

"Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud
en los países del Cono Sur - Red ISSS"
Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en Argentina

Alejandro Wilner – Alicia Stolkiner

Mayo de 2007

Acerca de la evolución del concepto de APS:

Desde que la estrategia de Atención Primaria de la Salud fue enunciada en Alma Ata, hace casi 30 años, la configuración del mundo cambió dramáticamente. Alma Ata era entonces la capital de la República Socialista Soviética de Kazajstán. en una geopolítica de tensión bipolar . En el marco de una puja al interior del bloque dominante del socialismo real, la U.R.S.S. impulsó la Conferencia Internacional (Tejada de Rivero, 2003) en la que se enunció a la APS como una estrategia consensuada por los países miembros de la OMS y UNICEF para el logro de salud para todos en el – entonces lejano – año 2000.

Simultáneamente había comenzado la crisis de mediados de los 70, que derivaría en las propuestas de transformación pro-mercado de las sociedades capitalistas, y en una variación del modelo de relación entre estado, mercado y sociedad civil. Desde este punto de vista, la estrategia de APS enunciada en Alma Ata, reflejaba más el ideario de un período que se cerraba, el de los estados sociales, y habría de ser reabsorbida y reinterpretada en el marco de las propuestas de reforma del estado y sus funciones, hegemónicas en las décadas siguientes.

Refiriéndose a la implementación de la estrategia de APS en el cuarto de siglo siguiente a su enunciación, afirma un documento de OPS/OMS: “En diferentes grados los países adoptaron este modelo. Aunque no todos revisaron sus modelos de atención, se aproximaron más a las realidades epidemiológicas y demográficas de sus poblaciones en un intento de organizar la prestación de servicios de salud, y en algunos casos, desarrollaron procesos importantes de ampliación de las coberturas, básicamente a través de programas verticales. Estos esfuerzos fueron distraídos sin embargo por los procesos de reformas sectoriales, que al hacer énfasis en la disminución del tamaño del Estado, en la separación de funciones, la modernización y descentralización y en el cambio de filosofía financiera, disminuyeron el énfasis en los aspectos de extensión de la cobertura que se venían dando” (OPS/ OMS,2003).

Los enunciados de Alma Ata eran lo suficientemente amplios como para prestarse a diferentes interpretaciones y aplicaciones. Al amparo de las propuesta de reforma sectorial inspiradas en los lineamientos de los organismo financieros internacionales durante el período de endeudamiento, los principios de la APS quedaron subsumidos a la tendencia a reducir la responsabilidad del estado a la provisión de paquetes básicos o esenciales y dejar el resto de las prestaciones libradas a la provisión del mercado (Homedes y Ugalde, 2005).

En 1979 la Fundación Rockefeller promovió un encuentro sobre salud, población y desarrollo, que convocó a las principales agencias financiadoras. Este tomó como punto de partida el documento “Selective Primary Health Care and Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries” de Julia Walsh y Keneth S. Warren. Sin criticar de manera explícita a los postulados de Alma Ata, en la conferencia se hizo especial énfasis en el planeamiento basado en la evaluación costo-efectividad y se introdujo el término Atención Primaria Selectiva como alternativa (Cueto M,2004). En la APS selectiva se incorporaba como premisa la bondad del subsidio a la demanda en lugar de a la oferta. creando la posibilidad de producir ganancia privada a partir de fondos sociales, un objetivo claro de las reformas de políticas sociales del período y se reducía la atención primaria de la salud a la prestación de servicios mínimos o esenciales.

Esta interpretación de la Atención Primaria de la Salud como un primer nivel esencial para poblaciones desfavorecidas con prestaciones de bajo costo, fuertemente sostenidas en la colaboración voluntaria de miembros de la comunidad –especialmente de las mujeres-- fue considerada por algunos críticos de la propuesta como “medicina barata para pobres” o “atención primitiva” (Testa, M., 1985).

Luego de más de dos décadas de reformas sectoriales en América Latina, el comienzo del siglo XXI se acompañó de una revisión crítica de sus resultados y de un retorno y revisión de los postulados de la APS.

La meta que se imponía la estrategia – *salud para todos en el año 2000* – distó mucho de ser cumplida. . En el período, hubo una profundización de las brechas de inequidad y si bien los indicadores globales de salud mejoraron en amplias porciones del mundo, los datos para cada una de las regiones, las naciones y los espacios subnacionales muestran diferencias que no pueden ser coherentes con la salud *de y para* todos los ciudadanos (basta el análisis de la tasa de mortalidad

infantil de la Argentina que es de 6.7 % en Tierra del Fuego y de 22.9 % en Formosa según el Ministerio de Salud – 2007 -).

