

EL PLAN FEDERAL DE SALUD

*Oscar Alfredo Ojea¹
Horacio Luis Barragán*

1.- En 2004 se definió un Plan Federal de Salud a corto y mediano plazo

En el capítulo sobre evolución histórica de la Atención Médica Argentina se propuso considerar una “guía de pensamiento para la acción” constituida por principios culturales, doctrinas asistenciales y modelos organizativos como “teoría política”. Si a esta teoría se le agrega su expresión operativa y el poder para aplicarla recién se transforma en política. En resumen, política se definió, convencionalmente, como la convergencia de teoría y poder con objetivo del bien común. En el transcurso de la evolución de la Atención Médica en Argentina se sostuvo que pocas gestiones lograron esta convergencia con una cierta continuidad.

Un permanente reclamo en la materia ha sido durante décadas que no hay, en Argentina, políticas de salud. Y este reclamo tiene mucho de cierto en tanto algunas veces se aplicó poder sin doctrina, y otras la doctrina no accedió al poder. Por otra parte, también se señaló que las políticas de salud pueden ser parciales o globales, siendo estas últimas aquellas que consideran el conjunto de los grandes componentes y subsectores de la Atención Médica, el Saneamiento del Ambiente y la Medicina de la Actividad Humana.

En las últimas décadas ha habido numerosos y bienintencionados intentos que no lograron configurarse como políticas ya sea por la carencia de uno u otro de esos elementos constituyentes, y menos a configurarse como políticas globales de salud. Hubo muchas declaraciones de principios con la clásica afirmación de que la salud es prioritaria.

Con el Plan Federal de Salud de 2005 surge una esperanza que, en la medida que tenga la continuidad esperada, nos permite decir que estamos ante una política sanitaria global.

Por de pronto, fue fruto de un consenso del nivel nacional con las jurisdicciones provinciales a través del COFESA y del acuerdo con los diversos subsectores firmado en San Nicolás de los Arroyos en 2002.

Este plan se define a corto plazo para el período 2004-2007 y a largo plazo para 2015. Describe la situación actual marcando las siguientes falencias:

- Cobertura desigual.
- Indefinición del modelo prestacional.
- Fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos.
- Escasos recursos asignados a prevención primaria.
- Desigualdad en el acceso.
- Mortalidad y morbilidad evitable
- Variabilidad en la calidad.
- Falta de planificación de recursos humanos.
- Falta de regulación de tecnologías
- Inequidades entre jurisdicciones interprovinciales.
- Baja capacidad de rectoría.
- Crisis del sector privado.

1 La primera parte de este capítulo fue analizada en un Seminario de 7º año bajo la dirección del Profesor Ojea, con reflexiones del grupo formado por Ariel Becares, Sebastián Bergues, Juan Carlos Biancosino, Rodrigo Campoamor, Karina Domínguez Magadan, Pedro Ferrari y María Laura Ferreri.

Expone una visión estratégica al considerar factores intrínsecos y extrínsecos del sistema argentino de salud y plantea tres ejes de trabajo:

- Búsqueda de equidad en el acceso y financiamiento de salud.
- Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Programa Remediar: un incentivo directo sobre la población para conducir la demanda hacia los Centros de Atención Primaria en lugar de hacia los hospitales.
- Incorporar un esquema progresivamente regulado de seguros de salud.

Sus herramientas se agrupan en tres modelos:

