



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Stolkiner, Alicia; Comes, Yamila; Garbus, Pamela  
Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 6, junio, 2011, pp. 2807-2816  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110019>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina

### Scope and potential of Primary Healthcare in Argentina

Alicia Stolkiner <sup>1</sup>

Yamila Comes <sup>2</sup>

Pamela Garbus <sup>2</sup>

**Abstract** *This paper is part of the “Southern cone countries multicentric study of primary healthcare: healthcare models, health system integration and intersectoral relations in urban contexts in Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay”. Its scope is to contextualize, describe and analyze the current state of the PHC strategy in Argentina and its potential for transforming the fragmented and segmented health system. The data-gathering methodology was review of the literature, study of documents, interviews with key informants and workshop discussions with stakeholders of the system. The dimensions of the data analysis were: (1) stewardship capability; (2) PHC financing; (3) provision, human resources and comprehensiveness; (4) integration and continuity. The transversal analytical categories in all the dimensions were the segmentation and fragmentation of governance and the health system. For this reason, the dynamics and actions of the social actors involved in the healthcare system and their position in relation to PHC were analyzed. The paper contains a theoretical introduction on the scope of current definitions of PHC and the description of the social, economic, political and epidemiological context of healthcare policies in Argentina. PHC based on the proposed dimensions is then analyzed.*

**Key words** *Primary Healthcare, Fragmentation, Segmentation, Governance*

**Resumen** *Este trabajo forma parte del “Estudio multicéntrico en APS: modelos asistenciales, integración al sistema de salud e intersectorialidad en contextos urbanos en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay”. Su objetivo es contextualizar, describir y analizar el estado actual de la estrategia de APS en Argentina y sus potencialidades para transformar un sistema de salud fragmentado y segmentado. La metodología de producción de datos consistió en revisión bibliográfica, estudio documental de campo, entrevistas a informantes clave y un taller de debate con actores del sistema. Las dimensiones de análisis de los datos fueron: (1) capacidad de conducción de la APS, (2) financiamiento de la APS, (3) recursos para APS, (4) integralidad y continuidad, (5) articulación intersectorial y relaciones de la APS con actores sociales y políticos. La segmentación del sistema y la gobernanza son categorías analíticas transversales a todas las dimensiones a estudiar. El artículo comienza con una introducción teórica sobre los alcances de las definiciones actuales de APS, luego se caracteriza el contexto social, económico, político y epidemiológico de las políticas de salud en Argentina. Finalmente realiza un análisis de la APS en función de las dimensiones propuestas.*

**Palabras clave** *Atención Primaria, Segmentación, Fragmentación, Gobernanza*

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Lanús. 29 de Setiembre 3901, CP 1826, Remedios de Escalada, Partido de Lanús, Provincia de Buenos Aires, Argentina.  
astolkiner@fibertel.com.ar

<sup>2</sup> Universidade de Buenos Aires.

## Introducción

En el marco de la crisis y de la deslegitimación de los discursos de reforma promercado de finales del siglo XX, se revitalizó la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Dentro de las distintas interpretaciones posibles de la APS<sup>1</sup>, tendió a privilegiarse la selectiva<sup>2</sup> reduciéndola a programas focalizados.

El nuevo enfoque de la Atención Primaria de la Salud se centra sobre las causas fundamentales de la salud, definidas por la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud y valora la salud como derecho humano<sup>2</sup>. Coincide con que las nuevas propuestas de reforma del Estado reconocen la importancia de éste en su función de regulador y en el desarrollo de acciones específicas para fortalecer la gobernabilidad, la gobernanza y la cohesión social. El debate actual se centra en lograr los principios de universalidad, equidad, justicia y garantía de derechos en los sistemas de salud de la región y las propuestas giran en torno al concepto de aseguramiento universal (eventualmente ligada al universalismo básico) o el de sistemas públicos de salud<sup>3,4</sup>. Ambas perspectivas, sin embargo, asumen la necesidad de integrar los sistemas con altos niveles de fragmentación y segmentación.

El sistema de Salud de Argentina resulta ser un caso paradigmático por el alto nivel de segmentación y fragmentación que lo caracterizan, lo cual se profundizó en la reforma neoliberal. Luego de la crisis que, en el año 2001, culminó el período de reformas promercado, se produjo un crecimiento económico sostenido, el cual fue acompañado de un incremento del gasto social del Estado, en el marco de una mayor intervención del mismo en la regulación de la economía.

Algunas políticas sociales revirtieron radicalmente decisiones del período anterior. En salud, en cambio, las medidas no transformaron la estructura básica del sistema. No obstante, las modificaciones realizadas se fundaron en un discurso centrado en la estrategia de APS, el incremento de la regulación por parte del Estado y la recuperación de la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud Nacional. Frente a una dinámica de actores compleja que limitó propuestas de integración cabe preguntarse sobre los alcances y potencialidades que la Atención Primaria de la Salud tiene en las condiciones actuales.

Las dimensiones de análisis de este estudio fueron analizadas transversalmente por las categorías segmentación y fragmentación del sistema de salud, y gobernanza.

Se define segmentación como la presencia de diversos subsistemas responsables por la protección y atención de diferentes grupos poblacionales y la ausencia de coordinación entre los sistemas institucionales.

La categoría gobernanza fue contemplada como herramienta analítica para la comprensión de los procesos de acción colectiva que organizan la interacción de actores, la dinámica de procesos y las reglas de juego (informales y formales) con las cuales una sociedad toma o implementa sus decisiones<sup>5</sup>.

