

INEQUIDAD(ES) EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL GRAN BUENOS AIRES. UNA MIRADA DESDE LA GESTIÓN LOCAL

por Magdalena Chiara*, María Mercedes Di Virgilio** y Javier Moro***

Presentación

La política sanitaria en Argentina ha sufrido fuertes transformaciones resultado de los procesos de descentralización, focalización y desestatización que dominaron las reformas de la política social en las últimas décadas. A diferencia de otros servicios sociales universales, la salud reviste cierta particularidad en tanto se trata de una cuestión que, aunque no fue delegada por los estados provinciales al nivel central, sufrió un particular tratamiento a propósito de la construcción de la red de hospitales por parte del Estado nacional, posterior y tempranamente descentralizada hacia las provincias.

La provincia de Buenos Aires ofrece un espacio particular para el análisis de estos procesos, en tanto se llevó a cabo allí la descentralización de los servicios del primer nivel (centros de atención primaria de la salud—CAPS) hacia los municipios y cuenta a su vez con ciertos mecanismos particulares de distribución de recursos regulares asociados a la producción de los servicios sanitarios. La dinámica que animó estos procesos dio lugar a una profunda fragmentación del sistema en la provincia, con fuertes consecuencias en el acceso a los servicios de salud para sus habitantes.

* Antropóloga (UBA), Candidata a Doctora en Ciencias Sociales (UBA), Profesora de la Universidad Nacional de General Sarmiento. E-mail: mchiara@ungs.edu.ar.

** Socióloga (UBA), Magister en Investigación en Ciencias Sociales (UBA) y Doctora en Ciencias Sociales (UBA), Profesora de la Universidad de Buenos Aires e investigadora del CONICET. E-mail: mdivirgilio@fibertel.com.ar.

*** Antropólogo (UBA), Master en Gobierno y Asuntos Públicos (FLACSO-México), Investigador docente del Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento. E-mail: jmoro@ungs.edu.ar.

El análisis que se realiza en este trabajo presta particular atención a las condiciones y los modos a través de los cuales se organiza la política sanitaria en el nivel local en el Gran Buenos Aires, que se expresan en las distintas iniciativas que tuvieron lugar en la salida de la crisis 2001-2003¹. Las condiciones diferentes en que se desenvuelve la vida de la población en esta región que concentraba en el año 2001 una cuarta parte de la población del país y una disímil dotación de los servicios sociales, pone en evidencia situaciones desiguales en el ejercicio del derecho a la salud que parecen profundizarse por la política sanitaria. El trabajo se organiza en tres partes. En una primera parte, se presentan las coordenadas generales en relación a cómo ha sido abordada la cuestión sanitaria en el contexto federal argentino y en la provincia de Buenos Aires en particular. La segunda parte reconstruye críticamente las condiciones bajo las cuales se estructuran las arenas locales de gestión de la política sanitaria, en particular a partir de las condiciones que impone la crisis 2001-2003 en el Gran Buenos Aires. La tercera parte indaga en las diferentes lógicas que tensionan en la política sanitaria en la trama definida por las reglas de juego supralocales. Por último, se dejan planteadas algunas conclusiones y posibles coordenadas para el análisis.

El propósito de nuestro trabajo es abonar al debate y contribuir con el entendimiento del problema de la fragmentación y sus consecuencias en la inequidad, principales desafíos que enfrenta la política sanitaria en Argentina.

I. Actores, reglas de juego y tensiones del tratamiento de la “cuestión sanitaria”

En Argentina, la salud está dentro del campo de cuestiones no delegadas por los estados federados (provincias) hacia el nivel central en oportunidad de la constitución del Estado nacional. Sin embargo, a lo largo del último siglo ha sido objeto de distintos tratamientos por parte de las instituciones estatales, procesos que ayudan a entender, en parte, los problemas con que se enfrenta el sector salud en la actualidad y las dificultades para estructurar la política sanitaria.

En este apartado nos proponemos presentar cómo ha sido abordada la cuestión sanitaria en el contexto federal argentino y analizar cómo estas particu-

¹ Se trata de un conjunto de reflexiones derivadas de un proyecto colectivo más amplio titulado “Los sistemas de salud en el Gran Buenos Aires: mirando la gestión desde la atención de la salud de la población” (PICTO-FONCYT-ICO/UNGS) del cual participan los autores y que se encuentra en curso.

laridades han influido en la política de salud en el Gran Buenos Aires². Se trata de un recorrido rápido³ que tiene por objeto reconstruir la trama de tensiones en las que se “teje” el diseño y la gestión de la política sanitaria en la región, en el contexto particular que impone la salida de la crisis 2001-2003.

La distribución de las competencias relativas a la “cuestión social” entre niveles gubernamentales en Argentina y la dinámica que asume su ejercicio efectivo, reconocen raíces que se remontan a la conformación de la nación en la segunda mitad del siglo XIX. Como en otros casos nacionales, en nuestro país la Constitución define potestades federales y concurrentes, dejando las competencias no especificadas a cargo de los gobiernos provinciales. Mientras el gobierno federal tiene responsabilidad exclusiva en política exterior, regulación de la economía y defensa, hay potestades compartidas en justicia, educación primaria y seguridad social; en este esquema, toda competencia no especificada permanece en la órbita provincial. Se trata de un encuadre constitucional de partida bastante impreciso en lo referido a las responsabilidades, que fue modificado en las últimas décadas (Cetrángolo y Jiménez 2004).

En relación a las competencias de los niveles municipales, la Constitución Nacional delega en cada Estado provincial la definición de su propio régimen municipal. Desde las constituciones provinciales y las leyes orgánicas, se definen las áreas de competencia para los municipios, reservadas, en términos muy generales, a los servicios urbanos básicos, tales como recolección de residuos y alumbrado público. En la Provincia de Buenos Aires, su Constitución mantiene la visión del municipio como “una suerte de administrador de consorcio que no reúne entre sus competencias el dictado de políticas” (Cormick 1997: 348); se trata de un órgano autárquico que elige a sus autoridades pero que no dispone de facultades para formular políticas públicas.

² Se trata de la región metropolitana de 24 municipios que forman la conurbación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y presenta en su interior características muy diferentes desde un punto de vista sociodemográfico, socioeconómico y sociosanitario. Con una población total de 8.684.437 habitantes según los datos arrojados por el Censo de 2001, en el periodo 1991/2001 ha presentado un incremento relativo de población del 9,2%. Concentra entonces un 24% del total de la población del país, excluyendo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Un 17,6% de la población del GBA tenía en 2001 necesidades básicas insatisfechas (NBI), con heterogeneidades internas sumamente marcadas que van desde partidos con un 4% de población con NBI, hasta otros que llegan al 26% de su población en esa situación.

³ Un desarrollo mayor se encuentra en Chiara (2008), Chiara y Jiménez (2007), Falleti (2004), Potenza (2004), Rodríguez Ricchieri y Tobar (2003).

A diferencia de lo que sucede en otros campos de políticas, el ejercicio efectivo de las competencias relativas a los servicios de salud ha sido objeto de tratamientos diversos. Remontando el análisis al siglo XIX, la “cuestión salud” no estuvo presente entre las demandas políticas y tampoco figuró en la Constitución Nacional como objeto de definición de responsabilidad entre los distintos niveles jurisdiccionales.

Recién hacia mediados del siglo XX el gobierno nacional avanzó con la apertura de hospitales nacionales que fueron posteriormente descentralizados a las provincias. Estas iniciativas son expresión de la etapa que, aun reconociendo variaciones nacionales, Andrenacci y Repetto (2007) denominan del “Estado Social”. “El inicio de esta etapa suele ser el producto de una ruptura de los principales mecanismos institucionales controlados por la élite, llevada adelante por coaliciones de actores tradicionalmente marginados del control estatal, con escasa unidad relativa y grandes dificultades para asegurar estabilidad y continuidad en los cambios”. Según estos autores, si bien se trata de un modelo que “amplía sustantivamente el acceso de individuos y grupos a los beneficios de las políticas públicas; no logra romper, de modo concluyente, con la estratificación en fuertes asimetrías socio-económicas y políticas” (Andrenacci y Repetto 2007: 10).

A pesar de sus limitaciones estructurales y desde la perspectiva de las relaciones políticas, las iniciativas llevadas adelante en el contexto del Estado Social constituyeron un punto de *clivaje* de suma importancia en relación a los “mecanismos de ajuste” entre la nación y las provincias, que se produce sin alterar el contexto federal formal (Chiara 2008). La decisión “inconstitucional” a la que hace referencia Cetrángolo (y cuyo término rescatamos intencionalmente) de creación de los hospitales nacionales abona, en el plano político, a la construcción de importantes niveles de autonomía del gobierno nacional respecto de las provincias⁴.

En consecuencia, en Argentina la “cuestión salud” es uno de los asuntos que —por no haber sido delegados explícitamente— permanecen bajo la competencia de los estados provinciales. Sin embargo, la historia de constitución de los servicios sanitarios y el papel del Estado nacional en su desarrollo ha dado lugar a tensiones y equilibrios inestables que tienen por escenario la “hechura” de la política sanitaria con consecuencias importantes en la organización del sistema.

Esta situación, que podría caracterizar a grandes rasgos la política nacional hacia mediados del siglo pasado, ha sido modificada en las últimas décadas

⁴ Un dato a descartar es que la Constitución sancionada en 1994 incorporó como cuestión de agenda a la salud sólo a través de la adhesión los pactos internacionales (Cetrángolo, en PNUD 2004).

por la descentralización⁵, estrategia favorita de las reformas democráticas que buscaban limitar el poder relativo del Estado central a la vez que hacer el Estado más eficiente, generando servicios adecuados a las “preferencias” y demandas ciudadanas. Sin embargo y aún sin cuestionar estas motivaciones, cabe destacar que las mismas estuvieron motorizadas por la necesidad de modificar, a favor del Estado central, las relaciones financieras con las provincias y los municipios (Cetrángolo y Jiménez 2004).

