

PARADOJAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN EL GRAN BUENOS AIRES, ARGENTINA. DERROTEROS DE LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICA SANITARIA EN UN ESCENARIO LOCAL

por Magdalena Chiara*

Presentación

La descentralización en salud en la Provincia de Buenos Aires no fue un fenómeno lineal, sino resultado de un proceso progresivo de transferencia de funciones y servicios y de la asunción —desde el nivel local— de responsabilidades no siempre instituidas desde las reglas de juego formales que definen las competencias en cada nivel y regulan las relaciones entre las jurisdicciones.

Aunque presentó características particulares, parte de las argumentaciones que animaron la descentralización en la provincia fueron convergentes con aquellas enarboladas en procesos más generales, anunciando sus capacidades para encarar dos desafíos: la búsqueda de *legitimidad* (acercando las decisiones de política a las preferencias y demandas de la población) y la necesidad de una mayor *racionalidad* (tendiendo a mejorar los niveles de eficacia y eficiencia en las prestaciones).

Este proceso, complejo e incremental, estuvo atravesado por las crisis que marcaron el funcionamiento de las instituciones estatales y modificaron estructuralmente las condiciones de reproducción de la vida de la población en las últimas décadas. En el contexto de la crisis de 2001 y especialmente en su “salida”, la proximidad a los problemas y la primaria responsabilidad de gobierno y de gestión de los municipios, habilitó a éstos un margen de autonomía relativa en la implementación de las políticas. La reaparición en la arena local del gobier-

* Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento. E-mail: magda.chiara@gmail.com.

no nacional y una particular “ida y vuelta” en la construcción de legitimidad en la relación con los actores locales concurren en el debilitamiento del gobierno provincial como actor en el territorio y su capacidad de regulación.

La descentralización operó sobre un marco institucional débil y heterogéneo en los municipios de la provincia y configuró escenarios diversos, abiertos al diseño e implementación de la política sanitaria y limitados por sus propias condiciones estructurales. La ambigüedad respecto a la distribución de responsabilidades entre niveles jurisdiccionales y la indefinición del perfil prestacional a garantizar, fueron atributos particulares de estos procesos en el sector salud que tendieron a jerarquizar a los espacios locales como ámbito de producción de la política.

En ese marco, se desarrollaron los programas nacionales cuyo alcance comienza a advertirse en la arena local en la salida de la crisis. A pesar del papel ejecutor que le confieren a los municipios, estos programas operan sobre un campo construido previamente desde los procesos de descentralización, con alta gobernabilidad local derivada de tener a cargo los centros de salud y, en algunos casos muy particulares como el analizado en este trabajo, los tres niveles de complejidad.

En el Gran Buenos Aires¹, pueden identificarse distintos tipos de problemáticas conforme las características sociales, demográficas y urbanas; la organización del sector público de salud; la demanda a la que responde y construye; la naturaleza de las relaciones entre niveles de gobierno; la densidad de las intervenciones y las características de cada entramado de actores. En el contexto de esta diversidad profundizada por la descentralización, el municipio de Malvinas Argentinas parece ser un ejemplo extremo de la fragmentación en el funcionamiento del sector público de salud en la provincia y expresa la vocación por construir autonomía en las decisiones de política sanitaria desde la esfera local que transita —en el período analizado desde el año 2001 al 2007— un recorrido tan particular como polémico.

Creado hace algo más de una década, el sistema sanitario² del municipio de Malvinas Argentinas se forjó al calor de las orientaciones de políticas

¹ Retomando las nominaciones del INDEC, en este análisis hacemos referencia al GBA aludiendo a los 24 partidos que conforman la conurbación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para facilitar la lectura, en muchos casos obviamos referir a los “partidos del GBA” y aludimos directamente al GBA (INDEC 2005)

² En este relato utilizamos en algunas oportunidades el término “sistema” en sentido coloquial, sin buscar con ello dar cuenta de los atributos que supondría el uso estricto del concepto.

de los años noventa; ejemplo extremo de búsqueda de autonomía respecto de los otros niveles gubernamentales, desarrolló una importante estructura sanitaria que lo llevó a convertirse en uno de los prestadores más importantes de la zona noroeste del Gran Buenos Aires (en adelante GBA), organizado bajo un “modelo” basado en la alta complejidad y en la utilización de modalidades de contratación del recurso profesional similares a las empleadas en el sector privado.

Las preguntas desde las cuales interrogamos el caso de estudio son propias del análisis de las políticas públicas y de los estudios de la implementación; buscamos recuperar en esta indagación la capacidad de incidencia de los actores y, en particular, de quienes operan en el nivel local. ¿Cuáles han sido los principios organizadores de la política local en el plano de la atención, gestión y financiamiento (Tobar 2000)?; ¿cuáles son los márgenes de autonomía en el contexto de los incentivos y restricciones definidos desde el contexto resultante de la descentralización?; ¿cómo incidió en estos procesos la crisis 2001/2003?

En función de estos interrogantes, siguen a esta presentación siete secciones. En una primera sección pasamos en limpio los conceptos que nos asistirán en el análisis; la segunda sección alude al surgimiento del municipio para continuar en una tercera con el análisis del entramado de actores en el nivel local. Una cuarta sección analiza el proceso a través del cual se va construyendo, en el contexto de la crisis, la estructura prestacional bajo la órbita municipal, para poner el foco (en la quinta sección) en el plano de la atención y en los beneficiarios que construye. La sexta sección reconstruye las condiciones de la gestión y del financiamiento. La última sección recapitula las principales contribuciones de este caso para analizar las tensiones entre lo local y el contexto buscando dar cuenta de los “pliegues” y tensiones de la descentralización.

La reconstrucción desde la que se realiza este análisis recupera fuentes primarias (entrevistas a funcionarios municipales, regionales y provinciales y a dirigentes sindicales del sector), así como a fuentes secundarias (registro hemerográfico³,

³ Se relevaron de manera sistemática tres periódicos locales: *Aquilonoticia*, *La Política On Line* y *El Tiempo*, para el período 2000/2007. Asimismo, se relevó el periódico *El Día* de la ciudad de La Plata, no habiéndose encontrado información local. En dicha reconstrucción se relevaron publicaciones referidas a: salud (política de salud, hospitales, acciones gubernamentales, denuncias, reclamos vinculados al sector); política municipal con potencial de articulación con salud (declaraciones generales de los funcionarios e intendentes y acciones municipales vinculadas a salud) y política partidaria en el nivel local.

relevamiento del digesto municipal⁴ y de legislación nacional y provincial⁵, presupuestos de gastos municipales⁶ y datos de transferencias en concepto de coparticipación provincial hacia los municipios⁷)⁸. La triangulación de estas fuentes permite poner en tensión y comparar miradas y perspectivas no siempre convergentes de los procesos de implementación. Se trata de un resultado de investigaciones realizadas por el equipo de Diseño y Gestión en Salud del Instituto del Conurbano de la UNGS⁹.

Por último, parece necesaria una aclaración. Este trabajo no busca detectar éxitos o fracasos de una experiencia, para lo cual sería necesario otro tipo de estudio más amplio en su escala territorial (por las razones que más adelante enunciaremos) y en el período del análisis. Interesa, sin embargo, reconstruir sus condiciones de surgimiento y reproducción, en tanto en cuanto se trata de una experiencia que tensiona al máximo los márgenes de la política supralocal para construir una autonomía política frente al gobierno nacional y provincial, que le permite trascender los límites del municipio, demarcando otra territorialidad de referencia fundada en los beneficiarios del sistema de la seguridad social.

I. Una aproximación a la arquitectura conceptual

Nuestro marco conceptual abrevia en la producción tanto del ámbito de la política de salud como en aportes derivados de los estudios de políticas públicas, especialmente aquellos referidos a la descentralización, buscando comprender las condiciones en las que se desarrolló la arquitectura particular del sector en el nivel local, echar luz sobre los actores, las dinámicas locales, las decisiones tomadas y sus relaciones con procesos más generales.

Siguiendo a Jordana (2001), con “descentralización” hacemos referencia a la transferencia de responsabilidades, competencias y capacidades

⁴ Se relevaron sistemáticamente los Decretos Municipales y Ordenanzas del período 2000-2007.

⁵ Se relevaron las leyes provinciales del período 2000-2007.

⁶ Se consultaron los Presupuestos Municipales correspondientes al período 2000-2007 publicados en el Boletín Oficial Municipal.

⁷ Según datos provistos por la UAES del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

⁸ Al final del trabajo se presenta una nómina de las entrevistas realizadas.

⁹ Una versión ampliada de este caso de estudio se presenta en Chiara, 2012b.

desde unidades superiores a organismos de gobierno de menor dimensión territorial, pudiendo encontrar distintas modalidades. “La naturaleza formal del Estado, las reglas de representación, el sistema de partidos, las dimensiones territoriales, etc., contribuyen en su conjunto a configurar la dinámica efectiva de la descentralización, sus límites y su grado de complejidad” (Jordana 2001:16).

La definición que aporta Falleti permite dar cuenta de los desafíos que supone esta heterogeneidad. Siguiendo a esta autora, se entiende que la “descentralización no es una cualidad o característica, sino un proceso de reformas que tiene lugar en las relaciones intergubernamentales en algún momento del continuo que va desde una situación de absoluta autonomía del gobierno central con respecto a los niveles sub-nacionales de gobierno, a otra que supone la absoluta autonomía de los gobiernos sub-nacionales con respecto a la autoridad central” (Falleti 2004: 80 —traducción propia—). De las muchas y variadas definiciones sobre descentralización, la planteada por Falleti permite captar la particular dinámica que tiene lugar en los procesos de reforma, sean éstos en el sentido de transferencias hacia niveles sub-nacionales, como en la recuperación de potestades desde los niveles centrales, o la auto asunción de competencias de parte de los gobiernos locales. La complejidad que presenta el sector salud en el Gran Buenos Aires exige dar cuenta (en simultáneo) de los distintos movimientos en el continuo, poniendo en el centro del análisis la construcción de aquellos niveles de autonomía relativa que presentan las distintas posiciones del continuo.

Desde los estudios de políticas públicas los conceptos de régimen de implementación, entramado de actores, política de salud y capacidades estatales, conforman el núcleo de la perspectiva adoptada donde la atención está puesta en los procesos de implementación que recuperan la capacidad de incidencia de los actores y de quienes operan en el plano local de la gestión. Este punto de partida, más que pretender analizar los sentidos verticales de las políticas o la racionalidad y consistencia del sistema, sitúa el análisis reconociendo los márgenes de discrecionalidad y autonomía de los actores y la complejidad de las relaciones e intereses en juego.

