



La salud gobernada

Política sanitaria en la Argentina 2001-2011

Magdalena Chiara

Colección Política, políticas y sociedad

EDICIONES **UNGS**



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

LA SALUD GOBERNADA
POLÍTICA SANITARIA EN LA ARGENTINA 2001-2011

Magdalena Chiara

La salud gobernada
Política sanitaria en la Argentina 2001-2011

EDICIONES **UNGS**



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

Chiara, Magdalena

La salud gobernada: política sanitaria en la Argentina 2001-2011 / Magdalena Chiara. - 1a ed. 1ra reimp. - Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento, 2019.

426 p. ; 21 x 15 cm. - (Política, políticas y sociedad ; 31)

ISBN 978-987-630-377-4

1. Política Sanitaria. 2. Relaciones Intergubernamentales. I. Título.
CDD 320.6

EDICIONES **UNGS**

© Universidad Nacional de General Sarmiento, 2018

J. M. Gutiérrez 1150, Los Polvorines (B1613GSX)

Prov. de Buenos Aires, Argentina

Tel.: (54 11) 4469-7507

ediciones@campus.ungs.edu.ar

ediciones.ungs.edu.ar

Diseño gráfico de la colección: Andrés Espinosa - Ediciones UNGS

Diseño de tapas: Ediciones UNGS

Diagramación: Franco Perticaro - Ediciones UNGS

Corrección: Gustavo Castaño

Ilustración de tapa: Ana Laura Argüello

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723.

Prohibida su reproducción total o parcial.

Derechos reservados.

Impreso en Ediciones América

Abraham J. Luppi 1451, CABA, Argentina

en el mes de septiembre de 2019.

Tirada: 100 ejemplares.



Libro
Universitario
Argentino

Índice

Presentación.....	9
Lista de abreviaturas	19
Parte I. La política sanitaria nacional y de la provincia de Buenos Aires en perspectiva macroinstitucional	
Capítulo 1. Salud en las puertas de la crisis	25
Capítulo 2. ¿Gobernar es heredar? Políticas frente a la emergencia (2001-2002).....	69
Capítulo 3. Avatares en la construcción de una agenda sanitaria (2003-2007).....	111
Capítulo 4. El legado de la descentralización: la nación y la provincia entre los programas y los servicios (2008-2011)	151
Parte II. La encrucijada entre relaciones intergubernamentales y política sanitaria desde una mirada mesoinstitucional	
Capítulo 5. Los caminos de la fragmentación en el Gran Buenos Aires: restricciones, obstáculos y oportunidades	207
Capítulo 6. Se hace camino al andar: las huellas de la política sanitaria sobre la institucionalidad y los actores	277
Conclusión.....	331
Bibliografía.....	347
Fuentes secundarias.....	373
Anexo.....	381

Presentación

¿Por qué mirar las relaciones intergubernamentales?

Desde principios del siglo xx hasta la actualidad, se fue modelando en Argentina un sector que padece severos problemas de fragmentación. La organización de sus instituciones en tres subsectores (seguridad social, privado y estatal), la convergencia en el subsector estatal de tres niveles gubernamentales (nación, provincia y municipios) y el derecho (teórico) de todos los habitantes a la provisión pública de salud son tres rasgos que lo caracterizan.

En el contexto del federalismo, la distribución de las competencias en relación con la salud es el cuarto atributo que distingue al sector; no habiendo sido delegadas por los Estados federados al nivel central, las responsabilidades en materia sanitaria permanecieron en la órbita provincial. En este contexto y desde las reglas de juego formales, las arenas provinciales fueron y son un espacio de gran importancia para la política sanitaria de gestión estatal. La provincia de Buenos Aires presenta una complejidad adicional debido a que descentralizó los centros de atención primaria de la salud (CAPS) hacia los municipios sin definir previamente el modelo prestacional, sumándolos a los hospitales y a las postas sanitarias ya existentes bajo jurisdicción municipal.

No obstante la jerarquía de los Estados provinciales derivada de este marco institucional, la adhesión a los pactos internacionales incorporada en la Reforma Constitucional de 1994 le otorgó a la nación responsabilidades como garante del derecho a la salud, situación que puso en el centro de los planteos académicos e institucionales la necesidad de fortalecer el rol rector del Ministerio nacional en su relación con las jurisdicciones subnacionales.

Una compleja y larga historia fue modelando una trama de relaciones intergubernamentales (RIG) en las que se combina el carácter federal de la cuestión sanitaria, la existencia previa a la descentralización de una dotación importante

de establecimientos a cargo de las provincias, la conformación de una red de hospitales nacionales posteriormente descentralizada y la incorporación tardía del Estado nacional como garante del derecho a la salud. En el contexto de esta compleja configuración, no parece posible pensar la política sanitaria en Argentina sin dar cuenta de las RIG por cuya trama discurre.

Este libro aborda una década de singular relevancia para la política social, que estuvo marcada por distintas tensiones entre los actores gubernamentales. Comienza con la crisis que hizo eclosión en diciembre de 2001 y finaliza con el cierre del mandato electoral de las autoridades en los tres niveles de gobierno en diciembre de 2011. Se trata de un período en el que se reorganizaron las responsabilidades en el tratamiento de la cuestión social entre la nación, la provincia y los municipios, sin modificar los esquemas formales de distribución de las funciones en los distintos sectores. La aproximación histórica adoptada conjetura que en la coyuntura crítica que hace eclosión en diciembre de 2001 se combinaron una serie de procesos que dieron lugar a cambios en el papel que asumió cada nivel gubernamental.

El recorte del análisis (el territorio conformado por los 24 partidos del Gran Buenos Aires) no es azaroso. Su importancia radica en la magnitud demográfica (reside allí una cuarta parte de la población total del país) y sus consecuencias en términos electorales, y en la complejidad institucional del subsector estatal en salud: en el año 2011, el 61% de las camas de los hospitales estatales estaban bajo jurisdicción provincial; el 34%, bajo jurisdicción municipal, y solo el 5% eran nacionales, mientras que la totalidad de los CAPS estaban bajo la órbita de los municipios. Se trata de una región en la que los municipios, a través de sus jefes comunales, jugaron un papel clave en la crisis.

La política de salud ofrece un campo particularmente desafiante para analizar la relación entre la dinámica de las RIG y las políticas, en el contexto de territorios signados por la desigualdad. Al menos tres razones lo justifican: en primer lugar, se trata de un campo que requiere, cada vez más, de la articulación de servicios de diferente nivel de complejidad para lograr una calidad adecuada; en segundo lugar, porque las condiciones bajo las cuales se realizan las prestaciones (en dotación y formación de recursos profesionales, equipamiento e infraestructura) varían significativamente entre los territorios; y por último, porque las alternativas disponibles para la población difieren —a su vez— según los niveles de cobertura de los que esta disponga.

Atento a los atributos que le confieren particular complejidad al campo de la salud, nuestro interés por incursionar en los debates sobre las RIG asumió como premisa (político-ideológica, podríamos decir) *la necesidad de que exista*

un balance entre el derecho a la salud de los ciudadanos y la reivindicación de autonomía de parte de los distintos niveles de gobierno. Desde esta preocupación, provocar un espacio de diálogo entre la política sanitaria y las RIG supuso asumir este balance como punto en tensión.

¿Sobre qué trata este libro?

Este libro indaga sobre cómo la política sanitaria fue condicionada y transformó los patrones de interacción intergubernamental (nación, provincia y municipio) en el subsector estatal del Gran Buenos Aires (GBA) en la década que se abre con la crisis de 2001. Más específicamente, busca ayudar a entender *cómo incidieron el federalismo y las huellas de la descentralización en el derrotero de la política sanitaria (si condicionaron u obstaculizaron sus posibilidades de acción y de qué modo)*; y lo que podríamos considerar un planteo inverso, *qué posibilidades tuvo la política nacional y provincial de modelar relaciones entre niveles de gobierno y si llegó a alterar los patrones de interacción intergubernamental.* Lejos de optar por uno u otro camino, este libro postula que existe una relación de doble vía entre las RIG y la política sanitaria, a través de la cual pueden interpretarse las continuidades y los cambios en los patrones de interacción entre niveles de gobierno.

Los estudios sobre federalismo y política social (Banting y Corbett, 2002; Obinger, Leibfried y Castles, 2005) concluyen que el federalismo no es el factor determinante para explicar los modelos de políticas públicas en esos campos, sino más bien el *modo en que se estructuran las relaciones políticas.* En el caso argentino, el federalismo, el desarrollo del denominado Estado social y la descentralización fueron procesos de una historia larga que concurrieron en el modelado de un mapa institucional fragmentado, fenómeno que se suma a la profunda desigualdad entre territorios. En el GBA, esta trama de relaciones políticas (que se expresa en el subsector estatal y lo estructura) se organiza en torno a la responsabilidad que, sobre la provisión de los servicios de salud, tienen dos niveles gubernamentales (la provincia y los municipios).

En el tránsito y en la salida de la crisis se consolidaron dos rasgos que caracterizan desde una historia reciente la matriz de organización del subsector estatal en lo referido a la atención de la salud en la región. Por una parte, la importancia que adquieren los municipios como prestadores (tanto en el primero como en el segundo nivel); y por otra parte, la jerarquización de la agenda hospitalaria (y de sus actores) en la arena de la política provincial.

En este contexto, las políticas nacionales y provinciales que se plantearon restaurar condiciones de igualdad en el acceso a derechos recorrieron espacios

subnacionales heterogéneos, que en el GBA involucraban también a los municipios. Este recorrido es interrogado a partir de una relación de doble condicionamiento: desde la trama de las RIG hacia las políticas, y desde estas hacia el modelado de las RIG. En esta relación de doble vía (Obinger, Leibfried y Castles, 2005) los resultados parecen estar constreñidos no solo por el federalismo sino también por la urdimbre en torno a la cual se organiza la responsabilidad sobre la provisión de los servicios.

El GBA expresa la convergencia de tres atributos: la desigualdad en las condiciones sociosanitarias, la fragmentación institucional y, por fuera del sector salud pero impactando en su dinámica, su relevancia político-electoral. En este contexto, el ejercicio del derecho de los ciudadanos a la salud se debate en una agenda más amplia y compleja que trasciende y tensiona con los objetivos, recursos e instrumentos que movilizan las iniciativas nacionales y provinciales.

Acerca de la estrategia de análisis

La pregunta que organiza el recorrido de este libro se refiere a *qué políticas (y bajo qué condiciones) logran armonizar o regular intereses de los actores en los distintos niveles de gobierno para igualar el acceso a derechos*. Este interrogante adquiere particular relevancia en el contexto de las profundas asimetrías que existen en Argentina entre provincias y, en su interior, entre los municipios. Aunque interpela a la política social en su conjunto, el sector salud ofrece un espacio de singular interés para este análisis ya que la posibilidad de acuerdo y coordinación entre actores gubernamentales impacta de modo directo en el desempeño de la atención.

La decisión de orientar la pregunta hacia el GBA y en el período que va desde la crisis de diciembre de 2001 hasta finales de 2011 condujo a especificar su planteo y a precisar también los interrogantes. La elección de los partidos del GBA como escenarios de la política sanitaria permitió poner en tensión los debates entre igualdad y autonomía en torno a los que se alinearon los estudios sobre política sanitaria y RIG. Se trata de una región que encierra una cuarta parte de la población del país (y de su padrón electoral) y que presenta a su vez importantes brechas en el acceso a los servicios de salud. La fragmentación que muestran los estudios existentes estimula a analizar las condiciones que hicieron posible (o dificultaron) en la década analizada la dinámica de las RIG entre la nación, la provincia y los municipios en este territorio.

Siguiendo a Wright, las RIG son el “cuerpo importante de actividades o interacciones que ocurren entre las unidades gubernamentales de todas las clases

y niveles del sistema federal” (1997: 68); estas cobran cuerpo en interacciones entre *actores gubernamentales* que tienen lugar en el contexto de un *marco institucional* determinado. Retomando distintos estudios sobre la incidencia de las instituciones federales en la política de salud (Banting y Corbett, 2002; Arretche, 2003; Arretche, 2010), en este libro reconstruimos la trama de las RIG que sostiene los servicios desde dos dimensiones: por una parte, el *marco institucional* en cuanto esquema de distribución de potestades y funciones en relación con la responsabilidad sobre los servicios de atención; y por otra parte, los *actores*, el modo en que toman las decisiones y la dinámica de coordinación intergubernamental que logran sostener.

Estas interacciones tienen elementos contingentes pero también responden a patrones relativamente duraderos caracterizados por dependencias recíprocas, por el alcance que tiene la convergencia de intereses y por su nivel de institucionalización (Klijn, 1997). Aun reconociendo el peso de la historia en la cristalización de las RIG en la región, nos preguntamos si la política de salud logró alterar o modificar los patrones de interacción intergubernamental.

Entendemos por política de atención de la salud las intervenciones institucionalizadas del Estado que tienen como ámbito de acción (directa o indirecta) los servicios de salud y como objeto la atención, reconociendo su capacidad de producción para definir (y producir) los problemas y para delinear (y generar) las reglas de juego a través de las cuales esos problemas son elaborados (Grassi, 2003; Danani, 2009). Limitamos el análisis a aquellos servicios provistos por el Estado en el ciclo de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad y su rehabilitación.

Reconstruimos y analizamos las políticas desde una perspectiva clásica, es decir, a través de sus *dispositivos* (emergentes observables como planes, programas, leyes), mientras que apelamos más particularmente al concepto de *instrumento* para detenernos en aquellos elementos que componen esos dispositivos. Denominamos “instrumento de política” a un tipo particular de institución que organiza las relaciones entre (y las prácticas de) los actores gubernamentales. Siguiendo la literatura de análisis de políticas por instrumentos (Linder y Peters, 1993; Salamon, 2002; Lascoumes y Le Gales, 2007a, 2007b; Ringeling, 2002; Vedung, 2005), entendemos por ello a unidades menores, ya que un dispositivo puede comprender varios instrumentos, y a la vez genéricas, ya que uno de ellos puede estar presente –aunque con nombre diferente– en distintos dispositivos particulares a lo largo del tiempo.

La segunda parte de este libro recorre el camino de los dispositivos y sus instrumentos en su implementación a través de la trama de las RIG para describir

y analizar cómo son constreñidos, alterados o modificados por las condiciones del *marco institucional* y del *entramado de actores*, en un contexto en el que la organización federal y los procesos de descentralización conviven con un marco constitucional nacional que consagra el derecho a la salud. Para ello, se seleccionaron cuatro dispositivos de políticas que se destacaron en la reconstrucción diacrónica macroinstitucional: el Programa Remediar y el Plan Nacer (por fuera del período bajo análisis, este plan comenzó a denominarse Sumar), como expresión de la política nacional, y el Seguro Público de Salud y el Régimen de Salud de la Coparticipación, para dar cuenta de la política provincial.

El enfoque de la instrumentación busca mirar desde las políticas hacia la trama de las RIG para desentrañar (más allá de los objetivos explícitos y de la retórica de los dispositivos) los modos en que estas acciones estructuran las relaciones entre niveles de gobierno. Dicho de otro modo, desde el análisis de los dispositivos y sus instrumentos buscamos identificar el mapa político-institucional que llevan implícito; y a través de la dinámica de la instrumentación, analizar la capacidad que tiene la política sanitaria para modificar el modo en que se estructuran las RIG.

Dado que en la implementación conviven distintos dispositivos en un mismo contexto organizacional, el desarrollo presentado en los últimos dos capítulos muestra el esfuerzo por trascender sus fronteras para ver cómo se imbrican los “instrumentos” para generar nudos de convergencia, clivajes y tensiones en relación con la provisión de servicios de salud.

Anidando en el neoinstitucionalismo histórico, la relación entre política sanitaria y RIG fue recuperada desde una perspectiva que denominamos de doble vía: en el *influjo que le impone la singularidad de la trama de las RIG del GBA a la política nacional y provincial* y, en el sentido inverso, en la *capacidad de la política para generar cambios en los patrones de interacción entre niveles de gobierno*.

Este libro se basa en la investigación doctoral que abordó la relación entre política sanitaria y RIG desde un enfoque diacrónico y transversal.¹ En ese contexto, la reconstrucción en el nivel macro de las políticas nacionales y provinciales apeló a fuentes secundarias (legislación nacional y provincial; documentos de programas, proyectos, informes de avance, documentación oficial; periódicos nacionales y provinciales) y a fuentes primarias (entrevistas a funcionarios

¹ Chiara, M. (2013). “Política de atención de la salud y relaciones intergubernamentales (RIG): continuidades e inflexiones en los patrones de interacción en el Gran Buenos Aires, Argentina (2001-2011)”. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, dirigida por el Dr. Fabián Repetto.

nacionales y provinciales). Las entrevistas en profundidad fueron un insumo clave para identificar aquellos “nudos” organizadores de la política.

A los efectos de distinguir los puntos de vista de los entrevistados y para garantizar la confidencialidad en las opiniones, se adoptó el término “autoridad sanitaria” para aludir a los niveles políticos más altos de responsabilidad (ministro y secretario) y “alto funcionario” para los siguientes: subsecretario, director provincial, director y responsable de programas.

El análisis mesoinstitucional se realizó a partir de un conjunto de dispositivos de política de salud a los fines de analizar los instrumentos que los componen y recuperar las representaciones que contienen y los significados que les confieren los actores en los tres niveles gubernamentales y en sus interrelaciones con las condiciones particulares de la matriz institucional en el camino de la instrumentación. La selección de los dispositivos fue resultado de la reconstrucción histórica y se concentró en el período que va de 2003 a 2011. Se trabajó con fuentes secundarias: documentos de programas, proyectos, informes de avance, documentación oficial, manuales operativos y herramientas de gestión; y fuentes primarias: entrevistas semiestructuradas dirigidas a actores nacionales, provinciales y municipales para profundizar en sus perspectivas y representaciones sobre los instrumentos y las dinámicas en torno a su instrumentación.

La perspectiva del nivel municipal fue recuperada a través de entrevistas semiestructuradas a informantes claves pertenecientes a municipios que (siguiendo un criterio de diversificación) representaban distintas situaciones locales en relación con la dependencia gubernamental de los hospitales y los CAPS. Como resultado de estos criterios, se entrevistó a funcionarios pertenecientes a ocho municipios del GBA (Ituzaingó, Morón, Florencio Varela, Malvinas Argentinas, Moreno, Quilmes, San Fernando y Tigre) que pertenecen a distintos patrones de dependencia gubernamental. Esta aproximación tuvo por finalidad recuperar la mirada de los municipios del GBA (en su conjunto) respecto de las relaciones entre niveles de gobierno en general y de los dispositivos en distintas situaciones, y no las particularidades de casos locales.

Una mirada de conjunto

Este libro está dividido en tres partes, las cuales organizan seis capítulos y una conclusión. La primera parte aporta un análisis histórico de las políticas en una perspectiva macroinstitucional. El primer capítulo reconstruye los antecedentes y hace foco en el caso de estudio, pasando revista a la distribución de potestades, en el contexto del federalismo, y a la fragmentación de los escenarios

provinciales, para concentrarse en una caracterización de las instituciones, los actores y las políticas en el campo de la salud en el GBA en las puertas de la crisis. El segundo capítulo examina la coyuntura crítica de principio de siglo en sus aspectos socioeconómicos, políticos y sociosanitarios, concentrando el estudio en las políticas en torno a la emergencia. Los capítulos tres y cuatro continúan analizando las políticas, en este caso para el período que va desde la asunción de las autoridades electas en todos los niveles de gobierno hasta el año 2011. En ellos se presta particular atención a los problemas, arreglos institucionales, actores e instrumentos que se movilizan desde cada nivel gubernamental en la región.

La mirada panorámica de estos dos capítulos da pie para la segunda parte, que pone el foco en un nivel meso de la instrumentación en la encrucijada entre RIG y política sanitaria. Partiendo de una reconstrucción de los rasgos que caracterizan esta trama de relaciones en el GBA, el quinto capítulo aborda las restricciones y los obstáculos que impone la trama en la que se asienta la provisión de servicios y el modo en que condicionó y estructuró el proceso de implementación de las políticas.

El sexto capítulo analiza el papel de producción que puede ejercer, bajo ciertas condiciones, la política de salud sobre las relaciones entre los niveles de gobierno. Las conclusiones pasan en limpio los cambios y las inercias en los patrones de interacción entre la nación, la provincia y los municipios en el sector.

Un conjunto bastante extenso de anexos pone a disposición de investigadores y gestores datos que buscan estimular la lectura crítica de este libro a la vez que promover otras líneas de indagación sobre un período de la historia de la política de salud tan complejo como valioso.

Agradecimiento final

Quiero agradecer al Programa Doctorar, promovido por el Consejo de Decanos de Ciencias Sociales, y al Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento, que hicieron posible que concentrara el esfuerzo en la realización de la investigación doctoral en la que se funda este libro; especialmente a quien era entonces su directora, Daniela Soldano.

A los distintos actores del sector salud que brindaron generosamente su tiempo, conocimiento y capacidad crítica para ayudarme a entender un período complejo.

A mis compañeros del equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud del Instituto del Conurbano, por el trabajo compartido y todo lo aprendido en infinitas reuniones.

A Ana Ariovich, Mercedes Di Virgilio y Javier Curcio, por sus lecturas y sugerencias.

A Claudia Danani, que me alentó y animó en distintos momentos.

A Fabián Repetto, por la lucidez y el compromiso con que acompañó el recorrido de esta investigación.

Lista de abreviaturas

ALIANZA	Alianza para el Trabajo, la Justicia y la Educación
ANSeS	Administración Nacional de Seguridad Social
ANSSal	Administración Nacional del Seguro de Salud
APS	Atención Primaria de la Salud
AtAmDoS	Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud
ASS	Agentes del Seguro de Salud
ATE	Asociación de Trabajadores del Estado
AUE	Asignación Universal por Embarazo
AUH	Asignación Universal por Hijo
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
CGT	Confederación General del Trabajo
CIC	Centro Integrador Comunitario
CICOP	Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires
COFESA	Consejo Federal de Salud
CoReS	Consorcio Región Sanitaria
CORESA	Consejos Regionales de Salud
COSAPRO	Consejo de Salud Provincial
CPA	Centro de Atención de Adicciones
CTA	Central de Trabajadores Argentinos
CTERA	Confederación de Trabajadores de la Educación de la República Argentina
CUD	Coeficiente único de distribución
DA	Diálogo Argentino
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información en Salud
EDHIRS	Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria

ENCSS	Equipo Nacional de Compra de Servicios de Salud
EPCSS	Equipo Provincial de Compra de Servicios de Salud
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
FaBA	Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires
FEASP	Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud
FEMEBA	Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires
FeMeBA	Federación de Médicos de Buenos Aires
FeMeCon	Federación Médica del Conurbano Bonaerense
FEPROSA	Federación de Profesionales de la Salud
FESP	Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOPBA	Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires
FREPASO	Frente para un País Solidario
FRHCB	Fondo de Reparación Histórica del Conurbano Bonaerense
GBA	Gran Buenos Aires
HPA	Hospitales Públicos de Autogestión
HPGD	Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INSSJP/PAMI	Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados
IOMA	Instituto Obra Médico Asistencial
IRAB	Infecciones Respiratorias Agudas Bajas
LECOP	Letras de Cancelación de Obligaciones Provinciales
LFE	Ley de Financiamiento Educativo
LFE	Ley Federal de Educación
LOM	Ley Orgánica de las Municipalidades
MPFIPyS	Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios
MSN	Ministerio de Salud de la Nación
MSCF	Maternidad Segura y Centrada en la Familia
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAF	Programas de Asistencia Financiera
PBG	Producto Bruto Geográfico
PDSPPS	Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud

PF	Plan Familias por la Inclusión Social
PFO	Programas de Financiamiento Ordenado
PIB	Producto Interno Bruto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económico, Sociales y Culturales
PJ	Partido Justicialista
PJJHD	Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados
PMI	Programa Materno Infantil
PMO	Programa Médico Obligatorio
PN	Plan Nacer
PNUD	Programa Naciones Unidas para el Desarrollo
PR	Programa Remediar
PRESSAL	Programa de Reforma del Sector Salud
PROAPS	Programa Atención Primaria de la Salud
PROBAS	Programa Bonaerense de Prevención del Asma Infantil
ProCEFHA	Programa de Cooperación Económica y Financiera Hispano-Argentino
PROMIN	Programa Materno Infantil y Nutrición
PUCO	Padrón Único Consolidado Operativo
RIG	Relaciones intergubernamentales
RSCP	Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial
SAMIC	Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad
SAMO	Sistema de Atención Médica Organizada
SEMIP	Seguro Provincial Materno Infantil Provincial
SIEMPRO	Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales
SIES	Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SIPA	Sistema Integral Previsional Argentino
SMIP	Seguro Materno Infantil Provincial
SPSMI	Seguros Provinciales de Salud Materno Infantiles
SPSP	Seguro Público de Salud Provincial
UCR	Unión Cívica Radical
UDAI	Unidades de Atención Integral / ANSeSS
UEC	Unidad Ejecutora Central
UEP	Unidad Ejecutora Provincial
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

PARTE I

La política sanitaria nacional y de la provincia de Buenos Aires en perspectiva macroinstitucional

Capítulo 1

Salud en las puertas de la crisis

Introducción

Las relaciones que entablan los actores en el devenir de la política pública tienen lugar en un contexto que asigna, restringe y define las posibilidades de su acción pública. El proceso a través del cual se fue constituyendo el marco institucional en salud reviste particular importancia para entender las dinámicas, las tensiones y los conflictos que atravesaron el quehacer de la política pública a partir de la crisis que hizo eclosión en diciembre de 2001.

Desde principios del siglo xx hasta la actualidad se fue delineando un sector que presenta severos problemas de fragmentación institucional y desigualdad territorial, y que aloja, a su vez, a actores corporativos y de mercado de considerable poder. La organización de sus instituciones en tres subsectores (seguridad social, privado y estatal), la convergencia en el subsector estatal de tres niveles gubernamentales (nación, provincia y municipios) y el derecho de todos los habitantes a la provisión pública de salud caracterizan al sector y definen al mismo tiempo sus problemas.

El recorrido que propone este libro busca conocer *cómo la política sanitaria expresó y transformó los patrones de interacción intergubernamental*. Esta pregunta indaga en los contenidos de la política de atención de la salud pero especialmente en las condiciones que hacen a su capacidad para producir relaciones de poder entre actores. Se trata de una lectura situada en un territorio particular, el Gran Buenos Aires, que adopta –tal como se plantea en la presentación– el análisis de políticas por instrumentos como aproximación (Linder y Peters, 1993; Salamon, 2002; Lascoumes y Le Gales, 2007a, 2007b; Ringeling, 2002; Vedung, 2005).

Este capítulo se organiza en cuatro apartados. A esta introducción le sigue un segundo apartado que traza los principales rasgos del marco institucional en el que se diseña e implementa la política de atención de la salud en Argentina

poniendo el énfasis en cómo ha sido el proceso a través del cual se fueron organizando y distribuyendo las funciones entre los niveles de gobierno en un contexto de profunda heterogeneidad y desigualdad. El tercer apartado pone el foco en la organización del subsector estatal de salud en el Gran Buenos Aires y en sus políticas, mientras que el último recapitula los desafíos y problemas de la región en las puertas de la crisis de comienzo de siglo.

Acerca de la distribución de las responsabilidades en salud

La palabra *fragmentación* encierra problemas que difícilmente pueden estructurarse sin apelar a la historia. Desde esta premisa, reconstruimos brevemente los procesos a través de los cuales se asignaron responsabilidades en materia de atención de la salud en el plano constitucional federal *vis-à-vis* el desarrollo de las instituciones y políticas del subsector estatal en la Argentina.

A partir de mediados del siglo xx, se constatan más cambios en el plano de las políticas que en las reglas de juego del marco institucional. En cada período, las políticas de salud construyeron los problemas y sus destinatarios y jerarquizaron o subordinaron a los diferentes niveles de gobierno. Estos atributos expresaron también diferentes formas de concebir el papel del Estado y su responsabilidad sobre lo social: desde las intervenciones residuales del Estado clásico, que primaron hasta los años cuarenta, pasando por el Estado social o Estado compromiso, que impulsó la expansión de la red de servicios en simultáneo con formas de aseguramiento asociadas al carácter de trabajador formal asalariado, hasta la visión del Estado neoclásico, que se expresó tempranamente en el sector salud con la descentralización de los hospitales en la década del setenta, y cerró el siglo con reformas que modificaron las condiciones de prestación de los servicios (Andrenacci y Repetto, 2007).

Poniendo el foco en la dimensión político-institucional, presentamos los procesos a través de los cuales fue moldeándose el mapa federal de distribución de potestades y funciones que encuentra la crisis en diciembre de 2001, prestando particular atención a los *contenidos* de las políticas, esto es, a las ampliaciones o retrocesos en el ejercicio del derecho a la salud.

El carácter residual de la potestad sobre salud

Argentina es un país federal, organizado en tres niveles de gobierno: un gobierno federal, veintitrés provincias más la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), y 2.259 gobiernos locales (INDEC, SIEL, 2010). La Constitución vigente

se remonta a 1853, y fue reformada en 1994. Cada provincia tiene su Constitución provincial, según lo establece el sistema representativo y republicano de gobierno, que respeta las declaraciones, derechos y garantías de la Constitución Nacional. En los tres niveles, los representantes del Poder Ejecutivo son elegidos por sufragio universal, y cada uno cuenta, a su vez, con autoridades legislativas en el nivel nacional y provincial. La autonomía municipal está garantizada por la Constitución Nacional de 1994, mientras que la conformación de los cuerpos legislativos en este nivel varía según lo que establece cada constitución provincial.

La distribución de las responsabilidades relativas a lo social entre niveles de gobierno y la dinámica que asume su ejercicio efectivo reconoce su origen en la conformación del Estado-nación en la segunda mitad del siglo XIX, un armado que se fue modificando en las últimas décadas. Como en otros casos nacionales (Estados Unidos, Suiza y Australia), la Constitución Nacional define potestades federales y concurrentes, y deja aquellas no especificadas a cargo de las provincias.¹ Mientras que el gobierno federal tiene responsabilidad exclusiva en política exterior, regulación de la economía y defensa, hay potestades compartidas en justicia, educación primaria y seguridad social; en este esquema, toda competencia no especificada permanece en la órbita provincial. Se trata de un encuadre bastante ambiguo que fue objeto de replanteos en las últimas décadas, lo que dio lugar a su vez a diversos conflictos en las relaciones entre la nación y las provincias (Cetrángolo y Jiménez, 2004a: 118-119).

Cada Constitución provincial define también el alcance y los contenidos de las responsabilidades exclusivas y compartidas con la nación, así como también la organización y las potestades de los gobiernos locales. A diferencia de lo que sucede en otros campos, el ejercicio efectivo de las competencias relativas a los servicios sociales universales (educación y salud) fue afectado por distintos procesos. El sector salud presenta una situación peculiar, ya que no figuraba en el siglo XIX entre las demandas políticas (muy probablemente porque en aquellos años no existía) y tampoco fue objeto de una definición explícita de las responsabilidades entre los distintos niveles gubernamentales en el articulado de la reforma de 1994.

Desde una perspectiva general, a partir de fines del siglo XIX el orden conservador sostuvo a presidentes y gobernadores en un equilibrio entre autoridad y dependencia mutua. La consolidación de este sistema de gobierno descansaba sobre el dinamismo económico de la provincia de Buenos Aires y la región pampeana, pero se sostenía políticamente en la coalición de provincias

¹ Constitución Nacional de 1853; artículos 104 y 121 de la Constitución de 1994.

del interior, sobrerrepresentadas en las instituciones políticas federales (Faletti, 2004: 74-76). En ese contexto, dos instituciones permitieron gestionar esta tensión: la figura del *colegio electoral*, que fue suprimida en la reforma de 1994, y la *intervención federal*.