También en los servicios de salud, las decisiones descentralizadoras estuvieron orientadas por los principios de eficiencia y por la necesidad de resolver las presiones fiscales del nivel nacional. Si bien esta decisión ayudó a los gobiernos nacionales a alcanzar el objetivo de reducir sus presupuestos, dejó a las provincias en condiciones muy precarias para el sostenimiento efectivo de los servicios en hospitales y CAPS. En este sector, la descentralización se inicia en 1957 y avanza en el año 1978, cuando “el gobierno militar transfirió 65 hospitales nacionales a las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán (Ley 21.883)” (Cetrángolo, en PNUD 2004: 59); en coincidencia con las hipótesis precedentes, estas transferencias estuvieron animadas por imperativos fiscales y no fueron realizadas con la consecuente transferencia de recursos.

Aunque estos procesos fueron gestionados de “arriba hacia abajo”, crearon “nuevos actores” (con niveles diferentes de “autonomía relativa”⁶); esta observación es particularmente relevante entre los agentes de los gobiernos subnacionales (provincias y municipios) quienes se convirtieron en importantes actores en negociaciones posteriores, muy a pesar de su situación para el sostenimiento de los servicios. En este mismo sentido, Enrique Cabrero Mendoza (2006: 8) nos advierte acerca de que “independientemente de la descentralización desde arriba, los go-

⁵ De las muchas y variadas definiciones posibles de descentralización, la planteada por Tullia Falleti nos parece muy ajustada a los desafíos de nuestro análisis. Siguiendo a esta autora, entonces, entendemos que la “descentralización no es una cualidad o característica, sino un proceso de reformas que tiene lugar en las relaciones intergubernamentales en algún momento en el continuo que va desde una situación de absoluta autonomía del gobierno central con respecto a los niveles subnacionales de gobierno, a otra que es la absoluta autonomía de los gobiernos sub-nacionales con respecto a la autoridad central” (Falleti 2004: 80).

⁶ En las experiencias históricas concretas, los procesos de descentralización dan lugar a relaciones intergubernamentales en algún punto del *continuum* que va de la total autonomía del gobierno central a la absoluta autonomía los gobiernos sub-nacionales. En términos empíricos, sólo podemos hablar de “autonomía relativa” de un nivel con respecto a otro, y los procesos de descentralización, precisamente, son aquellos que modifican este grado de “autonomía relativa” (Falleti 2004: 82).

biernos subnacionales y concretamente los municipales, comenzaron un proceso de ampliación de su agenda de políticas públicas, haciéndose cargo de temas y asuntos que tradicionalmente no eran de su competencia”.

En un contexto así configurado, la descentralización de los servicios de salud generó una doble situación: en el plano político, promovió el surgimiento de nuevos actores en el nivel subnacional con mayor “autonomía relativa” devolviendo el tratamiento de la cuestión sanitaria al nivel provincial. En el plano de la gestión técnico administrativa, puso en evidencia la existencia de profundas limitaciones derivadas de las condiciones institucionales con que cuentan estas instancias para su sostenimiento efectivo.

En la Provincia de Buenos Aires, la descentralización fue tributaria de procesos domésticos y de otros expresivos de las tendencias globales de las reformas de la política social. Entre los primeros, la finalización de la transferencia de los centros de salud correspondientes al Plan Muñiz a la órbita de los municipios fue una iniciativa importante que avanzó en la descentralización de las funciones relativas a la atención primaria de la salud hacia el nivel local. Otro ejemplo en esta misma jurisdicción es la decisión —tomada en el año 1987 y modelada en los años siguientes— de incorporar a los recursos de coparticipación las transferencias para el financiamiento de los servicios de salud a cargo de los municipios.

Entre aquellos procesos expresivos de las tendencias globales puede señalarse la incidencia que tuvieron algunos programas con financiamiento externo, tanto en la focalización como en el esfuerzo por cambiar el modelo de gestión; aunque radicadas en el nivel nacional tuvieron expresiones subnacionales particulares en sus modos de implementación. La propuesta de Hospitales Públicos de Autogestión⁷ estuvo también orientada por estas tendencias globales (Sojo 2001). Sin embargo, en tanto algunos hospitales estaban bajo jurisdicción provincial y otros bajo la órbita municipal, la autogestión hospitalaria dio lugar a modelos heterogéneos (Sánchez de León 1998).

Estos cambios en el sector tuvieron lugar en el contexto de procesos más generales de ajuste (tanto a nivel nacional como provincial) que generaron agudos conflictos en los hospitales municipales, algunos de los cuales finalizaron con la intervención del gobierno provincial para la regularización de los servicios. En consecuencia, en la Provincia de Buenos Aires en general y en el Gran Buenos Aires en particular, el subsector público de la salud se ha ido sustituyendo (sobre la base de los principios del sistema federal) por un progresivo proceso de transferencia de funciones desde los niveles jurisdiccionales superiores (nacionales y provinciales) hacia los municipios y hacia los hospitales. Inversamente, la reasunción del ejercicio de funciones por parte de la provincia en el sector

⁷ Posteriormente denominados Hospitales Descentralizados (Decreto 737/00).

(como la provincialización de algunos hospitales cuando esto fue posible y aceptado por los gobiernos locales), ha tenido también gran capacidad de reorganización de las relaciones entre las jurisdicciones.

Se advierte también en esta jurisdicción el balance ya referido respecto de una “doble situación” derivada de estos procesos: en el plano político, se promovió el surgimiento de nuevos actores con mayor nivel de “autonomía relativa” a la vez que, en el plano de la gestión técnico administrativa, puso en evidencia en algunos casos profundas limitaciones para el sostenimiento efectivo de los servicios.

En la actualidad, la definición de la política de salud para el subsector público en la región tiene por protagonistas a las tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) en la definición de regulaciones, en la gestión de recursos humanos, en la gestión de servicios y en el diseño de políticas. Por otra parte, la regionalización de la gestión (con atributos de desconcentración) define en la provincia un nivel intermedio de interlocución de actores y de acuerdos intergubernamentales (formales e informales según las políticas provinciales) en los espacios de las Regiones Sanitarias (Ley 7.016/66 y Decreto 805/67)⁸.

En el año 2005, el gasto agregado en la Provincia de Buenos Aires se distribuía entre un 10 por ciento de parte del Estado nacional (303 millones de pesos), un 35 por ciento por parte de los estados municipales (1.097 millones de pesos)⁹ y un 55 por ciento por parte del Estado provincial (1.731 millones de pesos) (Iarussi 2006). De los casi 800.000 egresos que tuvieron lugar en los hospitales de la provincia en 2006, un 43,53 por ciento lo hizo en hospitales provinciales, 54,76 por ciento en hospitales municipales y los restantes fueron en hospitales nacionales; a su vez de los casi 45 millones de consultas realizadas en 2006, un 20,74 por ciento se realiza en establecimientos provinciales, un 78,56 por ciento en establecimientos municipales y menos de un 1 por ciento en establecimientos nacionales.

A pesar de los esfuerzos por organizar la demanda según niveles de complejidad creciente, y si bien se trata de un fenómeno levemente modificado en las últimas décadas, la población presenta preferencias por la atención en el segundo nivel: en el año 2006, se realizaba allí un 58 por ciento de las consultas, mientras el 42 por ciento restante lo hacía en establecimientos del primer nivel (CAPS); estos datos revelan la perspectiva hospitalocéntrica del modelo sanitario, sedimentado desde la *oferta* (de los servicios) y también desde la demanda (preferencias de la población). Retomaremos este aspecto más adelante, al analizar las lógicas que tensionan en el diseño y la gestión de la política sanitaria.

⁸ Actualmente la Provincia de Buenos Aires tiene en funcionamiento 12 Regiones Sanitarias, tres de ellas involucran a municipios del conurbano.

⁹ Incluye los recursos transferidos por coparticipación.

En el Gran Buenos Aires, el segundo nivel de atención dispone de 69 establecimientos hospitalarios (9.005 camas totales distribuidas en 549 nacionales, 5.556 provinciales y 2.900 municipales), al tiempo que el primer nivel de atención está compuesto por 731 centros de salud, en su totalidad bajo la jurisdicción municipal. En esta región, existe una leve tendencia a la jerarquización de la importancia del primer nivel de atención expresado en porcentajes algo más elevados de consultas en CAPS (57%) que en el promedio provincial antes referido; no obstante esta diferencia, expresa también la perspectiva hospitalocéntrica ya aludida.

En esta trama de efectores se desarrollan los programas nacionales (como el Remediar, Médicos Comunitarios o programas verticales), los programas provinciales (Programa de Prevención y Tratamiento de IRAB, Plan Más Vida, Seguro Público de Salud, Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia) conjuntamente con iniciativas municipales. Se trata de una trama diversa de efectores que, en oportunidad de la crisis 2001-2003, hizo frente a una población total de casi 9 millones de habitantes que habitaban en los 24 municipios que conforman la región¹⁰; de los cuales un 52 por ciento no posee otra cobertura que la del subsector público. Estos valores agregados encierran fuertes heterogeneidades entre municipios: mientras algunos municipios tienen un 50 por ciento de la población que no cuenta con otra prestación que la pública, en otros casos estos promedios descienden al 20 por ciento. A esta fragmentación territorial haremos referencia más adelante.

Como puede derivarse de esta rápida reconstrucción, la descentralización en la Provincia de Buenos Aires fue un proceso progresivo de transferencia de funciones y servicios que implicó la asunción, por parte de los actores locales, de responsabilidades no siempre instituidas desde las reglas de juego formales que definen las competencias para cada nivel jurisdiccional y regulan las relaciones entre las jurisdicciones¹¹. Modelada idiosincrásicamente, la descentralización

¹⁰ Según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda, INDEC, 2001.

