

El acceso y la cobertura de salud en el territorio desde la perspectiva de las relaciones intergubernamentales

Access to and Coverage of Primary Healthcare in the Territory: An Intergovernmental Relations Perspective

María Crojethovic

Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento. Los Polvorines, Argentina
mcrojeth@campus.ungs.edu.ar

Ana Ariovich

Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento. Los Polvorines, Argentina
ariovich@campus.ungs.edu.ar

Resumen

El trabajo indaga las articulaciones de la política nacional y la gestión local de la salud en el Municipio de Tigre, a través de dos programas orientados al fortalecimiento de la atención primaria de la salud: *Remediar* y *Sumar*. Centra el análisis en las relaciones intergubernamentales para reconstruir y caracterizar las condiciones de acceso a los servicios y cobertura sanitaria en el territorio de proximidad. Temporalmente, abarca dos períodos político-institucionales relevantes para reflexionar en torno a quiebres y continuidades en la política de salud: el de la presidencia de Mauricio Macri (2015-2019) y el que se inició con el gobierno de Alberto Fernández (2020-2022). Combina una reconstrucción documental con una estrategia metodológica cualitativa, a partir de la cual se realizaron entrevistas en profundidad a diversos referentes de salud vinculados con la atención en el territorio. Se concluye que, en cierto grado, el acceso y la cobertura en el primer nivel de atención están permeados por el entretejido resultante de las relaciones intergubernamentales, ya que vertebran los programas nacionales que bajan al nivel local. Sin embargo, los vaivenes de las políticas de protección social marcan la implementación de estos programas en el territorio, por lo que el acceso y la cobertura dependen muchas veces de las iniciativas gestadas por los funcionarios y/o a través de arreglos informales de los equipos de salud que operan en el nivel municipal.

Palabras clave: Acceso a la salud; Cobertura pública de salud; Relaciones intergubernamentales

Abstract

This work investigates the interrelationships between national health policy and local health management in the Municipality of Tigre, focusing on two programs aimed at strengthening primary healthcare: *Remediar* and *Sumar*. The analysis centers on intergovernmental relations to reconstruct and characterize the conditions of access to services and healthcare coverage at the local level. Temporally, it covers two periods of political and institutional relevance to reflect on ruptures and continuities in health policy: the presidency of Mauricio Macri (2015–2019) and the beginning of Alberto Fernández's administration (2020–2022). The study combines documentary research with a qualitative methodological approach, including in-depth interviews with various professionals involved in local healthcare delivery. It is concluded that access and coverage of primary care are, to a certain extent, influenced by the network of intergovernmental relations, as these structure the national programs that are implemented at the local level. However, the fluctuations in social protection policies shape the implementation of these programs in the field, meaning that access and coverage often depend on initiatives developed by officials and/or on informal arrangements among health teams operating at the municipal level.

Keywords: Health access; Public health insurance coverage; Intergovernmental relations

Recibido: 30/09/25; **Aceptado:** 06/07/26

Introducción

Los programas Remediar y Sumar son considerados como dispositivos nacionales desde los cuales es posible indagar el modo en que se implementa la política sanitaria en el territorio, las relaciones intergubernamentales (RIG) que se producen en dicho proceso y las condiciones de acceso a la atención y de cobertura que se definen en los servicios del ámbito local.

En el sector de la salud, estos programas se convierten en recursos, incentivos y regulaciones que transitan desde el nivel central hacia los establecimientos locales para proveer de bienes y servicios a la comunidad. Y las interrelaciones que se producen entre actores involucrados en distintos niveles gubernamentales configuran, entonces, la agenda local, delimitan los contenidos de la política de salud e instituyen las reglas de juego a través de las cuales se procesan los problemas y las demandas (Chiara *et al.*, 2017).

El Remediar fue creado en el año 2002, cuando Ginés González García era el ministro de Salud de la Nación, con el fin de garantizar el acceso y la cobertura a los medicamentos esenciales a través de la distribución directa a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) (MSAL, 2012). Buscó otorgar autonomía y capacidad resolutoria al primer nivel de atención,¹ fortalecer la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y capacitar a los distintos actores que lo componen en el uso racional de los medicamentos (Maceira *et al.*, 2005). En el periodo 2015-2019 (presidencia de Mauricio Macri),² el Remediar (absorbido en la Cobertura Universal de Salud [CUS])³ se transformó en el programa Medicamentos y disminuyó su cobertura horizontal y vertical, lo que significó una merma en la cantidad de medicamentos y de líneas terapéuticas que cubría. A partir del relanzamiento del programa con su antigua denominación, a inicios de la gestión de Alberto Fernández, el programa recobró su antiguo nombre y volvió a incrementar su alcance y la cobertura en el marco de las patologías emergentes, sobre todo las ligadas a la pandemia (Ariovich y Crojethovic, 2024).

El Plan Nacer comenzó a implementarse en el 2007 en la provincia de Buenos Aires, con el propósito de reducir la morbilidad materno-infantil desde los centros de atención primaria que estaban próximos a la población. Se lo vinculó, a partir del 2009, con la asignación universal por hijo (AUH). Para el cobro de esta asignación, se les exigió a sus beneficiarios que estuvieran inscriptos en el Nacer, la acreditación de los controles de salud correspondientes a la edad del beneficiario y la certificación en educación (Andiarena, 2021). Entre los años 2010 y 2012, el programa agregó nuevos módulos con prestaciones del segundo y tercer nivel de atención (atención quirúrgica de cardiopatías congénitas y el Plan de Servicios Perinatal de Alta Complejidad [PPAC]). De este modo, abarcó el cuidado de alto riesgo del proceso de embarazo, parto y puerperio. En el 2012, se transformó en el Programa SUMAR e incrementó su cobertura al incorporar a los/las adolescentes de 10 a 19 años y a mujeres de 20 a 64 años (MSAL, 2013). Hacia finales

1 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, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Finalmente, el tercer nivel es para la atención de patologías complejas que requieren procedimientos quirúrgicos o especializados, y también de alta tecnología (Vignolo *et al.*, 2011).

2 Es importante mencionar para el análisis que, en el gobierno de Mauricio Macri, el Ministerio de Salud de la Nación perdió rango ministerial y se convirtió en Secretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Cerrado su mandato, y con Alberto Fernández electo como el nuevo presidente, la secretaría recuperó su rango ministerial.

3 En el año 2016, el gobierno nacional definió a la CUS como una política estratégica para disminuir las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud. En ese marco, inició un camino hacia su implementación a través de tres ejes: I. Definición de población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria; II. Sistemas de información interoperables y aplicaciones informáticas y monitoreo; III. Evaluación de indicadores de calidad y metas acordadas entre nación y provincia para líneas de cuidado priorizadas (Cejas *et al.*, 2018).

del periodo de gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, el plan se amplió a los hombres de hasta 64 años e introdujo el módulo de anomalías congénitas. Entre el 2015 y 2019, el programa tuvo un proceso de despapelización, pero un fuerte desfinanciamiento y pocos cambios en relación con la cantidad de prestaciones cubiertas. 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 (Remediar, 2012).

En el presente artículo, examinamos la trama que se entreteje entre la política nacional y la gestión de la salud a nivel municipal. Para ello, analizamos la implementación de los programas Remediar y Sumar bajo la lente de las RIG. Desde este enfoque, se busca reconstruir y caracterizar de qué manera se configuran las condiciones de acceso a los servicios y la cobertura sanitaria en el territorio de proximidad a través de estos programas.

La investigación contempla un estudio de caso (Municipio de Tigre) y se sitúa en dos periodos político-institucionales que permiten examinar rupturas y continuidades en la política de salud: la presidencia de Mauricio Macri (2015-2019) y los primeros años del gobierno de Alberto Fernández (2020-2022). El abordaje metodológico articula la reconstrucción documental con una estrategia cualitativa. En el marco de esta última, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad a diversos referentes del sector salud, cuyas perspectivas permiten recuperar las dimensiones prácticas y situadas de los procesos de implementación de estos dos dispositivos de la política central en el territorio local.

