

# PLANIFICACIÓN FEDERAL Y JUSTICIA SOCIAL

Ginés González García (\*)

En estos 200 años de gobiernos independientes, el primer medio siglo estuvo signado por la lucha por instituir un sistema que estableciera un adecuado equilibrio político entre las provincias y el gobierno nacional. La Constitución Nacional de 1853 y 1860 pretendió zanjar la cuestión estableciendo una forma de gobierno representativa, republicana y federal. Sin embargo, en el siguiente siglo y medio no siempre el régimen federal fue una fuente de armonía entre los poderes locales y el poder central.

A lo largo de nuestra historia, puede decirse que el equilibrio de poderes que más eficacia tuvo no fue la clásica división republicana entre ejecutivo, legislativo y judicial, sino entre nación y provincias, al menos si se mide por la capacidad para contrapesar el poder presidencial. Pero lo cierto es que no todas las provincias han tenido el mismo peso para presionar u oponerse a las decisiones del gobierno federal. Al mismo tiempo, hay áreas gubernamentales en las que la falta de criterios comunes entre las provincias hizo que la eficacia de las políticas –y la eficiencia de los recursos asignados– disminuyera visiblemente; es el caso de las políticas sanitarias, donde una menor eficacia significa muerte, enfermedad y discapacidad.

Recién en 1946, cuando Ramón Carrillo fue nombrado como primer secretario –y luego ministro– de Salud Pública de la Nación, se consolidó en el Estado Argentino una autoridad con capacidad para coordinar políticas sanitarias en todo el territorio nacional. Pero tras el golpe de Estado de 1955, la tendencia de las provincias a tomar decisiones desparejas y hasta contrapuestas sobre salud pública siguió siendo una constante. El federalismo sanitario argentino expresó así una de las formas más perjudiciales de federalismo, tanto en comparación con otras áreas de gobierno, como si se lo contrasta con otros países de la región con gobiernos federales.

---

(\*) Ex Ministro de Salud de la Nación y actual embajador del gobierno argentino en Chile

Por eso la política sanitaria argentina tiene como componente inexcusable a la planificación concertada entre el gobierno nacional, los gobiernos provinciales y la Ciudad de Buenos Aires, representados por sus respectivos ministerios y secretarías en el Consejo Federal de Salud (COFESA).

### ANTECEDENTES

Si bien no existen demasiados antecedentes de planificación concertada en la Argentina, en Salud Pública existen dos importantes hitos históricos: los planes de gobierno formulados entre 1946 y 1955, y el Plan Federal de Salud 2004-2007. Cabría agregar un tercero, el Plan Trienal de 1973, que contenía un capítulo dedicado al área que permitió delinear el Sistema Nacional Integrado de Salud. Esta experiencia, pese a haberse truncado rápidamente por la crisis política que vivió el país en esos años, fue un antecedente internacional notable, incluso anterior a los tan mentados Pactos de la Moncloa. El Plan de 1973 había sido antecedido por las “Coincidencias programáticas del Plenario de Organizaciones Sociales y Partidos Políticos”, firmadas a fines del año anterior (mientras aún gobernaba una dictadura militar) por la Confederación General del Trabajo, la Confederación General Económica y 23 de los principales partidos políticos de ese momento. Ese y otros pactos firmados en esos pocos meses habían sido los más importantes esfuerzos de concertación política y social de los primeros dos siglos de nuestra historia como nación independiente.

En 1946, apenas creada la Secretaría de Salud Pública de la Nación, comenzó a implementarse un modo diferente de concebir y ejecutar las políticas públicas en la Argentina, como parte de un movimiento que imprimió una nueva racionalidad a las estructuras de gobierno. Una de las tareas fundamentales llevadas a cabo fue la reestructuración del Estado Nacional que implicaba la asunción de nuevas funciones que lo dotarían de capacidades de intervención efectiva en materia económica y social. Así, se recurrió a la planificación estatal como una herramienta en la que el gobierno depositaba sus esperanzas de producir transformaciones.

Debido a la irrelevancia institucional a la que había sido condenada el área sanitaria por los distintos gobiernos hasta ese momento, Ramón Carrillo se encontró con instalaciones y recursos humanos insuficientes. Rápidamente elaboró un plan en el que se articularían todos los esfuerzos sanitarios del Estado. Se trató del primer plan de un gobierno nacional. El voluminoso Plan Analítico de Salud Pública, que contenía más de cuatro mil páginas, era sumamente detallista y hacía hincapié en la centralización normativa y la descentralización ejecutiva, mediante la cual se concedía autonomía funcional a los actores del sistema de salud sin importar su tamaño o la distancia respecto de los centros de decisión a nivel nacional. El Plan promovió con un vigor inédito la construcción de establecimientos –la mitad de las camas del actual subsistema de salud pública fueron construidas en aquella época– y la formación y profesionalización de los recursos humanos en salud. Inmediatamente, el primero y segundo

planes quinquenales de gobierno fortalecieron esta tendencia hacia la planificación, que se vio interrumpida en 1955.