¹¹ Hacemos referencia a lo establecido en la Constitución Provincial y la Ley Orgánica de las Municipalidades. Las competencias que en materia social establece la Constitución provincial y específica la Ley Orgánica de las Municipalidades, se limitan al “ornato y salubridad”, “establecimientos de beneficencia”, “asilos de inmigrantes”, “instalación y el funcionamiento de establecimientos sanitarios y asistenciales”, “el funcionamiento de comisiones y sociedades de fomento” “instauración de hospitales, maternidades, salas de primeros auxilios, servicios de ambulancias médicas, bibliotecas públicas, instituciones dedicadas a la educación física”; en todos los casos, estas competencias están condicionadas por la existencia de normativa dictada por la provincia. Este ordenamiento legal define un encuadre *limitado* pero también *ambiguo* de competencias y funciones a ejercer desde el municipio (Chiara y otros 1999).

operó sobre un punto de partida institucionalmente débil y heterogéneo en los municipios y, en su devenir, fueron resolviéndose de modo distinto los problemas, configurando así espacios de producción de política sanitaria con atributos muy diferentes y altos niveles de “autonomía relativa”.

La existencia de múltiples actores gubernamentales (nación, provincia y municipios) a cargo de distintos efectores de los servicios de salud y responsables de programas que controlan recursos críticos es el saldo más evidente de la rápida reconstrucción histórica realizada en estas páginas. Sin embargo, la lectura detenida de estos procesos políticos nos lleva a advertir un conjunto de tensiones que se fueron modelando en la compleja trama que resulta de esta historia y condicionan la naturaleza de los procesos de la política sanitaria, planteando distintas dificultades para estructurar una red de atención.

a) Como muestra el recorrido realizado hasta aquí, el proceso de descentralización de las últimas décadas complejizó aún más las tensiones en las relaciones nación-provincias-municipios, creando nuevos actores en el nivel subnacional (con niveles desiguales de poder) con ciertas dificultades para asumir el ejercicio efectivo de los servicios transferidos, fenómeno fuertemente influido por las diferencias regionales del territorio. Este nuevo escenario profundiza un atributo que caracterizó al sector y es que las políticas sanitarias son (siguiendo a Eugenio Lahera en su análisis para la relación entre política y política pública en América Latina) “en realidad, políticas de más de un gobierno, lo que plantea una especificidad política” tanto en su diseño como en su ejecución (Lahera 2004: 10).

Un rasgo a destacar es la brecha existente entre la institucionalidad formal y las responsabilidades efectivamente asumidas; esta situación se advierte, hacia mediados del siglo XX, en relación con el gobierno nacional y la creación de hospitales, y hacia mediados de la década de los noventa, cuando los municipios de la Provincia de Buenos Aires asumen funciones en materia de política sanitaria débilmente instituidas desde el marco institucional formal. En consecuencia, se trata no sólo de la existencia de *distintos* actores (con márgenes diferentes de gobernabilidad de la red de servicios), sino que están, a su vez, jugando sus apuestas estratégicas en un contexto de responsabilidades difusa y débilmente institucionalizadas cuyo “mapa” varía de una provincia a otra y, dentro de la Provincia de Buenos Aires, entre los municipios. Este “vacío” en materia de institucionalidad formal parece sustituirse por una dinámica orientada por la necesidad de optimizar los niveles de “autonomía relativa” de los actores gubernamentales, sinergia que acarrea beneficios y también problemas de distinto orden. Este juego tiene lugar en la institucionalidad política, aspecto que analizaremos más adelante.

b) Una segunda cuestión que confiere carácter problemático al primer atributo, es la *indefinición respecto de los niveles de prestación esperados*. En un contexto de importantes disparidades regionales, estas reformas han tenido distintos costos en materia de “cohesión social”, encontrándose en el campo de la salud una multiplicación de respuestas locales diversas, con distintas consecuencias en calidad, eficiencia y equidad en el acceso a los servicios. “La falta de coordinación desde el nivel central ha permitido una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal, que responde a grandes rasgos a la configuración previa de cada sistema y a la política sectorial adoptada en cada lugar en respuesta al proceso descentralizador” (Cetrángolo y Jiménez 2004: 119). En la Provincia de Buenos Aires el proceso de descentralización de servicios hacia los municipios no estuvo acompañado por la definición de un modelo prestacional que instituyera los niveles a ser garantizados por cada una de las unidades territoriales menores, dando lugar a una oferta de servicios de salud diversa y fragmentada, organizada desde prioridades y orientaciones muy diferentes.

c) Una tercera cuestión, también connotada por esta historia, refiere a la cuestión de la coordinación y a los desafíos políticos e institucionales (además de técnicos) con que se enfrenta. Si bien la generación de “respuestas locales” podría ser considerada como una “fuerza endógena” que impone desde lo local su lógica al conjunto de políticas del bienestar¹², puede convertirse en un fenómeno virtuoso siempre que encuentre posibilidades de coordinación, desde espacios institucionales —“constructo organizacional e institucional”, en palabras de Cabrero Mendoza (2006: 4)— que tienen que tener su correlato en el plano de las prácticas y también de una institucionalidad adecuada a la regulación social.

Desde esta clave, deberían ser ponderados los esfuerzos y las posibilidades radicadas en distintos espacios de coordinación que existen en la región para la articulación de la política sanitaria. Nos referimos al Consejo Federal de Salud (COFESA), a los Consejos Regionales de Salud y a los espacios de salud de los Consorcios Municipales existentes en la Provincia de Buenos Aires, acerca de cuyo funcionamiento nos referiremos más adelante¹³.

¹² “Al parecer, la dinámica de la descentralización de las políticas sociales en buena parte de los países latinoamericanos está en el medio de dos fuerzas descentralizadoras: aquella que trata de imponer la visión del gobierno central y a través de sus normas y recursos expandirla territorialmente, y aquella que emana endógenamente de lo local y que trata de imponer su lógica y visión al conjunto de las políticas de bienestar social. En ocasiones estas visiones coinciden y se generan acciones complementarias, sin embargo esto se debe más al ‘encuentro fortuito’ de visiones de política, que a un trabajo de coordinación intergubernamental” (Cabrero Mendoza 2006: 20).

¹³ Se trata de espacios de articulación de las relaciones intergubernamentales (RIGs) horizontales. Para un desarrollo de sus características ver Chiara y Jiménez (2007).

II. Arenas locales de la gestión de la política sanitaria: márgenes de acción y condicionamientos en la salida de la crisis 2001-2003¹⁴

El desarrollo del potencial de “autonomía relativa” del nivel local en la construcción de la política sanitaria ha estado atravesado por estas tensiones, históricamente configuradas, y 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. Estas crisis y los cambios que se definen en su “salida” operaron como “nudos” desde los cuales se organizaron las nuevas condiciones del *régimen de implementación de la política sanitaria*.

Tal como señaláramos anteriormente, en esta oportunidad centraremos el análisis en la crisis económica, política e institucional que llegó a su punto crítico en diciembre de 2001 y en sus posteriores consecuencias. El escenario que se abre con la crisis de 2001-2003¹⁵ está caracterizado por: (i) el fracaso del gobierno de la Alianza en conformar un núcleo de gobernabilidad para sostenerse en el poder, y (ii) la profundización de una crisis económica cuyo alcance se manifestaba en recesión, aumento del desempleo y subempleo, empobrecimiento de la población, pérdida de competitividad y caída del PBI per cápita. El efecto combinado de estos factores produjo cambios abruptos en las condiciones de reproducción de la vida de amplios sectores de la población y, concomitantemente, aceleradísimas transformaciones en los problemas a los cuales dar respuesta¹⁶.

Asimismo, la crisis en el Gran Buenos Aires operó sobre una matriz de profundas heterogeneidades territoriales sostenidas, en parte, sobre las asimetrías socioeconómicas y políticas instaladas en el contexto del Estado Social (Andrenacci y Repetto 2007) y tributarias de las características del proceso mismo de urbanización del Área Metropolitana de Buenos Aires¹⁷. Cada municipio define así

¹⁴ Este apartado ha sido elaborado con base en Chiara y Jiménez (2007).

¹⁵ Desde 1998 la economía entra en una fase recesiva que termina en una crisis económica y financiera que se profundiza en el año 2001; dicho proceso culmina con la renuncia del presidente De la Rúa en diciembre de ese año. Se produce, entonces, una sucesión de presidentes y el 2 de enero de 2002 el Doctor Eduardo Duhalde, senador por la Provincia de Buenos Aires, es designado Presidente de la Nación.

¹⁶ Un tratamiento extenso acerca de cómo las crisis afectan la construcción y la implementación de la política sanitaria y de los impactos de la crisis de 2001-2003 en el sector pueden leerse en Chiara, Di Virgilio y Miraglia (2008).

¹⁷ Un tratamiento en profundidad sobre el proceso de urbanización del Área Metropolitana de Buenos Aires puede leerse en Torres (1978, 1999, 2001).

una configuración socioterritorial particular según las características de su población, sus niveles de bienestar, la disponibilidad de recursos y el entramado político local, entre otros factores. En el contexto de la crisis de 2001-2003, dichas heterogeneidades se exacerbaban.

La región presentaba, en el momento en que se desató la crisis, un riesgo sanitario importante: más de la mitad de los hogares (62 por ciento) habitaba en viviendas sin acceso a red cloacal, un 36 por ciento de los hogares se encontraba sin acceso a red de agua corriente o con acceso fuera del terreno, mientras que un 9 por ciento de los hogares no contaba con un servicio sanitario con descarga de agua.

Asimismo, el Gran Buenos Aires fue la región en la que se registraron los impactos más agudos de la crisis económica, política y social que llega a su punto más crítico hacia principios de esta década. Mientras en mayo del año 1992 la tasa de desempleo estaba en alrededor del 6 por ciento estos valores llegan al 17 por ciento en el año 2001 y 22 por ciento en 2002, comenzando a descender a partir de 2003 (18 por ciento)¹⁸. Esta dinámica reconfiguró la “cuestión social” poniendo el problema del desempleo, el crecimiento del empleo precario y la subocupación en el centro de la agenda pública y gubernamental.