La noción de régimen de implementación recupera los aportes de los estudios de implementación de políticas¹⁰ y define a éste como “el conjunto

¹⁰ Puntualmente este concepto retoma la noción de régimen de implementación en calidad de ordenamiento político (acuerdo en torno a valores) y a la vez como ordenamiento organizativo (acuerdo en torno reglas y procedimientos) desarrollados por Stoker (1989).

de condiciones que, desde distintas dimensiones (funcional, material y política), organiza los arreglos entre los actores del sistema en cada uno de los niveles” (Chiara y Di Virgilio 2005: 36). No se trata de factores determinantes ni permanentes; los actores en la arena local pueden aprovechar (o no) las oportunidades que las condiciones del régimen les abre o para minimizar sus impactos. El análisis realizado en este caso de estudio muestra que estas condiciones son principios que tensionan desde distintos ámbitos (subsector público y de seguridad social) y desde distintas jurisdicciones, muchas veces de modo conflictivo, lo cual confiere a sus resultados cierta inestabilidad.

En las condiciones del “régimen supra local (o estadual) de implementación”, algunos municipios logran coagular condiciones que, fundadas en el aprovechamiento y tensión con aquellas oportunidades y restricciones, tiene capacidad de definir “hacia arriba” el diagrama de opciones.

La perspectiva de la implementación que adoptamos permite analizar el entramado de actores desde un enfoque relacional (Jordana 1995) en el interior de un marco político-institucional que condiciona las acciones a nivel local (entre otros, el marco normativo y la institucionalidad formal e informal vigente que configuran la dimensión funcional del régimen de implementación). En este trabajo definimos a los actores como “formas concretas”, ya sea organizaciones o individuos, que ejercen algún tipo de incidencia en la política. Se trata de “unidades reales de acción en la sociedad: tomadores y ejecutores de decisiones” (Pirez 1995:10) que se definen como tales en el marco de una determinada “situación” que se constituye en el diseño y implementación de la política. En torno a esa situación, se configura un determinado “entramado” de actores cuyas relaciones (condicionadas por los intereses y los recursos de que disponen) pueden modificarse a lo largo del tiempo. Belmartino (1998) ofrece una definición del concepto de actor que tiende a acotar la aproximación anterior; desde su perspectiva para definirse en tanto actor, organismos y/o personas deben ocupar un lugar estratégico en el proceso de toma de decisiones.

La noción de “territorio” apunta a desnaturalizar su uso, a considerar la construcción de sentidos (muchas veces en disputa) y a ponderar los procesos históricos que actúan en su conformación, no ligados necesaria y linealmente al recorte jurisdiccional (Amin 2005, Dematteis y Governa 2005). En este marco, tal como ha sido resaltado por varios autores¹¹, cobra

¹¹ García Delgado (2007).

una nueva centralidad la gestión pública local, donde los municipios han traspasado —desde hace tiempo— las funciones tradicionales de alumbrado, barrido y limpieza y en muchos casos lideran o inciden fuertemente en las políticas de desarrollo.

Tal vez, la gestión local en salud en la Provincia de Buenos Aires sea uno de los espacios donde se potencia la capacidad interpretativa de esta aproximación conceptual. Esto habida cuenta del proceso histórico de conformación del sector salud, del proceso de descentralización sectorial (nacional y provincial) y del escenario político institucional en que se inscriben los municipios bonaerenses.

La aproximación que proponemos para analizar el caso Malvinas Argentinas se sitúa en la “perspectiva de la implementación” (Aguilar Villanueva 1996) y, recuperando la distinción de Berman (1996), indaga en el nivel macro de estos procesos. Este autor diferencia entre la macro implementación referida al contexto institucional que abarca a todo el sector, que en el caso de salud involucra a los tres niveles jurisdiccionales, y otro nivel, muy distinto, el de la micro implementación, que se juega a nivel de los efectores¹². La investigación mayor en cuyo contexto se desarrolla este caso de estudio aborda el ‘ida y vuelta’ entre ambos niveles intentando recuperar una mirada sistémica de los procesos de implementación de la política sanitaria y las tensiones que modelan los procesos de cambio.

A la vez, este trabajo pone el foco en el plano de la atención y de la gestión, recuperando la distinción propuesta por Tobar (2000) para analizar las “políticas sanitarias” entre tres niveles: atención, gestión y financiamiento. Igualmente, cabe aclarar que estos tres planos están imbricados y, por ende, más allá del énfasis puesto en los niveles de atención y gestión también existen en nuestro análisis consideraciones respecto al financiamiento. El plano de la atención refiere al nivel de los servicios (en cantidad y calidad) que se prestan a la población y se dirimen cuestiones tales como ¿cuáles son las prestaciones que se ofrecen?, ¿cuál es su alcance?, ¿cómo se definen los beneficiarios de cada prestación?, ¿bajo qué condiciones se habilitan las prestaciones?, ¿cómo se organizan las prestaciones en relación a las demandas?, entre otras. En el plano de la gestión, tienen lugar las cuestiones que hacen a cómo se organiza la asignación de los recursos a través de las prestaciones y

¹² El trabajo realizado por Ariovich y Jiménez (2012) analiza los procesos que tienen lugar en este nivel.

servicios, y al modo como se articulan los intereses de los actores: ¿cómo se organizan los servicios y prestaciones?, ¿cuáles son los criterios de jerarquización?, ¿cuál es la relación con otros subsectores?, ¿qué jerarquía tiene esta relación en la política local?, ¿quiénes son los prestadores?, ¿cuál es la modalidad de incorporación?, ¿cómo se organizan los programas supra locales en la política local?, ¿cómo se organiza la relación entre niveles? Aunque será considerado en menor grado, el plano del financiamiento refiere a cuestiones tales como ¿cómo se asignan los recursos?, ¿de dónde provienen (fuente municipal, aporte coparticipación, obras sociales, etc.)?, ¿qué impacto tiene en el gasto local?, ¿cuánto se gasta?, ¿cómo se distribuye el gasto (hospital-centros de salud-emergencias)?, ¿quién y cómo se define la magnitud de la inversión?, ¿cuán flexible es la decisión en torno al gasto?, ¿cómo incide en el perfil del modelo de atención?

El concepto de “autonomía” utilizado en este trabajo alude al margen de acción que el actor gubernamental local (el municipio y más particularmente la Secretaría de Salud) construye en relación a otros actores gubernamentales (ministerios de salud provincial y nacional). En contra de una visión vinculada al aislamiento y la neutralidad, el concepto alude a la “autonomía relativa” para plantearse objetivos propios respecto a los otros niveles gubernamentales, responsables del diseño y la gestión de la política sanitaria. En este sentido, el concepto de “autonomía” tiene una dimensión técnico administrativa (en relación a poder resolver los requerimientos propios de la atención médica en sus distintos niveles de complejidad), una dimensión fiscal (que remite a disponer de recursos de distintas fuentes que hacen posible el desarrollo de los servicios sin mediar acuerdos con niveles gubernamentales superiores) y una dimensión política (en el margen disponible para tomar decisiones independientemente de las orientaciones de la política provincial o nacional). No obstante estas dimensiones, cabe destacar que el caso de estudio pone en evidencia que la construcción y mantenimiento de estos márgenes de “autonomía relativa” supuso la capacidad para operar en las tensiones internas del ministerio provincial, las tensiones entre la nación y la provincia y, por fuera del subsector público, con el sistema de obras sociales y del Instituto Nacional de Servicios Sociales de Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI). Desde una perspectiva dinámica se adopta la propuesta de Evans (1996) quien incorpora a la noción de autonomía la condición de “enraizamiento”. Esto implica que, además de coherencia y saber experto, las agencias estatales necesitan capacidad de llegada y requieren el

despliegue de redes con actores externos (en sus capacidades y también en sus tensiones) para evaluar, controlar y moldear prospectivamente y con posterioridad a los hechos las reacciones privadas ante las iniciativas públicas (Evans 1996).

En este sentido y tal como plantea Alonso (2007:17), “la posibilidad de las agencias estatales de definir objetivos propios está estrechamente vinculada a la capacidad del estado para realizarlos”. La noción de “capacidades estatales” ha sufrido distintas aproximaciones. Reconociendo la diversidad de abordajes que tuvo el concepto, a los fines de nuestro análisis recuperamos los aportes de Repetto (2004) y Alonso (2007). En términos generales, el concepto alude a “las posibilidades que tienen las instancias de gobierno para priorizar, decidir y gestionar las cuestiones públicas” (Repetto 2004: 15). Asimismo, remite a la habilidad de los distintos actores para realizar sus intereses en el desarrollo del juego estratégico que se constituye en el proceso de la implementación.

Repetto avanza en responder cómo y para qué las organizaciones desarrollan o ponen en juego sus capacidades. Desde esta perspectiva, las capacidades estatales remiten a una compleja combinación de capacidades administrativas y políticas. En términos generales, las capacidades administrativas aluden a la capacidad para asignar, conforme a derecho, bienes y servicios de manera oportuna y en la cantidad necesaria. Por su parte, las capacidades políticas refieren a la capacidad para “problematizar las demandas de la población, tomando decisiones que los representen y expresen sus intereses y las ideologías de los mismos, más allá de la dotación de recursos que puedan movilizar en la esfera pública” (Repetto 2004: 19). En pos de contribuir a clarificar el cómo y el para qué del desarrollo de capacidades, Repetto identifica una “serie de atributos del ejercicio de dicha capacidad que podrían ser rotulados como la expresión del ‘cómo’, a saber: coordinación, flexibilidad, innovación, calidad, sostenibilidad y evaluabilidad. Otros atributos, por el contrario, pueden constituir según las diferentes definiciones tanto expresión del cómo como del ‘para qué’, tal como la eficiencia, eficacia y accountability. [Desde esta perspectiva], estas últimas también forman parte del cómo se deciden e implementan las políticas públicas, pero no dan respuesta al para qué y que (...) se le interpreta a la luz de los atributos de equidad pertinente y legitimidad. Las preguntas sobre cómo y para qué se ejerce la “capacidad estatal” refuerzan la necesidad de referirse siempre a los protagonistas de ese (potencial) ejercicio de las capacidades, es decir, los

actores concretos con sus intereses, ideologías y recursos de poder” (Repetto 2004:11).