Teniendo en cuenta este antecedente, ya en el año 2004 y luego de intensas consultas a los diferentes sectores del sistema de salud, el COFESA (Consejo Federal de Salud) lanzó un Plan Federal de Salud que describía y coordinaba acciones que fueron llevadas a cabo por los distintos niveles de gobierno, a los efectos de alcanzar metas preestablecidas en los más diversos campos y áreas de la salud. La elaboración y aplicación del Plan Federal constituyó una transformación concluyente en la tendencia que hasta ese momento tenían las políticas de salud en la Argentina.

Previamente a la elaboración del Plan, el Ministerio de Salud de la Nación fortaleció técnica y institucionalmente al COFESA, que se consolidó como eje rector del sistema de salud, fijando prioridades y objetivos para todos los actores. Asimismo, se creó un Consejo Consultivo conformado por representantes de los sectores que intervienen en el funcionamiento de los tres subsistemas: universidades, colegios profesionales, cámaras empresarias, asociaciones científicas y profesionales, organizaciones de la sociedad civil y otras.

El Plan del COFESA orientó la reforma del sistema hacia una mayor equidad en el acceso y en el financiamiento. Su eje fue la estrategia de Atención Primaria de la Salud, que gozó de una rápida reasignación de recursos fiscales y se convirtió en el pilar de la política sanitaria nacional y provincial.

**El Plan del COFESA orientó la reforma del sistema hacia una mayor equidad en el acceso y en el financiamiento. Su eje fue la estrategia de Atención Primaria de la Salud, que gozó de una rápida reasignación de recursos fiscales y se convirtió en el pilar de la política sanitaria nacional y provincial.**

El resultado de las políticas neoliberales que habían sido aplicadas en la década anterior fue un quebrantamiento de la trama social, a la vez que el Estado sufrió un progresivo deterioro en sus capacidades básicas. El Gobierno Nacional propuso entonces un modelo diferente, basado en cuatro componentes:

- En reemplazo de la permanente respuesta a presiones coyunturales y la desarticulación en la gestión del Estado, no sólo entre provincias y Nación, sino aun entre áreas de un mismo ministerio, se estableció un modelo de planificación concertada, incorporando a todos los sectores involucrados y con participación de la comunidad, coordinando acciones de diferentes jurisdicciones estatales y compartiendo una visión común sobre el futuro.
- Ante la falta de resolución, el diagnóstico permanente o el discurso vacío, se propuso el desarrollo de la capacidad institucional y de decisión política, sin

rehuir a los debates sobre valores y principios, recuperando con autoridad el papel rector del Estado nacional.

- El continuismo y la política auto referente desligada de la ciudadanía y de resultados concretos, fueron reemplazados por la construcción de un Estado responsable que se impuso a sí mismo metas explícitas que midió periódicamente y le permitieron corregir políticas cuando fue necesario para su cumplimiento.
- En lugar de una asignación presupuestaria rígida y basada en criterios históricos confusos, frecuentemente alternada con el extremo opuesto, la arbitrariedad pura en la distribución de recursos, el Gobierno de la República Argentina impuso la transparencia y la equidad sectorial y territorial, monitoreando y corrigiendo periódicamente las inequidades.

El Plan Federal estableció así nuevos roles y responsabilidades de los distintos actores:

- Afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectoría;
- Garantía por parte de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal;
- Desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención;
- Protección del financiamiento de programas establecidos y creación de nuevos programas; y
- Organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo.

El Plan impulsó reformas hacia un sistema de salud más justo, igualando las oportunidades de acceso a toda la población y equilibrando las grandes diferencias sociales reflejadas en las condiciones sanitarias. Los resultados están a la vista, la mayor parte de las metas fueron alcanzadas en cuatro años: descendió a un ritmo inédito la mortalidad infantil; aumentó la esperanza de vida al nacer; aumentaron en un 50% las consultas en Centros de Atención Primaria; se logró la mayor tasa de acceso a los medicamentos de toda la historia nacional; se amplió la protección de 2,5 millones de madres y niños sin obra social; retrocedió el tabaquismo; se incrementaron en un 250% los trasplantes de órganos; se obtuvo un formidable cambio en materia de salud sexual; se lanzaron nuevos programas de prevención y se consolidaron nuevas áreas de investigación e innovación.