Sostenemos que, si bien la gestión de estos programas nacionales se vertebra mediante una compleja red de actores intergubernamentales, las crisis de desfinanciamiento alteran el flujo de insumos y prestaciones, lo que obliga al nivel local y a sus equipos territoriales a responder a las demandas mediante arreglos formales e informales.

Algunas coordenadas teóricas para pensar las RIG en la implementación de los programas de salud en el ámbito local

La implementación no constituye una mera ejecución técnica de la política, sino un proceso complejo que involucra un conjunto de acciones e interacciones que transforman el diseño y la formulación original en resultados observables (Berman, 1996; Pressman y Wildavsky, 1998). Además, se trata de un proceso que entraña un carácter decisivo y político, ya que involucra a actores con intereses diversos que deben encontrar arreglos de cooperación, por eso, en estas acciones e interacciones, también se hace y se modifica la política (Aguilar Villanueva, 1996).

Realizamos el análisis de la implementación de los dos programas bajo estudio (Remediar y Sumar) desde una aproximación *bottom up*,⁴ para develar el abanico de acciones concretas a través de las cuales los actores de la gestión⁵ modelan la política (Berman, 1996; Subirats et al., 2008) o modifican sus contenidos y resultados mediante su participación⁶ (Meltzer, 1992;

4 El *bottom up* es una corriente que surge como crítica al enfoque *top down* propuesto por quienes formaron parte de la primera generación de los estudios de la implementación. Estos pioneros comenzaban sus estudios de manera jerárquica: desde los decisores de arriba hasta los ejecutores de abajo. A la inversa, los seguidores del *bottom up* (pertenecientes a la segunda y tercera generación de estudiosos) prestan mayor importancia al rol de los operadores (actores de la gestión del nivel de los servicios públicos), y comienzan su análisis desde el nivel más bajo (Aguilar Villanueva, 1996; Tamayo Sáenz, 1997).

5 Los actores de la gestión son aquellos que toman decisiones sobre el uso de recursos públicos con respecto a un determinado problema social, tienen intereses diferentes y, en algunos casos, hasta contradictorios entre sí. Son quienes dinamizan y modelan, desde la administración estatal, los escenarios de la participación en la gestión de la política social (del sector salud, para el caso) (Catenazzi y Chiara, 2017).

6 Entendemos a la participación en el quehacer de la política en términos amplios. Esta implica alejarse de las concepciones más tradicionales y considerar también a quienes son formuladores/as, técnicos/as, asesores/as, que moderan espacios de discusión, que proponen metodologías de trabajo, y no solo la ciudadanía o quienes son

Scharpf, 1997; Guiñazú, 2025). Si bien nos paramos desde la perspectiva bottom-up –centrándonos en las dinámicas territoriales y en los actores del nivel local–, el análisis no descarta una mirada sobre el diseño de los programas y ciertas decisiones adoptadas desde el gobierno central con impacto en lo local. Este doble anclaje permite dar cuenta de las tensiones entre los lineamientos nacionales y las particularidades que asume la implementación en cada territorio.

Este enfoque nos posibilita, a su vez, prestar especial atención al territorio local, frente a otras perspectivas de análisis. Un territorio que debe ser pensado no solo como un lugar geográfico, sino como un espacio que se configura a través de un proceso histórico de construcción social, política y cultural (Dematteis, 2006; Couto et al., 2016); por ende, tiene una naturaleza dinámica, que expresa determinados atributos y relaciones de poder, lo que permite considerar su singularidad (Amin, 2005).

Por otra parte, a lo largo del estudio, nos detenemos también en los aportes del Remediador y del Sumar para mejorar las condiciones del acceso a los servicios en el territorio de proximidad, ya que ambos programas nacionales garantizan ciertas presentaciones y medicamentos en las instituciones de salud del nivel local. Consideramos que 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 adecuados para responder tanto a las necesidades médicas como a los valores de la población. Estos programas bajan desde los escritorios del nivel central, con directrices que se van modificando según los contextos políticos institucionales, pero es en el espacio local donde se despliegan diversos arreglos entre los actores que son interesantes de desarmar, para rearmar el análisis en otra clave.

Para un análisis más procesual, que marque la orientación que fue tomando la política sanitaria a lo largo del tiempo mediante sus dispositivos de política, tomamos como marco la capacidad protectora de las políticas a lo largo de los dos períodos bajo estudio. Capacidad que ha sido definida por Danani (2013) en términos cuantitativos y cualitativos. Mientras que, desde una dimensión cuantitativa, esta autora se refiere a la cobertura horizontal y vertical, la dimensión cualitativa se refiere a la calidad. En esta oportunidad, nos limitamos a analizar la dimensión cuantitativa, en tanto nos permite 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). Ambas coberturas nos hablan de las condiciones de acceso a bienes y servicios de salud en el territorio local.

Finalmente, recuperamos las RIG como un instrumento para la construcción de entramados institucionales frente al proceso descentralizador –en este caso, de la salud–, que requiere de dispositivos de articulación y cooperación efectiva entre las instancias nacional, regional y local para la gestión de las políticas⁷ (Rodríguez, 2013). Para explorar las RIG involucradas en el derrotero de la implementación local de estos programas, nos interesa indagar en los múltiples organismos estatales de diversos niveles político-institucionales, lo que nos deja visualizar más allá de su institucionalización formal (Wright, 1997). La participación de las distintas unidades gubernamentales orientadas a la atención de diversas problemáticas da pie a una dinámica de relaciones que contienen distintos aspectos y condiciones, que a su vez mutan en el proceso de implementación de las iniciativas públicas, a medida que los requisitos de la acción conjunta cambian (Bertranou et al., 2023). Es importante evidenciar las actividades e interacciones que tienen lugar entre unidades de gobierno de todo tipo o nivel territorial de actuación (Agranoff, 1993), pero también el papel que las políticas de las instancias centrales y locales tienen frente al desafío de la igualdad (Fenwick, 2008; Arretche, 2010; Chiara, 2018a). Las áreas de la gestión

actores no estatales (Guiñazú, 2025).

⁷ En este estudio en particular, ponemos el foco en la relación central-local (municipal), para poder ver cómo los programas nacionales bajan a los efectores del primer nivel de atención que están bajo jurisdicción municipal.

en las que pueden desarrollarse las RIG en los gobiernos de niveles múltiples, como el nuestro, suelen desplegarse por diversos asuntos e involucrar distintas dimensiones. En este trabajo, recuperamos los aportes del estudio de Bertranou et al. (2023) y privilegiamos, como dimensiones de análisis, las siguientes:

- Las organizaciones gubernamentales y/o los funcionarios/as involucrados/as en las RIG (Falleti, 2007, 2010; Cabrero Mendoza y Solís Zabalet, 2009; Cabrero Mendoza, 2010).
- El grado de formalidad que asumen las RIG: las relaciones totalmente formales (plasmadas en reglas) o informales, pero también las acciones que interpelan la intervención de organizaciones estatales sin que haya parámetros previos que delinee esa interacción (Wright, 1997).
- La direccionalidad de esas relaciones puede ser vertical u horizontal. La vertical se produce entre distintos órdenes territoriales; son relaciones no necesariamente jerárquicas, que pueden ser asimétricas por la autonomía de algunas agencias. La horizontal se da entre entidades gubernamentales del mismo nivel territorial, tanto intra como intergubernamental (Agranoff, 1993; Banting y Corbett, 2002; Obinger et al., 2005; Falleti, 2007). Las relaciones se mueven idealmente en una doble dirección: desde el centro hacia la periferia y en forma contraria, aunque la dirección más habitual es la que se orienta desde el centro hacia los gobiernos subnacionales o locales (Jordana, 2002).
- El grado de institucionalización que alcanzan: permanencia o sostenibilidad de las RIG en el tiempo (Kickert et al., 1997; Chiara, 2018a).
- Objetivo: las RIG pueden tener un objetivo puntual o más amplio, dependiendo del tipo de intervención que requiera desarrollar cada dispositivo de política y la complejidad del problema a abordar (Agranoff, 1993).
- La promoción de la igualdad a través de las RIG es otra de las dimensiones analíticas propuestas (Fenwick, 2008; Arretche, 2010; Chiara, 2018a). No obstante, en este trabajo resulta más pertinente estudiar las RIG que se despliegan en la implementación de los programas Sumar y Remediar en términos de promoción de la equidad.