A este crítico escenario se sumaban las disparidades intrarregionales que se observan claramente cuando, por ejemplo, se analiza la distribución del ingreso entre los hogares de la región¹⁹. Los datos de la Encuesta Permanente de Hogares que realiza el INDEC del año 2003 mostraban que en el Gran Buenos Aires un grupo de municipios (el denominado CB1²⁰) tenían un 5,2 por ciento de su población en el primer quintil de ingresos, mientras que otro grupo (CB4) llegaba al 38,1 por ciento. Asimismo, los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 muestran que mientras algunos municipios tenían un 27 por ciento de su población sin cobertura de obra social y medicina privada (San Isidro, Vicente López), otros alcanzaban el 65 por ciento (Moreno, Florencio Varela). En este campo, también pueden suponerse diversas dificultades para organizar (tanto en cantidad como en

¹⁸ Hasta ubicarse en el 9 por ciento en la actualidad.

¹⁹ Se recuperan aquí datos presentados en Chiara, Di Virgilio y Miraglia (2008).

²⁰ Agrupamiento de los municipios del Gran Buenos Aires que realiza el INDEC según aglomerados homogéneos: CBA1: Partidos de San Isidro y Vicente López. CBA2: Partidos de Gral. San Martín, Tres de Febrero, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Avellaneda y La Matanza 1 (sólo una parte). CBA3: Lanús, Quilmes, Lomas de Zamora, Berazategui y Alte. Brown. CBA4: Moreno, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Miguel, Merlo, Tigre, Florencio Varela, Esteban Echeverría, Ezeiza y La Matanza 2 (el resto del partido).

calidad) una oferta acorde al incremento que sufrió la demanda en este periodo. Dada la importancia que tienen las obras sociales en la organización del sistema de salud en nuestro país, la pérdida del trabajo y la informalidad en el empleo han dado lugar, entre otros factores, a un acelerado incremento de la demanda del sub sector público de salud. Este cambio en la estructura se expresa en el incremento en la cantidad de consultas en los CAPS en la región que crece en alrededor del 70 por ciento en el periodo 2000-2006.

Finalmente, la mortalidad infantil tal vez sea el indicador que expresa más claramente las brechas entre los municipios en términos de acceso a la salud y los efectos de la crisis 2001-2003. En tal sentido en el Gran Buenos Aires las tasas de mortalidad infantil marcaban ya un índice elevado en los 90 (24,2 y 21,4 por mil en 1990 y 1995 respectivamente) con tendencia a la baja (15,6 por mil en 2000) y con un repunte en los años inmediatos pos-crisis (17,3 por mil en 2003)²¹.

Como corolario, podemos afirmar que la descentralización tuvo lugar en un contexto de deterioro profundo de las condiciones de vida de la población: empobrecimiento, pérdida de empleo, precarización laboral y consecuente carencia en la cobertura de salud. Como consecuencia, la cuestión sanitaria se define en estrecha relación con los problemas de la pobreza y el acceso a los diferentes tipos de protección social.

Este escenario impulsó la redefinición de las *condiciones del régimen* en las cuales se encuadran las relaciones que sostienen los actores de los diferentes niveles gubernamentales en la construcción de la política sanitaria. El análisis de dichas condiciones puede ayudar a comprender la naturaleza y dinámica de relaciones que, si bien tienen una matriz histórica, se ven permanentemente interpeladas por la redefinición de las reglas del juego.

El *régimen de implementación* es concebido aquí como el conjunto de condiciones que —desde las distintas dimensiones (funcional, material y política)—, organizan las relaciones (arreglos) entre los actores del sistema de salud en cada uno de los niveles. Estas reglas de juego imprimieron particularidades a los procesos de desconcentración-descentralización-(re)centralización y a su vez fueron moldeadas por ellos (Chiara y Di Virgilio 2009).

En la actualidad, el orden que regula la práctica de los actores del sistema de salud no es exclusivamente supralocal nacional y provincial (*régimen estadual*

²¹ Para el año 2007, mientras algunos municipios registran tasas de mortalidad infantil cercanas al 20 por mil (Ezeiza 19,2, Merlo 17,8, Florencio Varela 17, Zárate y José C. Paz 16,9 por mil), otros muestran índices por debajo del 10 por mil (Vicente López 7,3; San Fernando y Avellaneda 9,7) (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires).

de implementación), sino que en el nivel local se ha construido también un ordenamiento que regula la acción pública de dichos actores (*régimen local de implementación*). Los procesos de desconcentración-descentralización-(re)centralización han dado lugar particularmente a la estructuración de este segundo nivel de arreglos en los que centraremos nuestro análisis. Estas reglas de juego parecen estar condicionando (por acción u omisión) los modos en los que se resuelve la gestión local de la política sanitaria en los distintos planos (atención, gestión y financiamiento) (Tobar 2000). En la intersección entre las reglas de juego y las decisiones que se toman en cada plano se define, finalmente, la orientación y la política sanitaria misma.

II. I. La dimensión funcional y sus impactos sobre los planos en los que se despliega la política sanitaria

La delegación de responsabilidades de gestión de la política sanitaria en el nivel local es tributaria de múltiples factores. Entre ellos, los que se destacan en el escenario de la crisis son: (1) los efectos de los procesos de descentralización-desconcentración-(re)centralización que tienen como corolario la realización del potencial de “autonomía relativa” del nivel local; (2) las limitaciones impuestas por el estatus constitucional del nivel local; (3) la implementación territorializada de programas nacionales; (4) las condicionalidades que imponen dichos programas; (5) la importancia relativa que asumen los programas verticales; (6) las características de los espacios de coordinación y descentralización/desconcentración (en términos de capacidades estatales); y (7) la lógica que guía las inversiones en infraestructura. Estos factores configuran la dimensión funcional del *régimen local de implementación* y definen las coordenadas que orientan la toma de decisiones respecto de la atención, la gestión y el financiamiento de la política sanitaria en el nivel local.

Ahora bien ¿cómo inciden estos factores en cada uno de estos planos? ¿Qué tipo de decisiones modelan? ¿Qué orientación imprimen a esas decisiones? ¿En qué medida promueven (o no) el funcionamiento en red del subsistema público de salud? ¿Cuánto contribuyen a exacerbar las territorialidades ya acentuadas durante la crisis?

Revisemos, en primer lugar, las consecuencias en el plano de la atención. Tal como señaláramos anteriormente, las competencias en el campo de salud permanecen bajo la órbita provincial (esto significa que no fueron delegadas a la Nación por los estados federados); sin embargo, en las últimas décadas el sector sufrió en la Provincia de Buenos Aires un agudo proceso de descentralización de

servicios hacia los municipios (en efectores, fundamentalmente del primer nivel de atención, y en recursos por coparticipación). Este proceso no estuvo acompañado por la definición de un modelo prestacional que instituyera los niveles a ser garantizados por cada una de las unidades territoriales menores. Si la salud se encuentra dentro de los campos de cuestiones no delegadas por los estados federados (provincias) al nivel central, esta soberanía no parece hacerse operativa a través de la definición de cuáles son las prestaciones que se ofrecen, cuál es su alcance, quiénes son sus beneficiarios, bajo qué condiciones se habilitan las prestaciones, ni cuáles son sus niveles de calidad y cantidad. Estas decisiones quedan libradas a las decisiones locales y también a las que terminan tomando de manera autónoma los establecimientos. Así, los márgenes para la expresión de “preferencias” locales en los modos a través de los cuales se procesa la demanda de servicios de salud en el nivel local son muy amplios y pueden definir ofertas prestacionales muy diferentes entre sí, perdiendo de vista los requerimientos de funcionamiento en red que impone la lógica de todo sistema sanitario²².

Este escenario se ve reforzado por la intervención de algunos programas nacionales, como por ejemplo, el programa REMEDIAR²³ y el Médicos Comunitarios²⁴ (en menor medida y escala), que buscan incentivar un desplazamiento progresivo de las consultas hacia el primer nivel de atención. Asimismo, los programas son recursos críticos que cuentan con capacidad diferencial para generar reglas de juego condicionando la organización de los servicios (plano de la gestión). En un contexto de pérdida de peso de los programas verticales²⁵, los programas nacionales también tienen incidencia en los servicios a modo de recursos adicionales (plano del financiamiento). El Programa Nacional de Médicos Comunitarios concentra el recurso “becas” en el primer nivel (becas de apoyo económico y becas de estudio), mientras que el programa REMEDIAR, en la salida de la crisis, abonó a resolver una de las cuestiones más acuciantes del sistema, la provisión gratuita de medicamentos, al tiempo que impuso algunas

²² Las heterogeneidades prestacionales se observan entre y en cada uno de los municipios (en particular, si se tiene en cuenta la oferta de servicios presente en cada uno de los centros de salud), acentuando la fragmentación entre y en cada uno de los municipios de la región.

²³ Programa de distribución gratuita de botiquines de medicamentos conforme un vademécum establecido. La distribución se realiza exclusivamente desde los Centros de Atención Primaria de la Salud y establece la condición de gratuidad en la atención.

²⁴ Programa de formación de recursos humanos en salud con el objetivo de contribuir a fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el marco del Plan Federal de Salud.

²⁵ Nos referimos a los programas orientados a patologías y segmentos etáreos específicos (materno infantil, ETS, VIH/SIDA, IRA).

condicionalidades en relación a la jerarquización del primer nivel de atención y a la gratuidad de la atención en los CAPS.

Otro aspecto importante a destacar es la inexistencia de regulaciones homogéneas a nivel provincial para la incorporación del personal de salud en el nivel municipal. En este aspecto, las relaciones intergubernamentales operan “por omisión” abriendo las opciones a los actores locales para definir las condiciones de incorporación. Esta situación ha dado como resultado situaciones muy diferentes de incorporación de profesionales en municipios vecinos a la vez que una “competencia”²⁶ en la oferta de condiciones para captación del recurso humano, tema que ha sido planteado en los espacios de los Consejos Regionales.