Sin dudas la Atención Primaria de la Salud requería una reconceptualización, y ella fue impulsada a partir de la formulación de los Objetivos del Milenio por las Naciones Unidas. Estas nuevas metas, definidas ya para un período mucho más corto que el planteado en Alma Ata (un breve lapso de 15 años), reactualizan la problemática de la *salud para todos* y por lo tanto la estrategia de APS. A partir de este nuevo impulso la OPS, promovió un proceso de discusión que culminó con la propuesta de renovación de la APS en las Américas, plasmada finalmente en, agosto de 2005, en el Documento “Renovación e la Atención primaria de la Salud en Las Américas” (OPS, 2005).

En este texto postula a la APS como una herramienta útil para afrontar los desafíos actuales en términos de salud y “...para la promoción de un progreso más equitativo en salud y en el desarrollo humano...” (OPS, op. cit.), propone privilegiar enfoques universales, integrales e integrados de atención de la salud, a la vez que enfatiza la conceptualización de la APS como la base del sistema de salud. Se reconoce así cuatro interpretaciones posibles de la APS que derivan en diferentes implementaciones:

- APS Selectiva
- Atención Primaria
- Alma Ata- APS ampliada
- Enfoque de salud y derechos humanos

Acerca del sector salud en la Argentina:

El sector salud en la Argentina se divide en tres subsectores: el estatal, cuya financiación fundamental proviene de recursos del presupuesto de la Nación, provincias y/o municipios, el de obras sociales que se financia con el aporte de los trabajadores y empleadores; y el privado. En éste último se encuentran variedad de entidades prestadoras y las empresas de medicina pre-paga que equivalen a seguros de atención médica (aunque no aceptan serlo para no someterse a las normas legales de las empresas de seguros).

La fragmentación y la heterogeneidad son características centrales del sistema (Belmartino, 1992). La primera se manifiesta en la coexistencia de múltiples instituciones, tanto en lo financiero como en la provisión de servicios, sin formas de coordinación que faciliten una distribución adecuada de los diferentes niveles de atención evitando superposiciones o falta de disponibilidad. Aún dentro del subsector estatal la articulación entre acciones y niveles

nacionales, provinciales y municipales suele ser problemática. El carácter federal del país y la singularidad del proceso descentralizador del período pasado, hacen que las políticas implementadas dentro de su territorio sean distintas según jurisdicciones. La heterogeneidad se funda en la existencia de normas particulares para cada organización, que suponen diferencias en la captación de recursos, en las formas de utilización y en los derechos reconocidos a la población a cargo (Belmartino, 2004, pag 153).

Aunque a partir de la reforma de los 90 se fijó un piso básico, el PMO (Programa Médico Obligatorio), tendiente a generar una homogeneización de prestaciones, esto no modificó en lo fundamental las características descriptas.

Este estado de cosas se comprende a la luz del desarrollo del sector y si bien este aspecto excede los objetivos de esta presentación, nos detendremos someramente en él a fin de hacer más comprensible el análisis de la situación actual.

Desde la fundación del estado nacional hasta 1945, conforme a la idea de las funciones desde un modelo liberal clásico, la salud era considerada un problema privado. El estado intervenía para cuestiones de saneamiento y atención a los indigentes, combinando la acción con entidades filantrópicas. Bajo ese sustento se crearon importantes establecimientos hospitalarios que, sin embargo, no formaban parte de una planificación de políticas sanitarias. Simultáneamente surgieron iniciativas solidarias de las colectividades migratorias --que fundaron sus propios servicios de salud--, y de las asociaciones de trabajadores (en ese tiempo anarquistas y socialistas) que generaban formas solidarias de ayuda mutua. Sin lugar a dudas eran modalidades heterogéneas en sus prestaciones y coberturas sin ninguna articulación institucional.

Esta situación se mantuvo hasta el advenimiento del Peronismo, que replanteó la función y el carácter del estado nacional. Durante el primer gobierno peronista (1945-1955) se creó el Ministerio de Salud (1946) y se definió la salud como un problema público y como responsabilidad del Estado. El primer ministro de salud, Dr. Ramón Carrillo, conceptualizaba la salud como un producto complejo y determinado por las condiciones materiales de existencia¹. Es en este período que el Estado Nacional logra su máxima capacidad de rectoría , se crea el

¹ Tal como lo planteaba el Dr. Ramón Carrillo, Ministro de Salud Pública entre 1946 y 1951 *“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades, son unas pobres causas”*

Ministerio de Salud y se organiza un sistema de salud pública en todo el país, vinculado en base a criterios de complejidad creciente y articulado con otras iniciativas sociales del Estado. Esta planificación sanitaria nacional produjo un importante desarrollo de la capacidad instalada de propiedad pública en todo el país. Pero también durante este período se configura el subsector de Obras Sociales que será un factor decisivo en el desarrollo de la nueva heterogeneidad y fragmentación. Es así que desde su nacimiento, coexisten en el sistema de salud argentino dos modelos: el de prestaciones estatales de acceso universal y el de raíz bismarkiana, de seguridad social para trabajadores, basado en los salarios directos e indirectos.