Abordaje metodológico para el estudio de las RIG en la implementación territorial de Remediar y Sumar

En este trabajo, recuperamos el enfoque de caso de estudio, ya que facilita el análisis de fenómenos contemporáneos y complejos en sus contextos específicos de acontecimiento, utilizando múltiples fuentes de información, distintos métodos y diversos procedimientos (Yin, 1994; Blasco, 1995). El municipio de Tigre se constituye como nuestro caso de estudio para mirar las relaciones intergubernamentales que se despliegan entre el nivel local y el central en torno a la implementación de los programas bajo estudio.

Tigre se ubica en lo que se conoce como segundo cordón del Conurbano Bonaerense.⁸ Alberga a 446.949 habitantes, en un territorio heterogéneo y desigual en el que conviven áreas segregadas. Según el Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP, s.f), hay un total de 12.008 familias que habitan en 67 barrios populares, de los cuales un 43,28 % son villas y un 56,72 % constituyen asentamientos. Asimismo, 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.⁹

Realizamos un análisis de tipo diacrónico y trabajamos con dos periodos distintos: uno

8 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.

9 De acuerdo con el Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas (INDEC, 2023).

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. Estos resultaron de 14 entrevistas en profundidad a autoridades de los servicios del primer nivel de atención y de cuatro entrevistas a actores clave de la Secretaría de Salud del municipio. La construcción de la muestra fue teórica,¹⁰ y los informantes clave se seleccionaron a través de la técnica bola de nieve. Las entrevistas, como herramientas para la construcción de datos, se encuentran ampliamente consensuadas en la investigación social para producir descripciones e interpretaciones de ciertos fenómenos desde la mirada de los agentes sociales (Kvale, 1996; Fontana y Frey, 2005).

Revisamos y sistematizamos información del Ministerio de Salud de Nación sobre el gasto y el presupuesto en salud asignado a los programas Remediar y Sumar para el período 2016-2021 (según datos disponibles). A la vez, analizamos resoluciones ministeriales, informes de gestión y reportes de los mencionados programas. Debido a que en el material de las entrevistas apareció como un hallazgo la discontinuidad de los botiquines del Remediar, procedimos a relevar y procesar las bases de datos de los recursos entregados por el programa. Finalmente, se diseñó una matriz que permitió realizar un análisis temático (Braun y Clarke, 2006)¹¹ del material de las entrevistas, en función de un diálogo entre nuestros lentes teóricos y las categorías que fueron surgiendo en el proceso mismo del análisis. Cabe destacar que las entrevistas muchas veces fueron también de utilidad para reconstruir información sobre el derrotero de los programas en el nivel local a la que de otro modo no se podría acceder.

Configuración institucional y dinámicas intergubernamentales en los programas Remediar y Sumar

Las políticas nacionales direccionadas al fortalecimiento de la atención primaria y la mejora del acceso a la salud requirieron, desde su diseño, una articulación con los gobiernos municipales para poder facilitar su implementación y llegar a la población, especialmente en territorios como el bonaerense.¹² Se presentan a continuación los atributos de estos programas, que pudieron desembarcar en el territorio gracias a una planificación que permitió vincular a los actores de los distintos niveles gubernamentales. Aunque esta articulación no estuvo exenta de cambios en los distintos periodos de gobierno en los que ambos programas se fueron modificando y convocando a nuevos actores, sobre todo del nivel central.

Remediar

Con el propósito de garantizar a los sectores sociales más vulnerados aquellos medicamentos definidos como esenciales,¹³ y sobre la base de un principio de equidad, el programa

10 A diferencia del muestreo probabilístico, el muestreo teórico no busca representatividad estadística, sino relevancia conceptual: los casos se incorporan al estudio en función de su capacidad para saturar, diversificar o profundizar las categorías analíticas que emergen durante el proceso de investigación. Esto implica que la selección no se define de manera exhaustiva al inicio del estudio, sino que se va tomando de forma iterativa, en diálogo constante entre el trabajo de campo y el análisis de datos (Glaser y Strauss, 1967). El proceso concluye cuando se alcanza la saturación teórica, es decir, cuando nuevos casos dejan de aportar información sustantivamente nueva (Guest et al., 2006).

11 El análisis temático es uno de los procedimientos más utilizados en la investigación cualitativa para identificar, organizar e interpretar patrones de significado en los datos. El proceso implica fases iterativas que incluyen la familiarización con los datos, la generación de códigos iniciales, la construcción de temas, su revisión y refinamiento, y finalmente, su interpretación (Braun y Clarke, 2006).

12 Recordemos que, como resultado del proceso descentralizador de la salud de la década del noventa, el primer nivel de atención quedó en manos de los gobiernos municipales, especialmente en el caso de la provincia de Buenos Aires (Lago et al., 2012).

13 La Organización Mundial de la Salud define como medicamentos esenciales a aquellos que satisfacen las ne-

se pensó desde el gobierno central con el objeto de eliminar las barreras de acceso a tales fármacos (Bardi *et al.*, 2015). A través de la provisión directa en instituciones del primer nivel de atención, bajo jurisdicción municipal en la provincia de Buenos Aires, el gobierno nacional tuvo una doble intención: facilitar los medicamentos, por un lado, pero también mejorar el acceso en general de la población a la atención primaria de la salud. La articulación que vertebrara el programa entre la gestión central y la local fue clave, y tuvo una estrategia directa para el control y entrega de los medicamentos, es decir que no pasó por las provincias (Chiara, 2018b).

El desempeño fue variado y su protagonismo no fue siempre el mismo, lo que a su vez transformó el objetivo de la intervención en su accionar, aunque no de las RIG. En el 2014 y en un momento de expansión de la cobertura horizontal y vertical del programa, se transfirieron un total de 171,5 mil botiquines que proporcionaron 44 millones de tratamientos. Sin embargo, esa cobertura se contrajo cuando la cantidad de botiquines y de tratamientos entregados fue declinando a lo largo de la gestión de Mauricio Macri. La merma en la provisión pública de medicamentos quedó reflejada en las estadísticas oficiales del programa; donde se registra una baja muy significativa en el año 2019 (115,5 mil botiquines y 23 millones de tratamientos).

Los relatos de nuestros entrevistados construyen una narrativa acerca de la contracción en la cobertura del Remediar en el nivel local que coincide con las estadísticas oficiales. A la vez, permitieron identificar tres cuestiones en la operacionalización del programa que tuvieron sus consecuencias en la dispensa: a) achicamiento del vademécum en cada botiquín; b) distanciamiento en las entregas de los botiquines; y c) informatización o despapelización del sistema de registros, lo que simplificó muchos de los trámites correspondientes al suministro de medicamentos en el primer nivel.

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 decisión del gobierno central de disminuir los tratamientos de las personas y, por ende, de una baja en el alcance poblacional del programa o cobertura horizontal –en términos de Danani (2013)– que debió resolverse desde lo municipal. Por el otro, revelan la inadecuada cobertura en algunas patologías en particular; es decir, una baja en la cobertura vertical (Danani, 2013). Esto 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 financiarlos con recursos propios. El punto c), en cambio, muestra la aceptación que tuvo en el nivel local la decisión del Ministerio de Modernización de avanzar sobre la mejora del manejo de la información.