- 1) **Modelo de atención:** se pretende un país organizado en regiones compuestas por grupos de provincias. En cada región se programan redes de servicios de gestión pública y privada, en vistas a cubrir necesidades de una población a cargo. Se trata de acceder a una red responsable de cobertura integral y no a servicios aislados. Los distintos componentes de las redes se organizarán por niveles de atención. La red tendrá a su cargo una población definida, cuyos integrantes serán identificados y asignados a su responsabilidad, manteniendo la libre elección del prestador dentro de la oferta disponible en cada red. Los efectores integrarán una red de servicios según su capacidad de resolución. El fortalecimiento del hospital estatal se fundará en la precisión de su misión, su perfil prestacional y sus niveles de resolutivez.
- 2) **Modelo de gestión:** se basa en el ejercicio de la rectoría y regulación por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales. Los acuerdos de gestión para ofrecer cobertura y servicios a poblaciones a cargo con metas explícitas de cumplimiento y sistema de monitoreo y evaluación, incluirán apoyos financieros y sistemas de incentivos y premios. Una agencia de regulación de tecnologías evaluará la incorporación y uso de tecnología sobre la base de la Medicina Basada en la Evidencia y la relación costo-efectividad de las prestaciones.
- 3) **Modelo de financiación:** se financiarán con fondos específicos los tratamientos de enfermedades catastróficas o especiales, con una asignación, de cápita ajustada según riesgo a los agentes de los seguros de salud con incentivos por sus logros de impacto.

La política de reforma aspira diseñar un nuevo modelo sanitario de construcción de redes de atención con base en la estrategia de Atención Primaria a partir de la cual se acceda a los demás niveles de atención.

El Plan Federal de Salud tiene por objetivos lograr calidad con equidad.

El punto de partida fue la toma en consideración de las misiones y funciones que la ley de ministerios encomienda al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, lo que no es cuestión menor ya que muchas veces se han pasado por alto con la consecuente visión parcial del amplio problema de salud y de ambiente.

2.- El acceso y la equidad se afrontó fortaleciendo la APS

El fortalecimiento de la red de Centros de Atención Primaria (CAPs) cumple además de los principios de calidad y equidad, funciones sustanciales:

- Define responsabilidad sobre comunidades asentadas en territorios delimitados.
- Amplía la asistencia de la demanda espontánea con la búsqueda en terreno de las necesidades de salud no expresadas o no canalizadas a la demanda.
- Involucra en el espacio, a la misma comunidad como protagonista del cuidado de su salud a través de líderes e instituciones.
- Otorga nueva prioridad a las acciones de prevención primaria: promoción y protección de la salud.

- Descomprime la sobrecarga de los hospitales en la medida que los CAPs trabajen en red con ellos con sistemas consolidados de referencia-contrarreferencia.
- Implementa una progresiva incorporación de programas horizontalizados a partir de los CAPs.
- Provee sin cargo por el Plan Remediar, medicamentos esenciales (37 medicamentos en 50 presentaciones, que cubren entre el 70 y 80% de los problemas en APS). Se distribuyen en 5700 CAPs con más de 17 millones de beneficiarios y de 106 millones de tratamientos completos entregados desde su inicio. Promueve la demanda en los CAPs.
- Cubre por el Plan Nacer, en nueve provincias, a más de 21.000 madres y casi 300.000 niños de hasta seis años sin cobertura social; en extensión a otras provincias.
- Desarrolla el Programa de Médicos Comunitarios, postgrado modulado por convenio con 17 Universidades estatales y privadas con Facultades de Medicina o de Ciencias Médicas. Se desarrolla en tres cohortes sucesivas en todo el territorio nacional. Involucra casi 5.500 graduados con preparación asistencial de diferentes profesiones incluyendo alrededor de 500 trabajadores sociales. El programa está compuesto por diez módulos con actividades presenciales y no presenciales bajo tutoría, tanto en encuentros como en terreno.
- Desarrolla el Subprograma para Pueblos Originarios en sus regiones de residencia, con la participación de 17 equipos interdisciplinarios.
- Desarrolla el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable tendiente a reducir los embarazos no deseados, en especial, en la etapa adolescente. Involucra alrededor de 2 millones de beneficiarios.
- Crea, conjuntamente con el Ministerio de Desarrollo Social y de Trabajo de la Nación, Centros de Integradores Comunitarios (CIC) de los cuales 37 han sido inaugurados y 500 programados.
- Coordina con las Facultades de Medicina la reforma curricular orientada a la formación de Médicos Generales.
- Otros programas como el de Desparasitación Masiva (“Chau lombriz”); provisión de medicamentos e insumos para pacientes de HIV-SIDA con casi 30.000 beneficiarios; plan de reducción del tabaquismo y promoción del Registro Nacional de Empresas e instituciones libres de humo del tabaco; programa de Atención Integral para las personas con discapacidad incluyendo la consolidación del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur en convenios con universidades; Estudio Nacional de Nutrición; Plan de respuesta integrada para la eventual pandemia de influenza y SARS.