Advirtiendo acerca de que las capacidades institucionales y las políticas están imbricadas, Alonso (2007: 19) distingue dos dimensiones en el análisis de las capacidades estatales: “por un lado, lo que hace a las capacidades técnico-administrativas; por otro, una dimensión relacional que se refiere a la relación del estado con el entorno socioeconómico. Desde la primera perspectiva, el análisis de capacidades priorizará una mirada desde adentro del aparato estatal, mientras que la dimensión relacional pondrá el foco en el nexo estado-sociedad”. Esta distinción resulta de suma importancia para nuestro análisis y advierte sobre la necesidad de trascender miradas más clásicas de lo local que suponen una relación casi excluyente de los gobiernos locales con las demandas de su población, para dirigir la mirada hacia otros planos en que se articula el entramado de actores (municipios vecinos, instituciones de la seguridad social, sector privado).

Una segunda distinción vale recuperar del marco de análisis propuesto por Alonso, quien distingue entre “capacidades de gobierno” y “capacidades estatales”; las primeras, basadas en la capacidad de ejecución de políticas muchas veces de modo unilateral, no pueden —a juicio del autor— dar lugar al desarrollo de “capacidades estatales”. “Las capacidades de gobierno constituyen recursos de poder situacionales, emergentes de la interacción estratégica entre los actores en determinadas coyunturas; por lo tanto, pueden ser efímeras, volátiles y están disponibles sólo periódicamente” (Alonso 2007: 21). El derrotero del modelado de la trama de actores en el caso que analizamos en este trabajo pone en evidencia la utilidad de esta distinción conceptual.

II. Mirando en los orígenes...

Las “marcas de origen” prefiguran las coordenadas a partir de las cuales comprender el caso Malvinas Argentinas. La particular historia de este municipio estructuró una trama de actores de carácter residual: las sedes de las instituciones estatales, políticas y sindicales más importantes permanecieron en el partido de San Miguel, entonces ciudad cabecera del partido de General Sarmiento. Entre otros factores, esta historia explica que —en apenas una década— se fundara un nuevo entramado de actores organizado

desde el (y en torno al) actor más fuerte, el Municipio, fundándose lo que sus mentores denominaron el “Modelo Malvinas Argentinas”. La reconstrucción que hacemos en estas páginas busca desentrañar los atributos particulares de esta “marca” en sus continuidades y rupturas.

Pasando revista a los atributos particulares del territorio, los años posteriores a la división encuentran un partido con 290.691 habitantes que presenta valores bastante más críticos a los promedios del GBA: un 22,9 por ciento de población viviendo en hogares con NBI (más de cinco puntos por encima del promedio del resto de los partidos del GBA) y brechas muy superiores en el porcentaje de viviendas deficitarias (35,1 por ciento por sobre el 22,5 por ciento del promedio regional) según el censo de 2001 y que alcanza en el año 2010, 322.375 habitantes. En términos sanitarios, los indicadores hablan de una mortalidad infantil que en el año 2001 estaba en torno al promedio de los municipios de la segunda corona, con una tasa del 16,6 por mil¹³.

El municipio de Malvinas Argentinas (en adelante MA) está gobernado desde diciembre de 1995 por el mismo jefe comunal (Dn. Jesús Cariglino), quien recibió —como resultado de la división— una estructura sanitaria acotada a 21 centros de salud, dos hospitales municipales, una dotación de recursos humanos distribuidos —según sus propios protagonistas— sin ningún tipo de criterio en la proporción de especialistas y un establecimiento privado con internación de sólo veinte camas¹⁴. Con esta estructura sanitaria y dos años después de la asunción del nuevo gobierno comunal, comenzó a escribirse la política local de salud.

El sistema de salud de MA sufrió distintas transformaciones. Luego de dos gestiones anteriores, en el año 1997 asumió el mismo Secretario de Salud que aún permanece a cargo del área. A pesar de (o animado por) las limitaciones estructurales propias de los atributos del territorio resultante de la división, su gestión estuvo signada por una fuerte vocación de cambio y tuvo como antecedente inmediato las ordenanzas del año 1996¹⁵, inspiradas en las orientaciones de políticas de la década de los noventa. En aquella

¹³ Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Año 2001.

¹⁴ Ministerio de Salud de la Nación, DIS, Guía de Establecimientos de Salud, 2000. Clínica Privada Viamonte de Grand Bourg.

¹⁵ Ordenanzas Municipales 61/96 y 214/96 (Cravino 2000).

reforma local se definían responsabilidades dentro del sistema, se habilitaba a los hospitales a constituirse en entes descentralizados para recuperar (y gestionar de manera autónoma) los aportes de la población con obra social sindical o seguro de medicina privada y se instituía un sistema de arancelamiento de los servicios de salud (tanto del primero como del segundo nivel) para la población con capacidad de pago. En esos años, el arancelamiento de los servicios involucraba a la población residente en el partido y fue definiendo un rasgo mercantilizador que perdura en la actualidad, aunque haya sido abandonado como criterio para la propia población.

El recorrido de la política sanitaria de MA pasó por distintas transformaciones a partir de las cuales se fue modelando una estructura sanitaria que creció de 24 a 36 centros de atención primaria de la salud y de 54 (Cravino 2000) a 501 camas ubicadas en cinco establecimientos en el año 2007. Favorecido por la existencia de tierra vacante, el incremento en la dotación de establecimientos jugó también un papel muy importante en la construcción de una nueva centralidad urbana en un partido que atravesaba un proceso fundacional.

En línea con las orientaciones de la década de los noventa, se fueron delineando los rasgos que caracterizan a la política sanitaria local. Siguiendo las orientaciones dominantes en los procesos de ajuste-reforma de la década, al desafío de proveer servicios de salud a un 58,4 por ciento de población sin otra cobertura que la del subsector público, la política pública respondió con el arancelamiento de los servicios. En palabras de un alto funcionario de la Secretaría de Salud, seguía una secuencia que daba cuenta de cuatro momentos: político, económico, sanitario y social. Resulta muy sugerente el énfasis puesto por sus protagonistas en un orden en el que “político” significa margen de acción autónoma para plantearse sus propios objetivos, “económico” alude a la generación de financiamiento, “sanitario” enuncia la vocación por convertirse en un prestador de referencia, y “social” refiere a la llegada a la población en situación de vulnerabilidad, representada por la “entrega de prótesis”, “sillas de ruedas” y otros satisfactores. Esta posición confronta de manera explícita con las visiones normatizadas —según los protagonistas locales— en los “manuales”, esto es, que los programas deben ser (en primer lugar) de salud, luego sociales, en tercer lugar ganar sostenibilidad y, por último, gozar de autonomía en la toma de decisiones¹⁶.

¹⁶ Entrevista a un alto funcionario de la secretaría de Salud, septiembre de 2007.

III. Una apuesta por modelar la trama de actores

Una consideración particular merece el entramado de los actores que sostiene —por acción u omisión— la política local y su estructura sanitaria. Como anticipábamos, la historia de constitución del partido de MA dio como resultado un entramado en el cual las instituciones locales con historia permanecen en la cabecera del ex partido de General Sarmiento (actual municipio de San Miguel). La centralidad de la figura del secretario de salud y su estrecha relación con el intendente municipal, son atributos que caracterizan al entramado que sostiene la política local.

Los actores profesionales y gremiales, activos en la resistencia a los procesos de ajuste-reforma en sus momentos germinales, terminaron —promediando el año 2003— muy debilitados en su capacidad de incidencia en el rumbo de la política local. “El enfrentamiento con el Colegio de Médicos del Distrito V y la CICOP¹⁷ terminó con el pase a contrato de locación de obra de la mayor parte del personal” (García 2009: 56). Algo antes, y finalizando los años noventa, un destino similar habían tenido las asociaciones cooperadoras de los hospitales municipales a las que se les quitó el reconocimiento municipal, trasladándolo hacia una institución nueva, la “Asociación Cooperadora Malvinas Salud”, responsable en la actualidad del cobro del bono por prestaciones en todos los establecimientos.

Los actores supralocales parecen tener muy baja gobernabilidad sobre la política local y cuando aparecen en esa arena lo hacen validando las orientaciones sostenidas por las autoridades locales; nos referimos en particular a las altas figuras de los Ministerios de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Nación. No parece haber sido éste el posicionamiento de la Región Sanitaria V del Ministerio de Salud de la Provincia, aunque sin los apoyos suficientes desde el nivel central para llevar adelante la iniciativa de articulación de una red regional. El derrotero del conflicto en torno a la acreditación de establecimientos (ver sección IV de este trabajo) en el que resultó triunfante la posición municipal, es elocuente de esta baja gobernabilidad de los actores supralocales sobre lo que sucede en el municipio (ver Figura 1).

En la arena local se encuentran pocos actores más allá del municipio, aunque las entrevistas con distintos funcionarios municipales —y las orde-

¹⁷ Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

nanzas y decretos municipales— dan cuenta de la existencia de empresas prestadoras de servicios (en cirugías, diagnóstico, salud mental, entre otras) relacionadas con la gestión municipal. Aun con dudas en relación con sus atributos para ser considerados “actores”, cabe mencionarlos en tanto en cuanto podrían ser el medio a través del cual se expresan los intereses de una parte de los profesionales en la construcción de la política local. Sin poder documentarlo más allá de los testimonios y las denuncias relevadas en los periódicos¹⁸, instituciones de la seguridad social, las obras sociales sindicales y el INSSJP/PAMI, desde el año 2005 aparecen involucrados como contratantes de servicios de salud municipales¹⁹. Así, la autonomía relativa respecto de los actores provinciales y nacionales se ve fortalecida por un conjunto de articulaciones con otros actores del sector.

En síntesis, el entramado local —limitado básicamente a la figura del secretario de Salud y del intendente municipal— fue ganando gobernabilidad sobre los demás actores, tanto del subsector salud como de la seguridad social. El conflicto con los actores gremiales y profesionales parece haber sido crucial para posibilitar el desarrollo del sistema municipal.

Creciendo en la captación de los recursos derivados de la coparticipación²⁰, las apuestas de la política local se orientaron a garantizar la máxima resolución de las necesidades de derivaciones en hospitales y centros de diagnóstico bajo la órbita municipal. Esta búsqueda de autonomía técnico administrativa en la capacidad de resolución del sistema estuvo basada en la creación de servicios de alta complejidad, iniciativa que convivió con esfuerzos —desiguales y no siempre exitosos— de constituir a los efectores del primer nivel como “puerta de entrada” a un sistema cada vez más complejo y también costoso. La construcción de autonomía técnico administrativa para la resolución de derivaciones a expensas de la dependencia de los recursos captados por la coparticipación, es una de las paradojas que caracteriza al autodenominado “Modelo Malvinas”: “... la primer premisa que tiene el intendente es el programa de salud, cuando nosotros asumimos, él quería resolver el 100 por ciento de la patología del habitante de Malvinas de salud, lo cual, traducido, quería todos los niveles de complejidad” (entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, septiembre de 2007). Esta tensión entre autonomía y dependencia de recursos externos se resolvió aprovechan-

¹⁸ Diario *La Política On line*, 04/11/2009 y 19/04/2010; diario *Clarín*, 15/04/2006.

