

**DOCUMENTOS DE TRABAJO de  
Diseño y Gestión de Políticas de Salud  
Nro. 1.**

**La política sanitaria local en  
el Municipio de Malvinas  
Argentinas (Gran Buenos Aires):  
de la búsqueda de la autonomía al  
liderazgo como prestador en la región**

***Magdalena Chiara  
Javier Moro  
Ana Ariovich  
Carlos Jiménez***



# LA POLÍTICA SANITARIA LOCAL EN EL MUNICIPIO DE MALVINAS ARGENTINAS (GRAN BUENOS AIRES): DE LA BÚSQUEDA DE LA AUTONOMÍA AL LIDERAZGO COMO PRESTADOR EN LA REGIÓN<sup>1</sup>

Magdalena Chiara  
Javier Moro  
Ana Ariovich  
Carlos Jiménez

## PRESENTACIÓN

Este trabajo es resultado de la investigación sobre sistemas de salud en el nivel local que venimos desarrollando en el área de política social del ICO-UNGS y que ha contado con financiamiento PICTO<sup>2</sup>, que reconstruye y analiza el funcionamiento del subsector público de salud en el Gran Buenos Aires durante el período 2001-2007 y pone el foco en el nivel local de gestión para problematizar las relaciones interjurisdiccionales y su incidencia en el nivel local.

Uno de los rasgos más salientes del sector provincial de salud es la heterogeneidad de los procesos que originaron su actual conformación. Así, pueden mencionarse de manera breve y un tanto esquemática, la descentralización de funciones del nacional al provincial y de éste hacia los municipios<sup>3</sup> y la transferencia de poder hacia los hospitales<sup>4</sup>; así como, inversamente, procesos de concentración de funciones en un sentido ascendente: donde se registran algunas acciones de re-centralización (la reasunción del ejercicio de funciones por parte de la provincia, por ejemplo, la provincialización de hospitales) y la municipalización de las salitas de salud, hasta entonces en manos de las sociedades de fomento.

---

<sup>1</sup> Ponencia presentada en la II Jornada de Política Social del Instituto del Conurbano – Universidad Nacional de General Sarmiento, 17 de setiembre de 2010. Agradecemos especialmente los comentarios y contrapuntos con el sector educación, realizados en el marco del seminario por Nora Gluz en el contexto del panel en el que fuera presentado este trabajo.

<sup>2</sup> “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) y en el que participan los autores junto a Mercedes Di Virgilio del Instituto Gino Germani-UBA.

<sup>3</sup> Las principales políticas provinciales de descentralización han afectado a las Unidades Sanitarias del Plan Muñiz y han supuesto, muy tempranamente, la incorporación a los recursos de la coparticipación de las transferencias para el financiamiento de los servicios de salud a cargo de los municipios (esta decisión se tomó en el año 1987 y fue moldeada en los años siguientes). Por su parte, el “Plan Muñiz” consistió en un amplio programa de construcción de infraestructura física (centros de salud o “unidades sanitarias”, tal el nombre con que se los conoció) y de equipamiento, fundamentalmente concentrado en el GBA. El plan involucró a municipios, que cedían los terrenos, y a los Ministerios provinciales de Obras Públicas, a cargo de la edificación de los centros o unidades sanitarias, y de Salud Pública, que designaba el personal que trabajaría en los centros, los equipaba y quedaba a cargo del mantenimiento de los mismos. En este último, el plan dependía del “Programa de Atención Primaria”, dentro de la Dirección de Medicina Sanitaria de la provincia.

<sup>4</sup> Convirtiéndolos en Hospitales Públicos de Autogestión.

Este proceso operó sobre un marco institucional débil y puntos de partida muy heterogéneos en los municipios en sus capacidades. Aquí cobra relevancia la noción de capacidad estatal que no se limita sólo al análisis de la burocracia estatal, siguiendo a Repetto se entiende por capacidad estatal a la “posibilidad que tienen las instancias gubernamentales de problematizar, priorizar, decidir y gestionar las cuestiones públicas” (2004:15); es decir se trata de un concepto relacional que pondera tanto las capacidades técnico-profesionales como las capacidades políticas, a la vez que pone en juego atributos organizacionales y las condiciones de vinculación, coordinación y liderazgo con los principales involucrados.

De este modo, la asunción de responsabilidades por parte de los actores locales no fue instituida desde las reglas formales –aquellas que definen las competencias para cada nivel jurisdiccional y regulan las relaciones entre las jurisdicciones–<sup>5</sup>. Este escenario, a la vez que dio lugar a la emergencia de los nuevos actores locales en el sector salud con disímiles márgenes de autonomía relativa, consolidó también la persistencia de los tres niveles gubernamentales (nación, provincia y municipios) en la gestión territorial de distintos servicios y programas de salud sin reglas claras de coordinación entre sí.

A estas características político-institucionales se agrega la complejidad inherente al sector salud que debe coordinar el primer y el segundo nivel de atención. En el Gran Buenos Aires (en adelante GBA<sup>6</sup>), 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 el GBA, el primer nivel de atención se ha ido configurando sobre la base de iniciativas públicas (instalación de establecimientos sanitarios municipales) y público privadas (motorizadas en la mayoría de los casos por sociedades de fomento en los barrios). De este modo, reúne un conjunto de efectores con capacidades estatales muy heterogéneas dependientes de las posibilidades de movilizar fondos que tuvieron las organizaciones que les dieron origen y de las inversiones realizadas posteriormente por los gobiernos locales.

Al respecto, la investigación marco de este trabajo analiza dos casos en los que busca poner en contrapunto dos situaciones diferentes: San Fernando –un municipio que hace su “apuesta” a la gestión del primer nivel basada en una amplia red de centros de salud– y Malvinas Argentinas –donde el municipio salta las “fronteras” del primer nivel y se posiciona desde una importante oferta hospitalaria y de alta complejidad en la región–. El análisis

---

<sup>5</sup> La referencia es 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 especifica 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 et al, 1999)

<sup>6</sup> 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)

que presentamos en este trabajo se centra en el Municipio de Malvinas Argentinas, tomado como caso emblemático respecto del funcionamiento del sector público de salud en la Provincia de Buenos Aires que busca resolver – en una primera instancia – en la órbita del gobierno municipal la totalidad de los niveles de complejidad para luego pasar a convertirse en un prestador de referencia en la región.

En la primera parte del trabajo, desplegamos los conceptos centrales que enmarcan la investigación, justificamos la selección del caso y explicamos la metodología utilizada. En el segundo apartado presentamos parte de esas coordenadas conceptuales aplicadas al análisis del funcionamiento del sistema público de salud bonaerense como marco en el que se mueve la política local, considerando cuatro aspectos claves: la coparticipación, las relaciones interjurisdiccionales, los programas nacionales y la apertura del PAMI hacia los hospitales. En el tercer apartado analizamos el contexto del macro institucional que posibilita la implementación de la política sanitaria en Malvinas Argentina, su particular situación fundacional, la “apuesta” a la autonomía y a la alta complejidad, a la vez que presentamos sus principales hitos y las características del entramado de actores que lo han hecho viable (y también altamente visible) como un “modelo” en la región. Este mapeo crítico del nivel macro institucional se complementa con un análisis del nivel micro de la política sanitaria. A ello va dirigido el apartado cuatro, donde exponemos los principales resultados referidos al funcionamiento de los servicios del primer nivel de atención, y en el que recuperamos la perspectiva de los hogares y de los propios equipos de salud. Finalmente, en el apartado final reseñamos los aspectos salientes que hacen de Malvinas Argentina un caso paradójico respecto al funcionamiento del sector público de salud en el GBA y los modos como interpela su análisis a pensar el sector salud en la provincia, los resultados de la descentralización y la necesidad de avanzar en una agenda orientada a reorganizar responsabilidades entre jurisdicciones.

## **1. LAS PREGUNTAS Y LA ARQUITECTURA CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN**

El marco conceptual desde el que se desarrolla esta investigación abrevia en la producción tanto del ámbito de la política de salud como en aportes derivados de los estudios de políticas públicas, en tal sentido tiene la particularidad de combinar una mirada sectorial con un enfoque sistémico-institucional para poner el foco en el nivel local y en el subsector público. Esta mirada analítica está sustentada en algunos conceptos básicos que, junto al uso de instrumentos metodológicos que más adelante detallamos, dan lugar a las preguntas rectoras de la investigación:

- *¿Cuáles son los principios que orientan la organización de los sistemas de salud en el municipio de Malvinas Argentinas?*
- *Estos atributos diferenciales, ¿imprimen algún sesgo particular en la atención de la salud en cada uno de los casos analizados?*

Desde los estudios de políticas públicas los conceptos de régimen de implementación, territorio, entramado de actores, gestión local y capacidades estatales, conforman el núcleo duro 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. Este punto de partida, más que pretender analizar los sentidos verticales de las políticas o la racionalidad y consistencia del sistema (otorgándole al mismo una entidad que bien puede cuestionarse), 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 políticas<sup>7</sup> y define a éste como el conjunto 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, M. y Di Virgilio, M.; 2005: 36). Esta perspectiva permite analizar el entramado de actores desde un enfoque relacional (Jordana, 1995) al 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). Por su parte, 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 necesariamente y linealmente al recorte jurisdiccional –. En este marco, tal como ha sido resaltado por algunos autores<sup>8</sup>, cobra una nueva centralidad la gestión pública local, donde los municipios han traspasado –desde hace tiempo– las funciones tradicionales del ABL (por si hace falta aclararlo: alumbrado, barrido y limpieza) y en muchos casos lideran o inciden fuertemente en las políticas productivas y sectoriales.

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<sup>9</sup>. Esto habida cuenta del proceso histórico de conformación del sector salud, del proceso de descentralización sectorial (nacional y provincial)<sup>10</sup> y del escenario político institucional en que se inscriben los municipios bonaerenses.

La aproximación que proponemos para analizar el caso del municipio de Malvinas Argentinas se sitúa entonces en el plano de la *implementación* y, recuperando la distinción de Berman (1978), indaga tanto en los niveles macro y micro de estos procesos. El citado 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 efectores. En ese ‘ida y vuelta’ entre ambos niveles intentamos

---

<sup>7</sup> 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 Stocker (1989).

<sup>8</sup> García Delgado (2007).

<sup>9</sup> Uno de los planteos centrales de la investigación como se dará cuenta más adelante es la puesta en juego de dos lógicas de acumulación que interpelan de manera distinta el territorio. Mientras una aparece más ligada a un recorte local(ista) y discrimina a los extrajurisdiccionales en el uso de los servicios; la otra se plantea como una lógica más sistémica y tecnocrática (sin que ello implique desligarse de una forma de acumulación política) e interpela el territorio desde una noción que no presupone la continuidad física (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2009).

<sup>10</sup> Al igual que en otras áreas sectoriales la descentralización tuvo como principio orientador – en el nivel de su argumentación pública – el fundamento de que la proximidad entre la necesidad (o la población) y los niveles responsables de la gestión de los servicios, redundaría en una mejora en términos de eficiencia y pertinencia. También, con semejanza a otras áreas sectoriales y con menos declamación pública, en la descentralización en salud operó fuertemente un criterio fiscalista para el traspaso de funciones.

reconstruir los procesos de implementación de la política sanitaria, las orientaciones que de ellos resultan y las tensiones que modelan los procesos de cambio.

A la vez, la investigación, y particularmente 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 existirán – y este caso es paradigmático en ese sentido– en esta presentación señalamientos y 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 servicios y al modo cómo 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?.<sup>11</sup>

Desde un plano metodológico cabe consignar que la investigación aborda este análisis (y la construcción de los estudios de caso) a partir de varias fuentes de información: una encuesta a hogares aplicada en cada uno de los municipios (sobre una muestra representativa en cada caso); la realización de una encuesta a efectores (aplicada a los directores y profesionales de los centros de salud); así como la realización de entrevistas en profundidad a funcionarios y directivos del sector salud, más el análisis de fuentes hemerográficas, de la normativa y las estadísticas sectoriales. La triangulación de estas fuentes permite poner en tensión y comparar perspectivas no siempre convergentes de los procesos de implementación.

En cuanto a la encuesta a hogares, cuyos resultados fueron puestos a disposición y a discusión con los responsables del área de salud del Municipio, la misma apuntaba a ponderar el desempeño de los servicios del primer nivel (centros de salud) desde la perspectiva de la población que reside en el municipio. Para ello se adaptaron enfoques metodológicos ya instrumentados en otras latitudes<sup>12</sup> y cuyos ejes de indagación permiten analizar procesos de implementación tanto en su nivel macro (de la política sanitaria local) como micro (el nivel de atención de los centros y con el que más

---

<sup>11</sup> 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?