El objetivo de este trabajo es contextualizar, describir y analizar el estado actual de la estrategia de APS en Argentina y sus potencialidades de transformación.

## Metodología

Para el estudio se construyó una guía de relevamiento de datos y una matriz de análisis cuyas dimensiones son: capacidad de conducción de la APS; financiamiento de la APS; recursos para APS (provisión y recursos humanos); integralidad y continuidad de cuidado; articulación intersectorial y relaciones de la APS con actores sociales y políticos.

Los datos se produjeron a través de: revisión de literatura y análisis documental, fuentes secundarias, entrevistas a informantes clave y un taller de debate con actores del sistema. Se realizaron veintinueve entrevistas a expertos, gestores, miembros de entidades de profesionales, miembros de entidades de la sociedad civil y gestores de obras sociales.

## Contextualización de la APS en Argentina

La Argentina es un país de ingresos medios o grupo 2. A mediados de los 90 comenzó un proceso recesivo con desaceleración del crecimiento que culminó con la crisis del 2001. A partir de 2003 se inició un ciclo de crecimiento económico, con un incremento del PBI de alrededor del 8% anual, que descendió en 2008 y 2009 en el marco de la crisis internacional y hoy muestra signos de recuperación<sup>6</sup> (Gráfico 1).

De sus 40 millones<sup>7</sup> de habitantes el 92% habita en zonas urbanas<sup>8</sup>. Tiene una alta tasa de alfabetización<sup>9</sup> y bajo crecimiento poblacional<sup>7</sup>. La esperanza de vida aumentó de 74,7 años a 75,5 entre 2004 y 2009 (OPS)<sup>10</sup>. La población bajo línea de pobreza e indigencia disminuyó entre 2004 y 2009 del 44,3% a 14% y de 17% a 4%



respectivamente<sup>11</sup>, así como bajaron los índices de desempleo (de 15,6% de la PEA en 2003 a 8,3% en 2010) (Tabla 1).

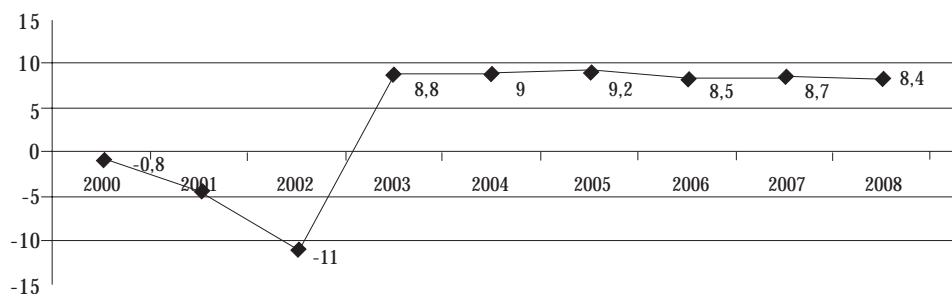
Algunos indicadores alcanzan las metas esperadas en los objetivos del milenio, como la “población de un año vacunada contra el sarampión”<sup>10</sup> y la de “partos atendidos institucionalmente”<sup>12</sup>.

En su perfil epidemiológico se superponen enfermedades del desarrollo y de la pobreza, y hay fuertes disparidades en los perfiles de morbilidad entre clases sociales, zonas o grupos poblacionales. Las enfermedades transmisibles ocupan el tercer lugar<sup>12</sup> en las causas de muerte. Una parte de la mortalidad infantil es reducible y aunque ha descendido<sup>13</sup>, sigue siendo alta,

al igual que la mortalidad de menores de cinco años<sup>12</sup> y la materna<sup>12</sup> (Tabla 1).

El sistema de servicios de salud se divide en tres subsectores: el Estatal, en sus niveles nacional, provincial y municipal; el de Obras Sociales y el privado. En este último están las empresas de medicina prepaga (seguros privados) y una compleja red de prestadores que son contratados por el subsistema de Obras Sociales. Hay heterogeneidad en las normas particulares para cada organización, en la captación de recursos, en las formas de utilización y en los derechos reconocidos a la población a cargo<sup>14</sup>.

Al enunciarse el Plan Federal de Salud en el 2004, existían 24 sistemas públicos provinciales,



**Gráfico 1.** Tasa de crecimiento económico anual real (PBI) (en %) – República Argentina, años 2000-2008.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) de Argentina y Banco Central de la República Argentina (BCRA).

**Tabla 1.** Indicadores sociodemográficos – Argentina, años 2004-2008.

	2004		2008	
Demográficos				
Población	38.372.000		38.976.000	
Tasa de crecimiento anual de la población	1		1	
Esperanza de vida al nacer	74,7		75,3	
Proporción de población bajo la línea nacional de indigencia/ pobreza extrema	17,0	15,0	5,1	4,4
Proporción de población bajo la línea nacional de pobreza	44,3	40,2	17,8	15,3
Proporción desempleada de la fuerza de trabajo	12,1		8,0	
Mortalidad				
Tasa de mortalidad infantil (1000 nv)	14,4		12,5	
Mortalidad estimada en menores de 5 años	16,7		14,5	
Razón de mortalidad materna (por 10000 nv)	4,1		4,0	

Fuentes: OPS - Situación de Salud de las Américas 2009 - Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC. 2007 - Indec EPH continua 2008-2009.

cerca de 300 Obras Sociales nacionales, 24 Obras Sociales provinciales, decenas de empresas de medicina prepaga y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados<sup>15</sup>.

