

Desafios na integração do Sistema de Saúde Nacional e da Província de Buenos Aires - Argentina

Nicolás Kreplak¹

RESUMO

Este artigo explora a experiência de conformação de redes de atenção à saúde na Província de Buenos Aires, em um contexto de alta fragmentação do sistema de saúde argentino, onde o federalismo histórico atribuiu às províncias a responsabilidade pela organização da saúde, resultando em 24 sistemas desarticulados e desiguais.

O estudo aborda a integração em três eixos: 1) a coordenação entre os serviços de saúde, 2) a integração dos serviços em redes regionais e 3) o uso de tecnologias para articular a rede. Cada um desses eixos foi essencial para superar a fragmentação e melhorar a eficiência do sistema de saúde na província.

Os resultados mostram que a criação de mecanismos de coordenação assistencial, como as centrais de regulação regional, foi um passo crucial para garantir a integração dos serviços. Além disso, o desenvolvimento de ferramentas tecnológicas,

¹ Médico - Ministro de Saúde da Província de Buenos Aires - <https://orcid.org/0000-0002-4005-2572> - nicokre@gmail.com

como o prontuário eletrônico e sistemas de telessaúde, facilitou a comunicação entre os diferentes níveis de atenção e melhorou o acesso da população.

Conclui-se que, apesar dos desafios, a criação de redes regionalizadas com mecanismos de coordenação e o uso de tecnologias são estratégias eficazes para promover um sistema de saúde mais coeso, acessível e equitativo na Província de Buenos Aires.

Palavras Chave (DECS): Sistemas Único de Saúde - Regionalização - Atenção Primária à Saúde.

Introdução

Na Argentina, o Pacto Federal assinado em 1831(1) estabeleceu que as províncias (equivalentes aos estados no Brasil) seriam responsáveis por organizar uma confederação com uma política comum, especialmente voltada para a segurança nacional. Esse acordo histórico colocou grande parte das responsabilidades, inclusive a saúde, nas mãos das províncias, em vez de centralizá-las no Governo Federal. O direito à saúde, reconhecido de forma ampla, permaneceu como uma responsabilidade provincial(2), resultando em diferentes sistemas de saúde ao longo do país, cada um moldado pelas características econômicas, sociais e culturais de cada província e região. Embora a Constituição Nacional argentina tenha adotado pactos internacionais que garantem o acesso à saúde e, no seu texto inclui artigos que a

garantem para trabalhadores, usuários e consumidores de bens e serviços(3), a implementação concreta deste direito continua sendo delegada principalmente às províncias, com escassa coordenação nacional.

Esse modelo de descentralização, distinto daquele adotado por outros países da América Latina, como o Brasil, envolve o Governo Nacional em uma posição de apoio, mas sem uma estrutura clara de governança centralizada que harmonize os sistemas provinciais de saúde. As províncias argentinas organizam seus próprios sistemas de saúde, com variações consideráveis em suas capacidades de gestão e financiamento. O Estado Federal oferece suporte principalmente por meio de leis ou políticas nacionais, mas essas iniciativas frequentemente carecem de mecanismos de fiscalização na implementação, o que complica a superação das desigualdades regionais no acesso à saúde. Governos que se comprometeram com o direito à saúde gratuita e universal têm fornecido insumos, capacitação, apoio e desenvolvimento tecnológico às províncias, mas, na prática, esses esforços nem sempre foram suficientes para resolver as disparidades regionais.

Apesar da fragmentação histórica e das desigualdades regionais, o compromisso com o direito à saúde e a cobertura universal continua sendo um objetivo central para a Argentina(4). No entanto, um dos maiores desafios para garantir a sustentabilidade desse sistema fragmentado é a urgente necessidade de integrar diferentes sistemas de atenção. Esses sistemas têm raízes históricas profundamente ligadas a instituições religiosas e beneficentes, que desempenharam papéis fundamentais na construção inicial dos serviços de saúde nas províncias. Com o passar do tempo, os serviços provinciais incorporaram as po-

líticas nacionais do Ministério da Saúde (criado em 1949) e as demandas dos trabalhadores associados na previdência social de origem sindical. Essa mistura tornou o cenário de saúde ainda mais complexo, na medida que o setor privado também começou a se expandir a partir da década de 1970 com interesses econômicos próprios, no subsector da previdência e com escassa articulação com o subsector público(5).