<sup>12</sup> Varios autores demuestran en sus investigaciones que las variables accesibilidad y equidad en la utilización de los servicios, continuidad y longitudinalidad, integralidad, capacidad resolutive y coordinación asistencial, posibilitan medir las dimensiones que refieren al desempeño de la atención primaria de la salud (APS) de manera válida y confiable (Starfield et al, 2005; Vega Romero et al, 2006; Burrone et al 2007).

directamente interactúan los hogares). Las variables seleccionadas para el análisis en este trabajo son las de capacidad de inclusión, accesibilidad (que incluye disponibilidad y aceptabilidad), puerta de entrada al sistema, más coordinación y tránsito<sup>13</sup>. Vale también una primera aclaración sobre el uso de este instrumento, dado que la encuesta a hogares se aplica sólo a residentes del municipio, nos queda fuera de análisis la población de otros partidos (donde la población atendida desde PAMI puede ser significativa para este caso local). La segunda aclaración refiere a la temporalidad; si bien el análisis de la política en el nivel macro institucional finaliza en el año 2007 (fecha de cierre de un ciclo en el contexto político institucional nacional y provincial), el contrapunto propuesto aquí en torno a los resultados del trabajo de campo en el nivel micro institucional (realizado entre 2008 y 2009) se funda en que los aspectos indagados (capacidad de inclusión, accesibilidad, puerta de entrada, coordinación y tránsito) suponen reglas de juego y, muy particularmente, rutinas que – en ese diálogo entre equipos de salud y hogares – muestran “demoras” en la cristalización de los cambios.

La decisión de analizar aquí el caso Malvinas Argentinas obedece a que este municipio relativamente nuevo (creado en el año 1994) concentra un conjunto de características que lo hacen emblemático (y también polémico) en muchos sentidos: para dar cuenta del lugar – a veces paradójal – del nivel local al interior de la compleja trama de las relaciones interjurisdiccionales (RIG); para hacer visible el peso que los principales rasgos de la política local adquieren a la luz de las reformas de la década pasada (donde Malvinas Argentinas apostó a la construcción de una amplia oferta hospitalaria con mecanismos financieros de autogestión para no residentes y la incorporación de bonos contribución en los centros de salud); para poner en debate el modelo de atención y sus resultados y considerar su imbricación con los planos de gestión y de financiamiento.

En definitiva, Malvinas Argentinas, tal vez como ningún otro municipio del GBA (no tanto por su originalidad pero sí por la temporalidad que lo define: su muy rápida construcción y su origen constitutivo en los '90) pone en evidencia los márgenes de acción del nivel local a partir de la descentralización, los incentivos que genera el propio mecanismo de financiamiento, más las limitaciones de los niveles supralocales para ejercer la rectoría en salud.

Lo que aquí se plantea y desarrollamos en las páginas siguientes va en línea con una de las hipótesis rectoras de la investigación en curso: el subsector público de salud en el nivel local se organiza desde una transacción entre, por una parte, el *régimen de implementación desde el nivel nacional y provincial* que regula el funcionamiento del sector y el *régimen local de implementación* que cristaliza y modela, en términos políticos y administrativos, el quehacer de los gobiernos locales en materia de políticas sociales y las orientaciones que asume la política de salud en su destino final de la micro implementación en los servicios del primer nivel.

---

<sup>13</sup> En el apartado 4 se definen y se explican los alcances de cada una de estas variables.



## 2. LAS CONDICIONES DE RÉGIMEN COMO “COORDENADAS” DEL ANÁLISIS

La hipótesis que orienta esta investigación invita a inscribir nuestro análisis y la necesaria mediación que las preguntas imponen entre el nivel macro y micro, en el contexto de aquel ordenamiento que, según lo anticipado, recuperamos desde el concepto de *régimen de implementación*.

Para el caso analizado, las condiciones más relevantes que organizan los arreglos entre los participantes de las políticas de salud en la arena local son: los incentivos que suponen las reglas de juego para la asignación de los recursos en salud, la dinámica intergubernamental en la que se constituye el lugar del municipio en la definición de la política sanitaria, el alcance de los programas nacionales y, por último, la apertura del PAMI a los hospitales públicos de gestión descentralizada. Se trata de una reconstrucción que retoma diversos desarrollos presentados en trabajos previos<sup>14</sup> y busca capturar las principales “marcas” del contexto en que la política sanitaria local se desenvuelve.

### a. Los incentivos de las reglas de juego de la coparticipación

Aunque con escasas consecuencias en la decisión de las políticas públicas, el componente salud es uno de los aspectos más analizados del sistema de distribución de recursos por la vía de la coparticipación en la provincia de Buenos Aires.<sup>15</sup> Distintos trabajos abordan el tema en su complejidad, problematizando los impactos e incentivos que estas reglas de juego tienen en la dinámica y organización del sistema de salud en la provincia.

Una primera cuestión a destacar tiene que ver con la *insuficiencia de los fondos asignados* por la coparticipación para financiar el sostenimiento de los servicios de salud. En general, los municipios se ven obligados a afectar en promedio el 50% de sus recursos propios para cubrir los gastos derivados de las prestaciones de salud; este fenómeno comprende tanto aquellos municipios que tienen a su cargo hospitales como a los que sostienen sólo establecimientos de primer nivel. No obstante, estos datos agregados encierran valores con una gran dispersión: desde municipios que financian menos de la cuarta parte de su gasto con estos recursos, a otros para los cuales estas transferencias llegan a cubrir el total o superar el gasto asignado en esta finalidad. El caso analizado en este trabajo se inscribe en este último grupo.<sup>16</sup>

La *cuestión de los incentivos* se expresa claramente en los criterios adoptados por el sistema de distribución secundaria de la coparticipación: el desarrollo del segundo nivel de atención (medido en cantidad de camas) y muy especialmente la alta complejidad, definen el volumen de recursos a transferir. Según su reglamentación, el

---

<sup>14</sup> Chiara y Jiménez (2007) y Ariovich, Chiara y Di Virgilio (2010). Estos trabajos estuvieron basados en el análisis de fuentes secundarias (información presupuestaria y de transferencias de recursos provinciales hacia los municipios, documentación de los programas, registros hemerográficos y legislación) y primarias, especialmente entrevistas en profundidad a informantes clave (funcionarios nacionales, provinciales, regionales y municipales, así como representantes gremiales del sector).

<sup>15</sup> Barbieri (2007); Garriga y Sanguinetti (1995); Iarussi (2008); López Acotto et al (2009).

<sup>16</sup> Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2007).

perfil de complejidad de un municipio está dado por la complejidad máxima existente (Res. Ministerio de Economía 198/89), impactando de manera directa en el aumento de los valores a transferir por la totalidad de las camas municipales (sean éstas agudas o crónicas).

Estos mecanismos dieron como resultado un esquema de distribución de recursos muy desigual que se ha ido profundizando con posterioridad a la salida de la crisis 2001/3 y que muestra importantes deficiencias frente a los desafíos que significa la necesidad de suturar las brechas entre territorios muy desiguales y el imperativo del sistema de garantizar el tránsito de las personas según la necesidad de complejidad que presenten, independientemente del domicilio de residencia y de la jurisdicción (nacional, provincial o municipal) a la que pertenezca uno u otro servicio de tratamiento o diagnóstico.

#### **b. La nueva dinámica de las relaciones intergubernamentales (RIG)**

La trama de las relaciones intergubernamentales entendidas como el “cuerpo importante de actividades o interacciones que ocurren entre las unidades gubernamentales de todas las clases y niveles del sistema federal” (Wright; 1997: 71) ha variado en la última década y fue condicionando el lugar del municipio en relación a la política de salud.

La *autonomización de las estrategias locales* que caracterizábamos como uno de los resultados de la descentralización tal como se dio en la provincia de Buenos Aires en los noventa<sup>17</sup>, se profundizó hacia principios de esta década. La experiencia del tránsito de la crisis 2001/3 y su salida, dio lugar a distintos aprendizajes según la intensidad de sus impactos en el territorio y la diferencial capacidad de respuesta desde los municipios.<sup>18</sup> Aún consolidándose el *rol de ejecutor* de las políticas nacionales y provinciales, la cercanía a los problemas y la gobernabilidad sobre la gestión de proximidad, le otorga a los municipios una importante capacidad de orientación del sentido final de las políticas, que se cristaliza en la existencia de distinto tipo de dispositivos institucionales de integración de programas y recursos generados desde la arena local.<sup>19</sup> Por esa razón, no puede hablarse de un escenario regional homogéneo, sino de *distintos escenarios configurados por la intensidad de sus impactos y su capacidad de respuesta*.

En este contexto, la relación con el *gobierno nacional* se constituye no sólo en un *recurso material* sino también *simbólico de recíproca legitimación en la arena local*. Consideramos necesario detenernos en este punto para poder comprender parte de la dinámica que atraviesa el modelado del sector en el nivel local. La relación que se instituye entre los intendentes municipales del GBA y el gobierno nacional está definida desde una doble dependencia: por una parte, aquella derivada de la importancia que tienen los recursos (en financiamiento directo, en aportes de los programas sectoriales y en obra pública) para la organización de respuestas a los problemas locales, y, por la otra, por la necesidad del gobierno nacional de contar con mediaciones próximas a la

---

<sup>17</sup> Chiara y Di Virgilio (2006).

<sup>18</sup> Clemente y Girolami (2006)

<sup>19</sup> Para un análisis del papel de los municipios en la salida de la crisis ver Chiara, 2009: 156-162.

población en un corto plazo para construir legitimidad desde la gestión de la política pública y la acumulación desde la política partidaria. Esta doble cara de la figura de los intendentes frente a un gobierno nacional sin efectores de políticas propios es un factor crítico en esta *dependencia recíproca entre gobierno nacional e intendentes municipales en la construcción de legitimidad*.

La reaparición en la arena local del gobierno nacional y este particular “ida y vuelta” en la construcción de legitimidad en la relación con los actores locales, es convergente con el *debilitamiento del gobierno provincial como actor en el territorio*, aunque paradójicamente sea una de las fuentes de financiamiento más regulares e importantes (aunque también inflexibles) de las políticas universales en la región.

Este debilitamiento tuvo como consecuencia también (y a pesar de algunas transformaciones institucionales que buscaban ir en el sentido inverso) el desdibujamiento de las instancias intermedias de gestión como son las Regiones Sanitarias y el papel de los Consejos Regionales de Salud<sup>20</sup>.

### **c. El alcance de los programas nacionales y provinciales**

Como venimos planteando, las relaciones intergubernamentales también están organizadas en torno a la asignación de distinto tipo de recursos que tienen alguna capacidad de incentivo sobre la política local.

Aunque los aportes más importantes que reciben los municipios son aquellos que provee la provincia a través de los fondos de coparticipación, en la salida de la crisis dos iniciativas nacionales se abrieron paso buscando impactar particularmente en el primer nivel de atención; se trata del Programa Remediar y el Programa de Médicos Comunitarios.

El *REMEDIAR* es un 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 (CAPS), a condición de garantizar la gratuidad en la atención. Estos requisitos fueron objeto de distintas disputas en su “puesta en marcha” y en el monitoreo de su implementación. Por otra parte, el *Programa Médicos Comunitarios* es una iniciativa orientada a la formación de recursos humanos en salud con el objetivo de contribuir con el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el marco del Plan Federal de Salud. Otorga un refuerzo de recursos humanos calificados a los Centros de Salud de todo el país, a través del otorgamiento a profesionales de becas de apoyo económico y de formación. Las becas son compatibles con otras formas de contratación que no sean cargos de planta, fueran estos permanentes o temporarios.

En el contexto del debilitamiento de los clásicos programas verticales y frente a la penuria de medicamentos y de profesionales médicos para hacer frente al incremento de la demanda, en la provincia de Buenos Aires esta apuesta al fortalecimiento del primer nivel de atención supuso (más allá de sus impactos) la estructuración de relaciones

---

<sup>20</sup> Ver para este punto Chiara y Jiménez, 2007; 4.1.

directas entre el Ministerio de Salud de la Nación y los municipios, a cargo de los CAPS a los que estos programas buscaron fortalecer.