El sector estatal es de acceso universal pero atiende prioritariamente al 34,9% de la población del país que sólo cuenta con su cobertura<sup>16</sup>, aunque el 40% de sus usuarios tiene cobertura de otro tipo<sup>17</sup>. Las empresas de medicina prepaga cubren el 10% de la población<sup>16</sup> y el resto tiene cobertura de Obra Social (55%). Existe una parte de la población que cuenta con doble cobertura y una parte de los cubiertos por Obras Sociales acceden al sistema de seguros privados pagando un extra a partir de la reforma.

La reforma de los 90 profundizó la estratificación de los usuarios según capacidad contributiva<sup>18</sup>. La crisis de 2001 impactó negativamente en la salud de la población y en el sistema de salud mientras que los sectores medios y los trabajadores perdieron la cobertura de las empresas de medicina prepaga y obras sociales, pasando a depender del sector estatal que fue el único anticíclico<sup>19</sup>.

En inicios del 2002 se decretó la emergencia sanitaria nacional<sup>20</sup>. El gobierno propuso reconvertir el Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud (PROAPS), financiado con un crédito BID (OC-AR-1193/3 y 1134/3) en PROAPS-REMEDIAR. Ese proponía garantizar el acceso gratuito de medicamentos de uso ambulatorio a la población con cobertura únicamente estatal. Esta provisión de medicamentos esenciales ambulatorios desde entonces se hace a través de botiquines a los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de todo el país. Se estima que ellos cubrirían la demanda, al inicio del plan, del 60% de enfermedades de las consultas en la Atención Primaria de Salud (APS) para llegar luego al 80%. En el año 2008 se suplantó el financiamiento BID por el del presupuesto nacional.

El programa, "REMEDIAR" fue el eje articulador de las políticas posteriores. En 2004 se anunció el Plan Federal de Salud que propuso un modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y fundamentado en la estrategia de atención primaria como organizadora del sistema.

### Conducción del sistema y APS

Se encuentra homogeneidad en las concepciones de APS en los discursos de los entrevistados y los documentos. Se la reconoce como estrategia de reordenamiento del sistema de salud,

ligada a las definiciones de Alma Ata. En las Bases del Plan Federal de Salud se la define como **estrategia que concibe integralmente los problemas de salud – enfermedad – atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación**<sup>21</sup> y se propone una asignación creciente de recursos. En documentos del Ministerio se plantea la necesidad de **"operar la concepción que equipara la Atención Primaria de la Salud con el Primer Nivel de Atención"**<sup>22</sup>. No obstante, se ubica al hospital como centro del sistema asistencial.

La mayoría de los entrevistados no ligados a la función gubernamental, afirma que no existe una definición oficial sobre APS y que los enunciados no coinciden con las ejecuciones. Esta contradicción podría originarse en las dificultades para integrar la multiplicidad de normativas, instituciones e intereses del sector, produciendo una brecha entre los discursos y las prácticas.

Históricamente el sector salud en la Argentina ha tenido una puja de actores que obstaculizaron los intentos de integración en función de intereses corporativos<sup>23</sup> y que podrían verse desfavorecidos si cambia el modelo de atención centrada en la enfermedad, o si aumentaran las regulaciones. Han sido actores estratégicos – además de las industrias ligadas a salud – las corporaciones profesionales, las cámaras de prestadores privados y el poder sindical por su ligazón con las obras sociales<sup>24</sup> los cuales configuraron un "pacto corporativo" que produjo "una historia de bloqueos" de las políticas de salud<sup>24</sup>. La Iglesia Católica ha sido otro actor de fuerte presencia en el sector.

En las entrevistas y documentos analizados se reconoce como un obstáculo de la APS a la cultura "hospitalocéntrica" del sistema, motor de alto gasto en medicamentos y tecnología y del déficit en prevención y atención oportuna.

### Instituciones y reglas de conducción de la APS en Argentina

La Argentina es un país federal y constitucionalmente la salud es competencia provincial. Incluso los municipios tienen decisiones autónomas en APS. La combinación entre el federalismo y la descentralización de los 90 obstaculizó la implementación uniforme de políticas de Estado que garantizaran derechos similares al conjunto de la población<sup>19</sup>, resultando desigualdades en términos geográficos y sociales. Existe un mosaico normativo y una gran diversidad de oferta de servi-

cios que se suman a la multiplicidad de instituciones de las obras sociales y del sector privado.

Los distintos poderes del Estado operan sobre el sistema de salud e incorporan en su agenda las contradicciones y la voz de actores estratégicos. La puja de intereses se manifiesta en el Poder Legislativo.

Pese a ser una meta del ejecutivo, no existe una Ley Nacional de Salud, y hasta el momento está detenido en la Cámara de Senadores el proyecto de regulación de las empresas de medicina prepaga. Por otra parte, por iniciativa del Ejecutivo, es Ley Nacional el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable<sup>25</sup>, e incluso una Ley de Derechos de los Pacientes<sup>26</sup>. En 2009 se creó el Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA)<sup>27</sup> integrado por los titulares de las comisiones de salud de las legislaturas provinciales y de la nacional, para articular y promover homogeneidad en las políticas legislativas de ambos niveles.