La administración de Alberto Fernández decidió otorgar nuevamente centralidad a la provisión de medicamentos gratuitos como parte de su estrategia político-sanitaria, lo que impactó finalmente en la población de mayor vulnerabilidad. El Remediar fue relanzado con su nombre original por el Ministerio de Salud de la Nación, con una clara intención de expandir tanto su cobertura horizontal como vertical. La entrega de botiquines se incrementó, a la vez que se incorporaron nuevas líneas de métodos anticonceptivos (MAC) y se recuperó la cobertura en ciertas patologías. Sin embargo, queda como un interrogante por qué las capacitaciones, las auditorías, el monitoreo y las evaluaciones no fueron reanudadas.

A los pocos meses de inaugurada la nueva gestión, la llegada de la pandemia impuso escenarios desconocidos, que modificaron tanto la oferta como la demanda de estos bienes de salud (Ariovich *et al.*, 2021; Crojethovic *et al.*, 2022). A pesar de ello, la provisión gratuita (oferta) de botiquines fue un caballito de batalla para el nivel central, por lo que la provisión continuó su recuperación durante el año 2020 (162 mil) en relación con el último año del gobierno anterior.

cesidades sanitarias de la mayoría de la población, y que deben estar disponibles en todo momento, en cantidad suficiente y con calidad y asequibilidad garantizadas (OPS, 2021).

Según un informe del MSAL (2020b), en el primer cuatrimestre de ese año se distribuyeron botiquines adicionales a los ya entregados de manera regular, con el fin de ampliar la oferta de medicamentos relacionados con la atención de casos de COVID-19 o enfermedades respiratorias.

Pasado el primer año pandémico con sus picos de contagio, el MSAL apostó por regularizar la entrega de medicamentos, y de forma concomitante se fue dando una recuperación progresiva de la demanda de la población en los CAPS. Esta tendencia favorable continuó durante todo el año 2022: los datos oficiales muestran que la entrega de botiquines llegó a casi los 184 mil (MSAL, 2022). Estos valores evidencian una reversión de la tendencia registrada durante el gobierno anterior, e incluso superior a la cantidad observada en el 2014. Además, revelan un incremento de la cobertura vertical, reflejada en la cantidad de fármacos recibida en los establecimientos del nivel local, con un impacto fuerte en el tratamiento de patologías crónicas, que suelen resolverse a través de la atención primaria de la salud (Vignolo *et al.*, 2011; Starfield *et al.*, 2005).

Sumar

El programa Sumar fue diseñado por el gobierno central desde sus orígenes como forma de conectar al sistema de salud con la población que no se ve beneficiada por la seguridad social o las prepagas, mediante el incremento de los controles de salud y la provisión de prestaciones básicas. En el marco del programa, el Ministerio de Salud de la Nación decidió pagar a cada provincia participante un valor monetario por beneficiario por mes. Monto que quedó determinado por el valor de la cápita ajustada por desempeño y definida por tres componentes para cada una de estas provincias: a. componente base –igual para todas las jurisdicciones–; b. componente de equidad –diferencial por jurisdicción–; y c. componente variable, en función de las prestaciones sanitarias brindadas. Fue el nivel central el que definió el conjunto de prestaciones a priorizar, consideradas esenciales para el cuidado de la salud, las cuales formaron parte de un nomenclador, que podían ser facturadas a cada seguro provincial de salud (Epele e Iturmendi, 2019). Y se estableció que fuera potestad del municipio la decisión respecto de en qué gastar el dinero percibido a través del Sumar. La cadena intergubernamental fue armada para bajar al territorio e incentivar la promoción de la salud en los establecimientos, al mismo tiempo que les otorgó a los centros cierta autonomía formal sobre el dinero recibido, tanto para comprar aquellos insumos necesarios para la atención como para mejorar ciertas condiciones de trabajo durante la jornada laboral. Esta relación central-local permitió otorgar recursos (definidos por una canasta de bienes y servicios básicos) a los CAPS desde la letra del programa, fortaleciendo la atención primaria y el contacto con la comunidad para resolver las necesidades sanitarias básicas y más frecuentes (Vignolo *et al.*, 2011).

Este programa también tuvo sus fluctuaciones, y fue variando acorde con los cambios de gobierno. Previo al macrismo, contaba con 400 prestaciones diferentes. Estas 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, 2013; Chiara *et al.*, 2017). Además, el programa contemplaba, en cada servicio o área de atención, tres controles de salud por persona. Hacia finales del gobierno de Cristina Kirchner, se anunció desde presidencia la intención de ampliar su alcance poblacional hasta los hombres de 64 años, pero el hecho se sustanció recién en la gestión posterior (Ariovich y Crojethovic, 2024).

Ya dentro del periodo de gobierno de la alianza Cambiemos, la nueva Secretaría de Salud solo permitió facturar un control por persona (por área o servicio), y así redujo la cobertura prestacional a través del programa. Sin embargo, para contrarrestar tal situación, otorgó un incremento por cada prestación brindada y facturada; que finalmente no fue tal, dado que las demoras del gobierno central en los pagos realizados terminaron diluyendo el efecto del aumento

en el pago de las consultas efectuadas. Hacia finales del periodo, en el año 2019, la Secretaría de Salud creó el Programa de Ampliación de la Cobertura Efectiva en Salud (PACES), utilizando la estructura del programa Sumar. Si bien el PACES fue nacional, solo se llegó a implementar en algunas provincias unificando algunas líneas trazadoras y creando otras nuevas: así, de 14 trazadoras se pasó a 11. No obstante, hubo mejoras sustantivas en las modalidades de registro de datos en las consultas, producto de los lineamientos promovidos desde el gobierno nacional y su Ministerio de Modernización (creado en 2015).

Con la gestión de Alberto Fernández, se produjo un nuevo recambio de funcionarios (la Secretaría de Salud se conformó nuevamente como ministerio). El programa vuelve a denominarse Sumar (Resolución 420/2020 Ministerio de Salud). Tres meses más tarde, debido a la pandemia de COVID-19, se incorporan nuevas problemáticas a la agenda sanitaria durante el año 2020 (Maceira *et al.*, 2020). Para dar respuesta, el gobierno central decidió robustecer el programa y añadió entonces 20 líneas nuevas de cuidado de la salud, que incluyeron prestaciones médicas para dengue, COVID-19 y EPOC. Las capacidades instaladas del programa fueron propicias para gestionar parte de las demandas relacionadas con estas patologías emergentes. En paralelo, se decidió agregar nuevos grupos etarios que habían quedado sin cobertura alguna: adultos/as de más de 64 años. Los entrevistados revelan que se trataba de una población que ya era reconocida como destinataria de los efectores del primer nivel, pero ahora las prestaciones pasaron a estar cubiertas por el Sumar. 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 interrupción legal del embarazo (ILE) (MSAL, 2020a).

Es así que en junio de 2020 se registraron 17.385.138 inscriptas/os, de las/os cuales 5.025.837 tuvieron una cobertura efectiva básica (CEB),¹⁴ es decir el 28,9 %. Si se lo compara con el segundo trimestre de 2019 (momento en que se registra el cambio de gobierno), la nómina de inscriptas/os evidencia un incremento de la cobertura de 4,7 % (777.547 nuevas/os inscriptas/os) para el segundo trimestre de 2020. 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 impactó 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, p. 7).

En suma, estos dos programas perduraron a lo largo de los periodos estudiados y contemplaron, en su proceso de implementación, diversas relaciones entre las escalas gubernamentales (RIG). En el siguiente apartado, recuperaremos las dimensiones teóricas arriba mencionadas para analizar la complejidad y heterogeneidad de las relaciones que se fueron desplegando entre el nivel central y el municipal para facilitar en el territorio el acceso a la atención de la salud y la cobertura.