#### **d. La apertura del PAMI a los hospitales públicos**

Por último y cerrando esta estilización de las “marcas” del contexto, promediando el periodo emerge un cambio importante en el campo de la seguridad social. En el año 2005 se produjo un replanteo en la trama de prestadores del I.N.S.S.J.P<sup>21</sup> (PAMI); se suprimen las “gerenciadoras” que intermediaban la gestión del organismo y se habilita la incorporación a la red de prestadores del PAMI de los Hospitales de Gestión Descentralizada<sup>22</sup>. El nuevo modelo, denominado “Modelo Prestacional Socio Comunitario de Atención Médica y otras Prestaciones Asistenciales”, establece que las “Redes Prestacionales podrán estar integradas por establecimientos del sector privado y Hospitales Nacionales, Provinciales y/o Municipales en calidad de integrantes y/o adherentes, categorizados por nivel de complejidad, según estructura, procesos y resultados, como así también ingresar al sistema en forma individual”.<sup>23</sup>

La remoción de la figura de las gerenciadoras del PAMI constituyó un paso fundamental, tanto en relación a la mejora de las prestaciones a los afiliados, como para transitar el camino de su saneamiento financiero; en este contexto, la apertura a los hospitales públicos estuvo animada por una idea más integral de promover relaciones virtuosas entre subsectores.

No obstante los avances que la medida significó para el PAMI, este cambio en las reglas de juego comenzó – progresivamente – a constituirse en un nuevo incentivo al desarrollo de las prestaciones de segundo nivel y de alta complejidad de parte de los hospitales municipales, abriendo una nueva “ventana de oportunidad” para la construcción autónoma de política sanitaria y fisurando aún más las fronteras entre el subsector público y de la seguridad social.

\*\*\*

Estas son las coordenadas del *régimen* más relevantes desde las cuales se organizan – tal como se plantea en nuestra hipótesis – los arreglos entre los actores del sistema en la *implementación*; dicho en de otro modo, constituyen las restricciones o los incentivos frente a los cuales se ve desafiado cada *entramado local de actores*.

No obstante esta pista de análisis, queremos insistir en que no se trata de factores determinantes ni permanentes; los actores en la arena local – a su vez – movilizan y desarrollan distintos atributos de *capacidad estatal* para aprovechar (o neutralizar) las oportunidades que las condiciones del régimen les abre o bien minimizar sus impactos.

---

<sup>21</sup> Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

<sup>22</sup> El DN 939/2000 modifica la normativa original sancionada en el año 1993 instituyendo el Régimen de Hospitales de Gestión Descentralizada.

<sup>23</sup> Resolución INSSJP 284/2005.

El análisis diacrónico realizado 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 esa matriz 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, tienen capacidad de definir “hacia arriba” el diagrama de opciones.

### **3. LA POLÍTICA SANITARIA EN MALVINAS ARGENTINAS EN PERSPECTIVA DE LA MACRO IMPLEMENTACIÓN: LOS DERROTADOS DE LA BÚSQUEDA DE AUTONOMÍA<sup>24</sup>**

Las “marcas de origen” prefiguran las coordenadas a partir de las cuales comprender el caso Malvinas Argentinas. Las particularidades de este proceso de conformación del territorio estructuraron un *tejido institucional de carácter residual*, dado que 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* organizado desde el (y en torno al) actor más fuerte, el Municipio, fundándose lo que se denominó el “Modelo Malvinas Argentinas”. La reconstrucción que hacemos en estas páginas busca desentrañar los atributos particulares de esta “marca” en sus continuidades y transformaciones.

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% 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 sobre el 22,5% del promedio regional) según el Censo de 2001. 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‰.<sup>25</sup>

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 solo 20 camas<sup>26</sup>. Con esta estructura sanitaria y dos años después de la asunción del nuevo gobierno comunal, comenzó a escribirse la política local de salud.

---

<sup>24</sup> Este análisis con foco en la atención está realizado sobre la base del documento de trabajo Chiara, 2009b.

<sup>25</sup> Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Año 2001.

<sup>26</sup> Ministerio de Salud de la Nación, DIS, Guía de Establecimientos de Salud, 2000. Clínica Privada Viamonte de Grand Bourg.

El sistema de salud de MA sufrió distintas transformaciones; luego de dos gestiones, 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 1996, inspiradas en las orientaciones de políticas de la década de los noventa. En aquella 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 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 aquellos años, el arancelamiento de los servicios involucraba a la población residente en el partido y fue configurando una “marca” que aún hoy perdura, aunque haya sido abandonado como criterio para la población residente en el partido.

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<sup>27</sup> a 501 camas ubicadas en cinco establecimientos en el año 2007.

En línea con las orientaciones de la década, se fueron dibujando los rasgos que caracterizan hoy al autodenominado “Modelo de Salud Malvinas Argentinas” (en adelante “Modelo MA”). En aquellos primeros tiempos, al desafío de proveer servicios de salud a un 58,8% de población sin otra cobertura que la del subsector público, la política pública respondió con el arancelamiento de los servicios, siguiendo las orientaciones dominantes en los procesos de ajuste reforma de la década. En palabras de un alto funcionario de la cartera sanitaria municipal, seguía una secuencia que daba cuenta de cuatro momentos: político, económico, sanitario y social. Resulta muy sugerente el énfasis puesto en un orden en el que “político” significa autonomía, “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 rueda” y otros satisfactores. Esta posición busca confrontar 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.<sup>28</sup>

Una consideración particular merece el *entramado de los actores* que sostiene –por acción u omisión– el “Modelo MA”. 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 General Sarmiento. La centralidad y autonomía 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.

---

<sup>27</sup> Cravino, 2000: 80.

<sup>28</sup> Entrevista a alto funcionario local, setiembre de 2007.

Los actores profesionales y gremiales, activos en la resistencia al modelo 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 *CICOP*<sup>29</sup> finalizó con el pase a contrato de locación de obra de la mayor parte del personal (García, 2009: 56). Algo antes y finalizando los noventa, un destino similar habían tenido las Asociaciones Cooperadoras de los Hospitales Municipales a las que se le quitó el reconocimiento municipal, desplazándose dicho reconocimiento 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 supra locales parecen tener muy baja gobernabilidad sobre la política local y cuando aparecen en esa arena pública lo hacen validando las orientaciones sostenidas por las autoridades. No parece haber sido éste el posicionamiento de la *Región Sanitaria V del Ministerio de Salud de la Provincia*, aunque no logró los apoyos suficientes desde el nivel central para llevar adelante la iniciativa de articulación de una red regional.

En la arena local se encuentran pocos actores por fuera del municipio, aunque en las entrevistas distintos funcionarios locales de alto nivel dieron cuenta de la existencia de *empresas prestadoras de servicios* (en cirugías, diagnóstico, salud mental, entre otras) relacionadas de manera permanente con la gestión municipal; el análisis de los decretos en los que se celebran las contrataciones evidencian también la existencia de estos actores. Aún con una muy baja autonomía para ser considerados “actores” cabe mencionarlos en tanto podrían ser el vehículo a través del cual se expresan los intereses de una parte del sector privado de salud en la agenda del “Modelo MA”. Aún sin poder documentarlo más allá de los testimonios y las denuncias relevadas en los periódicos, las *obras sociales* y el *PAMI* desde el año 2005, aparecen involucrados también como contratantes de los servicios de salud.<sup>30</sup>

En síntesis, el entramado local está limitado básicamente a la figura del Secretario de Salud y del Intendente Municipal ganando gobernabilidad sobre los demás actores, tanto del subsector salud como de la seguridad social. La batalla con los actores gremiales y profesionales parece haber sido crucial para el crecimiento exponencial del que es objeto y que constituye al denominado “Modelo MA”.

Creciendo en la captación de los recursos derivados de la coparticipación, las apuestas de la política local buscaron garantizar la máxima resolución de las necesidades de derivaciones en hospitales y centros de diagnóstico bajo la órbita municipal. Esta búsqueda de autonomía 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”<sup>31</sup> a un sistema dotado cada vez de mayor tecnología y también costoso. La búsqueda de *autonomía* en la capacidad de resolución

---

<sup>29</sup> Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

<sup>30</sup> García, 2009; entrevista a dirigente CICOP, agosto de 2008.

<sup>31</sup> En el apartado 4 se analiza esta apuesta desde la perspectiva de los equipos de salud y de los propios hogares en el nivel de la micro implementación.

a expensas de la dependencia de los recursos captados por la coparticipación, es una de las paradojas que caracteriza al “Modelo MA”.

Esta *tensión entre autonomía y dependencia de recursos* se resolvió aprovechando un nuevo cambio del contexto. La apertura del INSSJP/PAMI (Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados) a la incorporación de los hospitales públicos a la red de prestadores en el año 2005 permite al sistema local abrirse a la demanda de población con cobertura e incluso concertar cobertura por el sistema de cápita, aunque no necesariamente residente en MA. Cabe destacar que este proceso no es original de Malvinas Argentinas y que tiene expresiones equivalentes en importantes hospitales de municipios del interior de la provincia de Buenos Aires.

A continuación pondremos el foco en la atención, realizando una reconstrucción de la estructura prestacional, sus atributos y los cambios recientes, las características de los beneficiarios del sistema con una mirada particular en las condiciones de accesibilidad, para finalizar con un sintético análisis de las dimensiones de la gestión y del financiamiento que hacen posible este particular modelo.<sup>32</sup>

#### **a. La estructura prestacional: atributos de su desarrollo y clivajes recientes**

Como venimos planteando, la estructura sanitaria de MA tiene una historia relativamente breve y reconoce un punto de clivaje a partir de la crisis de 2001/3. En aquellos años y muy especialmente en sus momentos más críticos, se produce en el municipio un incremento en la dotación de camas que pasó de 187 en 2001 a 501 en 2007, consolidando un incremento del 167%. Como consecuencia aumentó también la cantidad de egresos en un 121%, pasando de 11.685 en el año de la crisis a 25.915 en el año 2007. (Figura 1)

---

<sup>32</sup> 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 hemerográfico, relevamiento del digesto municipal y de legislación nacional y provincial pertinente, presupuestos de gastos municipales y datos de transferencias en concepto de coparticipación).



**Figura 1: Establecimientos con internación subsector público (egresos, cantidad de camas y camas/1000 habitantes) Malvinas Argentinas y promedios partidos del GBA y total Provincia de Buenos Aires, 2001 y 2007**

	2001	2007	Variación 2001/2007
Egresos	11.685	25.915	121,78%
Cantidad de camas públicas MA	187	501	167,91%
Cantidad de camas públicas / 1000 habitantes MA	0,64	1,56	145,96%
Cantidad de camas públicas / 1000 habitantes Total Provincia de Buenos Aires	1,75	1,88	7,34%
Cantidad de camas públicas/1000 habitantes Total Partidos GBA	0,99	0,96	-2,91%

Fuente: Elaboración propia con base a datos de "Guía de Establecimientos Asistenciales 2001 y 2007" y "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. Nota: La cantidad de camas cada 1000 habitantes se calcula total camas año x \* 1000 / total población proyectada año x. (En: Chiara, 2009b)

La apuesta por ampliar la dotación de los establecimientos municipales se expresó en variaciones muy importantes en la cantidad de camas públicas cada 1000 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/ 1000 habitantes) y acercándose a un promedio provincial algo más elevado (1,88 camas/1000 habitantes).

Si el incremento de la estructura hospitalaria<sup>33</sup> parece responder a la necesidad de mejorar la cantidad de plazas de internación para los habitantes de MA, es sugerente que este proceso haya tenido lugar a pocos meses de declarada la emergencia sanitaria nacional<sup>34</sup> y también municipal<sup>35</sup>.

Este periodo densifica de modo diferente en los distintos testimonios relevados, y su reconstrucción transita por espacios de cierta opacidad para la investigación. La crisis como "oportunidad" está explícitamente presente en la palabra de los funcionarios municipales, asociada a la posibilidad que de poner en línea a los prestadores ("se convirtieron casi en socios") y 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 ciertas obras sociales. Cabe destacar que el "telón de fondo" de la salida de la crisis encuentra al municipio convulsionado por la detención del Intendente Municipal acusado por "estafa y administración fraudulenta", originalmente por obras de pavimentación a la que se sumo otras 28 denuncias (Diario La Nación, 22/03/2003.)

En este punto, nuestra reconstrucción vuelve a discurrir por los caminos del sistema de salud y sus políticas. No obstante, queremos destacar el escenario judicial que se

<sup>33</sup> OM 431/01; 522/02; 523/02; 533/02.

<sup>34</sup> 19/01/2002, DN 486/02 Declaración de Emergencia Sanitaria Nacional.

<sup>35</sup> 24/05/2002, OM 533/02 Declaración de Emergencia Sanitaria Municipal.

abre y su propia opacidad hablan acerca de las características del *entramado de actores*, de sus particulares *capacidades para navegar una arena estatal poco regulada* y de las debilidades en las *condiciones del régimen*, en particular en lo relativo al ejercicio del control de parte de las instancias supra locales de las funciones de control.