Una vez que el Peronismo es derrocado, el sector salud comienza a sufrir importantes cambios que se traducen en un deterioro progresivo del subsector público con una también progresiva disminución de la capacidad de rectoría del Estado nacional, y el desarrollo del subsector privado al amparo de una asociación con el financiamiento que provenía del subsector de obras sociales.

En 1970

Esta situación, que magnifica la heterogeneidad y la fragmentación del sector, se mantiene y profundiza hasta los años 90 en que se instaura la reforma sanitaria (posteriormente a una importante crisis del sector) que propone separar las funciones de financiamiento y prestación del sector público y, en los temas que analizamos, la asunción de las capacidades de rectoría por parte del Estado así como el desarrollo de un mercado de la salud a través de la instalación de seguros de cobertura para pobres².

Particularmente, acerca del primer nivel de atención, podemos decir que su desarrollo no es diferente al que planteábamos para el resto del sector, sin embargo su historia está mucho más vinculada con el subsector público. Como antecesores de este nivel de atención podemos destacar a la Asistencia Pública en la Ciudad de Buenos Aires a principios de siglo XX, como un dispositivo de atención ambulatoria no hospitalario, y algunas experiencias de *proto* centros de salud abiertos en el contexto de la política de expansión del subsector público encarnada por el Dr. Carrillo. De todas maneras, y como decíamos anteriormente, el panorama ha sido muy

² Si bien excede a esta presentación dar cuenta de la reforma en la Argentina, este proceso estuvo determinado por las políticas del Banco Mundial para el sector salud, específicamente por el documento "Invertir en Salud" (Banco Mundial, 1993) y se sustentó en la separación de funciones del Estado, la apertura y desarrollo de un mercado de la salud (con regulación estatal), la homogeneización de las prestaciones a través de una canasta básica de servicios esenciales y con la restricción del Estado a las funciones esenciales de salud pública. Dentro de las acciones implementadas en el subsector de Obras Sociales se instauró el Programa Médico Obligatorio y la libre opción de los afiliados al sistema. (Belmartino, 1999).

heterogéneo, con provincias y municipios con gran desarrollo del 1º nivel de atención, algunos con adscripción a la estrategia de APS y otros desarrollándose simplemente como un nivel de atención con escasa o nula articulación con el resto del sistema de salud (lo que podríamos caracterizar como atención primitiva – Testa, op. cit. – más que APS), y otros espacios subnacionales en los que el desarrollo ha sido muy pobre.

Ya específicamente abordando la historia del desarrollo de la APS en nuestro país, existen antecedentes de iniciativas que incluyen a la estrategia como fundamento, como por ejemplo el caso de las experiencias de Alvarado en Jujuy y Salta – aún en forma previa a la declaración de Alma Ata -; estas experiencias se demostraron de gran efectividad en la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones, logrando erradicar, por ejemplo, al paludismo como enfermedad endémica en dichas provincias. Por otro lado podemos plantear que debido a que la Conferencia Internacional de Alma Ata se desarrolla en el año 1978, período durante el cual la Argentina era gobernada por una dictadura militar que obturaba claramente cualquier iniciativa promotora de la participación comunitaria, la APS se conceptualizó como un programa más que como una estrategia, y por lo tanto dio lugar a experiencias cuyo objetivo era el de la ampliación de la cobertura de servicios, así podemos citar como ejemplo de estas iniciativas al Programa de Salud Rural en la provincia del Neuquén.

Luego del retorno a la democracia, en 1983, la APS tuvo un momento de auge como un discurso democratizador de las prácticas en salud y como un antecedente del desarrollo de la medicina social y la salud colectiva en nuestro país; ejemplo de esto fueron las Jornadas de Atención Primaria de la Salud (1986 – 1992) que congregaban anualmente a más de 2000 trabajadores de la salud para el debate de experiencias, la producción científica, la problematización de los modelos de atención, de gestión y financiamiento, la discusión acerca de políticas de salud y su vinculación con la política del país, etc. Este movimiento declina a finales de los 80 conjuntamente con la crisis económico social de ese período.