Aunque en sus aspectos formales el sistema de las instituciones del federalismo se mantuvo prácticamente estable hasta 1994, el equilibrio de poderes entre gobernadores y presidentes se transformó a partir de la emergencia de los partidos de masas, y, siguiendo a Faletti, el Ejecutivo nacional estableció su poder en el apoyo popular (casi plebiscitariamente), por lo que evita depender del consentimiento o apoyo político de las élites provinciales. Según esta autora, ese proceso comprendió dos períodos (el radical entre 1916 y 1930 y el peronista de 1945 a 1955), que tuvieron en común la fortaleza presidencial, aunque presentaron notables diferencias en sus bases políticas: el primero estaba basado en el control del Senado de la Nación, mientras que el segundo se fundaba en el apoyo de los gobernadores de las provincias tradicionales y en un fuerte soporte electoral (ibíd.: 76-77).

Sin embargo, la forma de conceptualizar lo social destaca diferencias profundas entre ambos períodos. La coyuntura crítica desencadenada por la crisis de los años treinta abrió un modelo diferente a nivel internacional, que tuvo su expresión en la escena local recién en la década del cuarenta. Hasta entonces, los estudios históricos se refieren a un paradigma que, concibiendo la salud como parte de la responsabilidad individual y como objeto de la caridad, asignaba al Estado una función marcadamente subsidiaria (lo que hemos llamado, retomando a otros autores, Estado clásico). Los actores conformaban el denominado movimiento mutualista: las cajas patronales, los círculos de obreros católicos y las denominadas empresas sanitarias, y no existía ningún tipo de desdoblamiento entre el control patrimonial de los establecimientos y el financiamiento de los servicios (Katz *et al.*, 1993: 17).² Una parte de los establecimientos hospitalarios, posteriormente estatizados, tuvieron este origen.

² Ramacciotti analiza la incidencia diferencial que tenían las sociedades de beneficencia en las provincias: “La ausencia en algunas provincias de intervenciones municipales, provinciales o nacionales otorgaba mayor relevancia a las instituciones benéficas. Tal fue el caso de San Juan y Catamarca, donde la beneficencia tenía el control absoluto de las camas disponibles; en Formosa, por su parte, controlaba más del 65% de las plazas. El caso de Mendoza es diferente, ya que si bien no había presencia de organismos nacionales, el 88% de las camas disponibles eran administradas por la Dirección de Salubridad de la Provincia. En Córdoba, las sociedades de beneficencia fueron un factor fundamental, y en Tucumán los industriales azucareros montaron dispositivos de asistencia con autonomía del poder estatal” (2008: 167-168).

La institucionalidad de aquellos tiempos era congruente con el papel subsidiario del Estado y con las potestades definidas constitucionalmente para el gobierno federal, y estaba acotada al Departamento Nacional de Higiene (dependiente del Ministerio del Interior) y a la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales (en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto), con una muy limitada capacidad de articulación entre los actores (ibíd.: 16).

El modelo centralista y la construcción de hospitales

La década del cuarenta abre una etapa nueva en la que germinaron dos concepciones que coexistirán en tensión hasta la actualidad: por una parte, la idea de Estado responsable-garante del derecho a la salud; y por otra parte, aquella fundada en el estatus del trabajador (Belmartino y Bloch, 1994: 20-24). La expansión de la oferta pública de servicios, fundada en la noción de derechos universales, convivió con la lógica del seguro social, que fue cobrando cuerpo en las organizaciones de los trabajadores formales asalariados.

La jerarquización del papel del Estado nacional en el campo de la salud se expresó en la creación de la Secretaría de Salud Pública primero y, a partir de 1949, del Ministerio de Salud de la Nación, lo que respondía a los “cambios en las representaciones sociales y en las expectativas de la población sobre la responsabilidad estatal en ese campo” (ibíd.).³ A los derechos políticos y civiles se incorporaron los derechos sociales, vinculados a las condiciones de vida de la población; incluso, las demandas particularistas de las organizaciones gremiales se inscribieron también en la idea más general del derecho universal a la salud (ibíd.: 23). Aunque asociado al trabajo y a sus condiciones, la Constitución de 1949, expresiva del constitucionalismo social (Mecle Armiñana, 2001: 38-40), consagró el derecho a la salud sin alterar el esquema de competencias entre niveles gubernamentales vigente en la Constitución de 1853.⁴ Con recorridos similares en otros países de la región (Selee, 2004), estos procesos fueron delineando conformaciones peculiares a las que distintos conceptos hicieron

³ Varios trabajos insisten en destacar los antecedentes que, en el nivel provincial, tuvo esta propuesta. El caso de Yrigoyen Freyre en la provincia de Santa Fe entre 1941 y 1943 es un ejemplo (Belmartino y Bloch, 1994; Belmartino, 2007 y 2009).

⁴ Entre los derechos especiales, el capítulo III (“Derechos del trabajador, de la familia, de la ancianidad y de la educación y la cultura”), artículo 37, declara entre los derechos el de “preservación de la salud”.

alusión: Estado social (Andrenacci y Repetto, 2007) o Estado compromiso (Weffort, 1989; citado por Belmartino, 2009).

En los primeros años del gobierno peronista, distintas medidas esbozaron una concepción universalizante en el ejercicio del derecho a la salud y dieron cuerpo a una institucionalidad que buscó liderar un mapa fragmentado y diverso de actores en salud (Ramacciotti, 2008: 167-168). En ese período, la estrategia gubernamental se organizó en torno a la inversión centralizada en infraestructura hospitalaria y en equipamiento. Los siguientes son algunos de los ejemplos más significativos: 1) la nacionalización de establecimientos estatales (lo que desplazó a las sociedades de beneficencia de su patronato); 2) la construcción de 4.200 establecimientos de distinto tipo en todo el país, lo que significó la duplicación de las camas disponibles (de 66.300 a 134.218 en 1954) (Arce, 2010: 111 y 132); 3) la sanción del Código Sanitario y de Asistencia Social y la creación del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social (Ley Nacional 13012, de 1947); y 4) la construcción, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud, con un total de 86.870 camas (Ley Nacional 13019, de 1948). Cabe destacar también que una parte de este crecimiento en infraestructura sanitaria fue financiado a través de transferencias del gobierno nacional a las provincias para la construcción y ampliación de establecimientos que quedarían bajo la órbita provincial (ibíd.: 111).

En un plano político, estas decisiones contribuyeron a la construcción de autonomía relativa del gobierno nacional respecto de las provincias, dado que a partir de entonces este pasó a contar con una estructura de establecimientos sanitarios propios en todo el territorio nacional y capacidad para orientar el desarrollo de la estructura sanitaria en las provincias.⁵ Como destaca Arce, estas medidas tendieron a “apuntalar un modelo en el que predominaba la concentración, por parte del Estado nacional, de la capacidad de planificar y ejecutar en materia de salud” (ibíd.: 112).

Desde la perspectiva de las relaciones políticas, el desarrollo de estructuras propias para la prestación de servicios significó un *punto de clivaje* de importancia en relación con los mecanismos de ajuste entre la nación y las provincias, que se produjo sin alterar la estructura federal. Faletti sostiene que la fuerza de disciplinamiento de los partidos de masas, la importancia demográfica y la

⁵ Además de la duplicación de las camas totales disponibles (de 66.300 a 134.218), cabe realizar algunas precisiones acerca de su jurisdicción. La participación de las camas nacionales creció del 23%, del total que representaban en 1946, al 34,7%, en 1954; las provincias lo hicieron entre el 12,2% y el 28,5%; y los municipios redujeron su participación en la dotación del 27,5% al 15,9% (Arce, 2010: 111).

concentración económica de la región pampeana condujeron a crear un sistema federal centralizado, con presidentes fuertes y gobernadores relativamente débiles (Faletti, 2004: 77-78). La historia introduce otro aspecto que parece haber abonado a la legitimidad presidencial: la construcción y desarrollo de las instituciones del Estado social, un aspecto en el que insisten los estudios sobre Estado de Bienestar y federalismo (Banting y Corbett, 2002; Obinger, Leibfried y Castles, 2005).

Aunque en una primera etapa se tendió a la centralización, siendo expresivo de este momento el Primer Plan Quinquenal (1947-1951),⁶ estos procesos no fueron homogéneos ni estuvieron exentos de conflictos. Tal como destacan Belmartino y Bloch, la “interrelación conflictiva entre definiciones técnicas y demandas políticas” tuvo importantes consecuencias institucionales en el interior del sector salud, que se expresaron en una tensión entre la lógica de la expansión de servicios estatales y la idea de organización de un seguro nacional (1994: 22).

Según algunos autores, el Segundo Plan Quinquenal (1952-1957) confirma la jerarquización del papel de las mutuales en atención de la salud y formaliza el desplazamiento de aquella idea de constituir un sistema centralizado. No obstante y tal como señalan Katz *et al.*, en la incipiente emergencia de un modelo alternativo al universal no aparece todavía con claridad la idea de desdoblar la manutención de los establecimientos de su financiación (1993: 19). Esta orientación culmina con la reorganización institucional en el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, en el año 1954, que terminó siendo el encargado de gestionar los servicios existentes y el responsable de la población sin cobertura propia de salud (Andrenacci, Falappa y Lvovich, 2004; Golbert, 2010).

A la luz de los procesos posteriores, esta tensión entre dos lógicas de organización parece haberse resuelto a favor de la conformación de un sector estructurado en torno a un modelo de seguro solidario que devino, una década más tarde, en las *obras sociales*. Así, las instituciones del federalismo (orientadas a generar y mantener la unidad habilitando a su vez una diversidad basada en el poder de veto de las provincias) convivieron con un proceso poblado de instrumentos de sentido más centralista. Esta coexistencia condicionó el proceso de descentralización (Faletti, 2010) y dio lugar a conflictos, equilibrios y tensiones que persisten hasta la actualidad atravesando el diseño y la implementación de las políticas.

⁶ El ideario de Ramón Carrillo se orientaba en ese sentido: “centralización normativa y descentralización administrativa”.

Los caminos abiertos en los orígenes de las instituciones del sector salud plantean dos líneas de reflexión para la pregunta que vertebra este libro. La primera remite de manera explícita a las consecuencias del “eclipse” que representó el proyecto centralizador para la conformación de los escenarios provinciales, un aspecto que abordaremos más adelante. La segunda llama a indagar en las consecuencias que tuvo el desarrollo de las instituciones de la seguridad social en la conformación de cada uno de esos escenarios. Este libro pone el foco en la primera línea de reflexión, haciendo algunas referencias contextuales acerca de la segunda, solo en aquellos casos en que —en el período bajo análisis— incide en la dinámica intergubernamental.

Descentralización y federalismo

La descentralización se escribe muy tempranamente en la tensión derivada de dos rasgos que caracterizan el sector salud: por una parte, ser una cuestión no delegada por las provincias en el gobierno federal; y por otra parte, haber formado parte del proceso de constitución del Estado social. Esa tensión instituye diferencias importantes en las condiciones de partida respecto de procesos similares en otros sectores.

El intento por constituir un sistema universal y centralizado fue sucedido de manera casi inmediata por una tendencia sostenida hacia la descentralización. Estas iniciativas fueron contemporáneas del desarrollo de las instituciones de la seguridad social, organizaciones no estatales que pasaron “a controlar una parte de la regulación de las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios” (Katz *et al.*, 1993: 20). La obligatoriedad de afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad (Ley Nacional 18610 de Obras Sociales), la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) en 1970 y, posteriormente, del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) (Ley Nacional 19032, del 13 de mayo) en 1971 fueron sus hitos principales.

La corriente descentralizadora fue reflejo de las tendencias preeminentes en las organizaciones sanitarias internacionales; prueba de ello es que la primera transferencia de hospitales a las provincias fue impulsada por el informe técnico acerca de la situación de los hospitales que realizó una misión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1957.⁷ Aunque al año siguiente se

⁷ “La Comisión está de acuerdo con el deseo expresado por el gobierno de la nación de transferir a las provincias y municipios las actividades de salud pública que son de carácter exclusivamente

retrotrajo a la esfera nacional, la Ley del Presupuesto de 1962 terminó de definir la transferencia de los primeros hospitales a las provincias de Santa Cruz, Formosa, Tucumán y Córdoba (ibíd.: 20-21; Arce, 2010: 175-176). En la década siguiente, las leyes nacionales 18586 de 1970 y 21883 de 1978 completaron la transferencia de los 65 establecimientos restantes a las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.

En el breve pero intenso período democrático que se abrió en 1973, se aprobó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el propósito de conformar un sistema único con eje en el Estado que asegurara un acceso igualitario a la salud para toda la población; aunque la ley fue sancionada, no logró suscitar el interés de las obras sociales ni tampoco fue mayoritaria la adhesión de las provincias (Arce, 2010: 215).⁸

Los procesos de descentralización en salud fueron analizados por distintos estudios internacionales (Cabrero Mendoza, 2006, 2010; Arretche, 2003 y 2010) y nacionales. Estos últimos los ponen en el contexto de la fragilidad de las relaciones fiscales entre la nación y las provincias (Bisang y Cetrángolo, 1997 y 1998; Cetrángolo y Jiménez, 2004a, 2004b). La principal hipótesis de estos autores ha sido que, lejos del ideario de acercamiento de las decisiones a las preferencias de la población y de haber representado un avance de los gobiernos subnacionales sobre el poder central, el objetivo de la descentralización en salud fue responder a las necesidades inherentes al desarrollo del conflicto financiero entre la nación y las provincias. Resultado de esta motivación es que fue realizada sin prestar atención a las necesidades del sector (Bisang y Cetrángolo, 1998: 119).

La transferencia de servicios hacia las provincias fue el rasgo que caracterizó a estas reformas. Se trató, según Faletti, de una “descentralización administrativa” (2004: 82) que estuvo caracterizada por dos rasgos básicos: por una parte, que (en el contexto de un gobierno de facto) los gobiernos provinciales suscribieron los acuerdos en calidad de delegados del Poder Ejecutivo Nacional (Katz *et al.*, 1993: 21); y por otra parte, que lo hicieron sin contar con los mecanismos de compensación financiera que garantizaran su sostenimiento efectivo. Así planteada, la descentralización ayudó a los gobiernos nacionales a alcanzar el

federal, y de estimular la iniciativa privada de asumir cada vez más un papel importante en estos problemas” (informe de la ops, 1957, citado por Rovere, 2004).

⁸ Ley 20748/74: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Se implementó en Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis; la ley exceptúa a las obras sociales a participar.

objetivo de reducir sus presupuestos, pero dejó a las provincias en condiciones muy precarias para sostener los servicios.

Esta dinámica convivió con procesos fundacionales en otros subsectores. Desde las instituciones de la seguridad social comenzó a instalarse en este período el desdoblamiento entre la posesión patrimonial de los establecimientos y su financiación y surgieron distintos instrumentos que viabilizaron esta idea (el pago por práctica médica y la jerarquización de las prácticas de complejidad en el nomenclador fueron algunos ejemplos), lo que generó un contexto adverso para los hospitales estatales, en franco proceso de descentralización hacia las provincias. En el subsector estatal, las políticas reaccionaron frente a estos procesos buscando insertar a los hospitales estatales en esta nueva lógica de desdoblamiento de funciones, a la que los establecimientos privados se adaptaban mejor (ibíd.: 22-23). La creación de los Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad (SAMIC) en 1967 fue un ejemplo en el nivel nacional que tuvo distintas expresiones provinciales.

La entrada en vigencia de un nuevo nomenclador⁹ que jerarquizaba la tecnología de diagnóstico y tratamiento por sobre el enfoque clínico tuvo también consecuencias en el relegamiento de los hospitales estatales. Con estas nuevas reglas de juego echó raíces un modelo prestador orientado al tratamiento de enfermedades y a las prestaciones complejas, frente al cual los hospitales estatales perdieron la jerarquía que ostentaban décadas atrás (ibíd.: 26-27). Aunque se trató de un proceso más general del sector, incidió de modo singular dada su contemporaneidad con la tendencia descentralizadora de aquellas décadas.

Estos procesos estuvieron acompañados por distintos intentos de coordinación¹⁰ que culminaron con la creación del Consejo Federal de Salud (COFESA) en el año 1981, una instancia intergubernamental de la que participaban los ministros provinciales delegados por sus respectivos gobernadores y que estaba

⁹ “El nomenclador consiste en un listado bastante exhaustivo de prestaciones, codificadas de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades, con su respectiva valorización. La inexistencia de un mecanismo capaz de ajustar los cambios en los precios relativos y la desactualización de los niveles de los precios para algunas de las prestaciones llevó a diferentes prácticas correctivas por parte de los prestadores, acentuadas a mediados de los años ochenta, como la sobreprestación y la aparición de bonos complementarios para las consultas” (Katz y Muñoz, 1988; citado por Cetrángolo y Devoto, 2002).

¹⁰ Sus orígenes se remontan a las reuniones realizadas entre 1966 y 1973, que culminan en lo que el Decreto-Ley 19717 denomina Comité Federal de Salud, el cual forma parte del Consejo Federal de Bienestar Social (COFEBISO). En el período 1974-1976 las acciones de coordinación tuvieron lugar en el contexto del Consejo Federal del SNIS. Recién en 1981 se crea el COFESA, mediante la Ley 22373/81, que rige hasta la actualidad su desempeño (Rodríguez y Tobar, 2003).

presidida por el ministro de la cartera nacional. En este espacio confluían situaciones muy diversas, pero todas condicionadas por el peso de la restricción fiscal.

La dificultad para solventar el financiamiento de los servicios transferidos creó un clima propicio para la convergencia de los intereses de los gobernadores. Superando los alineamientos partidarios, fue conformándose una coalición subnacional que se expresó (en distintos momentos y con diferente composición) en el seno del COFESA. Rodrigáñez y Tobar analizan su dinámica de funcionamiento y hacen mención a la celebración de Acuerdos Federales sobre Políticas de Salud o Acuerdos Sanitarios Federales, así como también a conflictos que emergían en contextos históricos signados por el debilitamiento del poder político de los gobiernos nacionales frente a las provincias. Los antecedentes de la década que analizamos en este libro son el Consejo Peronista de Salud (COPESA), con posterioridad a las elecciones de 1987 (durante el gobierno del presidente Raúl Alfonsín), y, en los albores de la crisis, la conformación del Bloque Federal de Ministros de Salud (durante el gobierno del presidente Fernando De la Rúa) (2003: 35-40), al que haremos referencia en el próximo capítulo.

A pesar de estas coincidencias políticas, las dificultades que enfrentaron los gobernadores para sobrellevar la gestión de los servicios fueron haciendo a las provincias más dependientes de las transferencias del gobierno central, por lo que (a pesar de los acuerdos existentes) llevó cuatro años poder sancionar la Ley Nacional 23548/88, que incorporó una parte de los impuestos a la coparticipación nacional¹¹ (Cetrángolo y Jiménez, 2004: 126-128) y estableció para la distribución secundaria tasas fijas por provincia. De esta situación, la provincia de Buenos Aires salió particularmente perjudicada.

Recapitulando, la descentralización de los servicios de salud generó una situación que quedó planteada como una tensión: por una parte, promovió el surgimiento de nuevos actores en el nivel subnacional; y por otra parte, su autonomía relativa estuvo fuertemente condicionada por las restricciones fiscales y por el contexto general de la dinámica sectorial. En su conjunto, estos procesos dieron como resultado muy diferentes respuestas en materia de conformación de la política y la estructura sanitaria en cada territorio.

¹¹ Según esta norma, se incorporaron a la coparticipación todos los impuestos (con la excepción de los derechos de importación y exportación y de otros previstos en otros regímenes o con afectación específica).

Paradojas en los noventa: las políticas neoliberales y el estatus constitucional del derecho a la salud

Las reformas neoliberales de los noventa profundizaron procesos previos y confirmaron en sus resultados el interés del gobierno central por aliviar las finanzas nacionales y concluir con la transferencia de las funciones en materia de salud a las provincias. A diferencia de otros sectores, en esta década *se completó el proceso de descentralización de los hospitales nacionales* iniciado décadas atrás. A través de la Ley de Presupuesto 24061/91 se facultó al Poder Ejecutivo para realizar la transferencia de los últimos hospitales públicos nacionales a las jurisdicciones de asiento. En la provincia de Buenos Aires se mantuvieron bajo la órbita nacional el Hospital Profesor Alejandro Posadas y la Colonia Montes de Oca (Arce, 2010: 296).

De manera complementaria y contribuyendo a encarar los problemas financieros que se abrían en el nivel de los establecimientos, la creación del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión, por medio del Decreto 578/93, “institucionalizó la separación de funciones de prestación y provisión y consagró la autonomía de los hospitales para facturar [prestaciones] a las obras sociales” y para celebrar acuerdos bajo “sistemas de pago por cápita”. Desde una mirada histórica, Arce sostiene que este decreto no hizo más que aplicar el término *autogestión* al “prolongado proceso de descentralización, que venía ocurriendo desde la década del sesenta en los hospitales” (ibíd.: 352). Además de disponer de fondos nacionales (de la Administración Nacional de Seguros de Salud, ANSSAL) para cancelar las deudas que tenían con los hospitales las obras sociales, el decreto expresaba la intención de la autoridad sanitaria nacional de trasladar paulatinamente el tradicional *subsidio a la oferta* hacia un *subsidio a la demanda* de servicios generada por la población sin cobertura médica (art. 10). Aunque con un cambio de denominación, estos criterios generales fueron ratificados por el gobierno siguiente a través de la figura de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), por medio del Decreto Nacional 939/2000 (ibíd.: 352-353). En un contexto de restricción presupuestaria, estas reglas de juego (en su variante original y en las distintas versiones que a esta sucedieron) tuvieron incidencia en la fragmentación del sector al promover distintas y variadas formas de autofinanciamiento.

Desde otro subsector, la *libre afiliación* y la *desregulación* del sistema de obras sociales atentó contra el principio de solidaridad que organizaba a estas instituciones (Danani, 2003; Findling, Arruñada y Klimovsky, 2002). El crecimiento de las empresas de medicina privada fue de la mano de aquella

medida (Fidalgo, 2008). Esta reforma (decretos nacionales 9/93 y 1141/96) avanzó en la eliminación de la doble cobertura, permitió la unificación de los aportes y posibilitó la libre elección de los afiliados a las obras sociales. Como sostiene Danani, se pasó de “un sistema de solidaridad segmentada a uno que reproduce directamente la estructura de ingresos personales” (2003: 232), con importantes consecuencias en la “fusión” y “concentración”, así como también en “la profundización de un proceso de homogeneidad polarizada o segmentada, [y] de ofertas dirigidas a sectores sociales específicos” (ibíd.: 250).

Reflejo de las potestades definidas en el sistema federal y convergiendo con estas medidas, las propuestas de cambio institucional en las provincias tendieron a promover la *conformación de seguros provinciales de salud*. Desde el año 1995, el Ministerio nacional comenzó a implementar (con financiamiento del Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento, BIRF) el Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), que estaba integrado por los proyectos de Reforma del Sistema de Seguros de Salud y de Reforma de la Atención Primaria de la Salud. Este programa buscó promover la conformación de seguros provinciales de salud, un hito que se convirtió en la condición de posibilidad para que las provincias pudieran recibir, de manera directa, préstamos de reforma provincial (préstamo BIRF 3831-AR). Al menos cuatro provincias avanzaron con distinto éxito en modelos de seguros de salud en sus jurisdicciones: Buenos Aires (desde el año 2000), Santa Fe (2000-2002), Río Negro (período de diseño 1996-2001) y Salta (más tarde, desde 2006) (Maceira, Cejas y Olaviaga, 2010: 5). Más adelante, nos concentraremos en las características de la propuesta que germinó en la provincia de Buenos Aires, el Seguro Público de Salud Provincial.

Estas reformas fueron desafiadas (en sus diagnósticos y en sus propuestas) por el incremento de la pobreza, el agravamiento de los problemas de empleo y sus consecuencias en la estructura y dinámica entre subsectores. La precarización de las condiciones de trabajo y el desempleo habían impactado de manera directa en el sector a través de cambios en la demanda, con consecuencias diferenciales según los territorios; la población sin cobertura de obra social, mutual o medicina privada pasó del 36,9% en 1991 al 48,05% en 2001 (INDEC, resultados de los censos nacionales de Población y Vivienda, 1991 y 2001).

En ese contexto estructural y en el marco de la revisión de las competencias estatales en salud, se multiplicaron *programas focalizados sobre determinados grupos poblacionales y territorios* que estuvieron destinados a “compensar” los efectos de las crisis en los sectores más vulnerables. En el sector salud se destacó el Programa Materno-Infantil y Nutrición (PROMIN), que contó con el financiamiento del BIRF y tuvo por “finalidad atender las necesidades prioritarias

de las mujeres en edad fértil y de los niños menores de 6 años pertenecientes a sectores pobres estructurales” en las áreas urbanas, periurbanas y rurales del país. Organizado según el criterio de doble focalización (territorial y por grupo de edad), fue uno de los principales dispositivos con que contó el Ministerio nacional en articulación con las provincias y los municipios, acerca de cuya incidencia en el GBA haremos referencia más adelante (Chiara y Di Virgilio, 2005: 90).

En el marco de estas transformaciones, sorprende que la reforma constitucional del año 1994 reconociera la tutela y protección de la salud a través de dos “vías protectoras”. Una primera referencia (art. 42) es la afirmación del derecho de los consumidores y usuarios de bienes y servicios a la protección de la salud y la seguridad en relación con el consumo. Abramovich y Pautassi se refieren a este aspecto citando a Courtis, quien sostiene que no se trata de una garantía universal de salud sino que está limitada al carácter de consumidor (2008: 264).

La segunda vía protectora, de mayor alcance, es la que otorgó jerarquía constitucional a un conjunto de declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos (art. 75, inc. 22). Conforme a lo que establece el “artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —que define ‘el derecho a la salud de toda persona y al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental’—, el Estado quedó jurídicamente obligado a garantizar el contenido mínimo de los derechos económicos, sociales y culturales, y no puede escudarse en la falta de recursos para justificar su incumplimiento” (ídem).

Sin embargo, consideramos necesario traer al análisis otro aspecto que permite dar cuenta de la complejidad que entraña su cumplimiento. Como derecho fundamental prestacional, el derecho a la salud conlleva potestades y acciones positivas de parte de los poderes públicos (en sus distintos niveles jurisdiccionales) en relación con la promoción e implementación de acciones adecuadas y suficientes para su efectivo ejercicio (Damsky, 2006: 168). En el caso de la salud, la capacidad para definir el alcance y la forma de organización es potestad de las provincias, así como también lo es la soberanía sobre los establecimientos, hospitales o CAPS, según sea el esquema de organización y descentralización adoptado en cada una.

Esta situación entra en tensión con el hecho de que “el Estado federal tiene no solo el deber de respetar esas obligaciones sino también de adoptar medidas positivas para hacerlas cumplir, aun cuando el responsable directo de una obligación o de una violación del tratado sea un Estado provincial [...]. Las provincias mantienen su obligación de aplicar tanto la Constitución Nacional

como los tratados de derechos humanos en sus propios ámbitos de competencia y por sus propias instancias estatales” (Abramovich y Pautassi, 2008: 266).

Por consiguiente, el cambio que introdujo la reforma de 1994 abrió un escenario institucional nuevo y complejo que define las coordenadas de la *tensión entre derecho y autonomía: al tiempo que consagra la garantía del derecho a la salud, sostiene la potestad de su ejercicio en la órbita de las provincias, responsables de definir su contenido y alcance y de establecer los modos de organización de los servicios –casi todos ya– bajo su órbita*. Independientemente de los arreglos institucionales adoptados para responder a aquel conjunto de situaciones que pudieran resultar judicializadas (y de las limitaciones evidentes que esta vía presenta), nos interesa indagar acerca del alcance que tuvieron estos cambios en las garantías constitucionales asumidas por el Estado federal en la configuración de un nuevo escenario para el diseño y la implementación de políticas.

La fragmentación vista desde los escenarios provinciales

El recorrido precedente muestra que desde la crisis de los años treinta hasta la actualidad se fue delineando un sector que presenta severos problemas de fragmentación. El planteo teórico de universalidad y las múltiples coberturas que tiene una parte de la población explican un gasto que en el año 2001 alcanzó el 9,4% del PIB, siendo el gasto público en salud el 2,1%; y el resto, gasto en seguridad social y privado (OPS-CEPAL-PNUD, 2011). A la fragmentación entre subsectores se suman otros aspectos que derivan de la particular conformación del territorio en la Argentina, por una parte, y de la organización institucional federal, por la otra. La *desigualdad* (en las condiciones de vida y en la distribución de los recursos disponibles) y la *heterogeneidad institucional* de los escenarios provinciales son dos ejes que complejizan el análisis.

Dimensiones de la desigualdad

La *concentración de la población en las grandes ciudades* es uno de los atributos que caracterizan la organización territorial argentina. En el año 2001, algo menos de la mitad de los 36 millones de habitantes se concentraba entre la provincia de Buenos Aires y la CABA; y sumando las provincias de Santa Fe y Córdoba, esa cifra ascendía a más del 60% de la población total. Esta concentración demográfica convive con disparidades importantes en la *distribución del producto*. Los datos disponibles para el año 2001 muestran una muy desigual participación de las provincias en el total nacional del PIB. Con el 7% de la población, la CABA

concentraba en aquel año algo más del 23% del PIB; sumada a la provincia de Buenos Aires, ambas reunían el 55% del PIB; y con las provincias de Santa Fe y Córdoba, ese porcentaje ascendía al 70% (Gatto, 2007).

Las disparidades entre provincias es otro de los rasgos que caracterizan la estructura socioterritorial. Los indicadores más utilizados, el índice de desarrollo humano ampliado (IDHA) (PNUD, 2002) y el de necesidades básicas insatisfechas (NBI) (INDEC, 2001), coinciden en mostrar (para los años 2000 y 2001 respectivamente) un grupo importante de provincias en situación particularmente desfavorecida; se trata de Catamarca, Chaco, Corrientes, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

Los indicadores epidemiológicos son expresión de estas brechas en las condiciones de vida. La *mortalidad infantil* es el indicador más expresivo y dramático de la situación sociosanitaria de la población. El grupo de provincias más desfavorecidas (que presentan valores por encima del promedio nacional) coincide con el que delineaban los indicadores socioeconómicos.

Si, como planteamos al comienzo, todos los habitantes del país gozan de los mismos derechos, la distribución de la cobertura de obra social o seguro médico marca muy diferentes condiciones entre las provincias para alcanzar su ejercicio efectivo. Como impacto evidente del deterioro en las condiciones del mercado de trabajo, en el año 2001 solo el 51% de la *población contaba con cobertura de obra social o seguro médico*. Este promedio encerraba valores extremos entre la CABA, Tierra del Fuego y Santa Cruz, con el 70% de la población con cobertura de obra social o seguro médico, y las provincias de Formosa y Chaco, con solo el 34% de la población con esa cobertura.

Son evidentes también las diferencias existentes en la disponibilidad de recursos físicos, financieros y humanos. La *dotación de CAPS*, por ejemplo, muestra brechas que van de 1 a 15 entre la provincia de La Rioja y el GBA en el número de personas que potencialmente deberían atender los CAPS públicos, con profundas diferencias internas en cada provincia (Maceira *et al.*, 2006).