### **¿POR QUÉ ES NECESARIO UN PLAN FEDERAL?**

Si bien los resultados del Plan Federal del COFESA son inobjetables, corresponde sin embargo interrogarse por sus fundamentos, dado que las consideraciones aquí esbo-

zadas pueden extenderse en buena medida a las otras áreas de gobierno comúnmente englobadas bajo el título de “políticas sociales”.

En primer lugar, es necesario comprender que las primeras víctimas de la falta de coordinación federal son los hogares pobres. La insuficiente compensación económica entre jurisdicciones, la falta de cooperación técnica o la intermitencia en la aplicación de programas tienen efectos directos sobre la vida cotidiana de las personas. En lugar de eso, muchos de los esfuerzos de las áreas técnicas se orientaban a establecerse como comentaristas y no como actores de nuestro destino, o a deslindar culpas y responsabilidades para justificar la inoperancia: la mayor parte de las visiones sobre la política nacional concebían a la política social como un juego de suma cero, donde todo lo que alguien ganaba significaba para otro una pérdida. La falta de un Plan entonces permitía que se impusieran fácilmente las presiones de sectores con mayor capacidad de cabildeo, de movilización social o de acceso a los medios de comunicación. La concertación previa a la planificación obliga a hacer públicos los motivos por los cuales se proponen unas u otras medidas, y eso favorece una mayor igualdad en el volumen de cada una de las voces que quieren hacerse oír.

**El objetivo central de un Plan Federal de Salud es entonces la justicia social, que no se agota en la equidad distributiva, sino que también incluye reconsiderar públicamente al sufrimiento evitable como resultado de una injusticia.**

La fragmentación de los sistemas de provisión de servicios públicos tiene como principal resultado la exclusión de miles de personas. A diferencia de otras naciones y por contraste con buena parte de su historia, la Argentina en 2002 y 2003 era un país pobre, pero sobre todo era un país injusto. Y como bien reconoció recientemente la Organización Mundial de la Salud, “la justicia social es una cuestión de vida o muerte”.

La pobreza genera enfermedad, pero también la enfermedad genera pobreza. Diversos estudios internacionales han demostrado en los últimos 15 años que existe una fuerte correlación entre niveles previos de mayor equidad en salud y una posterior sustentabilidad del crecimiento económico. Es decir, los países que crecieron sin consolidar mejoras en salud rápidamente vieron frenado su crecimiento.

El objetivo central de un Plan Federal de Salud es entonces la justicia social, que no se agota en la equidad distributiva, sino que también incluye reconsiderar públicamente al sufrimiento evitable como resultado de una injusticia. Es decir, el adjetivo “social” agrega al sustantivo “justicia” un fenómeno fácilmente verificable en determinadas etapas históricas: que las personas conciben que cierta privación o marginación es resultado de una injusticia que la sociedad les inflige.

En ningún otra área como en la salud esto es tan claro: habiendo en nuestro país personas que tienen acceso a tratamientos y medicamentos que permiten salvar vidas o aplacar dolores intolerables, la falta de acceso por insuficiencia de recursos o por mala regulación de los mercados es vista como una injusticia de la que es responsable toda la comunidad.

Ahora bien, la concepción de la justicia social no es constante en el tiempo, ni homogénea en todo el país. Es cierto que los valores sociales predominantes condicionan los objetivos y la actividad de cualquier área de gobierno, pero también las políticas públicas pueden y deben transmitir valores a la sociedad. Desde principios del siglo XX, todos los proyectos políticos transformadores tuvieron en la reforma sanitaria un capítulo central. Poco se entiende sobre las políticas de salud si se pretende que su único objetivo es mejorar el estado de salud de la población: deben también constituirse en carriles de integración a través de ideales compartidos. Por eso la política sanitaria es un motor de la lucha por la justicia social.

Un Plan Federal también permite organizar los servicios en torno a una correcta gestión de los recursos, para que cada argentino pueda acceder efectivamente a una red responsable de cobertura integral y no a servicios aislados.

Los modelos de salud pública que obtienen los mejores resultados son aquellos en los que el Estado asume un rol protagónico. Por eso un Plan Federal de Salud debe buscar redefinir las responsabilidades de cada actor, articulando sistemas provinciales diferentes, brindando soluciones flexibles, aprovechando las fortalezas de cada jurisdicción y adecuando las responsabilidades a las particularidades de cada región. En ellas tienen también un papel protagónico las provincias y los municipios, impulsando acciones de prevención y promoviendo conductas saludables. Son metas que no pueden alcanzarse con esfuerzos aislados o con acciones erráticas. Se trata de un modelo para armar entre todos.

