

# LA POLÍTICA SANITARIA EN ACTO. DIÁLOGOS ENTRE LOS PROGRAMAS NACIONALES Y LAS INTERVENCIONES LOCALES

por Ana Ariovich\* y María Crojethovic\*\*

## I. Introducción

En contextos de alta fragmentación como los que caracterizan al sector de la salud en la provincia de Buenos Aires (Medina y Narodowski 2015; Lago, Erloza, Nebel-Moscoso y Ripari 2013), los programas nacionales se convierten en recursos, incentivos y regulaciones de distinto tipo que atraviesan la dinámica de las organizaciones locales responsables de la provisión de servicios de salud. Estos influyen en los modos en que se configura la agenda, se definen los contenidos de la política de salud y se instituyen las reglas de juego a través de las cuales serán procesados los problemas y las demandas de la población (Chiara, Crojethovic y Ariovich 2017).

Los programas nacionales Remediar y Sumar pueden ser considerados como dispositivos desde los cuales interrogar las formas en las que se implementa la política sanitaria en el territorio y las articulaciones que se producen, en dicho proceso, con iniciativas y actores del ámbito de la gestión local. Fundamentalmente, debido a las herramientas de gestión y los recursos críticos que aportan para la atención de las personas en los servicios de salud que integran el primer nivel de atención y que se encuentran bajo la órbita municipal.

El programa Remediar se creó en 2002 bajo la cartera de Ginés González García y continúa vigente, a pesar de que en mayo de 2016 fuera renom-

---

\* Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento, Argentina.  
E-mail: ariovich@campus.ungs.edu.ar.

\*\* Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento, Argentina.  
E-mail: mcrojeth@campus.ungs.edu.ar.

brado bajo la denominación Cobertura Universal de Salud (CUS) —resolución N° 475— (Chiara y Crojethovic 2019). Nació con el fin de garantizar el acceso y la cobertura a los medicamentos esenciales a través de la distribución directa a los Centros de Salud (CAPS) (MSAL 2015a). Con el esfuerzo puesto en estos establecimientos, el programa buscó fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención<sup>1</sup>, promover la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y capacitar a los distintos actores que lo componen en el uso racional de los medicamentos y en el ciclo de la gestión de los mismos (Maceira, Apella y Barbieri 2005).

Hasta finales del gobierno de Cristina Fernández de Kirchner el programa contó con mecanismos sistemáticos de auditoría, monitoreo y evaluación. Las auditorías fueron pilares para su proceso de implementación: sus resultados permitieron generar compromisos entre la nación, la provincia y los municipios para corregir los problemas encontrados en el territorio (Chiara et al. 2017). En el periodo 2015-2019, durante el mandato de Mauricio Macri, el Remediar (absorbido en la CUS) disminuyó su cobertura horizontal y vertical, lo que significó una merma en la cantidad de medicamentos repartidos en cada botiquín y una disminución en las distintas patologías a tratar con esos medicamentos. Sin embargo, a partir del relanzamiento del programa con su antigua denominación, a inicios de la gestión de Alberto Fernández, el Remediar volvió a incrementar el alcance y la cobertura.

El Plan Nacer comenzó a funcionar en la provincia de Buenos Aires en el año 2007<sup>2</sup>, y se orientó a reducir la morbimortalidad materno infantil desde el primer nivel de atención. En el 2009 pasó a articularse con la asignación universal por hijo (AUH), exigió a los beneficiarios que estuvieran inscriptos en el Nacer. El acceso al beneficio y el cobro de la AUH

---

<sup>1</sup> El primer nivel de atención está conformado por establecimientos que se encuentran en el lugar donde residen y trabajan las personas. Estos efectores de salud no cuentan con internación y brindan asistencia sanitaria de baja complejidad orientada a resolver problemas prevalentes. En el segundo nivel, en cambio, se ubican los hospitales de mediana complejidad que prestan servicios en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Finalmente, el tercer nivel es para la atención de patologías complejas que requieren procedimientos quirúrgicos o especializados y que requieren de alta tecnología (Vignolo et al. 2011).

<sup>2</sup> El Plan Nacer se implementó por primera vez en el año 2004, en las provincias del noroeste argentino.

requirió desde entonces la acreditación de los controles de salud correspondientes a la edad del beneficiario, además de la certificación en educación (Andiarena 2021). Con su consolidación como programa, cubrió nuevos módulos con prestaciones del 2do y 3er nivel de atención (cobertura de las cardiopatías congénitas quirúrgicas en el año 2010, y el Plan de Servicios Perinatal de Alta Complejidad (PPAC) en el año 2012). De esta forma, se concentró en el cuidado del proceso de embarazo, parto y puerperio de alto riesgo.

Al convertirse en Programa Sumar en el año 2012, incorporó a adolescentes de 10 a 19 y a mujeres de 20 a 64 años, ampliando su alcance y cobertura prestacional (MSAL 2013). Tres años más tarde, sumó a los hombres hasta 64 años e introdujo un módulo de anomalías congénitas (fisura labial alveolo palatina, displasia de cadera y pie bot). Entre los años 2015 y 2019, el Sumar registró cambios importantes en relación a la cantidad de prestaciones cubiertas para cada beneficiario del programa. Para el año 2020, en el contexto de la emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud de la Nación consideró prioritario incrementar el valor de la cápita del programa e incorporar al Covid-19 como patología a cubrir (Sabignoso 2020).

En este marco general, el trabajo analiza las contribuciones realizadas por el Remediar y el Sumar a la atención primaria de la salud en el territorio, en dos períodos político-institucionales con características singulares para la gestión de la política sanitaria. El de la presidencia de Mauricio Macri (2015-2019), definido por la conversión del Ministerio de Salud en la Secretaría de Salud y por un fuerte ajuste desde el nivel central en las intervenciones de salud. Y el que se inicia con el gobierno de Alberto Fernández, atravesado por la emergencia sanitaria declarada a raíz de la pandemia (2020-2022). Se debe aclarar que entre los años 2020 y 2021 las acciones sanitarias del Estado se orientaron fundamentalmente a la prevención de los contagios masivos y a la mitigación de los casos de Covid-19, en detrimento de otras acciones vinculadas a la atención primaria de la salud.

El estudio indaga específicamente en los aportes que hicieron ambos programas a las condiciones de acceso y cobertura de la atención primaria en tales contextos, situándose en un municipio que integra el segundo cordón del conurbano bonaerense (Tigre). A su vez, explora en las articulaciones de estos programas con otras iniciativas más locales que se implementaron en el territorio de proximidad para facilitar el acceso de la población a la salud.

El municipio de Tigre resulta interesante para observar las trayectorias de estos programas debido a que presenta un conjunto de atributos orientados a fortalecer la atención del primer nivel: (i) la continuidad de los equipos de salud en general y de los vinculados a la atención primaria en particular; (ii) la implementación de diversos dispositivos e iniciativas locales para la atención de la salud de los vecinos/as en el territorio; (iii) la gestión de la atención articulada por ejes: Mujeres, Niños, y Adultos, donde cada eje tiene a su cargo indicadores y metas, y vincula a todos los programas y prestaciones que se brindan a un mismo beneficiario/a; y (iv) la organización de la atención de la demanda espontánea en el sistema a través de lo que la propia gestión denomina como *la escalera de accesibilidad*: el ingreso al sistema a través de los distintos establecimientos del primer nivel, y de ser necesario derivaciones a los Hospitales de Diagnóstico Inmediata (HDI) y/o a efectores del segundo nivel (hospitales).

Estos esfuerzos de la política de salud municipal que buscaron priorizar la coordinación de la atención con otros niveles de mayor complejidad, el seguimiento de los pacientes y la continuidad de los controles de salud en la comunidad, se vieron reflejados en algunos indicadores de salud. Por ejemplo, Tigre presentó entre los años 2016 y 2018 tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil bajas en comparación con otros partidos del cordón norte del Conurbano Bonaerense y con los promedios de la Provincia (ver Tablas 1 y 2).

## II. Algunas coordenadas teóricas para pensar los programas de salud en el territorio

Para analizar las contribuciones de los programas Remediar y Sumar a la atención primaria de la salud utilizamos una aproximación bottom up de la política (Pressman y Wildavsky 1998). Es decir, estudiamos a la política —sanitaria<sup>3</sup> en este caso— desde abajo, al nivel de la calle (Lipsky 1980). Esto nos permite identificar el abanico de los intereses locales y la

<sup>3</sup> Definimos a la “política de salud” como aquellas intervenciones institucionalizadas del Estado orientadas a los problemas de salud, destacando su capacidad para definirlos y para instituir las reglas de juego desde las cuáles serán procesados (Chiara 2017).

posibilidad que tienen determinados actores para transformar la política mediante acciones concretas (Subirats et al. 2008), a la vez que develar cómo se (re)configura el contenido y resultado de la política mediante su participación (Meltsner 1992, Scharpf 1997). Asumir esta definición de la política implica tomar distancia de aquella posición que visualiza a la política de salud como “reacción” o “respuesta” a los problemas, lo que supone a su vez reconocer su capacidad de producción, sea para definir los problemas como para delinear (y generar) las reglas de juego a través de las cuales serán elaborados (Chiara 2017: 193-4).

Este enfoque *bottom up* nos posibilita prestar especial atención al territorio local y a sus actores, frente a otras perspectivas de análisis. Un territorio que debe ser abordado como un espacio que se configura a través de un proceso de construcción social, político y cultural, y de apropiación y autorreferencia de los sujetos (Dematteis 2006, Couto, Foglia y Rofman 2016); por ende, tiene un carácter dinámico que expresa determinados atributos y relaciones de poder. Quienes usan el territorio y lo reproducen —en una interrelación entre los distintos componentes sociales: economía, cultura, instituciones, poderes, etc.— construyen, a su vez, nuevas territorialidades (Dematteis y Governa 2005). En el territorio se cristalizan distintas disputas y luchas históricas, encarnadas por las relaciones sociales en un tiempo determinado, y se agrupan distintas escalas de acción y de práctica social (Crojethovic 2020).

Salud y territorio son indisolubles, la intervención sobre la salud no puede ser recortada por un sector, sino que debe ser atendida de manera integral desde un abordaje territorial que pueda contemplar dichas singularidades (Tobar 2010). En este trabajo focalizamos el análisis de la política en el territorio de proximidad. Se trata de un territorio vinculado a la noción de “comunidad”, en el que la atención sanitaria se brinda lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas (Chiara y Ariovich 2013), y en su interrelación van (re)configurando al territorio (o produciendo nuevas territorialidades) en el campo de la salud (Crojethovic et al. 2023).