El *gasto en el nivel provincial* es elocuente de las disparidades con que sus gobiernos enfrentan los desafíos que encierran muy desiguales condiciones, tanto socioeconómicas como de cobertura de seguros. En términos de gasto en atención de la salud provincial por habitante, mientras el valor promedio para el año 2001 fue de 111 pesos, diez provincias se encontraban por debajo de esos valores (Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Misiones, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán); mientras que Santa Cruz y Tierra del Fuego triplicaban el promedio nacional.

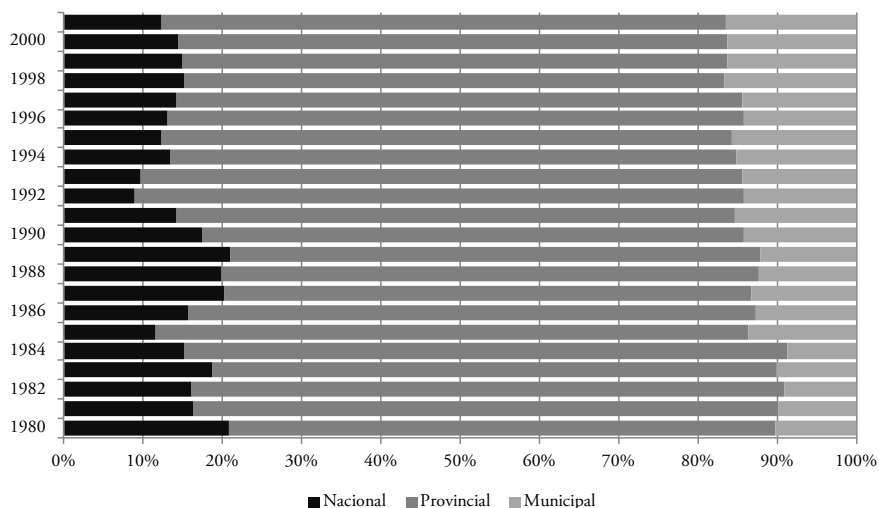
La *distribución de los recursos humanos* (medida en cantidad de habitantes por médico) es otra dimensión de la desigualdad que incide en las posibilidades de acción de la política pública en cada escenario provincial. Mientras que la CABA en el año 2001 disponía de un profesional médico cada 90 habitantes, en varias provincias la situación era entre 7 y 8 veces más desfavorable (Abramzón, 2005: 41).

Los pliegues de la fragmentación territorial que destaca este breve recorrido configuran (tanto en las condiciones de vida como en los recursos estatales disponibles) un contexto muy desigual para el ejercicio del derecho a la salud. La diversidad que presentan los escenarios provinciales en lo institucional tiende a profundizar estas brechas.

Heterogeneidad institucional: una mirada desde las constituciones y la estructura sanitaria

La relevancia del nivel provincial se refleja también en la composición del gasto consolidado, que en el año de la crisis era alrededor del 70% del gasto total. La jerarquía del escenario provincial es objeto de distintas definiciones en las constituciones provinciales que fueron reformadas en las últimas décadas. Casi todas las provincias consagran el derecho a la salud de manera explícita. Las constituciones de siete provincias lo definen como “derecho humano fundamental” (son los casos de Catamarca, Entre Ríos, Formosa, La Rioja, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán); y, en el mismo sentido, desde otras enunciaciones se describe el contenido de lo que se entiende por salud, al tiempo que se precisa su alcance (son los casos de la CABA, Chaco, Chubut, Córdoba, Río Negro, Salta y Santiago del Estero). En algunas constituciones se hace referencia explícita a la *universalidad* como principio (CABA, Chubut, Córdoba, Entre Ríos y Río Negro). Aunque con alcance diferente, la *gratuidad* de la atención está presente en cuatro textos constitucionales (CABA, Buenos Aires, Entre Ríos y La Rioja).

Gráfico 1.1. Gasto en atención pública de la salud según nivel gubernamental (porcentajes), 1980-2001



Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica.

Otro aspecto presente en muchas constituciones es la reivindicación del papel de *autoridad sanitaria* de las provincias; son los casos de la CABA, Chubut, Córdoba, Formosa, La Rioja, Misiones, Río Negro, Salta, Tierra del Fuego y Tucumán. Complementariamente, se plantea también la función de coordinación interjurisdiccional (nación, otras provincias, municipios y establecimientos privados); las provincias de Neuquén, Río Negro y Santa Cruz crean Consejos Sanitarios Provinciales. Algunos textos ofrecen una precisión mayor y aportan lineamientos para la sanción posterior de una ley básica de salud pública; son los casos de la CABA y Tierra del Fuego. Solo las constituciones de Córdoba, Neuquén y Tierra del Fuego hacen referencia a la participación de los municipios en la organización de la provisión pública de salud (Carnotta, 2011).

Si el marco institucional formal configura un nivel provincial tan relevante como diverso en sus orientaciones y contenidos básicos, la participación de los municipios introduce otro aspecto desde el cual se configura la diversidad de estructuras sanitarias. La evolución y la estructura del gasto en salud ponen de manifiesto la relevancia del nivel municipal. Hacia principios de la década del ochenta, la participación del gasto en atención pública de la salud en esta

jurisdicción estaba por debajo del 10%, mientras que en los albores de la crisis alcanzaba el 16% del total del gasto público.¹² Se trata del nivel gubernamental que, en términos relativos, protagonizó el incremento más significativo, que se expresó, a su vez, en esquemas variables entre provincias (gráfico 1.1).

Estos valores agregados encierran distintas historias, a través de las cuales se fueron forjando estructuras sanitarias con responsabilidades diferentes de la provincia y de los municipios sobre los establecimientos. Estas diferencias se deben, en algunos casos, a procesos de descentralización hacia los municipios, mientras que, en otros, se trata de situaciones de vieja data que resultaron de la provincialización o municipalización de hospitales originariamente a cargo de instituciones de beneficencia. Se destaca que ya en el año 1954 las camas municipales eran 21.367, el 15,9% del total de camas del país (Arce, 2010: 111).

En términos generales y en consonancia con lo que muestra el gasto agregado, en el año 2000 la jurisdicción provincial tenía a su cargo el 68,22% de los CAPS y el 73,28% de los hospitales, mientras que la casi totalidad de los establecimientos restantes estaban bajo la órbita municipal (30,47% y 24,48% respectivamente) y apenas unos pocos permanecían bajo jurisdicción nacional. Estos porcentajes encierran al menos cuatro *patrones en la dependencia gubernamental de la estructura sanitaria* (cuadro 1.1).

¹² Elaboración propia según datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica.

Cuadro 1.1. Estructura sanitaria según dependencia de los establecimientos estatales, Argentina, 2000

Grupo	Características	Provincias
I	Establecimientos con y sin internación: a cargo del gobierno provincial.	Catamarca, Chaco, Chubut, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Tierra del Fuego, Tucumán y CABA
II	Establecimientos sin internación: una parte bajo la órbita municipal (entre 16% y 26%) y el resto provincial. Establecimientos con internación: la totalidad bajo jurisdicción provincial.	Entre Ríos Mendoza Santa Cruz Santa Fe
III	Establecimientos sin internación: una parte importante bajo la órbita municipal (entre 24% y 36%) y el resto provincial. Establecimientos con internación: una parte bajo la órbita municipal (entre 25% y 68%) y el resto provincial.	Corrientes y Córdoba
IV	Establecimientos sin internación: bajo la órbita municipal. Establecimientos con internación: una parte importante bajo la órbita municipal (69%) y el resto provincial.	Buenos Aires

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

Nota: Se consideraron como establecimientos sin internación aquellos que disponían de 1 a 4 camas.

El primer patrón, dominante en los albores de la crisis, es aquel en el que *los gobiernos provinciales* tienen a su cargo *los establecimientos con y sin internación* (hospitales de distinto nivel de complejidad y CAPS). A este grupo pertenecen las provincias de Catamarca, Chaco, Chubut, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán. La CABA presentaba el 86% de los establecimientos bajo su órbita; aunque el resto eran nacionales, se trataba de institutos especializados en investigación con alcance nacional, razón por la cual se la incluye en este grupo.

En un segundo grupo de provincias, *la jurisdicción municipal tiene alguna incidencia en los establecimientos sin internación* (alrededor del 25%), sea como

resultado de procesos de descentralización o bien por desarrollos autónomos de los municipios (coordinados o no con el gobierno provincial), *y mantiene casi la totalidad de los establecimientos con internación bajo la órbita provincial* (cuando existe participación municipal es menor al 5% de los establecimientos). Son los casos de las provincias de Entre Ríos, Mendoza, Santa Cruz y Santa Fe.

El tercer grupo está formado por las provincias de Córdoba y Corrientes, que tienen *una parte importante de los establecimientos sin internación bajo la órbita municipal* (el 36,28% y el 24,17% respectivamente), a la vez que una participación también *considerable de los municipios en los establecimientos con internación* (68,35% en Córdoba y 25% en Corrientes).

La provincia de Buenos Aires es, sin lugar a dudas, un caso singular: su estructura sanitaria responde a un *patrón bien definido en relación con los establecimientos sin internación y una presencia muy importante de los municipios en los establecimientos con internación*. La totalidad de los establecimientos sin internación (97,32%) y una parte significativa de los establecimientos con internación (69,62%) se encontraban en el año 2000 bajo la órbita municipal.

Como se advierte en este análisis, el nivel subnacional se descompone en escenarios provinciales muy diferentes en relación con su estructura sanitaria, en el ordenamiento jurídico que deriva del marco constitucional, en los niveles de gobierno comprometidos con su gestión y en la capacidad de respuesta con respecto a situaciones sociosanitarias.

La *desigualdad de los territorios y la heterogeneidad institucional* estimulan a retomar el análisis de la dimensión subnacional en una perspectiva intergubernamental, que esté atenta no solo a las particularidades institucionales de los escenarios provincial y local sino también a sus posibilidades de articulación y superación de las brechas de desigualdad que existen tanto en las condiciones de la demanda como en la oferta de servicios.

Las características del sistema sanitario argentino y su contexto exigen abordar la encrucijada entre política sanitaria y relaciones intergubernamentales atendiendo a los dos debates que están presentes en la literatura. Por una parte, aquel que reivindica la *autonomía relativa de las instancias subnacionales frente a los gobiernos centrales*, organizador de parte de las argumentaciones de los estudios de relaciones intergubernamentales; y por otra parte, el *desafío de la igualdad en el acceso a derechos*, que funda otro núcleo de preocupaciones en torno a la coordinación y la regulación desde los gobiernos centrales.

Procesos, instituciones y actores en la construcción del campo de la salud en el Gran Buenos Aires

Belmartino, Bloch y Báscolo destacaron la jerarquía del escenario provincial al analizar la dinámica que adoptaron las instituciones y los actores de la atención médica con posterioridad a la coyuntura crítica de finales de la década del ochenta. Su planteo, focalizado en la seguridad social, era que “ante la débil influencia reguladora del Estado nacional y la ruptura del pacto corporativo, el protagonismo en la definición de las reglas de juego se traslada[ba] a un nivel intermedio definido por las relaciones entre financiadores y proveedores, ubicado fundamentalmente en el espacio provincial o local” (2002: 4). Nuestro análisis retoma aquella hipótesis y nos detenemos en los procesos de provisión de servicios de salud a través de establecimientos estatales (CAPS y hospitales) en el singular territorio del GBA en las puertas de la crisis.

El Gran Buenos Aires: atributos y contrastes

La provincia de Buenos Aires concentra desde hace varias décadas el 40% de la población del país. De los casi 14 millones de habitantes que tenía en el año 2001 a los 15.625.084 en el año 2010, muestra una variación intercensal del 13%, que supera en tres puntos el promedio nacional. Tiene una extensión algo superior a los 300.000 kilómetros cuadrados y una densidad de población de 50,8 hab/km². Está dividida en 134 unidades político-administrativas denominadas “partidos” (INDEC, SIEL). Como en las provincias de Entre Ríos, La Rioja, Mendoza y San Juan, los municipios equivalen en Buenos Aires a los departamentos o partidos. La concentración demográfica (38,95% de la población) y económica (se aglutina allí el 31,93% del PIB del país) es un atributo que distingue a Buenos Aires del resto de las provincias. Su peso relativo hace que los valores sean equivalentes a los promedios nacionales en pobreza, desarrollo humano e indicadores epidemiológicos.

En los albores de la crisis de principios del siglo, la provincia de Buenos Aires se destacó por su fuerte dependencia respecto de los recursos nacionales; en el año 2000, la nación aportaba el 49,6% de los recursos, mientras que el 50,4% restante eran de origen provincial (Salim *et al.*, 2010: 56). Estas son algunas de las razones que permiten explicar la declaración temprana de la emergencia en la provincia, así como también las profundas dificultades que enfrentó para salir de la crisis.

Caracteriza a la provincia el conglomerado de los 24 partidos que constituyen la conurbación de la CABA, a los que denominamos “24 partidos del Gran Buenos Aires”, “partidos del Gran Buenos Aires” o, de modo sintético, “Gran Buenos Aires” (GBA), también llamado “conurbano bonaerense”. Este agregado de partidos presenta características muy diferentes en sus indicadores sociodemográficos, socioeconómicos y sociosanitarios en relación con el resto de la provincia.

Partiendo de una población total de más de 8 millones de habitantes en el año 2001, el GBA alcanzó los 9.916.715 en el año 2010 (INDEC, 2001 y 2010), con un incremento intercensal del 14,2%, un valor que superaba tanto el promedio nacional (10,6%) como la variación que sufrieron los partidos del resto de la provincia (11%). Con una densidad poblacional elevada (2.694,8 hab/km²) que contrasta con el promedio del resto de la provincia (18,8 hab/km²), el GBA viene concentrando una cuarta parte de la población del país, excluyendo la CABA¹³ (tabla 1.1).

Tabla 1.1. Población y variación intercensal (total país, provincia y 24 partidos del Gran Buenos Aires), 2001 y 2010

Dependencia	Población		
	2001	2010	Variación (%)
24 partidos del GBA	8.684.437	9.916.715	14,19
Otros partidos de la provincia	5.142.766	5.708.369	11
Provincia de Buenos Aires	13.827.203	15.625.084	13
País	36.260.130	40.117.096	10,64

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001 y 2010.

El crecimiento de esta región respondió a distintos procesos de urbanización, a partir de los cuales se fueron conformando cordones concéntricos alrededor de la CABA con características diferenciadas. El *primer cordón* está conformado por los municipios lindantes con la CABA, los cuales presentan la mayor densidad poblacional y tasas de crecimiento menor, mejor provisión de servicios urbanos y sociales y mejores indicadores de salud: Avellaneda, Gral. San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, Lanús, Morón, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López. Estos municipios se caracterizan por tener una población con menor proporción

¹³ INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001 y 2010.

de niños y jóvenes, un aumento proporcional de personas mayores de 65 años, bajas tasas de natalidad, alta mortalidad general y un saldo migratorio negativo. El *segundo cordón* está constituido por los partidos de Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, José C. Paz, La Matanza, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Quilmes, San Fernando, San Miguel y Tigre. Aunque en los últimos años puede observarse una disminución en su tasa de crecimiento, estos partidos presentan características muy distintas a las del primer cordón y a las del interior de la provincia. En términos de su estructura demográfica, se caracterizan por tener poblaciones más jóvenes, una tasa de natalidad aún alta o estable, una mortalidad general baja y mayores niveles de población con necesidades básicas insatisfechas. Un tercer grupo de partidos comienza a esbozar el *tercer cordón* de la conurbación de la CABA. Se trata de los partidos de Escobar, Pilar y Presidente Perón, cuyas características comienzan a acercarse a las de los partidos del segundo cordón. Fundados en la magnitud demográfica, en este libro nos concentramos en los 24 partidos que comprenden el primer y segundo cordón.

La región fue escenario de los impactos más agudos de la crisis económica, política y social que llegó a su punto más crítico en el mes de diciembre de 2001, punto de partida de nuestra investigación. Los datos disponibles dan cuenta tanto de la magnitud del problema como de lo acelerado de su crecimiento. Mientras que en mayo de 1992 la tasa de desempleo estaba en el 6%, estos valores alcanzaban el 21% en 2001 (Encuesta Permanente de Hogares —EPH—, octubre), con diferencias internas que (en la onda del mes de octubre) oscilaban entre el 18,1% (CB1) y el 24,7% (CB4).¹⁴

Según el censo de 2001, el 17,6% de la población del GBA tenía necesidades básicas insatisfechas (NBI), unos valores bastante más elevados que los del resto de la provincia (12,7%). Como en casi la totalidad de los indicadores sociales, los promedios encierran fuertes brechas entre partidos de la región. Los datos de pobreza del año 2001 dibujaban un mapa muy desigual entre partidos: desde

¹⁴ Hasta el año 2003 el INDEC procesaba los datos de la EPH a partir de cuatro agrupamientos contruidos en función de algunas variables socioeconómicas, lo que le permitía mostrar la heterogeneidad del aglomerado. Estos cuatro agrupamientos eran llamados por el INDEC “conurbanos bonaerenses”. Conurbano bonaerense 1 (CB1): San Isidro y Vicente López; conurbano bonaerense 2 (CB2): Avellaneda, La Matanza 1 (el partido de La Matanza fue dividido en dos zonas diferenciadas, como puede observarse en el mapa 4), Morón, Gral. San Martín y Tres de Febrero; conurbano bonaerense 3 (CB3): Almirante Brown, Berazategui, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes; conurbano bonaerense 4 (CB4): Florencio Varela, Esteban Echeverría, Merlo, Moreno, Gral. Sarmiento, La Matanza 2, San Fernando y Tigre (INDEC, 2003).

situaciones como la del partido de Vicente López, con el 4,8% de su población con NBI, hasta otros que llegaban al 30,4% (Florencio Varela).

La desigualdad que presenta el mapa de la pobreza tiene a su vez correlatos dramáticos en la situación sociosanitaria de la región. La tasa de mortalidad infantil en el GBA en el año 2001 superaba en un punto el promedio provincial (16‰ sobre el 15‰), y en tres puntos el promedio del resto de los partidos de la provincia (13‰). Esta tasa encierra a su vez situaciones locales muy desiguales, tanto en los valores relativos como absolutos, que van del 9,6‰ en el partido de San Isidro, con 45 eventos, al 20,5‰ en el partido de Merlo, con 182 eventos en ese año.

El desempleo, el subempleo y la precarización laboral impactaron en la cobertura de salud por obras sociales y seguros privados, lo que configuró un escenario particularmente desafiante para las instituciones estatales de salud en la provincia en general y en el GBA en particular. En el año 2001, el 51% de la población de la provincia tenía cobertura de obra social o seguro médico privado; ese porcentaje descendía al 48% en el GBA, y presentaba valores bastante más elevados en el resto de la provincia (56,55%).

La heterogeneidad del GBA se expresa también en este aspecto de la estructura sanitaria. Mientras que algunos partidos tenían el 72% de la población con algún nivel de aseguramiento –cobertura de obra social o seguro médico– (Vicente López), en otros solo el 35% de su población tenía esta cobertura (Moreno y Florencio Varela). Esta situación se torna aún más crítica cuando se analiza el incremento que sufrió la población sin cobertura de obra social o seguro médico en el período intercensal 1991-2001, que alcanzó en algunos partidos variaciones de más del 70%.¹⁵ Estos cambios en la estructura de la demanda impactaron de modo directo sobre los establecimientos estatales. El crecimiento en las consultas a establecimientos estatales habla de profundas transformaciones en las condiciones de aseguramiento de la población: mientras que en el año 1990 en la provincia de Buenos Aires se contabilizaba un total de casi 18 millones de consultas,¹⁶ en el año 2001 esa cifra alcanzó los casi 38 millones.¹⁷

La complejidad institucional distingue la estructura sanitaria de la provincia y puede ser explicada por la convivencia de distintos procesos. Como en el conjunto del país, el sector salud se organiza a través de distintos tipos de servicios,

¹⁵ En la provincia, los niveles de cobertura descendieron del 63,1% en 1991 al 51,95% en 2001 (INDEC, CNPV, 1991 y 2001).

¹⁶ INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población, Dirección de Estadísticas Sectoriales, según información suministrada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

¹⁷ Según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (DIS).

que, según su modalidad de financiamiento y la estructura organizativa, pueden dividirse en dos grandes categorías: los establecimientos de dependencia estatal y los servicios privados que brindan atención a través de consultorios y sanatorios o clínicas, por libre elección o bien por pago del acto médico, que puede ser directo (a través del pago de bolsillo) o indirecto (a través de las obras sociales).

La provincia de Buenos Aires presentaba en los albores de la crisis de 2001 una estructura sanitaria singular, debido a que la totalidad de los *establecimientos estatales sin internación* (CAPS) estaban bajo la órbita municipal, mientras que bajo esta jurisdicción se encontraba también el 69% de los *establecimientos con internación* (hospitales de diferente nivel de complejidad). El 31% de los hospitales estaba bajo la órbita provincial.

En el año 2000, la provincia contaba con 1.491 establecimientos estatales sin internación, de los cuales casi la totalidad (97,32%) eran de jurisdicción municipal; 588 estaban localizados en el GBA; y 863, en los partidos del resto de la provincia. Los procesos a los que haremos referencia en este capítulo ayudan a comprender la génesis de este rasgo que distingue a la estructura sanitaria de Buenos Aires respecto del resto de las provincias argentinas (tabla 1.2). Esta dotación estatal convivía con otros 2.653 policlínicos y clínicas sin internación privados o dependientes de las obras sociales, las cuales representaban, tanto en el GBA como en el resto de la provincia, alrededor del 60% de los establecimientos.

Tabla 1.2. Establecimientos estatales sin internación (cantidad y porcentaje) según dependencia (provincia de Buenos Aires), 2000

Dependencia	Cantidad				Porcentaje			
	Nación	Provincia	Municipio	Mixta	Nación	Provincia	Municipio	Mixta
Buenos Aires	3	35	1451	2	0,2	2,35	97,32	0,13
24 partidos del GBA	0	21	588	0	0	3,45	96,55	0
Resto de la provincia	3	14	863	2	0,34	1,59	97,85	0,23

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

Nota: Se consideraron como establecimientos sin internación aquellos que disponían de 1 a 4 camas.

Del total de los 260 establecimientos estatales con internación existentes en el año 2000 en toda la provincia, 61 estaban localizados en el GBA y 199 en el resto de la provincia. La dependencia de estos establecimientos profundiza las diferencias ya destacadas entre el GBA y el resto de los partidos de la provincia: mientras que en esta región el 44% (27) estaba bajo la órbita provincial, en el resto de la provincia el porcentaje era aún menor: 21% (42). A excepción de los ocho establecimientos nacionales, el resto estaba a cargo de los municipios (181) (tabla 1.3).

Esta oferta estatal convivía con otra, considerable en cantidad (522, el 66% del total), de establecimientos privados o dependientes de las obras sociales, de los cuales 280 (82%) estaban localizados en el GBA y 242 (54%) en el interior de la provincia.¹⁸

Tabla 1.3. Establecimientos estatales con internación según dependencia administrativa (cantidad y porcentaje), 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2000

Dependencia	Cantidad				Porcentaje			
	Nación	Provincia	Municipio	Mixta	Nación	Provincia	Municipio	Mixta
Buenos Aires	8	69	181	2	3,08	26,54	69,62	0,77
24 partidos del GBA	2	27	31	1	3,28	44,26	50,82	1,64
Otros partidos de la provincia	6	42	150	1	3,02	21,11	75,38	0,5

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

Notas: Los establecimientos nacionales incluyen los dos establecimientos para enfermos crónicos que se destacan por su magnitud: Sanatorio Baldomero Sommer (lepra) y Colonia Nacional M. Montes de Oca (psiquiátrico). Se consideraron como establecimientos con internación aquellos que disponían de más de 5 camas.

La importancia relativa por subsector y según nivel gubernamental debe ser ponderada en relación con la capacidad de cada establecimiento para resolver

¹⁸ Elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

internaciones. Considerando la cantidad de camas para internación,¹⁹ el nivel provincial presentaba en el año 2000 mayor importancia relativa en el GBA que en el resto de la provincia. Del total de las 24.438 camas estatales disponibles en toda la provincia, más de la mitad (57%) pertenecían a la jurisdicción provincial, con una incidencia mayor para el año 2000 en el GBA (67,47%) que en el resto de la provincia (50,98%) (tabla 1.4).

Tabla 1.4. Camas en establecimientos estatales con internación según dependencia administrativa (cantidad y porcentaje), 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2000

Dependencia	Cantidad				Porcentaje			
	Nación	Provincia	Municipio	Mixta	Nación	Provincia	Municipio	Mixta
Buenos Aires	2.999	13.877	7.520	42	12,27	56,78	30,77	0,17
24 partidos del GBA	509	5.994	2.350	31	5,73	67,47	26,45	0,35
Otros partidos de la provincia	2.490	7.883	5.170	11	16,01	50,68	33,24	0,07

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

Nota: Los establecimientos nacionales incluyen las 1.811 camas situadas en dos establecimientos para enfermos crónicos que se destacan por su magnitud: Sanatorio Baldomero Sommer (lepra) y Colonia Nacional M. Montes de Oca (psiquiátrico).

La importancia relativa de los establecimientos privados que atienden a población con alguna forma de seguro o capacidad de pago disminuye al analizar su capacidad para resolver internaciones. Las camas en estos establecimientos representaban en el año 2000 el 29,7% del total provincial, el 44% estaba localizado en el GBA y apenas el 16% en el interior de la provincia. Estos datos refuerzan el carácter más competitivo del GBA, destacado por Feller y Pérez Arias (1993: 67) hacia fines de la década del ochenta, y marcan profundas diferencias con los partidos del resto de la provincia. Allí una población con

¹⁹ Cabe destacar que en este análisis se toma el valor “cama”, presente en el registro nacional (DEIS, Ministerio de Salud de la Nación). En el análisis posterior de la serie 2001-2011, tomaremos el dato provisto del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que se refiere al promedio de camas disponibles.

cobertura de obra social algo superior a la del GBA contaba con el 83,75% de los establecimientos bajo jurisdicción estatal (tabla 1.5).

Tabla 1.5. Camas en establecimientos con internación según dependencia (estatal, de obras sociales y privados) (cantidad y porcentaje), 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2000

Dependencia	Cantidad			Porcentaje		
	Total	Estatad	Obra social y privados	Total	Estatad	Obra social y privados
Buenos Aires	34.760	24.438	10.322	100	70,3	29,7
24 partidos del GBA	16.133	8.884	7.249	100	55,07	44,93
Otros partidos de la provincia	18.571	15.554	3.017	100	83,75	16,25

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Establecimientos, 2000.

Adentrándonos en el análisis del GBA, la distribución de responsabilidades sobre CAPS y hospitales presenta una considerable heterogeneidad entre partidos. Esta situación es consecuencia de una historia compleja, tejida tanto desde las acciones como desde las omisiones del Estado provincial que se fueron cristalizando en el territorio.

Un mandato constitucional preciso y el territorio como objeto de control

El mandato constitucional y la escala territorial son rasgos a considerar en el momento de comprender la particular conformación del sector y los altos niveles de fragmentación que caracterizan a la provincia. En Buenos Aires, el derecho a la salud está consagrado por la constitución provincial de 1994, que, en su artículo 36 (inc. 8), destaca el carácter de derecho prestacional, el principio de accesibilidad, el alcance preventivo y asistencial, la gratuidad en el acceso a los hospitales públicos y el carácter de “bien social” de los medicamentos:

Derecho prestacional: se garantiza a todos los habitantes el acceso a la salud, en sus aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; promueve la educación para la salud.

Gratuidad en el acceso a los hospitales: sostiene el hospital público y gratuito.

Accesibilidad: la provincia promoverá la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales.

Alcance preventivo y asistencial: la provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxico-dependientes.

Medicamento como bien social: el medicamento, por su condición de bien social, integra el derecho a la salud; la provincia, a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad, asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización (Constitución de la Provincia de Buenos Aires, 13/9/94, art. 36, inc. 8).

El Ministerio de Salud es el organismo del Poder Ejecutivo provincial responsable de garantizar el cumplimiento de este mandato constitucional, de diseñar políticas y de administrar los establecimientos de dependencia estatal. En el año 2000 contaba con un presupuesto de 1.800 millones de pesos destinados a atención pública de salud, lo que representaba el 62,37% del gasto en salud y casi el 9% del gasto total de la provincia.²⁰

Tal como sucede en otras provincias, la trama institucional se completa, desde fines de la década del cincuenta, con el Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA) (Ley Provincial 2452, de 1957, modificada en 1987), una obra social provincial que, a pesar de su autarquía, ha tenido distinta relevancia para la conformación del subsector. En el año 2000 tenía apenas algo más de un millón de afiliados, y su presupuesto alcanzaba el 38% del gasto en salud provincial. FEMEBA, los Círculos Médicos, FECLIBA y ACLIBA fueron y continúan siendo sus

²⁰ Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica.

prestadores principales para servicios ambulatorios (por sistema de pago capitado) y de internación (por cartera fija) respectivamente (Arce, 2010: 430-433).²¹

El Ministerio de Salud provincial estaba organizado operativamente en doce regiones sanitarias. En un contexto nacional caracterizado por una franca expectativa respecto de la planificación, en 1966 el Ministerio provincial adoptó un esquema regionalizado para el ejercicio de algunas funciones, creando un nivel intermedio denominado “región sanitaria”. Esta zonificación no era coincidente con la que empleaban otros organismos y actores del sector (IOMA, Colegio Médico, FEMEBA, FECLIBA, INSSJP, entre otros) o extrasectoriales; esta situación de incongruencia entre jurisdicciones permaneció en todo el período. Según la normativa original, estas instancias tenían la finalidad de “coordinar y ordenar a las instituciones sanitarias en un conjunto orgánico y articulado, con el fin de lograr el abastecimiento planificado y suficiente de los servicios sanitarios en cada región” (Ley Provincial 7016/66, art. 2; Decreto 805/1967).

Originalmente, las regiones estaban a cargo de un coordinador de región sanitaria, y eran asesoradas por un Consejo Técnico Asesor, del que formaban parte los directores de los establecimientos, secretarios de salud de los municipios y un Consejo Sanitario, de carácter consultivo o informativo, a los que se agregaban representantes de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA), entidades laborales, empresariales y de bien público.

Mientras comenzaba a debatirse el traspaso a la provincia de los hospitales nacionales, la desconcentración fue la estrategia organizativa adoptada para gestionar un territorio extenso, coordinando el trabajo entre hospitales, CAPS y programas verticales. La participación de los municipios, de la FEMEBA y de entidades empresariales ponía también en evidencia las expectativas cifradas en la necesidad de “trascender” en estos espacios de articulación las fronteras no solo de la jurisdicción provincial sino también del subsector estatal.

²¹ Como el resto de las obras sociales provinciales, se trata de una institución estatal generada por una ley de la propia jurisdicción, constituida por los aportes del personal provincial y, en algunos casos, también municipal. El IOMA es un ente autárquico con capacidad para actuar tanto pública como privadamente. Dado su estatus jurídico no está comprendido por la legislación que regula las obras sociales nacionales ni tampoco es objeto de transferencias de los fondos de redistribución. En la actualidad está regido por la Ley Provincial 6892/87. En el año 2000 el gasto del IOMA representaba el 61,26% del total del gasto en salud provincial (Arce, 2010: 424-430).