Volviendo al escenario de la estructura sanitaria, el incremento en la capacidad instalada de los efectores municipales estuvo atravesado por distinto tipo de tensiones, especialmente al momento de acreditarlos 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 por acreditar 30 camas y un nivel IV de complejidad realizada ante el Consejo Regional 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 (J. C. Paz, Pilar, Moreno, San Miguel y Malvinas Argentinas). Las tensiones que se suscitaron en torno a dicha contrapropuesta de la Región hicieron que fuera desestimada habilitándose el nivel de complejidad solicitado por el municipio de MA y las derivaciones se resolvieron por acuerdos bilaterales que no tuvieron como referente a la Región<sup>36</sup>.

La reconstrucción de este conflicto muestra la potencialidad del espacio regional para modelar acuerdos, así como también sus debilidades en la trama de las relaciones intergubernamentales entre la provincia y algunos municipios y entre los mismos municipios para sostenerlos. En este juego de fuerzas, el municipio logra maximizar sus intereses en función del desarrollo de sus apuestas.

El carácter paradójico del “Modelo Malvinas” 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, la creación de establecimientos y el aumento de la complejidad, la salida de la crisis (y a contrapelo de las recomendaciones en materia de política sanitaria) es *el tiempo de la atención primaria*. Los registros hemerográficos y el relevamiento del digesto municipal muestran en el periodo 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’” que se planteaba por finalidad “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, como segundo objetivo, “Centralizar la prevención a partir de la educación de la propia comunidad con las características inherentes a cada zona geográfica del municipio”.

La apuesta a asociar la capacidad de llegada de los efectores del primer nivel de atención a la política de seguridad es conceptualizada en el discurso municipal

---

<sup>36</sup> Región Sanitaria V, Informe Regional de Altas y categorización de establecimientos de alta complejidad”, junio 2004.

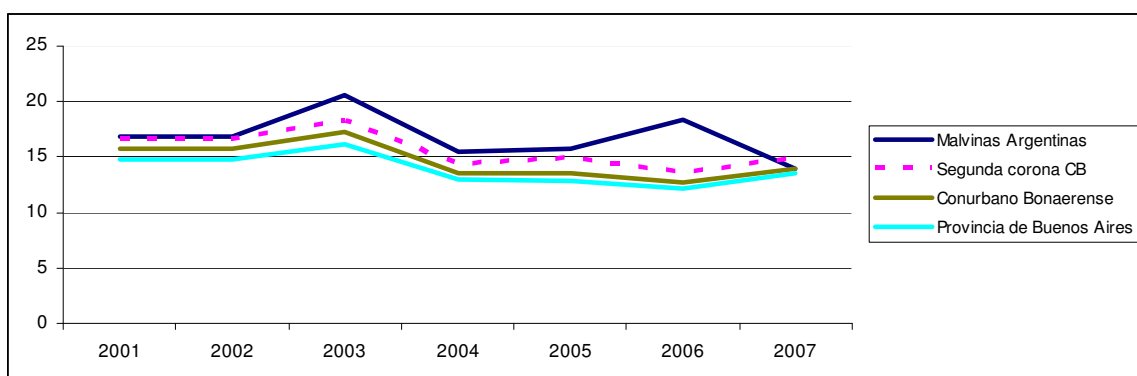
desde la definición de salud de la OMS e incluida en el *Programa Municipal de Educación, Seguridad y Salud “Pueblo Chico”*<sup>37</sup>. Esta iniciativa consiste en colocar en cada Unidad Funcional u Hospital un buzón para que los vecinos realicen denuncias sobre “venta de estupefacientes”, “cobro de 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; aún advirtiendo acerca de su significado, cabe interrogarse sobre cuánto y cómo esta iniciativa refracta en el nivel de los efectores del primer nivel, aspecto que abordaremos en el apartado siguiente.

Estas iniciativas se desarrollaron a partir del año 2003 en un conjunto de 36 centros de salud que se denominaban Unidades Funcionales (UF) y que iban a articular, en torno a las prestaciones de salud, iniciativas 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 acciones 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. Como puede advertirse, esta decisión puede haber tenido consecuencias en la salud de la población; a modo de referencia, la mortalidad infantil en MA entre los años 2003 y 2006 presenta valores bastante más elevados de los promedios del GBA (llegando a una diferencia de 6 puntos en el año 2006 y convergiendo con los valores promedio al finalizar el periodo bajo análisis); una situación similar presentan los valores de mortalidad neonatal, más condicionados por el desempeño de los servicios de salud. (Figuras 2 y 3)

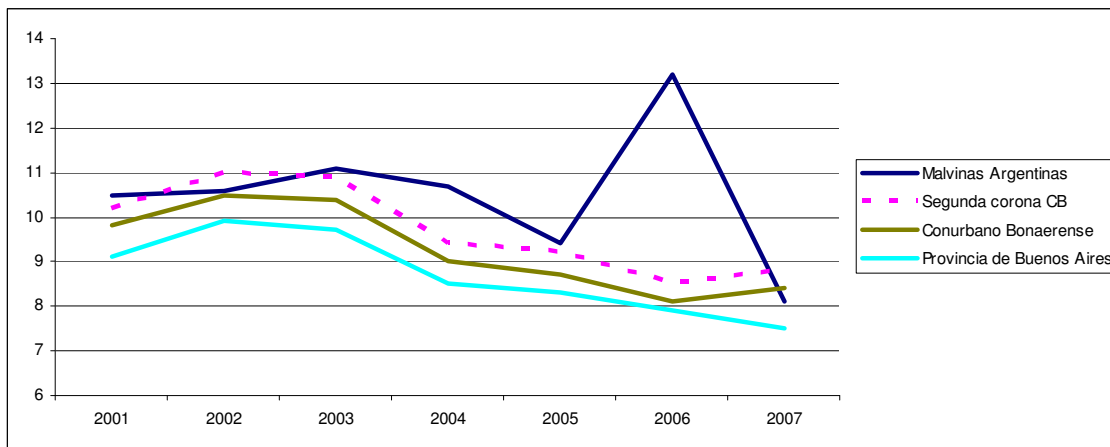
**Figura 2: Mortalidad infantil, Malvinas Argentinas, 2da corona del GBA, GBA y Provincia de Buenos Aires.**



Fuente: Dirección de Información Sistemática. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

<sup>37</sup> Según la entrevista realizada a un alto funcionario de la Secretaría de Salud el nombre de Pueblo Chico refiere al dicho “pueblo chico, infierno grande” (Entrevista setiembre de 2007).

**Figura 3: Mortalidad neonatal, Malvinas Argentinas, 2da corona del GBA, GBA y Provincia de Buenos Aires.**



Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Aún 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 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 una población algo menor (en promedio 8900 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.

Con un ritmo levemente inferior al que puede advertirse en el incremento de camas y de egresos, crecen también las consultas ambulatorias en casi un 100% 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 respecto del total pasó del 50,6 % (2004) al 78,4% en el año 2007<sup>38</sup>. (Figura 4)

<sup>38</sup> Datos recuperados del Tablero de Mando del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, recuperado el 30/07/10. <http://tablero.ms.gba.gov.ar/tablero/> Recuperado 30/07/10.

**Figura 4: Consultas y establecimientos sin internación, subsector público, Malvinas Argentinas, 2001 y 2007**

	2001	2007	Variación
Consultas ambulatorias	940.011	1.866.056	98,51%
Consultas odontológicas	104.185	158.815	52,44%
Total consultas	1.044.196	2.024.871	93,92%
Cantidad de centros de salud municipales sin internación	26	36	38,46%

Fuente: Elaboración propia con base a datos de "Guía de Establecimientos Asistenciales 2001 y 2007" y "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. (En: Chiara, 2009b)

La reconstrucción realizada hasta aquí presenta algunos matices si se indaga en los servicios que prestan efectivamente los establecimientos de salud. Los establecimientos del *segundo nivel de atención* contaban el 2007 con la totalidad de las especialidades médicas, odontología, oftalmología y salud mental en consultorios externos. En los últimos años del periodo analizado y en paralelo con el desarrollo del primer nivel de atención, se fue consolidando el liderazgo en distintos campos en cirugías, asociado a la incorporación de equipamiento de alta complejidad (vía adquisiciones o a través de contrataciones de equipos profesionales con el equipamiento).<sup>39</sup>

Las nuevas iniciativas conviven con cambios casi permanentes que suponen replanteos de su organización, tendiendo a mejorar los niveles de eficiencia en su utilización; 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 la creación de un hospital domiciliario.

Con relación al *primer nivel de atención*, objeto particular de nuestro análisis, los datos relevados por la Región Sanitaria V entre los meses de mayo y julio de 2007, permiten caracterizar las prestaciones desde una fuente confiable como son los Formularios de Declaración Obligatoria de Consultas. Estos datos fueron indagados en 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 (el 81%) no contaban con todas las especialidades básicas; cabe destacar que se trata valores que están bastante por debajo del 37,7% que es el promedio para los seis municipios relevados de la Región Sanitaria V<sup>40</sup>. Solo 6 establecimientos (el 14,3%) contaban entonces con las especialidades básicas, obstetricia, otras especialidades médicas y paramédicas.

A esta fotografía debe sumarse 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 municipales en los que se articula la

<sup>39</sup> Entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud Municipal, marzo de 2010.

<sup>40</sup> Se trata de los municipios de San Fernando; Tigre; Malvinas Argentinas; Moreno; San Miguel; y José C. Paz.

entrega de alimentos con la atención de la salud; hacemos referencia al Programa de Desnutrición Municipal (FAMIPRO) y el Programa Municipal para la Nutrición de la Infancia y la Familia (PROMUNIF).

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 a desarrollar una mayor dotación del sistema, no se encuentran en MA dispositivos orientados a la mejora de la accesibilidad que más clásicamente 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 centros<sup>41</sup>. Más adelante, analizaremos los matices de su implementación.

Otro dispositivo de accesibilidad desarrollado por algunos municipios es el *servicio municipal de emergencias médicas y traslados*. Si bien dispone de ambulancias, el sistema de salud de MA no ofrece este tipo de servicio que, sin embargo, existía en el año 2007 en otros municipios del GBA como San Isidro, San Fernando, Morón, Florencio Varela y Quilmes. (Chiara, 2009a)

#### ***b. Los beneficiarios del sistema y las condiciones de accesibilidad***

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 altos niveles de autonomía.

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 y posteriormente (año 2005) al INSSJP/PAMI o que – aunque en menor medida – dispone de seguros de salud privados. El cambio en las condiciones de contratación del INSSJP/PAMI aludido en el apartado anterior<sup>42</sup> es aprovechado desde el municipio especialmente en los hospitales municipales.

Aunque 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 altos funcionarios municipales ponen en evidencia que alrededor del 40% de esa dotación<sup>43</sup> es utilizado en el año 2007 por población no residente pero que posee algún tipo de cobertura, en particular población cubierta por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI).

---

<sup>41</sup> Entrevista responsable de atención primaria, setiembre de 2007.

<sup>42</sup> Ver apartado 2.1 de este trabajo.

<sup>43</sup> Entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, setiembre de 2007.

El encuadre para uno y otro tipo de beneficiario discurre por encuadres 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, “no existan indigentes”, es decir, que todas las prestaciones que se realizan puedan tener (al menos) una fuente de financiamiento.<sup>44</sup>

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 la libertad en el acceso a todos los niveles de complejidad; integra también al servicio de médico de familia, en funcionamiento tres años antes en consultorios particulares.

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<sup>45</sup> en el sistema. En los meses posteriores a la crisis, una importante cantidad de operativos de empadronamiento fueron publicados en la prensa local<sup>46</sup> 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 GBA del programa REMEDIAR, que condicionaba la distribución de los botiquines en los denominados CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) a la gratuidad de las consultas, proceso que era monitoreado por operadores de 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 en entregar 609 botiquines en el año 2003 a 1492 en el año 2007<sup>47</sup>.

La tradición de arancelamiento forjada en los primeros años de la gestión de salud de MA se diluía. La encuesta de púerperas 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. Como se verá en el apartado siguiente, los datos relevados en el marco de este proyecto – aunque generales – muestran también el carácter residual del arancelamiento hacia finales del periodo analizado para la población residente.

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

---

<sup>44</sup> Según testimonios de un alto funcionario de la Secretaría de Salud, “La Ley de Coparticipación dice – Más hago y más servicios doy, más te pago-. La de Autogestión 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 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 agosto de 2007).

<sup>45</sup> En el apartado siguiente avanzamos en una caracterización del alcance de este fundamento en la práctica de la atención.

<sup>46</sup> Periódico Aquilanoticia.

<sup>47</sup> Ministerio de Salud de la Nación, Programa Remediar, Botiquines entregados efectivamente.