Mirar a la cuestión sanitaria desde el territorio de proximidad, y analizar las condiciones de cobertura y acceso a la atención primaria, supone comprender que las condiciones de vida de la población son disímiles y se ven modeladas por los atributos del territorio en el cual se desarrollan (oferta pública y privada de servicios, red de infraestructura urbana, acto-

res sociales y políticos, recursos materiales y simbólicos, etc.). El bienestar que las personas pueden alcanzar nos habla de su salud, y esta se configura no sólo en relación al no enfermar, sino a las formas o modos en que se reproduce su vida. En este sentido, lograr una atención integral sobrepasa el tratamiento que requiera la persona, y obliga a atender a aquellos factores que permitan abordar las demandas del contexto familiar y de la comunidad de referencia (Almeida y Macinko 2006), poniendo en valor la singularidad de los problemas del territorio (Cunill Grau 2014). Vista de este modo, la salud no tiene fronteras claras y delimitadas, sino que involucra diferentes aspectos de la vida y, por lo tanto, diferentes áreas de la gestión pública para su atención (Crojethovic 2020).

Si bien desde sus orígenes hasta la actualidad la Atención Primaria de la Salud (APS) ha sido objeto de numerosas reformulaciones y de diversas modalidades de implementación en los distintos países (Rozenblat 2007), su enfoque integral y su potencial para poner la salud al alcance de la población continúan siendo evidente (OMS 2011). Planteada como una herramienta estratégica para mejorar la accesibilidad al sistema sanitario y la cobertura (Starfield, Shi y Macinko 2005), reorienta la atención desde el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación hacia procesos que contemplan también prácticas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud (Ariovich 2015). Asimismo, sus equipos de trabajo se encuentran en una posición de mayor proximidad con la población de referencia que facilita el desarrollo de vínculos a lo largo del tiempo (Almeida y Macinko 2015), a la vez que la articulación con otros servicios sociales o actores comunitarios en los procesos de atención (Róvere 2012). Esta competencia ha sido muy valorada a lo largo de la pandemia, como veremos en los resultados de esta investigación.

El contexto del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), particularmente, ha llevado a los especialistas de la salud pública a considerar como estratégicos el mantenimiento y fortalecimiento de la APS. No sólo por su capacidad para desplegar intervenciones efectivas que favorezcan la prevención y la contención de las personas y las familias frente a la pandemia, sino también para garantizar la coordinación de la atención con otros niveles de mayor complejidad, el seguimiento de los pacientes y la continuidad de los controles de salud en la comunidad (Minué Lorenzo 2020).

Una de las dimensiones de la APS que ha recibido mayor tratamiento en la literatura, es el acceso a la atención. Interpretado como relevante para

estudiar los problemas de inequidad y desigualdad en el derecho a la salud (Céspedes Lodoño et al. 2002, Lareo 2008), su análisis se ha centrado frecuentemente en la disponibilidad de servicios o en las distintas barreras que actúan como determinantes. Una distribución social equitativa en el acceso a la salud implica, como expresan Wallace y Enriquez-Haas (2001), la disponibilidad de servicios que cuenten con recursos físicos y humanos suficientes y adecuados para responder tanto a las necesidades médicas como a los valores de la población (de manera que las personas se vean motivadas a utilizarlos digna y apropiadamente). Por otra parte, las barreras en el acceso han sido caracterizadas como geográficas (Garrocho Rangel y Campos Alanís 2006, Garza Elizondo et al. 2008), como institucionales-administrativas (Mogollón Pérez y Vázquez 2008, Rodríguez y Roldán 2008) o como culturales y/o simbólicas (Almeida et al. 2006, Epele 2007). Otros autores, en cambio, han entendido que la accesibilidad a la atención es un proceso que depende tanto de las condiciones y los obstáculos que presentan la organización del sistema como de las capacidades o recursos de la población para superar tales obstáculos (Andersen 1995).

Finalmente, para un análisis más procesual que marque la orientación que fue tomando la política sanitaria a lo largo del tiempo mediante sus dispositivos, tomamos como marco la capacidad de protección de las políticas definida por Danani (2013) en términos de cobertura, calidad y mecanismos de acceso. La autora sostiene “el alcance cuanti-cualitativo de la satisfacción de necesidades que adquieren las prestaciones y servicios correspondientes a cada política sectorial” y distingue “...entre lo atinente al alcance cuantitativo de la satisfacción (población comprendida —cobertura horizontal— y su alcance —cobertura vertical—) y a la calidad y mecanismos de acceso, respecto de los cuales las garantías que se prestan son cruciales” (Danani 2013: 148). En el sector salud, la política suele analizarse según la cobertura, el alcance poblacional y los beneficios percibidos a través de ésta. En otros casos, se ha agregado al análisis la referencia al acceso y los derechos que involucra (Chiara et al. 2017). En esta oportunidad nos interesa revisar el término de cobertura en salud en tanto nos permita distinguir entre cobertura horizontal (entendida como la población nominalizada o empadronada) y cobertura vertical (como los beneficios brindados y expresados en una canasta de bienes y/o servicios). El alcance cualitativo en cambio estaría dado por el acceso.

### III. Abordaje metodológico

En este trabajo recuperamos el enfoque de caso de estudio, ya que posibilita desarrollar investigaciones empíricas sobre fenómenos contemporáneos en sus contextos específicos de acontecimiento, como así también la utilización de múltiples fuentes de información, de distintos métodos y de diversos procedimientos de análisis (Yin 1994). Nos situamos Tigre, un municipio localizado en lo que se conoce como segundo cordón del Conurbano Bonaerense<sup>4</sup>. Este municipio presenta un área insular (primera sección del Delta bonaerense) y otra continental donde se encuentra su cabecera. Alberga a 446.949 habitantes, en un territorio heterogéneo y desigual en el que conviven áreas segregadas<sup>5</sup>, zonas más dinámicas y urbanizaciones cerradas de sectores medios y altos. Entre sus hogares un 11% vive con necesidades básicas insatisfechas, a la vez que seis de cada diez personas, aproximadamente, no poseen cobertura de obra social y/o plan privado o mutual<sup>6</sup>.

Junto a los partidos de Exaltación de la Cruz, Zárate, Campana, Pilar, Escobar, Tigre, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Fernando, San Isidro, Vicente López, Gral. San Martín y San Miguel, Tigre integra la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires. Su estructura sanitaria (estatal) contempla un establecimiento provincial con internación, el Hospital Provincial Zonal General de Agudos M. V. de Martínez, y un conjunto nutrido de instituciones de distintos niveles de complejidad bajo jurisdicción municipal. Entre estas últimas, se encuentran: el Hospital Municipal Materno Infantil Dr. Florencio Escardó; el Hospital Municipal de Diagnóstico; el Hospital Municipal Odontológico Ricardo Guardo; el

<sup>4</sup> El Conurbano Bonaerense comprende a los 24 municipios que forman la conurbación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA): Avellaneda, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, Lanús, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Morón, Quilmes, San Isidro, San Miguel, Tres de Febrero, Vicente López, Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, La Matanza, Merlo, Moreno, San Fernando y Tigre.

<sup>5</sup> Según el Registro público de villas y asentamientos (2014/2015) en Tigre se localizan 22 villas y 18 asentamientos irregulares ubicados en terrenos fiscales y privados que alojaban 5.648 familias (Subsecretaría Social de Tierras, Urbanismo y Vivienda de la Provincia de Buenos Aires <http://190.188.234.6/registro/publico/>).

<sup>6</sup> De acuerdo con el Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas (INDEC 2022).

Hospital Oftalmológico Municipal Dr. Ramón Carrillo; el Centro de Prevención y Asistencia en Nutrición; el Centro de Rehabilitación Municipal Frida Kahlo; y 20 establecimientos del primer nivel que se distribuyen a lo largo del territorio. Cuenta también con tres hospitales de diagnóstico inmediato (Dr. Floreal Ferrara, Dr. Valentín Nores y Dr. Eduardo Mocoroa). Esta red de establecimientos está conectada a través del Sistema de Emergencias de Tigre y de un Catamarán Sanitario destinado a la zona insular<sup>7</sup>.

En este caso de estudio buscamos indagar sobre los aportes de dos programas nacionales (Sumar y Remediar) a la atención primaria de la salud y en otras iniciativas municipales vinculadas con el acceso a la salud y la cobertura. Realizamos un análisis de tipo diacrónico y trabajamos con dos periodos distintos: uno comprendido entre los años 2015-2019, y otro coincidente con el inicio de la nueva gestión político institucional y con la emergencia sanitaria declarada por el Covid-19 (2020-2021). Combinamos una reconstrucción documental con un abordaje cualitativo de datos primarios. Éstos resultaron de entrevistas en profundidad a distintos referentes de los servicios sanitarios del primer nivel y de la gestión local de salud. Destacamos que las entrevistas son instrumentos adecuados para producir descripciones e interpretaciones de los significados que poseen ciertos fenómenos desde la mirada de los actores sociales (Valles 2000, Fontana y Frey 2005), y que permiten profundizar en sus representaciones, valores y sentidos otorgados a la realidad (Kvale 1996, Fontana y Frey 2005).

El trabajo de campo para la construcción de la evidencia empírica contempló tres etapas. Una primera que llevamos adelante a lo largo del último trimestre del año 2019, en la que entrevistamos de manera presencia a 4 funcionarios de la política sanitaria municipal. Una segunda en la que hicimos 10 entrevistas remotas durante el mes de julio del año 2020 a directores/as de los centros de salud que integran el primer nivel de atención o CAPS (coincidiendo con el regreso a la Fase 1 de la cuarenta). Y, entre octubre y noviembre, una tercera etapa en la que realizamos 6 entrevistas telefónicas a actores de la gestión local vinculados específicamente con la atención primaria de la salud. Procesamos los datos a través del programa Atlas ti y efectuamos un análisis de contenido temático (Aronson

---

<sup>7</sup> La reconstrucción de la estructura sanitaria se realizó en base a datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires.

1994, Fereda y Cochrane 2006). Paralelamente, diseñamos una ficha para el relevamiento de información específica sobre los programas nacionales Sumar y Remediar con el objeto de detectar cambios en los distintos periodos (ver Tabla 3).