Más allá de lo institucional formal: el municipio como actor y las políticas provinciales

El rol que fueron asumiendo progresivamente los municipios en el modelado del subsector estatal es otro de los rasgos de la matriz institucional y del entramado de actores que distinguen a la provincia de Buenos Aires. La Constitución provincial de 1994 mantuvo la visión del municipio como un órgano autárquico cuyas funciones consisten en ejecutar las políticas públicas diseñadas a nivel provincial. Merece destacarse que esta limitación se sostiene a pesar de la consagración de la autonomía municipal en la Constitución Nacional reformada el mismo año.²²

Tanto el mandato constitucional como la Ley Orgánica de las Municipalidades –Decreto-Ley Provincial 9117/78– definen potestades *limitadas y ambiguas para los municipios en materia social*. Esas potestades están centradas en la administración de los servicios locales, acotadas a cuestiones de ornato y salubridad y condicionadas a lo que pueda establecer la Legislatura provincial a través de la Ley Orgánica de las Municipalidades. Según este encuadre normativo, son competencias de los municipios:

Tener a su cargo el ornato y la salubridad, los establecimientos de beneficencia que no estén a cargo de sociedades particulares, asilos de inmigrantes que sostenga la provincia, las cárceles locales de detenidos y la vialidad pública (art. 192, inc. 4).

Constituyen obras públicas municipales: a) las concernientes a los establecimientos e instituciones municipales; b) las de ornato, salubridad, vivienda y urbanismo (art. 59) (Decreto-Ley Provincial 9117/78).

Los mecanismos de financiamiento de los municipios de la provincia de Buenos Aires establecen una distancia mayor con el diverso mapa general (Sabaini y Jiménez, 2011). En esta provincia, los municipios se financian con recursos propios (que resultan de las –ya bastante acotadas– tasas y otras imposiciones que están facultados para realizar) y con las transferencias de otras jurisdicciones y niveles gubernamentales, entre las cuales la más importante es la coparticipación provincial.

²² La Constitución Nacional reformada en 1994 establece en el capítulo referido al gobierno de las provincias (art. 123): “Cada provincia dicta su propia constitución, conforme a lo dispuesto por el art. 5º, asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero”. En el cuadro 4 del anexo se presentan los principales hitos de las reformas sectoriales.

No obstante las limitaciones y ambigüedades establecidas en la institucionalidad formal, a partir de la recuperación de la democracia en 1983 y más particularmente finalizando esa década²³ se fueron dando importantes cambios en el papel que pasaron a desempeñar los municipios en la provincia. Registros disponibles del año 1980 (previo a la descentralización provincial y a la inauguración de las unidades sanitarias correspondientes al Plan Muñiz)²⁴ hablan –para toda la provincia– de la existencia de una importante cantidad de establecimientos bajo la órbita municipal (482 sin internación y 174 con internación).

Hacia mediados de la década del noventa, la transferencia al ámbito municipal de las unidades sanitarias pertenecientes al Plan Doctor Javier Francisco Muñiz (Ley Provincial 11554/94) fue una iniciativa importante que avanzó en la descentralización de las funciones relativas a la atención primaria de la salud, y coronó una serie de medidas tendientes a institucionalizar el monopolio de la participación de los municipios en la gestión de los establecimientos estatales sin internación. Esta decisión hizo que las 103 (así llamadas) unidades sanitarias provinciales se sumaran a las ya existentes en la órbita municipal. En su segundo artículo, dicha norma establecía lo siguiente:

El Poder Ejecutivo transferirá el personal afectado a las unidades sanitarias [...], cualquiera sea la naturaleza de la relación de empleo. En los convenios de cesión particularizados que se celebren en virtud de esta ley entre las municipalidades y el organismo de aplicación, todo aspecto vinculado con recursos humanos, pertenecientes a la planta permanente, serán resueltos por aplicación de los principios establecidos en la Ley 11184 de Reconversión del Estado. El personal que se transfiera será reubicado en el ámbito municipal dentro del agrupamiento y clase que corresponda a las características de sus tareas actuales (Ley Provincial 11554/94).

²³ Nos referimos a la crisis hiperinflacionaria en el plano económico y a la crisis política, que minó la capacidad de acción del gobierno y culminó con la entrega anticipada del mando presidencial en el año 1989 (Chiara, 2000).

²⁴ El Plan Muñiz consistió en un amplio programa de construcción de infraestructura física (“unidades sanitarias”, como se las conoció por entonces) y de provisión de equipamiento, fundamentalmente concentrado en los municipios del GBA. El plan involucró a los municipios, que cedían los terrenos, y a los ministerios provinciales de Obras Públicas, a cargo de la edificación, y de Salud Pública, que designaban al personal que trabajaría en los centros, los equipaba y los mantenía. Cabe señalar que las unidades sanitarias estuvieron en condiciones de ser inauguradas en 1983, y que esto ocurrió en democracia (Danani y Filc, 1998).

La aplicación del instrumento de *traspaso de servicios vía la descentralización* fue un hito importante para la reconfiguración de la organización del sector en la provincia por varias razones. En primer lugar, porque afectó a algo más de 100 unidades sanitarias, 76 de ellas localizadas en los 24 partidos del GBA,²⁵ y, en segundo lugar, por la infraestructura, los equipos profesionales y el equipamiento con que estas contaban. No obstante su importancia, cabe insistir en que no fueron los primeros establecimientos que estuvieron bajo la órbita municipal. Como se presentó anteriormente, los municipios ya contaban en 1980 con 482 establecimientos sin internación y 174 con internación. Estos datos ayudan a entender la existencia (previa a las corrientes descentralizadoras de los noventa) de distintas políticas provinciales orientadas a fortalecer, orientar o financiar los servicios de salud municipales, cuyo derrotero es necesario conocer para entender la situación que enfrentó (veinte años más tarde) la dinámica del sector en la provincia, en oportunidad de la crisis de 2001.

La sucesión entre *descentralización administrativa* y posterior *descentralización fiscal* fue –como destaca Faletti– la secuencia que signó las relaciones con los municipios (2010). El conjunto de dificultades financieras que enfrentaron para garantizar la prestación de los servicios (especialmente en los casos que tenían servicios con internación) dio lugar a distintas respuestas desde la política provincial. La primera de ellas es la ley promovida por los intendentes municipales para volver a la órbita provincial a aquellos establecimientos que habían sido transferidos en el año 1979 a los municipios (Decreto-Ley Provincial 9347/79). Aunque no llegaron a concretarse provincializaciones, cabe destacar que esta norma definió un instrumento (el traspaso de servicios a través de la centralización) que más tarde hizo posible la provincialización del Hospital Luciano y Mariano de la Vega en el partido de Moreno en 1999 y del Hospital Mi Pueblo en Florencio Varela en 2004.

El segundo intento por dar respuesta desde la política provincial a las dificultades financieras de los municipios fue una medida de *descentralización fiscal*: la progresiva inclusión de la variable “salud” (una singularidad que caracteriza al régimen bonaerense) en la reforma de la coparticipación provincial. La Ley Provincial 10559/87²⁶ instituyó el Régimen de Salud de la Coparticipación

²⁵ Almirante Brown (6), Avellaneda (3), Berazategui (4), Esteban Echeverría (5), Florencio Varela (9), Gral. San Martín (2), Gral. Sarmiento (5), La Matanza (3), Lanús (4), Lomas de Zamora (6), Merlo (5), Moreno (6), Morón (4), Quilmes (4), San Isidro (2), San Fernando (2), Tres de Febrero (3) y Tigre (3) (anexo de la Ley 11554/94).

²⁶ Con anterioridad, los decretos-ley 9347 de 1979 y 9478 de 1980 habían introducido (con inferior participación) la variable “establecimientos de salud” para establecer la distribución de

Provincial, y posteriormente las leyes provinciales 10758/88 y 10820/89 terminaron de fijar los criterios de distribución secundaria de los recursos hacia los municipios, en el contexto de un incipiente (pero no menos costoso desde el punto de vista financiero) desarrollo de la prestación de servicios de salud en la órbita municipal. Es en ese sentido que Iarussi (2008) plantea que la ley fue pensada como un sistema de transferencias de *carácter devolutivo* condicionado a la producción. Como anticipamos, se trató de un esquema que distinguía a la provincia en el concierto de los mecanismos de reparto de recursos hacia los municipios presentes en el resto del país.

En la provincia de Buenos Aires, el 16,14% (distribución primaria) se coparticipaba a los municipios a través de los siguientes criterios (distribución secundaria):²⁷ el 58% por lo que se denomina “régimen general” (que comprende la superficie, la población y la inversa de la capacidad tributaria), el 5% por “acción social” y el 37% por el denominado “régimen de salud”. Dada la relevancia que tiene este instrumento de política, nos detenemos aquí en los criterios desde los cuales se distribuye el denominado “régimen de salud”:

35% en proporción directa al número de camas, perfil de complejidad y porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido; 25% en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos –con o sin internación– de cada partido; 10% en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación en cada partido; 20% en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido; y 10% en forma proporcional al número de establecimientos sin internación en cada partido (Ley Provincial 10820/89).

Se trata de un mecanismo que merece ser analizado en el campo de la política sanitaria de manera particular, ya que en los albores de la crisis llegó a financiar en el GBA el 39,77% del gasto total en salud.²⁸ Contemporáneamente con la

recursos hacia los municipios. Sin embargo, recién en 1987 se consolidaron estas dos normas y se establecieron los criterios para la transferencia de los recursos (López Accotto *et al.*, 2013: 43-46).

²⁷ En el sistema de coparticipación provincial, la *distribución primaria* es la parte de la recaudación total (que resulta de sumar los recursos provenientes de la coparticipación federal y los recursos propios) que la provincia distribuye entre los municipios. La *distribución secundaria* hace referencia a los criterios a través de los cuales se distribuyen esos recursos a cada uno de ellos.

²⁸ En el año 2000, el gasto en salud de los 24 partidos del GBA fue de 1.074 millones (elaboración propia según datos de la Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires), mientras que las transferencias en concepto de coparticipación por salud fueron de 427 millones

puesta en vigencia de esta ley, dos programas provinciales apostaron a fortalecer al primer nivel de atención a través de la designación de equipos de salud en los establecimientos sin internación.

El Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) en 1988²⁹ y el Programa Salud con el Pueblo³⁰ en 1989 (luego de la crisis) combinaron instrumentos diversos: la normalización de procesos de trabajo, la designación de personal en los servicios y las becas asistenciales. Estos dos últimos instrumentos dejaron una huella en los establecimientos municipales al haber incorporado –bajo distintas modalidades contractuales– recursos humanos a los equipos de salud, pero manteniendo su dependencia con el Ministerio provincial (Chiara, Di Virgilio y Miraglia, 2008: 147-154). Cabe destacar que estos programas tuvieron a los partidos del GBA como territorio privilegiado, habida cuenta de la alta concentración de la pobreza existente a fines de la década del ochenta en esa región. La crisis hiperinflacionaria de 1989 agravó la situación e hizo que la mayor parte de las iniciativas provinciales se orientaran hacia esos partidos.

Con posterioridad, uno de los principales programas nacionales focalizados, el PROMIN, concentró sus acciones en esta región alcanzando a través de sus dos modalidades (proyectos de inversión y proyectos de asistencia técnica ampliada) a 22 partidos; se trató de acciones directas sobre 18 hospitales y 198 centros de salud (Plan de Acción Materno-Infantil 2000-2002, Programa Materno-Infantil, provincia de Buenos Aires, julio). La inversión en infraestructura y equipamiento, la historia clínica unificada, la designación de personal en los servicios (que posteriormente pasarían a ser personal municipal), la incorporación de normas de referencia y contrarreferencia, la normalización de los procesos de trabajo, la focalización territorial y por grupo de edad y la

(elaboración propia según datos de la Subsecretaría de Asuntos Municipales, Dirección Provincial de Programación y Gestión Municipal).

²⁹ El Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) buscaba intervenir sobre dos aspectos considerados críticos: el recurso humano en calidad y cantidad (estableciendo equipos en los centros de salud) y sobre las normas de organización y funcionamiento de los centros. Aunque también se enunciaron intervenciones en materia de infraestructura y equipamiento, no llegaron a ser efectivamente jerarquizadas (Chiara, 2000: 19).

³⁰ El Programa Salud con el Pueblo (1990/2) consistió en un modelo *ambulatorio* de atención (novedoso para el primer nivel) mediante la implementación de un sistema de unidades móviles y puestos fijos que “intensificarían las acciones en el terreno”. La mayor cantidad de puestos (fijos y móviles) se localizó en partidos de la segunda corona (Florencio Varela, Quilmes, Esteban Echeverría, Gral. Sarmiento, Berazategui, Moreno, La Matanza y Tigre). Llegaron a instalarse 25 unidades móviles y 135 puestos fijos, y se nombraron al final de la gestión del gobernador Cafiero 556 becarios (Danani y Filc, 1998).

centralización de las compras fueron parte de los instrumentos de políticas que articulaba el programa. Su sostenibilidad dependió, con posterioridad a la crisis, de los contextos particulares por los que atravesó cada municipio (Chiara y Di Virgilio, 2005: 91 y 94).

Interpelados “desde abajo” (por una demanda creciente) y “desde arriba” (por su nuevo lugar de ejecutores de políticas), los municipios comenzaron a protagonizar una *dinámica autónoma* orientada a captar recursos de diferentes jurisdicciones y a articularlos en función de optimizar su capacidad de respuesta a demandas. Aun mostrando, en algunos casos, tempranos desarrollos institucionales que pretendían dotar de estabilidad a las políticas locales, los protagonistas de esta dinámica eran los intendentes municipales en su capacidad para organizar relaciones con los gobiernos provincial y nacional en la captación de recursos (Chiara, 2012a).

Como puede advertirse, esta dinámica abrió una brecha entre las nuevas responsabilidades asumidas por los municipios en materia social y las capacidades disponibles para sostener su ejercicio (Alonso, 2009). El modo a través del cual se fue cerrando esta brecha en cada escenario local definió las orientaciones de la política de salud en sus condiciones de acceso, en la intensidad y en el alcance de la cobertura de los servicios, y dio lugar a procesos muy heterogéneos. En ese contexto, se advierten *formas de mercantilización en el acceso a la atención* promovidas de manera sistemática por los municipios o bien por las sociedades de fomento con quienes cogestionan los establecimientos a través del cobro de bonos por consulta médica, pagos por estudios complementarios y servicios auxiliares (Cravino, 2000; Catenazzi, 2000; Chiara y Di Virgilio, 2005, 2009; Chiara y Reimondi, 2007).

En esta urdimbre de respuestas locales particulares a los problemas, se fue tejiendo la *complejidad de la gestión de los recursos humanos en salud* en esta región. La convivencia de personal con modalidad de contratación, dependencia, dedicación horaria y remuneración diferentes (huellas organizacionales de los programas antes citados) caracterizó la dinámica de funcionamiento de los centros de salud, especialmente aquellos localizados en los 24 partidos del GBA.

Hacia finales de la década del noventa y como resultado de los impactos del deterioro del mercado de trabajo en los niveles de aseguramiento, dos propuestas buscaban concentrar la atención en la población sin cobertura de obra social o seguro de medicina privada, teniendo a los municipios como nodos privilegiados de la red. Nos referimos al Proyecto Pueblo y al Seguro Público de Salud Provincial (SPSP). Con un desarrollo menor, el Proyecto Pueblo se orientaba a descentralizar el subsector estatal hacia los municipios buscando

cubrir a la población en situación de pobreza bajo la lógica de un seguro (Belmartino, 2005b; Maceira, 2008a).³¹

Contemporáneamente y reconociendo su origen en el PRESSAL, el SPSP fue una segunda propuesta que buscó incorporar de manera progresiva a población sin obra social o seguro privado, aportando una cobertura de primer nivel de atención a través de la articulación de efectores del subsector estatal con proveedores privados. Comenzó en el año 2000 con la incorporación (en una primera etapa) de las trabajadoras vecinales denominadas “manzaneras” del Plan Vida³² y su grupo familiar, y se amplió posteriormente a sus beneficiarios hasta los siete años de edad (Báscolo y Yavich, 2010). Cabe anticipar que el SPSP movilizó un conjunto de instrumentos novedosos para el subsector estatal como la utilización de un nomenclador, el sistema de compra capitativo y la cobertura condicionada a la no disposición de obra social, que buscaban separar la función de financiamiento de la función de provisión. Dado que se trata de una intervención que transitó la crisis y continuó vigente en la década posterior, será analizada detenidamente, en el contexto de este libro, en los capítulos que siguen.

Cabe destacar que las iniciativas orientadas a la conformación de un seguro suponían distintos modelos de articulación intergubernamental (con diferencias entre el Proyecto Pueblo y el SPSP) en relación con el nivel que mantenía las funciones críticas (el municipio en el primero y la provincia en el segundo) y con los desafíos para los municipios en términos de la articulación público-privada.

³¹ Las experiencias se limitaron a los municipios de Marcos Paz y Luján, ubicados en la tercera corona del GBA, y no llegaron a trascender la fase de diseño del proyecto.

³² El Vida fue un programa de asistencia alimentaria implementado en la provincia de Buenos Aires entre 1994 y 2002. Tuvo como finalidad disminuir la morbimortalidad infantil atendiendo las necesidades nutricionales de las mujeres embarazadas y de los niños menores de 0 a 5 años, pertenecientes a sectores pobres estructurales de la provincia de Buenos Aires. El programa se propuso alcanzar esta meta estimulando la participación de las mujeres, con el objeto de crear una red solidaria para el cuidado de su salud y la de sus familias, a través de la organización comunitaria, esto es, a través de la distribución diaria de raciones de leche, cereales y huevos realizada por trabajadoras vecinales o *manzaneras* (Andrenacci *et al.*, 1999). Posteriormente, este programa fue reemplazado por el Plan Más Vida.

La relación con la seguridad social como problema y el hospital como actor

La convivencia asimétrica entre los servicios estatales y el desarrollo del sistema de obras sociales presentó distintos problemas a lo largo de la historia e ingresó de diverso modo en la agenda de las políticas. En la provincia de Buenos Aires se destacan algunas iniciativas que buscaron abordar la fragmentación entre subsectores o, más precisamente, paliar la situación de *subsidio indirecto* de los hospitales públicos hacia las obras sociales, en un contexto caracterizado por severos problemas de financiamiento. Mientras que las iniciativas relatadas más arriba jerarquizaban el papel del municipio como actor de la atención primaria de la salud en la región, otras convergían en el hospital y estaban inspiradas en la idea de desdoblamiento entre la posesión patrimonial de los establecimientos y su financiación, ya instalada en la seguridad social.

La literatura coincide en conferirle al hospital público en la provincia una importancia que se fundaba tanto en el prestigio del que gozó especialmente hasta la década del sesenta (que llevó a muchos hospitales de la provincia a ser asiento de cátedras universitarias) como en la tecnología de la que disponían (Feller y Pérez y Arias, 1993; Arce, 2010).³³ Una compleja situación condujo a su deterioro y a la construcción de distintos arreglos institucionales para la captación de recursos. Según la literatura, son varios los factores que parecen haber incidido en el modelado del hospital como actor complejo, que fue a su vez objeto de diversas intervenciones en la década previa a la crisis:

- El desarrollo de las instituciones de la seguridad social y el incremento de la demanda (Belmartino, 2009).
- La vigencia en las instituciones privadas de la separación de la función de compra de la de provisión (Katz *et al.*, 1993).
- La capilar relación entre los equipos profesionales de los hospitales, los consultorios y las clínicas privadas, especialmente en el interior de la provincia (Feller y Pérez Arias, 1993).

³³ Cabe destacar que la historia de los hospitales en la provincia comienza a principios del siglo xx con las sociedades de beneficencia y las casas de pobres, y van asumiendo estatalidad de manera progresiva a partir de las dificultades de las instituciones para su sostenimiento y del interés de los municipios y de la provincia por mejorar su infraestructura y equipamiento. Si las organizaciones benéficas fueron el origen de una parte de los hospitales con anterioridad a la década del cincuenta, las sociedades de fomento fueron su equivalente para los centros de salud con posterioridad a la década del setenta.

- El desinterés sobre estos establecimientos desde el gobierno provincial durante la dictadura militar de 1976-1983 (ibíd.).

Aunque el arreglo institucional paradigmático de desdoblamiento de funciones es el que representa la propuesta de los Hospitales Públicos de Autogestión –Decreto Nacional 578/93– (Sojo, 2001; Repetto *et al.*, 2001) y sus modificaciones posteriores en los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada,³⁴ hacia finales de la década del setenta la estrategia de las autoridades sanitarias del gobierno militar en el nivel nacional ya había apostado por insertar el subsector público en la seguridad social. En esta línea y tal como mencionamos más arriba, el nomenclador nacional (Decreto Nacional 2935/77) fue un instrumento que tuvo un gran poder ordenador de los aranceles y articulador de los servicios, privilegiando la tecnología de diagnóstico y tratamiento por sobre el enfoque clínico y arraigando un modelo de prestaciones orientado al tratamiento de la enfermedad y al desarrollo de prestaciones de alta complejidad (Arce, 2003: 3; Katz *et al.*, 1993: 26-27; Anlló y Cetrángolo, 2007: 414).

En la provincia de Buenos Aires, este modelo permeó las políticas a través de distintas iniciativas que fueron coincidentes con la falta de interés (o con las dificultades para recobrarlos) de parte del gobierno provincial sobre los hospitales. Una de las más importantes (aún vigente aunque con modificaciones) fue la puesta en marcha del Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO), a través del Decreto Provincial 8801/77 (Arce, 2010: 301; Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, 2002: 27). Feller y Pérez Arias presentan un breve balance de la experiencia a comienzos de la década del noventa, en el que hacen referencia al muy bajo recupero (que no llega a superar el 8% del gasto hospitalario) y a la existencia de una distribución segmentada de los recursos resultantes, que no estuvo exenta de conflictos. El fenómeno de selección de pacientes con capacidad de pago fue una amenaza que tuvo distintas consecuencias en los establecimientos (1993: 62).

La experiencia de los “hospitales abiertos” a las distintas formas de trabajo médico y a los recursos de la seguridad social fue promovida de manera convergente por autoridades municipales y profesionales y sostenida por entidades

³⁴ Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, una figura instituida a través del Decreto 939/2000, buscaron conciliar las posibilidades de incremento de los recursos (a través del recupero de fondos del subsistema de obras sociales y de medicina privada) y la aplicación de incentivos monetarios entre el personal con la accesibilidad de la población sin cobertura y la gratuidad en el acceso a los servicios.

representativas de los prestadores, como la FEMEBA,³⁵ y alcanzó a 80 establecimientos en la provincia. Feller y Pérez Arias hacen referencia a esta modalidad como una situación en la que los equipos contratados por el hospital público al crear una clínica privada propia pasaban a competir con el hospital. Frente a este dilema, en algunos casos el Estado contrataba a otros equipos profesionales que utilizaban la infraestructura y el equipamiento del establecimiento estatal y cobraban por prestación por acto médico, la cual era liquidada a través de los círculos médicos (1993: 66-67). La conectividad de la Región Metropolitana de Buenos Aires, la cercanía a la Ciudad y la dotación de clínicas y sanatorios privados son factores que permiten suponer procesos muy diferentes en esta región respecto de los partidos del interior de la provincia. En esos partidos, en el año 2000 solo el 16% de las camas pertenecían a establecimientos privados o de las obras sociales, mientras que en los partidos del GBA ese porcentaje se elevaba al 44%.

En un contexto de profundización de la acción autónoma de los hospitales, la regulación de su actividad fue objeto de distintas preocupaciones por parte de las autoridades provinciales. Un año antes de la creación del Registro Nacional de Hospitales de Autogestión, la provincia abrió un proceso de reestructuración técnico-administrativa cuya ley fue denominada “Nuestro Hospital” (Ley Provincial 11072/91 y Decreto 2370/91). Según esta norma, se facultaba al Ministerio de Salud provincial a transformar a los hospitales en entes descentralizados sin fines de lucro, con la participación en su conducción de los trabajadores del equipo de salud y de la comunidad. Más adelante, en el año 1997, un acuerdo entre el gobierno de la provincia y la conducción del INSSJP-PAMI dio lugar a la creación de los Consorcios Región Sanitaria (CORES),³⁶ responsables de la administración de la red de prestadores públicos y privados que atendían a sus beneficiarios mediante un convenio de capitación, con pago a los prestadores mediante aranceles modulares (Arce, 2003: 5). Esta iniciativa formó parte de un proyecto de conformación de un seguro público que buscaba “articular el 1,4 millón de afiliados de la obra social provincial (IOMA)³⁷ con el 1,5 millón de afiliados del INSSJP-PAMI de los servicios administrados por los CORES y 5 millones de individuos sin cobertura en la totalidad de la provincia”

³⁵ A propósito de la figura del hospital abierto, ver la Declaración de Bolívar “FEMEBA y los hospitales abiertos”, del 14/5/88.

³⁶ Según Arce, los CORES son la continuidad de una gerenciadora del PAMI (Equisal S. A.) que funcionó entre 1994 y 1997, que estaba compuesta por las federaciones de médicos y de clínicas de Buenos Aires FEMEBA y FECLIBA.

³⁷ Arce cita a Torres, quien indica una cifra de 1.066.918 afiliados en el año 2001.

(Belmartino, 2005b: 165). En su dimensión política, suponía construir un nodo regional desde el cual ejercer la función regulatoria a través de la concentración de la capacidad de compra que esta propuesta lograría hacer converger.

A pesar de los intentos por retomar desde la arena provincial la potestad reguladora de la relación con la seguridad social, *los hospitales llegan a transitar la crisis con altos márgenes de autonomía relativa forjada en una trama compleja de relaciones con organizaciones representativas de los profesionales médicos, en el contexto de profundas dificultades financieras por las que atravesaba la provincia.*

A los esfuerzos por regular el sector, se sumaron otros orientados a ampliar la oferta desde la provincia. Contradiciendo miradas lineales sobre la descentralización, los hospitales construidos por medio del Fondo de Reparación Histórica del Conurbano Bonaerense (FRHCB)³⁸ entre 1992 y 1995 permanecieron bajo la órbita provincial,³⁹ y existieron algunas experiencias puntuales de provincialización, como fue el caso del Hospital Luciano y Mariano de la Vega de Moreno, que fue transferido en el año 1999.

Recapitulación

La crisis de comienzos del siglo xx encontró en la región un subsector atravesado por viejos y nuevos problemas que definían parte de la agenda con la que dialogaría la política sanitaria nacional y también provincial. El análisis realizado puso en evidencia un virtual incremento de la demanda sobre el subsector estatal en la región, derivada del crecimiento de la población sin otra cobertura que aquella que ofrecían –con dificultades– los establecimientos estatales.

Los establecimientos sin internación, denominados posteriormente centros de atención primaria de la salud (CAPS), estaban en su totalidad bajo la órbita municipal y presentaban un *mapa fragmentado en recursos, calidad de atención y condiciones de acceso según las distintas posibilidades y orientaciones de políticas municipales*. Los programas focalizados hacia grupos poblacionales y territorios vulnerables fueron las principales iniciativas (en un contexto de retracción)

³⁸ El Fondo de Reparación Histórica del Conurbano Bonaerense (FRHCB) fue un fondo creado a partir de la Ley de Reforma Impositiva, de abril de 1992 (Ley Nacional 24073), con la finalidad de compensar la desventaja de la provincia de Buenos Aires en la distribución de recursos por la coparticipación. Este fondo estaba destinado a proveer infraestructura y asistencia en la región. La flexibilidad de su gestión y la jerarquización de la figura de los intendentes municipales en torno al gobernador Eduardo Duhalde explican el papel asumido por este instrumento de política en la construcción de su proyecto electoral (Danani, Chiara y Filc, 1997).

³⁹ Hospital Mercante de José C. Paz y Evita Pueblo de Berazategui.

desde el nivel nacional y provincial previo a la crisis. Financiados por recursos de crédito externo, permanecieron en pie hasta entrado el nuevo siglo.

El desarrollo del primer nivel de atención en la región dio lugar a la existencia de un conjunto de centros de salud y postas sanitarias, muchos de ellos de dependencia mixta, municipal y de organizaciones sociales (especialmente sociedades de fomento). La historia de la conformación de estos establecimientos y las deficiencias para financiar la prestación de los servicios fueron dando lugar a *distintas formas de arancelamiento y mercantilización que se convertían de hecho en barreras en el acceso a los servicios*.

En un contexto caracterizado por el desfinanciamiento de los establecimientos, distintos intentos de insertar a los hospitales estatales en los sistemas de la seguridad social atravesaron su dinámica de organización interna y su vínculo con el Ministerio provincial. Los instrumentos adoptados para captar recursos complementarios a los presupuestarios tuvieron resultados desiguales.

Como recién señalábamos, en los establecimientos sin internación se enraizan modalidades de arancelamiento promovidas, en algunos casos, de manera sistemática por los municipios, pero en otros casos generadas de forma autónoma desde las organizaciones sociales (sociedades de fomento) vinculadas a los establecimientos. Se trató de iniciativas de muy distinto origen pero que se construían socialmente en un contexto general favorable al desarrollo de formas de mercantilización.

El esquema ambiguo de distribución de funciones que caracterizó a la provincia de Buenos Aires alcanzó en los años previos a la crisis niveles inéditos de fragmentación. *El Ministerio nacional era un actor con presencia residual*, a excepción de la que tenían —a través de sus unidades ejecutoras— los programas focalizados con financiamiento externo. Resultado del desfinanciamiento, los hospitales públicos provinciales carecían de insumos básicos y su dinámica institucional se encontraba atravesada por fuertes conflictos. Esta situación impactaba negativamente en la atención y profundizaba el *debilitamiento del Ministerio provincial sobre estos establecimientos*.

En la segunda mitad de la década del noventa, *los municipios pasaron a desempeñar un papel cada vez más importante, muy diferente al definido desde las reglas formales*. Este nuevo actor fue constituido “desde abajo”, a partir de la búsqueda de respuestas a las demandas crecientes, y “desde arriba”, a través de distintas iniciativas provinciales. La coyuntura crítica que hace eclosión en diciembre de 2001 abre para estos actores un período tan incierto como complejo.

Capítulo 2

¿Gobernar es heredar?

Políticas frente a la emergencia

(2001-2002)

Introducción

Toda respuesta estatal contiene –casi por definición– elementos vinculados con su eficacia y eficiencia, a la vez que expresa objetivos relativos al modelado de las relaciones políticas. En Argentina en general y en el GBA en particular, esta combinación presenta una complejidad históricamente constituida a lo largo de varias décadas.

Durante la crisis que hizo eclosión en diciembre de 2001 se combinaron una serie de procesos que reconfiguraron las relaciones entre la nación, la provincia y los municipios. El conurbano bonaerense tuvo una relevancia singular debido a que fue el escenario de los más agudos conflictos que desencadenaron en la renuncia del presidente Fernando De la Rúa. Aun sin haber sido la salud la demanda principal, nos interesa conocer el modo en que se fue configurando institucionalmente la emergencia desde la acción estatal, estableciendo contrapuntos entre la nación y la provincia.

Este capítulo se compone de cinco apartados. El que sigue a esta introducción inaugura un recorrido histórico desde una perspectiva macroinstitucional, que comienza con una caracterización de la coyuntura histórica que hizo eclosión en diciembre de 2001 y de sus impactos en la situación del sector salud en el GBA. El tercer y el cuarto apartado proponen una reconstrucción contextualizada de las intervenciones nacionales y provinciales en relación con establecimientos estatales de atención de la salud desde los primeros días de enero de 2002 hasta la asunción de las nuevas autoridades en 2003. El quinto apartado recapitula los legados de la crisis en su dimensión institucional y de los actores del sector.