Além dessa complexidade estrutural, o cenário político argentino tem sido marcado por uma alternância constante entre diferentes visões sobre o papel do Estado e da nação. Têm havido tensões entre o nacionalismo e o entreguismo, entre políticas industrialistas e protecionistas frente a políticas neoliberais. Essas oscilações dificultaram a criação de políticas de Estado com continuidade, especialmente em áreas críticas como a saúde, onde as mudanças de governo frequentemente resultam em alterações drásticas nas políticas públicas. Governos de inclinação protecionista tendem a fortalecer as bases de um sistema nacional de saúde universal e equitativo, enquanto governos neoliberais, por outro lado, muitas vezes adotam políticas de austeridade, que incluem a venda ou negociação dos recursos estratégicos do país – recursos que tradicionalmente financiam a saúde, entre outras áreas – e a introdução de leis e decretos que desmantelam as estruturas que sustentam a gratuidade, universalidade e a equidade no setor de saúde.

Contexto Atual

Atualmente, a Argentina enfrenta uma combinação de políticas extremamente neoliberais e conservadoras, que colocam em risco os avanços obtidos no sistema de saúde e no direito à saúde, nas últimas décadas. Essas políticas, profundamente

anti patrióticas, contrárias à soberania nacional, são orientadas pela busca obsessiva pelo déficit fiscal zero, desconsiderando os indicadores de pobreza e vulnerabilidade social que aumentam drasticamente mês a mês(6). Como consequência, há um severo desfinanciamento das políticas de saúde, que afeta todas as províncias, agravando as desigualdades regionais e violando o Pacto Federal. Esse cenário impõe a necessidade de repensar as políticas de saúde, não para restringir direitos, mas para aplicar uma racionalidade ainda maior aos gastos – mais do que seria necessário em condições normais – devido ao descumprimento das obrigações federais pelo governo do presidente Milei.

A questão mais urgente é como integrar os sistemas de saúde provinciais em uma rede nacional capaz de mitigar as desigualdades regionais, em um contexto de descumprimento significativo do Pacto Federal. A falta de coordenação entre as esferas governamentais, aliada à ausência de apoio federal consistente, torna a tarefa de garantir a equidade no acesso à saúde ainda mais difícil. É nesse contexto que as províncias precisam assumir um papel mais proativo na organização de seus sistemas de saúde para serem garantes do direito à saúde.

A província de Buenos Aires, foco deste trabalho, abriga uma população de 17.523.996 habitantes (7), sendo a mais populosa do país. Com uma extensão de 304.906 km² (7), é a segunda maior província da Argentina, superada apenas por Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. A província abrange 135 municípios, alguns dos quais, juntamente com a capital (La Plata) e a região metropolitana de Buenos Aires, apresentam uma elevada densidade populacional por km². No entanto, na

maior parte do território, considerado o interior da província, essa densidade populacional diminui drasticamente, o que impacta diretamente a disponibilidade e a oferta de serviços de saúde, gerando grandes desigualdades no acesso. Nessas áreas, as condições de vulnerabilidade são variadas, com disparidades sociais que afetam significativamente a saúde da população.

Dentro de seu território, existem quase dez mil estabelecimentos de saúde, divididos entre públicos (de dependência provincial e municipal) e privados(8)

Tabela 1 - Frecuência e distribución percentual de establecimientos de saúde segundo origem de financiamiento e disponibilidad de internación segundo estrato de situación social da província de Buenos Aires. Ano de 2021				
Responsabilidade	Establecimientos com internación	Establecimientos sem internación	Total establecimientos	Total leitos disponiveis
Pública	493 (18,2%)	3088 (45,9%)	3581 (38,03%)	20.624 (61%)
Privada	2203 (81,7%)	3631 (54%)	5834 (61,96%)	13.179 (39%)
Total	2696 (100%)	6719 (100%)	9415 (100%)	33.803 (100%)

Fonte: Registro Federal de Establecimiento de Salud (SIISA) y Sistema de Gestión de Camas (SGC)

A complexidade do sistema de saúde da província resulta da limitada articulação entre os serviços de saúde das diferentes jurisdições e financiadores, agravada pela interação desse problema

com a geografia, demografia e dispersão territorial dos serviços. Além disso, quanto maior a vulnerabilidade da população, menor é a quantidade de estabelecimentos de saúde (UBS e hospitais) por habitante, acentuando as desigualdades no acesso.

Tabela 2 - Taxas de estabelecimentos de saúde a cada 100.000 habitantes. Província de Buenos Aires. Ano 2021

Tipo de estabelecimento	+ ----- -			
	Municípios de piores condições sociais	Segundo quartil de população segundo as condições sociais	Terceiro quartil de população segundo as condições sociais	Quarto quartil ou municípios com melhores condições sociais
Sem Internação	25,9	63,4	50,6	53,3
Com internação	8,8	23,2	22,9	26,6
Total	34,7	86,6	73,5	79,8

Fonte: Fuente: Registro Federal de Establecimiento de Salud (SIISA)

Tabela 3 - Unidades básicas de saúde (UBS) municipais por 100.00 mil habitantes segundo estrato de situação social da província de Buenos Aires.