II. 2. La dimensión política y sus impactos sobre los planos en los que se despliega la política sanitaria

La redefinición de las responsabilidades de gestión de la política sanitaria y la jerarquización del nivel local no puede analizarse aisladamente de la transformación en las relaciones de poder entre los actores de los diferentes niveles gubernamentales. En este marco, la lógica que guía la transferencia de recursos de los programas nacionales hacia el nivel local constituye una pieza clave en la distribución (y acumulación) de los recursos de poder. Dichas intervenciones le permiten al gobierno nacional reposicionarse y fortalecer su relación con los gobiernos locales, a través de mecanismos de articulación directa entre estos dos niveles. El gobierno provincial, si bien participa en la definición de los lineamientos de los programas y criterios de asignación de los recursos por municipio, no interviene de manera directa en su implementación. Los municipios se constituyen en efectores de las iniciativas nacionales en la medida en que son quienes tienen a cargo el primer nivel de atención.

De este modo, la lógica política que vincula a los líderes políticos del nivel nacional con los líderes locales también constituye un factor que, aunque exterior al sistema de salud, modela —a través de la asignación de recursos de las políticas públicas sectoriales— las relaciones y las intervenciones del propio sistema en una dinámica de intereses recíprocos. Los liderazgos propios de la escena nacional, para legitimar su actuación y generar consensos en los territorios, necesitan de las estructuras partidarias locales y de los consensos que se concentran en torno a la figura de los intendentes municipales. En este escena-

²⁶ Denominado “canibalismo intermunicipal” por algún Secretario de Salud Municipal.

²⁷ Este aspecto es particularmente sensible en los distritos del Gran Buenos Aires ya que concentran más de un cuarto de la población total del país.

rio, los liderazgos locales se convierten en una pieza clave ya que conservan para sí un capital crítico como es el *manejo (en términos electorales) del territorio*²⁷. No obstante, si bien la asignación de recursos de las políticas públicas sectoriales opera en la polea de transmisión entre liderazgos nacionales y locales, también condiciona la actuación de estos últimos en la medida en que los torna dependientes, al menos en parte, de dichos recursos para satisfacer “preferencias” locales y legitimar así su propia acción política. La jerarquización de las figuras nacionales en el imaginario político de la población moviliza (“desde abajo”) el interés de parte de los liderazgos locales hacia la configuración de alianzas electorales. De este modo y en un juego lábil pero también recíproco, las relaciones político-partidarias condicionan el marco de las transferencias.

Si bien, existen, tal como hemos hecho referencia, espacios desconcentrados del Estado provincial para la coordinación regional (técnico administrativo) (Regiones Sanitarias) y de articulación (Consejos Regionales de Salud), en ese juego cruzado de esfuerzos recíprocos de legitimación “central/local”, el estatus institucional de estos espacios de articulación se debilita²⁸, en la medida en que deben apelar a estrategias puntuales orientadas a generar acuerdos para cada situación en particular. Esta situación agudiza aún más las dificultades que encuentran para acordar y sostener redes de derivaciones capaces de garantizar el tránsito de los pacientes en una región (el Gran Buenos Aires) cuyos territorios son continuos y no ofrecen fronteras más evidentes que la virtualidad de lo político institucional²⁹.

La lógica que guía las inversiones en infraestructura y equipamiento no parece ser ajena a esta dinámica; aún cuando sus efectos no necesariamente abonan el fortalecimiento del primer nivel de atención (plano de la atención). Antes bien, las inversiones en infraestructura y equipamiento redefinen la dinámica del sistema fortaleciendo aquella *perspectiva hospitalocéntrica* (plano de la atención) que parecen compartir la población, los actores políticos, los medios de comunicación y las organizaciones profesionales. Esta tensión entre *captación de recursos/ orientación de la política sanitaria local* pone en evidencia que, en un contexto institucional formal limitado, los gobiernos municipales apelan a estrategias de

²⁸ Cabe destacar que en el año 2006 fue modificada la normativa tendiendo a fortalecer el estatus institucional de las Regiones Sanitarias, asimilando sus estructuras a la de los Entes Descentralizados Hospital Integrado (Decreto 3377/06). Llama la atención que se apelara a esta figura para “fortalecer” la instancia de las Regiones Sanitarias aunque la indagación realizada ponía en evidencia que se trataba del único dispositivo legal disponible desde el Ejecutivo Provincial, ya que de tener que pasar por la Legislatura de la provincia podría salir con menos competencias e institucionalidad que la existente.

²⁹ Más adelante se pone en tensión la idea de territorio como continuidad que caracteriza lo local.

legitimación *hacia arriba y hacia abajo* en el marco de las cuales se ponen en juego mecanismos de satisfacción de demandas de la población por la atención de la salud, que se concentran fundamentalmente en la “cuestión hospitalaria”.

La centralidad que adquiere la “cuestión hospitalaria” en las demandas de la población en el nivel local parece vincularse con la escasa jerarquía que tiene la “cuestión sanitaria” en la agenda pública y gubernamental (Canel 2008). En concordancia con la debilidad de la “cuestión sanitaria” en la agenda pública, es limitada la presencia de actores que desde la sociedad expresen los intereses de los usuarios de los servicios públicos de salud. En un contexto de “ausencia de otras voces”, las organizaciones gremiales y profesionales del sector —con fuertes intereses en relación a la problemática hospitalaria— construyen su discurso desde la defensa de la “salud pública” que vela en la arena pública, la existencia de intereses sectoriales y gremiales a los que, efectiva y legítimamente, representan.

Esta dinámica “centrífuga” que constituye la descentralización en este contexto tensiona a su vez con el ordenamiento político institucional en el nivel local que define las competencias de los municipios en este campo³⁰. Frente a la “debilidad” con que se enfrentan en el plano institucional formal, los gobiernos locales se fortalecen desde estrategias de acumulación política que tienen (con diferencias según los sectores) como “arenas” a las políticas públicas. En ese contexto, la “indefinición” en el modelo prestacional presente en el sector abre márgenes considerables de autonomía para definir desde el nivel local el alcance y la calidad de las prestaciones.

En esta matriz funcional tan fragmentada, los espacios desconcentrados y de articulación existentes son débiles en su institucionalidad, estando a merced de la dinámica resultante de las relaciones de poder y las tensiones intraburocráticas.

II. 3. La dimensión material y sus impactos sobre los planos en los que se despliega la política sanitaria

Una primera cuestión a considerar al abordar los márgenes para la formulación de políticas locales de salud tiene que ver con los niveles diferenciales de autonomía financiera con que cuentan los municipios en la región. A partir de la crisis que estalla en diciembre de 2001 los niveles de autonomía financiera (medidos en el porcentaje de la coparticipación sobre el presupuesto total) em-

³⁰ Este ordenamiento está definido, tal como hemos referido, en la Constitución Provincial y la Ley Orgánica de las Municipalidades.

peoran en alrededor del 50 por ciento. Para algunos municipios del primer cordón del GBA, los aportes de fondos coparticipables suponían, en el año 2001, el 15 por ciento del presupuesto de gastos total, mientras que en el año 2006 pasan a representar algo más del 25 por ciento. En el caso de los partidos del segundo cordón, el incremento de la participación es algo menor y más errático, aunque existen situaciones en que los aportes de fondos coparticipables representaban en el año 2001 el 40 por ciento del presupuesto de gastos total, mientras que para el año 2006 son algo más del 60 por ciento

Asimismo, los márgenes que tienen los municipios para la definición de política sanitaria dependen también de la capacidad contributiva de su población. En el año 2006, los municipios pertenecientes al primer cordón financiaban alrededor del 25 por ciento de sus presupuestos con recursos derivados de la coparticipación, en tanto en los municipios del segundo cordón (aquellos en los que se concentran los más altos niveles de pobreza) los aportes provinciales ascendían al 60 por ciento del total de los gastos presupuestados.

A diferencia de lo que sucede en el resto de las provincias argentinas, un 37,13 por ciento de los recursos provinciales coparticipables hacia los municipios se distribuye a través de criterios derivados de la producción del sistema de salud. El cálculo de estos mecanismos de distribución secundaria de la coparticipación al operar como financiamiento del gasto ejecutado, se realiza en función de la producción del sistema. La Ley Provincial 10.820 de agosto de 1989 fijó los criterios de asignación secundaria de los recursos contemplando las diferencias de productividad entre los establecimientos de salud. Los criterios resultantes de esta norma (y vigentes en la actualidad) privilegian la presencia de establecimientos con internación (número de camas, pacientes/día y egresos) por sobre aquellos que disponen sólo de establecimientos sin internación (cantidad de consultas y establecimientos sin internación)³¹. Tal como están definidos en la legislación vigente, estos criterios valorizan la complejidad por sobre las estrategias preventivas y, a su vez, estimulan la declaración de prestaciones (y en algunos casos, el doble financiamiento)³².

Los incentivos al desarrollo de alta complejidad implícitos en los criterios de distribución de la coparticipación han dado como resultado, entre los municipios, valores y estrategias muy diferentes con respecto a la captación de recur-

³¹ Un análisis pormenorizado de los impactos de estos criterios en la distribución de recursos en el territorio, puede encontrarse en Chiara, Di Virgilio y Miraglia (2008).

³² Estudios del Ministerio de Economía de la Provincia refieren a problemas de sobredeclaración de prestaciones, derivaciones de patologías costosas, sobreequipamiento y estrategias de elevación de la complejidad.

sos para el financiamiento de la política sanitaria local. En algunos casos, las estrategias parecen haberse ido organizando para maximizar las posibilidades de transferencias elevando la productividad del sistema (en cantidad de consultas, internaciones y egresos hospitalarios) a través de distintos tipos de arreglos público/privados y buscando la categorización de sus establecimientos de mayor complejidad, de modo de recibir los incrementos que el distribuidor prevé en esas situaciones. Estas estrategias se completan, en algunos casos particulares, con legislación ad hoc que impone distintas barreras en el acceso a los servicios a la población que no reside en el partido y con modalidades de arancelamiento. Volveremos más adelante sobre este análisis.

