

EL DERECHO A LA SALUD BAJO AMENAZA: PROBLEMAS Y DESAFÍOS DESDE EL CONURBANO BONAERENSE

PLANTEA LOS EJES A TRAVÉS DE LOS CUALES CONCEBIR AL TERRITORIO DE UNA FORMA MÁS INTEGRAL A LA HORA DE DISEÑAR Y EJECUTAR LAS POLÍTICAS DE SALUD, HASTA AHORA CONCENTRADAS ESENCIALMENTE EN EL ACCIONAR DE LOS MUNICIPIOS.

por **MAGDALENA CHIARA**. *Antropóloga. Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Investigadora en Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento*





Mirar a “salud” desde territorio

En la Argentina, todos los habitantes tienen derecho a ser atendidos en los servicios que ofrecen los establecimientos estatales. Sin embargo, las condiciones bajo las cuales ese derecho se ejerce en la práctica varían según los ingresos que tengan individuos y familias, su inserción en el mercado de trabajo y el territorio donde habitan.

La organización en tres subsectores (seguridad social, privado y estatal) y la convergencia en este último de tres niveles de gobierno (Nación, provincia y municipios) se traducen en severos problemas de fragmentación que derivan en situaciones muy desiguales al momento de garantizar su ejercicio efectivo.

En el contexto del federalismo, la distribución de las competencias en relación con la salud es un atributo que distingue a la matriz institucional del sector; no habiendo sido delegadas por los Estados federados al nivel central, las responsabilidades en materia sanitaria permanecieron en la órbita provincial. En este contexto y desde las reglas de juego formales, las arenas provinciales fueron y son un espacio de gran importancia para la política sanitaria. La provincia de Buenos Aires presenta una complejidad adicional, debido a que en los años noventa descentralizó los centros de atención primaria de la salud hacia los municipios sin definir previamente el modelo prestacional, sumándolos a los hospitales y a las postas sanitarias ya existentes bajo jurisdicción municipal.

El conurbano bonaerense es un territorio complejo en el que viven más de diez millones de habitantes y que sufre desde hace varias décadas importantes procesos de estratificación y segregación. La riqueza y la pobreza son extremos de un paisaje urbano cada vez más heterogéneo en el que conviven áreas deterioradas con zonas más revitalizadas; estos fenómenos desafían la idea de homogeneidad (social y urbana) de las “coronas” o “cordones” con que habitualmente se pretende capturar la diversidad de situaciones que coexisten en esta región.

Las diferencias en la dotación de servicios de saneamiento (agua potable y cloacas), el acceso a transporte y pavimentos, los déficits en materia de vivienda, las desiguales credenciales educativas de las personas, el crecimiento de la precarización laboral y las dificultades para acceder a los servicios sociales universales (salud y educación) son fenómenos que configuran territorios muy desiguales en los que se reproduce, en condiciones cada vez más degradadas, la (ya consolidada) jerarquía urbana, social y cultural.

De la mano de la desigualdad en los ingresos y de las diferentes formas de inserción en el mundo del trabajo, la fragmentación se expresa en las brechas que existen entre municipios en rela-



ción a la población que cuenta con una cobertura adicional a la provista por el subsector estatal y que persisten a pesar de las mejoras que se constatan respecto del año 2001.

Mientras en el año 2010 algunos partidos alcanzaban el 78-85% de población con algún tipo de aseguramiento (cobertura de obra social o seguro médico privado) (San Isidro y Vicente López), en otros sólo el 47-53% de su población tenía alguna cobertura adicional (Florencio Varela, José C. Paz, Moreno, Merlo y La Matanza, entre los más desfavorecidos) (INDEC, CNPV 2010).

Una primera lectura muestra que las alternativas de acceso a servicios de salud disponibles para individuos y familias varían según la inserción que tengan en el mercado de trabajo, o los ingresos que dispongan para afiliarse a seguros privados. Así, algunos podrán tener coberturas adicionales o complementarias a las que ofrecen los establecimientos estatales y para otros la oferta del subsector estatal es la única posible.

Estas diferencias influyen también en las respuestas que deben dar centros de salud y hospitales en aquellos territorios en los que los niveles de cobertura de seguros (obras sociales o seguros privados) son bajos. Esta situación se agrava en los municipios de la periferia ya que incluso la población afiliada a una obra social o seguro privado encuentra en los centros de salud (municipales) y en el hospital público al único prestador cercano al lugar donde vive. Los establecimientos privados suelen estar localizados en áreas centrales reproduciendo en la red de servicios privados el mapa de la distribución de los ingresos.