¹⁹ Entrevista a dirigente de la CICOP, agosto de 2008 (García, 2009).

do un nuevo cambio del contexto. La apertura del INSSJP/PAMI y la incorporación de los hospitales públicos a su red de prestadores en el año 2005 encuentran una demanda de población con cobertura, aunque no necesariamente residente en MA.

A continuación, pondremos el foco en la atención, realizando una reconstrucción de los conflictos que atravesó la construcción de una particular estructura prestacional, para finalizar con un sintético análisis de las dimensiones de la gestión y del financiamiento que hacen posible este modelo de atención.

IV. “Batallas” en la construcción de la estructura prestacional

Como venimos planteando, la estructura sanitaria de MA tiene una historia relativamente breve y reconoce un punto de clivaje en la crisis de 2001/2003. En aquellos años y especialmente en sus momentos más críticos, se produce en el municipio un incremento en la dotación de camas. Entre el Hospital Materno Infantil “Mohibe Akil de Menem”, el Hospital Oftalmológico, el Instituto Geriátrico “Nuestros Abuelos” y el Hospital “Ramón Carrillo”, que en el año 2001 sumaban 187 camas²¹, al año 2007 sumaban 501²², consolidando un incremento del 167 por ciento. Como consecuencia, aumentó también la cantidad de egresos en un 121 por ciento, pasando de 11.685 en el año de la crisis a 25.915 en el año 2007²³.

²⁰ Cabe destacar que el régimen de coparticipación de la provincia de Buenos Aires incluye desde el año 1987 un conjunto de indicadores de carácter devolutivo destinados a compensar la incidencia que en el gasto municipal tienen los servicios de salud. Dichos indicadores fueron convirtiéndose en un incentivo franco al desarrollo de servicios del segundo nivel y de complejidad. Para un desarrollo mayor del régimen y sus consecuencias, ver Chiara, Di Virgilio y Ariovich, 2010.

²¹ Se trata no obstante de una dotación bastante superior con la que encontró al municipio en el momento de su creación.

²² Son camas comprendidas en los siguientes establecimientos: Centro de Alta Complejidad Cardiovascular “Presidente Perón” (que con el Hospital Oftalmológico, Odontológico formaron el “Polo Sanitario MA”), el Hospital Municipal de Trauma y Emergencia “Dr. Abete”, el Hospital de Salud Mental “Evita” de Grand Bourg y el Centro de Nefrología y el Hospital Pediátrico “Mary Gervasoni”.

²³ Elaboración propia con base en datos de la “Guía de Establecimientos Asistenciales 2001 y 2007” y los “Rendimientos de Establecimientos con y sin Internación de Dependencia Provincial, Municipal y Nacional - Prov. de Bs. As. - 2001 y 2007”, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La apuesta por ampliar la dotación de los efectores municipales se expresó en variaciones muy importantes en la cantidad de camas públicas por cada 1.000 habitantes (municipales en este caso), indicador que pasó de 0,64 a 1,56, distanciándose del valor promedio de los partidos del GBA (0,96 camas/1.000 habitantes) y acercándose a un promedio provincial algo más elevado (1,88 camas/1000 habitantes), pero inferior a los estándares internacionales (2,5 a 4,75 camas/1.000 habitantes según el rango de población²⁴)²⁵.

Si el incremento de la estructura hospitalaria²⁶ parece responder a la necesidad de mejorar la cantidad de plazas de internación para los habitantes de MA, y aumentar la autonomía del municipio para garantizar las necesidades de internación, es sugerente que este proceso haya tenido lugar a pocos meses de declarada la emergencia sanitaria nacional²⁷ y también municipal²⁸; hacemos referencia a la creación del Hospital Domiciliario, al Centro Municipal de Alta Complejidad y al Polo Sanitario del Hospital Municipal “Mary Gervasoni”, al Hospital de Salud Mental “Evita” de Grand Bourg y al Centro Municipal de Diagnóstico, todos en el año 2002²⁹.

Este período es interpretado de modo diferente en los testimonios relevados. La crisis como “oportunidad” está explícitamente presente en la palabra de los funcionarios municipales, asociada a la posibilidad de “poner línea” a los prestadores (“se convirtieron casi en socios”), a los profesionales y a sus organizaciones gremiales a través de la modificación de las condiciones de contratación. Los actores gremiales, sin embargo, refieren no sólo al problema de la precarización de los trabajadores, sino también a la facturación fraudulenta de prestaciones realizadas a algunas obras sociales sindicales y, posteriormente, al INSSJP/PAMI.

²⁴ En poblaciones menores a 25.000 habitantes, 2,5 a 3 camas por 1.000 habitantes; en poblaciones de entre 25.000 y 100.000 habitantes, 3 a 4 camas por 1.000 habitantes; y en poblaciones mayores a 100.000 habitantes entre 4 y 4,75 camas por 1.000 habitantes.

²⁵ Elaboración propia con base en datos de la “Guía de Establecimientos Asistenciales 2001 y 2007” y los “Rendimientos de Establecimientos con y sin Internación de Dependencia Provincial, Municipal y Nacional - Prov. de Bs. As. - 2001 y 2007”, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

²⁶ Ordenanzas Municipales 431/01; 522/02; 523/02; 533/02.

²⁷ 19/01/2002, DN 486/02. Declaración de Emergencia Sanitaria Nacional.

²⁸ 24/05/2002, Ordenanza Municipal 533/02. Declaración de Emergencia Sanitaria Municipal.

²⁹ Ordenanzas Municipales 431/01; 522/02; 523/02; 533/02.

Volviendo a la evolución de la estructura sanitaria, el incremento en la capacidad instalada de los efectores municipales estuvo atravesado por distintos tipos de tensiones, especialmente al momento de acreditarlos (en cantidad de camas y en complejidad) para recibir recursos desde la provincia en concepto de coparticipación en salud. Pasada la crisis, y habiéndose inaugurado gran parte de los establecimientos con internación, la solicitud del municipio para acreditar 30 camas y un nivel de complejidad IV realizada ante el Consejo Sanitario³⁰ a mediados del año 2004 dio lugar a una contrapropuesta de la Dirección de la Región Sanitaria V. Dicha contrapropuesta buscaba relacionar el aporte adicional de coparticipación que resultaría de la acreditación de las camas y del aumento de la complejidad al compromiso de realizar prestaciones a los hospitales de la subregión oeste de la región (José C. Paz, Pilar, Moreno, San Miguel y Malvinas Argentinas). Dado el incremento de camas y complejidad del que ya se había beneficiado en transferencias de coparticipación³¹, el estudio técnico realizado por la Región Sanitaria V proponía condicionar la asignación del “nivel de complejidad IV” al compromiso del municipio de participar de la red prestacional de dicha subregión aportando las siguientes prestaciones: neurocirugías, UTI con diálisis, UCO, cirugía cardiovascular de adultos, cirugía cardiovascular pediátrica, hemodinamia, TAC, RMN, medicina nuclear y ecodoppler³². En la propuesta, los municipios suscribirían un

³⁰ Se trata de espacios instituidos en la normativa de creación de las regiones sanitarias que data del año 1966, reformada en el año 2006. Son espacios regulares de encuentro de los directores de los hospitales provinciales y los secretarios de Salud de los municipios que forman parte de la región sanitaria. La dinámica de funcionamiento consiste en dos o tres encuentros anuales con contenido político-simbólico. En el caso de la Región Sanitaria V (donde está localizado el municipio de MA) se organizan encuentros de trabajo a nivel subregional. La acreditación de establecimientos (en camas y complejidad) es uno de los temas de agenda más estructurales de este espacio de articulación, en tanto en cuanto es responsabilidad de sus miembros (con la asistencia técnica del equipo regional) la elaboración de los informes para la habilitación de los servicios. Se trata de una decisión relevante, ya que esta decisión define el 65 por ciento del monto que se pagará a cada municipio en concepto de coparticipación en salud. La orientación y la fortaleza de este espacio de articulación están estrechamente vinculadas al papel que asume la región sanitaria como instancia de desconcentración administrativa.

³¹ Conforme los criterios de distribución de la coparticipación en la provincia, los incrementos más significativos en el componente salud devienen del incremento de camas y del nivel de complejidad con el que acredita cada establecimiento.

³² Región Sanitaria V, “Informe regional de altas y categorización de establecimientos de alta complejidad”, junio 2004.

convenio comprometiéndose a que sus sistemas locales de salud funcionasen sobre la base de la atención primaria de la salud (incluida la reorganización de los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) bajo el criterio de “población a cargo”, la ampliación del horario de atención y la eliminación de las barreras a la accesibilidad, la jerarquización de centros de referencia y el establecimiento de un sistema de referencia y contra referencia con los hospitales locales³³) y en el marco de lo establecido por el Plan Federal de Salud.

Las tensiones que tuvieron lugar en torno al modelado de esta propuesta hicieron que fuera desestimada habilitándose el nivel de complejidad solicitado por el municipio de MA, a partir de lo cual las derivaciones se resolvieron por acuerdos bilaterales que no tuvieron como referente a la región. En el acto de presentación del Plan Provincial Invertir en Salud 2005, en el que estuvieron presentes el ministro de Salud de la Nación, de la Provincia y el Gobernador, el Intendente municipal sostuvo: “Esto ha hecho que trabajáramos duramente para recategorizar nuestros hospitales, de tres a cuatro. Y así fue, el ministro me escuchó, me escuchó el gobernador, sé que hubo un gran trabajo de ellos para lograr un equilibrio justo y para premiar a quienes trabajamos y a quienes habíamos invertido mucho en salud, que en el primer año fue de 7 millones, y para no hacerla muy larga, este año será de 46 millones de pesos” (periódico *Aquilanoticia*, 29/12/2006).

Según registro periodístico, posteriormente a las palabras del Intendente municipal, el Ministro de Salud provincial resaltó: “... que la recategorización de 3 a 4 y lo que él decía, pasar de 7 millones de la coparticipación de salud a 46 millones, no es producto de la casualidad, no es ningún regalo, sino que es resultado del trabajo de la gente de Malvinas Argentinas y la respuesta de un gobernador que ha establecido un sistema de premios para los que trabajan y castigo para los que no lo hacen” (periódico *Aquilanoticia*, 29/12/2006).