Cabe recordar que esta reconstrucción no comprende las iniciativas generadas desde el nivel local. La mirada de sus decisores (secretarios de salud) es recuperada –en relación con la política nacional y provincial para el período 2003-2011– en los capítulos quinto y sexto. El análisis pone el foco en lo que denominamos *dispositivos* (planes, programas y leyes) orientados a los establecimientos estatales, hospitales y CAPS nacionales, provinciales y municipales.

Le anticipamos al lector dos claves que orientan nuestro análisis. La primera remite a la historia larga, que forjó una trama institucional federal que terminó confiriéndole un lugar residual al Ministerio nacional en el entramado de actores del sector. La segunda apela a indagar en una historia reciente, en los desafíos de gestionar la tensión entre la lógica político-partidaria y la movilización en la calle que emergió en los días de diciembre y atravesó todo el primer gobierno de transición y los primeros años del gobierno electo. Sin pretender ahondar en procesos generales suficientemente estudiados, nos interesa interrogar cómo estos rasgos del contexto incidieron en el campo de salud en los arreglos institucionales adoptados para enfrentar los problemas que ingresaban (o eran colocados) en la agenda.

Revisitando la coyuntura de la crisis

Desde la perspectiva del neoinstitucionalismo histórico (Pierson y Skocpol, 2008) y buscando las raíces explicativas de los procesos de las políticas en su propia dinámica (Belmartino y Bloch, 1994), nos proponemos aportar una reconstrucción de la política orientada a la atención de la salud que identifique las trayectorias y los cambios en la década posterior a la crisis de fines del siglo XX en el GBA.

Desde esta perspectiva, consideramos importante recuperar muy brevemente la génesis inmediata del contexto que se abrió con el estallido de diciembre de 2001, por dos razones. En primer lugar, la crisis y los canales por donde discursó su resolución permiten identificar a distancia *dos procesos que se suceden en paralelo*: el repudio generalizado hacia el conjunto de la dirigencia política y las instituciones (sintetizado en la consigna “que se vayan todos”), y la capacidad que mostró una parte de la dirigencia de resistir aquella impugnación y constituirse, a pesar de estos cuestionamientos, en actores de su salida. En segundo lugar, porque el GBA fue el espacio en el que se manifestaron *los impactos materiales de la crisis* (en términos del deterioro de las condiciones de vida y del colapso del sistema sanitario), a la vez que fue *uno de los principales escenarios en los que se desplegó el conflicto social y político*. Como veremos a continuación, este fue

un factor decisivo en la disputa entre las “provincias chicas” y las “provincias grandes” en relación con la sucesión presidencial. Sin ahondar en las complejidades y los pliegues de ese momento histórico, parece importante considerar este rasgo del punto de partida, para comprender las dinámicas que animaron las relaciones entre la nación, la provincia y los veinticuatro municipios que conforman la conurbación de la CABA. Con este análisis buscamos repasar los procesos políticos que, teniendo a la economía como telón de fondo, llevaron al cambio de gobierno en los niveles nacional y provincial en las singulares condiciones sociales y sanitarias del GBA.

Un repaso en torno a los hechos de diciembre de 2001¹

Apenas celebradas las elecciones del mes de octubre de 2001, la Argentina enfrentó una profunda crisis económica, social y política. La economía, que venía sufriendo los avatares de los mercados internacionales de capitales desde la denominada crisis del Tequila (fines de 1994 y principios de 1995), entró en una fase recesiva que se expresó, a partir de 1998, en la caída de las importaciones y de la demanda, el crecimiento del riesgo país y la pérdida de reservas, procesos que tuvieron como consecuencia un incremento de la población desocupada y subocupada, que alcanzaron a un tercio de la población (Aronskind, 2003: 7; Vilas, 2005: 239). Se ponía en evidencia la crisis del modelo económico basado en la convertibilidad² y el colapso de la respuesta estatal frente a la creciente y generalizada acción colectiva.

Las drásticas transformaciones de la estructura productiva y sus consecuencias en el aumento de la población desocupada y subocupada explican que a partir de 1997 los cortes de ruta desplazaran a los paros como expresión de la protesta social. El movimiento piquetero como actor comenzó a capitalizar la protesta espontánea que fue germinando en el segundo lustro de la década; la calle se convirtió en el escenario del conflicto social y también (a instancias de las acciones gubernamentales) de la negociación por el acceso a los planes sociales (en aquellos tiempos, el Programa Trabajar).³

¹ Ver hitos históricos principales en el anexo: cuadros 19 y 20.

² Desde 1991, el Plan de Convertibilidad implicó, además de un severo ajuste fiscal, la decisión de avanzar en las privatizaciones y en un nuevo régimen cambiario.

³ El Programa Trabajar comenzó a implementarse en marzo de 1996 en reemplazo del Programa Intensivo del Trabajo (PIT). Su propósito fue reducir la pobreza a través de la creación de empleo subsidiado. En otras palabras, crear puestos de trabajo de baja remuneración destinados a trabajadores desempleados que vivían en barrios y/o zonas pobres, involucrándolos en proyectos

En el mes de diciembre de 1999 asumió una fórmula surgida de la Alianza para el Trabajo, la Justicia y la Educación. Esta alianza estaba compuesta por la Unión Cívica Radical (UCR) y el Frente para un País Solidario (FREPASO). La fórmula, encabezada por Fernando De la Rúa (UCR) como presidente y Carlos Álvarez (FREPASO) como vicepresidente, derrotó al peronismo, representado por la fórmula Duhalde-Ortega, en las elecciones presidenciales. Por primera vez en la historia contemporánea de la Argentina, una alianza de partidos gobernaría el país en un contexto en el que la oposición mantenía la mayoría absoluta en el Senado, controlaba a los gobernadores de las provincias y tenía fuerte presencia en la Cámara de Diputados. En la provincia de Buenos Aires, triunfaba (como resultado de la convergencia de votos de distintos partidos, además del Justicialista) la fórmula Carlos Ruckauf y Felipe Solá.

La recesión, el crecimiento de la deuda externa y de sus intereses, la caída de las exportaciones, el aumento del déficit fiscal, la creciente fuga de capitales y la apreciación del dólar eran evidencia de la casi nula sustentabilidad de la convertibilidad, que no había sido puesta en cuestión por la Alianza en una campaña electoral centrada, casi exclusivamente, en los hechos de corrupción y en el clientelismo que atravesaron al gobierno menemista (Vilas, 2005: 239-240, 245). En un contexto signado por el conflicto social, que comenzó a estallar en las zonas más pobres de las provincias, las medidas económicas del gobierno nacional buscaron dar confianza a los mercados y habilitaron la presencia activa de los representantes del Fondo Monetario Internacional (FMI) en la arena gubernamental, lo que derivó en distintos acuerdos financieros que, destinados a evitar el *default*, estuvieron condicionados a la implementación de reformas orientadas a un mayor ajuste fiscal tanto en el Estado nacional como en las provincias.

En ese contexto, en mayo del año 2000 se sancionó, con el acuerdo de ambas cámaras, una reforma laboral que consagró la flexibilización de las condiciones de trabajo. Pocos meses después se conoció la existencia de sobornos en el Senado de la Nación, lo que provocó la renuncia del vicepresidente Carlos Álvarez, en el mes de octubre, y el comienzo de la acelerada ruptura de la alianza gobernante. La reducción del gasto público, las restricciones a los planes y beneficios sociales⁴ y los recortes en las transferencias a las provincias (se llegó a plantear

de pequeña escala radicados, precisamente, en el ámbito barrial y/o comunitario (Chiara y Di Virgilio, 2005: 98).

⁴ La denominada Ley de Déficit Cero consagró un conjunto de medidas que hicieron posible una nueva ampliación del crédito *stand by* vigente, a cambio de un recorte sin precedentes del 13% de los sueldos y jubilaciones superiores al mínimo de 500 pesos (Peralta Ramos, 2007: 362).

la cofinanciación del incentivo docente) estuvieron presentes en las distintas medidas tomadas en los meses que precedieron a la crisis que hizo eclosión en diciembre de 2001. Estas decisiones tuvieron como consecuencia la pérdida de los apoyos, que se expresó en renunciaciones de funcionarios de la UCR a sus cargos en el gobierno, lo que sumaba evidencias acerca de la ruptura de la Alianza.

Paros y convocatorias conjuntas de la CGT disidente, liderada entonces por Hugo Moyano, y la Central de Trabajadores Argentinos (CTA) se sumaron a las movilizaciones ya más organizadas de los movimientos piqueteros, que convergieron en el Congreso Nacional de Piqueteros en julio de 2001 en el partido de La Matanza, denominado Asamblea Nacional de Organizaciones Populares, Territoriales y de Desocupados. Vilas destaca el peso que tuvo “la manera en que el gobierno de Fernando De la Rúa hizo frente a la instrumentación de las políticas asistenciales de emergencia [...] [creando] oportunidades para fortalecer la autonomía de los movimientos piqueteros y condiciones para que dirigieran sus demandas directamente hacia el gobierno nacional: ello eliminó o acotó las instancias de mediación y de amortiguación del conflicto presentadas por las autoridades provinciales y municipales” (2005: 248).

En ese contexto, tuvieron lugar las elecciones de octubre de 2001, oportunidad en la que debían renovarse autoridades legislativas en todos los niveles. Los resultados electorales pusieron en evidencia la desintegración de la Alianza como fuerza política, al descender a menos de la mitad los votos obtenidos en la elección anterior. El denominado “voto bronca” llegó a ser la cuarta parte del padrón en la provincia de Buenos Aires, donde los resultados para la renovación de senadores y diputados nacionales arrojaron el 37% de los sufragios para el Partido Justicialista (una cifra similar a la obtenida en la elección anterior), y descendieron al 15% las preferencias para los candidatos de la Alianza. Como resultado, el oficialismo de la provincia recuperó la mayoría propia en ambas cámaras.⁵

El peronismo pasó a controlar las cámaras de Senadores y Diputados también en el nivel nacional, con lo que se tendió, según Botana, a la “federalización del sistema de partidos” (2006: 50-51). El mapa político local del GBA que resultó de las elecciones de 1999 fue expresión del lugar y la distribución territorial de la oposición: en dieciséis municipios, los intendentes pertenecían a la

⁵ Los resultados electorales son los publicados por la Junta Electoral de la Provincia de Buenos Aires: <http://www.juntaelectoral.gba.gov.ar/mapa-provincia-bsas.php> (recuperado el 12/12/2011).

Concertación Justicialista para el Cambio; en siete, a la Alianza para el Trabajo, la Justicia y la Educación, y dos eran vecinalistas de distinto origen e ideología.⁶

La caída de la recaudación profundizó las dificultades del gobierno para cumplir con las transferencias contraídas con las provincias en el pacto fiscal del año anterior. A su vez, los resultados de las elecciones de octubre complicaron las negociaciones con los gobernadores por las deudas que mantenía la nación, “a expensas de las cuales el Tesoro nacional logró cumplir con el déficit cero entre julio y septiembre” (Peralta Ramos, 2007: 366).

Emergentes de esta crisis fueron las cuasi monedas que diez Estados provinciales emitieron a partir del año 2000, a las que se sumaron las Letras de Cancelación de Obligaciones Provinciales (LECOP) de la Nación (entre 2001 y 2002) para hacer frente a las obligaciones con las provincias.⁷ Ese año, siendo gobernador Carlos Ruckauf, la provincia de Buenos Aires emitió bonos de emergencia denominados “patacones”, que eran letras de tesorería para cancelación de obligaciones (Ley Provincial 12727/2001), que operaron como una moneda paralela para hacer frente al pago de los salarios de los empleados provinciales y, en algunos casos, también para afrontar otros compromisos del Estado provincial (Basile *et al.*, 2011).⁸ A pesar del oxígeno financiero que representó la emisión de patacones, en el mes de julio el pago de los salarios de los docentes y del personal de salud se hizo efectivo a partir de una transferencia extraordinaria del gobierno nacional. Como consecuencia, la deuda pública provincial había pasado de representar el 4,7% del producto bruto geográfico (PBG) en 1991 al 11,6% en 2001 (Salim *et al.*, 2010: 47).

La reducción del 13% en los haberes de los empleados públicos y de los jubilados que había hecho efectiva el gobierno nacional se incorporó en la

⁶ En el cuadro 7 del anexo se presenta la nómina de los intendentes, los partidos políticos y el porcentaje con el que ganaron cada elección.

⁷ Originalmente fueron creados por el gobierno de Fernando de la Rúa con el fin de cancelar las deudas del Estado con las provincias debido a la falta de recursos financieros. Sin embargo, por la fuerte crisis económica, en 2002, bajo el gobierno de Eduardo Duhalde, se realizó otra emisión de LECOP, en muchos casos para pagar sueldos y subsidios estales.

⁸ La primera serie, por 460 millones de pesos, fue emitida en el mes de junio de 2001. Salim, Lombardi y Barberis relatan que “la intensificación de la crisis y la restricción de liquidez interna derivada de la huida de capitales llevaron a que en el año 2001 la provincia se encontrara en una situación fiscal sumamente delicada, con un abultado resultado negativo por financiar, a la vez que se habían cerrado los mercados de capitales internos y externos. Ante tal situación, el gobierno provincial no tuvo otra alternativa que emitir títulos negociables para pagar sus obligaciones corrientes, tanto con proveedores como con empleados públicos. Estos fueron los denominados patacones o Letras de Tesorería para Cancelación de Obligaciones” (2010: 42).

Adenda del Compromiso Federal por el Crecimiento y la Disciplina Fiscal, la cual alcanzó también a las provincias a partir de enero de 2002 (Basile *et al.*, 2011: 12). En el contexto de una profunda debilidad política, el gobierno intentó frenar la fuga de capitales, que junto con el aumento del riesgo país fueron los rasgos distintivos del año 2001 (Aronskind, 2003: 20). Por medio del Decreto Nacional 1570/2001, del 1 de diciembre, conocido como el “corralito”, “el gobierno restringió el retiro de fondos e impuso el control de cambio y de capitales, dejando prisionero el ahorro local” (Peralta Ramos, 2007: 370). Las limitaciones al retiro de dinero en efectivo se hicieron sentir particularmente entre la población no bancarizada, especialmente los desocupados y subocupados (gran parte de ellos, trabajadores informales), quienes se vieron imposibilitados para recibir pagos en efectivo; la restricción al retiro de dinero en efectivo de los bancos produjo la ruptura de la cadena de pagos en el conjunto de la sociedad (Vilas, 2005: 251).

Como consecuencia de estas medidas, los sectores medios urbanos se sumaron a las protestas bajo la modalidad de los “cacerolazos”, que, combinados con una ola de saqueos a comercios, precipitaron una escalada de movilización que convergió en los acontecimientos de diciembre de 2001: treinta muertos, la declaración del estado de sitio, la renuncia del presidente De la Rúa y la instalación de la consigna “que se vayan todos”, compartida por muy distintos sectores (Gómez, 2006: 12; Riggiozzi, 2010: 71-73).

El planteo que animaba a estos actores trascendía el reclamo en torno al cambio en el modelo económico, y se convirtió en el repudio al sistema político y judicial (Peralta Ramos, 2007: 373). Se trató, según Botana, de una “condensación de insuficiencias acumuladas: insuficiencias en las instituciones, insuficiencias en la economía, insuficiencias en los gobernantes. Parecía que la constitución política del Estado vacilaba ante el descalabro de su economía y que, a la inversa, la propia economía carecía de fiadores y garantes” (2006: 30). Focalizando el análisis en la capacidad de respuesta del gobierno, Gómez plantea que “las élites políticas y las clases dominantes parecían haberse quedado sin respuestas, vacilando ante dos cuestiones: cómo parar la movilización de la ‘gente en la calle’ y su poder destituyente (represión o ‘restablecer la confianza en las instituciones’), y cómo salir del régimen de convertibilidad (dolarización o devaluación)” (1996: 12).

Después de la renuncia del presidente De la Rúa, el Congreso retomó la iniciativa, y se sucedieron distintas designaciones en el marco de lo que esta-

blecía la Ley de Acefalía vigente,⁹ hasta que el 2 de enero de 2002 la Asamblea Legislativa eligió (con el apoyo de la mayoría del radicalismo y del FREPASO) a Eduardo Duhalde (senador por la provincia de Buenos Aires) como presidente de la Nación para finalizar el mandato constitucional, bajo el compromiso de no presentarse a elecciones en el año 2003.

Esta designación expresó el triunfo de la provincia de Buenos Aires¹⁰ frente a aquellas nucleadas en torno al Frente Federal¹¹ (Peralta Ramos, 2007: 377). El estado de movilización del conurbano bonaerense (dada la criticidad y conflictividad de su situación social y política) parece haber sido un factor clave en la decisión. Los intendentes de los municipios del GBA impulsaron a Eduardo Duhalde como presidente y promovieron también el desplazamiento de Carlos Ruckauf de la gobernación de la provincia de Buenos Aires.¹²

Crisis y salud en el Gran Buenos Aires

Sin lugar a dudas, la crisis tuvo impactos severos en la situación de salud de la población. Sumada a los procesos más largos que la antecedieron, esta crisis condujo al agravamiento de los problemas de empleo, al aumento de la pobreza y a la suba en los precios de los alimentos. De manera combinada, estos fenómenos tuvieron consecuencias negativas en la salud de la población, especialmente en algunos territorios y grupos sociales. El desempleo y el aumento de la informalidad generaron un cambio en la estructura de la demanda de los servicios de salud, lo que provocó desplazamientos de población desde el subsector de obras sociales (y también de los seguros de medicina privada) hacia el subsector estatal. La devaluación posterior y el aumento de los precios relativos de los insumos médicos, sumado a la crisis fiscal del Estado (y a las

⁹ Solo Adolfo Rodríguez Saá fue designado presidente en aquellos días, ya que Ramón Puerta y Eduardo Caamaño estuvieron tres días cada uno pero no llevaron el nombre de presidente.

¹⁰ La Ley de Acefalía abría en principio dos posibilidades en torno a las cuales se organizaron las alianzas entre gobernadores. Aquellos con aspiraciones presidenciales estaban a favor de la designación de un presidente interino y de la convocatoria antes de los noventa días a elecciones bajo el sistema de la Ley de Lemas. Duhalde sostenía otra posición: el presidente elegido por asamblea debería terminar el mandato que había quedado trunco. Aunque se transitó por la primera alternativa en un principio, los hechos mostraron no solo la gravedad de la situación sino también la relevancia del manejo del conurbano como factor crítico, y la elección de Duhalde expresó en parte ese problema (Peralta Ramos, 2007: 374-375).

¹¹ El Frente Federal nucleaba a las provincias “chicas”.

¹² Se puede ver el protagonismo de los intendentes de Moreno, Lanús y Tres de Febrero en el artículo “La conjura de los intendentes” (*Página/12*, 7/1/2002).

dificultades concomitantes para garantizar el pago de los salarios y de los contratos tercerizados), fueron factores que configuraron otra de las dimensiones de la crisis: la *emergencia* en la oferta de los servicios. El GBA fue el escenario que sufrió los impactos más agudos, y fue donde los problemas se expresaron con mayor conflictividad, no solo por la magnitud de los problemas sino también por su profundización en apenas pocos meses.

Desempleo, subempleo y pobreza

La destrucción de los puestos de trabajo afectó al conjunto de la región, dentro de la cual se pueden identificar diferencias significativas. En el año 2000, el 32,5% de la población de los partidos del GBA tenía problemas de empleo (16,5% de desocupación y 16% de subocupación horaria), y en el año 2002 esa situación había alcanzado al 43,6% de la población (anexo: gráfico 1). Los datos estimados para los jefes de hogar eran aún más elevados.

La heterogeneidad y la desigualdad que caracterizan a la región exigen interrogar acerca del modo en que este fenómeno se distribuía en el territorio. Los datos para el año 2003 son elocuentes de los efectos de la crisis. Si bien la mayoría de los partidos compartía porcentajes similares de población desocupada, un grupo de municipios se encontraba seis puntos por encima de los valores promedio: se trata de los partidos de Florencio Varela, Esteban Echeverría, Merlo, Moreno, Malvinas Argentinas, José C. Paz, San Miguel, La Matanza 2, San Fernando y Tigre, todos pertenecientes al denominado segundo cordón del GBA. Estas diferencias se profundizan cuando se amplía el análisis a otros problemas de empleo. Para ese año (2003), el 22,5% de la población económicamente activa de la región estaba subocupada,¹³ dato que encierra profundas heterogeneidades internas, ya que mientras que en algunos partidos ese porcentaje era del 17,2% (San Isidro y Vicente López), en otros llegaba al 27% (Almirante Brown, Berazategui, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes).¹⁴

El crecimiento de la población con problemas de empleo y la informalidad (empleo no registrado), sumado al aumento de los precios relativos de la canasta básica (alimentaria y total),¹⁵ resultaron en un mayor crecimiento de la pobreza.

¹³ INDEC, EPH, puntual onda octubre (2001-2002) y continúa tercer trimestre de 2003 en adelante.

¹⁴ INDEC, EPH, trabajos especiales EPH puntual, onda mayo de 2003. También Chiara, Di Virgilio y Miraglia, 2008: 169.

¹⁵ La canasta básica alimentaria por adulto equivalente subió desde 61,02 pesos en septiembre de 2001 hasta 107,56 pesos en febrero de 2003, mientras que la canasta total por la misma unidad sufrió un incremento que fue de 150,11 pesos a 235,56 pesos en el mismo período (INDEC, EPH).

Entre 2000 y 2002 la pobreza por ingresos en la región trepó del 35% al 64,4% (anexo: gráfico 1). Profundizando las heterogeneidades antes aludidas, las brechas internas en el territorio también se profundizaron: mientras que en la medición del año 2001 el primer cordón (para el INDEC, GBA1)¹⁶ tenía el 25,1% de la población bajo la línea de pobreza, en el segundo cordón (GBA2)¹⁷ alcanzaba el 43,2%. Dos años más tarde, ambas zonas habían sufrido un incremento mayor a veinticinco puntos (51,7% en el GBA1 y 74,4% en el GBA2).¹⁸

Marcas de la crisis en la salud de la población

El deterioro en las condiciones de vida puso en jaque los avances que venía mostrando la Argentina en su situación sanitaria. Desde la década del setenta el estado de salud de la población había mejorado en relación con la esperanza de vida, con sus indicadores de mortalidad (infantil y materna) y con la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas (Ministerio de Salud y OPS-OMS, 2003: 7). La aparición de patologías no transmisibles y asociadas a los modos de vida configuraron otro patrón, que la literatura denomina transición epidemiológica.

Irrumpiendo en esta tendencia favorable, la *pobreza* que comenzaba a crecer en las últimas décadas del siglo se expresó particularmente en el conurbano y llevó a que la población estuviera expuesta a un mayor riesgo epidemiológico. Entre 2002 y 2004 la esperanza de vida en la provincia de Buenos Aires era de 74 años, casi equivalente a la del GBA (73,9), mientras que en el segundo cordón descendía a 73,5. Este indicador mejoró posteriormente (2005-2007) y alcanzó los 74,91 años (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, s/f). La *crisis de alimentación* fue otro emergente de la pobreza en aquellos años. Como muestran Calvo y Aguirre, esa crisis se caracterizó por la caída en la capacidad de compra, por el aumento en el precio de los alimentos y por una abrupta disminución de los salarios, así como también por el descenso de la cantidad de personas ocupadas con ingresos dentro del grupo familiar (2005: 85).

¹⁶ GBA1: primer cordón de los partidos del conurbano. Comprende Avellaneda, Gral. San Martín, Lanús, Lomas de Zamora, Morón (dividido en Morón, Hurlingham e Ituzaingó), Quilmes, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López (INDEC).

¹⁷ GBA2: segundo cordón de los partidos del conurbano. Comprende Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría (dividido en Esteban Echeverría y Ezeiza), Gral. Sarmiento (dividido en José C. Paz, Malvinas Argentinas y San Miguel), Florencio Varela, La Matanza, Merlo, Moreno, San Fernando y Tigre (INDEC).

¹⁸ INDEC, EPH, onda octubre. Datos del GBA y por cordón.

Aun mostrando en las últimas décadas un franco descenso, la *mortalidad infantil* es un indicador que da cuenta de los impactos más extremos de la crisis en la situación de la salud. En el GBA es posible identificar las brechas territoriales externas (con el resto de la provincia) e internas (entre cordones y partidos). La tasa de mortalidad infantil en el año 2000 en la provincia era del 15,1‰, mientras que en el GBA era algo superior, 15,7‰, y en el interior un punto inferior, 14‰. En el GBA se constatan variaciones significativas entre cordones: mientras que en el primer cordón era del 13‰, en el segundo cordón ascendía a 16,7‰ (anexo: gráfico 2). La condensación de los impactos de la crisis en las condiciones de vida explica el crecimiento de la mortalidad infantil, que alcanza su pico máximo en el año 2003, para descender en los años siguientes. El GBA es la región en la que esta tasa sufrió un incremento mayor: llegó al 17,4‰ en 2003. Las tasas más elevadas se encuentran en los partidos del segundo cordón, que alcanzaron un valor promedio del 18,3‰, y mostraron a su vez fuertes diferencias internas entre municipios: mientras que José C. Paz alcanzaba el 25,1‰, otros partidos pertenecientes al primer cordón, como Vicente López, Ituzaingó o San Isidro, estaban en torno al 10‰.

La pobreza y los problemas de empleo tuvieron también consecuencias en el *ambiente y en los hábitos alimentarios*. En un contexto caracterizado como de transición epidemiológica (dominado por la aparición de enfermedades asociadas a los modos de vida), regresan las denominadas enfermedades transmisibles, con lo que se quebró la tendencia a la baja de los años anteriores. Los datos disponibles para la provincia de Buenos Aires hablan de un crecimiento de los casos de enfermedades directamente asociadas al deterioro del ambiente público y privado, lo que pone en evidencia el menoscabo en la calidad de vida de territorios y sectores de la población: la leptospirosis alcanzó los 205 casos en el año 2002, mientras que el Hantavirus llegó, en ese mismo año, a los 55 casos (Ministerio de Salud de la Nación, SINAVE en Indicadores Básicos, 2001, 2003 y 2004). En ambas patologías se trata de registros que significan una alta proporción del total nacional (Ministerio de Salud de la Nación, OPS-OMS, 2003: 20-22).

Reestructuración de la demanda e impactos diferenciales en el territorio

La destrucción de puestos de trabajo formales y la oferta de empleo bajo modalidades informales fueron factores que modificaron, desde la demanda, la estructura del sector. Esto reviste particular relevancia, habida cuenta del peso que históricamente tuvieron las obras sociales en la Argentina, especialmente en las zonas urbanas. En los albores de la crisis, el 48,04% de la población del

GBA tenía cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual, una situación que presentaba a su vez profundas brechas internas (anexo: tabla 1 y gráfico 4). Mientras que algunos partidos del primer cordón (como San Isidro y Vicente López) tenían alrededor del 70% de su población con cobertura de otro subsector, los partidos del segundo cordón (como Florencio Varela y José C. Paz) tenían apenas el 34% de su población en esas condiciones.

La crisis en las instituciones de la seguridad social se expresó en la suspensión de servicios, en la reducción e incumplimiento en las coberturas de los seguros privados, en la incorporación de copagos y en el desplazamiento de población hacia planes más baratos (Rodrigáñez y Tobar, 2003: 8-9). Un estudio realizado por el Banco Mundial en junio de 2002 mostraba los impactos de la crisis en el acceso a los servicios para el conjunto del país; en solo un año (tomando como referencia octubre de 2001) el 12% de la población había experimentado algún cambio en su cobertura de salud. La pérdida del plan adicional a la cobertura estatal (obra social o seguro privado) afectó al 60% de esa población, mientras que el 40% restante pasó a una cobertura inferior. Entre la población que manifestó alguna pérdida o limitación en los servicios se encontraban aquellos que presentaban dificultades con el INSSJP-PAMI (13%) (Fiszbein, Giovagnoli y Adúriz, 2003: 161-162).

Los impactos mayores de esta situación se expresaron en problemas en la atención. Según esta misma encuesta, el 37% de los hogares con niños menores de 12 años manifestaron haber reducido la frecuencia con la que llevaban a sus hijos a los controles médicos; casi el 45% de estos hogares pertenecían al quintil más bajo de distribución de los ingresos, aunque esto también se manifestó en el segundo quintil (ibíd.: 162). Si bien se trata de datos para el conjunto del país, evidencian un agravamiento generalizado de la situación.

Esta reestructuración supuso la aparición de una población nueva en los servicios estatales, con expectativas diferentes y gran capacidad de reclamo. Esa aparición fue muchas veces expresada en los testimonios de los profesionales en los medios de comunicación: “Sucede algo paradójal. Hay pacientes que no pueden llegar porque no tienen plata para el transporte. Y hay mucha gente que no puede pagar las privadas y pasa al hospital público” (testimonio del presidente de la Fundación Garrahan, *Página/12*, 3/6/2002).

La combinación de estos fenómenos significó también cambios cuantitativos en la demanda sobre los servicios en la red estatal, un aspecto que retomaremos más adelante en el análisis de las políticas.

Reconstruyendo el gobierno: entre los actores de la “vieja política” y la consigna “que se vayan todos”

Como caracteriza Botana, los meses que siguieron a los sucesos de diciembre de 2001 estuvieron signados por la tensión entre dos procesos: el de la movilización en la calle, que expresaba un profundo cuestionamiento hacia el conjunto de la dirigencia política, y el de los canales y acuerdos en el plano político institucional (2006: 38). Sus protagonistas eran las organizaciones de desocupados, por una parte, y las autoridades, intendentes, gobernadores y el presidente Eduardo Duhalde, por la otra.

La tensión entre estos procesos paralelos caracteriza este momento (incluso más allá del 2003) y trasciende las fronteras de la arena específicamente política para permear también el campo de las políticas públicas. Nos interesa dar cuenta del modo en que este desafío de gobierno atravesó los arreglos institucionales del diseño y la implementación de la política de atención de la salud. Con ese propósito, buscamos destacar las marcas del período (tanto en el nivel nacional como en el particular escenario de la provincia de Buenos Aires) en cuyo contexto se tejieron las intervenciones de política sanitaria.

Sin pretender ahondar en su complejidad, la génesis de la designación de Eduardo Duhalde como presidente de la Nación abrió un debate explícito acerca de la legitimidad del gobierno; sus principales apoyos estaban en la provincia de Buenos Aires, y paradójicamente el conurbano bonaerense era su mayor problema. La conformación del gabinete nacional buscó reconstruir lazos políticos. En el contexto de un virtual aislamiento, especialmente en relación con su propio partido, la perspectiva del presidente Eduardo Duhalde tendió a “reconstruir el poder político” (*La Nación*, 13/1/2002)¹⁹ sellando un acuerdo con dirigentes del radicalismo y del FREPASO.²⁰

En la provincia de Buenos Aires, habiendo sido designado Carlos Ruckauf como ministro de Relaciones Exteriores, asumió como gobernador Felipe Solá (hasta entonces vicegobernador); algunas voces interpretaron esta decisión presidencial como una forma de descomprimir la situación política con los intendentes municipales del conurbano. Desde esta perspectiva puede entenderse

¹⁹ El primer gabinete quedó conformado por los radicales Enrique Olivera (Banco de la Nación), José H. Jaunarena (Ministerio de Defensa) y José Vanossi (Ministerio de Justicia); y el frepasista Juan Pablo Cafiero (Secretaría de Gabinete y Modernización del Estado, primero, y ministro de Salud y Desarrollo Social, a los pocos días).

²⁰ Botana retoma la idea de Cavarozzi de la “mesa de tres patas”: los gobernadores justicialistas, el Parlamento y el apoyo de Alfonsín y el radicalismo (2006: 39).

también la designación en el gabinete provincial de los jefes comunales de Moreno y San Fernando (Mariano West, a cargo del Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo, y Osvaldo Amieiro en el Ministerio de Gobierno).