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)<sup>48</sup> que atiende a niños entre 30 días y 14 años y el Subprograma de Salud Materno Infantil (Mamá Mía)<sup>49</sup> 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 distintos 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, que habilita a celebrar convenios con las obras sociales incluidas en la LN 23.660, a cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales, mutuales y empresas de medicina prepaga, y a integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos y/o privados.<sup>50</sup>
- 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 DM 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 municipal – en los modos cómo se organiza el tránsito dentro del sistema, en particular en relación a las derivaciones en complejidad, diagnóstico y tratamiento.

- a. La *población sin cobertura de obra social residente en el partido* debería ingresar al sistema a través del médico de familia que es el responsable de derivar a los usuarios para las interconsultas y los estudios diagnósticos normatizados; en estos casos, el empadronamiento parece ser – siempre desde el diseño de la política – una condición para la atención. Las interconsultas con los especialistas del segundo nivel deberían ser coordinadas desde los centros de salud. En el

---

<sup>48</sup> OM 737/04.

<sup>49</sup> OM 732/04.

<sup>50</sup> Según lo instituido por el DN 578/1993 (Régimen de Hospital Público de Autogestión), modificado en el año 2000 por el DN 939.



apartado siguiente, la micro implementación nos muestra algunos matices acerca de las rutinas de derivación así como la aparición de otros actores en la articulación con el segundo nivel.

- b. Por otra parte, la población que dispone de alguna cobertura de salud (PAMI u obras sociales, resida o no en el partido) podría transitar por el sistema sin pasar por aquella “puerta de entrada” con las limitaciones que tenga su cobertura de salud y en consecuencia la posibilidad de recupero de parte del municipio.

Cabe destacar que el análisis micro institucional de los procesos de atención que presentamos en el último apartado da cuenta solo de la población residente en el partido, tenga o no otra cobertura que la municipal. Sin embargo y a pesar de esta limitación, el estudio cuali cuantitativo que realizamos pone en cuestión la capacidad que tienen estos lineamientos de configurarse en reglas de juego en el nivel de la micro implementación que coadyuvan a la construcción de niveles diferenciales de acceso.

### **c. Las condiciones de la atención: diálogos con la gestión y el financiamiento**

Aunque el foco de nuestro análisis está puesto en los procesos de atención, resulta necesario dar cuenta de las relaciones con el *plano de la gestión* y el *financiamiento* para comprender las condiciones de posibilidad y sostenibilidad del denominado “Modelo de Salud Malvinas Argentinas”.

En el *plano de la gestión* es donde se encuentra la mayor cantidad de iniciativas y muy vertiginosas transformaciones. Tal como hemos planteado en el inicio, las características del entramado de actores, la capacidad de adaptación al contexto y flexibilidad explican la dinámica de la política en el nivel macro institucional, abriendo distintos interrogantes acerca de si estas dinámicas se trasladan o refractan en el nivel de la micro implementación de los centros de salud y de qué modo.

La flexibilización de las formas de contratación de recursos humanos es, a juicio de los actores gremiales, el rasgo diferenciador del “Modelo MA”<sup>51</sup>. A la modalidad tradicional de incorporación de los profesionales en salud correspondiente a la Carrera Médico Hospitalaria LP 10471<sup>52</sup> en la que permanece apenas un 20%<sup>53</sup> 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 solo 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 (tanto derivadas de los incentivos de la ley de coparticipación como de parte de la

---

<sup>51</sup> Entrevista a dirigente CICOP, agosto de 2008.

<sup>52</sup> <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-10471.html>

<sup>53</sup> Dadas las dificultades para acceder a nóminas de personal según modalidad de contratación, se consignan los valores vertidos por los funcionarios en las entrevistas (Altos funcionarios de la Secretaría de Salud; 18/9/07 y 20/03/10.

posibilidad de facturar a obras sociales y facturar por cápita al INSSJP), produciendo mejoras en el financiamiento<sup>54</sup>; en palabras de un alto funcionario de la Secretaría de Salud “Más hago, más cobro”<sup>55</sup>. Estas formas se han combinado en muchos casos con las becas del Programa de Médicos Comunitarios, haciéndolas jugar como “recurso” en el contexto de la estrategia local. La capacidad de organización de las prácticas en la micro implementación es objeto particular de análisis del apartado siguiente.

En segundo lugar y asociadas a servicios más específicos del segundo nivel, se adoptan otras modalidades – habitualmente utilizadas en el sector privado – que suponen convocatorias a licitaciones públicas, que pueden incluir también la provisión de equipamiento.

En tercer lugar, el desarrollo de la oferta de instancias de formación (en acuerdo con universidades) ha generalizado la incorporación de residentes en los distintos niveles de servicios, tanto de profesionales médicos como de enfermería, incursionando en los últimos tiempos en otras alternativas menos convencionales.

La utilización de las modalidades de contratación por locación de obra se habilita desde la declaración – en octubre de 2005 – de la Imposibilidad Técnica de Atender a la Demanda de Prestaciones de Salud (DM 4708/05) por parte de la planta municipal, por carecer de profesionales en la totalidad de las especialidades médicas<sup>56</sup>. Aunque se trata de un recurso institucional disponible para la administración pública, la posibilidad de utilizarlo con este fin y una vez consolidado el crecimiento en cantidad de camas y complejidad, está dando cuenta de una *inusitada capacidad de disciplinamiento del entramado de actores*, en particular de los actores gremiales.

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 al dato) un abrupto descenso en la participación de gasto en personal en relación al presupuesto total de salud (de alrededor del 40% en el año 2001 al 23% en el año 2007); cabe destacar que más de la mitad de aquel porcentaje del año 2007 se gasta en pago de los residentes.

Es destacable el incremento de las partidas en concepto de contrataciones de servicios de equipos profesionales para el segundo nivel: pasó de ser el 28% del gasto en la finalidad salud al 59,33%. (Figura 5)

---

<sup>54</sup> Ver el apartado 2 de este trabajo.

<sup>55</sup> Entrevista a un alto funcionario de la Secretaría de Salud, setiembre de 2007.

<sup>56</sup> Se trata de la utilización del recurso habilitado por el artículo 148 de la Ley Orgánica de las Municipalidades.

**Figura 5: Cambios en la estructura de gasto de personal en sus distintas modalidades, Malvinas Argentinas, 2001/2007**

	2001	2007
% Gasto en Personal/Total Gasto Finalidad Salud	39,61%	23,17%
% Becariados / Total Personal	31,13%	56,49%
% Honorarios y retribuciones a terceros/Bienes y servicios	54,80%	79,64%
% Honorarios y retribuciones a terceros/Total Gasto Finalidad Salud	28,07%	59,33%

Fuente: Elaboración propia con base a los presupuestos de gasto municipales. (En: Chiara, 2009b)

La flexibilidad del “Modelo MA” 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 muy 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 contexto, 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) y las transferencias en concepto por convenios con las obras sociales y el 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, pasando de financiar el 54,83% del presupuesto total de la finalidad salud en el año 2001 al 94,40% en el año 2007; sobre un presupuesto que creció desde el año de la crisis un 151% a valores constantes las transferencias en ese concepto se multiplicaron algo más de cinco veces.<sup>57</sup> (Figura 6)

<sup>57</sup> Cabe destacar que a lo largo del periodo analizado, el presupuesto asignado en concepto de atención primer nivel y medicina preventiva mantiene estable un 9% del presupuesto asignado a salud.

**Figura 6: Financiamiento por fuente, Malvinas Argentinas, 2001/2007**

	2.000	2.007	Variación
Gastos Totales PPTO MA	52.610.000	168.900.000	151,68%
Total Finalidad Salud PPTO MA	16.014.400	60.000.000	273,13%
% de gasto finalidad salud/gasto total	30,44%	35,52%	
Gasto total salud en concepto de atención centros de primer nivel y medicina preventiva	1.461.800	5.586.500	217,41%
% en concepto de atención centros de primer nivel y medicina preventiva/ gasto total salud	9,13%	9,31%	
Ingresos de Obra Social	7.000.000	15.000.000	200,00%
Cobertura del total del Gasto por los aportes de OS	43,71%	25,00%	
Transferencias en concepto de coparticipación Salud (UAES)	6.580.530	56.637.409	542,43%
Cobertura del total del Gasto en salud por los aportes de coparticipación en salud	41,09%	94,40%	

Fuente: Elaboración propia con base a Ordenanzas Municipales y UAES, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

A juzgar por los datos del presupuesto municipal, los ingresos captados de las obras sociales son algo menores, aportando un financiamiento de alrededor del 25% del total del presupuesto municipal que pasó de 5 en el año de la crisis a 15 millones en el año 2007. (Figura 6)

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% del presupuesto municipal.

A esas fuentes de financiamiento, deberían sumarse otras que aparecen en los testimonios pero no encuentran correlato en el presupuesto municipal. Se trata de los 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 testimonios de distintos funcionarios acerca de convenios y facturación a los municipios de la región por prestaciones realizadas a personas que, sin disponer de cobertura, residen en los partidos vecinos; no obstante su recurrencia no se encontraron documentos que dieran cuenta de esas modalidades ni están presentes en el presupuesto.

Como puede advertirse, la suma de los porcentajes cubiertos por una y otra fuente, dibujan un mapa del "Modelo MA" que si no superavitario, alcanza a cubrir la estructura de gastos de un sistema de alta complejidad, situación que dista de la de los municipios vecinos.

\*\*\*

La reconstrucción en el nivel de la macro implementación del denominado “Modelo MA” da cuenta de una política local con gran gobernabilidad sobre el entramado de actores y sumamente flexible para adaptarse a las condiciones del contexto, en particular aquellas que permitieron optimizar su financiamiento. En ese devenir y poniendo en el centro de la agenda de intervención (más que de problematización) a la modalidad de incorporación del recurso humano en salud como factor crítico, la apuesta de la gestión municipal logró “salta sus fronteras” asumiendo una parte importante de la demanda con cobertura de la región.

Aún reconociendo las limitaciones que esta característica supone para este caso, avanzamos en el análisis de los procesos de atención en la micro implementación de los servicios, en particular en los centros de salud municipales. Aunque recuperando sólo una parte de los “beneficiarios” definidos desde la política local, buscamos con este análisis avanzar en una caracterización más certera del destino de las orientaciones en el contexto de las mediaciones que tienen lugar entre el nivel macro y los procesos micro, en aquel diálogo que construyen los equipos de los centros de salud con los hogares.

#### **4. LA ATENCIÓN DESDE LA “URDIMBRE” DE LOS SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL EN EL MUNICIPIOS DE MALVINAS ARGENTINAS: UNA MIRADA DE LA MICRO IMPLEMENTACIÓN<sup>58</sup>**

Poniendo el foco en una parte de los destinatarios –la población residente en el partido–, en este apartado abordamos las dinámicas que caracterizan a la atención de la salud en la micro implementación, considerando las condiciones que definen el acceso al sistema, la integralidad de los servicios y la coordinación entre niveles.

Este análisis busca interrogar acerca de la capacidad que tienen los centros de salud que integran el primer nivel de atención –en tanto espacios de “proximidad” con el territorio– de expresar las orientaciones de políticas que se cristalizan en el autodenominado “Modelo MA”; en suma, las relaciones de dependencia y de autonomía que se constituyen entre el nivel de la macro y la micro implementación. A los efectos de situar este análisis en el recorrido que venimos desarrollando, recordamos que los 36 centros de salud fueron definidos originalmente desde el “Programa Pueblo Chico” como instituciones para desarrollar y articular– a través de la figura del médico de familia– actividades relacionadas con el cuidado de la salud y también como lugares para abordar problemas y cuestiones relativos a la educación y la seguridad de las familias residentes<sup>59</sup>.

Con el propósito de indagar en aquel espacio de proximidad que se constituye en la relación entre los hogares y los servicios en los procesos de atención, recuperamos la perspectiva de los responsables de salud de los hogares de MA, a partir de los resultados de una encuesta que contempló una muestra de 400 casos<sup>60</sup> y,

---

<sup>58</sup> Este apartado que pone foco en un análisis de la atención en los servicios que componen el primer nivel, está realizado sobre la base de los documento de trabajo Ariovich, 2010 y Jimenez, 2010.

<sup>59</sup> Para más detalle, ver apartado 3.a de este trabajo.

<sup>60</sup> La encuesta se realizó en base a una muestra probabilística, construida a partir de fracciones y radios censales, sobre la cual se seleccionaron aleatoriamente los 400 casos. Sólo fueron incluidos en la muestra

complementariamente, apelamos a distintos testimonios de coordinadores y profesionales de centros de salud municipales (pediatras, clínicos, ginecólogos/obstetras y enfermeros), recogidos tanto en entrevistas en profundidad como en encuestas realizadas al interior de los propios efectores.