Los debates e intercambios en torno a la recategorización de los establecimientos con internación de Malvinas Argentinas fueron cerrados con las palabras del Gobernador: “... la salud seguirá siendo manejada en una fuerte articulación con los municipios, con una fuerte relación con los directores de los hospitales, sabiendo exactamente qué les pasa y cómo están cambiando las cosas (...) yo felicito tanto al “negro” Schwab (secretario de

³³ Modelo de convenio propuesto por la Dirección de la Región Sanitaria V para viabilizar esta propuesta.

Salud municipal) como a todo su equipo de acá por lo que han hecho en Malvinas, los felicito especialmente. Decía Ramón Carrillo: que frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causas de enfermedad son unas pobres causas, las causas están siempre en los problemas de los hombres y esos problemas se corrigen desde la conducción y desde los gobiernos” (periódico *Aquilanoticia*, 29/12/2006).

La reconstrucción de este conflicto muestra la potencialidad del espacio regional para modelar acuerdos, como así también sus debilidades en la trama de las relaciones intergubernamentales entre la provincia y algunos municipios, y entre los municipios vecinos para sostenerlos. Las deficiencias de los mecanismos de registro y control potenciaron la discrecionalidad del actor municipal en un juego de fuerzas en el que logró maximizar sus intereses en función del desarrollo de sus apuestas. Como resultado más evidente, pasó a convertirse en el prestador de alta complejidad más importante de la región, con márgenes de autonomía técnico-administrativa y política suficientes para trascender no sólo las fronteras de su territorio municipal sino también las del subsector público, posicionándose también como prestador con las obras sociales y el INSSJP/PAMI.

El carácter paradójico de la política local se expresa también en la particular gestión de los tiempos. Así como en el contexto de la crisis se avanzó en la ampliación de camas para internación, la creación de establecimientos y el aumento de la complejidad, la salida de la crisis (y a contrapelo consciente de las recomendaciones en materia de política sanitaria) fue el tiempo de la atención primaria. Los registros hemerográficos y el relevamiento del Boletín Oficial Municipal muestran en el período 2003 a 2005 el desarrollo de una rutina de operativos de empadronamiento de beneficiarios del Programa “Pueblo Chico”.

Declarando en su artículo primero la finalización de la emergencia sanitaria municipal, la ordenanza 622 del año 2003 creó el “Programa Municipal de Educación, Seguridad y Salud ‘Pueblo Chico’” cuya finalidad era: “... permitir al habitante de Malvinas Argentinas acceder libremente a todos los niveles de complejidad de los efectores públicos del sistema de salud municipal, tomando como punto de partida al médico de familia, constituido en el verdadero eje del sistema...”, y “... centralizar la prevención a partir de la educación de la propia comunidad con las características inherentes a cada zona geográfica del municipio” (Ordenanza Municipal 622/03).

Estas iniciativas se desarrollaron a partir del año 2003 en los 36 centros de salud que se denominaban Unidades Funcionales (UF) y que iban a articular, en torno a las prestaciones de salud, acciones de desarrollo social y también de seguridad; se trataba de 10 centros más que los que había en el año 2001. Cabe destacar que estas iniciativas conviven con la inauguración de nuevos establecimientos y la adquisición de complejos equipamientos para diagnóstico, cirugías y tratamiento.

La “secuencia alta complejidad primero, atención primaria después” es justificada por los funcionarios municipales desde una lógica que salió a buscar la demanda recién cuando estuvieron dadas las condiciones para poder garantizar el tránsito en el sistema. Desde la mirada de un alto funcionario municipal se explica así: “Nosotros fuimos creciendo esos seis primeros años en segundo nivel y en alta complejidad, cuando nos preparamos y pudimos empezar a dar respuesta, ahí largamos fuerte la atención primaria” (entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, septiembre de 2007).

Aun teniendo en cuenta las limitaciones que supone caracterizar los cambios desde indicadores cuantitativos, la dotación de los establecimientos del primer nivel del municipio de MA está algo por encima del promedio regional: mientras que en los partidos del GBA en el año 2007 existía un CAPS cada 9.500 habitantes, en el municipio de MA cada unidad funcional del Programa “Pueblo Chico”, cubría en promedio 8.900 habitantes; estos valores representan una mejora en la dotación de establecimientos respecto al año 2001, cuando existía un centro de salud cada 11.300 habitantes. Aun cuando las comparaciones deban realizarse en relación con la cantidad de horas por especialidad, esta aproximación resulta útil para dar cuenta de la variación relativa de establecimientos en el período analizado.

Con un ritmo levemente inferior al que pudo advertirse en el incremento de camas y de egresos, crecen también las consultas ambulatorias en casi un 100 por ciento y bastante menos las odontológicas. Si bien se trata de prácticas realizadas tanto en el primero como en el segundo nivel, desde el año de creación del programa “Pueblo Chico” el porcentaje de consultas del primer nivel pasó del 50,6 por ciento en el año 2004, al 78,4 por ciento en el año 2007³⁴.

La reconstrucción realizada hasta aquí encuentra otros matices si se indaga en los servicios que prestan efectivamente los establecimientos de

³⁴ Datos recuperados del Tablero de Mando del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 30/07/10. Disponible en <http://tablero.ms.gba.gov.ar/tablero>.

salud. Los establecimientos del segundo nivel de atención contaban en el 2007 con la totalidad de las especialidades médicas, odontología, oftalmología y salud mental en consultorios externos. En los últimos años del período analizado y en paralelo con el desarrollo del primer nivel de atención, se fue consolidando el liderazgo en cirugías, asociado a la incorporación de equipamiento de alta complejidad (vía adquisiciones o a través de contrataciones de equipos profesionales con el equipamiento)³⁵.

Las nuevas iniciativas conviven con cambios casi permanentes que suponen replanteos de su organización, tendiendo a la optimización de su uso; nos referimos a la concentración de servicios de diagnóstico, la derivación de las personas con enfermedades crónicas a establecimientos municipales pero de menor complejidad, la creación de hospitales de día y a la creación de un hospital domiciliario.

Con relación al primer nivel de atención, los datos relevados por la Región Sanitaria V entre los meses de mayo y julio de 2007 permiten caracterizar la oferta de prestaciones desde una fuente confiable, como son los Formularios de Declaración Obligatoria de Consultas. Estos datos fueron indagados con relación a la cobertura de las especialidades básicas de la atención primaria de la salud (ginecología o toco ginecología, pediatría, clínica médica o medicina general) y la existencia de otro tipo de especialidades. Sobre 32 efectores, 26 establecimientos (el 81 por ciento) no contaban con todas las especialidades básicas. Cabe destacar que se trata de valores que están bastante por debajo del 37,7 por ciento que es el promedio para los seis municipios relevados de la región V³⁶. Sólo seis establecimientos (el 14,3 por ciento) contaban entonces con las especialidades básicas, obstetricia, otras especialidades médicas y paramédicas. Atenuando estas brechas, debe considerarse que, en la gestión local de Malvinas, la figura del médico de familia puede estar resolviendo prestaciones de obstetricia y de pediatría.

A la fotografía de las especialidades hay que sumarle la implementación, a través de esta estructura, de programas verticales tales como el materno infantil, de lactancia materna, PRODIABA, TBC, HIV/SIDA. Asimismo, existen dos programas en los que se articula la entrega de alimentos con la atención de la salud; hacemos referencia al Programa de Desnutrición Mu-

³⁵ Entrevista a un funcionario de la Secretaría de Salud Municipal, marzo de 2010.

³⁶ Se trata de los municipios de San Fernando, Tigre, Malvinas Argentinas, Moreno, San Miguel y José C. Paz.

nicipal (FAMIPRO) y al Programa Municipal para la Nutrición de la Infancia y la Familia (PROMUNIF).

La apuesta por asociar la capacidad de llegada de los efectores del primer nivel de atención a la política de seguridad es conceptualizada en el discurso municipal desde la definición de salud de la OMS e incluida en el “Programa Municipal de Educación, Seguridad y Salud ‘Pueblo Chico’”. Esta iniciativa consiste en colocar en cada Unidad Funcional u Hospital un buzón para que los vecinos realicen denuncias sobre “venta de estupefacientes”, “cobro de coimas”, “robos”, “existencia de desarmaderos de autos”, etc. Esta asociación de la seguridad a la salud es expresión de un paradigma que busca aprovechar las relaciones de proximidad que se construyen en la atención organizando mecanismos de control social en la escena barrial; aun advirtiendo acerca de su significado, cabe interrogarse sobre cuánto y cómo esta iniciativa refracta en el nivel de los efectores del primer nivel, aspecto abordado por el componente de micro implementación de la investigación en la que se origina este trabajo.

Un dato a destacar de la gestión de las UF es que hasta 2006 la coordinación estuvo a cargo de trabajadoras sociales y, en el último año, comenzaron a incorporarse a la función, en algunos casos, profesionales médicos.

A pesar de la apuesta por desarrollar una mayor dotación del sistema, no se encuentran en MA dispositivos orientados a la mejora de la accesibilidad que pusieron en práctica los municipios de la región. No se dispone de un sistema de turnos programados para acceder a las consultas en el primer nivel, mientras que las consultas en el segundo nivel son concertadas, según testimonios de sus funcionarios, desde las UF por el personal administrativo de los centros³⁷.

Otro dispositivo de accesibilidad desarrollado por una parte importante de los municipios de la región es el servicio municipal de emergencias médicas y traslados. Si bien el municipio dispone de ambulancias, el sistema de salud de MA no ofrece este tipo de servicio que, sin embargo, existía en aquellos años en otros municipios del GBA, como San Isidro, San Fernando, Morón, Florencio Varela y Quilmes.

³⁷ Entrevista a funcionario de la Secretaría de Salud Municipal, septiembre de 2007.

V. Una mirada sobre la atención: construyendo los “beneficiarios” del sistema local

En la salida de la crisis y expresando procesos inversos a los sufridos por el resto de las instituciones públicas de salud, la política sanitaria municipal logra hacerse de los recursos necesarios (tanto en camas como en complejidad) para alcanzar importantes niveles de autonomía en su dimensión técnico administrativa y también política, respecto de las autoridades nacionales y provinciales.

Aunque se trata de un rasgo que se esbozaba en sus inicios, consolidados estos recursos aparece con más énfasis otro perfil de beneficiario. A la población residente en MA se suma un beneficiario de distinto tipo; se trata de población que, aunque residente en otros partidos, está afiliada al sistema de obras sociales sindicales y al INSSJP/PAMI o (en menor medida según los testimonios) dispone de seguros de salud privados. El cambio en las condiciones de contratación del INSSJP/PAMI es aprovechado desde el municipio especialmente en las prestaciones de los establecimientos del segundo nivel³⁸.