Estas acciones están logrando progresivamente sus objetivos. El informe anual del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación indica:

- Las consultas en las CAPs del país desde 2001, año de aplicación del Programa Remediar, pasaron de aproximadamente 26 millones en ese año a 56,5 millones en 2005.
- La Tasa de Mortalidad Infantil se redujo de 16,8 por mil (2003) a 13,5 por mil (2005). La diferencia de más de tres puntos en esos niveles son –como se sabe– más difíciles de lograr que 10 puntos en niveles más altos de ese indicador.
- La lactancia materna aumentó del 7% (1998) al 33% (2004).

3.- Programa de Médicos comunitarios es una de las acciones conjuntas de educación en servicio

El Programa de Médicos Comunitarios, en el que están comprometidas 17 universidades – entre ellas la Nacional de La Plata (UNLP-FCM)– tiene una gran dimensión cuantitativa y cualitativa,

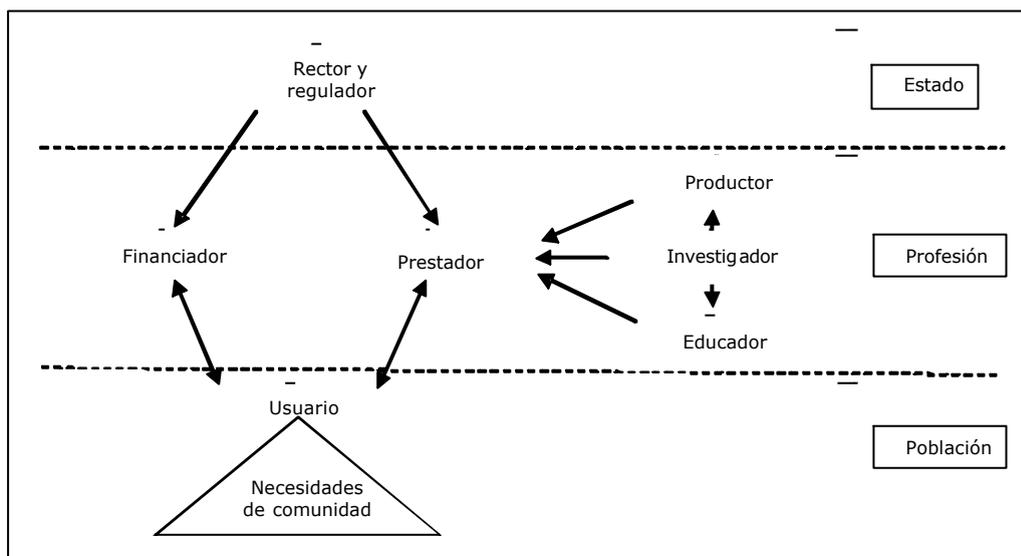
por el número de profesionales becados y de CAPs incorporados, la amplitud de la convocatoria, los contenidos, orientación pedagógica de los módulos y la actividad que se desarrolla.

En ese marco, si bien hay diferencias de efecto por la variación de ámbitos y personas, en su conjunto está logrando impacto en el fortalecimiento de los CAPs, tal como es su objetivo.

La acción conjunta de los miembros de las instituciones comprometidas, ministerio nacional y provinciales, secretarías municipales, centros y becarios y docentes universitarios, genera un intercambio invaluable de reflexión y experiencia para todos ellos. La definición de población y área territorial, el impulso al trabajo del personal de los CAPs, favorece a la vez que una mejor atención de la demanda espontánea y aplicación de los programas horizontalizados, la captación en terreno de necesidades no percibidas o no demandantes en el seno de la comunidad. Esta última acción es, a su vez, un disparador de participación, con detección de líderes e instituciones locales capaces de protagonizar cambios en su ámbito de vida. Los encuentros nacionales, con tutores y coordinadores y los encuentros regulares de directores y coordinadores con responsables nacionales y municipales han sido ámbito de intercambio de experiencias así como oportunidades de evaluación del programa.