Tal como sugerimos más arriba, el recorte propuesto para analizar los procesos de atención (a través de los servicios del primer nivel y de la propia experiencia de población consultada<sup>61</sup>), pone el foco sólo en una parte de los beneficiarios de un sistema que apostó a “saltar las fronteras” de su territorio. Sin embargo, la decisión de recuperar los procesos de atención de la población residente (y en relación al primer nivel) permite traer al análisis la experiencia de un universo completo de población, marco de referencia ineludible para interrogar acerca de la capacidad de inclusión, accesibilidad y resolución de un sistema de salud.

Esta doble entrada muestra cómo se cristalizan los procesos de atención en el registro de los responsables de la salud de las familias y en la mirada de los profesionales involucrados, problematizando cuatro variables, a nuestro juicio, prioritarias: la *capacidad de inclusión social del sistema* (especialmente mirando la población con mayores desventajas socioeconómicas); la *accesibilidad* (que como ya adelantamos incluye la disponibilidad y aceptabilidad de los servicios); el funcionamiento del centro de salud (y del médico de familia que allí trabaja) como *puerta de entrada al sistema*; y, finalmente, la *coordinación y el tránsito entre niveles*.

#### **a. El sistema desde la atención: una aproximación a su capacidad de inclusión**

La trama de relaciones que se establece entre los hogares y los servicios en los sistemas locales de salud es muy compleja. Tanto la diversidad de especialidades médicas involucradas y la forma en que se organizan las prestaciones, como así también las características socioeconómicas que presenta la población (pobreza, clima educativo, cobertura de obra social o seguro de medicina privada), influyen en las condiciones desde las cuales cobran vida los procesos de atención.

Entre los hogares que utilizan los servicios públicos de salud municipales, los porcentajes más altos corresponden a los que presentan pobreza estructural y a los que carecen de otra cobertura de salud, pero también encontramos un nivel significativo de hogares sin NBI y de familias que cuentan con cobertura de obra social y seguro de medicina privada (casi un 38%). Si bien de estos datos podrían hacer pensar en una orientación del sistema hacia la población que experimenta las condiciones más precarias, el análisis que vincula las características que presenta la población con el tipo de efector utilizado habitualmente para realizar las consultas en las especialidades básicas de atención primaria (clínica, pediatría y obstetricia/ginecología), pone en

---

aquellos hogares en los cuales se encontró la presencia de por lo menos un niño menor a 6 años, y /o un discapacitado, y/o un enfermo crónico. Estos requisitos apuntaron a capturar hogares que potencialmente hacen un mayor uso de los servicios de salud.

<sup>61</sup> Salvo excepciones, a lo largo de este trabajo hemos privilegiado la información correspondiente a las consultas realizadas a especialistas de la atención primaria en el transcurso del último año, ya que las mismas suponen un acercamiento más preciso al patrón de utilización de los efectores de salud por parte de la población.

evidencia que el Modelo MA presenta dificultades para garantizar la inclusión de los grupos más vulnerables.

Entre la población con pobreza estructural, las consultas vinculadas con las especialidades básicas de la atención transcurren entre un 50% y 60% de los casos en instituciones del municipio, correspondientes tanto al primer como al segundo nivel<sup>62</sup>; no obstante, no deja de ser llamativa la alta frecuencia de consultas periódicas en efectores que se encuentran por fuera de su órbita. En tal sentido, resalta que aproximadamente un tercio de la población con NBI, realice usualmente sus consultas en ginecología/obstetricia y en medicina general en sanatorios privados o en consultorios particulares localizados dentro o fuera del partido: 28,9 % en ginecología y 30,1% en medicina general. En pediatría este porcentaje desciende a 18,7 %, dando cuenta probablemente de la capacidad de incorporación desde algunos programas orientados a población específica como el Programa PIBE. La “no consulta” en el último año entre la población pobre es elevada, alcanzando el 10,2% para clínica y el 7,2% para atención ginecología/obstétrica.

Un comportamiento similar presentan los hogares que carecen de cobertura social (41,5% del total); la tercera parte de este grupo concurre habitualmente a instituciones que no dependen de la jurisdicción municipal para atender sus problemas de salud relacionados con la ginecología/obstetricia, la pediatría o la clínica médica.

#### **b. El acceso a la atención como problema**

El acceso a la atención de la salud refiere a la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable (PROAPS – SIPPAPS, 2006); en un contexto tan fragmentado como el del Gran Buenos Aires esta cuestión resulta central en el modo como se configuran diferenciales condiciones en el ejercicio del derecho a la salud.

El análisis del acceso a los servicios de salud interpela tres dimensiones implicadas en la atención: *accesibilidad*, *disponibilidad* y *aceptabilidad*. La disponibilidad refiere a la existencia de servicios y prestaciones suficientes para responder a las necesidades médicas de la población, mientras que la accesibilidad se vincula a la existencia de medios para acceder a los servicios en cuestión. Finalmente, los servicios deben responder a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que éstos se vean motivados a utilizarlos apropiadamente (Wallace et al, 2001).

Con las dificultades que supone captar desde la investigación la utilización de bienes y servicios muy diversos como son los ofrecidos por el sistema de salud, la frecuencia con la que los hogares realizan sus visitas a las especialidades básicas es una entrada que permite dar cuenta de la accesibilidad a la atención en el sistema local de MA.

La oportunidad de la consulta en las distintas especialidades de la atención primaria muestra diferencias importantes de acuerdo al clima educativo del hogar. Las variaciones más destacables refieren a la atención en pediatría, donde hallamos un

---

<sup>62</sup> Un 51,8% de las visitas al ginecólogo/obstetra, un 58,4% de las pediátricas y un 54,2% de las consultas al médico clínico o generalista suceden en Centros u hospitales municipales.

porcentaje mayor de consultas al especialista dentro el último año entre aquellos hogares portadores de un clima educativo alto: mientras que 84,3% de estos hogares han asistido al pediatra en dicho período, entre los hogares de clima educativo bajo este porcentaje se reduce a un 47,5%. En clínica médica, contrariamente, el porcentaje más alto de consultas en el último año (cercano al 85%), corresponde a las familias con baja escolaridad.

La condición de pobreza entre los hogares, en cambio, parece no marcar contrastes relevantes en la frecuencia en que han sido realizadas las consultas en las especialidades básicas de la atención. La variación más significativa se presenta en torno a las consultas pediátricas, las cuales exhiben mayores porcentajes en el último año entre la población que presentan pobreza estructural: 79,5% versus 68,4%; esta diferencia puede deberse a las acciones de parte de uno de los programas que forma parte de “Pueblo Chico”, PIBE.

El acceso a los centros de salud de MA presenta dificultades para el 44% de la población, y fueron mayoritariamente los hogares con NBI quienes declararon problemas para llegar a estos establecimientos. Los principales inconvenientes refieren a la disponibilidad de turnos, a los horarios de atención y a la falta de especialistas. En línea con aquella tendencia al alejamiento de la mercantilización de las formas de ingreso (al menos para la población residente) ya enunciada, las barreras vinculadas directamente a obstáculos de tipo monetario no son relevantes entre la población consultada (solo el 6,8% declara haber pagado para ser atendido).

La ausencia de mecanismos institucionales orientados a facilitar la accesibilidad<sup>63</sup> se expresa en los datos relevados en el marco de la investigación. Del total de los hogares que asisten al centro de salud, el 96,4% solicita turno personalmente, poniendo en evidencia que – en este Modelo – es la población quien debe acercarse al efector, sobrepasando las barreras que presenta el propio territorio. En particular, los hogares pobres y con clima educativo bajo, consideraron a la franja horaria de atención ofertada desde los servicios como un importante impedimento para acceder a la atención en los centros. En contrapunto con el caso MA, el otro caso analizado en la misma investigación, el municipio de San Fernando, ha implementado un sistema de turnos telefónicos (Fono turno) que funciona como un dispositivo para facilitar el acceso de la población a los centros y que ha sido positivamente por casi la totalidad de los usuarios del sistema<sup>64</sup>.

La mirada de los profesionales de los equipos de salud densifica esta perspectiva; también para ellos la franja horaria de atención ofrecida es un factor crítico que condiciona el acceso: para un poco más de la tercera parte de estos profesionales, los horarios ofertados son incompatibles con los horarios de trabajo de la población local.

Ahora bien, es importante destacar que la disponibilidad de los servicios depende no sólo de la oferta de turnos y horarios adecuados, sino también de la presencia de los profesionales en los servicios. En este sentido, el déficit del recurso humano en salud forma parte de la “disponibilidad” y se constituye como otra barrera importante en el

---

<sup>63</sup> Ver apartado 3 de este trabajo.

<sup>64</sup> Chiara et al. (2009) Accesibilidad a la atención de la salud en el Municipio de San Fernando. UNGS.



acceso a la atención que parece constituirse en obstáculo en MA. En este sentido, los testimonios de los coordinadores de los centros aluden a la falta de profesionales en los servicios como un factor crítico a la hora de garantizar las prestaciones en el primer nivel<sup>65</sup>; su percepción es convergente con los datos sistemáticamente relevados por el Ministerio provincial respecto del alto porcentaje (81%) de centros que carecían en el año 2007 de algunas de las especialidades básicas en el municipio <sup>66</sup>.

En el plano de las estrategias desplegadas por los equipos para mejorar el acceso de la población a la atención, los talleres de prevención y promoción realizados en el espacio de los centros son los instrumentos más frecuentemente utilizados –a juicio de sus protagonistas– para llevar adelante estrategias de captación<sup>67</sup>; cabe destacar que fue bajo el porcentaje de profesionales que consideró necesario ampliar al trabajo por fuera del centro de salud para incrementar el acceso de las familias y lograr un mayor vínculo con el territorio.

Esta constatación pone en evidencia algún impacto –en la micro implementación– de los incentivos incorporados en las modalidades de contratación; cabe recordar –tal como ya analizamos a propósito de la dimensión de gestión del “Modelo MA”– que los módulos que instituyen la contratación de profesionales en el primer nivel incluyen (además de las consultas médicas) la realización de talleres de promoción.

Del análisis realizado en los servicios del primer nivel, surge que las trabajadoras sociales son los agentes responsables y que viabilizan el trabajo en el territorio.

A la realización de este tipo de iniciativas, se suma –en estos testimonios– la ejecución de programas puntuales para la diabetes, la hipertensión o enfermedades de IRA, como herramientas para acercar a la población.

La única experiencia institucionalizada de “salida” al barrio y de trabajo más amplio en el territorio y de la que se da cuenta también en los registros hemerográficos, son los *operativos sanitarios* que tienen lugar en el invierno (en especial en relación a problemas respiratorios). Estas experiencias son concebidas desde sus protagonistas como intervenciones puntuales acotadas a momentos de crisis, expresando a su vez una forma de pensar las intervenciones centradas en el tratamiento de la enfermedad, con un escaso trabajo de prevención y promoción de la salud en y con el barrio.

El tipo de efector que la población utiliza en las consultas en las distintas especialidades básicas de la APS (Atención Primaria de la Salud) permite interrogar acerca de la capacidad y disponibilidad de recursos de que dispone el sistema local para brindar respuestas a las demandas emergentes de la población. En un contexto de “libre elección” (al menos en sus enunciados generales), la utilización de los efectores pone en evidencia las preferencias de la población y los márgenes de aceptabilidad de los servicios.

Si bien las apuestas de la política local buscaron garantizar la máxima resolución de las necesidades sanitarias en instituciones bajo la órbita municipal –a través de la

---

<sup>65</sup> Entrevista N° 7, 8 y 12 a Coordinadores de Centros de salud , Octubre 2008, Malvinas Argentinas

<sup>66</sup> Para mayor detalle ver apartado 3.a de este trabajo.

<sup>67</sup> Entrevista N 12 y 16, a Coordinadores de centro de salud, Octubre 2008, Malvinas Argentinas

creación de servicios de segundo nivel y de alta complejidad y, en segundo lugar, gracias a un incremento de centros del primer nivel—, la utilización que hacen los hogares residentes en el partido refleja un patrón de comportamiento más bien centrífugo, particularmente en algunas especialidades. Más de la mitad de los hogares de MA (57%) realizaron consultas *ginecológicas* en el último año en establecimientos por fuera de la órbita municipal; distribuyéndose el resto de las consultas entre los hospitales (12%) y los centros de salud (30 %) de MA.<sup>68</sup> Cabe destacar que, a pesar de contar con una importante dotación de establecimientos de segundo nivel, un 10.6% de la población utiliza “otros hospitales públicos por fuera de la jurisdicción de MA”, valor que contrasta con el 1,6% constatado en el otro caso de estudio, San Fernando.