El nuevo gobierno enfrentó una situación crítica. El derrumbe del Plan de Convertibilidad, el *default* en la deuda externa, la inmovilidad de los depósitos bancarios, la ruptura de la cadena de pagos, las altas tasas de inflación, la contracción de la actividad económica y la devaluación del tipo de cambio impactaron nuevamente en los sectores medios y de menores ingresos.²¹ Pequeños ahorristas, comerciantes, jubilados y desocupados se unían en manifestaciones en todo el país animadas por múltiples reivindicaciones: reclamos por el deterioro de la situación económica, por la falta de trabajo, por el aumento de los precios, por la entrega de alimentos, por la falta de pago de salarios y aguinaldos, por la retención de los ahorros. A ello se sumaba el cuestionamiento a los dirigentes políticos, legisladores y miembros de la Corte Suprema por medio de la persistente consigna “que se vayan todos”.²² En algunas asambleas barriales se añadían reclamos en torno al rechazo al pago de la deuda externa, la nacionalización de la banca, de las AFJP (Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones) y de las empresas privatizadas de servicios, la devolución de los depósitos y la suspensión de los juicios a los deudores (Peralta Ramos, 2007: 387). En esos meses, aquella “condensación de insuficiencias” (siguiendo a Botana) se advertía muy particularmente en el plano político: “la representación temblaba y los argentinos, en un raptó de acalorada frustración, ignoraban en la práctica cómo representarse” (2006: 21).

El incremento en los precios de los insumos médicos (especialmente los medicamentos) y la ruptura de la cadena de pagos incidieron de manera directa en la configuración de la agenda más inmediata del gobierno nacional en salud, tal como veremos en las páginas que siguen. A los pocos días de asumir, el gobierno nacional decretó la “emergencia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria” y, pocos días más tarde, la “emergencia ocupacional”.²³

²¹ La caída del Plan de Convertibilidad trajo como consecuencia una marcada depreciación del peso y la Argentina, por primera vez desde 1991, comenzó a experimentar una significativa inflación. El brusco descenso de la actividad económica y la depreciación de la moneda agravaron severamente las ya difíciles condiciones sociales del país a partir de una devastadora pérdida de puestos de trabajo.

²² Según Slipak, la consigna “que se vayan todos” “condensaba [...] la pretensión de prescindencia completa de los representantes por parte de aquellos que habían dejado de percibirse como partícipes del vínculo representativo” (2005: 3).

²³ Ley 25561: Emergencia Pública y Reforma del Régimen Cambiario; y Decreto 50, del 8 de enero de 2002.

En ese contexto, lanzó un plan alimentario y otro de empleo. El programa de emergencia alimentaria comprometía al gobierno nacional a destinar hasta un total de 350 millones de pesos anuales para el financiamiento de programas provinciales de asistencia alimentaria a familias en situación de pobreza.²⁴ El plan de empleo estaba destinado a los jefes y las jefas de hogar desocupados, y fue originalmente instituido en el decreto de emergencia social. Como se verá más adelante, la propuesta fue replanteada apenas pocos días después en el contexto de la Mesa del Diálogo Argentino (Golbert, 2004: 24-25).

Como en el resto de las provincias, la situación de Buenos Aires era sumamente crítica; al contexto social y político se sumaron la caída de la recaudación, las consecuentes demoras en el pago de salarios y contratos y la amenaza que supuso para la cuasi moneda (patacones) la devaluación del peso. Estas condiciones definían una agenda de gobierno centrada en el día a día y muy dependiente de las posibilidades que abriera el gobierno nacional. Como describen Salim *et al.*:

En el año 2002, pese al fuerte descenso de los recursos en términos absolutos, la caída todavía mayor de los gastos, principalmente derivada del congelamiento de los salarios, del desplome de la inversión real y financiera y del no pago de parte de la deuda pública, llevó a que el rojo fiscal disminuyera fuertemente, aunque en los niveles de 1998. En 2002, el gasto en personal se redujo el 6,4% en términos nominales, lo cual, dado el repunte de los precios que siguió a la liberación del peso, representó una caída del 27,5% en términos reales (2010: 43).

La contribución que representó la reducción en el valor real de los pagos al personal para el superávit provincial fue un fenómeno recurrente en las demás provincias argentinas, que se expresó con singular conflictividad en aquellos sectores que concentraban gran parte de su presupuesto en recursos humanos, como son educación y salud. En este contexto, en noviembre de 2002 se suscribió el Programa de Financiamiento Ordenado con las provincias a través del cual estas se comprometían al cumplimiento de metas fiscales (Basile *et al.*, 2011: 18). A través del Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo, la apuesta del gobierno provincial fue poner en marcha un plan alimentario y otro de emergencia laboral, y crear los Consejos de Crisis, que estarían integrados por

²⁴ Decreto 108/2002: Declaración de la Emergencia Alimentaria Nacional; creación de un programa para la compra de alimentos y creación del Consejo Consultivo.

organizaciones sociales y partidos políticos. Estas propuestas fueron replanteadas posteriormente a partir del lanzamiento de los planes nacionales.²⁵

El gasto provincial total se mantuvo prácticamente estable (en un contexto inflacionario) con una variación de 2001 a 2003 del 3,83%, mientras que en el gasto público social (incluyendo recursos humanos) la variación fue del 5,51% (anexo: tabla 2). En porcentajes del producto bruto geográfico (PBG) representó un leve descenso (anexo: tabla 4). Por segunda vez en el año 2002, el gobierno provincial se vio obligado a emitir cuasi monedas (patacones) para el pago de salarios y jubilaciones (Salim *et al.*, 2010: 47).

Si la crisis anidaba en un particular engarce entre la política y la economía (en su aspecto fiscal y monetario), no sorprende que esa particular articulación haya caracterizado también la estrategia de salida. Las apuestas se daban en distintos planos, desde la institucionalidad política e intergubernamental hasta las relaciones con instituciones no gubernamentales para el diseño y control de los programas.²⁶

En la gestión de esta tensión debe comprenderse la convocatoria que hizo el gobierno a la conformación de la Mesa del Diálogo Argentino,²⁷ buscando construir un espacio donde poner en escena a actores que parecían contar con algo más de aceptación en la población. Como describe Golbert, con eje en el Episcopado argentino (apoyo espiritual) y con representantes del gobierno nacional y del Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (asistencia técnica) se abrió el diálogo con organizaciones sociales, políticas y sindicales: partidos políticos, cámaras empresariales, centrales obreras, representantes de la cultura y organizaciones del movimiento piquetero²⁸ (2004: 15). En una primera fase, trabajaron en torno a lo que denominaban “diálogo con actores”, del cual

²⁵ “Intendentes del conurbano advierten sobre estallidos, ‘Las cosas no están bien’” (*Página/12*, 9/1/2002).

²⁶ El discurso presidencial —como sostiene Slipak— ponía en evidencia un esfuerzo por presentarse no solo despojado de insignias partidarias sino también desprovisto de planes políticos a futuro (anunciando repetidamente su renuncia a las próximas candidaturas presidenciales), encarnando la idea de unidad nacional (2005: 6 y 10).

²⁷ La iniciativa recuperaba una propuesta que había lanzado sin éxito el Episcopado argentino pocos meses antes.

²⁸ El proyecto Diálogo Argentino tuvo por objetivo “recuperar la confianza de los argentinos en sí mismos y relanzar todo el potencial del país. Para ello tendrá en cuenta la opinión de los distintos sectores, incluidos los partidos políticos, empresas, sindicatos, bancos, organizaciones no gubernamentales, sociales, de la ciencia y de la cultura, asociaciones de consumidores, sectores emergentes y diversas personalidades de la Argentina” (Mesa del Diálogo Argentino, Boletín nº 1, 2002).

participaron 300 organizaciones (Mesa del Diálogo, febrero de 2002). A partir de los primeros días de febrero y en virtud de los acuerdos alcanzados se convocó a las Mesas Sectoriales, cuya moderación estuvo a cargo de los ministros de cada cartera (Agosto y Dutrey, 2003). En esta instancia surgieron y también se legitimaron importantes medidas de gobierno en el área social, incluso algunas que acompañarían a futuras gestiones del gobierno nacional. La salud merece un tratamiento particular del que nos ocuparemos en el apartado siguiente.

Como ya mencionamos, una de las iniciativas más importantes de los primeros días del gobierno del presidente Eduardo Duhalde fue la creación del denominado Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (PJJD), mediante los decretos nacionales 165/2002 y 565/2002, destinado a jefes y jefas de hogares con residencia en el país y que estuvieran desocupados. Se trató de una propuesta presente ya en la declaración de emergencia, pero que tomó forma en el seno de la Mesa del Diálogo Argentino y acompañó al gobierno nacional hasta iniciada la presidencia de Néstor Kirchner. El PJJD consistía en un subsidio mensual de 150 pesos, cuya asignación estaba condicionada al cumplimiento de varios requisitos: 1) acreditar ser jefes o jefas de hogar en situación de desempleo, mediante simple declaración jurada; 2) exceptuando a los mayores de 60 años, tener hijos menores de 18 años a cargo, hijos discapacitados sin límite de edad a cargo, o hallarse en estado de gravidez la cónyuge del jefe o la mujer receptora; 3) acreditar, para el caso de los hijos menores, su condición de escolaridad regular y el cumplimiento de los controles sanitarios y de vacunación correspondientes; y 4) los mayores de 60 años debían acreditar su condición de desocupados y la no percepción de beneficios previsionales de ningún tipo. Los receptores del PJJD estaban a su vez obligados a una contraprestación (de una duración de entre cuatro y seis horas diarias), que según los enunciados formales podía realizarse en “actividades comunitarias o de capacitación, la finalización del ciclo educativo formal, la capacitación profesional o la incorporación a una empresa a través de un contrato de trabajo formal” (Golbert, 2004: 26).

Aunque con matices, parte de los debates en torno al PJJD se focalizaron en si se trataba de un programa de transferencia de ingresos o de empleo, habida cuenta de las condicionalidades establecidas (CELS, 2003; Cortes, Groisman y Hoszowski, 2004; Kostzer, 2008). Golbert interroga al PJJD en función de detectar las condiciones que hicieron posible su puesta en marcha en tan corto tiempo. En su análisis destaca el consenso alcanzado, las capacidades de organización y negociación (especialmente con las diferentes organizaciones piqueteras), la experiencia acumulada de los programas sociales y de empleo anteriores y las características del diseño del plan (2004: 17-33).

Interesa destacar la condicionalidad de los controles sanitarios y de vacunación puesto que se trata de un instrumento que se mantendrá a futuro en las distintas propuestas de transferencias de ingresos que sucederán al PJJHD (nos referimos al Programa Familias por la Inclusión Social y a las asignaciones universales por Hijo y por Embarazo). Su complementariedad con las políticas de atención de la salud será objeto de análisis en los capítulos que siguen.

Contemporáneamente a la puesta en marcha del PJJHD, se produjo un cambio de autoridades en el Ministerio de Economía de la Nación, las cuales avanzaron en un conjunto de medidas que favorecieron especialmente al grupo agroexportador: el mantenimiento del tipo de cambio alto, la licuación de las deudas de las grandes empresas, la compensación a los bancos por la pesificación asimétrica y la transferencia al Estado de las deudas que los bancos mantenían con los ahorristas. Estas iniciativas perjudicaron a pequeños ahorristas, asalariados, jubilados y a vastas masas de la población, que mantenían su efervescencia y seguían impugnando a las autoridades a través de cacerolazos, piquetes, cortes de ruta y saqueos a supermercados.²⁹

El PJJHD abrió distintos canales de diálogo y negociación entre el gobierno nacional, los gobiernos municipales y las organizaciones de desocupados, articulándolos (no sin conflicto) a la red institucional de políticas públicas (Vilas, 2005: 259). En el nivel nacional funcionaba el Consejo Nacional de Administración, Ejecución y Control (CONAEEYC), del cual participaron una enorme cantidad de organizaciones sociales, políticas, sindicales y empresariales, los Consejos Consultivos Provinciales (en algunos casos, homologados a los existentes Consejos de Emergencia Social) y, en el nivel municipal, los Consejos Consultivos Locales. Hacia fines de 2002 se habían constituido cerca de 1873 Consejos Consultivos Municipales y 22 Consejos Consultivos Provinciales (Golbert, 2004: 29).

La escala de su cobertura (de los casi dos millones de receptores, el 30% correspondía al GBA; Cortes, Groisman y Hoszowski, 2004: 5), la lógica universal de la distribución, el carácter centralizado de su gestión, la naturaleza individual del beneficio y el desarrollo de una política activa de concesiones jugaron un papel muy importante en la declinación de la acción colectiva de las organizaciones piqueteras (Vilas, 2005: 259; Gómez, 2006: 15). Desde un esquema de gestión bastante centralizado, comenzaron a reactivarse las

²⁹ La encuesta realizada por Fiszbein, Giovagnoli y Adúriz evidencia un incremento de la participación individual en diferentes formas de protesta, que pasó del 7,6% antes de octubre de 2001 al 16,2% en julio de 2002, con dominancia de los quintiles más altos en los denominados cacerolazos (2003: 157).

estructuras estatales y las políticas tradicionales como puntos de referencia para el acceso a los recursos de las poblaciones pobres. Haciendo explícitos parte de esos objetivos, la estrategia mediática del programa hacía referencia a “una Argentina de pie y en paz” (Andrenacci y Soldano, 2006).

Este primer momento se cierra de manera anticipada. Una situación política particularmente crítica y los asesinatos en el puente Pueyrredón³⁰ obligaron al presidente Eduardo Duhalde a modificar en dos oportunidades la fecha de convocatoria a elecciones, en la que compitieron (en una decisión inédita del Partido Justicialista) todos los candidatos en la elección nacional. La convocatoria a elecciones terminó poniendo en escena a los viejos actores, con los aprendizajes y la agenda que afloró de la crisis. Las elecciones terminaron siendo el 27 de abril de 2003, y dieron como ganador a Néstor Kirchner, gobernador de la provincia de Santa Cruz. Así se abrió un nuevo momento en esta década.

Hacia la formulación de una agenda de salud desde el gobierno nacional

La crisis encontró al gobierno nacional sin potestad ni herramientas para intervenir sobre los problemas de salud. La presencia del Ministerio nacional en los hospitales y en los CAPS estaba limitada, casi exclusivamente, a los que tuvieran las unidades ejecutoras de los programas focalizados con financiamiento externo, fuertes en su ingeniería social pero debilitados en su capacidad de respuesta frente al crecimiento exponencial de la pobreza y el desempleo. En ese escenario, distintas voces proponían, hacia finales del siglo xx, su supresión (Rodrigáñez y Tobar, 2003; Potenza dal Masetto, 2004). La complejidad de la trama institucional forjada en una historia larga, de más de medio siglo, le otorgaba al Ministerio nacional un lugar residual en el entramado de actores del sector.

La historia reciente, de la crisis de diciembre de 2001 y la salida adoptada (la elección de un representante de la provincia de Buenos Aires para la Presidencia de la Nación), definía otra de las tensiones, en cuyo contexto comenzaría a modelarse un lugar jerarquizado para el Ministerio: el del virtual aislamiento del gobierno nacional respecto del apoyo político de los gobernadores de su

³⁰ Hacia fines de junio de 2002, fuerzas policiales reprimieron un intento de corte del puente Pueyrredón (ubicado en el partido de Avellaneda) por parte del Movimiento de Trabajadores Desocupados, agrupado en la Coordinadora de Trabajadores Desocupados Aníbal Verón. Como resultado de dicha represión se produjeron los asesinatos de Maximiliano Kosteki y Darío Santillán, y hubo centenares de heridos.

propio partido en el contexto de un cuestionamiento masivo al conjunto de la dirigencia política. La gestión de la tensión entre estos dos procesos (el político partidario y el de la movilización en las calles) fue el gran desafío del gobierno en ese momento, y permeó –también en el sector salud– los arreglos institucionales adoptados para enfrentar los problemas que ingresaban (o eran colocados) en la agenda.

En este apartado nos proponemos analizar los problemas que formaron parte de la agenda y los arreglos institucionales en cuyo contexto se modelaron las políticas, a través de dos claves: los resultados de la descentralización en un contexto federal (que denominamos aquí historia larga) y la tensión entre la dinámica político-partidaria y la movilización en las calles (que llamamos historia reciente). Se trata de una lectura político-institucional de la política de atención de la salud dirigida a los establecimientos estatales (hospitales y CAPS), que hace referencia a otras intervenciones sociales, solo a modo de contexto, cuando resulta imprescindible.

La crisis social y sanitaria que describimos al comenzar este capítulo condicionó de modo diferente a los distintos niveles gubernamentales. Sin restar importancia a los atributos de los actores (especialmente a los equipos de gobierno), pretendemos argumentar aquí que la distribución de funciones entre la nación y las provincias resultante de la descentralización configuró distintas agendas de gobierno frente a la crisis. Dicho de otro modo, tener o no establecimientos a cargo marcó, entre la nación y las provincias (y en el caso de la provincia de Buenos Aires, también los municipios), diferencias en las cuestiones que formaban parte de la agenda gubernamental, dada la exposición de los gobiernos subnacionales a los desequilibrios financieros y a su vulnerabilidad frente a los conflictos salariales.

Con apenas un hospital bajo su órbita,³¹ las preocupaciones del Ministerio nacional estuvieron atravesadas por problemas estructurales que incidirían fuertemente en la agenda gubernamental: las consecuencias de las decisiones macroeconómicas en el funcionamiento del sector salud. La salida de la convertibilidad y la inflación desatada en los primeros meses del año impactaron en los precios de los insumos médicos (especialmente de los medicamentos) y en la ruptura de la cadena de pagos del Estado y de las obras sociales. Estos problemas fueron incorporados a la agenda gubernamental nacional y fueron

³¹ En el año 2001, en el GBA el Ministerio nacional contaba solo con un establecimiento bajo su jurisdicción (el Hospital Dr. Alejandro Posadas, en el partido de Morón), con una disponibilidad de 415 camas (5% del total de camas estatales de la región), y ningún establecimiento sin internación.

los nudos en torno a los cuales se tejió la política sanitaria en este período y en el siguiente.

El 10 de enero, Ginés González García fue designado Ministro de Salud de la Nación, cargo que continuaría ocupando hasta finales del año 2007 bajo la presidencia de Néstor Kirchner. Médico sanitarista, había sido el segundo ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires en la gobernación de Antonio Cafiero (1987-1991), y dirigía el Instituto Universitario ISalud, un centro de investigación y formación en ese campo, por lo que contaba (además de su trayectoria profesional y política) con un equipo para hacerse cargo de la gestión.

Salud en la Mesa del Diálogo Argentino

Como anticipamos, la salud tuvo una singular jerarquía en las Mesas Sectoriales del Diálogo Argentino, segunda fase de trabajo que funcionó durante todo el mes de febrero de 2002 (Agosto y Dutrey, 2003). Las críticas condiciones sociosanitarias eran el telón de fondo de un diagnóstico sectorial que enfatizaba dos problemas: la fragmentación y desarticulación de la red de recursos sanitarios públicos y privados, y la “peligrosa acumulación de distorsiones tanto coyunturales como estructurales” que llevaron al “colapso de las instituciones y dejaron escaso margen de maniobra” (capítulo 1, Documento de la Mesa del Diálogo Argentino).

Sobre la base de un documento elaborado por el Ministerio de Salud, se organizó una primera reunión plenaria que permitió alcanzar un Acuerdo de Compromiso Sectorial de Salud, que fue suscripto por casi la totalidad de las entidades representativas del sector (sindicales, empresariales, profesionales) y por el Ministerio de Salud de la Nación, bajo el auspicio y la supervisión de las Comisiones de Salud de la Honorable Cámara de Diputados y Senadores de la Nación y de los organismos internacionales (UNICEF, OPS y PNUD). En estos documentos, el Consejo Federal de Salud (COFESA) aparece como una entidad más entre las representativas del sector.

Reafirmando (sin hacerlo explícito) el mandato constitucional del año 1994, el punto de partida del acuerdo fue “considerar a la persona humana como sujeto del sistema de salud” y a la “salud como un derecho inalienable”. El punto de clivaje respecto de la dinámica previa fue hacer explícita la necesidad de “jerarquizar las políticas sanitarias como políticas de Estado, recuperando el rol del Ministerio de Salud de la Nación”, un punto de ruptura con las voces que, apenas pocos meses antes, reclamaban por la supresión de la cartera

nacional de salud. Con la finalidad de evitar el impacto sanitario de la crisis socioeconómica, el acuerdo proponía

... impulsar aquellas actividades que prioricen la promoción y prevención de la salud, especialmente aquellas relacionadas con la salud materno-infantil, que permitan reducir la morbilidad por enfermedades nutricionales e infectocontagiosas y otras prevenibles, fomentando la participación activa de las entidades y sociedades que solidariamente aporten a este objetivo. Asimismo, se avanzará en la implementación compartida de políticas activas para aquellas patologías no transmisibles de alto impacto sanitario y social (artículo 3, Acuerdo de Compromiso Sectorial de Salud, Comisión de Salud de la Mesa del Diálogo Argentino).

Las principales líneas de trabajo que organizarían en el futuro la acción de gobierno estaban presentes en este documento (Acuerdo de Compromiso Sectorial de Salud, Comisión de Salud de la Mesa del Diálogo Argentino, 2002):

Declarar la emergencia sanitaria para garantizar la continuidad de los servicios públicos y privados garantizando la continuidad y sustentabilidad (artículo 4).

Trabajar en función de una política destinada a mejorar la accesibilidad a los servicios, en especial a los medicamentos como insumo crítico para la atención médica (artículo 5).

Revisar las prestaciones para asegurar el Programa Médico Obligatorio en la emergencia (artículo 5).

Promover los cambios necesarios para consolidar un sistema integrado en los distintos niveles y componentes (artículo 6).

Este documento formó parte del Primer Acuerdo Nacional: Construir la Transición, y su cumplimiento fue supervisado en el Diálogo de la Reforma (Fase III). Una síntesis del texto llegó a formar parte del documento final (Diálogo Argentino, Bases para las Reformas, 11/7/2002). Paralelamente al funcionamiento de las comisiones permanentes (en el caso de salud se estableció una Comisión Permanente de Enlace entre las Mesas de Trabajo) se puso en marcha el diálogo en las provincias³² y el diálogo ciudadano (Agosto y Dutrey, 2003: 15). Entre estos acuerdos merecen destacarse dos ideas que encontraremos en los arreglos institucionales adoptados por el Ministerio: el federalismo desde las

³² Esta experiencia se replicó en las provincias de Catamarca, Corrientes, La Pampa y la CABA.

bases municipales y la participación de las organizaciones sociales comunitarias en la auditoría de los proyectos impulsados por el gobierno.

La declaración de la emergencia, el trabajo en torno al acceso a medicamentos y la sanción del Programa Médico Obligatorio de Emergencia³³ estuvieron presentes en la agenda gubernamental nacional (con alguna intermitencia) en toda la década. En el desarrollo que sigue iremos concentrando nuestra mirada en aquellos dispositivos de políticas de atención de la salud orientados a los establecimientos estatales.

El marco institucional de la emergencia

Las iniciativas validadas en la Mesa del Diálogo Argentino pronto comenzaron a tomar cuerpo y autonomía en los espacios institucionales del Estado nacional y en las instancias de articulación intergubernamental. En el marco de una agenda ministerial focalizada en el INSSJP-PAMI y en el acceso a los medicamentos, el 13 de marzo de 2002 se declaró la emergencia sanitaria (Decreto Nacional 486/2002) con el propósito de dar respuesta a los problemas más acuciantes del sector y a recomponer el lugar del Ministerio como actor. Entre sus objetivos se destacaban:

... a efectos de garantizar a la población argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud, con fundamento en las bases que seguidamente se especifican:

- a) Restablecer el suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas con servicios de internación.
- b) Garantizar el suministro de medicamentos para tratamientos ambulatorios a pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad social.
- c) Garantizar el acceso a medicamentos e insumos esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas.
- d) Asegurar a los beneficiarios del INSSJP y del Sistema Nacional de Seguros de Salud el acceso a las prestaciones médicas esenciales (artículo 1 del Decreto Nacional 486/2002).

³³ Derivó luego en el Decreto 201/2002 de aprobación del Programa Médico Obligatorio de Emergencia, que rigió (con progresivas modificaciones a lo largo del tiempo) para las instituciones de la seguridad social y los seguros de medicina privados.

En su texto se destacaban distintos aspectos que sentaron las bases de las acciones que desarrolló el Ministerio nacional en el contexto de la crisis y que llevaría adelante en el futuro:³⁴

- Preciso el lugar del Ministerio como actor en la “instrumentación de las políticas referidas a la emergencia”, así como para “dictar las normas aclaratorias y complementarias”, aclarando que “promoverá la descentralización progresiva a las jurisdicciones provinciales” mediante la celebración de convenios. Para ello, afectó una partida de cincuenta millones de pesos para la adquisición de insumos y medicamentos de uso hospitalario y de atención primaria de la salud, y habilitó la reasignación de partidas de créditos o préstamos (artículos 2, 3 y 7).
- Permitió que el Ministerio reorganizara partidas presupuestarias y de crédito externo (un aspecto de suma importancia dado el esquema de gestión por programas que caracterizaba, como vimos, la gestión ministerial), priorizando la adquisición de insumos (artículo 8).
- Definió que sería el COFESA el organismo responsable de una decisión crítica: el establecimiento de los indicadores de asignación de los medicamentos e insumos o recursos para la adquisición. Asimismo, confirió a este organismo la potestad para “establecer los criterios de uso racional y asignación de los medicamentos e insumos y de evaluación y control” durante la emergencia (artículos 6 y 7).
- Creó en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación el Programa Nacional de Universalización del Acceso a los Medicamentos. En la preocupación por garantizar el acceso a bienes y servicios, los medicamentos eran objeto de una especial atención, tanto en establecimientos estatales como en el INSSJP-PAMI, así como en el Sistema Nacional del Seguro de Salud (artículos 11 a 17).
- Creó también un Comité Nacional de Crisis del Sector Salud para la “organización y coordinación de la utilización de los recursos disponibles en esa jurisdicción, destinados a la atención de la emergencia sanitaria” (artículo 4).

Más allá de los instrumentos presentes en una declaración de emergencia (mecanismos alternativos para adquisición de bienes y/o contrataciones, habilitación para la reducción de servicios y prestaciones, mecanismos para reorientar recursos), este decreto tiene para nuestro análisis un interés adicional, ya que

³⁴ Cabe destacar que la emergencia sanitaria fue prorrogada por casi toda la década hasta fines del año 2010, aunque se fue limitando progresivamente su alcance.

instituye reglas de juego y espacios de articulación que le confieren al Ministerio de Salud de la Nación un lugar central en el entramado de los actores gubernamentales (especialmente en relación con los gobiernos provinciales) y del mercado (en relación con los actores de la industria farmacéutica), y define dos orientaciones de la política: la responsabilidad del Estado nacional en garantizar las prestaciones y la universalización del acceso a los medicamentos.

Sentando las bases de la autonomía del Ministerio nacional: tensiones en torno al diseño del Programa Remediar

La emergencia sanitaria introdujo un conjunto de decisiones institucionales que fueron configurando en la arena nacional una “política de medicamentos planteada desde la perspectiva del acceso” (Tobar *et al.*, 2006: 9). La construcción de la cuestión por parte del Ministerio nacional fue definiendo sus interlocutores y también sus conflictos. Se trataba de una problemática de gran importancia que ponía en evidencia la vulnerabilidad en la que se encontraban vastos sectores de la población y el peso que el acceso a los medicamentos tenía para los presupuestos de las familias más pobres.³⁵

Con el antecedente inmediato del Decreto Nacional 486/2002, que declaraba la emergencia sanitaria, la política de acceso universal a los medicamentos propuso dos ejes de acción: por una parte, el establecimiento de la obligatoriedad de prescripción de los medicamentos por el nombre genérico; y por otra parte, la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. Estos ejes rearticulaban dos entramados de intereses diferentes en cuyo contexto (de diálogo y tensiones) el Ministerio fue ganando autonomía: el de la industria farmacéutica, por una parte, y el de los gobernadores de las provincias, por otra. En el primer caso, se trataba de una arena menos institucional, en la que interactuaron también organizaciones de consumidores y medios de comunicación;³⁶ el segundo entramado de intereses tuvo por escenario privilegiado (aunque no exclusivo) el COFESA. En ambos frentes, el Ministerio

³⁵ La Encuesta de Gasto de los Hogares del año 1997 había mostrado la alta incidencia de los medicamentos en la canasta de consumo de atención médica y gastos para la salud de la población pobre: el 20% de los hogares más pobres (primer quintil) empleaba el 78% de los ingresos que destinaba a salud a la compra de medicamentos; mientras que para el 20% de los hogares más ricos (quinto quintil) esta relación alcanzaba solo al 41% de los ingresos (Ministerio de Salud de la Nación, Unidad de Análisis Económico (UAES), s/f; Maceira, Apella y Barbieri, 2005).

³⁶ “... al principio, con el medicamento algunos periodistas fueron toqueteados” (entrevista a autoridad sanitaria nacional, 11/2008).

nacional comenzó a adquirir centralidad en la escena sanitaria. Cabe destacar que un tercer eje de intervención fue la selectividad en la financiación de los medicamentos por seguros de salud y obras sociales, que abrió a su vez un tercer entramado de actores en el cual también interactuaba el Ministerio de Salud nacional (Tobar, 2004: 13-14).

La primera iniciativa estableció la obligatoriedad de que en las recetas se consignara el nombre genérico del medicamento. Esta decisión habilitaba a los farmacéuticos a sustituir los medicamentos de una marca por otra que contuviera el mismo principio activo, en el mismo dosaje y en presentaciones equivalentes (Tobar *et al.*, 2006: 9). La medida fue establecida inicialmente por el Ministerio de Salud de la Nación (Resolución Ministerial 326/2002) y, posteriormente, convertida en Ley Nacional (25649/2002 y su Decreto Reglamentario 1855/2002). Importa insistir en la dimensión política de la medida, puesto que ella hizo visibles los intereses de los actores de la industria farmacéutica, quienes, más allá de las enunciaciones generales aprobadas por el conjunto de las instituciones en el seno de la Mesa del Diálogo, se articularon a favor o en contra de la política ministerial.

La segunda iniciativa, en la que nos detendremos de aquí en adelante, fue el Remediar, un programa de provisión pública y gratuita de medicamentos esenciales ambulatorios que fue ganando progresivamente viabilidad y sostenibilidad financiera. Este dispositivo formó parte de la política nacional durante toda la década. Teniendo como origen la reconversión del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud II (PROAPS), fue aprobado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en abril de 2002 (Contrato Modificatorio Ómnibus, aprobado por el Decreto Nacional 808/2002, préstamos BID-OC 1183 y OC 1194), y en apenas cinco meses (más precisamente en el mes de octubre) comenzó la distribución de las cajas de medicamentos denominados “botiquines”, correspondiente a la fase 1, a los CAPS (Ministerio de Salud de la Nación, 2002).

A partir de entonces, el PROAPS incorporó los siguientes objetivos, que dieron lugar al Programa Remediar: 1) asegurar a la población sin cobertura de salud y en situación de pobreza el acceso a los medicamentos esenciales; y 2) fortalecer un modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa (Ministerio de Salud de la Nación, 2006: 16). Según destaca Tobar (miembro del equipo ministerial y uno de sus principales impulsores), el programa se basó en diez premisas centrales: el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, el consenso federal, la selección racional, la prestación creciente, las compras centralizadas, la distribución directa, el uso

racional de medicamentos, el intenso control, la participación y la transparencia (Tobar, 2004: 15).