El derrotero de las RIG en la implementación de los programas en el territorio

Durante el periodo 2015-2019, el partido de Tigre (que mantuvo su equipo de gestión en salud durante largo tiempo) continuó con el proceso de robustecer el papel de los efectores del primer nivel dentro del sistema sanitario municipal, aunque se suscitaban algunos cambios. Por un lado, la renovación de las autoridades nacionales (Secretaría de Salud Nacional y Ministerio de Modernización) introdujo nuevos actores, con otros intereses, con quienes los referentes municipales tuvieron que interactuar y acordar acciones para el proceso de implementación de la política sanitaria (Aguilar Villanueva, 1996; Subirats *et al.*, 2008). Por el otro, las autoridades locales (Secretaría de Salud del Municipio y directivos de CAPS) también rees-

14 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.

tructuraron su nómina, lo que tuvo efecto sobre la dinámica de los efectores.¹⁵ Desde sus orígenes, las RIG estuvieron altamente protocolizadas (Wright, 1997) y tuvieron una direccionalidad vertical desde el centro hacia la periferia (Agranoff, 1997; Banting y Corbett, 2002; Obinger et al., 2005; Falletti, 2007), marcada por una relativa autonomía de la periferia sobre el manejo de ambos programas, como se puede apreciar en la Tabla 1. Sin embargo, en este período, para el caso del Remediar, la suspensión de las auditorías, sumada a las discontinuidades y faltantes en la provisión, cambiaron las reglas de juego. Muchas de las decisiones que tomaron los nuevos actores del gobierno central terminaron por trasladar la responsabilidad de la entrega de los medicamentos faltantes al nivel local (municipio y equipos de salud), a la vez que abrieron el juego a la informalidad. Desde la mirada de los/las directores/as a cargo de los centros de salud en el territorio, fue el gobierno municipal quien resolvió la cobertura de los faltantes para dar respuesta a la demanda de la población, cubriendo tanto la cantidad de fármacos requeridos como aquellas patologías que el programa estaba desatendiendo. En estos relatos, subyace la voluntad explícita de suplementar al programa desde el gobierno local, cuando la política del nivel central no lograba sus metas operativas:

el municipio lo que intentó es cubrir el faltante de Remediar. Si bien el municipio siempre proveía algo de medicación [...] el municipio gestiona... compra, mucha medicación de patología frecuente, no se abastece solo con lo que llega de Remediar. Ahora, en ese período particular, hubo que implementar bastante la compra. Hubo un faltante importante de ese tipo de medicación. (Ent 3_Director CAPS)

O sea, cuando el REMEDIAR no alcanzaba, cuando tenía discontinuidad, o el paciente necesitaba algo muy puntual, el Municipio metía la mano en el bolsillo y lo compraba, le garantizaba el tratamiento. Yo creo que eso, eso fue importante. (Ent 2_Director CAPS)

Distintas estrategias plasmadas en redes informales fueron desplegadas por los equipos de salud para que los centros no quedaran desabastecidos. Los relatos de los/las directores/as de CAPS dan cuenta de la participación activa de los profesionales de la salud en la política (Guiñazú, 2025), mediante los trueques de medicamentos entre los centros, de la reasignación de tratamientos entre los pacientes, de pedidos de donaciones, etc. Estos mecanismos informales que activaron los actores del nivel de calle¹⁶ (Lipsky 1980) garantizaron la provisión de recursos cuando las articulaciones formales no lo hacían (Crojethovic, 2010). En el primer caso, un director menciona que se apela a redes externas al sistema –organizaciones comunitarias, asociaciones civiles, vínculos personales–, construidas a lo largo de una trayectoria institucional extensa. En el segundo, la red se despliega hacia adentro del sistema: la circulación de insumos entre centros de salud sostiene la continuidad de la atención ante fallas en el abastecimiento formal.

[...] levantaba el teléfono y llamaba al Club de [...] y les digo “che, muchachos, necesito tal cosa”, llamás al Rotary, “necesito tal cosa”, llamás a tus amigos y por derecha o por izquierda, se consigue. Y así también adentro del municipio, porque vos te imaginás, yo hace más de 25 años que estoy, cuando no consigo algo a través de mi sector, lo consigo a través de otro [...]. (Ent 2_Director CAPS)

Faltaban determinados medicamentos de determinado eje que de pronto eran imprescindibles. [...] tenemos una red de centros con respecto a insumos y a medicación, donde si a un centro le falta determinada cantidad de insulina porque está por recibir el lunes y bueno “vení, buscá –uno habla con la colega, con

15 En el caso del Sumar, las relaciones también involucraron al Ministerio de Desarrollo Social, encargado de gestionar la AUH.

16 Lipsky (1980) denomina burócratas del nivel de la calle a aquellos trabajadores de los servicios públicos, de salud para nuestro caso, que tienen un contacto directo con la población. Se caracterizan, además, por tener un nivel de discrecionalidad sustancial en la ejecución de su trabajo.

la jefa-, vení que te voy a dar para dos o tres pacientes que tenés hoy, listo, hasta que el lunes te llegan tus insulinas". [...] si no funciona la red, es muy difícil. (Ent 9_Director CAPS).

Por otro lado, las relaciones entre niveles de gobierno en torno a la implementación del Remediar continuaron con lo que Agranoff (1993) refiere como propósito puntal en las RIG (ver Tabla 1): en este caso, la provisión de medicamentos a la población más vulnerada y sin seguridad social o privada. Sobre este objetivo puntal, los entrevistados ponen en evidencia algunos arreglos discrecionales que muestran cómo los actores locales terminan por operacionalizar la provisión del programa por fuera del guion establecido desde el gobierno central. La capacidad de agencia que devela la cita subsiguiente nos habla del nivel de atomización que se produce en lo local. Son los profesionales –el último extremo de una cadena de relaciones intergubernamentales– quienes disciernen y posibilitan (Guiñazú, 2025) el acceso a la medicación en función de las necesidades, independientemente del tipo de cobertura de los destinatarios.

se apunta a los que no tienen cobertura de ningún tipo. Lo que ocurre es que hay muchas situaciones en las cuales la gente, por más que tenga obra social, la obra social no le responde o le tratamos de cubrir hasta que la obra social, con toda su burocracia, le da la medicación. O sea que eso se evalúa, es algo personalizado, caso por caso. (Ent 7_Director CAPS)

A diferencia del Remediar, en la implementación del Sumar, las RIG mantuvieron su objetivo amplio (Agranoff, 1993) de fortalecer el primer nivel de atención a través de los recursos otorgados a los centros de salud, como señala la Tabla 1. Pese a su objetivo, los entrevistados revelan que la reducción, desde el nivel central, de la cantidad de prestaciones preventivas brindadas por el programa a cada usuario precisó de medidas anticíclicas en el nivel local. El director de uno de los centros nos cuenta cómo la disminución de la cantidad de controles cubiertos por el programa implicó un menor ingreso para el centro vía el Sumar. Por ello, el municipio, para no desatender a su población, debió cubrir con recursos propios aquello que el programa decidió desfinanciar. Esto último muestra en las RIG un corrimiento de responsabilidades en el financiamiento de las prestaciones desde el nivel central hacia el municipal.

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 [sin dejar de atenderlos]¹⁷ (Ent 15_Director CAPS)

La incorporación de los nuevos beneficiarios en esta gestión –varones de hasta 64 años– implicó ajustes administrativos que recayeron sobre los propios equipos administrativos del primer nivel, quienes debieron asumir las tareas de registro asociadas. Esta responsabilidad adicional fue observada por los entrevistados como una sobrecarga de trabajo para los “facturistas”.

Entrevistador: Y a medida que [...] fue incluyendo nuevos grupos poblacionales, ¿este avance del programa supuso algún cambio en el trabajo del centro?