Tipo de estabelecimento	+ ----- -			
	Municípios de piores condições sociais	Segundo quartil de população segundo as condições sociais	Terceiro quartil de população segundo as condições sociais	Quarto quartil ou municípios com melhores condições sociais
UBS municipais a cada cem mil habitantes	6,47	13,9	11,9	12,5

Diante disso, o principal objetivo deste artigo é discutir soluções para integrar e otimizar a rede Bonaerense de Atenção e Cuidados, promovendo um sistema de saúde mais coeso e acessível à população.

Métodos

Este artigo relata a experiência da implantação de redes regionais de saúde na Província de Buenos Aires, que, como província mais populosa do país, concentra cerca de 40% da população(9). A metodologia deste relato baseia-se em uma análise descritiva das políticas implementadas, com foco em três dimensões principais: 1) a coordenação entre os serviços de saúde, 2) a integração dos serviços em redes regionais, e 3) o uso de tecnologias para articular a rede. O estudo se apoia em dados administrativos, documentos oficiais e relatos de gestão, proporcionando uma visão detalhada de como essas estratégias contribuíram para reduzir a fragmentação do sistema e aprimorar a integração e o acesso aos serviços de saúde.

Resultados

A coordenação assistencial(10) é fundamental para superar a fragmentação de um sistema de saúde, especialmente em contextos altamente segmentados como o da Província de Buenos Aires. Ao herdar um sistema fragmentado, a província enfrentou o desafio de criar mecanismos claros para garantir a integração. A pandemia de COVID-19 acelerou esse processo, demandando novos mecanismos de coordenação entre os níveis de atenção e os subsectores da saúde. Um exemplo concreto dessa integração foi a implementação de um sistema de gestão

de leitos hospitalares (SIGEC) em tempo real que abrangeu hospitais públicos municipais, provinciais e privados, permitindo ao governo tomar decisões urgentes e assegurando que nenhum cidadão ficasse sem leito durante a pandemia.

Com o fim da pandemia, tornou-se evidente a necessidade de expandir e consolidar a integração entre os sistemas de saúde provincial e municipal. Para enfrentar esse desafio, desenvolvemos um **Plano Quinquenal de Saúde**(12), com foco na organização dos serviços a partir da atenção primária. Um dos pilares centrais do plano foi a criação da Rede Bonaerense de Atenção e Cuidados, que reforça o processo de regionalização ao organizar os serviços em 12 regiões sanitárias já existentes.

Essa rede visa garantir portas de entrada no primeiro nível de atenção, seja no âmbito municipal ou nas portas que já funcionam como primeiro nível nos hospitais provinciais, assegurando coordenação de cuidados(13), continuidade(14) e integração com os serviços ambulatoriais e hospitalares.

Um dos grandes esforços foi a criação de centrais regionais de regulação de acesso(15) e núcleos de regulação hospitalar, denominados "*salas de gestão de usuários*", para desenvolver fluxos assistenciais que permitam a continuidade do paciente pela rede de atenção. Ao contrário do Brasil, onde o processo de construção de redes de saúde teve início desde a conformação do SUS(12)(13), a Província de Buenos Aires enfrentou serviços desarticulados, exigindo um grande esforço para começar a "governar" e estruturar a rede.

O modelo de gestão proposto pelo Plano Quinquenal de Saúde começou a ganhar força no último ano da gestão anterior do

governador, reeleito para o período 2024-2027. No entanto, com a mudança no governo nacional e as severas restrições orçamentárias, o desafio agora é continuar com o projeto de consolidar a rede regionalizada de atenção à saúde e fortalecer as regiões sanitárias.

Apesar das dificuldades impostas pelo governo nacional, mantemos nosso compromisso de construir uma rede de serviços de saúde de acesso universal e resolutive. Um exemplo desse esforço é o fortalecimento contínuo dos processos regionais, buscando estratégias que estreitem os vínculos com os municípios para promover uma tomada de decisões políticas mais eficiente e transformar serviços atomizados em redes regionais. Isso inclui estabelecer pactos nos âmbitos de pactuação bipartite (municípios/província), conhecidos como CORESAs.

A integração vem da mão do desenvolvimento tecnológico como ferramenta central. Entre as principais iniciativas que já estão em andamento no território estão o prontuário eletrônico integrado da província de Buenos Aires, a receita médica eletrônica, os sistemas de agendamento online e o uso da tele-saúde para teleconsultas entre especialistas e diretamente com os usuários.

A visão de uma atenção primária forte, coordenadora dos cuidados⁽¹⁶⁾, nos ilumina mesmo em momentos de maior dificuldade. A situação econômica angustiante não nos desvia das nossas responsabilidades de gestão nem enfraquece o compromisso com a população de melhorar o acesso ⁽¹⁵⁾ ao sistema de saúde provincial.