Un comportamiento similar, aunque con menores proporciones, encontramos en las consultas realizadas en *pediatría* y en *clínica médica*, donde aproximadamente el 39% de las mismas tuvo lugar —siempre en el último año— en sanatorios privados o en consultorios particulares y entre un 6% y 8% en “hospitales públicos situados fuera del partido”. Las consultas en los establecimientos municipales, en cambio, alcanzan para estas especialidades entre un 55% y un 52 %<sup>69</sup>.

La aceptabilidad como concepto complejo remite también a la calidad de la atención, descrita —en nuestro estudio— desde la mirada de los usuarios respecto a los centros de salud municipales. En términos generales, la atención en los centros fue objeto de una positiva valoración de parte de los responsables de la salud en los hogares que los utilizan.

Para aquellos que acceden, la atención en la consulta por parte de los profesionales encuentra niveles altos de valoración; más de un 70% de los responsables de salud de los hogares expresaron que los profesionales disponen de los recursos materiales e insumos necesarios para realizar los tratamientos requeridos en la atención ginecológica, obstétrica, de niños y de enfermos crónicos; un porcentaje aún mayor (más del 80%) considera como muy adecuada la formación que tienen los profesionales y su dedicación en el momento de la atención, valoración que comprende al conjunto de las especialidades mencionadas.

### **c. El centro de salud como “puerta de entrada”**

La “puerta de entrada” es una categoría que da cuenta, tanto de la capacidad resolutoria del sistema (en este caso del primer nivel) como de las modalidades para captar de manera temprana los problemas de salud de la población (Vega Romero et al, 2006; Burrone et al 2007); para la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), el primer nivel de atención es la “puerta de entrada” al sistema de salud.

Si bien el desarrollo de la estructura prestacional de MA apostó —fundamentalmente— al segundo nivel y al desarrollo de alta complejidad, el “Programa

---

<sup>68</sup> A modo de referencia, el mismo dato aplicado en una encuesta análoga para el Municipio de San Fernando arroja que más del 60,2% de las consultas obstétricas se realizaron en instituciones municipales o provinciales pero del partido y solo un 1,6% lo hizo en “otro hospital público” (Chiara, et al; 2009:70)

<sup>69</sup> El estudio realizado en el partido de San Fernando presenta un porcentaje cercano al 46% para las consultas clínicas y un porcentaje muy superior, próximo al 67%, para las pediátricas.

Pueblo Chico” buscó ubicar a los Centros de Salud como “puerta de entrada” al sistema para la población residente y, en particular, para aquella que no dispone de otra cobertura.

No obstante el impacto que parece tener esta orientación programática en un poco más de la mitad de la población que manifestó hacer uso de las prestaciones que ofrecen los centros de salud, el porcentaje de hogares que buscan respuestas en los hospitales públicos dentro y fuera del partido para la atención de las especialidades básicas es significativo: en ginecología/obstetricia el 22,8 %, en pediatría un 14% y en clínica médica un 24.4 %. Evidenciando el papel de “puerta de entrada” que tiene también el hospital en MA, la proporción de población que se atiende por prevención y control en el hospital es la misma que la hace por urgencias.<sup>70</sup>

Cabe destacar que, contrariamente a lo que podría deducirse de las reglas de juego y los beneficiarios que desde ellas pueden modelarse, los centros de salud tienen como usuarios a hogares en distinta condición: entre los hogares que concurren a los centros sólo un 52.7 % es pobre y un 55.9 % carece de cobertura<sup>71</sup>. A modo comparativo, cabe señalar que en el municipio de San Fernando los Centros de salud contemplan entre sus usuarios a un porcentaje algo mayor de población sin cobertura (67,6%), no obstante su población NBI usuaria guarda valores similares a Malvinas (50,5%). Si la heterogeneidad es elocuente del modo como refractan las orientaciones programáticas en los efectores locales, la existencia de población en situación de vulnerabilidad que queda por fuera de la atención es un punto a destacar respecto a su capacidad de inclusión.

Recuperando a Burrone et al (2007), cuando un beneficiario del sistema de salud no accede a la atención, o no obtiene los servicios de salud que necesita, probablemente se deba a que se ha encontrado con barreras de acceso, las cuales pueden ser de distinto tipo: económicas, geográficas, temporales, organizacionales, administrativas y/o culturales. Desde esta perspectiva, el “Modelo MA” no logra, a pesar de proponérselo en el “Programa Pueblo Chico”, remover el conjunto de las barreras de acceso que experimenta la población, fundamentalmente aquella que presenta las condiciones socioeconómicas más precarias. A su vez, estas barreras se traducen en limitaciones importantes para que el primer nivel se constituya en la “puerta de entrada” al sistema. Como señalamos más arriba, existe un núcleo duro de población en situación de pobreza estructural que no transita por el sistema público de salud; recordemos que un tercio de esta población realiza usualmente sus consultas en ginecología/obstetricia y en medicina general en sanatorios privados o en consultorios particulares, y que –entre un 7 % y un 10%– manifestó nunca haber asistido a un efector de salud.

---

<sup>70</sup> Sin embargo, aquellos que realizan consultas en hospitales por fuera del municipio, el motivo de consulta que prevalece es la urgencia.

<sup>71</sup> Cabe señalar que para los hogares que concurren a los hospitales publico (tanto dentro como fuera del municipio) observamos las siguientes características: entre quienes consultan en ginecología / obstetricia encontramos que un 18.6 % presenta NBI y un 27.4% carece de cobertura; entre quienes consultaron en Pediatría encontramos que un 8.4% presenta NBI y un 12.8% carece de cobertura; y por ultimo entre quienes consultaron a un medico clínico o de familia encontramos que un 11.4% presenta NBI y un 16.4% carece de cobertura.

La “proximidad” del efector con la comunidad no está dada por la cercanía geográfica, se produce hacia y desde el interior de cada centro. Es desde el lugar de las prácticas, donde los profesionales de la salud cuentan con un margen de discrecionalidad para definir las dinámicas de atención y el funcionamiento de los servicios. En este sentido, rescatamos los aportes ya clásicos de Lipsky (1980) quien reivindica la posición crucial de los *burócratas del nivel de la calle*. En este caso médicos, administrativos y trabajadores sociales dan lugar a dinámicas y procedimientos que – transformados en rutinas – modifican objetivos y determinan prioridades que pueden ser algo distantes de las visiones desde las cuales fueron enunciados los programas municipales.

En este punto cabe destacar que la gestión en el nivel micro de los servicios no está traccionada exclusivamente por la oferta programática local, el sector salud funciona en un contexto ya dado, que interactúa con una demanda que condiciona también a la propia oferta. Aquel interés por constituir a los efectores del primer nivel como “puerta de entrada” a un sistema cada vez más complejo y también costoso, encontró dificultades en la micro implementación de los centros de salud y en el efecto simbólico que tiene la infraestructura hospitalaria como organizadora de la demanda en la propia población.

Además, las distintas iniciativas orientadas a mejorar el acceso de la población al primer nivel conviven en tensión con otras que emanan de la propia política municipal; el fortalecimiento de la atención de demanda espontánea en especialidades básicas en el segundo nivel es un ejemplo de aquella tensión.

#### **d. Coordinación y tránsito**

La coordinación al interior del sistema implica el seguimiento del usuario a lo largo del tiempo y entre los distintos niveles de atención por parte del profesional o por medio de protocolos médicos; esto incluye la derivación para consultas especializadas y servicios de diagnóstico. Requiere así, de disponibilidad de información acerca de sus problemas y de aquellas situaciones de derivación a otros profesionales, como así también de una articulación e integralidad asistencial entre las diferentes jurisdicciones que puedan estar implicadas (Starfield et al, 2005; Vega Romero et al, 2006; Burrone et al 2007).

Si el sistema parece instituir un beneficiario privilegiado a captar que dispone de alguna cobertura social y que justifica (y hace sostenible) el desarrollo de la alta complejidad, esta orientación no parece modelar las prestaciones que recibe la población residente en MA. El análisis en el nivel de los hogares no registra variaciones significativas en los requerimientos de derivaciones hacia el segundo nivel (sea para consultas a especialistas o bien para realización de estudios diagnósticos) entre la población que posee cobertura social respecto de aquella que no la posee. Otra situación contraria a la cristalización de un “beneficiario privilegiado”, se advierte en la solicitud de estudios complementarios que, al menos por lo declarado por los responsables de la salud de los hogares, es más elevada en la población que convive en hogares que no disponen de obra social y entre los que son pobres.

Asimismo, es importante el porcentaje de población que, habiendo sido derivada al segundo nivel, regresa a continuar siendo tratada en el centro de salud: el 53,2% de los hogares cuyos integrantes se atienden en los centros de salud fueron derivados en alguna ocasión al hospital y en la mayoría de los casos regresaron a atenderse con el mismo profesional (69,2%). No se advierten diferencias en la población según condición de pobreza; sin embargo, la población que dispone de obra social regresa a tratarse en el centro en un porcentaje menor (10 puntos menos) lo cual permitiría suponer que continúa su atención en el hospital.

Si la apuesta para que el primer nivel se convierta en la “puerta de entrada” refracta en la micro implementación, la articulación entre niveles parece presentar mejores resultados, evidenciando un buen patrón de retorno al primer nivel similar al observado en el municipio de San Fernando.

Detrás de la articulación entre niveles, los testimonios de los profesionales de los Centros destacan el rol que desarrollan las *trabajadoras sociales* en el seguimiento de los usuarios. Estas profesionales son las que se encargan de coordinar el tránsito de la población por el sistema, y quienes “artesanalmente” consiguen los turnos en los establecimientos del segundo nivel:

*“Las trabajadoras sociales son como las azafatas, es decir te siguen de acá para allá pero siempre te hacen volver al paciente y que siga atendándose con vos...”<sup>72</sup>.*

Así el “Modelo MA” refunda el papel de las trabajadoras sociales en el sistema de salud, potenciando su capacidad de incidencia “desde fuera de la cultura profesional médica” sobre el funcionamiento del centro, buscando la proximidad con la población de los barrios y confiriéndole un rol jerarquizado en la gestión entre niveles. No obstante la potencia rectora que adquiere en ese particular contexto de gestión que es el centro de salud, parece abandonar su función específica en relación al trabajo en y con los actores barriales en la búsqueda de mayores niveles de acceso e inclusión.

## **5. UNA RELECTURA DEL DENOMINADO “MODELO DE SALUD MALVINAS ARGENTINAS”**

El análisis del caso MA muestra que si bien los atributos del régimen de implementación son importantes en la definición de la estrategia local, las respuestas que va configurando la política sanitaria municipal están fuertemente condicionadas por las características del *entramado de actores* y por sus *capacidades*; pista desde la cual adentrarnos en el análisis e interpretación de aquel carácter paradójico que MA presenta respecto al funcionamiento del sector público de salud en el GBA. La pregunta de la investigación en torno a los principios que organizan la política sanitaria en el nivel local, discurre por la relación entre las condicionalidades del régimen de implementación, las características del entramado y sus capacidades.

---

<sup>72</sup> Entrevista N° 16, realizada a un Coordinador de un CAPS. Octubre 2008, Malvinas Argentinas.

El municipio o, más específicamente el Secretario de Salud como el actor principal del *entramado*, pone de manifiesto (en cada una de las coyunturas que atraviesa el “Modelo MA”) suficiente *capacidad* para leer e interpretar las condiciones del *contexto* y diseñar respuestas capaces de aprovechar sus externalidades positivas 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 desde las cuales se estructuró en distintos momentos el “Modelo MA”.

En un contexto de baja capacidad de regulación, tanto por parte de las obras sociales como de los organismos del Estado provincial, la *preocupación por el financiamiento* expresada en la secuencia “político-económico-sanitario-social”, es uno de los principios que organiza la gestión del recurso humano y jerarquiza el segundo nivel y la alta complejidad, diseñando dispositivos con capacidad de permear la “caja negra” de los servicios.

Aun en contra de las orientaciones en materia de política sanitaria y con una flexibilidad que mantiene vigente las nociones más caras al paradigma de la década de los noventa, el “Modelo MA” estructura y des estructura iniciativas “poniendo en valor” la potencialidad de un entramado limitado a la figura del Secretario de Salud. “Político”, palabra que adjetiva al primer momento del proceso que transitó el “Modelo MA”, alude más a la capacidad de gobierno (y al disciplinamiento de los actores como requisito) sobre las variables críticas del sistema, que a cuestiones más clásicamente abordadas desde los análisis sectoriales acerca de la “autogestión hospitalaria”. En este contexto, el enfrentamiento con las organizaciones gremiales del sector para ganar capacidad de incidencia sobre las modalidades de incorporación de recurso profesional parece haber sido la “madre de todas las batallas”.

En este escenario, la decisión de “saltar las fronteras” del municipio es un principio estructurante de una propuesta que alcanza gran desarrollo en la complejidad (tanto en diagnóstico como en tratamiento y rehabilitación) y en la dotación de camas (ésta última, se ubica muy por encima de los promedios de la región).