4.- Desarrollo de acciones y programas para una política sanitaria global

Componentes de un sistema de Salud (AM)



Cuadro 5.a

El **componente regulador** se canaliza a nivel nacional por la estructura orgánica del Ministerio de Salud y Ambiente y, respecto de las Obras Sociales, de la Superintendencia de Servicios de Salud. El primero, a través de sus secretarías, agrupa una serie de organismos de rectoría y regulación. Algunos de ellos son:

- Comisión Nacional de Alimentos (COPAL).
- Asesoría Permanente de Recursos Humanos en Salud.
- Dirección Nacional de Regulación y Fiscalización.
- Dirección de Calidad de Servicios de Salud.
- Dirección de Registro, Fiscalización y Sanidad de Frontera.
- Plan Nacional de Sangre, Hemocomponentes y Hemoderivados.

- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).
- Programa de Vigilancia Epidemiológica (Vigi + a 2005).

El **componente prestador** se fortalece en los distintos niveles, ya se ha hecho mención a los CAPs y la promoción de redes, con la integración de programas horizontalizados. En el nivel secundario se han hecho obras hospitalarias estatales, ya sea con el apoyo financiero nacional o desde las mismas provincias. Las dificultades de funcionamiento se deben a otras razones que se resumirán más adelante. Por otra parte impulsa la reorganización de sus efectores propios, Hospitales “Alejandro Posadas”, “Baldomero Sommer” y “Manuel Montes de Oca”, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica del Sur y Centro de Reeducación Social (CENARESO)). Las Emergencias Sanitarias masivas reciben prestaciones directas y coordinadas del ministerio nacional. También en el nivel de alta complejidad se canalizan acciones, por ejemplo, la consolidación del Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el apoyo de la Comisión Federal de Transplante (COFETRA), los Centros de Donantes Voluntarios de Células Progenitoras Hematopoyéticas y la promulgación, aunque polémica, de la Ley del Donante Presunto así como la ampliación de la Administración de Programas Especiales (APE).

El **componente investigador** ha sido atendido desde el gobierno nacional por la mejora en la financiación del CONYCET que ha permitido, después de décadas, una ampliación en la incorporación de investigadores jóvenes y en las retribuciones en general. Por otra el Ministerio de Salud ha impulsado sustancialmente la investigación epidemiológica de situación y de gestión; a través de estudios colaborativos multicéntricos, becas y publicaciones de la Comisión Nacional de Programas de Investigación en Salud (CONAPRIS). Ha implementado un área de Producción e Investigación Nacional de Medicamentos y un Foro de Investigación en Salud “Desequilibrio 10/90” adhiriendo a esa orientación internacional.

En el componente productor una medida significativa fue la Ley de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico, en 2002. Su aplicación logró el cumplimiento en casi el 80% de las prescripciones y revirtió la caída del consumo de medicamentos del 2002, contribuyendo a racionalizarla. La configuración profesionalizada de la Administración Nacional de Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) y el sistema Nacional de Farmacovigilancia, por un lado, y la negociación regular, con apoyo del Ministerio de Economía y Producción, por otro, dieron un giro en la regulación de este componente productor. Se acordó, participando la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), con Brasil la producción cooperativa de medicamentos y reactivos de uso en enfermedades endémicas. Se consolida la producción y control de vacunas (BCG y doble adultos) en Argentina y se inicia la preparación de la vacuna contra la Fiebre Hemorrágica Argentina por parte del Instituto “Julio Maiztegui” (Pergamino).

En el **componente educador** el Plan Federal trabaja en estrecha colaboración con las Facultades y Escuelas de Recursos Humanos, tanto en pregrado apoyando la actualización curricular como en postgrado trabajando en Programas formativos, como el de Médicos Comunitarios y de Uso Racional de Medicamentos en forma mancomunada. La Comisión Intergubernamental Salud-Educación tiende al logro de consenso en la formación de profesionales y técnicos según las necesidades de la comunidad. Finalmente forma su propio recurso crítico en una Residencia de Epidemiología de Campo (PRESEC).