Acerca de la actualidad de la APS en la Argentina:

Dadas las características de fragmentación y heterogeneidad que planteábamos para el sistema de salud en el país, es difícil hablar de un solo modelo de APS, así vemos experiencias muy desarrolladas y otras que podrían caracterizarse como atención primitiva (Testa, op. cit.) en lugar de primaria, y estas diferencias no sólo se dan entre provincias³ sino también entre municipios y subsectores.

³ El régimen de gobierno en la Argentina es representativo y federal, por lo que cada una de las provincias del país es autónoma y define cuál es la política de salud que implementa. El Ministerio de Salud de la

En general la financiación de las iniciativas de APS depende de los estados provincial es (básicamente centrado en las instalaciones físicas, los recursos humanos y los insumos de los efectores del primer nivel de atención) o municipales, excepto en el caso de los programas financiados por los organismos internacionales de crédito (en nuestro caso básicamente el BID y el BIRF), en los cuales se combinan habitualmente esas fuentes con contrapartidas nacionales, lo que determina que la ingerencia en el diseño, implementación y evaluación de las iniciativas de las instancias nacionales e internacionales es muy importante en detrimento de las competencias provinciales y municipales.

Ejemplo de esto último ha sido, en la década de los 90, el principal programa destinado al primer nivel de atención, el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), financiado por fondos del BIRF y nacionales, cuyo modelo de gestión planteaba la conformación de una Unidad Coordinadora de Programa sita en el Ministerio de Salud de la Nación con contrapartes provinciales que debían formular, implementar y evaluar el programa en base a matrices poco flexibles. Estas organizaciones creadas por el programa, la mayoría de las veces, constituía una “tecnoburocracia de elite” que tenía pocas vinculaciones y mucho menos dependencia, con las estructuras formales de los ministerios nacional y provinciales.

En la actualidad el Ministerio de Salud de la Nación cita como experiencias nacionales de APS a las siguientes iniciativas: Programa Nacional de Médicos Comunitarios, Programa REMEDIAR, Plan Nacer, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y al Programa Materno Infantil, a la vez que las involucra en el Plan Federal de Salud, formulado en 2004. Este Plan que desde lo doctrinario postula al Estado como garante de la salud de la población y la equidad en el acceso a los servicios de salud, plantea limitar la provisión de esos servicios a una “...canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que brinde cobertura universal básica a toda la población...” (Ministerio de Salud de la Nación, 2004) fundando el modelo de atención en la estrategia de APS y en la constitución de redes de atención organizadas según criterios de complejidad que articulen a los diferentes subsectores.

El modelo de APS que propone implica la responsabilidad poblacional nominada y bajo responsabilidad de las redes de atención, en cuyo contexto los niveles locales (municipios y provincias) son los responsables de “...desplegar una estrategia de APS...desarrollando políticas saludables...” en tanto el nivel central (Ministerio de Salud de la Nación) “...desarrollará una estrategia que permita asistir a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que se

Nación acuerda con las jurisdicciones provinciales en el ámbito del COFESA (Consejo Federal de Salud) las políticas que se desarrollan a nivel nacional; si bien esto implica una construcción federal de las políticas de salud, el Ministerio nacional ha logrado – en el último tiempo – negociar las iniciativas que consideraba importante implementar, en razón de su capacidad económica y política.

comprometan a implementar un adecuado modelo de APS”, lo que se corporiza a través del diseño del modelo, la provisión de medicamentos (a través del Programa REMEDIAR), la provisión de leche, vacunas y anticonceptivos (a través del Programa Materno Infantil, Programa de Inmunizaciones y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable) y la acreditación y capacitación del recurso humano (a través del Programa Nacional de Garantía de Calidad – quien también es responsable de la habilitación categorizante de los servicios que conforman las redes de atención – y del Programa Nacional de Médicos Comunitarios).

El Plan Federal de Salud, si bien plantea a la estrategia de APS como base del sistema, cita a los hospitales como nodos centrales de las redes⁴, evidenciando de esta manera una contradicción que mantiene una conceptualización “hospitalocéntrica” de los sistemas de salud, a la vez que sustenta fuertemente el modelo de atención vigente. Así mismo, resulta interesante discutir que si bien se plantea la cobertura de una canasta básica de bienes y servicios esenciales para toda la población, este conjunto no es definido en el documento sino que se deja a consideración de la decisión del Consejo Federal de Salud (COFESA); esto podría implicar una restricción de las prestaciones que hoy se brindan en el subsector público de salud⁵ que, en la práctica, garantiza la cobertura de cualquier prestación requerida siempre y cuando pueda ejercerse la presión necesaria.