El Poder Judicial ha sentado jurisprudencia y emitido fallos a partir de demandas de particulares. Frente a la proliferación de recursos de amparo presentados por afiliados de empresas de medicina prepaga u obras sociales por el cese o limitación de cobertura, la denominada "judicialización de la salud", la Superintendencia de Salud creó la figura del Defensor del Beneficiario<sup>28</sup>.

El Ministerio de Salud de la Nación ha elegido como herramientas para recuperar capacidad de rectoría la financiación, la regulación y la búsqueda de concertación y consenso. El espacio para la concertación Nación-Provincias, es el Consejo Federal de Salud (COFESA)<sup>29</sup>. A su vez existen los Consejos Provinciales de Salud.

La financiación nacional se realiza a través de programas ejecutados en las provincias con evaluación y monitoreo de resultados. Podría reconocerse en estos procesos un "modo de incentivo de gobernanza"<sup>30</sup>.

El órgano de regulación de las obras sociales nacionales y del Instituto Nacional de Seguro Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP) es la Superintendencia de Servicios de Salud, cuyas entidades cubren 18 millones de beneficiarios y poseen un marco legal homogéneo. La Superintendencia creó el Programa de Prevención y Promoción de la Salud<sup>31</sup>. Una gestora entrevistada refiere estar instalando en una de sus entidades una red socio preventiva de actores de la sociedad, en función de un concepto de salud integral. Son estas acciones puntuales.

Las obras sociales provinciales tienen normativas heterogéneas y la regulación de las empre-

sas de medicina prepaga es incompleta. Una ley comprometió a las prepagas a prestar la cobertura básica de las obras sociales (PMO)<sup>32</sup> así como fueron obligadas a dar algunas prestaciones específicas. Las obras sociales y empresas de medicina prepaga incorporaron el sistema de médico de cabecera o de familia e, algunas actualmente desarrollan acciones preventivas; pero su eje de acción es la asistencia de la enfermedad. La concepción de la APS es prioritariamente de puerta de entrada.

Las empresas de medicina prepaga se consideran, en voz de sus actores<sup>33</sup>, fiscalizadas por múltiples organismos: Ministerio de Salud y de Economía, Superintendencia de Servicios de Salud, Secretaría de Defensa del Consumidor, Defensoría del Pueblo y Poder Judicial. Estas conforman un actor estratégico en la toma de decisiones con baja injerencia en las políticas de APS y suelen considerar la prevención y promoción como funciones del estado.

Se podría afirmar que el mayor impacto del Ministerio Nacional en el desarrollo de la APS es en los servicios estatales y tiene por población objetivo la que no cuenta con cobertura de los otros subsectores, sin producir modificaciones estructurales en el sistema.

Al momento no se han institucionalizado formas específicas de participación social en salud, como por ejemplo consejos de salud, déficit señalado por múltiples entrevistados. La importancia real que se le asigna a un enunciado de políticas se concreta en su financiación.

### La financiación de la APS

La política económica actual desarrolla una mayor intervención del estado en la economía y promueve el incremento del gasto público. El gasto público social creció de 19,15% del PBI a 23,48% entre los bienios 2003/2004 y 2007/2008<sup>34</sup>. Entre 2003 y 2007 el gasto público nacional en salud pasó del 3,5% al 5,7 % del PBI<sup>11</sup>. El gasto en salud es alto para el tipo de país, alrededor de 1529 U\$ internacionales por habitante/año del cual 672 U\$ corresponden al gasto público<sup>7</sup>.

El sector estatal se financia con recursos provenientes de la recaudación impositiva nacional, provincial y municipal. La nación distribuye fondos a las provincias por la coparticipación federal, salvo las contribuciones a la Seguridad Social que se destinan a sus prestaciones.

La financiación de las Obras sociales proviene del aporte de empleados y empleadores. Los fondos de las empresas de medicina prepaga son



por pago de particulares. Los de los prestadores privados (clínicas, sanatorios, laboratorios, etc.) se soportan básicamente en los contratos de prestación realizados con obras sociales y seguros de salud.

El gasto total en salud constituyó en 2004 el 9,6 % del PBI, del cual el 46,9 % fue gasto público y el 53,1 % privado<sup>35</sup>. El gasto público en salud fue en el año 2004 de 4,4% del PBI y el gasto privado para el mismo año del 5,2% del PIB. En el año 2007 los valores del gasto público se mantuvieron estables mientras que el gasto privado disminuyó a 3,2% del PIB (Tabla 2).

El gasto de la red pública de APS es casi dos mil millones de pesos anuales (500 millones de US\$). Esta cifra es el 23,8 % del gasto público en salud, pero sólo al 6% del gasto total en salud del país<sup>36</sup>, lo que evidencia que la financiación de la APS recae en el sector estatal y con fuerte participación de los municipios. Según F. Tobar el gasto en APS por jurisdicción en 2004 era el siguiente<sup>37</sup>: Gobiernos municipales, 61,3%; Gobiernos provinciales, 25,4%; Gobierno nacional, 13,3%. Esta prioridad del gasto municipal crea un factor de inequidad entre municipios de escasa y alta capacidad contributiva.

Algunos de los programas sustantivos de desarrollo de la estrategia de APS del Ministerio Nacional tienen financiación externa de organismos de crédito internacionales, su monto en 2007 fue 1025 millones de US\$<sup>38</sup>.