En el **componente usuario**, y sobre la base de la doctrina de Salud Pública en el sentido que la utilización de servicios no llega a cubrir necesidades de salud que no se expresan o no demandan, el Plan Federal se abre a la búsqueda de necesidades. Lo hace con la orientación que propone a los Servicios de Atención Primaria: atribuir responsabilidad sobre población/área y salir a terreno a detectar riesgos y necesidades. Lo encara también a través de los programas de promoción y protección de la salud como en los de diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

En el **componente financiador** organizó una Unidad de Financiamiento Internacional (UFI-s) para la canalización de créditos hacia programas prioritarios e implementó un sistema eficiente de transferencias a las provincias e instituciones participantes.

5.- Plan Federal de Salud: una nueva perspectiva

Considerado como un planteo político global de Salud Pública y Comunitaria, debe coincidir con su propósito general cuando anuncia que “el sistema de salud en nuestro país necesita mejorar la eficacia de aplicación de las políticas de salud colectivas, utilizando los recursos hacia áreas estratégicas en lugar de ajustarlos o disminuirlos tanto a nivel nacional, provincial como municipal”.

Más allá del propósito, de los objetivos y las declaraciones de principios, que también se expresan en su texto, anima percibir que afronta, virtualmente, todos los problemas, incluyendo los medioambientales, los que no se refieren en esta parte. Y aún más se percibe la relación concreta entre programas, recursos y su efectiva puesta en marcha. Estos elementos lo diferencian sustancialmente de planes anteriores y recientes que, probablemente por limitaciones operativas, quedaron encerrados en propósitos, objetivos y principios.

Como todo planteo sólido y global, el Plan tiene sus acechanzas. Se trata de conflictos que dificultan, en algunos sectores o jurisdicciones, su acción local. Estos conflictos surgen en primer lugar de la interpretación de la estrategia del Plan en tanto asume la Atención Primaria de la Salud como base de una red de complejidad creciente, y la asume con una definición territorial-poblacional precisa que no se conforma con la asistencia de la demanda espontánea y exige ir a terreno a detectar y solucionar necesidades de la comunidad dándole a ella participación efectiva.

En segundo lugar a la falta de convicción, también en algunas jurisdicciones y distritos, por parte de los titulares de los niveles ejecutivos de asegurar la completa continuidad de los recursos que invierte la Nación, sin perjuicio que ella misma prevé hacerlo. Pero toca a los niveles jurisdiccionales y locales dar esa continuidad tendiendo a la progresiva unificación de regímenes del personal de APS y de fortalecer bajo conducción siempre idónea los efectores propios de los subsiguientes niveles tanto en lo que hace a la consolidación de sus planteles, a la distribución y mantenimiento de sus equipos, instalaciones y edificios. También le toca a ellos asegurar las interrelaciones entre niveles en el marco de una red funcionante de ida y vuelta según los requerimientos.

En tercer lugar se presentan problemas ideológicos con suspicacias de centralización, aún cuando sin este enfoque nacional muchas jurisdicciones o distritos mantendrían sin solución la crisis del sector. No en todos los casos los criterios políticos y administrativos aceptan el enfoque global con criterios coincidentes y con compromiso, sino más bien como un refuerzo circunstancial que les llega del cielo, mientras que llegue.

En cuarto lugar se presentan las diferentes perspectivas e intereses de los componentes de la Atención Médica y de sus subsectores, que de no articularse con sinceridad agravarán “la puja distributiva”.

Es así como un Plan Federal encarado por un organismo específico de Salud y Ambiente ubicado en el máximo nivel de la estructura política de la organización nacional, ofrece la esperanza comprometida de que, superando esos conflictos, coordinando programas comunes con los otros ministerios del áreas social, y con la continuidad que la salud de la comunidad argentina, exige, puede lograr la reforma necesaria.