Para la reconstrucción documental revisamos y sistematizamos información del Ministerio de Salud de Nación sobre el gasto y el presupuesto en salud para el período 2016-2021 (según datos disponibles). Asimismo, analizamos resoluciones ministeriales, informes de gestión y reportes del Remediar y del Sumar. Debido a que en el material de las entrevistas apareció como un hallazgo la discontinuidad de los botiquines, procedimos a relevar las bases de datos del programa para corroborar dicho hallazgo: bases de transferencia de botiquines Remediar para el periodo 2015-2021 (a nivel nacional y provincial) y bases de datos de los medicamentos asignados para PBA y municipios para mismo periodo. Los datos recogidos posibilitaron la construcción de una matriz de datos unificada y el armado de gráficos con series 2015-2021 sobre cantidad de botiquines entregados y de tratamiento realizados. A la vez, relevamos para el periodo 2015-2021 datos abiertos del Ministerio de Salud (en línea) para caracterizar el desempeño del programa Sumar en relación a cantidad de beneficiarios con cobertura básica efectiva para el periodo bajo estudio.

#### **IV. La provisión pública de medicamentos esenciales. Los aportes del Remediar a la atención primaria de la salud**

El sistema público de salud tiene una cobertura universal, siendo sus principales usuarios/as los sectores de recursos más bajos (Centrángolo y Goldschmit 2018). Entre sus funciones se destaca la atención de las necesidades de salud de la población y la entrega gratuita de medicamentos. Éstos constituyen una herramienta fundamental con la que se cuenta a la hora de prevenir, diagnosticar, tratar o curar algunos de los problemas o necesidades de salud que las personas presentan. Con el objetivo de garantizar a la población más vulnerada el acceso a los medicamentos esenciales, el programa Remediar buscó en base a un principio de equidad, eliminar barreras de acceso a los medicamentos y procurar facilitar el acceso a la salud de toda la población (Bardi, Gil, Grimblat, Monsalvo y Sarabia 2015). Resaltamos como dato de referencia que para el 2011, en más del 60% de

las consultas médicas en los CAPS se prescribió un medicamento, y más del 50 por ciento de esos medicamentos prescritos fueron provistos por el Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación (Bardi et al. 2015)<sup>8</sup>.

La evolución de este programa a lo largo de los años sirve para poder analizar las orientaciones que va tomando la política sanitaria a través de su cobertura y acceso, en relación al alto o bajo grado de bienestar que genera en la población. Su desempeño fue variado y su protagonismo no fue siempre el mismo. A nivel nacional pudimos ver, mediante el sistema integrado de reportes de logística y medicamentos (SIRLM), que hacia el final del período kirchnerista, en el 2014, se transfirieron a nivel nacional 171,5 mil botiquines que facilitaron 44 millones de tratamientos. Durante el gobierno de Mauricio Macri la cantidad de botiquines (168,5 mil) y tratamientos (39,6 millones) a nivel nacional comenzaron a descender paulatinamente en 2015 para registrar una baja significativa en 2019 (115,5 mil botiquines y 23 millones de tratamientos), lo que se tradujo en una disminución importante de su cobertura vertical (Danani 2013).

En la Provincia de Buenos Aires pudimos observar en las transferencias del Remediar un comportamiento similar al nacional. Los botiquines bajaron de 38,1 mil —cubriendo más de 10 millones de tratamientos— a 23,7 mil en 2019 —cubriendo 4,8 millones de tratamientos—. Mientras que para el 2020 comenzaron a incrementarse nuevamente, registrándose la entrega de más 33 mil botiquines. El Gráfico 1 muestra una continua disminución de los botiquines entregados en la Provincia desde el 2014 hasta el 2019, que para el 2020 vuelven a incrementarse.

Los tratamientos si bien siguieron la misma tendencia a la disminución hasta el 2020, tuvieron un repunte en el año 2016 —coincidiendo con el pasaje del Remediar a la CUS—. Luego vuelven a bajar en el año 2017 (ver Gráfico 2).

La retracción de la cobertura del programa en el territorio, tanto horizontal como vertical (Danani 2013), evidenciada en los gráficos 1 y 2 para Nación, y 3 y 4 para el municipio de Tigre, se valida con los datos obtenidos en las entrevistas; que además brindaron información cualitativa acerca de lo que sucedió en los centros de atención ante la discontinuidad de

---

<sup>8</sup> No nos fue posible actualizar este dato ya que en los siguientes informes de gestión del Programa Remediar no se publicó este indicador.

los medicamentos. Identificamos tres cuestiones a resaltar en relación al suministro de medicamentos para el primer período, que vino a modificar la organización de la atención primaria en relación a la provisión de estos insumos: a. la disminución de los botiquines y del vademécum del botiquín; b. el distanciamiento en las entregas de los botiquines a los centros de salud; y c. la informatización o despapelización del sistema de registros.

#### a. Disminución de los botiquines y del vademécum

A pesar de que la demanda de la población no había cesado, se registró una disminución de la cantidad de botiquines entregados en la Provincia de Buenos Aires. Entre 2014 y 2019 se redujo un 48 por ciento, por lo que pasó de entregarse 38.174 a 23.738 botiquines para los respectivos años. Si miramos el Gráfico 3 vemos que el municipio de Tigre siguió la misma tendencia. Allí bajaron de 1.267 botiquines entregados en 2014, a 774 botiquines en 2019 (SIRLM). No sólo disminuyó la cantidad de botiquines, sino que los profesionales notaron una reducción en el número de medicamentos que cada botiquín contenía dentro; a lo que se le agregó un criterio errático y poco comprensible (por parte del nivel central) en la composición de cada vademécum:

A ver, no dejó de haber provisión de botiquines. Sí hubo como una discontinuidad y al principio de todo lo que era programas a nivel provinciales, hubo un delay digamos en la provisión. Nosotros siempre recibimos... siempre tenía que ver con la cantidad de botiquines recibidos, no bajando la demanda. “Hay veces que recibíamos 14 botiquines... Después lo que había adentro de los botiquines siempre fue más o menos lo mismo (...) Hubo cambios en referencia a la continuidad, redundó en una (...) una baja de la cantidad de (medicamentos)”. Pero la realidad es que no podría decirte si en la calidad, porque la verdad es que siempre fue... no lo noté en el cambio de la respuesta a los tratamientos. Sí la cantidad, la demanda no bajó en la necesidad de la población, pero sí la cantidad de botiquines que llegaban (al centro), marcadamente, porque esto está documentado, (...) recibía 21, 22 botiquines, después recibía 14, 13, 12, con una discontinuidad... (Entrevista 1).

b. Distanciamiento de las entregas de los botiquines a los centros de salud

A la disminución de los botiquines y a la reducción del vademécum, se le añadió el distanciamiento o discontinuidad en el tiempo de las entregas de los mismos, hecho que agudizó aún más la provisión por parte del gobierno central. Si bien la población no llegó a evidenciar algún tipo de falta, los meses en que los botiquines se distanciaron o no fueron entregados, el Municipio de Tigre debió comprar los medicamentos faltantes para afrontar la demanda que no cesaba:

Hay algunas medicaciones que dejaron de estar, por ejemplo, la atorvastatina no vino más, el amoxi clavulánico... Te digo que eran ciertas medicaciones que nosotros usábamos y el municipio tuvo que salir a comprar... Hubo... o sea, lo que hacían era capaz que te mandaban más... el salbutamol, todo lo que era respiratorio, cayó un montón. Por ejemplo, en un botiquín te venían 3 salbutamoles... ...como nosotros tenemos un plan de invierno y hay una compra prevista por el plan de invierno, y siempre se compró... no lo sentimos capaz nosotros porque subsanó el municipio con la compra... ...si fuera un municipio que solo yo tengo el Remediar seguramente hubiera sentido mayor carencia... (Entrevista 1).

c. Informatización o despapelización del sistema de registros

En 2016 se lanzó desde Presidencia de la Nación el Plan de Modernización, y en 2017 el acuerdo del “Compromiso Federal para la Modernización del Estado”. En este marco, dicho proceso de modernización (Beccaria, Danani, Hintze y Rottenschweiler 2023) llegó a los establecimientos del primer nivel logrando “despapelizar” muchos de los trámites correspondientes a la entrega de medicamentos, en este caso. Algo que fue señalado como positivo por los y las profesionales de la salud, quienes valoraron también los grados de transparencia y celeridad que trajo a la administración para algunos trámites.

Las problemáticas mencionadas en los puntos a) y b) asociadas a la entrega de medicamentos en tiempo y forma nos hablan, por un lado, de la disminución de los tratamientos de las personas —y por ende de una baja de la cobertura horizontal (en relación al alcance poblacional del pro-

grama)—. Pero además revelan la inadecuada cobertura del Remediar en algunas patologías en particular; es decir, de una baja también en la cobertura vertical. Patologías crónicas como enfermedades respiratorias, diabetes, colesterol, etc., quedaron sin cubrir desde el nivel central, por lo que el Municipio de Tigre debió cubrir estos faltantes para no desatender a su población. Este desfinanciamiento que aparece mediante la reducción de los botiquines y medicamentos, sumado al distanciamiento en la entrega, devela un corrimiento o un desplazamiento de la responsabilidad del poder central hacia los municipios sobre la entrega de estos insumos, quienes en el mejor de los casos debieron financiar con recursos propios.

Post asunción de Alberto Fernández como presidente, el Remediar fue relanzado y se produjo una expansión de su cobertura tanto horizontal como vertical (Danani 2013); la calidad de los fármacos, en cambio, se conservó. Sin embargo, luego de tres meses, la pandemia impuso escenarios desconocidos que modificaron tanto la oferta como la demanda de estos bienes de salud (Ariovich, Crojethovic y Jimenez 2021, 2022). Debido al miedo al contagio de la población, bajó mucho la demanda, es decir, las personas no asistían a los centros de salud para retirar los medicamentos. En cambio, la provisión gratuita (oferta) de botiquines fue recuperándose para el año 2020 (162 mil) en relación al último año del gobierno neoliberal. En el contexto de la pandemia, según un informe del MSAL, al mes de abril de 2020 se distribuyeron botiquines adicionales a los ya entregados de manera regular: “medicamentos a los niveles centrales de las provincias, anticipando dificultades logísticas que podrían presentarse posteriormente y con el fin de ampliar la oferta de medicamentos relacionados con la atención de casos de Covid-19 o enfermedades respiratorias” (MSAL 2020a: 12).