A su vez, las condiciones bajo las cuales se organiza la oferta de servicios de salud varían significativamente entre los territorios. Las diferencias en el nivel de recaudación de uno a otro municipio se traducen no sólo en sus niveles de autonomía (o dependencia) financiera respecto de la Nación y la provincia, sino también en la capacidad que tienen para llevar adelante inversiones en equipamiento e infraestructura y para conformar y garantizar la continuidad en el tiempo de equipos profesionales y no profesionales en los programas y servicios de salud, factor clave para lograr un adecuado desempeño.

Estas desigualdades entre territorios derivan (directa o indirectamente) en la probabilidad que tienen sus poblaciones de enfermar y morir. Si bien la mortalidad infantil (indicador que evalúa la probabilidad de que un recién nacido muera antes del cumplir un año de vida) viene descendiendo en las últimas décadas, es clara la desventaja que presenta el conurbano respecto del resto de la provincia de Buenos Aires y en esta región persisten importantes brechas entre municipios.

En el año 2003 la tasa de mortalidad infantil en el conurbano era del 17,4 por mil, mientras que en el 2017 descendió a 9,8 por mil.

Una primera lectura muestra que las alternativas de acceso a servicios de salud disponibles para individuos y familias varían según la inserción que tengan en el mercado de trabajo, o los ingresos que dispongan para afiliarse a seguros privados

Esta tasa encierra a su vez situaciones muy desiguales tanto en los valores relativos como absolutos que van del 4,8-6,4 por mil en Vicente López y San Isidro, con 43 eventos totales, al 12-12,2 por mil en Malvinas Argentinas y Moreno con 182 eventos; por citar solo los casos extremos (DIS, MSPBA, 2017).

La perspectiva territorial desafía a las lecturas más optimistas acerca de la tendencia hacia la mejora en el desempeño que muestran los datos agregados y pone el foco en la desigualdad en las condiciones bajo las cuales se proveen los servicios de salud y garantizan acciones positivas sobre otros determinantes de la salud colectiva (trabajo, saneamiento, ambiente, educación, vivienda, por citar solo algunos), fenómenos que se distribuyen de manera desigual en el territorio y que amenazan la posibilidad de pensar a la salud como un derecho efectivo.

La agenda de la provisión de servicios

Dentro del mandato constitucional y por fuera de este, la historia fue modelando una trama institucional en la que intervienen tres niveles gubernamentales (Nación, provincia y municipios) con responsabilidades diferenciadas y compartidas. En ese contexto fueron discurriendo los dispositivos de la política nacional y provincial y se forjaron distintas y valiosas iniciativas en el nivel local. Esta composición y el modo como se fragmentan los nodos de decisión en el diseño y ejecución de las políticas de salud no son atributos exclusivos del conurbano, sino que caracterizan a las instituciones del subsector estatal de toda la provincia de Buenos Aires. En esta región cobran una relevancia capital dada la magnitud que tienen los problemas en términos sociales y demográficos y la continuidad urbana que existe más allá de las fronteras entre jurisdicciones.

El esquema de distribución de responsabilidades en atención de la salud se caracteriza desde la década de los noventa por una supremacía del nivel municipal sobre el primer nivel de atención (a excepción de los Centros de Atención de Adicciones a cargo de la provincia), mientras que la responsabilidad sobre los hospitales (de distinto nivel de complejidad) es compartida entre provincia y municipios, con una participación menor de la Nación. Cabe recordar que se trata de una región que, en el año 2004, tenía el 49% de su población sin cobertura de obra social ni seguro privado, es decir, dependiente de manera exclusiva de los servicios de la red estatal y que, según los últimos datos disponibles, esta descendió a 36,4% aunque se mantuvo seis puntos por encima de los valores promedio para los aglomerados urbanos del país (INDEC, EPH, 2018).

En el conurbano bonaerense existe sólo un hospital nacional con 483 camas para internación (5% del total), mientras que el nivel provincial tiene a su cargo en la región 33 hospitales con una capacidad de 5.722 camas (58% del total); en líneas generales se trata de establecimientos de mayor complejidad y tamaño que los municipales. A través de las secretarías de salud o de sus equivalentes (en algunos casos asociadas a “desarrollo social”), los 24 municipios gestionan 781 centros de atención primaria de la salud (CAPS) y 39 hospitales de distinto nivel de complejidad, con 3.581 camas para internación (37% del total) (DIS, MSPBA, 2017).