Entrevistada: Un cambio... de más facturar, o sea, más tiempo facturando, cargando, más trabajo de la facturista. No, porque nosotros a la población la estamos atendiendo igual. (Ent 3_Director CAPS)

A pesar de los ajustes financieros de esta gestión de gobierno, el proceso de modernización que los caracterizó fue bien recibido en la gestión local. Según transmiten nuestros entre-

17 Lo mencionado entre corchetes corresponde a una interpretación propia.

vistados, las capacitaciones a los profesionales fueron de mucha utilidad para generar mejoras en el registro de información, pero también para concientizar respecto de la importancia que tiene el registro para recuperar los costos mediante el programa. Mejoras que se introdujeron gracias a la aparición de un nuevo actor en el primer eslabón de la cadena de las RIG (el Ministerio Nacional de Modernización), que procuró “despapelizar” informatizando el nivel local, como puede verse en la dimensión *organizaciones gubernamentales* de la tabla 1.

Quizás lo que se trató es de capacitar un poco mejor a los profesionales en cuanto a la toma de datos, las historias clínicas, como para eso después poder volcarlo como prestación para el programa. Quizás ese es el cambio que veo más sustancial. [...] la toma de datos para mejorar la estadística, quizás antes eso no se valoraba tanto, [...] y hubo que insistir bastante para que lo hicieran. [...] O sea, poder utilizar mejor y cargar mejor los datos con los que contábamos. [...] teníamos bastante desactualizado el sistema informático, y con el gobierno anterior (macrismo), creo que nos vimos favorecidos [...], pero empezamos a... nos proveyeron de computadoras nuevas, mejoraron la parte informática también. (Ent 3_Director CAPS)

En el periodo que se inicia con la renovación de las autoridades de la administración nacional (2020-2022), las RIG desplegadas para la implementación de estos programas continuaron con sus protocolos (Wright, 1997). Además, mantuvieron la verticalidad en su dirección centro-periferia (Agranoff, 1997; Banting y Corbett, 2002; Obinger *et al.*, 2005; Falleti, 2007), nuevamente marcada por una relativa autonomía de la periferia para el manejo de las ofertas de prestaciones o de la provisión de medicamentos (según el caso), como se identifica en la Tabla 1. Con la salvedad de que, mientras que en el Sumar dicha autonomía continuó siendo formal, en el Remediar persistieron las decisiones informales, arriba mencionadas, realizadas por los propios equipos de salud en la entrega de medicamentos esenciales.

Por otra parte, el cambio de estatus de secretaría a ministerio nacional produjo movimientos en las organizaciones gubernamentales y/o de los funcionarios involucrados en las RIG (Falleti, 2007, 2010; Cabrero Mendoza y Solís, 2009; Cabrero Mendoza, 2010) desplegadas para la provisión pública de medicamentos. Esta rejerarquización estuvo acompañada por la incorporación de nuevos funcionarios más ligados a lo político partidario y por la articulación con otros actores pertenecientes a otros ámbitos de gestión (Bertranou *et al.*, 2023), con el propósito de facilitar las respuestas frente a las problemáticas del primer nivel de atención.

Posteriormente, la llegada de la pandemia impulsó nuevas decisiones de las autoridades centrales para expandir la cobertura del Remediar a fin de incluir fármacos relacionados con la atención de casos de COVID-19, y también aquellos que habían sido discontinuados por la gestión anterior (Ariovich y Crojethovic, 2024). Si bien el objetivo puntual de las relaciones intergubernamentales (Agranoff, 1993) enmarcadas en este programa continuó orientado a acercar medicamentos esenciales a la población más vulnerada, vemos en el relato citado más abajo que la ampliación de la cobertura vertical fue celebrada por los equipos del nivel local, debido a la incorporación de nuevas líneas terapéuticas.

O sea que 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 [...] 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 cremas de betametazona, de miconazol, eso ingresó más. Ingresó metformina, enalapril, losartan, como que hubo más ingresos, eso fue algo positivo, digamos. (Ent 8_Director CAPS)

El Sumar, al igual que el Remediar, amplió su cobertura vertical por medio de la incorporación de prestaciones relacionadas con el COVID 19, aprovechando la estructura y las capacidades instaladas del programa. De lo que nos cuentan en las entrevistas, podemos inferir que el Sumar estuvo facultado operativamente para facturar las prestaciones que la pandemia demandó, gracias a su capacidad para sistematizar un volumen importante de información.

se agregaron todo lo que tenía que ver con el CeTeC19 (Centros de Telemedicina COVID19), que viste que era todo lo que tenía que ver con los hisopados, los positivos, y después eso quedaba cargado también al SUMAR porque te cruzaba ahí el dato. Esa parte creo que se sumó en la pandemia. (Ent 8_Director CAPs)

Con respecto a la pandemia, sí, se empezó a facturar todo lo que eran llamados de seguimiento COVID, que eso sí tratamos de hacerlo, de cargarlo [...] era por el Sumar, digamos [...] Es como un eje que también se le sumó. (Ent 13_Director CAPs)

En el Sumar, las RIG continuaron manteniendo su objetivo amplio (Agranoff, 1993), pero con una mayor rectoría por parte del gobierno central. Un gestor del nivel local nos cuenta la decisión que tomó el gobierno de incorporar al programa la población de adultos/as mayores, nuevas líneas de cuidado de la salud y las modalidades de atención remota (facturadas al programa). Esta ampliación puede analizarse como un respaldo financiero hacia el municipio, pero que además procuró adaptar el seguro público a las necesidades sanitarias emergentes en el territorio durante el aislamiento. De esta manera, se da un nuevo corrimiento de responsabilidades en las RIG, pero ahora en sentido contrario –hacia el nivel central– como señala la Tabla 1; que buscó, además, articular con los dispositivos locales para atender de manera remota las urgencias y las consultas.

En lo que es el Programa SUMAR, hubo aumentos en el nomenclador y aparte hubo más incorporación de nuevas prestaciones a lo que es el nomenclador, se fue ampliando, digamos. Se hizo mucho hincapié, ahora, en la última, en la parte de salud mental, también en la parte de odontología, que hubo modificaciones en las prestaciones, no solamente económicas, sino que se agregaron prestaciones que no se realizaban. (Ent 10_ Gestor municipal)

A pesar de las marchas y contramarchas que señalan los entrevistados a lo largo de los dos periodos analizados, puede comprenderse que la implementación de ambos programas nacionales en el territorio local fue posible debido a las diversas relaciones que se dieron entre organizaciones y actores. Múltiples agencias gubernamentales de distintos niveles jurisdiccionales (nacionales, provinciales y municipales) participaron y se articularon incluso con organizaciones de la sociedad civil para vertebrar la gestión de ambos programas. Sin embargo, el flujo de insumos a lo largo de los periodos no siempre fue el mismo, tal como se menciona arriba en los relatos; por ejemplo, se observa que en tiempos de ajuste y desfinanciamiento, la circulación de bienes y servicios a través de las de las RIG es menor. En este caso, es el nivel local el que responde frente a las demandas y necesidades de la población. Ya sea a través de sus funcionarios y/o a través de arreglos informales de los equipos de salud que están en el territorio.