Pasado el 2020 con sus picos de contagio y con la vuelta a la normalidad dentro del DISPO<sup>9</sup>, para el 2021 comenzó a recuperarse tanto la oferta (regularidad en la entrega de medicamentos y aumento de la cantidad) como de la demanda de la población en los CAPs. Para el 2022 la entrega de botiquines llegó a los 183 mil, cifra que superó inclusive a la cantidad observada en el 2014. Estos valores no solo muestran una reversión de la tendencia registrada durante el periodo anterior, sino que ade-

<sup>9</sup> Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio establecido por las autoridades nacionales de acuerdo ver publicación PISAC.

más revela un incremento de la cobertura vertical —reflejada en la cantidad recibidos por los CAPS—. En relación a la demanda de medicamentos se fue generando un aumento progresivo, debido a que las personas volvieron a consultar de apoco en los centros:

... yo te diría que todo lo que va este semestre de 2021 hubo más continuidad e ingresaron más cosas, ingresó salud sexual y reproductiva, nos sostuvo en estos baches, nos permitió como “bueno, la orden de compra llega por provincia, más o menos”. Y están viniendo más insumos, de hecho, por ejemplo, esto es para contar porque me puso contenta, no son mucha cantidad, pero entraron gotas óticas, como que nunca había habido gotas para las otitis. Después hubo más cremas también, viste las cremitas de betametazona, de miconazol, eso ingresó más. Ingresó metformina, enalapril, losartan, como que hubo más ingresos, eso fue algo positivo, digamos (Entrevista 3).

A pesar de ello, el Municipio de Tigre no llegó a registrar un incremento de la cobertura horizontal tan alta como lo fue para la escala nacional que superó el registro de 2014 (Gráfico 3). En cambio, la cobertura vertical se amplió, al incorporar nuevas líneas (MAC) y recuperar la cobertura en ciertas patologías (ver Gráficos 3 y 4).

Al mirar lo local mediante los lentes de los equipos de salud<sup>10</sup> del Municipio de Tigre y a pesar de las dificultades afrontadas, vemos que el programa cobra mucha importancia para el desarrollo de la atención primaria de la salud. Los aportes del Remediar como política fueron destacados por los profesionales que integran los procesos de atención del primer nivel, especialmente en términos de provisión de un vademécum básico a la población de referencia de estas instituciones (quien muchas veces no tiene posibilidades para adquirir la medicación de otra manera). Además, fueron valorizadas las capacitaciones realizadas a los equipos de salud para el

---

<sup>10</sup> Cabe recordar que estos equipos de gestión de salud del Municipio vinieron trabajando sin recambios, manteniendo una continuidad de la estructura organizacional del sistema sanitario, por lo que sus relatos nos brindaron datos facilitando el análisis de las interacciones entre la política local y la política nacional en los distintos gobiernos (Cristina Fernández de Kirchner 2011-2015 y Mauricio Macri 2015-2019).

período kichnerista, y el proceso de modernización tecnológica para el macrismo: “Yo creo que Remediar es uno de los inventos más magníficos, más importantes, creo, en el sentido de cuál fue el objetivo del programa en sí” (Entrevista 1).

En el municipio distintos actores reconocieron que es un programa de cobertura pública exclusiva, ya que desde sus orígenes Nación explicitó que la gratuidad de los medicamentos brindados por el Remediar es para quienes solo tienen cobertura pública exclusiva. No obstante, para ambos periodos se registra en las entrevistas, que la entrega de los mismos fue definida caso por caso por los profesionales que se encuentran en el nivel local. Los equipos de salud saben por su proximidad que existen diversas razones por la cual muchas de las personas que llegan a los CAPs no pueden obtener los medicamentos a pesar de tener obra social o algún plan médico privado que no les cubre esos insumos: “Obviamente vas restringiendo según la... pero nunca se le niega a alguien un Remediar porque tenga algo de cobertura. Yo creo que esto tiene que ver con las necesidades de la población. A veces vos tenés obras sociales que... sí PAMI, esas cuestiones que... nada, es un trabajo diario...” (Entrevista 1).

El programa experimentó variaciones significativas, reflejadas en la cantidad de botiquines y tratamientos distribuidos a nivel nacional y en la Provincia de Buenos Aires. A finales del gobierno de Cristina Fernández de Kirchner el programa contaba con un número importante de botiquines y tratamientos, los cuales comienzan a disminuir en el 2015 con el inicio del gobierno neoliberal, que promovió una intervención residual del Estado en las problemáticas de salud pública. De ahí su política de desfinanciamiento, que se acentuó hacia el 2017, periodo que coincide con los mayores ajustes que se realizaron a las políticas de protección social en general (Beccaria et al. 2023), poniendo fin a muchos programas de transferencia condicionada que tenían un matiz universalista.

Estos cambios influyeron en la cobertura tanto horizontal como vertical del programa (Danani 2013), impactando especialmente en el tratamiento de patologías crónicas que suelen resolverse a través de la atención primaria de la salud (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa et al. 2011, Starfield et al. 2005). En este marco, el municipio de Tigre tuvo que adquirir medicamentos por cuenta propia para suplir los faltantes.

Hacia el 2020 con el nuevo gobierno se tomó la decisión de recuperar el nombre original y comenzó nuevamente una política centrada en la

problemática de la provisión de medicamentos gratuitos como forma de aliviar el gasto de bolsillo de quienes no tiene cobertura explícita. Se observó una expansión en la cobertura horizontal y, en términos de cobertura vertical, se incorporaron nuevas líneas y se recuperó la cobertura en ciertas patologías. Sin embargo, no se volvieron a reanudar las capacitaciones, tampoco las auditorías, el monitoreo y las evaluaciones que fueron tan necesarias para el proceso de implementación del programa y para corregir los problemas encontrados en el territorio.

A pesar de los desafíos enfrentados en distintos períodos, es evidente que el Remediar ha tenido un papel fundamental en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud. Así lo demuestra la valoración positiva que recibieron en el municipio de Tigre por parte de los equipos que integran los centros de salud, quienes constituyen una pieza clave en el desarrollo de las estrategias de APS (Almeida y Macinko 2006). Además, la pandemia ha destacado su relevancia como política pública para responder eficazmente en la provisión de medicamentos de salud esenciales, atendiendo especialmente a las poblaciones más vulnerables y a las necesidades emergentes de la crisis sanitaria.

## **V. El seguro público de salud en el primer nivel de atención. El Sumar en acto**

Al conectar al sistema con la población mediante los controles de salud y la provisión de prestaciones básicas, el programa Sumar tiene un papel clave sobre la atención de la población que no se ve beneficiada por la seguridad social o las prepagas. El mismo otorga recursos a los efectores de salud que brindan el primer contacto con la comunidad, permitiendo resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes (Vignolo et al. 2011). Cuenta con un sistema de transferencias de pagos por cápita ajustados por desempeño. En el marco del programa, Nación le paga a cada provincia participante un valor monetario por beneficiario por mes; monto que se determina por el valor de la cápita definida para cada una de éstas (compuesta por un componente base igual para todas las jurisdicciones y un componente de equidad diferencial por jurisdicción) y por un componente variable en función de las prestaciones sanitarias brindadas. De esta el nivel central define un conjunto de prestaciones a priorizar, considera-

das esenciales para el cuidado de la salud y que forman parte de un nomenclador, pudiendo ser facturadas a cada Seguro Provincial de Salud (Epele e Iturmend 2019).

A comienzo del período bajo estudio (2015), el programa contaba con 400 prestaciones diferentes. Éstas se encontraban organizadas en 47 líneas de cuidado que conformaban un nomenclador único y homogéneo para todo el país. Mientras que algunas referían a la prevención primaria y promoción de la salud, otras se vinculaban al tratamiento y prevención secundaria (MSAL 2015b, Chiara et al. 2017).

Previo al 2015, el programa contemplaba en cada servicio o área de atención tres controles de salud por persona y por cada uno de éstos el centro recibía una suma de dinero preestablecida. Cuando asume el macrismo sólo se permitió facturar un control por persona (por área o servicio), reduciendo la cobertura prestacional a través del mismo. Para contrarrestar tal situación, la suma facturada por cada prestación brindada percibió un incremento. Sin embargo, las demoras del gobierno central en los pagos realizados por las prestaciones a las jurisdicciones locales terminaron diluyendo el efecto de tal aumento en el pago de las consultas efectuadas a través del Sumar:

Como que se achicó la amplitud, ¿entendés? Vos ponele, considerabas a los pibes entre tal edad y tal edad, pero tenías que tener una vez un solo control... antes eran tres controles y se cobraban los tres, ahora era una sola prestación por área. (La prestación seguía estando para facturar, pero no en la misma cantidad, entonces se empezó a facturar menos). Lo que sí, después en el cambio esas prestaciones aumentaron el valor (...) Se tomaban menos, pero se pagaban un poquito más (...) Es atrasado casi 6 meses. Entonces se notó, porque nos venían diciendo: “va a venir porque las prestaciones aumentaron (...) entonces nosotros notamos el aumento muchos meses después de que empezó el nuevo gobierno (Entrevista 1).

Para el año 2019 la entonces Secretaría de gobierno de salud, sobre la base del programa Sumar, creó el Programa de ampliación de la cobertura efectiva en salud (Paces), modificando su denominación. Pero con la gestión de Alberto Fernández las autoridades volvieron a denominarlo programa Sumar con el fin de mejorar su identificación por parte de la población

beneficiaria y de la sociedad argentina en su totalidad (Resolución 420/2020 Ministerio de Salud). A pesar de ciertas restricciones en la facturación de algunas prestaciones durante años 2015-2019, un análisis macro evidencia que la cobertura se incrementó en términos de alcance poblacional o cobertura vertical (Danani 2013), gracias a la ampliación prevista hacia el final de la gestión anterior. Se produjo una incorporación de nuevos grupos etarios como beneficiarios: adultos/as varones hasta 64 años (mayo-julio 2015). Destacamos que desde los servicios de salud nos informaron que se trató de una población que ya era reconocida como destinataria de los efectores del primer nivel. Solo que las prestaciones brindadas pasaron a estar cubiertas por el Sumar, obteniéndose incentivos económicos para el municipio y para los equipos de los centros de salud. Aunque tal ampliación en la población objetivo del programa no se trasladó a la rutina de trabajo de los profesionales de la salud, si tuvo un impacto en las tareas administrativas para el registro de las personas atendidas: “Un cambio de más facturar, o sea, más tiempo facturando, cargando, más trabajo de la facturista (...) porque nosotros a la población la estamos atendiendo igual” (Entrevista 4).

El crecimiento de la población objetivo del programa no sólo se vio reflejado en un incremento en el padrón de beneficiarios (ver Gráfico 5), y de prestaciones facturadas, sino que también se trasladó a mejoras sustantivas en las modalidades de registro de datos en las consultas. Efecto que fue positivo para la elaboración de las historias clínicas de la población del área de referencia de los efectores del primer nivel de atención. En este sentido, en relación a la carga de formularios/planillas, en la entrevista 2 se expresa:

Y, cada vez quien se suma es más trabajo para todos. El médico que tiene que... A ver, yo soy muy prolija y yo lo... pero bueno, es un trabajo en equipo, ¿no?, de que el médico consigue los datos que tiene que dejar para facilitarle la tarea al que lo va a cargar... para que el administrativo no enloquezca (...) Se trata de registrar lo más posible. Se consigna la historia clínica, se consigna en el libro de guardia... se deja la hoja 2, y hay alguien que recupera esos datos. Por eso te digo: es un trabajo en equipo. Sabemos qué es lo que necesita quien se encarga de pasar esos datos para poder volcarlos (Entrevista 2).