Si bien no se dispone de datos sobre el porcentaje de la estructura que es ocupada por la población residente en el partido, las entrevistas realizadas con los funcionarios municipales responsables hablan de alrededor del 40 por ciento de esa dotación utilizada en el año 2007 por población no residente pero que posee algún tipo de cobertura³⁹, en particular población cubierta por el INSSJP/PAMI.

El encuadre para uno y otro tipo de beneficiario discurre por marcos institucionales diferentes, aunque siempre asumiendo —de manera explícita— que en el sistema público existen reglas de juego suficientes para que, en palabras de un alto funcionario de la Secretaría de Salud municipal, no existan “indigentes”, es decir, que todas las prestaciones que se realizan puedan tener (al menos) una fuente de financiamiento: “La Ley de Coparticipación dice: más hago y más servicios doy, más te pago. La de Autogestión

³⁸ En un medio de prensa se alude a una particular relación con la UGL de San Martín por la cual los afiliados residentes en San Martín, José C. Paz, Tres de Febrero, San Fernando y Malvinas Argentinas se derivan a los establecimientos de Malvinas Argentinas en los últimos años del período analizado (diario *La Política On Line*, 4/11/2009).

³⁹ Entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, septiembre de 2007.

dice: todo paciente con obra social o prepaga te lo pago. Y la Cooperadora dice: todo aquel que quiera aportar un bono está en su justo derecho. Entonces, ¿cuál es el indigente? Desde el punto de vista económico es aquel que no tiene nada. Bien... en el nivel público, no hay. Porque no existe, si todos pagan, en algunos casos doble” (entrevista a funcionario de la Secretaría de Salud, agosto de 2007).

Para la población residente, la definición de las condiciones de incorporación y tránsito dentro del sistema están reguladas desde el año 2003 por el Programa “Pueblo Chico”, cuyo propósito es garantizar el acceso a todos los niveles de complejidad; integra también al servicio de médico de familia, en funcionamiento tres años antes en consultorios particulares. Cabe destacar que este antecedente introducía dos innovaciones respecto de los modelos de gestión generalizados en la región: por una parte, la incorporación del pago per cápita en el primer nivel y la participación de los profesionales en los ingresos derivados de las obras sociales sindicales (aspecto sumamente cuestionado por los actores gremiales), y, por otra, la habilitación de consultorios particulares bajo el principio de población a cargo en la órbita municipal.

Con un segundo nivel más consolidado, el programa “Pueblo Chico” recupera la existente figura del médico de familia en el primer nivel de atención como “puerta de entrada” y organizador del tránsito de la población en el sistema. En los meses posteriores a la crisis, una importante cantidad de operativos de empadronamiento fueron publicados en la prensa local⁴⁰ y dan cuenta del interés del municipio por captar población, encuadrar la demanda a través de las UF y ordenar su posterior tránsito por el sistema; el único requisito para incorporarse en el programa era poseer Documento Nacional de Identidad. Cabe destacar que esta iniciativa coincide con la implementación en el Gran Buenos Aires del Programa Remediar, que condicionaba la distribución de los botiquines en los denominados CAPS a la gratuidad de las consultas, proceso que era monitoreado por operadores de la Cruz Roja y Caritas. Aunque los impactos de este programa fueron desestimados por los funcionarios municipales en los años posteriores a la crisis, los datos disponibles hablan de un programa que pasó de entregar 609 botiquines en el año 2003 a 1.492 en el año 2007⁴¹.

⁴⁰ Periódico *Aquilanoticia*.

⁴¹ Ministerio de Salud de la Nación, Programa Remediar, botiquines entregados efectivamente.

La tradición de arancelamiento forjada en los primeros años de la gestión de salud de MA se fue diluyendo, dando paso a la recuperación de facturación por parte de las obras sociales sindicales y INSSJP/PAMI. La encuesta de puérperas realizada periódicamente por la Región Sanitaria V mostró niveles de arancelamiento en el control de embarazo que descendían, siempre sin contar la realización de ecografía.

Según este programa, el médico de familia es el responsable de evaluar consultas por sí mismo o bien determinar la necesidad de realizar estudios complementarios, interconsultas con especialistas o proceder a la atención programada. Ejerce una función clave como “puerta de entrada” al sistema a partir de su capacidad para emitir una “orden de prestación de libre accesibilidad”, la cual permitirá realizar la prestación solicitada en cualquiera de los hospitales y servicios del municipio.

Los grupos materno-infantiles son los beneficiarios privilegiados del Programa “Pueblo Chico”: el Subprograma de Pediatría (PIBE)⁴², que atiende a niños de entre 30 días y 14 años y el Subprograma de Salud Materno Infantil (Mamá Mía)⁴³, orientado a la salud de las embarazadas y el recién nacido. Estos subprogramas definen la población a la cual asegurar la atención global y gratuita, el perfil de los profesionales que estarán a cargo y los estudios e interconsultas obligatorias según necesidades del grupo etario. Cabe destacar que el programa alcanza la atención y las prestaciones desarrolladas en los centros de salud, hospitales y consultorios particulares.

El segundo grupo de beneficiarios del sistema (y a juicio de sus responsables cada vez más numeroso) es la población no residente, cuyo acceso está condicionado, en la mayoría de los casos, a la disponibilidad de alguna cobertura de salud. Existen también algunos convenios celebrados con el Ministerio de Salud de la Provincia, de la Nación o bien con otros municipios a través de los que se resuelven las derivaciones de población sin cobertura.

El encuadre a través del cual accede la población no residente se basa en el siguiente marco institucional:

- a. La figura del “Hospital Público de Gestión Descentralizada”, en la que se encuadran los establecimientos de MA,

⁴² Ordenanza Municipal 737/04.

⁴³ Ordenanza Municipal 732/04.

que habilita a celebrar convenios con las obras sociales sindicales incluidas en la LN 23.660, a cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales sindicales, mutuales y empresas de medicina prepaga, y a integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos y/o privados⁴⁴.

b. Complementariamente, la “Asociación Cooperadora de Salud Malvinas Argentinas” (que unificó la acción de las existentes en los hospitales y en los centros de salud a través del Decreto Municipal 235/98) permite cobrar un bono contribución a aquella demanda sin cobertura de obra social que no reside en el partido de MA.

Así definidos los beneficiarios, existiría una diferenciación —al menos en el diseño de la política— en los modos como se buscaba organizar el tránsito dentro del sistema, en particular, con relación a las derivaciones en complejidad, diagnóstico y tratamiento.

a. La población sin cobertura de algún seguro residente en el partido debería ingresar al sistema a través del médico de familia, responsable de derivar a los usuarios para las interconsultas y los estudios de diagnóstico normalizados. En estos casos, el empadronamiento parece ser —siempre en el diseño de la política— una condición para la atención y las interconsultas con los especialistas del segundo nivel, las que deberían ser coordinadas desde los centros de salud.

b. Por otra parte, la población que dispone de alguna cobertura de salud (INSSJP/PAMI u obras sociales sindicales, resida o no en el partido) podría transitar por el sistema sin pasar por aquella “puerta de entrada”, con las limitaciones propias de su cobertura de salud y abriendo la posibilidad de recupero de parte del municipio a través de los marcos regulatorios antes mencionados.

⁴⁴ Según lo instituido por el Decreto Nacional 578/1993 (Régimen de Hospital Público de Autogestión), modificado en el año 2000 por el DN 939.

Aunque se trata de orientaciones esbozadas en los instrumentos y destacadas en el discurso de los funcionarios municipales, el estudio en el nivel de la micro implementación puso en cuestión la capacidad que tienen estos lineamientos de configurarse en reglas de juego efectivas que coadyuven a la construcción de niveles diferenciales de acceso (Ariovich y Jiménez 2012).

VI. Forjando las condiciones de la gestión y del financiamiento

Aunque las características de un modelo de salud se juegan en el plano de la atención, resulta necesario entender los rasgos que, en la gestión y el financiamiento, explican su sostenibilidad. En el plano de la gestión de la política sanitaria de MA es donde se encuentra la mayor cantidad de iniciativas. Tal como hemos planteado en el inicio, las características del entramado de actores, la capacidad de adaptación al contexto y la unilateralidad como capacidad de gobierno (Alonso 2007) explican la dinámica de la política en el nivel macro institucional.

La flexibilización de las formas de contratación de recursos humanos es, a juicio de los actores gremiales⁴⁵, el primer rasgo diferenciador de la política local en Malvinas Argentinas. A la modalidad tradicional de incorporación de los profesionales en salud, correspondiente a la Carrera Médico Hospitalaria LP 10.471⁴⁶ en la que permanece apenas un 20 por ciento⁴⁷ de la estructura de personal, sumaron —progresiva pero sostenidamente— otras formas más flexibles, asociadas a la productividad del sistema y, por ende, al flujo del financiamiento. Se trata de locaciones de obra de profesionales por módulos de atención en las UF como monotributistas que, en el caso del primer nivel, incluyen cantidad de prestaciones y talleres; en los primeros tiempos, esta modalidad afectó sólo a los profesionales médicos y, posteriormente, fue incorporando al personal de enfermería. Es importante reiterar que esta asociación de las modalidades de contratación a la productividad busca aprovechar las condiciones del contexto (en particular aquellas deriva-

⁴⁵ Entrevista a dirigente de la CICOP, agosto de 2008.

⁴⁶ <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-10471.html>

⁴⁷ Dadas las dificultades para acceder a nóminas de personal según modalidad de contratación, se consignan los valores vertidos por los funcionarios en las entrevistas (alto funcionario de la Secretaría de Salud, septiembre de 2007, y funcionario del área de Contrataciones, marzo de 2010).

das de los criterios de distribución de la coparticipación y la posibilidad de facturar a obras sociales y al INSSJP/PAMI), produciendo mejoras en el financiamiento del sector; en palabras de un alto funcionario municipal: “Más hago, más cobro”⁴⁸. Estas formas de contratación se han combinado en muchos casos con las becas del Programa Médicos Comunitarios, haciéndolas jugar como “recurso” en el contexto de la estrategia local.

Un segundo rasgo distintivo asociado a servicios más específicos del segundo nivel es la adopción de otras modalidades —habitualmente utilizadas en el sector privado— que suponen convocatorias a distintas licitaciones públicas, que pueden incluir también la provisión de equipamiento⁴⁹.

Por último, el desarrollo de la oferta de instancias de formación (en acuerdo con universidades) ha generalizado la incorporación de becarios residentes en los distintos niveles de servicios, tanto de profesionales médicos como en enfermería.