El Programa Remediar amplió su alcance respecto a la cantidad de medicamentos provistos,³⁷ y logró resolver en dos años (fase 1 de la puesta en marcha, hasta abril de 2003) el 68% de los motivos de consulta (ibíd.: 19). En 2002, en la provincia de Buenos Aires se distribuyeron 5.830 botiquines, y se alcanzaron los 70.826 en 2003; alrededor del 30% correspondía al GBA (Ministerio de Salud de la Nación, 2002: 5). En el conjunto de la provincia, se pasó de 669 CAPS en 2002 a 1.059 a fines de 2003 (Maceira, Apella y Barbieri, 2005: 20).

Si bien el Remediar surgió como un programa de emergencia sanitaria, buscó a través de distintos instrumentos impulsar una reforma en el sistema de atención médica con base en la atención primaria de la salud (Tobar, 2004: 16). La provisión de medicamentos esenciales realizada de manera directa hacia los CAPS fue el principal instrumento que movilizó el programa en su primera edición. En los capítulos que siguen analizaremos su recorrido en los distintos momentos de su instrumentación.

La priorización de la atención primaria de la salud significó que los únicos efectores del programa fueran los CAPS; la mayor parte de ellos estaban a cargo de los gobiernos provinciales y, en algunos casos, de los municipios. Aunque en el COFESA se celebraban acuerdos generales, la gestión del programa se caracterizó por su centralización: la definición del vademécum seguía los principios del uso racional de medicamentos, y fue involucrando un listado creciente de productos. El Ministerio de Salud de la Nación realizaba de manera centralizada las licitaciones para las compras, y contrataba a su vez a un operador logístico con cobertura en la totalidad del territorio nacional para la entrega de los botiquines y con capacidad para realizar el seguimiento de las entregas (ibíd.: 17-20). Este último procedimiento merece destacarse, ya que caracterizó al programa en todo el período y fortaleció su inmunidad en el camino por la trama de las relaciones intergubernamentales.

Interesa destacar dos atributos que tensionaban con la dinámica previa de las provincias. En primer lugar, el carácter hospitalocéntrico de la cuestión sanitaria en la agenda gubernamental provincial. La exclusividad de aplicación sobre los CAPS dejaba vacante aquel problema (al menos desde el programa). Y en segundo lugar, el carácter centralizado de la distribución: *“Las provincias siempre quieren ser las distribuidoras, y esa fue una discusión inicial. Ellos querían recibir y luego*

³⁷ En el primer mes, los botiquines contenían 21 presentaciones, 34 el segundo mes y 48 productos posteriormente.

distribuir” (entrevista a autoridad sanitaria nacional, 11/2008). Más allá de lo que significaba para una provincia como Buenos Aires, con la totalidad de los CAPS bajo la órbita municipal, esta decisión se fundaba en el principio de eficacia y expresaba la preocupación por mantener la *precisión* del dispositivo.

No obstante su centralización, los documentos del programa y los testimonios de sus principales impulsores insisten en el papel asumido por el COFESA en relación con decisiones relativas a la asignación de los recursos. En el contexto de la crisis y representando una importante ruptura con la historia de este organismo intergubernamental, se acordó el

... modelo de distribución primaria que determina la cantidad de cajas de medicamentos (botiquines) a ser entregados mensualmente en cada provincia. [...] [Este criterio estaba] definido por una fórmula polinómica integrada por dos componentes: uno relacionado con la demanda y otro con la necesidad. Para dar cuenta de la demanda se tomaron el total de las consultas ambulatorias notificadas por la provincia a la Dirección Nacional de Estadística de Salud. Como indicador de necesidad se tomó la población por debajo de la línea de pobreza, relevada por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO). Para la distribución secundaria, se elaboró un listado de los centros en condiciones de ser efectores del programa, se remitió la información a las provincias solicitando que la corrijan y expandan. Se solicitó, además, que cada provincia informara la producción de consultas de los centros, y se elaboró una primera propuesta de distribución secundaria considerando que cada botiquín abastecía 300 consultas. Luego, esta propuesta fue revisada y modificada por los responsables provinciales (Tobar, 2004: 17; Monsalvo, 2008: 286).

El trabajo de la Mesa Sectorial del Diálogo Argentino se trasladó al Consejo Asesor Intersectorial (CAI), conformado por representantes del Consejo Nacional de Políticas Sociales, Ministerio de Trabajo de la Nación, Ministerio de Educación de la Nación, OPS, UNICEF, Cruz Roja, Cáritas Argentina, Red Solidaria de Profesionales de la Salud de la Conferencia Episcopal Argentina, Confederación de Médicos de la República Argentina y Confederación Farmacéutica Argentina. El Programa Remediar promovía asimismo la coordinación de acciones con los Consejos Consultivos Provinciales del PJJHD.

Los mecanismos de auditoría y control expresaban aquellos acuerdos celebrados en el seno de la Mesa del Diálogo. En línea con uno de ellos (“Participación de las organizaciones sociales comunitarias en la auditoría de los proyectos impulsados por el gobierno”), el programa conformó una red de

control social directo a través de un convenio con Cáritas y la Cruz Roja, con quienes celebró un acuerdo para solventar viáticos desde noviembre de 2002 (Tobar, 2004: 21). Esa red se sumó a otros tres mecanismos con los que contaba el programa: el sistema de información, los equipos de auditores propios que recorrían regularmente los CAPS, y una línea telefónica gratuita (Ministerio de Salud de la Nación, 2002: 19-22; 2006: 19).

Según testimonios de funcionarios nacionales, la decisión de distribuir los botiquines exclusivamente a los CAPS dio lugar a distintos debates en el COFESA en la fase de la puesta en marcha, que fueron saldados a partir de la decisión del ministro de Salud de la Nación.³⁸ La capacidad del equipo ministerial para gestionar los instrumentos de monitoreo fue un factor clave en la relación con los ministros provinciales (y en algunos casos con los gobernadores), que tuvo como telón de fondo las negociaciones con otro actor: el BID.

De un lugar residual a la definición de prioridades: el COFESA y los acuerdos entre la nación y los gobernadores

Aun en un contexto de profundos y masivos cuestionamientos, la recomposición de las relaciones políticas se libró también en los espacios de coordinación. En el nivel nacional, un escenario de articulación intergubernamental devaluado pero vigente era el COFESA. Creado por el Decreto Nacional 22373/81, era un órgano de coordinación intrasectorial del que participaban los responsables de los ministerios o secretarías de los Estados federados y estaba presidido por el ministro de Salud de la Nación.

Con una agenda centrada de manera casi exclusiva en la distribución de recursos nacionales, su dinámica de funcionamiento fue predominantemente expositiva y reclamativa (Rodrigáñez y Tobar, 2003; Potenza dal Masetto, 2004). Según Rodrigáñez y Tobar, la “participación y el diálogo tuvieron lugar por momentos, cuando las condiciones políticas (extrasectoriales) lo permitieron o cuando el debate sanitario lograba hacer aparición” (2003: 39). El debilitamiento del gobierno de la Alianza a nivel nacional frente a los gobernadores se expresó también en este ámbito: era percibido por los funcionarios provinciales como un espacio formal, una mirada que se conjugaba a su vez con la falta de liderazgo del Ministerio y su desprestigio. Estas tensiones resultaron en la conformación de espacios político-partidarios que operaban en el seno del

³⁸ Un desarrollo mayor de los avatares de la implementación lo presenta Tobar (coordinador del Programa Remediar en 2002 y 2003) en “Atendiendo la urgencia. El financiamiento público de medicamentos en tiempos de crisis” (2008: 23-35).

COFESA, como el bloque federal de ministros de salud durante el gobierno del presidente Fernando De la Rúa (ibíd.: 41).

No obstante estas limitaciones, la gestión que asumió el Ministerio los primeros días de enero definió, desde el inicio, que el COFESA sería el escenario privilegiado para celebrar acuerdos de política sanitaria. De ser un firmante más en el conjunto diverso de organizaciones del Acuerdo de Compromiso Sectorial de Salud del Diálogo Argentino, el COFESA fue adquiriendo relevancia en este primer momento como espacio catalizador de acuerdos que progresivamente viabilizaron la ejecución de políticas nacionales en las provincias. Según el trabajo del Ministerio de Salud antes aludido, la “convocatoria se regularizó y alcanzó un promedio de una reunión por mes (entre ordinarias, extraordinarias, técnicas y regionales), todas ellas con una asistencia perfecta” (ibíd.: 44). La declaración de la emergencia sanitaria nacional (Decreto Nacional 486/2002) precisó su papel en relación con dos núcleos de decisión: el establecimiento de los indicadores de asignación de los medicamentos e insumos y la definición de los criterios de uso racional de los medicamentos.

El contexto de la crisis fiscal de las provincias le confería gran importancia al primer núcleo de decisiones. Los estudios (ibíd.; Potenza dal Masetto, 2004) y testimonios de los entrevistados³⁹ coinciden en destacar que la definición de los índices a utilizar para la transferencia de recursos desde la nación hacia las provincias fue uno de los principales logros en ese momento. Los testimonios aluden a una partida asignada por el Ministerio de Economía al de Salud, en los primeros meses de la crisis, de cuatro millones de pesos, que se distribuyeron entre los Estados provinciales según los criterios discutidos y acordados en el marco del COFESA (Tobar, 2008: 27).

La *definición de prioridades para la asignación de los recursos entre las provincias* parece haber abierto un debate que atravesaría decisiones futuras y que estuvo *dominado por dos posiciones*: aquella que insistía en dar respuesta a la emergencia en los *hospitales*, por una parte, y la que planteaba priorizar el sostenimiento de la atención primaria desde el *primer nivel asistencial* en el contexto de un virtual derrumbe del sector, por la otra. La primera estaba enarbolada por una parte importante de los *gobernadores*, urgidos por la crítica situación de estos establecimientos en sus provincias; la segunda era protagonizada, principalmente, por el *Ministerio nacional*.

³⁹ Se apela a los testimonios como referencias indirectas al COFESA ya que recién a partir de mediados de 2003 se dispuso de las actas del organismo.

Acordados los criterios de distribución, los conflictos se desplazaron hacia las condiciones de asignación de los recursos en el interior de las provincias. En los debates en torno a la puesta en marcha del Programa Remediar se reprodujo, nuevamente, la tensión entre una posición preocupada por la *situación de los hospitales*—escenarios donde resonaba particularmente la carencia de insumos y medicamentos— y otra perspectiva que buscaba actuar fortaleciendo la *atención primaria de la salud desde los CAPS*. La situación de la provincia de Buenos Aires que analizaremos en lo que resta de este capítulo introduce la perspectiva de los actores subnacionales a este debate.

En el contexto del *default*, la posibilidad de replantear programas activos pero subejecutados con el BID (Decreto Nacional 808/2002) fue un punto de clivaje en la relación con las provincias, puesto que el Ministerio nacional comenzó a disponer de recursos financieros, con lo que ganó en liderazgo y capacidad de acción.⁴⁰ Esta iniciativa revirtió una tendencia declinante en la inversión nacional en atención médica de la salud, que había llegado al 0,26% del PIB en el año 2001 (inferior a la participación del gasto de los municipios: 0,35%), y logró ascender al 0,28% en 2002 y al 0,33% en 2003⁴¹ (anexo: gráfico 6 y tabla 5).

Originado también en la declaración de la emergencia sanitaria, el Consejo Nacional de Crisis del Sector Salud (hasta el mes de diciembre de 2002) y posteriormente el Consejo Nacional Consultivo de Salud (Decreto Nacional 2724/2002) fueron espacios abiertos a otros actores y complementarios al COFESA en la apuesta por recrear la confianza.⁴² Estas instancias tuvieron por misión proponer “alternativas para la identificación, formulación, aplicación y evaluación de las acciones destinadas a paliar las necesidades básicas de la atención de la salud, así como para alcanzar los consensos sectoriales necesarios para la instrumentación de las políticas sanitarias” (Decreto Nacional 2724/2002). En abril de 2003 se definió su composición (Resolución 269/2003) y quedó—entre los muchos participantes— un representante del COFESA, aunque posteriormente fue espaciando su dinámica de encuentro.

En un contexto caracterizado por una alta conflictividad que derivó en sucesivos adelantamientos de las elecciones, se suscribió—días antes de las

⁴⁰ A la magnitud que significó poder reorientar crédito externo, se sumaron el Programa de Cooperación Económica y Financiera Hispano-Argentino (Resolución Ministerial 223/2003), por el cual se adquirieron ambulancias.

⁴¹ Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica.

⁴² Cabe destacar que, en algunos casos, representantes del Consejo Nacional de Crisis del Sector Salud participaron de algunas reuniones del COFESA.

elecciones de marzo— el Acuerdo Federal de Salud en la ciudad de San Nicolás (22/3/2003), que tuvo como antecedentes el Compromiso Sectorial suscripto en el seno del Diálogo Argentino y el Compromiso Federal de Salud del 19/11/2002. El acuerdo fue suscripto por todos los ministros provinciales de la CABA y por el ministro de Salud de la Nación, e institucionalizó los avances logrados hasta ese momento en relación con el papel del COFESA y con las orientaciones de la política de medicamentos, así como también avanzó en la definición de una agenda común para el futuro.

Anclado en la problemática sociosanitaria que dejó la crisis, esta agenda se organizaba en torno a cinco cuestiones, en relación con las cuales había ya algún camino recorrido: la prioridad sobre la salud materno-infantil, la salud sexual,⁴³ la promoción de los seguros públicos de salud en el nivel provincial,⁴⁴ la unificación de esfuerzos en torno a un conjunto de programas protegidos y, por último, el fortalecimiento de la atención primaria de la salud a través de la priorización de las acciones en los CAPS. Las líneas de trabajo iniciadas o esbozadas en estos primeros años fueron adquiriendo importancia durante la presidencia de Néstor Kirchner en el contexto del Plan Federal de Salud 2003-2007.

La urgencia en el centro de la escena provincial

Al caracterizar la situación de partida del escenario nacional en el tránsito de la crisis planteábamos dos claves de análisis: el imperativo de gestionar la tensión entre la recomposición en el plano institucional y la acción colectiva en su movilización, por una parte, y las diferenciales herencias de la descentralización en el contexto del federalismo, por la otra. La soberanía de las provincias sobre la salud se había visto limitada por las condiciones en que se desarrolló la descentralización de los hospitales, colocando a los gobernadores como responsables de una proporción progresivamente mayor de establecimientos pero bajo condiciones financieras que fueron siendo cada vez más críticas.⁴⁵ El planteo de Faletti sobre la necesidad de analizar la secuencia administrativa, fiscal y política (Faletti, 2010) es una clave de análisis para *comprender los desafíos que*

⁴³ Tuvo como antecedente en este período la Ley 25673/2002: Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que fue reglamentada en el mes de mayo de 2003 (Resolución 269/2003).

⁴⁴ Su antecedente fue el Decreto 2724/2002, que creaba el Seguro Materno-Infantil.

⁴⁵ El caso de la provincia de Buenos Aires, como vimos, presentaba a su vez desafíos particulares, dado el papel asumido por los municipios en la década anterior.

impuso la herencia de la descentralización sobre las decisiones de política sanitaria en la arena provincial y sus diferencias con la nación.

La gravedad de la crisis fiscal en las provincias desplazó a un plano formal el poder de veto y la prerrogativa de no adherir (Arretche, 2003) a las políticas nacionales, potestades que distinguen al federalismo. La situación de la provincia de Buenos Aires era singular: en el año 2001, casi la totalidad de los 1.500 CAPS estaban bajo la órbita municipal, y el 44,53% (672) estaba localizado en el GBA, una región que concentraba el 62,8% de la población de la provincia. Las camas disponibles en los hospitales estatales eran 26.072; más de 8.300 (el 32%) estaban localizadas en el GBA y presentaban una distribución heterogénea: el 32% (2.662) eran municipales, el 63% eran provinciales (5.251), y solo el 5% eran nacionales (415).⁴⁶ En ese contexto, la distribución de responsabilidades que supuso la descentralización de los servicios de salud y el modo en que resultó su financiamiento parece haber configurado de modo diferente la agenda de la crisis en cada nivel de gobierno. El hecho de que en la provincia de Buenos Aires la declaración de emergencia sanitaria se anticipara en varios meses a los sucesos de diciembre, confirma esta presunción.

Con la emisión de bonos provinciales para el pago de salarios del sector público (Letras de Tesorería para Cancelación de Obligaciones, también denominados “patacones”) se institucionalizó la crisis económica y financiera en la provincia. En ese contexto general, la cuestión sanitaria ya aparecía planteada en la Ley Provincial 12727/2001, que declaró la emergencia económica, administrativa y financiera, y en los decretos que la reglamentaron. El Decreto Provincial 2092/2001 encuadraba más explícitamente la cuestión sanitaria en la emergencia y creaba el Comité de Crisis de los Servicios de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La agenda gubernamental en la provincia enfrentaba dos tipos de problemas: por una parte, aquellos derivados de la presión de una nueva demanda sobre los establecimientos estatales (resultado del desempleo y el subempleo y sus consecuencias en la crisis de las obras sociales nacionales); y por otra parte, las dificultades que padecía la obra social provincial (el Instituto Obra Médico Asistencial, IOMA) para cumplir con los compromisos con sus prestadores⁴⁷ y con más de un millón de afiliados (Arce, 2010: 433-435). Aunque se trataba

⁴⁶ Elaboración propia según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

⁴⁷ Nos referimos a la Asociación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires (ACLIBA), a la Federación de Clínicas de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA), al Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y a la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA).

de asuntos de distinto orden, impactaban material y políticamente en la agenda gubernamental. En el contexto de agudos conflictos en los hospitales provinciales, Felipe Solá demoró pocos días en designar como ministro a Ismael Passaglia, recientemente electo diputado provincial, quien formaba parte del equipo del ministro de Salud de la Nación Ginés González García en el Instituto Universitario ISalud.

La crisis fiscal provincial tuvo impactos importantes en el financiamiento del sector, con severas consecuencias en el desempeño de los servicios. Entre 2001 y 2003, la partida “atención pública de la salud” se mantuvo prácticamente estable en pesos corrientes (aumentó solo el 3,56% en un contexto hiperinflacionario), habiendo verificado una caída en el año 2002 (anexo: tabla 2). Los valores en porcentaje del PBG muestran que entre 2001 y 2003 el sector salud descendió en la provincia del 1,18% al 0,86% del PBG (anexo: tabla 4), lo que profundizó un rasgo que caracterizaba al sector: su rigidez presupuestaria (anexo: tabla 6). Concomitantemente, en 2001 se inició un descenso de la participación del gasto en salud sobre el gasto total provincial, que continuaría hasta 2008, con lo que perdió dos puntos en solo cinco años (anexo: tabla 3).

Distintos conflictos por demoras en el pago de los salarios, falta de insumos y problemas con los servicios tercerizados (limpieza, seguridad, alimentación) en la escena hospitalaria delineaban la trastienda de los debates que se libraban en el escenario del COFESA. *La especialización de la provincia en lo hospitalario, proceso forjado en la década anterior, enfrentaba una agenda altamente conflictiva y necesidades que no se vehicularían en la iniciativa más sistemática que ofreció el gobierno nacional: el Programa Remediar.* En un contexto de crisis financiera provincial, la incidencia del gasto en hospitales sobre el total alcanzó los valores más elevados de todo el período (a pesar de la insuficiencia del financiamiento): el 73% de la finalidad salud en 2002 y 2003 (anexo: tabla 6).

La prensa registra reclamos por reprogramaciones de cirugías y prácticas, y se llegó, en algunos casos, al cierre de algunos servicios. Los conflictos por la falta o las demoras en los pagos de los salarios completaban un panorama complejo que convertía al hospital en la mayor caja de resonancia de los problemas del subsector, y a las organizaciones de sus trabajadores, en los principales actores. La revisión de periódicos en aquellos meses devuelve imágenes, testimonios y registros de eventos que hablan de falta de insumos, reclamos de los proveedores de los hospitales y problemas para garantizar licitaciones.

A diferencia de lo que sucedió en otros sectores de políticas,⁴⁸ la cuestión sanitaria no aparecía vinculada a la acción directa de la ciudadanía; las demandas en este campo eran protagonizadas por las organizaciones sindicales. Paros, asambleas y reclamos atravesaron este primer momento y llegaron a la presentación de recursos judiciales por la falta de insumos y medicamentos. En el escenario hospitalario se destaca la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP), un gremio afiliado a la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), que tuvo en todo el período una importante capacidad de movilización en el GBA.

Retomamos aquí uno de los rasgos que caracterizan los años que preceden a la crisis en la provincia: la autonomía de los hospitales. Forjada en las últimas décadas,⁴⁹ fue también expresión de las dificultades que enfrentaron las distintas estrategias adoptadas por las autoridades provinciales para retomar su potestad reguladora.⁵⁰ *La crisis financiera del Estado provincial y de la seguridad social (como potencial fuente de recursos en la que abrevaba aquella autonomía) hizo resquebrajar un modelo ya atomizado y debilitado.* Las demoras en el pago de los salarios, la falta de insumos y las dificultades para cumplir con los contratos de servicios tercerizados fueron consecuencias de la crisis que atravesaron las organizaciones hospitalarias, débilmente articuladas con el Ministerio provincial.

A pesar de las escasas huellas institucionales encontradas, se trata de un período activo que tuvo como eje organizador del día a día la necesidad de garantizar recursos para el funcionamiento de los servicios. Las palabras del gobernador Felipe Solá en oportunidad de la inauguración del Hospital Zonal de Ezeiza en octubre de 2002 eran elocuentes de este imperativo: “El compromiso de esta gestión es tener un mayor presupuesto en salud, más atenciones, más medicamentos, más operaciones, más trasplantes. Ese es mi compromiso” (Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Memoria de Gestión 2002-2003: 37).

La escasez de registros documentales contrasta no solo con la producción que encontramos en el nivel nacional sino también con los registros provinciales previos, especialmente en relación con aquellas iniciativas y áreas que

⁴⁸ En este aspecto, se advierten fuertes diferencias con las demandas en torno a la pérdida de puestos de trabajo, protagonizadas por las organizaciones de trabajadores desocupados.

⁴⁹ La figura de los denominados “hospitales abiertos” es un ejemplo de las fuerzas endógenas sobre las que operaron las tendencias privatizadoras de los noventa. Ver referencia a la Declaración de Bolívar de 1988 y Arce (2010).

⁵⁰ Hacemos referencia a la Ley “Nuestro hospital” de 1991 y a la propuesta de conformación de los Consorcios Región Sanitaria (CORES) de 1997, aludidas en el capítulo 1.

estaban vinculadas con los programas con financiamiento externo.⁵¹ Aunque con importantes dificultades, siguió trabajando el Programa Materno Infanto-Juvenil regular de la provincia. En ese contexto, una iniciativa creada en 2002 y destacada por los entrevistados fue el Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), que organizó programáticamente la entrega de medicamentos e insumos que venía haciendo ese programa vertical. Un estudio de caso en el municipio de San Fernando se refiere a distintos testimonios que destacan también el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA) por haber sostenido el suministro de insumos de forma regular, aun durante la emergencia (Di Virgilio, 2012: 155).

La provisión de los insumos fue el tema central de la gestión provincial, presente en la agenda de los conflictos y en los registros de la gestión. La Memoria del Ministerio Provincial hace referencia a la producción y provisión de medicamentos, y se destaca el Banco de Drogas de Alto Costo para 800 pacientes crónicos y el Programa de Provisión de Medicamentos que se suma (según este documento) al Programa Remediar. Dicho informe alude también al aumento de la producción del Laboratorio Central de Salud Pública (Gobierno de la provincia de Buenos Aires, Memoria de Gestión 2002-2003, pp. 38-39).

El aumento en los costos de medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación impactó también en el abastecimiento: las convocatorias a presentación de ofertas quedaban desiertas y escaseaban insumos en el mercado. La centralización de las compras hospitalarias parece haber sido el instrumento más importante adoptado frente al incremento de los costos en los insumos hospitalarios (las fuentes consultadas se refieren a aumentos del 400%); en algunos casos, el Estado provincial actuó como agente importador, mediante lo cual se logró un ahorro del 50% (ibíd., p. 40). La resolución de la urgencia alteraba también la dinámica de los programas: un convenio preexistente al PNUD para la gestión del Seguro Público de Salud Provincial (SPSP) fue utilizado con la finalidad de comprar insumos y medicamentos que fueron posteriormente distribuidos a través de las regiones sanitarias (Ley Provincial 12971/2002).

La crisis afectó también el desarrollo de una de las iniciativas más innovadoras iniciadas en el año 2000, el SPSP, que estaba destinado a garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a la población sin cobertura formal o sin capacidad económica para adquirirla. Este dispositivo comprendía una serie

⁵¹ Nos referimos al Programa Materno-Infantil y Nutrición (PROMIN), en relación con el área de materno-infancia, y al Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), con relación al seguro público provincial.

de instrumentos desde los que buscaba intervenir en la atención buscando la separación de las funciones de prestación y provisión. Su primera etapa (2000-2002) estuvo orientada a dar cobertura a las manzanas del Plan Vida: alcanzó a 84.000 personas y fue gestionada desde las regiones sanitarias. Los impactos de la crisis se sintieron en la suspensión de los pagos a los prestadores⁵² y se dio de baja el convenio con el Colegio de Farmacéuticos, con lo que se perdió el acceso gratuito a los medicamentos (Báscolo y Yavich, 2010). Las características de los ítems presentes en la Ley Provincial 12971/2002 para ser adquiridos a través del PNUD recién aludido ponen en evidencia que los recursos transferidos al SPSP fueron utilizados para compras urgentes, destinadas tanto a hospitales como a pacientes crónicos. Se relanzó recién a mediados de 2003.

En la escena provincial tenían todavía escasa visibilidad los nuevos programas nacionales, orientados al fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud y que definieron como sus efectores a los CAPS. El *protagonismo que venían cobrando los municipios como actores de la política sanitaria desde la década anterior se profundizó a partir de la crisis*, lo que configuró, desde cada política local, espacios de gestión muy diversos (Chiara, Di Virgilio y Miraglia, 2008; Chiara, 2012b; Di Virgilio, 2012).

La evolución de las consultas en los establecimientos estatales pone de manifiesto el dinamismo que mostraron los municipios en ese período. Entre 2001 y 2003, las consultas en los CAPS (a cargo exclusivo de los municipios) crecieron el 15,26%, y algo menos, el 9,7%, en los hospitales (a cargo de la provincia y de los municipios). El incremento mayor se dio en el GBA, donde alcanzó una variación del 19,7% en los CAPS (en su totalidad de jurisdicción municipal) y del 10,41% en los hospitales. El segundo cordón mostró variaciones superiores, tanto en consultas en CAPS como en hospitales, a los promedios del GBA (anexo: gráficos 10 y 12).

La composición de los *egresos hospitalarios* (provinciales y municipales) muestra un panorama más heterogéneo. Mientras que la variación promedio entre los años 2001 y 2003 no superó el 7% (con algunas leves diferencias en el interior del GBA), se destacan situaciones locales que están muy por encima de esos valores: Malvinas Argentinas, 74,43%; San Fernando, 24%; Lanús, 22,4%; y Esteban Echeverría, 17,9% (anexo: gráficos 11 y 13).

En sentido contrario al dinamismo relativo que mostraron los municipios en salud en estos años, *las transferencias de la provincia a través del Régimen de*

⁵² Llegaron a estar ocho meses sin recibir el pago de los contratos (entrevista a alto funcionario provincial, 9/2008).

Salud de la Coparticipación fueron en descenso, lo que puso en evidencia la vulnerabilidad de los recursos procíclicos en contextos de crisis. Entre los años 2001 y 2002, en el GBA bajaron de 142 a 132 millones de pesos corrientes, y alcanzaron los 183 millones en el año 2003 (anexo: gráfico 8). En sus valores agregados representaron entre el 37% (2001 y 2002) y el 44% (2003) de un gasto municipal en salud que encontraba dificultades para mantener una inversión que acompañara la presión de la demanda creciente de población sin otra cobertura que la del subsector estatal (anexo: gráfico 9).

Recapitulación

La crisis que hizo eclosión a finales del año 2001 constituyó un punto de clivaje para el sector salud en el GBA en distintos sentidos. Los *problemas de empleo* y sus consecuencias en la *pobreza* así como el *aumento de los precios de los alimentos* de la canasta básica se combinaron y generaron impactos particularmente dramáticos en determinados grupos poblacionales y territorios. El crecimiento de la *mortalidad infantil* y la emergencia de *nuevas patologías* asociadas a los modos de vida y al deterioro del ambiente son algunos de sus emergentes más evidentes en esta región.

La destrucción de puestos de trabajo generó a su vez un *cambio en la estructura de la demanda* de los servicios, lo que provocó desplazamientos de población expulsada de obras sociales y servicios de medicina privada hacia el subsector estatal. Estos procesos tuvieron como consecuencia un *incremento en la demanda*, que se expresó particularmente en el aumento de las consultas en los establecimientos municipales sin internación y en la segunda corona del conurbano, así como también un cambio en el perfil de la demanda, con expectativas y capacidad de reclamo diferentes. El aumento de los precios de los insumos médicos en concurrencia con la crisis del Estado provincial y las demoras en el pago de salarios y contratos modelaron otra de las dimensiones de la crisis: la *emergencia en los servicios estatales*. La suspensión de cirugías y prácticas programadas abrieron paso a la atención de la urgencia y a una mayor presión sobre los establecimientos sin internación municipales.

En un contexto de alta convulsión, los intendentes del GBA fueron tan cuestionados como el resto de los actores gubernamentales, pero se distinguían por su capacidad para actuar en un territorio complejo y conflictivo. Relatos de signo diferente jerarquizan su protagonismo en los días de diciembre, así como también su influencia en la definición de la candidatura de Eduardo Duhalde como presidente provisional, para quien, paradójicamente, representaron (por

sí y por la naturaleza de la conflictividad que les era próxima) su principal amenaza. El desplazamiento de Carlos Ruckauf de la gobernación de la provincia también los tuvo como protagonistas; la posición que ocuparon en el gabinete del primer gobierno de Felipe Solá puede ser interpretada desde esta perspectiva. Esta ecuación definió un lugar singular para los municipios, que, tal como se esquematiza aquí, no volvió a producirse en otros momentos del período.

En el tránsito de la crisis se sucedieron dos procesos: el rechazo al conjunto de la dirigencia política y las instituciones, expresado en la consigna “que se vayan todos”, y la reaparición de esa misma dirigencia constituyéndose (a pesar de los cuestionamientos) en actores de la salida de la crisis. En la historia reciente, esta paradoja se plantea como una *primera clave* para comprender la dinámica político-institucional: *el imperativo de gestionar la tensión entre la recomposición en el plano institucional y la acción colectiva* se convirtió en el principal desafío de la acción de gobierno, que se trasladó, con distintas mediaciones, a cada campo particular de políticas.

La *segunda clave* de análisis es específica de la salud y se remonta a la historia larga de la descentralización, un proceso a través del cual los gobernadores terminaron siendo responsables de una proporción progresivamente mayor de establecimientos, aunque bajo condiciones financieras cada vez más críticas. En la provincia de Buenos Aires, esta situación convivió a su vez con procesos equivalentes en los municipios. La situación financiera de la provincia era de suma fragilidad. La sucesiva emisión de bonos y las demoras en los pagos de salarios y contratos se sucedieron en los años que siguieron a la eclosión de diciembre con una reducción abrupta a valores reales de las partidas destinadas a los salarios.