Finalmente, la sostenibilidad temporal de estos programas fue posible gracias a las RIG, las cuales perduraron a través de diversas administraciones y gestiones político-partidarias, que expresan una continua orientación –aunque con intensidades variables según el periodo– hacia la promoción de la equidad en salud para las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Tabla 1: Dimensiones de las RIG en los programas Remediar y Sumar

Dimensiones RIG	Remediar		Sumar	
	2015-2019	2020-2022	2015-2019	2020-2022
Organizaciones gubernamentales y/o funcionarios	Secretaría de Salud nacional, Ministerio de Modernización y Secretaría de Salud municipal y CAPS	Ministerio de Salud nacional, Secretaría de Salud municipal, CAPS y nuevos actores vinculados a Desarrollo Social (locales, subnacionales y nacionales)	Secretaría de Salud nacional, Ministerio de Modernización y Secretaría de salud municipal, CAPS y Ministerio de Desarrollo Social (AUH)	Ministerio de Salud nacional y Secretaría de Salud municipal, CAPS y Ministerio de Desarrollo Social (AUH)
Grado de formalidad	Relaciones protocolizadas	Relaciones protocolizadas	Relaciones protocolizadas	Relaciones protocolizadas
Direccionalidad	Vertical. Centro-periferia con autonomía informal en la periferia sobre el manejo del programa	Vertical. Centro-periferia con autonomía informal en la periferia sobre el manejo del programa	Vertical. Centro-periferia con autonomía formal en la periferia sobre el manejo del programa	Vertical. Centro-periferia con autonomía formal en la periferia sobre el manejo del programa.
Grado de institucionalización	Fuerte (sostenibilidad en el tiempo, atravesando distintos gobiernos)	Fuerte (sostenibilidad en el tiempo, atravesando distintos gobiernos)	Fuerte (sostenibilidad en el tiempo, atravesando distintos gobiernos)	Fuerte (sostenibilidad en el tiempo, atravesando distintos gobiernos)
Objetivo	Puntual. Las relaciones entre niveles de gobierno procuran garantizar a la población más vulnerable el acceso a los medicamentos esenciales (de forma limitada y con orientación modernizadora)	Puntual. Las relaciones entre niveles de gobierno procuran garantizar a la población más vulnerable el acceso a los medicamentos esenciales (con ampliación de la cobertura)	Amplio. La articulación entre niveles contribuye a otorgar recursos a los CAPS para mejorar la atención primaria (definidos por una canasta de bienes y servicios básicos), aunque con restricciones en el financiamiento. Orientación modernizadora.	Amplio. La articulación entre niveles contribuye a otorgar recursos a los CAPS para mejorar la atención primaria (definida por una canasta de bienes y servicios básicos).
Promoción de la equidad	Promoción de la equidad orientada a la población sin cobertura explícita, con ciertas restricciones financieras	Promoción de la equidad orientada a la población sin cobertura explícita, con menores restricciones financieras	Promoción de la equidad orientada a la población sin cobertura explícita, con ciertas restricciones	Promoción de la equidad orientada a la población sin cobertura explícita, con menores restricciones

Fuente: Elaboración propia.

Consideraciones finales

Las RIG no solo constituyeron una columna vertebral para la implementación de los programas Remediar y Sumar en los territorios locales, sino que también facilitaron que estos alcanzaran consenso y legitimidad entre los equipos de salud y los propios beneficiarios debido a los efectos que tuvieron sobre el acceso y la cobertura de la salud.

Los distintos gobiernos, en su accionar y con su propia orientación política, marcaron distintas trayectorias en los programas. En los periodos de fuerte desfinanciamiento de las políticas de protección social, como en la gestión de Mauricio Macri, ambos programas continuaron facilitando –pese a los recortes que sufrieron– el acceso a la atención de los sectores más vulnerados. Pero en los periodos de mayor intervención social por parte del gobierno nacional, los programas incrementaron ciertos grados de protección (como sucedió en parte durante el gobierno de Alberto Fernández). Aunque no recuperaron sus componentes vinculados a la capacitación, auditoría y generación de estadísticas de la atención en el primer nivel, que ya habían sido suspendidos durante el gobierno anterior.

En lo que respecta a las RIG involucradas en el proceso de implementación de los programas, estas estuvieron altamente protocolizadas, pero dejaron cierto margen de autonomía para la gestión local de insumos o recursos –con ciertos grados de informalidad en el caso del Remediar–. Estas RIG convocaron a actores similares a lo largo de los dos períodos, pero con modificaciones vinculadas al cambio de estatus de la máxima autoridad de salud (el Ministerio de Salud de la Nación) y su gabinete. Tuvieron como objetivo incrementar el acceso a los medicamentos y mejorar la atención del primer nivel. No obstante, las orientaciones de la política social en cada gestión –con sus contrastes– expresaron matices en las modalidades y finalidades que terminaron asumiendo estas RIG, con desiguales resultados en la promoción de la equidad.

Una de las lecturas que puede hacerse es que la (des)jerarquización del Ministerio de Salud durante el macrismo significó ciertas transformaciones en las responsabilidades del Estado nacional y en las relaciones con el municipio, ya que aquel perdió protagonismo en sus funciones de rectoría y en las capacidades de financiamiento en general, y de estos programas en particular; lo que hablaría de un corrimiento de las responsabilidades desde el nivel central hacia el nivel municipal en la relación intergubernamental. En la arena local se observó, por ejemplo, que el municipio debió cubrir con recursos propios 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, la reorientación de la política (re)jerarquizó a la autoridad sanitaria nacional. A su vez, dicha medida fue acompañada por la decisión de otorgar mayor centralidad a los programas incrementando sus prestaciones. Esto último demandó un mayor flujo de las relaciones intergubernamentales (nación-municipio) y un incremento de la complejidad para articular la entrega de recursos. 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 pudieran 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, agregó otras modalidades de atención y el paquete prestacional de la práctica de ILE.

El entretejido entre agencias gubernamentales y actores locales resultante de la implementación de los programas nacionales en el territorio local fue lo que facilitó la accesibilidad y la cobertura en el primer nivel de atención. Pero, al analizar los dos períodos de gobierno, vemos que los vaivenes de las políticas de protección social marcan el desempeño de estos programas en el territorio, por lo que el acceso y la cobertura dependen muchas veces de las iniciativas gestadas por los funcionarios y/o a través de arreglos informales de los equipos de salud que operan en el municipio.

Referencias

- Agranoff, R. (1993). Las relaciones intergubernamentales y el Estado de las autonomías. *Política y Sociedad*, 13, 23-45.
- Aguilar Villanueva, L. F. (Ed.) (1996). Estudio introductorio. En *La implementación de las políticas públicas* (pp. 14-92). Miguel Ángel Porrúa.
- Amin, A. (2005). Regiones sin fronteras: hacia una nueva política del lugar. *Ekonomiaz*, 58, 12-35.
- Andiarena, S. (2021). *Los alcances de la intersectorialidad SUMAR y AUH-AUE en el Municipio de Tigre* [Ponencia]. XIV Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Ariovich, A. y Crojethovic, M. (2024). La política sanitaria en acto, diálogos entre los programas nacionales y las intervenciones locales. *POSTData*, 29(2), 255-291.
- Ariovich, A., Crojethovic, M. y Jiménez, C. (2021). Aislamiento y atención no COVID-19 en el primer nivel en la Región Sanitaria V. En R. Carmona (Ed.), *El conurbano bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimensional* (pp. 109-124). Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Arretche, M. (2010). Federalism, bicameralism, and institutional change: general trends and one case-study. *Brazilian Political Science Review*, 4(2), 10-31.
- Banting, K. G. y Corbett, S. M. (Eds.) (2002). *Health policy and federalism: a comparative perspective on multi-level governance*. IIGR, Queen's University.
- Bardi, G., Gil, A., Grinblat, E., Monsalvo, M. y Sarabia, I. (2015). *Programa de Capacitación en Cuidado de Medicamentos en Atención Primaria de la Salud – CuMAPS*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Berman, P. (1996). El estudio de la macro y la microimplementación. En L. F. Aguilar Villanueva (Ed.), *La implementación de las políticas públicas* (pp. 281-321). Miguel Ángel Porrúa.
- Bertranou, J., Brites, W., Capdevielle, J., Chiara, M., Di Virgilio, M. M., Guevara, T., Molina Gallarza, M., Pérez, V., Rodríguez, M. C., Soldano, D. y Villagrán, A. (2023). El enfoque de las relaciones intergubernamentales (RIG). En J. Bertranou y M. M. Di Virgilio (Comps.), *Los desafíos de las relaciones intergubernamentales en el abordaje de la crisis por COVID-19* (pp. 27-56). CLACSO; Universidad Nacional del Litoral.
- Blasco, J. (1995). Estudio de caso. En Á. Aguirre Baztán (Ed.), *Etnografía: Metodología cualitativa en investigación sociocultural* (pp. 203-208). Boixareu Universitaria.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cabrero Mendoza, E. (2010). Gobierno y política local en México: luces y sombras de las reformas descentralizadoras. *Política y Sociedad*, 47(3), 165-186.