Tal como están definidas, las reglas de juego habilitan a que las prestaciones “cobradas” al subsector de medicina privada, obra social y/o particular (por la vía del arancelamiento) sean a su vez declaradas para recibir transferencias a través de la coparticipación. En ese marco, se produce un “círculo vicioso” a través del cual se premia la complejidad y la producción, habilitando en el nivel local a organizar sus estrategias en función de optimizar los recursos desde la complejidad y el incremento de la producción; esta situación eleva, a su vez, los niveles de transferencias hacia esos municipios. Un agravante a esta situación es que como resultado de la aplicación de la Resolución 198/89, las camas ocupadas de la misma complejidad resultan valorizadas de manera diferente en distintos municipios³³.

Frente a esta situación, se constatan arreglos más o menos informales orientados a abrir el acceso a los “beneficios” así generados a la población del conjunto de la región (convenios promovidos por la provincia e, incluso, contrataciones de parte del Ministerio provincial para hacer posible las derivaciones). Por tratarse de arreglos informales o mercantilizables (y también “remediales”), son objeto de controversia entre los actores.

Por fuera del sector salud, las inversiones (especialmente nacionales) en obras de infraestructura y equipamiento aparecen como “oportunidades” para la creación de nuevos establecimientos o servicios, particularmente aquellos destinados al segundo y tercer nivel de atención (hospitales zonales e interzonales). De este modo, estas apuestas definen “de hecho” nuevas condiciones para la organización del sistema en la región³⁴.

³³ La Resolución N° 198/89 del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires redefine más específicamente algunas variables. Particularmente considera al “Perfil de complejidad” como la máxima complejidad existente en el municipio.

³⁴ Nos referimos al proyecto de construcción del nuevo edificio para el Hospital Larcade de San Miguel, a la construcción de los Hospitales Interzonal del Cruce (Florencio Varela) y el proyecto de construcción del Hospital del Cruce Castelar (Moreno) y a la ampliación del Hospital Thompson (San Martín), entre otros.

II. 4. En síntesis...

La modalidad adoptada para la transferencia de los servicios, la combinación entre “debilidad” institucional y fortalecimiento desde lo político, los incentivos generados por el régimen de coparticipación y la debilidad de las instancias desconcentradas (Regiones Sanitarias), dan lugar a una dinámica autónoma que atenta contra el principio de igualdad en el ejercicio de los derechos de parte de la población. Esta situación llega al límite que, en una misma Región Sanitaria, cada municipio puede definir el alcance de las prestaciones en relación a los domicilios de los pacientes; algunos atienden sin identificación del domicilio a la totalidad de la demanda, mientras otros arancelan a aquellos pacientes que no tienen domicilio en el partido.

La soberanía que tienen los gobiernos locales respecto de los efectores del nivel municipal combinada con la ausencia de reglas de juego desde el nivel provincial, conduce a que los acuerdos respecto de las derivaciones sean informales y dependan de la validación permanente entre gobiernos locales (horizontalmente), así como entre las instancias desconcentradas (Regiones Sanitarias) y los Secretarios de Salud de los municipios. Los incentivos implícitos en los criterios de distribución de la coparticipación refuerzan las oportunidades presupuestarias en aquellos casos que valorizan la alta complejidad, enfatizando la atención de la enfermedad por sobre las estrategias preventivas. En la intersección entre las reglas de juego y las decisiones de los actores se van sedimentando distintas lógicas que entran en tensión en los esfuerzos por superar la fragmentación, aspecto sobre el cual nos referiremos en el próximo apartado.

III. Territorios fragmentados: impactos de la dinámica política en la atención de la salud en el ejercicio efectivo del derecho a la salud

Las condiciones que configuran los procesos de gestión en el subsector público de salud en el Gran Buenos Aires plantean un escenario de permanentes tensiones entre actores posicionados en torno a dos lógicas (en buena medida) antagónicas: una que se instala desde la perspectiva que podríamos denominar “localista” que apunta en forma casi exclusiva a su propia población (y califica como “extra-partidarios” a los usuarios que no residen en el municipio en cuestión), se plantea como una lógica de respuesta directa a las demandas propias de la gestión territorial y funciona como un aspecto medular para la acumulación política en cuanto construcción de legitimidad y suma de lealtades en el territorio. La otra lógica se presenta como más “tecnocrática” y en parte

desvinculada de esos procesos de acumulación (aunque abreva en ellos desde otros espacios) y plantea la necesidad de articulación a través de redes interjurisdiccionales y una planificación a escala regional.

Si bien muy esquemáticamente podemos decir que una se plantea como *lógica local* y la otra como *supra local*, ninguna funciona desligada del territorio; más bien ambas configuran el territorio de modos distintos. Mientras lo *local* conforma el territorio desde una lógica de continuidad, topográfica³⁵, donde funciona fuertemente un sentido de apropiación y, por ende, demarca un criterio de exclusión (hacia los “extra-partidarios”); lo *supra-local* inscribe al territorio desde una dimensión de contigüidad no necesariamente ligada a la continuidad del espacio físico, más bien opera con un sentido de red topológica. Valga aclarar que en esta última también se expresan preocupaciones por la acumulación y la construcción político territorial y por tanto, se interpela a los propios municipios (intendentes municipales) como mediadores, poniendo en tensión la “autonomía relativa” de los mismos.

Esta tensión cobra especial relevancia considerando el proceso de transferencias de competencias y funciones hacia los municipios del Gran Buenos Aires llevado a cabo sobre la base de una matriz institucional y financiera sumamente frágil. En la mayoría de los casos, la asunción de nuevas funciones genera un fenómeno paradójico: si bien permite a las administraciones locales dar respuesta a una mayor cantidad de cuestiones de la agenda pública, vuelve a los municipios más dependientes económica y políticamente de los niveles jurisdiccionales superiores y/o de los municipios vecinos con mayor capacidad de respuesta.

Sin embargo, en otros pocos casos, los municipios conformaron sistemas más endógenos (en términos de financiamiento, gestión y atención; esta última orientada a la población ‘propia’ del partido) maximizando la captación de recursos vía el aprovechamiento de las brechas que deja abierta la normativa: en particular, la forma de financiamiento de la coparticipación, la facturación hacia obras sociales y la recaudación a través de una cooperadora local.

Por su parte, los cambios contextuales han producido un incremento y una heterogeneización de las demandas hacia el subsistema público de salud local. La posibilidad de dar respuesta a dichas demandas dependió en gran medida de la estructura y la capacidad técnica instalada en los gobiernos locales (de atención, gestión y financiamiento) pero también y sobre todo de la capacidad política de los mismos. La capacidad de gestión de las Secretarías de Salud de los municipios del Gran Buenos Aires suele estar fuertemente vinculada al

³⁵ Hacemos uso de la distinción en la configuración territorial propuesta por Catenazzi y Da Representação (2009).

grado de incidencia (o de autonomía) política de quien ejerza la conducción del área. Si bien, al tratarse de ámbitos específicos ligados a la medicina suelen ser conducidos por profesionales médicos (lo que supone garantizar cierto conocimiento profesional en la materia, al que a veces se suma la experiencia profesional en el ámbito de salud pública y cierto vínculo corporativo con las gremiales, Colegios Médicos y/o Asociaciones Profesionales de la zona) la principal falencia que emerge en muchos casos es el déficit de gestión política³⁶, aspecto íntimamente vinculado y condicionado por el lugar que la agenda de salud ocupa en el proceso de construcción de autonomía y de acumulación territorial.

Se debe considerar que en el nivel local las demandas de salud actúan como una caja de resonancia en la relación entre funcionarios electos y la población; lo que genera la necesidad de dar respuestas urgentes³⁷. En este punto resulta clave considerar cómo se constituye la “demanda” o más bien cómo se define en la agenda del gobierno local la “cuestión sanitaria”, proceso que está íntimamente ligado a una dimensión temporal³⁸ signada por un sentido de la urgencia construido por los propios actores y que, a la vez, condiciona su propio accionar. Ahí prevalece la mirada desde la perspectiva hospitalaria en consonancia con un mapa de actores acotado a los corporativos del sector y a ese sentido de la urgencia que pondera la respuesta inmediata. De modo tal que, por sobre una perspectiva que priorice la prevención y el cuidado, el problema de la salud pasa a ser el problema de gestión hospitalaria y más que un sistema de salud *se instala como un sistema de atención a la enfermedad*.

En tal sentido, las opciones que se presentan para los municipios son generar su propio “sistema”³⁹ endógeno de salud o depender de la articulación inter-jurisdiccional para las derivaciones. Esta última es la opción más frecuente

³⁶ Esto se pone en evidencia cuando, por ejemplo, para tomar decisiones sobre los propios recursos del área previstos en las partidas presupuestarias, muchos secretarios de Salud deben recurrir constantemente al secretario de Hacienda o al intendente municipal.

³⁷ “Los riesgos para la salud de la población ocasionados por el deterioro de las condiciones de vida a partir de la crisis del 2001-2003 parecen haber sido unos de los ejes que estructuraron las intervenciones en el sector salud en el nivel local. En pos de dar respuesta a esa cuestión se implementaron estrategias que acercaron la atención a los barrios a través de trailers sanitarios y/u hospitales móviles. La Unidad Sanitaria Móvil de ginecología, Unidad Móvil de odontología y ginecología en Tigre y Operativos Sanitarios en Malvinas Argentinas son algunos ejemplos de las nuevas estrategias de atención” (Di Virgilio y Canel 2008: 93).

³⁸ Como señalan Catenazzi y Da Representação (2009), la dimensión temporal es constitutiva de la territorialidad.

³⁹ Mantenemos su uso de este término, en este caso entre comillas, entendiendo las limitaciones que tiene su utilización en territorios continuos como el GBA.

y allí suelen involucrarse directamente los intendentes municipales para darle entidad al pedido de derivación. Este mecanismo se agudiza ante el defasaje existente entre la oferta y la demanda hacia el servicio y pone en evidencia un déficit en los procedimientos que articulen adecuadamente los distintos engranajes del “sistema” desde una escala supra-local (regional, provincial y nacional). Pero a su vez, este déficit sistémico indica la existencia de un mecanismo informal que reditúa en términos políticos al generar un flujo constante y asimétrico de recursos que se ponen en juego ante cada derivación, donde los actores locales que no cuentan con capacidad hospitalaria propia quedan permanentemente en una posición de desventaja.