La normativa del programa contempla también inversiones y el mantenimiento edilicio, en función de los fondos generados por cada establecimiento, como mencionamos arriba. Sin embargo, en términos de infraestructura, los cambios no parecen haber sido sustantivos a lo largo de este período, al menos desde la mirada de las personas entrevistadas: “La realidad es que no hubo muchos cambios (...) (en) las cuestiones edilicias que hubo en este tiempo...” (Entrevista 1).

Con la emergencia sanitaria desatada por el Covid-19, ingresaron nuevas problemáticas a la agenda sanitaria durante el año 2020 (Maceira, Vázquez, Ariovich, Crojethovic, y Jiménez 2020), pero además hubo también una intención de robustecer el programa. En este contexto político y sanitario, se incluyeron entonces nuevas prestaciones al Sumar. En los primeros tiempos de la gestión de Alberto Fernández, con Ginés Gonzales García como máxima autoridad en salud, el programa (hacia abril) incorporó a las personas mayores de 64 años sin obra social (varones y mujeres), amplió 20 líneas de cuidado de la salud, incluyó nuevas prestaciones médicas para Dengue, Covid-19 y EPOC. A la vez, agregó otras modalidades de atención como el cuidado domiciliario, actividades de salud comunitaria, la telemedicina y consultas telefónicas. Finalmente, también sumó a su paquete prestacional la atención de la ILE (interrupción legal del embarazo) (Sabignoso 2020).

Es así que en junio de 2020 se registraron 17.385.138 inscriptas/os de las/os cuales 5.025.837 tuvieron con cobertura efectiva básica (CEB<sup>11</sup>), es decir el 28,9% (ver gráfico 5). Si se lo compara con el segundo trimestre de 2019 (donde se registra el cambio de gobierno), la nómina de inscriptas/os evidencia un incremento de la cobertura de 4,7 por ciento (777.547 nuevas/os inscriptas/os) para el segundo trimestre de 2020. Si se analizan las inscripciones por regiones para el segundo trimestre del año 2020, la mayor incidencia se registra en PBA (37,3%), seguido por la región Centro (19,6%) y NOA (14,9%) (MSAL 2020c). En términos de financiamiento, durante esta gestión, en el “segundo trimestre de 2020 se actualizó el valor de la cápita. De \$65 ascendió a \$ 250 retroactivo al mes de enero. Esto impacto en un aumento de los montos ejecutados durante el segundo trimestre (\$2.414,8 millones), 372,8% por encima de lo ejecutado durante el primer trimestre —\$510,7 millones— (MSAL 2020b: 7).

<sup>11</sup> La CEB contempla a las/los beneficiarias/os que en los últimos seis meses se han inscripto al programa, o bien han utilizado una prestación en los últimos 12 meses.

A pesar de esta ampliación de la cobertura horizontal y vertical, la coyuntura pandémica trajo como correlato una contracción de la atención en el primer nivel. Especialmente en aquellos meses en los cuales el ASPO fue más estricto, se produjo una baja en la cantidad de consultas brindadas desde los servicios de atención primaria; éstas quedaron fundamentalmente centralizadas en grupos de riesgo (Ariovich et al. 2021, Crojethovic et al. 2022). En tándem con esta merma, se redujeron las prestaciones realizadas a través del Sumar y también los beneficios recibidos por los servicios.

Mas allá de las características que revela el Sumar en los distintos períodos de estudio, son importantes los incentivos que este programa promueve tanto en el interior de los servicios como entre la población destinataria. Esto apareció como relevante en las entrevistas a los integrantes de los equipos de salud del municipio de Tigre. Los incentivos monetarios otorgaron cierto margen de autonomía a los efectores de salud para comprar aquellos insumos que estaban necesitando para la atención y para mejorar ciertas condiciones de trabajo durante la jornada laboral:

Mirá, el principal aporte fue tratar de cubrir desde la atención pública, a la gente que no tenía obra social (...) La otra fue la posibilidad de, con el dinero que se reintegra, se puede comprar elementos para los centros de salud que la verdad vienen muy bien, tanto como balanza pediátrica, no sé, saturómetro, tensiómetro, lo que sea, ¿no? Eso también. Y la otra es el incentivo que se le da al personal, ¿no? que, bueno, te digo que, para muchos, los salva (Entrevista 4).

Destacamos también que desde los inicios del programa la decisión de cómo utilizar los recursos obtenidos por desempeño, es de los equipos que forman parte de los establecimientos de salud en base a distintos modelos participativos fortaleciendo la atención primaria (Potenza dal Mesetto 2012). Esto brinda como resultado una política nacional orientada a fortalecer la gestión local al otorgar protagonismo a distintos equipos de salud del país. De esta forma el programa promueve la participación del personal de salud, lo que permite, según los entrevistados, adecuar mejor los espacios de trabajo en los servicios a la vez que generar incentivos para el desarrollo de algunas tareas:

O sea, en general si es incentivo para personal es como un 40, 30, 20, una cosa así es la distribución, y ese 40 es administración, es la parte destinada a todo lo que tiene que ver con la carga y a todo el laburo que hacen nuestras administrativas. Y después todo lo que tiene que ver con insumo edilicio y demás ya nosotros a veces necesitamos por ahí para el equipo y pedimos, no sé, necesitamos un horno eléctrico, pava eléctrica, no sé qué, y después el resto es insumos médicos ¿no? balanzas, esas cosas que se van comprando, pediómetros, tensiómetros, y bueno, todas estas cosas también vienen de este programa ¿no? (...) tenemos ecógrafos muy nuevos, todo eso ingresó también con el Sumar (Entrevista 3).

En síntesis, el Sumar en estos años siguió constituyendo un dispositivo de la política que promovió seguros públicos provinciales de salud destinados a garantizar un conjunto de prestaciones a quienes no tienen cobertura explícita. Para el periodo 2015-2019 los cambios que experimentó el programa a nivel nacional mostraron un derrotero algo distinto al Remediar. Gozó de la ampliación de la cobertura horizontal incluyó a los hombres hasta 64 años prevista en la gestión anterior, y las mejoras en las modalidades de registro facilitó la elaboración de las historias clínicas de la población. Sin embargo, los ingresos percibidos por las prestaciones brindadas a nivel municipal disminuyeron debido a la reducción de la cantidad de controles cubiertos y al contexto inflacionario que licuó la suba de los montos facturados.

Con el inicio de la gestión de Alberto Fernández, no solo se terminan por alcanzar a todos los grupos etarios, sino que se suman nuevos paquetes prestacionales, se actualizan los montos facturados, incrementando ahora ambas coberturas, la horizontal y la vertical. Si bien al final de los dos periodos, la ampliación de los grupos etarios terminó por nominalizar a toda la población sin cobertura declarada, la misma resultó insuficiente para cubrir tanto las necesidades de infraestructura de los establecimientos del primer nivel, como las necesidades de la población local.

## **VI. Las iniciativas de la política local y la relación con los programas Remediar y Sumar para facilitar la atención en el primer nivel**

Durante el periodo 2015-2019, el municipio de Tigre (que no cambió su equipo de gestión en salud) continuó el proceso orientado a robustecer el papel del primer nivel de atención dentro del sistema sanitario municipal. En esa dirección, y en línea con la previa reestructuración de la Dirección de atención primaria en tres grandes áreas de intervención (mencionada más arriba), las iniciativas buscaron facilitar el acceso a la población (Almeida y Macinko 2006), a la vez que expandir la cobertura prestacional brindada en un contexto de retracción del gasto social. La oferta de centros especializados como oftalmología, y odontología (poca usual en otros municipios del conurbano) y el desarrollo de los hospitales de diagnóstico inmediato (HDI) son muestra del interés por una estrategia sanitaria con servicios próximos a la comunidad.

El desfinanciamiento producido en ambos programas nacionales de protección social produjo ciertos movimientos a nivel local. Con respecto a los medicamentos, las restricciones en la entrega se transformaron en faltantes, por lo que el municipio de Tigre tomó la decisión como medida contra cíclica de comprar dichos fármacos para no desatender la demanda de la población en el primer nivel, cubriendo la cantidad de medicamentos y las patologías que el programa había abandonado. Por otro lado, si bien este es de entrega gratuita para quienes solo tienen cobertura pública exclusiva, la asignación de los mismos fue definida de manera autónoma por los profesionales de salud que están cerca de la población —son quienes conocen sus necesidades independientemente de su cobertura—.

El Sumar tuvo otro recorrido, por un lado, el incorporar nuevos beneficiarios al padrón (varones adultos hasta 64 años) solo demandó cambios administrativos en los efectores vinculados a la necesidad de nuevos registros. Pero por el otro, para no abandonar el esquema de controles de salud que venían realizando, el municipio resolvió como otra medida anticíclica cubrir aquellos controles que el programa nacional dejó de financiar.

Además de estos esfuerzos, se realizaron otras iniciativas exclusivamente locales orientadas a facilitar el acceso y la cobertura en el primer nivel. Se creó un sistema informatizado para la gestión de turnos con los especialistas de la atención primaria, y se buscó fortalecer la articulación de estos profesionales con los equipos de salud pertenecientes a los HDI. Esto últi-

mo permitió agilizar la realización de estudios diagnósticos o de consultas en servicios de mayor complejidad. Paralelamente, con el fin de mejorar el perfil formativo de quienes integran los equipos de salud, se creó una residencia médica en atención primaria de la salud.

Con la llegada de la pandemia las intervenciones de la agenda local estuvieron destinadas no sólo a la prevención de contagios y a atender las demandas que generó la circulación comunitaria del virus, sino también a sostener una atención básica en el territorio. En relación a la provisión de medicamentos, la disminución en la demanda por miedo al contagio en los establecimientos durante el 2020 generó una suspensión de la entrega, que se fue reanudando para el 2021, a medida que la gente volvía a transitar por los establecimientos de salud. Sin embargo, los equipos de los centros de salud mantuvieron abiertas las farmacias de sus establecimientos para que la población pudiera acercarse a retirar su medicación a demanda, y proporcionaron turnos para garantizar la continuidad de la atención de la ILE (Interrupción Legal del Embarazo). A la vez, la expansión de la cobertura de medicamentos relacionados con la atención de casos de Covid-19 o enfermedades respiratorias y la incorporación de viejas (abandonadas por el gobierno anterior) y nuevas líneas de medicamentos acompañaron las acciones realizadas por el municipio en el territorio para acercar bienes y servicios de salud a su población.