Por otro lado, dispone el aseguramiento de la población bajo responsabilidad del subsector público y la contratación (por parte de los niveles provinciales) de redes de servicios – que integren al subsector público y privado – para su atención. De esta manera plantea la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios que históricamente estuvieron unificadas en el Estado y que determinaron el acceso universal de los sectores populares, así mismo esta separación de funciones remite a las propuestas realizadas en la década del 90 por parte de los organismos internacionales de crédito.

1. Plan Nacer: el aseguramiento planificado está llevándose a cabo a través de las acciones del Plan Nacer (de financiamiento del BIRF) que dispone la cobertura con una canasta básica de servicios maternoinfantiles a la población de embarazadas y niños menores de 6 años no

⁴ “*En la organización del sistema, dentro de la estrategia de atención primaria, el hospital es el protagonista de la cobertura ordenada del segundo y tercer nivel de atención, pero debe ceder, en la lógica de las redes de servicios, el primer nivel a los centros periféricos. De todas maneras, son los hospitales los nodos centrales de las redes.*” (Ministerio de Salud de la Nación, 2004)

⁵ Los agentes del seguro de salud (subsectores privados y de obras sociales nacionales) tienen obligación de cobertura del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) (Resolución N° 310/04 del Ministerio de Salud de la Nación). Esta canasta reemplazo al Programa Médico Obligatorio (PMO) luego de la crisis del 2001 que motivo la declaración de la emergencia sanitaria y permitió reducir las coberturas obligatorias.

asegurados por la seguridad social. Así propone conformar unidades de gestión provinciales que reciben transferencias financieras desde la Nación en base a un padrón de afiliados y ponderada a partir del alcance de metas sanitarias; las unidades de gestión provinciales – en una relación de agencia – remuneran a su vez a los efectores que conforman la red prestacional (por ahora exclusivamente pública⁶) en base a las prestaciones realizadas. El ingreso adicional del efector (la unidad de gestión provincial abre una cuenta bancaria a nombre de ese efector) puede utilizarse en construcción y mejoras edilicias, compra y mantenimiento de equipamiento médico, capacitación de recursos humanos e incentivo⁷ y contratación de recursos humanos. Entre 2004 y 2006 el Plan Nacer se restringió a las provincias del Noroeste (Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero y Tucumán) y Noreste (Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones) del país, pero a partir de 2007 se generalizó su implementación a toda la república.

2. Programa Médicos Comunitarios: contiene tres componentes: el posgrado en salud social y comunitario, el posgrado en metodología de la investigación para la salud social y comunitaria y equipos comunitarios para pueblos originarios. Excepto este último componente que propone la conformación e intervención de equipos interdisciplinarios e interculturales que desarrollen estrategias “...para la mejora de la situación sociosanitaria de los Pueblos Originarios...” (Programa Médicos Comunitarios, 2007), los componentes anteriores desarrollan programas de capacitación en servicio para profesionales de diferentes disciplinas (médicos, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, obstétricas) en un campo definido como salud social y comunitaria y que integra saberes y prácticas de la salud pública, la epidemiología, las ciencias sociales, administración, etc., y en el caso del posgrado de metodología, se agregan contenidos vinculados con métodos cualitativos y cuantitativos para la investigación.

La modalidad de implementación del Programa implica la contratación de los profesionales a través de una beca que incluye una retribución dineraria y la inclusión en el posgrado (Carrera de Especialización en Salud Social y Comunitaria). Los becarios deben desempeñarse en un centro de atención primaria de la salud en donde son asistidos por un tutor y desarrollan acciones de atención, promoción y protección de la salud en un plazo de 40 horas semanales. Dentro de esta dedicación horaria se incluyen acciones de formación que

⁶ A pesar que el Plan Federal de Salud plantea que las redes de atención pueden ser mixtas (integrando a los subsectores público y privado) la fuerte discusión al interior del aparato gubernamental respecto de esta cuestión hizo que las redes contratadas, hasta el momento, sean completamente públicas.

⁷ Si bien la información oficial del Plan Nacer informa que pueden generarse incentivos al personal a partir de los ingresos adicionales, sus normas prevén que estos incentivos no pueden ser económicos.

implican la lectura de documentos elaborados *ad hoc* por el Programa y encuentros presenciales realizados en la Facultad de Medicina de la cual depende la región en la que se localiza el centro de atención.