Es cierto que la salud, como dice Gínez González García, “es siempre un trabajo inconcluso, un desafío a realizar”, o como sostenía el gran epidemiólogo J.N Morris (1985) sus problemas surgen por el “principio de cebolla”, a medida que van desgajándose soluciones van apareciendo nuevos problemas y “...los problemas resueltos son quizás más sencillos que los que persisten (o los que emergen), lo que supone un consuelo en nuestra difícil signatura, ante una demanda de Atención Médica que nunca cesa”.

Esta dura realidad, corroborada por la diversidad de perfiles epidemiológicos con la sumatoria de las enfermedades emergentes y reemergentes y la creciente multiplicidad de riesgos producto del ambiguo progreso científico y tecnológico, aún del propio de la Medicina, hace imperativo para el bien común la continuidad del Plan. Así también el consenso del que nació para que se profundice y comparta por todos los actores involucrados no sólo en las sesiones sino en el campo del trabajo. Es llegada la hora, en el campo de la Salud y del Desarrollo humano, de que, los argentinos tendientes a esperar el futuro, asumamos no sólo un consenso de objetivos sino uno de acciones cotidianas, en el que se diluyan las suspicacias.

6.- Las jurisdicciones deben asumir plenamente el Plan Federal acordado

Horacio L. Barragán

La red no podrá consolidarse si las jurisdicciones no se empeñan en normalizar el funcionamiento de los hospitales de diversa complejidad. Para ello deberán, en primer lugar, **ordenar los establecimientos planificando racionalmente la refacción y mantenimiento** de edificios e instalaciones, la provisión regular preferentemente descentralizada de medicamentos, descartables e insumos para evitar que cuando se disponga de unos se carezca de otros, la seguridad del pleno funcionamiento de sus equipos disponibles por el mantenimiento preventivo, así como la contratación y ejecución inmediata de sus reparaciones.

Estos lineamientos serán vanos sino logran **completar los planteles de personal** en todos sus niveles y rubros en forma armónica. Por ejemplo nombrar de una vez una cantidad de enfermeros y médicos de guardia, aún con gran esfuerzo, no soluciona el problema con armonía, los enfermeros se agotarán sin camilleros y personal de mucamas, los médicos de guardia se verán desbordados sin el refuerzo de los de planta, en consultorio, especialidades e internación y los hospitales seguirán siendo “barriles sin fondo” en la demanda de personal. Por otra parte la actual revista en los niveles provinciales en condiciones de becarios, contratados y personal de planta conspira contra el trabajo en equipo y aún contra la convivencia. Si bien los regímenes de carrera del personal deben corregirse para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones, reducir el ausentismo y promover la educación permanente, a través de premios y sanciones, siguen siendo los más adecuados frente a aquellos otros regímenes transitorios, en algunos casos sin beneficios sociales, que deben renovarse continuamente. Los **niveles salariales** deben estar a la altura de las responsabilidades sanitarias que ese personal asume, tendiendo a reducir la necesidad del pluriempleo. Para enfocar este ordenamiento, las jurisdicciones deben modificar normas legales de personal, contabilidad y contrataciones, tendiendo a una **real descentralización** bajo responsabilidad de equipos directivos de cada establecimiento. Es indudable que el sector Atención Médica debe recibir un **mayor presupuesto**, lo que exige la mutua comprensión entre las autoridades sanitarias y las de economía con una acertada mediación de los titulares del Poder Ejecutivo y una labor sustanciosa de los poderes legislativos. También es preciso que desde el nivel de Economía de la Nación se revise y se haga más justo el régimen de **coparticipación federal**.

Bibliografía consultada

- Ojea, O. A. y colaboradores, *Seminario de Análisis del Plan Federal de Salud*. Cátedra de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas-UNLP. La Plata, 2006.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Política Sanitaria. Informe de Gestión 2005*. MSAN, Buenos Aires, 2000.
- Morris, J. N., *Aplicaciones de la Epidemiología*. Barcelona, Salvat, 1985:12.
- García, Ginés y Tobar, Federico, *Más salud por el mismo dinero*. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-ISALUD, 1997.
- González García, Ginés y Tobar, Federico, *Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, ISALUD, 2004