La incorporación de la población de adultos mayores al Sumar y la ampliación de las líneas de cuidado de la salud, sumado a las nuevas modalidades de atención remota (facturadas al programa) operaron no solo como un respaldo financiero hacia el municipio para atender a aquella población que no tiene cobertura, sino que mostró cintura para adaptar el seguro público a las necesidades sanitarias emergentes en el territorio durante el aislamiento. De esta manera el Sumar se fue articulando con los nuevos dispositivos locales que permitieron atender de manera remota las urgencias y las consultas de los recién nacidos, embarazadas, pacientes crónicos y adultos/as mayores. La telemedicina, la atención vía videollamadas y las comunicaciones por WhatsApp con los/las vecinos/as, fueron los canales más utilizados. En esa misma línea, se desarrollaron por vía virtual talleres de prevención para los pacientes crónicos y otros con temáticas vinculadas a la crianza y la nutrición. Este abanico de estrategias se combinó con un fuerte trabajo en el terreno (Crojethovic et al. 2023), para contrarrestar la contracción de la atención al interior de los establecimien-

tos. A través de operativos llevados adelante por los propios profesionales del primer nivel, se hicieron recorridos casas por casa con objetivos múltiples: identificar síntomas compatibles con Covid-19 entre los vecinos, captar población perteneciente a grupos de riesgo que no estaba realizando oportunamente sus controles de salud (bebés, embarazadas, enfermos crónicos, etc.), y relevar otras necesidades relacionadas a la salud entre las personas del barrio.

A pesar de los avances y retrocesos en relación al paquete de bienes y servicios que brindaron el Remediar y el Sumar, es innegable que ambos fortalecieron la oferta pública y con ello la atención en el primer nivel. Esto robusteció a su vez, el vínculo entre los equipos de salud y la población, ubicando a estas instituciones como espacios de referencia para la atención de la salud. El tejido social constituido entre la comunidad y los trabajadores del primer nivel, gestado a lo largo de varios años, fue central para el abordaje de la atención en el transcurso de la pandemia y la resolución de los emergentes sociosanitarios.

Finalmente, y en términos generales, se debe señalar que el recorrido que tuvo el primer nivel en Tigre, no solo se debió a la contribución de los programas nacionales, sino que también se correspondió con la orientación que le dio el municipio a la política sanitaria. Planificar y organizar acciones de APS, mantener los mismos equipos de salud dándole continuidad a la gestión y destinar recursos para la atención de la población en el territorio, constituyen algunos ejemplos.

## **VII. Consideraciones finales**

El Remediar y el Sumar se concibieron como programas insignias a nivel central desde el principio de siglo, obteniendo consenso y legitimidad tanto desde los equipos de salud como de los beneficiarios que fueron alcanzados por estos. Reconocimiento que les permitió mantenerse vigentes durante el periodo neoliberal de 2015-2019, a pesar del proceso de desfinanciamiento que sufrieran las políticas de protección social bajo este modelo de gestión. El sello “modernizador” con su principio de simplificación, transparencia y coordinación y la desinversión fueron las características predominantes que dieron nuevo tratamiento a lo social, lo que modeló a los programas según el giro neoliberal de la política nacional. No

obstante, aparecieron algunos guiños que pueden ser leídos como una búsqueda de legitimidad por parte del gobierno de Cambiemos. Arriba se mostró cómo el Remediar (absorbido en la CUS) combinó transparencia y celeridad para algunos trámites, con la disminución de su cobertura horizontal y vertical, lo que significó una menor cantidad de medicamentos, pero además que ciertas patologías quedaran sin cubrir. El Sumar, en cambio, tuvo restricciones en la facturación de consultas disminuyendo la cobertura horizontal, pero en contraposición con esa decisión, expandió su alcance poblacional (como fruto de la inscripción de nuevos beneficiarios en la gestión previa), al incorporar nuevos grupos etarios como beneficiarios: adultos varones hasta 64 años sin cobertura.

La desjerarquización del Ministerio de Salud durante el macrismo, significó cierto corrimiento de las responsabilidades en dos funciones centrales que tuvo históricamente el Estado Nacional en la política sanitaria, rectoría y financiamiento. En la arena local esto se reflejó en la ausencia de capacitaciones, monitoreo y evaluaciones del programa Remediar, a la vez que provocó que el municipio debiera cubrir aquellos faltantes de medicamentos. En lo que refiere al Sumar, el municipio asumió la compra de insumos y la cobertura de ciertos tratamientos para no desatender a su comunidad.

Durante el gobierno de Alberto Fernández, si bien la pandemia fue un hecho singular que trastocó la implementación de ambos programas debido al ASPO, la decisión política de dar protagonismo al sector con la recuperación del rango Ministerial puso nuevamente a estos programas en escena. El Remediar fue relanzado y se expandió su cobertura horizontal y vertical. Se distribuyeron botiquines adicionales a los ya entregados de manera regular para anticipar las dificultades en la logística que pudiera presentarse, y se incluyeron medicamentos relacionados con la atención de casos de Covid-19 y enfermedades respiratorias. El Sumar fortaleció la oferta pública mediante la inclusión de nuevos grupos etarios, nuevas líneas de cuidado y prestaciones médicas. A la vez, que agregó otras modalidades de atención y el paquete prestacional de la práctica de ILE.

Por último, cabe destacar la voluntad política del gobierno nacional para que ambos programas dieran respuesta a los emergentes de la pandemia en el territorio. Tanto a través de la ampliación de prestaciones como en la provisión de insumos y medicamentos estos programas se fueron articu-

lando con las iniciativas que fueron surgiendo al calor de los acontecimientos en el nivel local para atender a las necesidades de la población.

Nada terminó resultando suficiente en un sistema sanitario fragmentado y en crisis, no obstante, fueron notables los aportes de los programas nacionales para el desarrollo de estrategias y acciones locales en el primer nivel de atención del Municipio de Tigre.

**TABLA I**  
**Tasas de mortalidad materna cada 10.000 nacidos vivos,**  
**según jurisdicción de residencia (2015-2020)**

Partido	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Defunciones maternas	Tasa de mortalidad materna										
Almirante Brown	2,0	1,9	6,0	6,2	2,0	2,1	2	2,3	4,0	5,2	3,0	4,9
Avellaneda	1,0	1,7	2,0	3,7	0,0	0,0	1	2,0	1,0	2,2	2,0	5,0
Berazategui	2,0	3,3	1,0	1,7	2,0	3,7	0	0,0	2,0	4,7	1,0	2,7
Echeverría	2,0	3,2	1,0	1,6	5,0	8,2	3	5,3	16,0	30,7	3,0	7,0
Ezeiza	1,0	2,6	2,0	5,3	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	1,0	3,8
Yarela	5,0	5,2	6,0	6,7	1,0	1,1	2	2,2	5,0	6,6	2,0	3,2
San Martín	1,0	1,5	1,0	1,6	2,0	3,5	1	1,8	1,0	1,9	0,0	0,0
Hurlingham	2,0	6,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1	4,8	0,0	0,0	1,0	6,3
Ituzaingo	1,0	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
José C. Paz	3,0	4,5	1,0	1,6	2,0	3,5	3	5,2	0,0	0,0	1,0	2,3
La Matanza	15,0	5,2	9,0	3,4	9,0	3,5	11	4,5	6,0	2,7	6,0	3,2
Lanús	2,0	2,8	1,0	1,5	1,0	1,5	2	3,4	0,0	0,0	3,0	6,6
L. de Zamora	2,0	1,6	6,0	5,1	2,0	1,8	3	2,7	3,0	3,0	0,0	0,0
Malvinas Argentinas	-	-	1,0	1,7	2,0	3,6	5	9,5	1,0	2,1	2,0	5,8
Merlo	7,0	6,6	0,0	0,0	5,0	5,2	2	2,2	3,0	3,7	2,0	2,8
Moreno	7,0	6,5	2,0	2,0	4,0	4,2	2	2,2	6,0	7,4	7,0	10,4
Morón	3,0	6,4	6,0	14,8	2,0	4,6	0	0,0	1,0	2,7	1,0	3,1
Quilmes	6,0	5,4	2,0	1,9	3,0	2,9	3	3,1	1,0	1,1	4,0	5,3
San Fernando	-	-	3,0	11,3	0,0	0,0	0	0,0	1,0	4,9	3,0	19,9
San Isidro	1,0	2,1	1,0	2,3	0,0	0,0	4	10,5	0,0	0,0	0,0	0,0
San Miguel	1,0	1,7	2,0	3,5	2,0	3,6	2	3,9	1,0	2,2	0,0	0,0
<b>Tigre</b>	<b>3,0</b>	<b>4,0</b>	<b>2,0</b>	<b>2,9</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>3,1</b>	<b>3,0</b>	<b>5,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
T. de Febrero	1,0	1,8	3,0	6,2	1,0	2,2	1	2,2	0,0	0,0	1,0	3,0
V. López	1,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	3,5	0,0	0,0	2,0	9,7
<b>Total</b>	<b>74,0</b>	<b>3,9</b>	<b>93,0</b>	<b>3,4</b>	<b>74,0</b>	<b>2,8</b>	<b>87</b>	<b>3,5</b>	<b>62,0</b>	<b>2,7</b>	<b>65,0</b>	<b>3,4</b>

Nota: Los nacidos vivos son de madres residentes en la provincia de Buenos Aires, cuyos nacimientos ocurrieron en CABA o en Provincia. La Dirección de Estadísticas e Información Sistematizada (DEIS) incluye en su publicación los ocurridos también en otras jurisdicciones.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del DEIS del Ministerio de Salud de la Nación.