Desde sus mentores, existiría una asociación necesaria entre “alta complejidad” y modelo de contratación: “Cuando se trae calidad y mucha complejidad, los médicos por \$570 no quieren venir y es lógico porque una cirugía cardíaca, por ejemplo, se abona \$10.000 de honorarios médicos. Entonces, Malvinas Argentinas tiene mucha complejidad y muchísima calidad, tiene un modelo de contratación por honorarios, esto significa que si un profesional atiende a un paciente y lo opera, cobra por ese paciente. Como sucede en el Hospital Italiano, La Fundación Favalaro, o tantas otras instituciones” (Testimonio del secretario de Salud en *Aquilanoticia*, 30/01/2003).

La utilización de las modalidades de contratación por locación de obra se habilita a mayor escala, posteriormente, a partir de la declaración — en octubre de 2005— de la imposibilidad técnica de atender a la demanda de prestaciones de salud (Decreto Municipal 4.708/05) por parte de la planta municipal, por carecer de profesionales (a juzgar por la enunciación de sus Anexos I y II) en la totalidad de las especialidades médicas⁵⁰. Aunque se trata de un recurso institucional disponible para la administración públi-

⁴⁸ Entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, septiembre de 2007.

⁴⁹ En el relevamiento legislativo se encontraron llamados a licitación para contratación de servicios para atención de enfermos crónicos, de salud mental y adicciones (Decreto Municipal 3927/06; 3929/06 y 69/07); un alto funcionario de la Secretaría de Salud aludió a la contratación para la realización de cirugías (18/9/07).

⁵⁰ Se trata de la utilización del recurso habilitado por el artículo 148 de la Ley Orgánica de las Municipalidades.

ca, la posibilidad de utilizarlo con este fin y una vez consolidado el crecimiento en cantidad de camas y complejidad, da cuenta de una importante capacidad de disciplinamiento (en el sentido del poder unilateral al que refiere Alonso) del entramado de actores, en particular de los gremios, ya que no se advierten en la prensa registro de conflictos.

Aunque no se pudo acceder a información confiable sobre la dotación de personal en sus distintas modalidades, la reconstrucción realizada del presupuesto municipal muestra (como una aproximación a ese dato) un descenso en la participación del gasto en personal con relación al presupuesto total de salud (de alrededor del 40 por ciento en el año 2001 al 23 por ciento en el año 2007). Cabe destacar que más de la mitad de aquel porcentaje del año 2007 se gasta en pago de los residentes. Esa disminución parece haber sido absorbida en el incremento de las partidas en concepto de contrataciones de servicios de equipos profesionales para el segundo nivel, que pasó de ser el 28 por ciento del gasto en la finalidad salud al 59,33 por ciento⁵¹.

La flexibilidad de la política local para generar iniciativas se evidencia también en el replanteo permanente de su organización, tendiendo a optimizar el uso de los recursos; la creación de establecimientos y servicios, los cambios permanentes en su organización y sus consecuencias en la reasignación de tareas al personal, ponen en evidencia que —a lo largo del tiempo— el municipio fue adquiriendo márgenes de gobernabilidad cada vez más altos, en particular con relación a los trabajadores del sector.

Las modalidades adoptadas para la incorporación de recursos profesionales en salud (y en algunos casos en la incorporación de equipamiento de tratamiento y diagnóstico asociado) otorgan al sistema gran capacidad de adaptación a las condiciones del régimen de implementación, en particular aquellas que supone incorporar nuevas formas de financiamiento. El sistema de salud en MA se financia básicamente por dos fuentes: la presupuestaria (que incluye los recursos que reciben por coparticipación de la provincia hacia los municipios) y las transferencias en concepto de convenios con las obras sociales sindicales y el INSSJP/PAMI.

La apuesta por el desarrollo del segundo nivel y el aumento de los niveles de complejidad fue funcional a la captación de recursos a través de la coparticipación en su componente salud. Tal como se ha presentado precedentemente, los criterios adoptados por el sistema de distribución secunda-

⁵¹ Elaboración propia con base a los presupuestos de gasto municipales.

ria de la coparticipación desde 1987 se calculan por la dotación de estructura sanitaria y por la producción del sistema. En consecuencia, el desarrollo del segundo nivel de atención (medido en cantidad de camas) y, muy especialmente, los niveles de complejidad, definen el volumen de recursos a transferir. Según su reglamentación, el perfil de complejidad de un municipio está dado por la complejidad máxima existente, impactando de manera directa en el aumento de los valores a transferir por la totalidad de las camas municipales (sean éstas agudas o crónicas). Estas condiciones explican el carácter estratégico que tuvo para el municipio de Malvinas Argentinas la acreditación de camas y, en un segundo momento, el incremento en el nivel de complejidad, conflicto cuyo derrotero reconstruimos más arriba. Como resultado de este avance, el municipio pasó de financiar, a través de las transferencias en coparticipación, el 54,83 por ciento del presupuesto total de la finalidad salud en el año 2001 a alcanzar el 94,40 por ciento en el año 2007; sobre un presupuesto municipal que creció desde el año de la crisis un 151 por ciento a valores constantes, las transferencias en ese concepto se multiplicaron algo más de cinco veces⁵².

Según los datos del presupuesto municipal, los ingresos captados de las obras sociales (no se aclara si incluye al INSSJP/PAMI) son menores, aportando un financiamiento de alrededor del 25 por ciento del total del presupuesto municipal, que pasó de 5 millones en el año de la crisis a 15 millones en el año 2007. Adicionalmente, la Asociación Cooperadora Malvinas Salud gestiona por fuera del presupuesto los aranceles cobrados en concepto de bono contribución así como algunas transferencias realizadas desde el propio municipio. Según testimonios de funcionarios del municipio, aportaría alrededor del 5 por ciento del presupuesto municipal.

A esas fuentes de financiamiento deberían sumarse otras que aparecen en los testimonios pero que no encuentran correlato en el presupuesto municipal. Se trata de convenios celebrados con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires para resolver derivaciones, y otros con el Ministerio de Salud de la Nación para patologías específicas. Asimismo, cabe destacar la existencia de testimonios de distintos funcionarios acerca de convenios para facturar a los municipios de la región por prestaciones realizadas a per-

⁵² Elaboración propia con base en ordenanzas municipales y UAES, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Cabe destacar que a lo largo del período analizado, el presupuesto asignado en concepto de atención del primer nivel y medicina preventiva mantiene estable un 9 por ciento del presupuesto asignado a salud.

sonas que, sin disponer de cobertura, residen en los partidos vecinos. Como puede advertirse, los porcentajes cubiertos por una y otra fuente dibujan un mapa que, al menos para salud, resulta superavitario.

VII. Mirando las relaciones entre lo local y el contexto: regresando a los debates acerca de la descentralización

La política sanitaria que resulta de este proceso de construcción de autonomía relativa de los actores municipales en la arena local permite volver a las cuestiones planteadas por la literatura de la descentralización, matizando sus complejidades. Una primera cuestión refiere a la necesidad de recuperar lo que Montecinos (2005: 84) denomina la “diversidad causal” en el análisis de los procesos de descentralización. El análisis del caso MA muestra que si bien las condiciones del contexto dibujan el escenario, las respuestas que va configurando la política sanitaria municipal están fuertemente condicionadas por atributos que son propios de cada contexto local; hacemos particular referencia al entramado de actores y a las capacidades estatales.

Dando cuenta de altos márgenes de discrecionalidad y autonomía relativa respecto de los niveles gubernamentales supra locales, el caso analizado pone particularmente en evidencia la relevancia que tiene el entramado de actores y la complejidad de las relaciones e intereses que se ponen en juego en la arena local. Desde esta perspectiva, la descentralización no puede ser vista como un fenómeno homogéneo en los distintos territorios sino que resulta de una particular combinación de las fisuras y las oportunidades que se abren en las condiciones del “régimen supra local de implementación”, desde las capacidades de que dispone cada entramado local para aprovechar esos incentivos y limitar el alcance de estas restricciones.

En cada una de las coyunturas, la política local deja traslucir cierta capacidad para leer las condiciones del régimen de implementación y diseñar respuestas capaces de aprovechar sus externalidades en la arena local. Los incentivos del sistema de coparticipación provincial y las posibilidades de financiamiento que abre la reforma del INSSJP/PAMI, fueron dos coordenadas externas en torno a las cuales parece haberse organizado la política local.

La preocupación por el financiamiento expresada en la secuencia “político-económico-sanitario-social”, es un vector que organiza la gestión del recurso humano en el sentido de la precarización y termina jerarquizando el

segundo nivel y la alta complejidad en el conjunto de las decisiones que supone la política local. Aun en contra de las orientaciones en materia de política sanitaria y con una flexibilidad en las modalidades de contratación que mantiene vigentes las nociones más caras al paradigma de la década pasada, la política local en este municipio presenta iniciativas que buscan “poner en valor” la potencialidad de contar con un entramado de actores centrado —casi exclusivamente— en la figura del secretario de Salud municipal.

En *segundo lugar*, el derrotero de la política local pone en evidencia otro aspecto poco tratado en los estudios de descentralización que refiere a las particulares condiciones de funcionamiento de cada sector. Descentralizar los servicios de salud supone no sólo prever el esquema de distribución del trabajo dentro del aparato estatal (quién se encarga de qué) sino definir cuáles serán los umbrales de prestación (variable fuertemente condicionada por los cambios tecnológicos y de la industria farmacéutica), cuál será el modelo a través del cual se garantizará el acceso y prestación de los servicios de salud y a quiénes. De lo contrario, pueden movilizarse distintas capacidades (de gobierno como es el caso analizado) para aprovechar las condiciones del régimen de implementación: una de las particularidades de la política local en el caso analizado consiste en haber diseñado un dispositivo político técnico para regular el fenómeno de subsidio cruzado (de los fondos públicos hacia los seguros de salud) “cada vez que la población que cuenta con algún esquema de aseguramiento utiliza servicios públicos”, fenómeno característico de los sistemas de salud en América Latina en general y en Argentina en particular (Tobar 2006: 14). En el caso analizado, se advierte un aprovechamiento que va más allá de las posibilidades abiertas por la legislación que instituye a los Hospitales Descentralizados de Autogestión y que logra aprovechar —en simultáneo— los criterios de distribución de los recursos propios del régimen de coparticipación hacia los municipios.

Un tercer aspecto, remite a los debates en torno a cuáles son los objetivos esperables de los procesos de descentralización. Si estos procesos buscaban —en términos generales— una mayor racionalidad (tendiendo a mejorar los niveles de eficacia y eficiencia en las prestaciones) y mejorar la legitimidad (acercando las decisiones de política a las preferencias y demandas de la población), el análisis del caso MA da cuenta de un derrotero que busca construir legitimidad —incluso por fuera de sus fronteras— desde una particular racionalización del sistema.