- Cabrero Mendoza, E. y Solís Zabalet, D. (2009). ¿Cómo construir una mística intergubernamental en la política social? Análisis de cuatro experiencias latinoamericanas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 43, 27-62.
- Catenazzi, A. y Chiara, M. (2017). La participación en la gestión: alcances y límites en su institucionalización. En M. Chiara y M. M. Di Virgilio (Comps.), *Gestión de la política social: conceptos y herramientas* (pp. 201-214). Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Cejas, A., Merello, M. y Scrimizzi, F. G. (2018). *Avanzando en la implementación de la cobertura universal de salud en Argentina. Resumen Ejecutivo*. Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias, Ministerio de Desarrollo Social y Salud.
- Chiara, M. (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). *Gestión y Política Pública*, 26(1), 3-45.
- Chiara, M. (2018a). Nociones e ideas en torno al universalismo en salud: derivas en la trama intergubernamental del Gran Buenos Aires (Argentina) entre 2003 y 2011. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), Artículo e00002018.
- Chiara, M. (2018b). El legado de la descentralización: la nación y la provincia Salud. Entre los programas y los servicios. En *La salud gobernada. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011* (pp. 25-67). Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Chiara, M., Crojethovic, M. y Ariovich, A. (2017). El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macroinstitucional. *Salud Colectiva*, 13(4), 663-676.
- Couto, B., Foglia, C. y Rofman, A. (2016). Políticas participativas locales en municipios bonaerenses: una aproximación político-territorial. En A. Rofman (Ed.), *Participación, políticas públicas y territorio: aportes a la construcción de una perspectiva integral* (pp. 73-118). Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Crojethovic, M. (2010). *Desde abajo, la construcción de políticas públicas en salud hacia una definición de la informalidad* [Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires]. Repositorio Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales.
- Crojethovic, M., Ariovich, A. y Jiménez, C. (2022). El primer nivel de atención en tiempos de aislamiento social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 62(4), 7-17.
- Danani, C. (2013). El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013: buscando el modelo que nunca tuvo. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 22(2), 145-170.
- Dematteis, G. (2006). En la encrucijada de la territorialidad urbana. *Bitácora Urbano Territorial*, 10(1), 53-63.
- Epele, N. e Iturmendi, F. (2019). *Impacto distributivo del gasto público nacional en salud*. Resumen Ejecutivo. UNICEF.
- Falleti, T. (2007, 26-27 de octubre). *Local and universal: Institutional changes in health care and federalism in Brazil* [Ponencia]. Conference Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power in Historical Institutionalism, Evanston, IL, Estados Unidos.

- Falleti, T. G. (2010). *Decentralization and subnational politics in Latin America*. Cambridge University Press.
- Fenwick, T. B. (2008). *Avoiding governors: Federalism and the politics of social inclusion in Brazil and Argentina* [Tesis de doctorado, Oxford University]. Oxford University Research Archive.
- Fontana, A. y Frey, J. H. (2005). The interview. En N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3.ª ed.) (pp. 695-727). Sage.
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Aldine.
- Guest, G., Bunce, A. y Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Guiñazú, S. (2025). Participación(es) con lente intercultural e interseccional. En L. del Prado y N. Castelnuovo Biraben (Eds.), *Glosario de participación* (pp. 39-43). CLACSO.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-4>
- Jordana, J. (2002). Lógica de descentralización política. En *Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina: Casos de Argentina y Bolivia* (pp. 11-25). Banco Interamericano de Desarrollo.
- Kickert, W., Klijn, E.-H. y Koppenjan, J. (1997). Managing complex networks: Strategies for the public sector. Sage.
- Kvale, S. (1996). The 1,000-page question. *Qualitative Inquiry*, 2(3), 275-284.
- Lago, F. P., Moscoso, N. S., Elorza, M. E. y Ripari, N. V. (2012). Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires. *Salud Colectiva*, 8(3), 263-274.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy*. Russell Sage Foundation.
- Maceira, D., Apella, I. y Barbieri, E. (2005). Análisis del Programa REMEDIAR. Notas sobre evaluación y seguimiento. *Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)*, 2, 13-21.
- Maceira, V., Vázquez, G., Ariovich, A., Crojethovic, M. y Jiménez, C. (2020). Pandemia y desigualdad social: los barrios populares del conurbano bonaerense en el aislamiento social preventivo obligatorio. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12(Supl. COVID-19), Artículo e12. http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol12supl/AO_Maceirae12.pdf
- Meltsner, A. (1992). La factibilidad política y el análisis de políticas. En L. F. Aguilar Villanueva (Ed.), *La hechura de las políticas* (pp. 367-392). Miguel Ángel Porrúa.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2012). Programa Remediar + Redes, acceso a medicamentos esenciales en el primer nivel de atención: Evaluación de medio término del programa. Buenos Aires, Argentina.

- 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. Documento de divulgación de resultados. 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 (2020a, 3 de septiembre). Salud lanzó el nuevo plan de servicios del programa SUMAR para todo el país. Argentina.gov.ar, Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-lanzo-el-nuevo-plan-de-servicios-del-programa-Sumar-para-todo-el-pais>
- Ministerio de salud de la Nación (2020b). Estudio sobre financiamiento del Ministerio de Salud en el marco de la pandemia por COVID-19. <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 (2022). Dirección de medicamentos esenciales, insumos y tecnologías. Programa Nacional Remediar. Informe de Gestión 2022. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-03/Remediar-informe-gestion-2022.pdf>
- Obinger, H., Leibfried, S. y Castles, F. G. (2005). Bypasses to a social Europe? Lessons from federal experience. *Journal of European Public Policy*, 12(3), 545-571.
- Organización Panamericana de la Salud (2021). Directrices de la OMS sobre gestión de la sangre y los componentes sanguíneos como medicamentos esenciales: Anexo 3 del sexagésimo séptimo informe del Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos. OPS.
- Pressman, J. y Wildavsky, A. (1998). Prefacio a la primera edición. En *Implementación: Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland* (pp. 50-60). Fondo de Cultura Económica.
- Rodríguez, C. M. (2013). Las relaciones intergubernamentales (RIG): Herramienta fundamental para la descentralización y reforzamiento de la gobernanza. *Revista Estrategia Organizacional*, 2(1), 157-167.
- Scharpf, F. (1997). *Games Real Actors Play: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*. Westview Press.
- Starfield, B., Shi, L. y Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C. y Varonne, F. (2008). Los actores de las políticas públicas. *Análisis y gestión de políticas públicas* (pp. 51-69). Ariel.
- Tamayo Sáenz, M. (1997). El análisis de las políticas públicas. En R. Bañón y E. Carrillo (Eds.), *La nueva administración pública* (pp. 281-312). Alianza.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
- Wallace, S. P. y Enriquez-Haass, V. (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambios para los adultos mayores de Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(1), 18-28.

Wright, D. S. (1997). *Para entender las relaciones intergubernamentales*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública; Universidad Autónoma de Colima; Fondo de Cultura Económica.

Yin, R. (1994) Case Study Research. Design and Methods (2.^{da} ed). California: Sage.

Fuentes

Presidencia de la Nación Argentina. (12 de mayo de 2015). Los hombres de 20 a 64 años tendrán cobertura médica a través del Plan Sumar, anunció la Presidenta. Casa Rosada. casarosada.gob.ar <https://www.casarosada.gob.ar/informacion/archivo/28666-se-fir-mo-una-nueva-prorro>

Registro Nacional de Barrios Populares. (s.f.). Listado RENABAP. Ministerio de Economía, Argentina.gob.ar. Recuperado el 23 de julio de 2026, de <https://www.argentina.gob.ar/obras-publicas/sisu/renabap/listado-renabap>