**TABLA 2**  
**Tasas de mortalidad infantil cada 10.000 nacidos vivos,**  
**según jurisdicción de residencia (2015-2020)**

Municipios	AÑO					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Almirante Brown	9,4	11,9	8,7	10,4	10,1	10,9
Avellaneda	11,5	11,5	10,8	10,3	9,7	6,0
Berazategui	8,9	9,1	10,6	8,4	7,9	10,1
Exaltación De La Cruz	5,8	4,7	7,7	8,3	4,9	10,0
Florencio Varela	10,1	9,9	9,6	9,5	8,2	12,3
General San Martín	8,8	9,5	11,8	7,9	7,3	8,3
Hurlingham	8,8	9,9	11,1	7,7	10,2	7,6
Ituzaingó	9,7	6,6	9,2	9,9	8,4	3,9
José C. Paz	10,3	12,1	9,7	7,8	8,7	12,4
Ezeiza	10,4	11,2	8,6	9,8	12,0	8,8
La Matanza	10,1	9,6	10,9	9,5	10,7	9,1
Lanús	10,1	11,7	7,0	8,5	7,4	9,3
Lomas de Zamora	8,8	11,5	9,0	9,0	8,0	7,6
Malvinas Argentinas	9,9	10,0	12,2	11,2	9,9	9,1
Merlo	10,5	10,6	9,7	10,9	9,3	6,0
Moreno	11,3	11,9	12,0	9,4	10,0	11,3
Morón	11,4	7,2	9,9	6,8	6,9	6,3
Quilmes	11,4	11,4	11,9	9,4	10,2	6,2
San Fernando	7,0	9,8	11,5	14,5	9,8	8,6
San Isidro	7,3	6,2	6,4	8,4	6,6	3,3
San Miguel	12,3	9,5	7,7	7,9	9,1	8,7
<b>Tigre</b>	<b>8,9</b>	<b>9,6</b>	<b>7,0</b>	<b>7,6</b>	<b>7,9</b>	<b>8,6</b>
Tres de Febrero	7,9	10,9	7,9	10,0	7,1	8,9
Vicente López	4,1	5,5	4,8	8,0	4,2	5,3
Prov. Bs As.	9,9	9,9	9,4	9,0	9,1	8,2

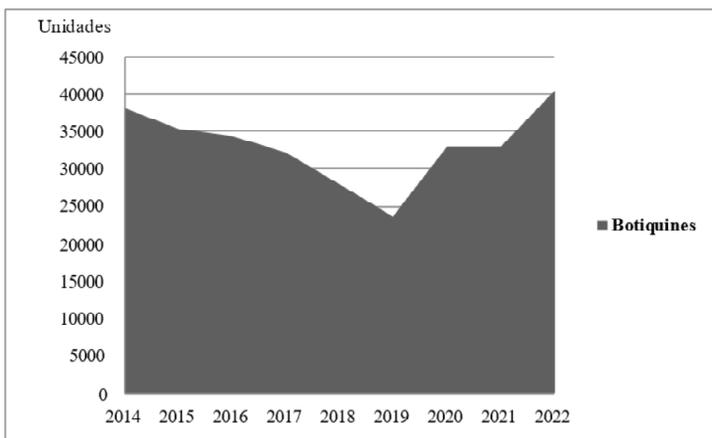
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del DEIS del Ministerio de Salud de la Nación.

**TABLA 3**  
**Descripción de entrevistas en profundidad realizadas**

Gestores municipales	10
Profesionales de los Centros de Salud	10

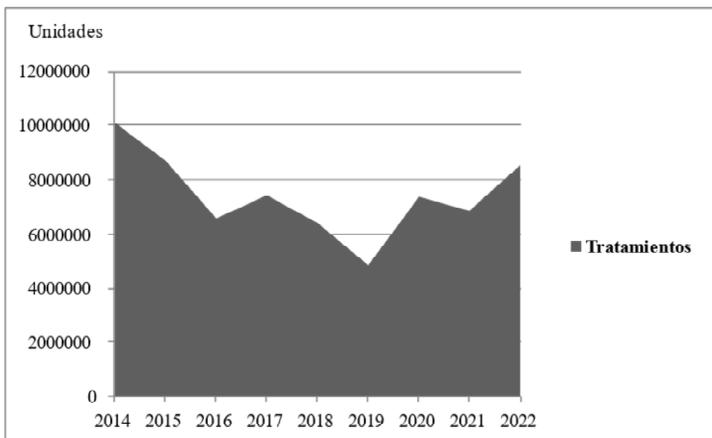
Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO I**  
Cantidad de botiquines por año.  
Provincia de Buenos Aires, 2014-2022



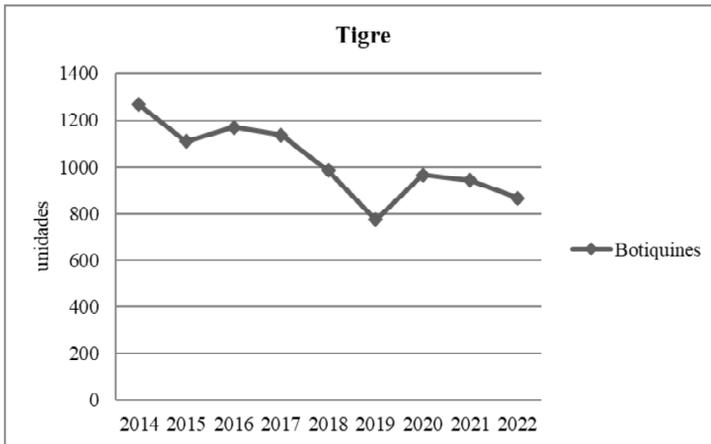
Fuente: Elaboración EDGPS-ICO/UNGS en base a datos SIR-Sistema Integrado de Reportes de Logística y Medicamentos.

**GRÁFICO 2**  
Cantidad de tratamientos por año.  
Provincia de Buenos Aires, 2014-2022



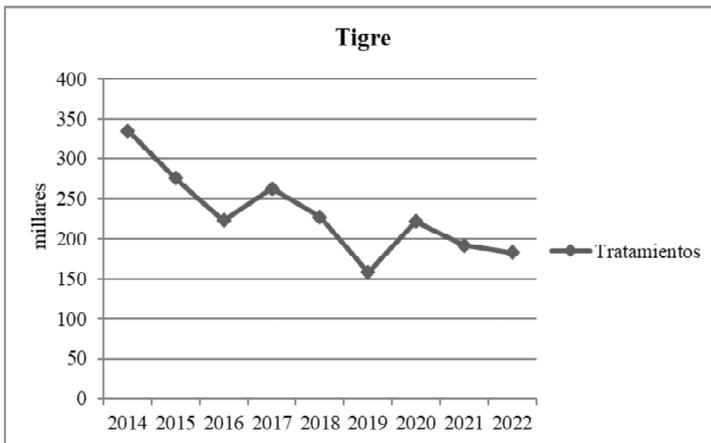
Fuente: Elaboración EDGPS-ICO/UNGS en base a datos SIR-Sistema Integrado de Reportes de Logística y Medicamentos.

**GRÁFICO 3**  
Cantidad de botiquines por año. Municipio de Tigre, 2014-2022



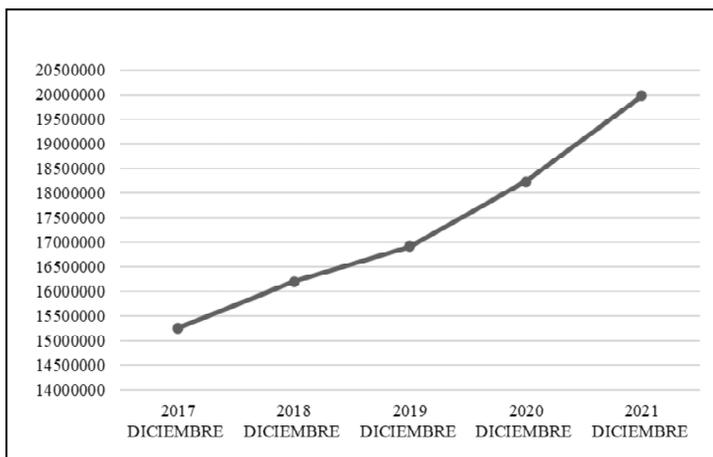
Fuente: Elaboración EDGPS-ICO/UNGS en base a datos SIR-Sistema Integrado de Reportes de Logística y Medicamentos.

**GRÁFICO 4**  
Cantidad de Tratamientos por año. Municipio de Tigre, 2014-2022



Fuente: Elaboración EDGPS-ICO/UNGS en base a datos SIR-Sistema Integrado de Reportes de Logística y Medicamentos.

**GRÁFICO 5**  
**Beneficiaries del programa a nivel nacional (2017-2021)**



Fuente: Total de beneficiarios inscriptos al Programa Sumar con Cobertura Efectiva Básica. Datos Abiertos del Ministerio de Salud de la Nación.

## Bibliografía

- Almeida, Celia y James Macinko (2006)** *Validação de metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local*, Brasília, Série Técnica desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-439626>
- Almeida, Patty Fidelis y Adriano Maia Santos (2015)** “Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itin-erário?”, en Almeida, Patty y Adriano Santos (orgs.) *Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*, Salvador, EDUFBA.
- Andersen, Ronald (1995)** “Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?”, en *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 36.
- Andiarena Silvia (2021)** “Los alcances de la intersectorialidad Sumar y AUH-AUE en el Municipio de Tigre”, en *XIV Jornadas de Sociología*, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

- Ariovich, Ana (2015)** “El abordaje integral de la atención: una aproximación a la estrategia de la APS”, en Chiara, M. (comp.) *Gestión territorial integrada para el sector salud. Cuadernos de Trabajo* N°1, Los Polvorines, UNGS.
- Ariovich, Ana, María Crojethovic y Carlos Jimenez (2021)** “Aislamiento y atención no Covid-19 en el primer nivel en la Región Sanitaria V”, en Carmona R. (comp.) *El conurbano bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimensional*, Los Polvorines, UNGS.
- Aronson, Jodi (1994)** “A Pragmatic View of Thematic Analysis”, en *The Qualitative Report*.
- Bardi, Gisela, Analía Gil, Erika Grinblat, Mauricio Monsalvo e Isabel Sarabia (2015)** “Programa de Capacitación en Cuidado de Medicamentos en Atención Primaria de la Salud, CuMAPS”, en *Ministerio de Salud de la Nación*.
- Beccaria, Alejandra, Claudia Danani, Susana Hintze y Sergio Rottenschweiler (2023)** “Cuando la excepción es la norma. Cambios estructurales y coyunturales en la seguridad social argentina, 2015-2021”, en Danani, Claudia y Susana Hintze (comps.) *Protecciones y desprotecciones (IV)*, Los Polvorines, UNGS.
- Céspedes-Lodoño, Juan Eduardo, Iván Jaramillo-Pérez y Ramón Abel Castaño-Yepes (2002)** “Impacto de la reforma de la seguridad social en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud”, en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 18, N°4.
- Cetrángolo, Oscar y Ariela Goldschmit (2018)** “Organización y financiamiento de la provisión pública de salud en un país federal el caso argentino”, en *Serie Documentos de Trabajo*, IIEP.
- Chiara, Magdalena (2017)** “Entre los programas y los servicios: Las políticas de atención de la salud a través de sus instrumentos. Una aplicación al caso argentino (2003-2011)”, en *Gestión de la política pública*. Vol. 26.
- Chiara, Magdalena y Ana Ariovich (2013)** “Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS /OMS en América Latina”, en *Cadernos Metropole*, Vol. 15, N°29.
- Chiara, Magdalena y María Crojethovic (2019)** “Universalismo en salud en contextos de fragmentación: aportes para su investigación”, en Gluz N. y C. Steinberg (coords.) *Desigualdades educativas, territorios y políticas sociales*, Buenos Aires, UNIPE.
- Chiara, Magdalena, María Crojethovic y Ana Ariovich (2017)** “El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macroinstitucional”, en *Salud colectiva*, Vol. 13.