Si bien la cobertura de Médicos Comunitarios es muy importante en el país (7850 becarios en 2100 centros de atención primaria), es importante destacar que uno de sus principales problemas es que se implementa en asociación entre el Ministerio de Salud de la Nación y Facultades de Medicina de todo el país, muchas de las cuales no tienen ninguna historia en formación de personal en contenidos que vayan más allá de lo biomédico, por lo que sus plantales docentes no cuentan con competencias para la docencia en el campo específico de la Carrera de posgrado ofrecida. Por otro lado difícilmente puedan proponer un modelo de atención alternativo al reglado por el Modelo Médico Hegemónico, que es el modelo que promueven y fortalecen cotidianamente. Finalmente la situación de contratación de los profesionales es muy precaria y cesa al cabo de 2 años, por lo que es difícil pensar en que pueda impactar sobre los modelos de atención a largo plazo. Sería importante que este Programa se articulara con una política de recursos humanos en APS a más largo plazo.

3. Plan REMEDIAR: este programa que surge a consecuencia de la crisis que sufrió la Argentina en el 2001, así el planteo del gobierno del Dr. Duhalde que tuvo como Ministro de Salud al Dr. González García (actual Ministro) fue el de diseñar e implementar una serie de programas de emergencia⁸, entre los cuales se cuenta al REMEDIAR.

Específicamente en el caso de este programa, se reasignaron los fondos del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo a través del préstamo BID N° 1193 / OC-AR. El PROAPS tiene como objetivo el aumento de la cobertura, la promoción de la equidad y la mejora en las condiciones de salud de la población a través de la transformación del modelo prestacional tradicional en otro modelo cuya base conceptual es la atención primaria de la salud. En este sentido podría entenderse que el Ministerio de Salud de la Nación, al tomar este programa como fuente de recursos del REMEDIAR, asume que la estrategia fundamental para transformar el modelo de atención es la de facilitar el acceso a los medicamentos en el primer nivel de atención.

El Plan REMEDIAR implementó la constitución de botiquines que incluyen medicamentos para el tratamiento de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención,

⁸ Los programas de emergencia social fueron iniciativas que se generaron a partir de la reorientación de partidas presupuestarias de programas con financiamiento internacional y, cuyo objetivo fue el de paliar la crisis en forma aguda. Estas iniciativas fueron el Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados, el Plan REMEDIAR, el Programa de Emergencia Alimentaria y el Plan Familias.

actualmente se distribuyen en 6262 efectores 11500 botiquines que dan cuenta de 5.100.000 consultas mensuales. Según datos del propio programa cubre a 12.500.000 personas a través de 32.700.000 recetas realizadas.

El REMEDIAR ha logrado, sin dudas, que la población de bajos ingresos de nuestro país acceda a medicamentos y generó una importante reorientación de la demanda hacia el primer nivel de atención⁹; sin embargo también produjo una fuerte medicalización del modelo de atención al fortalecer la representación del medicamento como parte fundamental de la consulta. Así mismo, la modalidad de adquisición de los fármacos por parte del programa – licitaciones internacionales de medicamentos – si bien ha logrado un fuerte impacto en términos de eficiencia, pone en duda la sostenibilidad de la iniciativa una vez finalizado el monto del préstamo ya que el programa no ha desarrollado una línea de promoción y fortalecimiento de la fabricación nacional y pública de medicamentos esenciales.

4. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable: esta iniciativa comienza su implementación en el año 2003, luego de la sanción de la ley nacional n° 25.673 del 2002. La discusión de esta ley logró poner el tema de la salud sexual y reproductiva en la agenda pública, situación que motivo un interesante debate que culminó en el apoyo y la implementación del programa a nivel nacional. El Ministerio de Salud nacional así como su máxima autoridad – el Ministro – tuvo un papel muy importante en este debate¹⁰.

El programa tiene como propósito “...promover la igualdad de derechos, la equidad y la equidad y la justicia social así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades en el campo de la salud sexual.” (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2007) y propone su implementación a través de la provisión de insumos (preservativos, anticonceptivos hormonales – inyectables, orales, para la lactancia, de emergencia – y DIU así como instrumental para su colocación), asistencia técnica, capacitación y acciones de comunicación social.

⁹ Desde su inicio el programa sólo proveía botiquines a los efectores del primer nivel de atención, por lo que este nivel era el único que disponía de medicamentos para la entrega en la demanda ambulatoria, esto generó una fuerte reorientación de la demanda hacia esos efectores a la vez que aumento su capacidad resolutive. Sin embargo, actualmente el programa también entrega botiquines en hospitales.

¹⁰ De hecho, como parte de la puja social alrededor de la ley, el Obispo Castrense dijo públicamente que por su posición el Ministro debería ser atado a una piedra y arrojado al mar, lo que retrotrajo la discusión a la historia de nuestro país en que los detenidos – desaparecidos por causas políticas eran arrojados desde aviones al mar como forma de asesinato y desaparición de los cuerpos. Como consecuencia de estos dichos, el Obispo fue separado de su cargo en el ejercito argentino por parte del Presidente de la Nación y esto provocó un incidente con el Vaticano.