Frente a estas dos tensiones “antagónicas” —la denominada aquí “localista” (que se orienta en forma casi exclusiva a su propia población) y la llamada “tecnocrática” (que sostiene la necesidad de articulación de recursos a través de redes inter-jurisdiccionales)—, los incentivos hacia el desarrollo de la alta complejidad generados por las reglas de juego relativas a la dimensión material del régimen⁴⁰, especialmente aquellos relativos a la distribución de los fondos coparticipables, instalan una operatoria que conspira contra la pretensión de funcionar como un sistema integrado a escala regional. Es llamativo que aquellos municipios que han adoptado estrategias orientadas a construir “sistemas” más endógenos lograron alcanzar (en la salida de la crisis) mejores porcentajes de cobertura desde las transferencias por coparticipación respecto del financiamiento de la “finalidad salud municipal” (cercaos al 85 por ciento en el año 2006), al tiempo que otros casos, altamente dependientes de las articulaciones inter jurisdiccionales, encuentran peores niveles de financiamiento de sus servicios de salud (acotados a los CAPS) que oscilan en valores entre el 24 y el 45 por ciento⁴¹; esta perspectiva se refuerza también en los montos transferidos por habitante⁴².

En este marco, el intento de otorgar coherencia sistémica, articular y coordinar a través de redes promovidas desde las Regiones Sanitarias del Ministerio de Salud provincial resulta sumamente insuficiente. Estas entidades que también cuentan con un Consejo Regional tienen una capacidad de gestión limitada (especialmente en términos políticos) como para resolver los problemas de coordinación entre los actores y marcar un sentido sistémico a las políticas sectoriales desde una perspectiva que priorice la salud de la población. Aun cuando los diferentes actores jurisdiccionales coincidan en la necesidad de coordinar y articular políti-

⁴⁰ Ver apartado II.

⁴¹ Tablero de Mando, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2007.

⁴² Un análisis de los datos de la evolución de las transferencias por habitante 2000-2005 por componente se presenta en Chiara, Di Virgilio y Miraglia (2008).

cas, el ensamblado de la cuestión sanitaria como *cuestión hospitalaria* y *tema de la agenda política en el territorio* conlleva una lógica y un juego de intereses que no se resuelve a través de una mera reingeniería de intervención.

IV. Recapitulando... para volver a abrir...

Habiendo arribado a este punto, consideramos necesario pasar en limpio parte de las argumentaciones presentadas dejando esbozadas unas pocas coordenadas desde las cuales plantear el debate acerca de la política sanitaria.

i) Una primera cuestión que nos interesa destacar en tanto premisa del debate es que la dinámica que anima el funcionamiento de la política sanitaria es resultado de una historia que tiene (por acción y omisión) como protagonistas principales a los estados provinciales. No obstante, el propio proceso de constitución de los servicios sanitarios y el papel asumido por el Estado nacional en su desarrollo, ha dado lugar a tensiones y equilibrios inestables que tienen por escenario el diseño y la gestión de la política sanitaria. Esta dinámica se vio reforzada por la descentralización que tuvo lugar en las últimas décadas, que promovió el surgimiento de nuevos actores en el nivel subnacional (provincial y municipal, para el caso de la Provincia de Buenos Aires) con mayores niveles de “autonomía relativa” en el plano político, pero que encontraron profundas limitaciones para hacer posible su sostenimiento efectivo en el plano técnico administrativo.

ii) La segunda cuestión a destacar que resulta del análisis precedente es la debilidad (y consecuente heterogeneidad según las jurisdicciones tanto provinciales como municipales) que tiene el encuadre institucional formal sobre el cual se “escribe” la descentralización de la política sanitaria. Esta situación dio lugar a distintos *espacios de producción de política sanitaria* con atributos muy diferentes y altos niveles de “autonomía relativa”. Esta dinámica por la optimización de los niveles de autonomía de parte de los actores gubernamentales se libra en el plano de la “institucionalidad política”, apoyándose en aquel vacío existente en la “institucionalidad social” del sector. La falta de definición de un modelo prestacional que establezca los umbrales mínimos y las condiciones bajo las cuales garantizar la accesibilidad y continuidad en el sistema son la expresión más cabal de este fenómeno y ha dado lugar a una oferta de servicios de salud diversa y fragmentada.

iii) El tercer aspecto que nos interesa retomar es que el *manejo en términos electorales del territorio* es un juego complejo que parece comprometer, particularmente en la salida de la crisis 2001-2003, a líderes locales y nacionales en una dinámica de intereses recíprocos (y muy lábiles) a partir de los cuales se

condicionan las transferencias derivadas de los programas. En este juego (sumado a sus propias debilidades y a las tensiones intraburocráticas) quedan apresados los espacios desconcentrados y de articulación existentes. El análisis de las condiciones del régimen local de implementación pone en evidencia la centralidad que adquiere en el marco de la crisis la dimensión política. En primer lugar, esta dimensión se imbrica con la del financiamiento mostrando capacidad para reorientar criterios de asignación de recursos. En segundo lugar, deja al descubierto las debilidades de capacidad estatal que en un contexto de descentralización “exacerbada” o escasamente regulada tienen los actores del nivel provincial. En tal sentido, los incentivos del esquema de coparticipación que priorizan el tratamiento de la enfermedad y la complejidad, sumado a la conformación de la cuestión sanitaria en términos de gestión hospitalaria (impronta que adquiere la construcción de una agenda fuertemente condicionada por el sentido de urgencia de la acción pública y un mapa de actores con amplio predominio de los sectoriales-corporativos) da lugar a un esquema donde las relaciones directas entre los programas nacionales y los municipios en el primer nivel de atención cobran especial relevancia.

iv) Si este “juego” domina las relaciones intergubernamentales (en particular aquellas que se dan entre la nación y los municipios), no puede sorprender la jerarquía que adquiere la noción topográfica del territorio; regida por la lógica de respuesta a las demandas propias de cada población, esta lógica (denominada “localista”) llega en algunos casos a demarcar un sentido de exclusión de población residente en otros partidos. Desde este enfoque, la necesidad política de los actores supralocales de construir una “llegada” al territorio está atentando, más allá de los discursos tecnocráticos, contra la posibilidad de construir una red efectiva de servicios; compartiendo así un “sentido de la urgencia” que se vehiculiza en una agenda (común) organizada desde lo hospitalocéntrico.

Sin lugar a dudas, la apuesta por la conformación de una red efectiva de servicios supone operaciones técnicas y políticas más complejas y sostenibles que puedan ser capaces de romper el círculo vicioso que se constituye entre la lógica de la búsqueda de la “autonomía relativa” y la constitución de “sistemas locales endógenos” que tienen como resultado altos niveles de fragmentación del sistema y, por ende, de inequidad y de ineficiencia. Territorios que se suponen continuos generan sistemas prestacionales muy heterogéneos con desempeños también muy heterogéneos (Chiara y Reimondi 2007). Esta vía supone otra concepción del territorio basada en una noción topológica de red y, también probablemente, otras estrategias de asunción del territorio en la construcción de legitimidad estatal y otras iniciativas orientadas a reeditar la lógica sistémica.

v) Por último, una cuestión que resulta de las anteriores es que si la búsqueda de mayores niveles de “autonomía relativa” es la fuerza que parece

animar las apuestas de los actores en una matriz institucional débil, el desafío de construcción de *redes de servicios* no puede estar sostenido exclusivamente desde operaciones técnicas y consensuales (basadas en los acuerdos entre los actores), sino que necesita apoyarse en debates amplios cuyos resultados se institucionalicen y definan umbrales a ser garantizados por todas las jurisdicciones.

Si bien, tal como referimos en distintas oportunidades, la “cuestión sanitaria” es una competencia no delegada por las provincias a la nación, parte fundamental del rol de rectoría del gobierno nacional consiste en poder liderar este proceso. En ese sentido, instancias como el COFESA (Consejo Federal de Salud) y el ámbito legislativo nacional resultan espacios estratégicos, aún reconociendo la complejidad que presenta el sector salud, no sólo por su historia institucional sino también por la debilidad que encuentra en su tratamiento como cuestión en la agenda pública.

Bibliografía

- Andrenacci, L. y F. Repetto (2007) *Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana*, INDES/BID, mimeo.
- Cabrero Mendoza, E. (2006) “De la descentralización como aspiración, a la descentralización como problema. El reto de la coordinación intergubernamental de las políticas sociales”, Documento presentado en el “Seminario sobre Coordinación y Políticas Sociales”, BID, mayo.
- Canel, M. (2008) Documento de Trabajo sobre la reconstrucción del sistema de salud de Malvinas Argentinas, mimeo.
- Catenazzi, A. y N. Da Representação (2009) “Acerca de la gestión de la proximidad”, en Chiara, M. y M. M. Di Virgilio (comps.) *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*, Buenos Aires, UNGS.
- Cetrángolo, O. y J. P. Jiménez (2004) “Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina”, en *Revista de la CEPAL*, N° 84, Santiago de Chile, diciembre.
- Chiara, M. (2008) *Relaciones intergubernamentales y “política” de la política sanitaria en Argentina: reflexiones pos-descentralización*, mimeo.
- Chiara, M. y C. Jiménez (2007) “Relaciones intergubernamentales (RIGs) y política de salud en el nivel local. El caso del subsector público en el Gran Buenos Aires”, Ponencia presentada al “XII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública”, Santo Domingo, 30 de octubre al 1 de noviembre.
- Chiara, M. y M. M. Di Virgilio (2009) “La gestión de la política social : aspectos conceptuales y problemas”, en Chiara, M. y M. M. Di Virgilio (comps.) *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*, Buenos Aires, UNGS.