La *configuración de otros beneficiarios* es uno de sus principales resultados redundando en el acercamiento a otras fuentes de financiamiento, esta vez de la seguridad social (comprendiendo a las obras sociales como al propio PAMI).

Esta apertura pone en cuestión la vigencia del principio de las “preferencias locales” como criterio desde el cual fundar –de manera exclusiva– una estrategia descentralizadora, si no se garantizan ciertos prerrequisitos en relación al lugar que le cabe al nivel local en el esquema general del sistema sanitario. Al menos, a juzgar por la experiencia del “Modelo MA”, este principio parece haber funcionado en la retórica inicial y, a medida que se fue consolidando la estructura del sistema, el eje se desplazó de manera expansiva a alcanzar el liderazgo en la región, alineando con ese propósito distinto tipo de relaciones políticas.

En este contexto y avanzando en la segunda pregunta que organizó nuestra investigación, resulta sugerente el contrapunto realizado entre las orientaciones de la macro y la micro implementación en el nivel de los centros de salud y sus niveles de autonomía relativa. La pregunta acerca de si estos atributos bien particulares que

caracterizan el “Modelo MA” imprimen algún sesgo a la atención de la salud en la población residente, recorrió distintos caminos.

Uno de ellos consistió en “seguir” las orientaciones de políticas que parecían estructurantes del “Modelo MA” en sus relaciones entre el primero y segundo nivel. En un contexto del desarrollo de alta complejidad, la idea de convertir a los centros de salud en la “puerta de entrada” del sistema, parecía una cuestión importante a garantizar desde los centros de salud.

La dificultad para lograr que los centros de salud se convirtieran en la “puerta de entrada al sistema”, muestra que la gestión en el nivel micro de los servicios no está traccionada sólo por la oferta programática local sino que funciona en un contexto que la antecede y que presenta altos niveles de discrecionalidad. La resultante de estas tensiones propias de lo que sucede en el primer nivel, se ve reforzada por el efecto simbólico que tiene la infraestructura hospitalaria como organizadora de la demanda desde la población.

Asumiendo la preocupación por el financiamiento como rectora de la organización del “Modelo MA”, interesó saber si esta orientación construía un perfil particular de beneficiario. En este punto, los datos no parecen mostrar diferencias significativas entre la población residente en el partido según disponga o no de cobertura de obra social o seguro de medicina privada; esta paridad entre ambas poblaciones se advirtió tanto en el acceso, como en las derivaciones al segundo nivel o en la asignación de estudios complementarios, siempre más costosos.

En un sentido contrario, el “efecto refracción” de la micro implementación parece ser menos evidente en la referencia y contra referencia de aquellos casos en los que el centro de salud funciona como “puerta de entrada”, encontrándose altos niveles de retorno de la población derivada al hospital que regresan para continuar siendo atendidos por el profesional que lo trata habitualmente en el centro.

La segunda entrada para articular esta pregunta, puso el foco en uno de las “factores clave” en tanto condiciones decisivas para el “Modelo MA”<sup>73</sup>: las modalidades de gestión del recurso humano en salud. En este punto, resulta destacable la capacidad de penetración en las prácticas que tienen los incentivos implícitos en las modalidades de contratación de los profesionales médicos: la presencia de los talleres y la alta valoración de la situación de consulta (de aquella población que logra acceder) son logros del sistema operados desde reglas de juego que regulan de manera directa la práctica de los profesionales. Sin embargo, la decisión de restringir contractualmente las responsabilidades a la situación de consulta, con la sola ampliación a talleres que suceden en el interior del centro, puede explicar – a su vez – las dificultades que enfrenta el sistema para producir resultados en materia de inclusión.

Esta reflexión abre paso a la tercera pista desde la cual mirar el contrapunto entre la macro y micro implementación y que refiere (en un trazo muy grueso) a sus resultados. La investigación pone en evidencia que existe un núcleo duro de la población

---

<sup>73</sup> Retomando el planteo de Aguilar Villanueva, se entiende por este concepto a aquellas realidades que representan condiciones decisivas para que los objetivos de la visión puedan ser realizados. (Aguilar Villanueva, 2006: 303).

en situación de pobreza que – a pesar de la inversión pública que el “Modelo MA” supone – no alcanza a acceder al mismo y, en porcentajes importantes, busca atenderse en el sector privado. Sin embargo, esta situación puede estar reflejando de modo directo el escaso tratamiento que tiene la cuestión en la agenda local: la inexistencia de servicios de emergencia, la falta de mecanismos para el otorgamiento de turnos, los acotados horarios de atención y la carencia de especialidades básicas en el primer nivel de atención son algunos emergentes de esta situación.

En este devenir y en las complejidades que encierra la relación entre el nivel macro institucional y la micro implementación, una de las fortalezas del “Modelo MA” consiste en haber ido configurando (en el marco de las restricciones e incentivos del régimen supra local) su propio *régimen local de implementación*. Sin modificar las condiciones supra locales y aún omitiendo la institucionalización 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 – condicionar a los niveles supra locales. Las figuras de los convenios con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Nación, así como los acuerdos por derivaciones a los municipios, parecieran se comprenderse en esta línea.

En la hipótesis de partida de la investigación veíamos un conjunto de condiciones configuradas (por acción u omisión) desde el nivel nacional y provincial restringiendo y potenciando el diagrama de opciones de los actores en el nivel local. El caso MA nos interpela a pensar en otro sentido la relación y el recorte del objeto de estudio; este particular *régimen local de implementación* instala a la experiencia en un “lugar de referencia” primero y de “expansión” después, conduciendo al análisis hacia una escala regional y exigiendo – a su vez – dar cuenta de la porosidad de las fronteras entre subsectores.

Dicho de otro modo, el derrotero de este caso local pone en evidencia – una vez más – la profundidad de las transformaciones producidas en los noventa. La vigencia de estas orientaciones y su cristalización en un modelo local plantea la necesidad de revisar el contexto de las reglas de juego (tanto provinciales como nacionales) que lo hacen sostenible y, ante alguna mirada desprevenida, también exitoso.



## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Villanueva, L. F. (2006) *Gobernanza y gestión pública*, Fondo de Cultura Económica. México.
- Ariovich, A; Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2008): “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: *Revista Salud Colectiva*, Buenos Aires, 6 (1): 47-64, Enero - Abril, 2010.
- Ariovich, A (2010): “Análisis de la micro implementación de la política sanitaria en el Municipio de Malvinas Argentinas” (mimeo).
- Barbieri, N. (2007): “Política fiscal y Política Sanitaria: Tensiones evidentes a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia”. En *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 3(1): 49-61. Enero – abril. Argentina.
- Berman, P. (1978) “El estudio de la macro y la micro implementación” En: Aguilar Villanueva, L. F. (ed.) *La implementación de las Políticas Públicas*. Miguel A. Porrúa. México. 2da ed. 1996
- Burrone, M.; Fernandez, A.; Acevedo, G.; Luchesse, M.; López de Neira, J.; Dell Inocenti, P.; Estario, J. (2007): “Análisis de las estrategias de atención primaria de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas: un abordaje cuanti-cualitativo”, En *Revista de Salud Pública*, Volumen XI, Número 2, 20.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M.; Moro, J.; Ariovich, A. y Jimenez, C. (2009) *Accesibilidad en la atención a la salud en el Municipio de San Fernando*. Los Polvorines, UNGS. [www.ungs.edu.ar/publicaciones/](http://www.ungs.edu.ar/publicaciones/)
- Chiara, M. (2009a): “Se hace camino al andar: municipios y política social en el Gran Buenos Aires en la salida de la crisis 2001/3”. En: Pirez, Pedro (ed.) *Buenos Aires, la formación del presente*. Colección Ciudades, N 2, Olacchi, Quito.
- Chiara, M. (2009b): “Reconstrucción del caso Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires y Nación”. (mimeo)
- Chiara, M., Di Virgilio, M. y Moro, J. (2009) “Inequidad (es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local”. *Revista Postdata. Revista de Reflexión y Análisis Político*. SAAP. Nro. 14,
- Chiara, M. y Jiménez, C. (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 Di Virgilio, M. (2006): “Buscando una aguja en un pajar... políticas sociales orientadas hacia el desarrollo y debates acerca de su institucionalidad” En: *Revista Perfiles Latinoamericanos*, Nro. 28, México, DF

- Chiara, M., Di Virgilio, M., Cravino, M y Catenazzi, A. (1999): *La gestión del subsector público de salud en el nivel local*, Buenos Aires, UNGS, 2009.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2005): *Gestión social y municipios, de los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires*, Buenos Aires, UNGS-PROMETEO, 2005.
- Cetrángolo, O. (2009) *La seguridad social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medicación y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia*. CEPAL/PNUD. Documento de Proyecto.
- Clemente, A. y Girolami, M. (Ed.) (2006): *Territorio, emergencia e intervención social. Un modelo para armar*. Espacio Editorial. IIED-AL.
- Cravino, M. (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 Nro. 9; UNGS.
- García, V. (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.
- García Delgado, D. (Comp.) (2007) *Hacia un nuevo modelo de gestión local. Municipio y sociedad civil en Argentina*, FLACSO-UBA/CBC-UCA, Buenos Aires.
- Garriga, M. y Sanguinetti, P. (1995): "Coparticipación a Municipalidades de la Pcia. de Bs. As." En: *Cuadernos de Economía Nro. 10*. Ministerio de Economía de la provincia de Buenos Aires, Argentina
- Iarussi, M. (2008): "La coparticipación en la provincia de Buenos Aires y el sector salud". En: Chiara, Magdalena; Di Virgilio, Mercedes; Medina, Arnaldo y Miraglia, Marina; *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*, UNGS, Argentina.
- INDEC (2005) *¿Qué es el Gran Buenos Aires?*
- Jiménez, C. (2010): "Análisis del desempeño de la APS en Malvinas Argentinas" (mimeo)
- Lipsky, M. (1980), *Street-level Bureaucracy; Dilemmas of the Individual in Public Services*.
- López Acotto, A.; Mangas, M. y Martínez, C (2009) "Las limitaciones de recursos en los municipios y la coparticipación provincial". Ponencia en *II Jornadas de Finanzas Públicas Municipales*. Córdoba, octubre.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria V (2001 a 2004) *Informe de la Encuesta de Púerperas. Región V. Resultados Preliminares*. Mimeo.
- Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires (2002) "Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires" *Cuadernos de Economía Nro. 63*, Argentina.

- Programa de Atención Primaria de la salud – *Sistema de Incentivos para Profesionales de la Atención Primaria de Salud (PROAPS-SIPPAPS)*, Córdoba, Argentina, 2006.
- Tobar, F. (2000): *Herramientas para el análisis del sector salud*. Mimeo.
- Repetto, F. (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. BID, julio. Serie Documentos de Trabajo.
- Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J (2005). “Contribution of primary care to health system and health. *The Milbank Quarterly*, 83 (3).
- Stocker, R. (1989); “Un marco de análisis para el régimen de implementación”. En Aguilar Villanueva, L. F. (Ed.); *La implementación de las Políticas Públicas*. Editorial Miguel A. Porrúa. México. 2da ed. 1996.
- Vega Romero, R.; Carrillo Franco, J.: “APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso ‘Salud a su Hogar’ en Bogotá”. En *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Número 11, 2006.
- Wallace, S. y Enriquez-Haas, V. (2001): “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambios para los adultos mayores de EEUU”. Scholl of Public Health Center for Center Policy Reserch.
- Wright, Deil S (1997) *Para entender las relaciones intergubernamentales*. Fondo de Cultura Económica, México.



El sistema sanitario de Malvinas Argentinas representa un caso paradójico de la descentralización en salud. Este municipio del Gran Buenos Aires, creado en 1995 sobre un área con alta concentración de población en situación de pobreza, en menos de quince años amplió exponencialmente su estructura sanitaria. Esto le permitió consolidar su autonomía y trascender los límites del municipio en base a un esquema de financiamiento que saca provecho del vínculo con la seguridad social y de la coparticipación provincial. A contramano de las recomendaciones dominantes para la organización de los sistemas de salud, este caso muestra la construcción de un sistema desde el nivel local asentado en la oferta hospitalaria y la alta complejidad. La secretaria de salud del municipio logró alinear a los actores locales y construir la viabilidad de un “modelo” anclado en la flexibilización de los recursos humanos y la tercerización de servicios. Este trabajo busca reconstruir las condiciones de su surgimiento y las orientaciones de la política sanitaria en el nivel macro institucional, así como analizar las continuidades y rupturas de esta política en las prácticas de la atención en los centros de salud.