Con respecto al gasto de los particulares en APS, no es posible desglosarlo del gasto de bolsillo en salud, que se caracterizó por su regresividad desde los 90, siendo mayor el porcentaje del ingreso familiar insumido, cuanto menor fuera éste<sup>37</sup>. Tal inequidad se mantiene, pese a disminuir en todos los estratos el porcentaje del ingreso familiar destinado a salud<sup>17</sup>, probablemente

la provisión gratuita de medicamentos a los grupos de bajos ingresos debe haber influido en esto.

Dado que la APS es fundamentalmente una actividad estatal que se desarrolla con prestadores propios, no hay mecanismos unívocos de pago a prestadores. No es frecuente la contratación de privados en el primer nivel de atención y el Seguro Materno Infantil de 2005 que intentó generarlos, no prosperó. Los CAPS son, generalmente, de asistencia gratuita sin copago pero pueden existir bonos voluntarios.

Corresponde analizar en qué recursos se distribuye la financiación.

### Recursos de la APS

Aunque desde el enfoque abarcativo de la APS todas las instituciones de salud debieran considerarse parte de ella, al analizar los recursos consideraremos sólo las unidades de atención de primer nivel (CAPS) y los programas relacionados con ellos en el sector estatal – principal responsable de las acciones de primer nivel – y de los programas de prevención y promoción.

Hay 6433 CAPS en el país, 54% provinciales y 45% municipales, la mayoría recibe los medicamentos del REMEDIAR. En promedio tienen a su cargo 3.200 personas cada uno. Su equipamiento básico indispensable sería adecuado, pero esto es irregular y se detectan falencias<sup>38</sup>. La mayoría tienden a concentrarse en los centros urbanos.

La cobertura del sector estatal se considera de acceso irrestricto, sin embargo algunos de los programas nacionales se dirigen a población sin otra cobertura, o cuya residencia es en la zona de servicio, y algunos servicios de salud municipales sólo aceptan a la población con residencia en el área. Los CAPS provistos por el REMEDIAR son mayoría y concentran el 53% de las consultas del sector público<sup>39</sup>.

La Argentina tiene una cantidad generosa de médicos y personal de salud, salvo enfermería que es insuficiente. Hay 32 médicos cada diez mil habitantes y sólo 3,8 enfermeras/os<sup>40</sup>. La distribución de recursos humanos es marcadamente inequitativa a nivel regional, siendo deficitarios en las zonas más carenciadas del país. En cuanto a APS, el 18% del total de médicos del país y 28% de médicos del subsistema público ejercen en Centros de Atención Primaria (21.695 médicos)<sup>41</sup>, resultando más equitativa su distribución regional.

La cultura hospitalocéntrica, centrada en la atención de la enfermedad, ha determinado la formación de los recursos humanos. Con el fin de capacitar en APS y aumentar la dotación de

**Tabla 2.** Gasto total, público y privado en salud como porcentaje del PIB – República Argentina, años 2004-2007.

Gasto en salud como porcentaje del PIB	2004	2007
Gasto total en salud	9,6	9,1
Gasto público en salud	4,4	5,9
Gasto privado en salud	5,2	3,2

Fuente: Año 2004: Informe sobre desarrollo humano - UNDP y Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica - Ministerio de Economía de la Nación - Año 2007: World Health Organization - National Health Accounts Series.

profesionales de los CAPS, el Ministerio de Salud creó el Programa Médicos Comunitarios<sup>42</sup>. En él se asignaban becas a profesionales del equipo de salud que debían capacitarse en salud social y comunitaria y prestar asistencia en los CAPS. Hasta 2007 se habían capacitado 7.850 profesionales. Algunos entrevistados afirman que las becas eran contrataciones precarias y que no garantizaban la permanencia de los profesionales formados en el sistema. Otros realizaron críticas a la capacitación – realizada por convenio con universidades – por considerar a esta biomédica.

Las autoridades nacionales han promovido la regulación de las residencias médicas fortaleciendo y creando las de medicina general o familiar, y actividades de capacitación continua. El problema es abordado frecuentemente en el COFESA<sup>43</sup> que, junto con el Ministerio de Salud, estableció el Observatorio Nacional Permanente de Recursos Humanos en Salud<sup>44</sup>. El mismo contempla la articulación con la compleja red de actores implicados en la fijación de las políticas de recursos humanos entre ellos el sector privado, instancias educativas (terciarias y universitarias), Colegios Profesionales y asociaciones científicas y las profesionales.

El trabajo en el primer nivel de atención suele ser descalificado por los profesionales del sistema en relación a las especialidades hospitalarias. Sin embargo los entrevistados resaltan el compromiso del personal de algunos CAPS, pese a sus condiciones de precariedad laboral. También le adjudican un valor importante a la existencia de trabajo en equipo y la interdisciplina. Las modalidades de trabajo son heterogéneas: hay centros de primer nivel que realizan interdisciplinariamente tareas de promoción y prevención de manera sistemática, otros prestan asistencia más convencional centrada en la consulta.

### **Integralidad y continuidad del cuidado**

La integralidad de la atención es difícil de lograr en un sistema con altos niveles de segmentación y una cultura hegemónica medicalizante. La misma es objetivo de programas específicos, por ejemplo, el Programa Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud FEAPS en Red- REMEDIAR<sup>45</sup> que promueve el fortalecimiento y la consolidación de redes provinciales de salud en siete provincias.