A diferencia de otras iniciativas del Ministerio de Salud se propone articular sus acciones, en forma explícita, con otros programas del sector así como con iniciativas del sector de Desarrollo Social.

Últimamente este programa adquirió entidad organizativa propia, ya que previamente – desde el comienzo de su implementación hasta 2005 – dependía estructuralmente del Programa Materno Infantil.

5. Programa Materno Infantil: esta es una iniciativa que tiene más de 50 años de implementación en el país, aunque experimentó numerosos cambios administrativos e ideológicos a lo largo de su historia. El de mayor importancia en el último tiempo fue el ocurrido a partir de los 90 con la implementación del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), financiado por el BIRF y que proponía focalizar las acciones en mujeres embarazadas y nodrizas y a niños menores de 6 años en condiciones de pobreza estructural, aboliendo el carácter de universalidad que habían tenido las políticas de salud en general y el programa materno infantil en particular de la Argentina. El impacto de esta última intervención en la iniciativa determinó que el programa enfatice (a pesar que el PROMIN ya ha concluido su plan de intervención) su cobertura en la población en condiciones de pobreza. Los objetivos del programa materno infantil son “...reducir la morbimortalidad de la población de mujeres, niños y adolescentes; reducir las brechas de los indicadores de salud existentes (por género, nivel socioeconómico, áreas geográficas, etnias); mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud y promover la participación ciudadana en la problemática de salud de la población.” (Programa Materno Infantil, 2007), y sus principales acciones – que se organizan según los ejes de salud perinatal y salud integral del niño – incluyen asistencia técnica; establecimiento de consensos alrededor de normas de atención y organización, guías de prácticas; monitoreo y vigilancia de morbimortalidad materno infantil; transferencia de medicamentos, equipamiento e insumos – fundamentalmente leche en polvo fortificada con hierro -; establecimiento de acuerdos para la constitución de redes de atención sobre todo a nivel perinatal.

Como planteábamos anteriormente, el financiamiento del programa proviene de fondos nacionales, aunque hasta el 2006 contaba aún con fondos provistos por el BIRF a través de los préstamos que financiaron el PROMIN.

6. Programa de inmunizaciones: esta iniciativa, de financiamiento nacional, tiene carácter normativo para todas las jurisdicciones del país y además realiza el proceso de compra de vacunas que se realiza centralizadamente a través del Ministerio de Salud de la Nación.

Realiza un monitoreo de los casos de sarampión, rubéola y parálisis flácida, siendo esto y la provisión de vacunas su vinculación con la APS.

Si bien no se plantea, por parte del Ministerio de Salud de la Nación, al proyecto FESP (funciones esenciales y programas priorizados de la salud pública) como una de las experiencias nacionales de APS, nos parece que en razón de su importancia y financiamiento, resulta pertinente un acercamiento a esta iniciativa. Según el Ministerio de Salud este proyecto es la “...*nueva piedra angular de la transformación de la salud de los argentinos...*” (Ministerio de Salud, 2006) que permitirá alcanzar los Objetivos del Milenio en términos de salud en el año 2015.

Su objetivo es garantizar la cobertura universal de una serie de funciones y programas de salud pública definidos como esenciales, de manera de reducir la morbimortalidad producida por las enfermedades a las que se dirigen esas acciones. Así prioriza las siguientes funciones: vigilancia en salud pública; fortalecimiento de la red de laboratorios en salud pública; promoción de la salud con énfasis en enfermedades no transmisibles, participación de la comunidad a través de la estrategia de municipios saludables, fortalecimiento de la capacidad de regulación de la salud, fiscalización sanitaria y sanidad de fronteras; investigación y gestión del conocimiento y emergencias y desastres. Por otro lado, el proyecto, prioriza los siguientes programas: ampliado de inmunizaciones; enfermedades vectoriales (dengue, chagas, rabia y leishmaniasis); enfermedades transmisibles emergentes; tuberculosis; sangre segura; VIH – SIDA – ETS; salud sexual y reproductiva. Hasta aquí queda claro la vinculación de este proyecto con la estrategia de APS a pesar que el Ministerio no lo plantee explícitamente, por lo que se justifica su inclusión en este trabajo.

Esta iniciativa es financiada por el BIRF y se operativiza a través de convenios específicos con cada una de las provincias del país quienes informarán al nivel central nacional la implementación de las acciones vinculadas con las funciones y programas priorizados y recibirán financiamiento específico.