Aun destacando la especialización de los municipios en el primer nivel, la historia cristalizó una estructura sanitaria diversa en la que gobiernos locales y el ministerio provincial comparten la responsabilidad sobre la provisión de servicios de salud bajo distintas combinaciones. En un esfuerzo por simplificar en un primer grupo, el municipio tiene a su cargo solo los centros de atención primaria y el hospital está a cargo de la provincia; mientras que, en otro grupo, el municipio tiene jurisdicción sobre la totalidad de los efectores de salud, centros de atención

primaria y también los hospitales. El peso que tiene la función salud en las finanzas municipales y el margen de los gobiernos locales para resolver derivaciones de pacientes desde los centros de salud hacia los hospitales son consecuencias directas en las capacidades y en la dinámica del sector en cada territorio de estos patrones de organización del sector.

La agenda de problemas estructurales que enfrentan los municipios en esta diversidad de formas de organización es compleja (y muy condicionada) y su abordaje desde las políticas es determinante para avanzar en el cierre de las brechas de desigualdad. De modo muy general, se destacan tres problemas:

La agenda de problemas estructurales que enfrentan los municipios en esta diversidad de formas de organización es compleja (y muy condicionada) y su abordaje desde las políticas es determinante para avanzar en el cierre de las brechas de desigualdad.



a) La *disponibilidad de los recursos* necesarios para sostener la red de servicios es un problema crítico teniendo en cuenta la fragilidad financiera que afecta a una parte importante de los municipios en esta región. Dada la responsabilidad primaria que tienen sobre la provisión de servicios de salud (todos los centros de salud y, en algunos casos, también los hospitales), las partidas de recursos humanos comprometen una proporción muy importante del gasto y, en contextos inflacionarios, presionan sobre la provisión de insumos y medicamentos, así como también en la posibilidad de realizar obras de infraestructura.

b) La *gestión de recursos humanos* es central para la agenda local y se expresa en las dificultades para completar y sostener la continuidad en el tiempo de los equipos de profesionales en los hospitales (en algunas especialidades como neonatología, anestesiología y pediatría, por citar las más críticas) y también en los centros de salud, especialmente en la periferia.

c) Una tercera cuestión, de baja visibilidad pero muy importante para el desempeño del sector, se relaciona con la *capacidad resolutive* del primer nivel de atención y con las posibilidades para garantizar derivaciones a especialistas, solicitar estudios complementarios o resolver internaciones (programadas o de urgencias/emergencias). Las cuestiones relativas a la *coordinación* y a la oportunidad en las respuestas a estas cuestiones tienen alta centralidad en la agenda de salud en los municipios.

En un contexto de tanta fragmentación y en territorios tan desiguales, la política nacional y provincial tiene un papel fundamental que cumplir para garantizar condiciones más igualitarias en el ejercicio del derecho a la salud.

Dos razones (jurídica y de política pública) justifican esta afirmación. Primera: tanto la Nación como la provincia (de Buenos Aires en este caso, pero esta afirmación es válida para el resto de las provincias argentinas) tienen la responsabilidad constitucional de garantizar el derecho a la salud. Segunda: para reducir las desigualdades entre territorios es necesario contar con intervenciones que, desde niveles supralocales (Nación y provincia), combinen la “regulación” sobre la práctica en el nivel de los servicios, con “transferencias entre los territorios” asociadas a resultados. Resultados de gestión, en tanto desempeños de las políticas y resultados en salud que muestren cambios en los indicadores de discapacidad, morbilidad y mortalidad.

Los antecedentes de la historia reciente y la experiencia comparada muestran que los modelos a considerar en esas intervenciones deben tener en cuenta también la naturaleza de los bienes que se producen o entregan y de los servicios que se prestan, sus externalidades y las economías de escala que puedan hacerse en su producción.



Aun con modelos de intervención muy diferentes, las acciones desde el nivel nacional fueron claves para fortalecer la capacidad de resolución del primer nivel de atención a través de la entrega de medicamentos esenciales, la atención de los casos de patologías congénitas de muy difícil resolución desde el ámbito local o abonando a la conformación y fortalecimiento de redes perinatales en el territorio. El Programa Remediar (hoy denominado Medicamentos/CUS, con importantes discontinuidades en las entregas), el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, el Plan Nacer/Sumar y el Plan de para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes, fueron iniciativas que –sin modificar el esquema de distribución de funciones resultante de la descentralización– buscaron recuperar la capacidad regulatoria sobre el subsector estatal operando sobre estos problemas.