Pese a ser una meta planteada en los documentos, la situación varía según provincias y municipios. En algunas, la APS está más integrada en el sector público que en otras. Quedan al

margen los otros subsectores (privado y de obras sociales) que prioritariamente, dan respuesta a demanda de atención. Las acciones preventivas de Nación se efectivizan en programas especiales.

En 2007 se creó el Sistema Nacional Único de Información Sanitaria<sup>46</sup>, a la fecha de elaboración de este escrito no se encuentra información del mismo. Existía desde 1968 el Sistema de Información Sanitaria.

Los sistemas registran básicamente el sector estatal y dentro de éste las provincias. Inclusive los programas generan información propia. Los CAPS suelen carecer de informatización.

El suministro gratuito de medicamentos en los CAPS cumplió su objetivo de modificar la demanda, produciendo un incremento importante de las consultas en el primer nivel. Más del 90 % de los CAPS tendrían asignados servicios de derivación a internación, estudios de diagnóstico e interconsulta con especialistas. En opinión de los entrevistados no están acordados los tiempos de espera ni funcionalizadas las vías de operación que garanticen la continuidad de cuidados. Esto considerando solamente el sector estatal, sin referencias en cuanto a los otros subsistemas.

### **Articulaciones intersectoriales y relaciones de la APS con actores sociales y políticos**

La articulación intersectorial con políticas fundamentales se procesa en el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, integrado por los Ministerios de Salud, Educación, Justicia y Derechos Humanos, Desarrollo Social, Economía, Planificación Nacional y Secretaría de Niñez adolescencia y Familia<sup>47</sup>. Cuenta entre sus objetivos concertar con las políticas sociales de los niveles provincial y municipal. De él depende el Consejo Consultivo de Políticas Sociales<sup>48</sup> compuesto por representantes de entidades gubernamentales, empresariales, organizaciones sindicales, organizaciones sociales e instituciones confesionales. Ambas instancias pueden considerarse un ámbito de búsqueda de consenso entre instancias y actores estratégicos ya constituidos.

A su vez, la política de capacitación de recursos humanos y de investigación convocó a universidades, organizaciones de profesionales e instituciones científicas. De lograrse sus objetivos se modificarían sustancialmente las características de otro de los actores estratégicos: los trabajadores del sector.

En la actividad concreta de los equipos de APS las modalidades de articulación intersectorial son heterogéneas y dependen de las voluntades y con-



vicciones de quienes están a cargo de cada centro de salud más que de una normativa o una regla general.

En municipios o provincias donde se promueve un trabajo en equipos basado en APS, se producen mayores acciones de articulación intersectorial que en jurisdicciones donde la APS es sinónimo de un consultorio externo descentralizado de un hospital. Sin embargo, podrían existir tantas modalidades de articulación como centros de salud en todo el país. En el discurso de los entrevistados se referencia permanentemente la necesidad de la articulación intersectorial. También muchos plantean que salud articula con mayor frecuencia con acción social, niñez y adolescencia a partir de incitativas de los equipos de salud o demandas de instituciones educativas.

## Discusión

Considerando el sistema de salud como el conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales que se concretizan en organizaciones, reglas y servicios y cuyos resultados se relacionan con la concepción de salud existente en la sociedad<sup>49</sup>, el desarrollo de la estrategia de APS en Argentina ha demostrado capacidad de producir modificaciones –esperadas e inesperadas– en el discurso y en los actores. Un ejemplo es el debate que precedió la ley el Programa de Salud Reproductiva o la forma en que se instaló la demanda de producción estatal de medicamentos esenciales a partir de la provisión gratuita de los mismos.

En el sistema de servicios de salud la APS se ha concretado en programas dirigidos a población bajo cobertura estatal e intentos de extensión al sector de Obras Sociales. Algunos de los entrevistados señalaron la coexistencia actual de los cuatro tipos posibles de APS. El desafío es promover el acceso a los servicios sin profundizar la tendencia a la medicalización. El núcleo de partida de la política actual fue la política de medicamentos y en debates del COFESA sobre el Programa REMEDIAR se reconoce la posible disociación entre medicamentos y servicios, lo que se intenta sub-

sanar en el Programa FEAPS-REMEDIAR-Redes. La tendencia ha sido redistributiva, pero persisten brechas importantes de inequidad.

La rectoría del nivel nacional y los espacios de concertación podrían disminuir la fragmentación dentro de las instancias gubernamentales. Se mantiene, sin embargo, la existencia de distintos subsectores de difícil regulación y existe una tensión entre propuestas dirigidas a re-estructurar el sistema bajo la forma del aseguramiento y otras tendientes a la integración de un sistema universal, debate central del taller con actores desarrollado en el estudio.

La potencialidad mayor de la APS en este contexto sería favorecer la aparición de nuevos actores en el escenario por la vía de generar mecanismos de participación que no convoquen las formas corporativas clásicas y que puedan producir modificaciones en el escenario, instalando definitivamente el derecho a la salud como un valor social hegemónico.

## Colaboradores

A Stolkiner trabajó en análisis de datos y redacción del artículo; Y Comes, en análisis e de entrevistas y revisión documental; P Garbus, en análisis de entrevistas, revisión documental y revisión del artículo.

## Agradecimientos

A la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur por el apoyo y al International Development Research Centre (IDRC) por la financiación de la investigación.



## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC: OPS/OMS; 2005. [acceso 28 nov 2010]. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/spanish/ad/th/os/APS-documentoposicion19-07-05.pdf>
2. Cueto M. The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health* 2004; 94(11):1864-1874.
3. Laurell A. C. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Revista Medicina Social* 2010; 5(1):79-88.
4. Tejerina Silva H, Soors W, De Paepe P, Aguilar Santacruz E, Closos MC, Unger JP. Socialist Government Health Policy Reforms in Bolivia and Ecuador: the underrated potential of comprehensive primary health care to tackle the social determinants on health. *Social Medicine* [periódico na Internet]. 2009 [acceso 28 nov 2010]; 4(4):273-282. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/social-medicine/article/viewArticle/337>
5. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico a la investigación. *Cad Saude Publica* 2006; 22(Supl.):S35-S45.
6. Argentina. Ministerio de Economía y Producción. Dirección Nacional de Programación Macroeconómica. Dirección de Información y Coyuntura. *Argentina: Indicadores económicos*. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Producción; 2010. Abril. [acceso 1 jun 2010]. [cerca de 45p.] Disponible en: <http://www.mecon.gov.ar/basehome/pdf/indicadores.pdf>
7. Pan American Health Organization. *Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Sistema Generador de Tablas. World Population Prospects: The 2008 Revision, CD-ROM Edition. 2009*. Health Surveillance and Disease Management Area. Health Statistics and Analysis Unit, 2009. [document na Internet] [acceso 1 jun 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>
8. United Nations. *Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Sistema Generador de Tablas*. [documento na Internet]. [acceso 1 may 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>
9. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Situación de Salud de las Américas, 2009. [documento na Internet]. [acceso 1 jun 2010]. Disponible en: [http://new.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&task=view&id=160&Itemid=304](http://new.paho.org/arg/index.php?option=com_content&task=view&id=160&Itemid=304)
10. Organización Panamericana de la Salud. *Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2009*. Washington, Oficina del Subdirector Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades. Información y Análisis de Salud; 2009. [acceso 28 may 2010] [12p]. Disponible en: [http://new.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&task=view&id=160&Itemid=304](http://new.paho.org/arg/index.php?option=com_content&task=view&id=160&Itemid=304)
11. Argentina. Ministerio de Economía. Instituto Nacional de Estadística y Censo. *Encuesta Permanente de Hogares Continua*. [documento na Internet]. [acceso 5 jun 2010]. Disponible en: [http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id\\_tema=29](http://www.indec.gov.ar/principal.asp?id_tema=29)
12. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación Argentina Dirección de Estadísticas e información en Salud. *Indicadores Básicos 2009*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Organización Panamericana de la Salud (OPAS); 2010. [documento na Internet]. [acceso 5 jun 2010]. Disponible en: [http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores\\_2009.pdf](http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores_2009.pdf)
13. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. OPS, Sistema de Datos Básicos. Generador de Tablas. [documento na Internet]. [acceso 3 jun 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newsqlTabulador.asp>
14. Belmartino S. Una década de reforma de la atención médica en la Argentina. *Revista Salud Colectiva* 2005; 1(2):155-171.
15. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. *COFESA: Bases del Plan Federal de Salud, Mayo 2004*. [site na Internet]. [acceso 6 jun 2008]. Disponible en: [www.msal.gov.ar/htm/pdf/Plan%20Federal%20de%20salud.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/pdf/Plan%20Federal%20de%20salud.pdf)
16. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación *Encuesta Nacional de factores de riesgo 2005. Informe de resultados. Versión Breve*. [documento na Internet]. [acceso 2006 ago]. Disponible en: [http://www.estadistica.gov.ar/?i=descargas&num\\_confirm=26](http://www.estadistica.gov.ar/?i=descargas&num_confirm=26)
17. Maceira D. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2009. [documento na Internet]. [acceso 2006 ago]. Disponible en: [http://www.estadistica.gov.ar/?i=descargas&num\\_confirm=26](http://www.estadistica.gov.ar/?i=descargas&num_confirm=26)
18. Stolkiner A. Neoliberalismo, equidad y salud en la Argentina: estudio de caso. En: *Annals of the 10th Conference of the International Association of Health Policy*; 1998 Sep 23-16. Perugia, Italia: International Association of Health Policy Editore; 1999.
19. Stolkiner A, Comes Y, Solitario R, equipo UBACyT. Reforma, Crisis y Recomposición del Sector Salud en la Argentina en la última década: La perspectiva de los usuarios y la accesibilidad a los servicios. *Annals 11o Congreso Mundial de Salud Pública/8o Congreso Brasileño de Salud Colectiva*; 2006 ago. Rio de Janeiro, Brasil: Abrasco; 2006.
20. Buenos Aires. Decreto n° 486/02, 12 de marzo de 2002. Declara la emergencia Sanitaria Nacional. Poder Ejecutivo Nacional. *Boletín Oficial* 2002; 13 mar.
21. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Poder Ejecutivo Nacional. *Bases del Plan Federal de Salud*. Ministerio de Salud; 2004. (Documento Institucional, n° 1).
22. Buenos Aires. Resolución 22/03. Salud pública – Programa Nacional de Médicos para la Atención Primaria de la Salud (PROMAPS) – Objetivos. Ministerio de Salud. *Boletín Oficial* 2003; 23 ene.
23. Belmartino S. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿quién será el árbitro?* Buenos Aires: Lugar Editorial; 1999.