La decisión de “saltar las fronteras” del municipio se entiende en el contexto de un emprendimiento que alcanza un desarrollo en complejidad y dotación de camas que parece superar las necesidades de la población local. La captación de beneficiarios con cobertura —aunque no residentes en el partido— es una derivación que redundante en el acceso a otras fuentes de financiamiento, esta vez de la seguridad social tanto de las obras sociales sindicales como del propio INSSJP/PAMI.

Esta apertura pone en cuestión la vigencia del principio de las “preferencias locales” como criterio desde el cual profundizar la legitimidad de las políticas. Al menos a juzgar por el caso analizado este principio parece haber funcionado en el planteo inicial y, a medida que se fue consolidando la estructura del sistema, el eje se desplazó a convertirse en un prestador con vocación de liderazgo en la región.

Por último, cabe una referencia a la direccionalidad de los procesos de descentralización. Una de las fortalezas de la política local consiste en haber ido configurando, en el marco de las restricciones e incentivos que las condiciones supra locales impusieron a la dinámica de la política local, sus propias reglas de juego. Aún sin modificar las condiciones del “régimen supra local de implementación” y con una baja formalización de estas transformaciones, las distintas decisiones que fueron tomándose desde la política local generaron un nodo local desde el cual —en particular en los contextos de crisis— invertir la dinámica política que parece caracterizar a los procesos de descentralización, condicionando —en este caso— “hacia arriba” una parte de las decisiones de los actores del sector.

Bibliografía

- Aguilar Villanueva, Luis (1996)** “Estudio introductorio”, en Aguilar Villanueva, Luis (ed.) *La implementación de las políticas*, México D.F., Porrúa.
- Alonso, Guillermo (2007)** “Elementos para el análisis de las capacidades estatales”, en Alonso, Guillermo (comp.) *Capacidades estatales, instituciones y política social*, Buenos Aires, Prometeo.
- Amin, Ash (2005)** “Regiones sin fronteras: hacia una nueva política del lugar”, en *Ekonomiaz*, N° 58, 1° cuatrimestre.
- Ariovich, Ana y Carlos Jiménez (2012)** “La atención desde la urdimbre de los servicios del primer nivel: contrapuntos entre los municipios de Malvinas Argentinas y San Fernando”, en Chiara, Magdalena, *Salud, política y territorio*, en prensa.

- Belmartino, Susana (1998)** “Nuevo rol del estado y del mercado en la seguridad social argentina”, trabajo presentado al XXI Congreso Internacional de la Latin America Studies Association, Chicago, septiembre.
- Berman, Paul (1996[1978])** “El estudio de la macro y la micro implementación” en Aguilar Villanueva, Luis (ed.) *La implementación de las políticas*, México D.F., Porrúa.
- Chiara, Magdalena y María Mercedes Di Virgilio (2005)** *De los escritorios del Banco Mundial a las calles del Gran Buenos Aires*, Buenos Aires, UNGS/Prometeo.
- Chiara, Magdalena y María Mercedes Di Virgilio (2009)** “La gestión de la política social: aspectos conceptuales y problemas” en Chiara, Magdalena y María Mercedes Di Virgilio (comps.) *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*, Buenos Aires, UNGS/ Prometeo.
- Chiara, Magdalena, María Mercedes Di Virgilio y Ana Ariovich (2010)** “De ‘condiciones’ y ‘estrategias’: reflexiones en torno a la coparticipación provincial por salud y la política local en los municipios del Gran Buenos Aires (2000/2005)”, en *Salud Colectiva*, Vol. 6, págs. 47-64.
- Chiara, Magdalena (2012a)** “¿Restricciones o incentivos? Revisando las tensiones del contexto desde una caracterización del régimen de implementación”, en Chiara, Magdalena, *Salud, política y territorio*, en prensa.
- Chiara, Magdalena (2012b)** “La política sanitaria en los límites de la fragmentación: un análisis del caso Malvinas Argentinas”, en Chiara, Magdalena, *Salud, política y territorio*, en prensa.
- Cravino, Cristina (2000)** “La gestión de las políticas para el sector salud en el ámbito local en el contexto de la reforma del estado. Los casos de los municipios de San Miguel, Malvinas Argentinas y José C. Paz” en Chiara, Magdalena et al., *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense*, Serie Informes de Investigación N° 9, Buenos Aires, UNGS.
- Dematteis, Giuseppe y Francesca Governa (2005)** “Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SLOT”, en *Boletín de la A. G. E.*, N° 39.
- García Delgado, Daniel (comp.) (2007)** *Hacia un nuevo modelo de gestión local. Municipio y sociedad civil en Argentina*, Buenos Aires, FLACSO-UBA/CBC-UCA.
- Evans, Peter (1996)** “El Estado como problema y como solución”, en *Desarrollo Económico*, Vol. 35, N° 140.
- Falleti, Tulia (2004)** “Federalism and Decentralization in Argentina: Historical Background and New Intergovernmental Relations”, en Tulchin, Joseph S. and Andrew Selee (eds.) *Decentralization and Democratic Governance in Latin America*, Washington D.C., Woodrow Wilson Center for Scholars.

- García, Viviana (2009)** *Asociación de Profesionales de la Salud (CICOP): una aproximación a la memoria histórica*, Tesis de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús.
- González García, Ginés (2001)** “Las reformas sanitarias y los modelos de gestión”, en *Revista Panamericana de la Salud / Pan Am J. Public Health*, Vol. 9, N° 6.
- INDEC (2005)** ; *Qué es el Gran Buenos Aires?*
- Jordana, Jacint (1995)** “El análisis de los policy networks: ¿una nueva perspectiva sobre la relación entre política pública y Estado?”, en *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, Vol. 2, N° 3.
- Jordana, Jacint (2001)** *Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina: una perspectiva institucional*, Serie Documentos de Trabajo I-22UE, Washington D.C., INDES/ BID, disponible en www.indes.iadb.org.
- Montecinos, Ernesto (2005)** “Los estudios de descentralización en América Latina: una revisión sobre el estado actual de la temática”, en *EURE*, Vol. 31, N° 93.
- Pirez, Pedro (1995)** “Actores sociales y gestión de la ciudad”, en *Ciudades*, N° 28, México D.F., RNIU.
- Repetto, Fabián (2004)** *Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina*, Documentos de Trabajo del INDES, Departamento de Integración y Programas Regionales, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, julio. Serie Documentos de Trabajo (P.15), BID.
- Stoker, Robert (1989)** “Un marco de análisis para el régimen de implementación”, en Aguilar Villanueva, Luis (ed.) *La implementación de las políticas*, México D.F., Porrúa.
- Tobar, Federico (2000)** *Herramientas para el análisis del sector salud*, Buenos Aires, mimeo.
- Tobar, Federico (2006)** *Descentralización en salud en América Latina*, Buenos Aires, mimeo.

Fuentes

Entrevistas realizadas

Area/Programa	Periodo permanencia en el puesto	Fecha de entrevista	Profesión
Secretaría de Salud Municipio Malvinas Argentinas	1997-2011	Septiembre 2007	Médico
Área de apoyo de la Secretaría de Salud del Municipio Malvinas Argentinas	1997-2011	Octubre 2009	Médico
Área sustantiva de la Secretaría de Salud del Municipio Malvinas Argentinas	s/d	Septiembre 2007	Trabajador Social
Área de apoyo de la Secretaría de Salud del Municipio Malvinas Argentinas	s/d	Septiembre 2007	Arquitecto
Región Sanitaria	2001-2009	Mayo 2007	Médico
Región Sanitaria	2001-2009	Mayo 2007	Médico
Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires	2001-2011	Agosto 2008	Médico
Subsecretaría de Planificación para la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	2005-2007	Enero 2008	Médico Generalista
Remediar	2001-2004	Diciembre 2009	Sociólogo

Fuente: Base de datos Equipo Diseño y Gestión de Políticas de Salud, ICO/UNGS.

Fuentes secundarias

Periódicos *Aquilonoticia*, *La Política On Line* y *El Tiempo* (2000-2007)

Decretos Nacionales: 578/93; 939/00; 486/02.

Leyes Provinciales: Ley Orgánica de las Municipalidades 6769 y modificatorias.

Ordenanzas Municipales 61/96; 214/96; 431/01; 522/02; 523/02; 533/02; 622/03; 732/04; 737/04.

Decreto Municipal 3927/06; 3929/06 y 69/07.

Presupuestos Municipales 2001 a 2007

Sitios web consultados

Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: www.ms.gba.gov.ar/estadisticas.

Ministerio de Salud de la Nación, DIS, Guía de Establecimientos de Salud, 2000: www.deis.gov.ar.

Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires:
www.cicop.com.ar

Tablero de Mando del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: <http://tablero.ms.gba.gov.ar/tablero>.

Ministerio de Salud de la Nación, Programa Remediar: www.remediar.gov.ar.

Legisalud: www.gob.gba.gov.ar/legislacion.

Resumen

Los caminos recorridos por la descentralización y sus resultados han variado según los contextos; en el sector salud, las relaciones entre subsectores, el problema del financiamiento, el desafío de mantener la lógica de “sistema”, fueron cuestiones que desafiaron particularmente a las experiencias que resultaron de los procesos descentralizadores. Este artículo pone el foco en la política de salud en un municipio del Gran Buenos Aires (Malvinas Argentinas) en el período que va de la salida de la crisis 2001

al año 2007, cuando parece haberse consolidado un modelo basado en el desarrollo del segundo nivel y de la alta complejidad, que pone en evidencia los márgenes de acción del nivel local a partir de la descentralización. Con atributos que la acercan a las orientaciones de la década de los noventa, el recorrido realizado por esta gestión municipal muestra flexibilidad para adaptarse a los cambios del contexto saltando la jurisdicción municipal y las propias fronteras del subsector público.

Palabras clave

política de salud – descentralización – gobierno local – accesibilidad a los servicios de salud – política social

Abstract

The paths followed by the decentralization and its outcomes have varied according to contexts. In the health sector, the relationship between sub-sectors, the financing problem and the challenge of

keeping the logic of “system”, were issues that challenged particularly to the experiences that resulted from the decentralization process. This article focuses on health policy in a municipality of Bue-

nos Aires (Malvinas Argentinas) in the period from the start of the crisis 2001 to 2007, when it seems to have consolidated a local model based on the development of the second level health care and high complexity, which shows the margins of

local-level action since decentralization. With features that approaches the nineties, the route taken by the municipal management shows flexibility and autonomy to adapt to changing contexts and skipping the local jurisdiction's own borders in the public sector.

Key words

health policy – decentralization – local government – health services accessibility –
social policy