A modo de conclusión:

Tal como planteábamos anteriormente, la APS en la Argentina se desarrolla con impulso a partir del retorno de la democracia en 1983, así se configura como un movimiento que propone la problematización y la reflexión acerca de la determinación de los problemas de salud de la población así como del abordaje de esta situación. Coincidentemente se comienzan a desarrollar experiencias concretas con resultados diversos en términos de producto sanitario, aunque sin dudas con importantes impactos sobre los modos de pensar y abordar el proceso salud – enfermedad – atención – cuidado.

La actualidad de la APS en nuestro país esta fuertemente determinada por el proceso de reforma sanitaria de los 90 y la crisis del 2001, así uno de los fundamentos de las experiencias de APS en la Argentina – según el Ministerio de Salud de la Nación – como es el Plan REMEDIAR, surge como consecuencia de la reformulación de los programas con financiamiento externo luego de la crisis. Cabe destacar en este punto, que si bien los resultados de esa iniciativa en términos de acceso a los medicamentos son muy importantes, es trascendente debatir acerca de la medicalización producida por el programa así como de su sustentabilidad y las consecuencias en términos de endeudamiento externo para cobertura de gastos corrientes que ha generado; caben estas mismas consideraciones respecto del Plan Nacer, el de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y el Proyecto FESP, también con financiamiento externo.

En el caso del Plan Nacer, es pertinente poner en debate la adecuación de un sistema de aseguramiento para la cobertura de cuidados básicos respecto de la salud materno infantil, si bien es muy importante poder contar con la estructura de incentivos que propone la iniciativa, resulta riesgoso – a nuestro criterio – la separación de funciones que plantea el plan (y que planteara el BIRF en su informe “Invertir en Salud”) ya que podría hacer que el sector estatal – o el privado, en caso que las redes de atención sean mixtas – deje de hacerse cargo de estas funciones en caso que la retribución económica no sea efectivizada; por otro lado cabe discutir si el mercado puede ser una herramienta de asignación en estas acciones (explicitamos que no debe ser el mercado quien oriente estas acciones sino la provisión explícita y activa por parte del Estado).

Por último, si bien acordamos con la formación del personal de salud en contenidos de salud social y comunitaria (tal lo definido por el Ministerio de Salud, aunque pensamos que debieran definirse como contenidos de salud colectiva), refrendamos las dudas expuestas respecto a si son las facultades de medicina del país, públicas y privadas, las que pueden administrar procesos de aprendizaje vinculados con estas temáticas, a profesionales médicos y no médicos, sobre todo teniendo en cuenta que muchas de ellas no tienen antecedentes de haber desarrollado programas en este sentido en su historia académica.

Bibliografía

- Belmartino S. La Atención Médica Argentina en el Siglo XX. Instituciones y Procesos. Colección Historia y Cultura. Siglo XXI Editores. Buenos Aires. Argentina. 2005.
- Belmartino S. El sistema de salud en Argentina: perspectivas de reformulación. Cuadernos Médico Sociales N° 61. Asociación Médica de Rosario. Argentina. Setiembre 1992.
- Belmartino S. Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el arbitro?. Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina. 1999.

- Declaración de Alma Ata en www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaration.htm recuperado el 26/5/07.
- Ministerio de Salud. Nacidos vivos, defunciones totales, según grupos de edad y maternas por jurisdicción de residencia, Argentina, Año 2005. Boletín N° 114, ISSN 0301-4630. Buenos Aires. Argentina. 2007.
- Ministerio de Salud. Marco de planificación para la evaluación ambiental del proyecto FESP Argentina. Programa y Funciones Esenciales para la salud pública (PO 90993) en www.msal.gov.ar recuperado el 15/6/07.
- Ministerio de Salud. Plan Federal de Salud en www.msal.gov.ar recuperado el 31/5/07.
- Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en www.msal.gov.ar recuperado el 31/5/07.
- Ministerio de Salud. Programa Materno Infantil en www.msal.gov.ar recuperado el 14/6/07.
- Ministerio de Salud. Plan Nacer en www.nacer.gov.ar recuperado el 31/5/07.
- Ministerio de Salud. Programa Médicos Comunitarios en www.medicoscomunitarios.gov.ar recuperado el 31/5/07.
- Ministerio de Salud. Plan REMEDIAR en www.remediar.gov.ar y en www.proaps.cba.gov.ar recuperado el 31/5/07.
- Tejada de Rivero D. Alma Ata 25 años después. Perspectivas de Salud, OPS, Volumen 8 Número 2. Washington D.C. EEUU. 2003.
- Testa M. Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud. Pensar en Salud. Colección Salud Colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina. 1993.
- OPS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / OMS. Washington D.C. EEUU. 2005