Pero el Estado no sólo debe planificar la regulación de derechos y la compensación de desigualdades, sino que además debe cumplir con un papel activador, es decir, debe promover actividades de la sociedad civil que aporten a las prioridades concertadas. Por ello, lo más importante en la elaboración de un Plan no es poner en cuestión los aspectos instrumentales o financieros acerca de las políticas públicas, sino más bien algo previo y elemental: volver a hacer explícito para qué está el Estado y qué derechos debe garantizar. La política traiciona su esencia si perdiéndose en consideraciones técnicas renuncia a señalarle a la sociedad objetivos de largo plazo.

El mercado tiende naturalmente a consolidar lo dominante, mientras la planificación se genera para cambiar la realidad y no para conservarla. Planificar concertadamente es establecer un nuevo orden para los problemas que han de enfrentarse: es una manera de institucionalizar la solidaridad en el seno de la democracia, una forma de

operar el cambio en la que importa no sólo el futuro sino también el presente y los costos de su transformación. Planificar es creer en el futuro, pero también en el presente inmediato, ya que se requieren conocimientos especializados para reformar una situación determinada, pero sobre todo se necesita confiar en las capacidades de las instituciones y las personas.

Todo sistema de salud está compuesto por diversas instituciones que emplean a miles y miles de trabajadores, muchos de ellos con un elevado grado de preparación profesional. Pese a que la principal razón por la que la gran mayoría de ellos se formaron y eligieron su trabajo fue para servir a otros, lo cierto es que la falta de objetivos comunes —explícitamente establecidos y periódicamente renovados— en la organización suele ir desalentando y provocando desánimo. Un Plan, suficientemente debatido y acordado, insufla nueva fuerza en el espíritu de quienes integran las organizaciones: el convencimiento es el mejor incentivo para la mayoría de los trabajadores.

Formular un plan exige elaborar acuerdos y definir solidariamente las prioridades, los objetivos y los costos. Son acuerdos que se logran junto con los gobiernos provinciales y municipales, y no pasando por sobre ellos. Un Plan Federal no es un dogma destilado por expertos, sino una definición acordada y consciente de metas a ser alcanzadas mediante instrumentos que deben ser continuamente evaluados y corregidos.

A la vez, el hecho de participar en el proceso de concertación no sólo facilita un ajuste entre las acciones concretas a cumplir y las capacidades reales de cada actor, sino que obliga a cada una de las partes a asumir como propios los compromisos explicitados en el Plan. A diferencia de las situaciones en las que la autoridad pública emite órdenes, el hecho de participar en la decisión genera un compromiso adicional en cada uno de los involucrados, porque no pueden considerarla ajena a sus intereses o valoraciones. También en

este sentido un Plan Federal es ética en la acción. Y aun cuando un determinado actor o sector manifieste desacuerdo con alguna parte del Plan, siempre implica un nivel mayor de soberanía popular la exigencia de expresar las disidencias sólo invocando el interés común y no uno sectorial. Es decir, cuando no existe un Plan, cada medida parcial puede ser legítimamente cuestionada en función de un interés particular. Pero cuando en el Plan ya está explicitada la manera en que se provee al interés común, la única forma de cuestionarlo es invocando una manera más eficaz de servir a ese interés común.

Un Plan, por último, no es la verdad última acerca de cuál pueda ser la mejor política sanitaria posible. Es un acuerdo vinculante y perfectible entre varias versiones de esa verdad.

**Este Bicentenario nos impulsa a revisar las deudas y también a contar las existencias. Tenemos experiencias de políticas públicas concertadas que nos han llevado a realizar avances significativos: Salud es una de ellas.**

Este Bicentenario nos impulsa a revisar las deudas y también a contar las existencias. Tenemos experiencias de políticas públicas concertadas que nos han llevado a realizar avances significativos: Salud es una de ellas.

Reforzar el federalismo implica distribuir responsabilidades, asumir desafíos y enfrentar las deudas con la ciudadanía desde las realidades comunes y diversas, con igualdad de derechos pero también con la consideración que vivimos en un país signado por diferencias y donde justamente la disminución de esas diferencias implica la posibilidad de construcción de un destino común.

Para poder decir desde todos los rincones de la Patria: AL GRAN PUEBLO ARGENTINO, SALUD.