- Chiara, M. y R. Reimondi** (2007) *Condiciones de vida y control de embarazo, Provincia de Buenos Aires: la construcción de indicadores como herramienta para la enseñanza y la gestión de políticas sociales*, ICO/UNGS, Región Sanitaria V, Proyecto CIC (Comisión de Investigaciones Científicas del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires).
- Chiara, M., M. M. Di Virgilio y M. Miraglia** (2008) “Tensiones y dilemas en torno a la gestión local en salud en el Gran Buenos Aires”, en Chiara, Magdalena, María Mercedes Di Virgilio, Arnaldo Medina y Marina Miraglia (comps.) *Gestión Local en Salud: Conceptos y Experiencias*, Buenos Aires, UNGS.
- Chiara, M., M. M. Di Virgilio, M. C. Cravino y A. Catenazzi** (1999) *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense*, Informe de Investigación, UNGS.
- Di Virgilio, M. M. y M. Canel** (2008) “Los contenidos de la agenda local de salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina”, en Espinosa, B. y W. Waters (comps.) *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*, Ecuador, FLACSO.
- Cormick, H.** (1997) “Algunos problemas de gobierno y gestión en los municipios del conurbano bonaerense”, en García Delgado, D. (comp.) *Hacia un nuevo modelo de gestión local. Municipio y sociedad civil en Argentina*, Buenos Aires, Oficina de Publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires.
- Falleti, T.** (2004) “Federalism and Decentralization in Argentina: Historical Background and New Intergovernmental Relations”, en Tulchin, J. y A. Selee (eds.) *Decentralization and Democratic Governance in Latin America*, Washington D.C., Woodrow Wilson Center for Scholars.
- Iarussi, M. H.** (2006) *Relaciones intergubernamentales en la Provincia de Buenos Aires: Coparticipación por Salud*, Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Lahera, E. P.** (2004) “Política y políticas públicas”, en *Serie Políticas Sociales*, N° 95, agosto.
- Potenza, F.** (2004) *Coordinación intergubernamental en políticas sociales: el funcionamiento de los Consejos Federales de Educación y Salud en la elaboración de políticas sectoriales (1990-2004)*, Tesis de Maestría en Administración y Políticas Públicas, Universidad de San Andrés.
- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)** (2004) *La construcción del federalismo argentino: perspectivas comparadas*, Buenos Aires.
- Rodríguez Ricchieri, P. y F. Tobar** (2003) *El Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA). Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo*, Buenos Aires, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Sánchez de León, A.** (1998) “Implementación de los contratos de gestión”, en *Cuadernos del PRESSAL*, N° 1, Buenos Aires, PRESSAL.

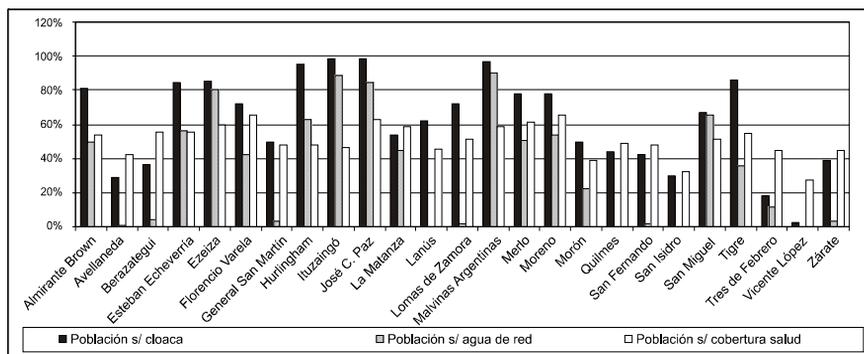
- Selee, Andeew** (2004) "Exploring the Link between Decentralization and Democratic Governance", en Tulchin, J. y A. Selee (eds.) *Decentralization and Democratic Governance in Latin America*, Washington D.C., Woodrow Wilson Center for Scholars.
- Sojo, A.** (2001) "Reformas de gestión en salud en América Latina", en *Revista de la CEPAL*, N° 74, Santiago de Chile, agosto.
- Tobar, F.** (2000) *Herramientas para el análisis del sector salud*, mimeo.
- Torres, H.** (1978) "El mapa social de Buenos Aires en 1943, 1947 y 1960", en *Desarrollo Económico*, Vol. 18, N° 70, Buenos Aires.
- Torres, H.** (1999) *Diagnóstico socioterritorial de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires y su contexto metropolitano*, Publicaciones del PUA, N° 1, Consejo del Plan Urbano Ambiental, Secretaría de Planeamiento Urbano, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Torres, H.** (2001) "Cambios socioterritoriales en Buenos Aires durante la década de 1990", en *EURE, Revista de Estudios Urbanos y Regionales*, Vol. 2, N° 8, Santiago de Chile.

TABLA I

Matriz de condiciones: las dimensiones del régimen local de implementación y los planos en los que se despliega la política sanitaria

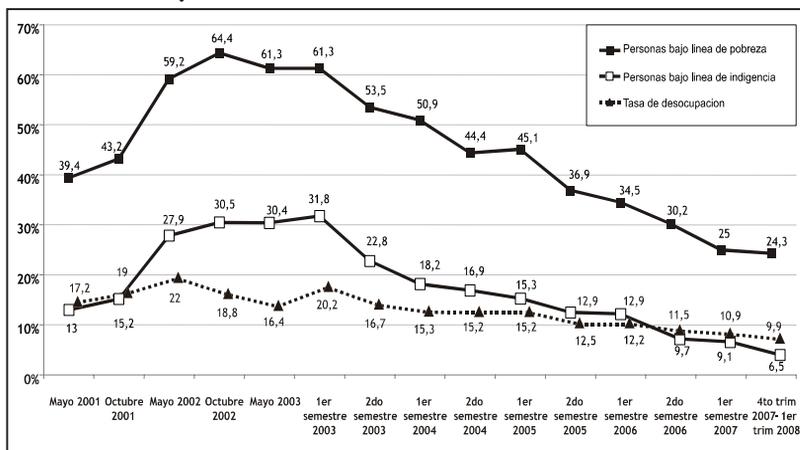
Dimensiones del régimen local de implementación	Planos en los que se despliega la política sanitaria		
	Atención El plano de la atención refiere al nivel de los servicios (en cantidad y calidad) que se prestan a la población.	Gestión En este plano, tienen lugar las cuestiones que hacen a cómo se organiza la asignación de los recursos y al modo como se articulan los intereses de los actores.	Financiamiento El plano del financiamiento refiere a cuestiones tales como ¿cómo se asignan los recursos?, ¿de dónde provienen?, ¿cuánto se gasta?, ¿quién lo define?
<p>Funcional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectos de los procesos de descentralización-desconcentración-(re)centralización: realización del potencial de "autonomía relativa" del nivel local • Limitaciones impuestas por el estatus constitucional del nivel local • Implementación territorializada de programas nacionales • Condicionalidades que imponen los programas nacionales • Importancia relativa de los programas verticales • Características de los espacios de coordinación y descentralización / desconcentración (en términos de capacidades estatales) • Lógica de inversión en infraestructura 			
<p>Política</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jerarquía de la cuestión sanitaria en la agenda local • Capacidad de incidencia de los actores sociales en la agenda sanitaria (organizaciones de base, gremios, organizaciones profesionales) • Lógica política que orienta transferencia de recursos de diferentes fuentes y naturaleza • Características de los espacios de coordinación y descentralización/desconcentración (en términos de capacidades estatales) 			
<p>Material</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de fondos a salud resultante de la coparticipación • Recursos de los programas nacionales • Incentivos de la Ley Prov. 10.820/89 (a la complejidad o a la prevención) 			

GRÁFICO 1
Población sin cloaca, agua de red y cobertura de salud, GBA, 2001



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

GRÁFICO 2
Evolución de pobreza, indigencia y desocupación, partidos del Gran Buenos Aires, mayo 2001 – 4º trimestre 2007 - 1º trimestre 2008



Nota: A partir del 2003 la EPH es continua, es decir que ya no se aplica dos veces por año (como se hacía desde 1973) sino que la medición es permanente. Las áreas urbanas incluidas en la muestra se distribuyen a lo largo de todas las semanas de un trimestre de modo que haya una cantidad similar de áreas cada semana. Al brindar información sobre un período más largo de tiempo se evita el riesgo de observar una semana atípica. El último dato de desocupación es trimestral (1º trimestre del 2008).

Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares.

Resumen

En Argentina la salud está dentro de los campos de cuestiones no delegadas por los estados federados al nivel central. En consecuencia, las provincias son responsables por las cuestiones sanitarias de sus respectivas jurisdicciones. Sin embargo, hacia mediados del siglo pasado, el gobierno nacional avanzó con la apertura de hospitales que posteriormente fueron descentralizados casi en su totalidad a las provincias. Sobre estas coordenadas y en función de prioridades de índole fiscal, en las últimas décadas se transfirieron servicios y funciones hacia las instancias

subnacionales. El trabajo analiza las condiciones y los modos a través de los cuales se organizan los sistemas de salud en el nivel local en el Gran Buenos Aires y las orientaciones que asumieron las estrategias locales en la salida de la crisis 2001-2003. El análisis avanza en la identificación de dos lógicas que tensionan la política sanitaria (“localista” y “tecnocrática”) intentando buscar otras pistas desde las cuales pensar los dispositivos institucionales que contribuyan, en contextos federales, con mejores niveles de equidad en el ejercicio del derecho a la salud.

Palabras clave

políticas sociales – salud – federalismo – Provincia de Buenos Aires – Argentina

Abstract

Health policies in Argentina have suffered important transformations as a result of the processes of decentralization and, focalization which, in turn, controlled social policies over the past few decades. Unlike other universal social services, health distinguishes itself as a matter that, although not delegated by the provincial states to the central level, went through a particular treatment due to the national state's creation of a hospitals network,

which was later decentralized and taken to the provinces. In this context, the analysis pays attention to the conditions of organization of health policy at the local level and within Greater Buenos Aires, and to different local strategies to manage the 2001-2003 crisis. The different conditions in which the life of this region's population goes by, expose disparities in terms of health care rights, which in turn seem to deepen by the impact of health policies.

Key words

social policy – health – federalism – Province of Buenos Aires - Argentina