- Couto, Barbar, Carolina Foglia y Adriana Rofman (2016)** “Políticas participativas locales en municipios bonaerenses: una aproximación político-territorial”, en Rofman, A. (comp.) *Participación, políticas públicas y territorio: aportes a la construcción de una perspectiva integral*, Los Polvorines, UNGS.
- Crojethovic, María (2020)** *Mirando el campo de la salud: problemas, actores, instituciones y territorio*, Cuadernos de trabajo, Los Polvorines, UNGS.
- Crojethovic, María, Ana Ariovich y Carlos Jiménez (2022)** “El primer nivel de atención en tiempos de aislamiento social”, en *Cuadernos Médicos Sociales*, Vol. 62, N°4.
- Crojethovic, María, Ana Ariovich y Carlos Jiménez (2023)** “La gestión local de la salud en aislamiento: estrategias y articulaciones para el acceso en el territorio”, en *Revista de Geografía*, N°33.
- Cunill Grau, Nuria (2014)** “La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual”, en *Gestión y política pública*, vol. 23, N°1.
- Danani, Claudia (2013)** “El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013: buscando el modelo que nunca tuvo”, en *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, N°22.
- Dematteis, Giuseppe (2006)** “En la encrucijada de la territorialidad urbana”, en *Bitácora Urbano Territorial*, vol. 1, N°10.
- Dematteis, Giuseppe y Francesca Governa (2005)** “Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SloT”, en *Boletín de la Asociación de Geólogos Españoles*, N°39.
- Epele, María (2007)** “La lógica de la sospecha: Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud”, en *Cuadernos de antropología social*, N°25.
- Epele, Nicolás y Fernanda Iturmend (2019)** *Impacto distributivo del gasto público en salud nacional en salud. Resumen Ejecutivo*, Buenos Aires, UNICEF.
- Fereda y, Jennifer y Eimer Muir Cochrane (2006)** “Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development”, en *International Journal of Qualitative Methods*, Vol. 5, N°1.
- Fontana, Andrea y James H Frey (2005)** “The Interview”, en *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Vol. 3.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2023)** *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*, resultados definitivos disponibles en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-4>.

- Jiménez, Carlos, Ana Ariovich, María Crojethovic y Tomas Balifía (2021)** “Repensando el primer nivel de atención del conurbano bonaerense en tiempos de pandemia”, en *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, N° 22.
- Kvale, Steinar (1996)** “The 1,000-page Question”, en *Qualitative inquiry*, Vol. 2, N°3.
- Lago, F. Pablo, María Eugenia Elorza, Silvana Nebel-Moscoco y Nadia Vanina Ripari (2013)** “Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina”, en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 12, N°25.
- Lareo, Marina (2008)** “Reflexiones en torno a los problemas y potencialidades del sector público de salud”, en Barte, Françoise, Walter Flores y Ana Hardoy (ed.) *La inequidad en salud hacia un abordaje integral*, América Latina, IIED.
- Lipsky, Michael (1980)** *Street Level Bureaucracy*, Nueva York, Sage.
- Maccira, Daniel, Ignacio Apella y Ester Barbieri (2005)** “Análisis del Programa Remediar. Notas sobre evaluación y seguimiento”, en *Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)*, Vol. 2.
- Maccira, Verónica, Gonzalo Vázquez, Ana Ariovich, María Crojethovic y Carlos Jiménez (2020)** “Pandemia y desigualdad social: los barrios populares del conurbano bonaerense en el aislamiento social preventivo obligatorio”, en *Revista Argentina de Salud Pública*. Suplemento Covid-19 [http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol12supl/AO\\_Maccirae12.pdf](http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol12supl/AO_Maccirae12.pdf).
- Medina, Arnaldo y Pablo Narodowski (2015)** “Estado, integración y salud: la gestión en red de un hospital público”, en *Estado, integración y salud: la gestión en red de un hospital público*.
- Meltsner, Arnold (1992)** “La factibilidad política y el análisis de políticas”, en Aguilar Villanueva, Luis, *La hechura de las políticas*, México, Miguel Ángel Porrúa.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013)** “El Plan Nacer y su efecto en la satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud provinciales”, en *Documento de divulgación de resultados*, disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el\\_plan\\_nacer\\_y\\_su\\_efecto\\_en\\_la\\_satisfaccion\\_de\\_los\\_usuarios\\_de\\_los\\_sistemas\\_de\\_salud\\_provinciales.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_plan_nacer_y_su_efecto_en_la_satisfaccion_de_los_usuarios_de_los_sistemas_de_salud_provinciales.pdf).
- Ministerio de Salud de la Nación (2015a)** “¿Quiénes consultan en los centros de salud, por qué motivos y qué se les prescribe? Un análisis de las recetas Remediar”.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015b)** “Reporte de gestión Sumar”, disponible en: <https://tinyurl.com/yasdlzdx>
- Ministerio de salud de la Nación (2020b)** “Estudio sobre financiamiento del Ministerio de Salud en el marco de la pandemia por Covid-19”, disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/06/estudio-sobre-financiamiento-del-msal-en-marco-de-pandemia-por-covid19-2020.pdf>

- Ministerio de salud de la Nación (2020c)** “Reporte de monitoreo sumar 2º. Trimestre 2020”, en Ministerio de Salud de la Nación, disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/reporte\\_de\\_monitoreo\\_-\\_sumar\\_2t\\_2020.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/reporte_de_monitoreo_-_sumar_2t_2020.pdf)
- Minué, Lorenzo S. (2020)** “Contra el coronavirus, más atención primaria que nunca. Monográficos”, en *Actualización en Medicina Familiar*, Vol. 17, N°7. <https://acortar.link/R8aMh>
- Mogollón-Pérez, Amparo Susana y María Luisa Vázquez (2008)** “Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia”, en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 24.
- Organización Mundial de la Salud (2011)** “Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud”, en *Organización Mundial de la Salud*, disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio\\_political\\_declaration\\_spanish.pdf?sfvrsn=891f1a3b\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_spanish.pdf?sfvrsn=891f1a3b_5)
- Potenza dal Masetto, Fernanda (2012)** *La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales*, Buenos Aires, CIPPEC.
- Pressman, Jeffrey y Aaron Wildavsky (1998)** “Prefacio a la primera edición”, en Pressman, Jeffrey y Aaron Wildavsky, *Implementación: Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Rovere, Mario (2012)** “Atención Primaria de la Salud en Debate”, en *Saúde em Debate*, Vol. 36, N°94.
- Rozenblat, Enrique (2007)** “Atención Primaria de la salud y gestión. Un enfoque de integración y acción”, en Maceira, D. (ed.) *Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios*, Buenos Aires, Cedes/Paidós.
- Sabignoso, Martín (2020)** “Salud lanzó el nuevo plan de servicios del programa Sumar para todo el país”, en *Ministerio de Salud de la Nación*, disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-lanzo-el-nuevo-plan-de-servicios-del-programa-sumar-para-todo-el-pais>
- Sabignoso, Martín, Horacio Silva y Javier Curcio (2014)** “Argentina: el Plan Nacer”, en Giedion U., R. Bitrán e I. Tristao, *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*, Buenos Aires, BID.
- Scharpf, Fritz (1997)** *Games Real Actors Play: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*, Boulder, Westview Press.
- Starfield, Bárbara, Leiyu Shi y James Macinko (2005)** “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, en *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, N°3.

- Subirats, Joan, Peter Knoepfel, Corinne Larrue y Frederic Varonne (2008)** “Los actores de las políticas públicas”, en Subirats, J., P. Knoepfel, C. Larrue y F. Varonne, *Análisis y gestión de políticas públicas*, Barcelona, Ariel.
- Tobar, Federico (2004)** “Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina”, en *Banco Interamericano de Desarrollo*, Washington D.C.
- Valles, Miguel S. (2000)** *Técnicas cualitativas de investigación social*, Madrid, Síntesis.
- Vignolo, Julio, Mariela Vacarezza, Cecilia Álvarez y Alicia Sosa (2011)** “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”, en *Archivos de Medicina Interna*, Vol. 33, N°1.
- Wallace, Steven P. y Vilma Enriquez-Haass (2001)** “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambios para los adultos mayores de Estados Unidos”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 10, N°1.
- Yin, R. K. (1994)** “Discovering the Future of the Case Study. Method in Evaluation Research”, en *Evaluation Practice*, Vol. 15, N°3.

## Resumen

El trabajo analiza los aportes de los programas nacionales Remediar y Sumar a las condiciones de acceso y cobertura de la atención primaria en el Municipio de Tigre, en dos períodos político-institucionales con rasgos singulares para la gestión de la política sanitaria. El de la presidencia de Mauricio Macri (2015-2019), definido por un fuerte ajuste desde el nivel central en las intervenciones de salud. Y el que se inicia con el gobierno de Alberto Fernández (2020-2022), caracterizado por la emer-

gencia sanitaria y por acciones orientadas a la prevención de los contagios masivos. A su vez, explora en las articulaciones de ambos programas con iniciativas locales implementadas en el territorio de proximidad para facilitar el acceso a la salud. Combina una reconstrucción documental con una estrategia metodológica cualitativa, en la que se realizaron entrevistas en profundidad a diversos referentes de salud vinculados con la atención en el territorio local.

## Palabras clave

programa Remediar — programa Sumar — Conurbano — acceso a la salud —  
Argentina

## **Abstract**

The work analyzes the contributions of the national programs Remediar and Sumar to the conditions of access and coverage of primary care in the Municipality of Tigre, in two political-institutional periods with unique features for the management of health policy. That of the presidency of Mauricio Macri (2015-2019), defined by a strong adjustment from the central level in health interventions. And the one that begins with the government

of Alberto Fernández (2020-2022), characterized by the health emergency and actions aimed at preventing mass infections. At the same time, it explores the articulations of both programs with local initiatives implemented in the nearby territory to facilitate access to health. It combines a documentary reconstruction and in-depth interviews with different actors' health services linked to care in the local territory.

## **Keywords**

Remediar program — Sumar program — Conurbano — access to health care —  
Argentina