A formação de profissionais da saúde para atuar em um sistema integrado é um aspecto fundamental para nossa ges-

tão. Para isso, foi necessário expandir e modernizar o regime de residências em saúde, com foco na fixação de profissionais em áreas de vacância e regiões carentes de pessoal. Além disso, criamos uma Escola de Governo em Saúde, com o objetivo de capacitar profissionais com o fim de promover a transformação cultural exigida pela integração. Continuamos problematizando as estruturas históricas de poder que perpetuavam a atomização dos hospitais e iniciamos a melhoria da infraestrutura hospitalar, com prioridade para as áreas de admissão e informação ao cidadão.

Embora os municípios sejam responsáveis pelo financiamento da atenção primária, a província participa tanto direta quanto indiretamente desse processo, mas sem regras institucionalizadas que definam claramente as obrigações e direitos de cada ente. A ausência de uma política formal de atenção primária, que especifique esses papéis, pode dificultar a organização eficiente dos fluxos de pacientes e dos serviços. Fortalecer os âmbitos de pactuação entre as diferentes jurisdições é, portanto, essencial para garantir a continuidade dos cuidados e promover uma rede de atenção mais integrada para à população.

Conclusão

A regionalização e a conformação de redes de atenção à saúde⁽¹⁰⁾, com base no modelo da atenção primária, representam a melhor estratégia para superar os desafios estruturais que a Argentina, e particularmente a Província de Buenos Aires, enfrenta no setor de saúde. A fragmentação dos serviços e a atomização dos hospitais têm sido grandes obstáculos para a

continuidade dos cuidados e a equidade no acesso à saúde. Entretanto, com uma estratégia clara de regionalização e coordenação assistencial, é possível transformar o sistema de saúde da Província de Buenos Aires em um modelo mais integrado, equitativo e eficiente.

O Plano Quinquenal de Saúde tem sido um marco nesse processo, ao estabelecer as bases para um sistema de saúde integrado, com a atenção primária como eixo central.

Embora ainda existam desafios a superar, especialmente na coordenação entre o primeiro nível de atenção e os serviços especializados, o compromisso com a construção de um sistema de saúde universal, equitativo e resolutivo permanece firme. A regionalização não é apenas uma estratégia organizacional, mas um caminho essencial para garantir que todos os cidadãos tenham acesso a um sistema de saúde que responda às suas necessidades, independentemente de suas condições socioeconômicas.

Referências bibliográficas

1. Adamovsky E. Historia de La Argentina - Biografía de un País - Desde la conquista española hasta nuestros días. Buenos Aires: Crítica; 2020. 392 p.
2. Madies C. El federalismo sanitario argentino: una perspectiva innovadora para integrar el sistema de salud nacional. Rev Derecho Salud Univ Blas Pascal [Internet]. 27 de dezembro de 2023 [citado 3 de outubro de 2024];7(8):15-8. Disponível em: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/article/view/415>

3. República Argentina. CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA. 1994 p. 28.
4. Cetrángolo O, Goldschmit A. Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual. 2018.
5. Tobar F. Breve historia del sistema argentino de salud. 2012;
6. Argentina I. Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Primer semestre de 2024. 2024;
7. INDEC. Censo 2022. Buenos Aires; 2024 p. 308.
8. Argentina M de S de la P de BA. Análisis de Situación de Salud de la Población de la Provincia de Buenos Aires. La Plata; 2022 p. 113.
9. INDEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. 2021.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Vol. 15, Ciência & Saúde Coletiva. 2010. 2297-2305 p.
11. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Ampliación de infraestructura para COVID-19. 2020 p. 7.
12. Argentina M de S de la P de BA. Plan Quinquenal de Salud de la Provincia de Buenos Aires [Internet]. La Plata; 2022 [citado 2 de outubro de 2024] p. 30. Disponível em: https://www.google.com/search?q=plan+quinquenal+salud+provincia+de+buenos+aires&rlz=1C5CHFA_enBR839BR843&oq=plan+quinquenal+salud+provincia+de+buenos+aires&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCQgAEAAAYExiAB-DIJCAAQABgTGIAE0gEJNjcyNGowajE1qAllsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8#:~:text=PLAN%20QUINQUENAL%20DE,sites%20%E2%80%BA%202023/04
13. De Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: Estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. Pan Am J Public Health. 2011;29(2):84-95.
14. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Open University Press. New York; 2006 p. 286.

15. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Cad Saúde Coletiva [Internet]. 2016;24(1):49-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000100049&lng=pt&tlng=pt
16. Giovanella L, Magalhães de Mendonça MH. Atenção Primária à Saúde : seletiva ou coordenadora dos cuidados. CEBES, organizador. Rio de Janeiro; 2012. 71 p.