24. Belmartino S. Una década de cambios en la organización de la seguridad social médica ¿Reconversión o reforma? Belmartino S. En: **Salud Colectiva**. Spinelli H, compilador. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 147-169.
25. Buenos Aires. Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Poder ejecutivo Nacional. **Boletín Oficial** 2002; 19 nov.
26. Buenos Aires. Ley 26.529 – Salud Pública. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Poder Ejecutivo Nacional. **Boletín Oficial** 2009; 20 nov.
27. Pacto Federal Legislativo de La Salud de Los Argentinos del 07/08/09. Consejo Federal Legislativo de Salud. [documento na internet]. [acceso 2010 may 3]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14382&word>
28. Buenos Aires. Decreto 1547/2007 Aprobación de la Guía de Procedimientos y Métodos de Esterilización y Desinfección para Establecimientos de Salud Públicos y Privados. Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Poder Ejecutivo Nacional. **Boletín Oficial** 2007; 28 nov.
29. Buenos Aires. Ley 22373/81. Creación del Consejo Federal de Salud. Organización y funciones. Poder Ejecutivo Nacional. **Boletín Oficial** 1981; 19 ene.
30. Báscolo E. Gobernanza de Organizaciones de Salud Basados en Atención Primaria de la Salud. **Rev Salud Pública** 2010; 12(Supl.1):8-27.
31. Buenos Aires. RES.84/2007. Implementación del Programa de Protección y Prevención en Salud – Beneficiarios Superintendencia de servicios de salud. **Boletín Oficial** 2007; 13 feb.
32. Ley nº 24754/96. Empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga – Planes de cobertura – Prestaciones obligatorias. Poder Legislativo Nacional. **Boletín Oficial** 1997; 1 abr.
33. La Medicina Prepaga de cara a la regulación. [editorial]. **Revista Médicos** 2003. [periódico Internet] 27. ene. [acceso 2010 fev 5]. Disponible en: <http://www.revistamedicos.com.ar/numero27.htm>.
34. Iñiguez, A y Rafael A. S. El gasto Público y las nuevas formas de intervención del estado. Entrelíneas de la Política Económica [Internet] 21(3) 2009 ago. [acceso 2010 may 2]. Disponible en: [www.ciepyc.unlp.edu.ar](http://www.ciepyc.unlp.edu.ar)
35. Marchioni S. **Gasto Público en Salud 2002-2006, Unidad de Investigación en Salud**. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
36. Tobar F, Falbo R. Cuánto se gasta en APS en la Argentina. **Medicina y Sociedad** – revista trimestral. 2006; 26(4):dic.
37. Maceira D. **Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino**. CEDES, 2003. [acceso 2009 julio 29]. Disponible en: <http://www.danielmaceira.com.ar/FinancEquidad-Arg-Doc.pdf>
38. PROAPS, REMEDIAR. Ministerio de Salud – Edición Especial – Presidencia de la Nación. **Caracterización de los centros de salud del País**. Marzo de 2006. [acceso 2008 out 2]. Disponible en: <http://www.REMEDIAR.gov.ar>
39. Buenos Aires. Ministerio de Salud. **Programa “REMEDIAR+Redes”**. [acceso 2010 jun 3]. Disponible en: <http://www.REMEDIAR.gov.ar/>
40. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud. **Bases para un plan de desarrollo del recurso humano en Salud**. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio da Saúde [Nicaragua]; 2007.
41. Buenos Aires. Ministerio de Salud. **Programa PRO-APS - REMEDIAR**. Buenos Aires: Ministério da Saúde; 2007.
42. Buenos Aires. Resolución 915/04. Salud pública – Programa Médicos Comunitarios – Lineamientos estratégicos – Aprobación – Creación de la Coordinación Central. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. **Boletín Oficial** 2004; 19 sept.
43. Ministerio de Salud de la Nación. **Actas COFESA 2003-2009**. [documento na Internet]. [acceso 2010 jun 4]. Disponible en: <http://www.legislaud.gov.ar/cofesa.htm>
44. Buenos Aires. Resolución Ministerial 1343/07. Observatorio Nacional Permanente de Recursos Humanos en Salud – Implementación – Finalidad – Funciones. Ministerio de Salud. **Boletín Oficial** 2007; 26 oct.
45. Ministerio de Salud de la Nación. **Programa FEAPS - REMEDIAR**. [documento na Internet]. [acceso 2010 abr 2]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/hm/site/prog\\_FEAPS.asp](http://www.msal.gov.ar/hm/site/prog_FEAPS.asp)
46. Buenos Aires. Resolución 883/2007. Salud pública – Sistema Nacional Único de Información Sanitaria – Creación con el objeto de fortalecer y hacer disponible la información sanitaria de los diferentes sistemas existentes en el sector salud – Comité Técnico – Coordinación de acciones. Ministerio de Salud. **Boletín Oficial** 2007; 2 ago.
47. Buenos Aires. Decreto N° 357/02. Creación del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales – Presidencia de La Nación. Poder Ejecutivo Nacional. **Boletín Oficial** 2002; 22 feb.
48. Buenos Aires. Decreto 15/2005. Creación del Consejo Consultivo Nacional de Políticas Sociales (CCNPS). Poder Ejecutivo Nacional. **Boletín Oficial** 2005; 14 ene.
49. Conill ME. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Intercambio III 2-1-2007. Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

Artigo apresentado em 16/02/2010

Aprovado em 08/07/2010

Versão final apresentada em 18/10/2010