Más recientemente, la Red Pública de Salud AMBA interviene sobre los establecimientos del primer nivel abordando alguno de los problemas estructurales que componen la agenda de los mu-

nicipios; las mejoras en la infraestructura, la informatización y unificación de registros de pacientes y las mejoras que introduce en la conformación de los equipos básicos de salud son los cambios más destacados. El esquema de transferencias decrecientes propuesto para financiar la adecuación y completamiento de equipos en el primer nivel abre distintas preguntas acerca de su sostenibilidad, en un contexto de recesión que, de no revertirse, terminará profundizando las diferencias en las capacidades que tendrán a futuro los municipios para garantizar esos compromisos financieros.

Considerando el contexto general, es difícil prefigurar los impactos que puede tener esta iniciativa. La discontinuidad y reducción de las entregas de insumos críticos (medicamentos, vacunas, tratamientos para patologías específicas) en los programas nacionales y los conflictos derivados de la pérdida del poder adquisitivo de los salarios que atraviesan a los hospitales provinciales, son problemas que estallan en la arena local debilitando la oferta y transfiriendo demanda hacia los establecimientos municipales.

El esquema de distribución de responsabilidades en atención de la salud se caracteriza desde la década de los noventa por una supremacía del nivel municipal sobre el primer nivel de atención (a excepción de los centros de atención de adicciones a cargo de la provincia), mientras que la responsabilidad sobre los hospitales (de distinto nivel de complejidad) es compartida entre provincia y municipios, con una participación menor de la Nación.

Para mirar hacia adelante

Más allá de las atribuciones constitucionales (y a pesar de ellas), los municipios en la provincia de Buenos Aires, y en el conurbano en particular, se convirtieron en actores clave en el diseño y la ejecución de las políticas de salud. Sin poner en cuestión su jerarquía, razones de naturaleza jurídica y otras derivadas de los principios que organizan las políticas en el sector, interpelan de manera singular a la provincia y a la Nación. Este artículo deja planteadas algunas pistas desde las cuales revisar lo hecho en las últimas décadas y mirar hacia adelante en un territorio complejo, crítico y muy desigual. Van aquí algunas claves.

Primera. Es necesario reconocer la jerarquía que tienen los municipios en el campo de la salud en el conurbano. Aunque invisibles en el diseño original de los programas nacionales, se impusieron desde la legitimidad que les da la práctica sobre la provisión de servicios (en centros de atención primaria, pero también en hospitales) y la importancia política que tienen en esta región. Este aprendizaje muestra la necesidad de asumir en toda su complejidad la cuestión institucional adoptando modelos flexibles que tengan capacidad de dar cuenta y fortalecer la trama institucional que sostiene la provisión de los servicios. El federalismo como principio no parece ser suficiente para orientar acciones en contextos de tanta desigualdad cuando el mapa subnacional está tan fragmentado.

Segunda. En contextos recesivos, las intervenciones nacionales (programas u otros dispositivos de políticas) tienen una importancia fundamental para proteger recursos y acciones orien-

tadas a sostener tratamientos y garantizar el cumplimiento de objetivos sanitarios. La regularidad en las entregas, las regulaciones sobre la práctica en el nivel de los servicios, la disponibilidad de información para la gestión y la existencia de mecanismos de control son algunos de los atributos que deben estar presentes en estas intervenciones.

Tercera. En esta región, Nación, provincia y municipios operan en simultáneo sobre un mismo territorio con potestades constitucionales y funciones muy diferentes; la responsabilidad sobre la provisión de servicios distingue a la provincia y a los municipios respecto de la Nación y define también sus problemas. La agenda de los municipios está atravesada por problemas estructurales que se traducen en factores determinantes al momento de mejorar el acceso, ampliar la cobertura y garantizar las prestaciones necesarias a toda la población según sus necesidades, con independencia de sus ingresos, del tipo de inserción en el mercado de trabajo y del lugar donde residan.

Hablar de garantía de derechos supone entonces abordar estos problemas y diseñar intervenciones a escala que combinen instrumentos basados en acuerdos intergubernamentales, con incentivos financieros asociados a resultados.

El territorio en sentido amplio (y no restringido solo a la proximidad del barrio) debe ser concebido como unidad y escenario de intervención e inversión, buscando con sus actores abordar los problemas estructurales que obstaculizan el cierre de las brechas de desigualdad que amenazan el ejercicio efectivo del derecho a la salud.