.
Esta edición de 350 ejemplares se terminó de imprimir en enero de 2010, en Sevagraf S. A.
Av. San Juan 777 (C1147AAF). Buenos Aires, Argentina.