Germinando en tiempos distintos, estos dos procesos condicionaron los márgenes de acción y las restricciones de la política sanitaria en cada nivel gubernamental, tanto por los *problemas* que enfrentaron como por los *actores* con los que dialogaban las intervenciones. La herencia de la descentralización configuró de modo diferente los *problemas* que ingresaron a la agenda de cada jurisdicción. Mientras que *las decisiones provinciales y municipales* estuvieron dominadas por la responsabilidad sobre la provisión de servicios (hospitales en el caso de la provincia y ambos niveles en el caso de los municipios) y sus urgencias, la *agenda nacional* (casi sin servicios a cargo) fue desafiada por los problemas que derivaban de las consecuencias que en el funcionamiento del sector tuvieron las decisiones macroeconómicas. El incremento en el costo de los medicamentos pasó a ser el eje escogido en este primer momento por el Ministerio de Salud de la Nación.

Las diferencias en el entramado de *actores* en el que cada ministerio jugó sus apuestas fue otro rasgo distintivo entre niveles de gobierno, heredado de la descentralización de décadas pasadas. Mientras que el Ministerio de Salud de la Nación logró (especialmente a partir del reordenamiento del crédito externo) un lugar de *autonomía relativa en el entramado de actores gubernamentales* (especialmente en relación con los gobiernos provinciales), el *Ministerio provincial fue acotando su margen de acción a la administración de los rígidos recursos presupuestarios*, y enfrentó conflictos que tenían al hospital como la mayor caja de resonancia pública de los problemas del subsector y a las organizaciones sindicales de sus trabajadores como los principales actores.

Así, procesos de una historia larga y de otra más reciente convergieron en el tránsito de la crisis y configuraron una situación en cuyo contexto *el Ministerio de Salud de la Nación adquirió un lugar central*. Distintos atributos de este actor permitieron aprovechar las condiciones favorables de aquella situación y abandonar el lugar residual al que había quedado confinado en la década anterior: los *intereses* (la vocación por liderar la política sanitaria de parte del equipo del Instituto Universitario ISalud), los *recursos* (la capacidad de negociación, de descifrar el contexto y de autoridad) y las nociones e ideas de los que era portador el equipo de gobierno.

La situación de la provincia era más compleja. El *Ministerio provincial era responsable de la provisión de servicios de salud en un conjunto importante de hospitales* y a su vez *no contaba con recursos capaces de regular la creciente autonomía de los municipios en salud*, a cargo de la totalidad de los CAPS y de más de un tercio de las camas disponibles para internación. Los *arreglos institucionales* muestran a su vez capacidad diferente para gestionar, en uno y otro nivel, aquella tensión entre los procesos político-partidarios e institucionales y la acción colectiva. En el nivel nacional, la Mesa del Diálogo Argentino, el COFESA), el Comité Nacional de Crisis del Sector Salud, posteriormente Consejo Nacional Consultivo de Salud, el Consejo Asesor Intersectorial Programa Remediar, la incorporación de la Cruz Roja y de Cáritas como auditores sociales en el mismo programa fueron arreglos diversos orientados a “abrir el juego” a otros actores (gubernamentales y de la sociedad) que formaron parte de la estrategia nacional.

Contrastando con esta dinámica, el gobierno provincial apeló a las estructuras regulares; con éxito diferente, a las regiones sanitarias y sus consejos y a la suscripción del Pacto Social de Salud, acerca del cual se tiene apenas alguna referencia. El registro periodístico y los testimonios de autoridades sanitarias y de altos funcionarios provinciales dan cuenta de la relevancia que tuvieron en aquellos tiempos los actores gremiales marcando la agenda, en cada conflicto

particular, con escasos y débiles arreglos institucionales desde los cuales procesar acuerdos más allá de las mesas de negociación salarial.

Como puede advertirse, el modo en que cada nivel gubernamental transitó la crisis en el GBA (historia reciente) estuvo muy condicionado por los legados de aquella historia larga a partir de la cual se conformó el sector. La elección de autoridades en todos los niveles en el año 2003 abrió un período nuevo que puso a prueba a los actores gubernamentales en su voluntad y en las posibilidades de tomar distancia de aquellos legados.

Capítulo 3

Avatares en la construcción de una agenda sanitaria (2003-2007)

Introducción

Si bien la crisis de 2001 representó un punto de quiebre que afectó al conjunto de los actores, el modo en que cada nivel gubernamental transitó la salida fue diferente y estuvo signado por la inercia de procesos previos. Los problemas que formaron parte de la agenda y las diferencias en el entramado de actores de cada nivel gubernamental estuvieron determinados no solo por los compromisos sobre la provisión de los servicios sino también por la diferente situación financiera que enfrentó cada jurisdicción.

Desde una aproximación macro, este capítulo continúa la reconstrucción de la política de atención de la salud orientada a establecimientos estatales en los niveles nacional y provincial (en sus continuidades y clivajes). El análisis está acotado a aquellos dispositivos que se implementaron (desde la nación y la provincia) en el GBA.

La asunción de las autoridades electas marcó, entre los meses de mayo y septiembre de 2003, el comienzo de un tiempo caracterizado por una progresiva recuperación económica, social y también política. Este período finaliza en diciembre de 2007 con el cambio de autoridades en todos los niveles de gobierno.

Este capítulo se compone de cinco apartados. A esta introducción le sigue un segundo apartado que presenta una caracterización de los procesos más significativos del contexto, mientras que el tercero y el cuarto reconstruyen en perspectiva general y diacrónica las políticas nacionales y provinciales en sus dispositivos e instrumentos. Finalmente, se recapitulan los principales nudos del período.

La salida de la crisis

La asunción de Néstor Kirchner a la Presidencia de la Nación estuvo signada también por una debilidad originada en dos situaciones que se fueron revirtiendo progresivamente: la primera, el hecho de haber resultado electo con apenas el 22% de los sufragios;¹ la segunda se origina en que ese magro capital había sido aportado por Eduardo Duhalde y su cuestionada estructura partidaria bonaerense. La confirmación de una parte del gabinete de su antecesor mostró también ese apoyo; entre ellos figuraba el ministro de Salud de la Nación, Ginés González García.

Gobernador de una provincia de apenas 200.000 habitantes (Santa Cruz), Néstor Kirchner enfrentó una agenda compleja y conflictiva: la relación con el FMI y la renegociación de la deuda, el imperativo de la reactivación de la economía, el rescate de las cuasi monedas en las provincias, los problemas de empleo y el deterioro de las condiciones de acceso a bienes y servicios básicos expresados en índices alarmantes de pobreza.

Aunque con menor intensidad que en el período anterior, la acción colectiva de las organizaciones de desocupados sostenía una importante presencia en las calles y era uno de los emergentes más críticos de la agenda que desafiaba al nuevo presidente y al gobernador de la provincia de Buenos Aires. El contexto electoral había activado las viejas y cuestionadas estructuras partidarias, mientras que el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (PJJHD) volvió a poner a las instituciones estatales como punto de acceso a los recursos.

En este contexto, Néstor Kirchner buscó construir una identidad propia y un capital político para sustentarla. Dejando atrás el escenario de la Mesa del Diálogo Argentino, retomó demandas que habían quedado planteadas a finales del año 2001 y se habían enhebrado en la consigna “que se vayan todos”, y desde ellas fue demarcando una arena política centrada en su liderazgo. Como destaca Slipak, lo que para la gestión del presidente Duhalde eran límites con el modelo económico de los noventa, para Kirchner esos límites se fueron convirtiendo en una frontera (discursiva, en el análisis de la autora) respecto de un pasado inmediato signado por las políticas económicas de cuño neoliberal:

Creo que estamos haciendo un gran esfuerzo los argentinos por tratar de reconstruir esta Argentina que viene de las ruinas mismas, estamos en el infierno mismo tratando de escalar la salida hacia un futuro distinto

¹ Aunque habiendo obtenido algunos puntos más que Néstor Kirchner en la elección nacional, Carlos Menem se retiró de la contienda antes del *ballotage*.

(palabras en la ciudad de Quilmes, provincia de Buenos Aires, 4/3/2004) (2005: 12).

Después de complejas negociaciones con el FMI,² a comienzos de 2005 el gobierno nacional alcanzó un acuerdo de reestructuración de la deuda pública que permitió reducir el volumen de las obligaciones y alivió los flujos de los pagos comprometidos (Anlló, Kosacoff y Ramos, 2007: 9). La deuda, que en 2002 representaba el 143% del PIB, había descendido al 66% hacia fines de 2005, momento en que “el gobierno anunció el pago anticipado de la deuda que el país tenía con el FMI con el objeto de poner punto final a los condicionamientos externos sobre la política argentina” (Peralta Ramos, 2007: 413-415).

La política económica combinaba el mantenimiento de un dólar alto y retenciones a las exportaciones, lo que posibilitaba el superávit fiscal y la continuidad de los subsidios a desocupados a través del PJJHD y otros programas. El tipo de cambio alto cumplía con la finalidad de promover la sustitución de las importaciones, brindando en la práctica protección a los grupos más concentrados de la industria y la exportación. Esta dinámica condicionó también el perfil del crecimiento de la balanza comercial, basado en el 85% en bienes primarios, combustibles y manufacturas de bajo contenido tecnológico e intensivas en recursos naturales. En este contexto sobresale el marcado y sostenido crecimiento del sector agropecuario, basado en la expansión de la frontera agrícola y en la incorporación de tecnología (Anlló, Kosacoff y Ramos, 2007: 14-15). Aun señalando los desafíos pendientes, distintos estudios aluden al crecimiento de la economía en este período, expresado en una tasa acumulativa anual promedio del 8,7% entre 2002 y 2007 (ibíd.: 7-8).

Distintas iniciativas del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación buscaron complementar el PJJHD y, posteriormente, al Plan Familias por la Inclusión Social: el Plan de Seguridad Alimentaria, que implicaba la transferencia de recursos a las provincias, y el Plan de Desarrollo Local y Economía Social Manos a la Obra, que promovía el desarrollo de emprendimientos productivos (ONG, comuna o municipios) financiando proyectos de manera directa a través de diversas líneas de crédito (Rodríguez Enríquez, 2005; Chiara, 2009).

Las relaciones entre la nación y las provincias enfrentaron en la salida de la crisis una agenda compleja en lo macroeconómico que tuvo severas consecuencias para la autonomía de los gobiernos provinciales. En primer lugar, merece

² Propuesta de Dubái, septiembre de 2003; propuesta de Buenos Aires, junio de 2004 (Peralta Ramos, 2007: 414).

destacarse (hacia fines de 2002) el Programa de Financiamiento Ordenado de las finanzas provinciales, mediante el cual el Estado nacional asistió financieramente a las provincias a través de un Fondo Fiduciario para el Desarrollo Provincial (FFDP). En ese contexto, las provincias asumieron el compromiso de cumplir determinadas metas relativas a la reducción del déficit fiscal, el establecimiento de límites en las posibilidades de contraer deuda, el compromiso de presentar proyecciones de presupuestos plurianuales, así como también el cumplimiento de no contraer nuevos endeudamientos. Durante 2003 y 2004 la provincia de Buenos Aires suscribió estos acuerdos y se comprometió con el cumplimiento de metas fiscales en ese sentido (Salim *et al.*, 2010: 47).

El acuerdo en torno al Programa de Unificación Monetaria (PUM), mediante los decretos nacionales 743/2003 y 957/2003, ratificados por la Ley Nacional 25736, fue una segunda medida que puso fin a la emisión de bonos tanto en las provincias como en la nación; los bonos fueron reemplazados por pesos argentinos y las provincias asumieron con el Estado nacional la deuda resultante de su rescate (Salim *et al.*, 2010: 48).

En el plano financiero, la tercera medida que modeló la relación entre la nación y las provincias fue la Ley de Responsabilidad Fiscal (Ley Nacional 25917/2004), por medio de la cual se dispuso que la tasa de crecimiento del gasto (nacional y también provincial) no podría superar el 15% de los recursos corrientes; la ley entró en vigencia en 2005 con la adhesión de 21 provincias. En casos de incumplimiento, la ley “contemplaba la limitación al otorgamiento de avales y garantías por parte de la nación, la suspensión de transferencias nacionales que no provinieran de impuestos coparticipables y la suspensión de autorizaciones para nuevas operatorias de crédito” (Sabaini y Jiménez, 2011: 36). La provincia de Buenos Aires se adhirió por medio de la Ley Provincial 13295 y suscribió desde el año 2005 los Programas de Asistencia Financiera, que eran la continuidad de los Programa de Financiamiento Ordenado.

En ese período comenzaron a cobrar relevancia también las transferencias de origen nacional con afectación específica, particularmente aquellas destinadas a gastos de capital realizadas desde la órbita del Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios (Basile *et al.*, 2011: 18). En adelante, este tipo de transferencias formaron parte regular del repertorio nacional.

Distintos estudios (Anlló, Kosacoff y Ramos, 2007; Groisman, 2008) aluden a una mejora en el empleo. En el GBA la tasa de desocupación se redujo del 19,3% en 2002 al 8,3% en 2007, mientras que la subocupación horaria descendió del 19,3% al 10,7% (anexo: gráfico 1). Según Groisman, esto favoreció a aquellos

trabajadores con nivel educativo alto y relegó la participación en la actividad económica de los miembros de los hogares más pobres (2008: 217).

Sin embargo, la mejora en el empleo no registrado fue algo menor: pasó del 49,7% a principios de 2003 al 39% a fines de 2007.³ Este retraso permite explicar que la salida del desempleo no haya impactado de manera automática en la incorporación de esta población a una cobertura de salud alternativa a la ofrecida por el Estado. Los datos confirman la dificultad para superar porcentajes que continúan siendo elevados en relación con los logros alcanzados en materia de empleo. La Encuesta Permanente de Hogares muestra un descenso importante de la población sin cobertura de obra social o prepaga entre 2003 y 2007 para el total de los aglomerados (del 45,8% en 2003 al 35,3% en 2007). En los 24 partidos del GBA se reproduce la tendencia decreciente, aunque desde valores algo más elevados: del 52,5% de la población sin cobertura de obra social o prepaga en 2003 al 40,9% en 2007 (anexo: gráfico 5).

Los cambios en la dinámica económica y la recuperación de conquistas históricas en materia de derechos laborales tuvieron también repercusiones políticas que se expresaron, entre otras relaciones, en la incorporación de la CGT liderada por Hugo Moyano a la alianza de gobierno hasta casi la muerte de Néstor Kirchner en 2010 (Etchemendy, 2012). El aumento de los salarios, la masividad de la cobertura del PJJHD y la acción de programas asistenciales complementarios explican también la mejora en los porcentajes de población bajo la línea de pobreza, que en el GBA descendió del 53,5% al 24,3% entre 2003 y 2007.

La recomposición de los haberes jubilatorios y la extensión de la cobertura de los adultos mayores a través de la moratoria y la jubilación anticipada en 2005 (que incrementó del 62% al 76% entre 2004 y 2007 respectivamente la población cubierta) fueron otros cambios en el sistema de protección, con importantes consecuencias en el acceso de esta franja de población a los servicios del INSSJP-PAMI (Danani y Beccaria, 2011: 118-121).

La situación de la provincia era diferente a la que enfrentaba el gobierno nacional. Como en el período anterior, otra agenda desafiaba la dinámica político-institucional provincial, dependiente de las transferencias de la nación para la gestión regular de los servicios. En las elecciones provinciales⁴ resultó

³ Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales (MTEYSS), Dirección General de Estudios y Estadísticas Laborales, según EPH continua (INDEC).

⁴ Cabe recordar que las elecciones provinciales se concretaron unos meses después que las nacionales, el 14 de septiembre de 2004.

revalidado (con el apoyo de Eduardo Duhalde) Felipe Solá (candidato del Partido Justicialista) en el cargo de gobernador, con el 43% de los votos.⁵

El mapa político municipal en los 24 partidos del GBA mostró resultados equivalentes: en diecisiete municipios triunfó el Partido Justicialista; en seis, distintos partidos vecinalistas; y en uno, el Frente Popular Bonaerense. Más allá de esta convergencia en los resultados electorales, o quizás a causa de ella, los intendentes del conurbano perdieron en este período importancia en un gabinete provincial en el que parece haberse privilegiado la confianza personal con el gobernador y el acercamiento al gobierno nacional.⁶

Aunque en recuperación, la situación fiscal de la provincia de Buenos Aires revestía particular gravedad dada la magnitud de los servicios sociales financiados con el presupuesto provincial. Luego de la fuerte contracción en 2002, el gasto público total se fue recuperando, y pasó de 15.661 millones en 2004 a 32.602 millones en 2007 (el 108,17%). Un crecimiento algo superior sufrió el gasto público social provincial y en recursos humanos (117,21%), una diferencia que se dio gracias al aumento del gasto en educación (anexo: tabla 2). Esta recuperación en pesos corrientes también puede leerse en los porcentajes del PBG: el gasto total pasó de representar el 9,92% del PBG en 2003 al 11,08% en 2007 (lo que evidencia una diferencia relativa interanual del 11,69%). En su conjunto, los servicios sociales mostraron un crecimiento interanual superior (18,61%), basado en el aumento en educación, que fue la finalidad que más creció en ese período (30,3%).⁷

El año 2005 fue un punto de inflexión en varios sentidos. Desde el punto de vista político, las elecciones legislativas de octubre fueron para el presidente Kirchner una oportunidad para plebiscitar su mandato e independizarse del expresidente Eduardo Duhalde. Con esa finalidad buscó disputar el control de la estructura del Partido Justicialista de la provincia de Buenos Aires, lo cual suponía entablar una relación directa con los intendentes municipales. Con un discurso que tomaba distancia de la denominada “vieja política”, el gobierno nacional convocó a refundar la acción estatal, y se convirtió en el interlocutor del peronismo. Esa interlocución se haría desde un discurso liberal (fundado en nociones como pluralidad, derechos humanos y dignidad) que opacó, según Slipak, otros componentes populistas (2005: 18-20). Esa apuesta a plebiscitar

⁵ <http://www.juntaelectoral.gba.gov.ar/mapa-provincia-bsas.php>

⁶ *Página/12*, 3/12/2003.

⁷ Elaboración propia según datos de Salim *et al.*, (2010: 95).

la gestión culminó en las elecciones legislativas de la provincia del año 2005 con el triunfo por el 45% de los votos de la Alianza Frente para la Victoria.⁸

Desde el punto de vista económico, en 2005 la inflación fue uno de los principales problemas que enfrentó el gobierno, lo que derivó en los primeros escarceos con algunas empresas petroleras y con empresarios de la cadena de producción y comercialización de alimentos. En esas disputas se combinó la aplicación de instrumentos directos (como la suspensión de exportaciones de carnes) y otros que buscaban la movilización de actores (de los “viejos” y de los “nuevos”) en el control de los precios. En relación con estos últimos cabe destacar una propuesta: la apelación a controlar los precios “poniendo en marcha una ‘liga de seguimiento de precios’ que incluiría a intendentes, a las organizaciones nacionales y provinciales vinculadas a la defensa del consumidor y a distintas organizaciones sociales” (Peralta Ramos, 2007: 440). Esta iniciativa expresó otra manera de gestionar aquella tensión entre la movilización y la institucionalidad en torno al problema de la inflación.

La preocupación por la inflación y el estilo presidencial se conjugaron a mediados de 2006 en un conflicto que, aunque resuelto finalmente, tuvo consecuencias en las finanzas municipales. El interés del gobierno nacional por mantener los equilibrios macroeconómicos (en relación con los impactos del incremento de las tasas municipales en el índice de inflación) y las demandas de los actores sociales (en particular de las organizaciones de consumidores) se concretaron en un pedido explícito y directo de parte del presidente de la Nación a los intendentes del GBA por la suspensión de los aumentos en las tasas municipales.⁹ Esta decisión repercutió en los presupuestos municipales y se expresó en la generalización de recursos adicionales vía “aportes no reintegrables del tesoro nacional”, en muchos casos, fundados en la necesidad de alcanzar equilibrios financieros en las cuentas municipales.¹⁰

⁸ Frente para la Victoria es el nombre de la alianza electoral creada por el expresidente Néstor Kirchner para competir en las elecciones realizadas en 2003, en las que fue electo presidente (2003-2007). Estaba integrada, entre otros, por sectores del Partido Justicialista y de la Unión Cívica Radical, el Partido Comunista y el Partido Humanista (Vitale y Maizels, 2011: 337).

⁹ *Clarín*, 28/2/2006: “Costo de Vida. Comunas bonaerenses. Municipios frenarán subas de tasas por seis meses”; “Los jefes comunales reaccionan a la presión del presidente Kirchner y las quejas de los contribuyentes”. *Clarín*, 1/3/2006: “Marcha de consumidores en la Capital. Con auxilio del gobernador Felipe Solá, los intendentes frenaron el aumento de impuestos”; “A última hora de anoche, los municipios acordaron conformar una comisión que analizará las necesidades financieras de los distritos. La provincia les daría auxilio a las localidades que lo requieran”.

¹⁰ En todo el período, pero particularmente en 2005 y 2006, se encuentran decretos provinciales que aceptan las transferencias a municipios en concepto de “aportes no reintegrables del tesoro

A fines de 2005 y principios de 2006 tuvieron lugar importantes reformas en el campo de la educación. Merecen destacarse la Ley de Financiamiento Educativo (Ley Nacional 26075/2005; Decreto Reglamentario 459/2006) y la Ley de Educación (Ley Nacional 26206/2006). La Ley de Financiamiento Educativo introdujo mecanismos para la coordinación de la inversión sectorial en los distintos niveles de gobierno con el objeto de que el gasto educativo alcanzara el 6% del PIB en el año 2010. Para ello, se previeron tres acciones concurrentes: la división de responsabilidades de financiamiento en cada nivel de gobierno, un horizonte temporal con metas anuales de recursos y la definición de la fuente de estos últimos. La Ley de Educación, por su parte, estableció la obligatoriedad de la enseñanza secundaria (por lo que se incrementó de 10 a 13 años la escolaridad obligatoria), definió una estructura educativa común para todas las regiones del país e incluyó el tratamiento de la educación pre-escolar, especial, rural, artística, intercultural bilingüe y no formal. La ley fue precedida por un proceso de consulta pública que involucró a los miembros de la comunidad educativa y a distintos sectores sociales.

La Ley de Financiamiento Educativo es importante para nuestro análisis en dos sentidos: en primer lugar, porque fue un ejemplo del alcance posible de un mecanismo financiero de coordinación intergubernamental; y en segundo lugar, porque el compromiso establecido por las provincias terminó afectando indirectamente a las partidas provinciales para salud. Una externalidad política de estas dos iniciativas fue el acercamiento de la Central de Trabajadores de la Educación de la República Argentina (CTERA) a la alianza gobernante (Etchemendy, 2012).

Promediando el período, el crecimiento del empleo motorizó decisiones importantes respecto del rumbo a seguir con el PJJHD. Habiendo sido prorrogado por el Decreto Nacional 1506/2004 hasta finales de diciembre de 2005 (en el último cuatrimestre alcanzaba a 1.462.000 beneficiarios),¹¹ se planteó su reconversión a partir de dos alternativas de opción voluntaria que suponían comenzar a distribuir responsabilidades entre ministerios nacionales respecto a grupos poblacionales diferenciados según fueran las condiciones para su incorporación en el mercado de trabajo: el Programa Familias por la Inclusión Social (destinado particularmente a madres con más de dos hijos y mayormente inactivas) quedó bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, mientras que el Seguro de Empleo y Capacitación (con montos

nacional": http://www.gob.gba.gov.ar/dijl/DIJL_buscadore.php?pagina=6&T1=&T2=aporte+no+reintegrable&tipo=02&tt=tt (recuperado el 23/4/2011).

¹¹ Ver Kostzer (2008: 27).

mayores, tutorías, redes de intermediación y formación) permaneció en la cartera de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

A partir de un antecedente financiado por el BID,¹² el Programa Familias por la Inclusión Social fue lanzado por el gobierno nacional en octubre de 2004 para acoger a “beneficiarias del PJJHD que optaran por cambiar de plan asistencial a partir de haber sido evaluadas como ‘inempleables’”¹³ (Campos, Faur y Pautassi, 2007: 13). Esta iniciativa se propuso “promover la protección e integración social de las familias en situación de vulnerabilidad y/o riesgo social, desde la salud, la educación” (Resolución del Ministerio de Desarrollo Social 825/2005, art. 1) y el desarrollo de capacidades para posibilitar el ejercicio de sus derechos básicos. Para ello organizó sus acciones mediante dos componentes: uno de “ingreso no remunerativo” y otro de “promoción familiar y comunitaria”. La meta a alcanzar en 2007 era de 400.000 receptores. En cada municipio se conformó un Centro de Atención Local (CAL), en algunos casos en convenio con universidades nacionales (Plan Familias, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, s/f).

En lugar de una contraprestación laboral, las mujeres receptoras tenían como obligación ocuparse de la escolaridad y la salud de sus hijos, además de tener la posibilidad de capacitarse laboralmente. La “condicionalidad de los controles de salud para el otorgamiento de transferencias directas” era un instrumento que estaba presente en el PJJHD y que mantuvo el Programa Familias por la Inclusión Social. Como se advertirá más adelante, seguirá presente también en la Asignación Universal por Hijo (AUH). A diferencia de esta última, en los casos del Plan Familias y del PJJHD llevaba el nombre de “contraprestación”.

En suma, se trataba de un contexto muy activo en el que se profundizaron las diferencias entre el nivel nacional y el provincial. Si bien las autoridades nacionales electas habían heredado conflictos y el desafío de encauzarlos institucionalmente, el acuerdo de la reestructuración de la deuda externa, la recuperación de la balanza comercial y una mejora sustantiva en la situación social (aumento del empleo y disminución de la pobreza) permitieron abrir una agenda nueva que fue organizando la arena política con centro en el liderazgo del presidente Néstor Kirchner.

¹² Originado en el Programa de Apoyo a Grupos Vulnerables, fue reconvertido durante la crisis y se le incorporó un componente de Ingreso para el Desarrollo Humano (IDH) (Campos, Faur y Pautassi, 2007: 13).

¹³ Cabe destacar que este ha sido uno de los aspectos más cuestionados del programa.

La consolidación del papel del Ministerio nacional y su retorno a los servicios

El gobierno electo en abril de 2003 encontró en salud una situación bastante más favorable que en otros ámbitos de la política social: el estatus residual del Ministerio nacional era parte de la historia. La iniciativa recuperada, las acciones en marcha y la existencia de ciertas rutinas en las relaciones entre la nación y las provincias eran puntos de partida nada desdeñables en un contexto de crisis que seguía marcando la agenda del gobierno.

Confirmado en su cargo, Ginés González García continuó siendo el ministro de Salud de la Nación durante toda la presidencia de Néstor Kirchner. Aquella autonomía forjada en la tensión y el diálogo con los gobernadores de las provincias cobró en este período mayor institucionalidad. Se fortalecieron líneas de trabajo previas y se hicieron visibles otras, apenas esbozadas en el período anterior. Al Programa Remediar (iniciativa de mayor envergadura que se venía llevando adelante) se sumaron otros dispositivos que fueron haciendo más densa la acción gubernamental en torno a algunos ejes prioritarios de acción. Se trataba de programas, encuestas, leyes y resoluciones que convergieron en torno a problemas planteados como objeto de la acción gubernamental, y que generaron regulaciones, interacciones e información.

Estas líneas de trabajo ya figuraban en la agenda de los acuerdos intergubernamentales precedentes. El Acuerdo de Compromiso Sectorial de Salud de la Mesa del Diálogo Argentino, la declaración de la emergencia sanitaria y el Acuerdo Federal de Salud fueron los antecedentes a partir de los cuales se construyó la política nacional. Aun reconociendo estas continuidades, el crecimiento económico, la mejora de los indicadores fiscales, de las condiciones sociales y la reestructuración de la deuda –entre otros procesos– definieron un contexto nuevo desde el que fue posible recuperar una agenda para trascender el corto plazo de la emergencia y abordar los problemas del sector. Contrastando con la situación de normalidad que estos cambios del contexto iban delineando, la declaración de emergencia siguió siendo el marco legal que (aunque modificada en sus contenidos) estuvo vigente en todo el período a partir de la prórroga dispuesta por parte del Parlamento nacional¹⁴. En los márgenes de discrecionalidad que habilitaban esta normativa general, se establecieron las condiciones

¹⁴ Hacemos referencia aquí a las leyes nacionales 25972/2004, 26077/2005, 26204/2006 y 26339/2007. Cabe destacar que el seguimiento de la emergencia estuvo en todos los casos bajo la mirada de una comisión bicameral.

relativas a la gestión de lo sanitario, aunque en un contexto que distaba bastante de aquel que le había dado origen.

Más específicamente, la emergencia sanitaria fue instaurada originalmente mediante los decretos nacionales 486/2002 y 2724/2002, y fue prorrogada en diciembre de 2003 por el nuevo gobierno mediante el Decreto Nacional 1210/2003. Además de definir cuestiones relativas al sistema de la seguridad social, al alcance del Programa Médico Obligatorio y al INSSJP-PAMI, este último decreto instruía al Ministerio de Salud nacional para que acordara en el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA) un Plan Federal Plurianual de Promoción y Prevención (art. 8 del Decreto Nacional 1210/2003).

En el capítulo anterior dejamos planteado que *tener (o no) responsabilidad primaria sobre los establecimientos sanitarios* fue un atributo que marcó el modo en que cada nivel gubernamental transitó la crisis. Aun destacando la singularidad de los cambios en el contexto, esta variable parece haber influido también en la salida de la crisis: nación y provincia se diferencian en este período en las características de la estructura sanitaria y en la magnitud de los recursos asignados.

Si bien las condiciones estructurales del subsector estatal en términos de dotación de establecimientos¹⁵ y de gasto público¹⁶ se mantuvieron más o menos estables, la visibilidad y la capacidad de permear la estructura federal que tuvo el Ministerio nacional en este período significaron una ruptura con la tendencia al repliegue que se había iniciado décadas atrás. En esa apuesta por trascender las fronteras de su jurisdicción y replantear el lugar del Ministerio nacional, destacamos cinco núcleos de acción en la política nacional. El primero se refiere al papel del COFESA y a la jerarquía que cobró el Plan Federal de Salud para la dinámica político-institucional del subsector. El segundo núcleo es programático y se organiza en torno a la apuesta por fortalecer el primer nivel asistencial; el Programa Remediar y Médicos Comunitarios fueron sus dos exponentes más

¹⁵ El Ministerio nacional seguía a cargo en el GBA del Hospital Profesor Alejandro Posadas (en el partido de Morón), que contaba con una disponibilidad de 508 camas en 2004, un 22% superior a la cantidad registrada en el período anterior. En 2005 comenzó a construirse un hospital de jurisdicción mixta (nacional y provincial) en el partido de Florencio Varela, que empezó a funcionar años más tarde.

¹⁶ Aunque con algunas fluctuaciones, entre 2004 y 2007 el gasto público nacional en atención de salud se mantuvo en alrededor del 0,3% de PIB. A pesar de la relevancia y la visibilidad que muestran las iniciativas que presentamos aquí, el gasto nacional representaba solo la cuarta parte del gasto provincial, medido en porcentaje del PIB (que se mantuvo entre el 1,23% en 2004 y el 1,45% en 2007), y era casi idéntico al gasto municipal (que en 2004 fue del 0,27% y aumentó al 0,32% en 2007), siempre en valores agregados para todo el país (anexo: gráfico 6 y tabla 5).

importantes. El tercer núcleo de intervenciones regresó a las propuestas del seguro de salud, lo que puso en evidencia el interés del Ministerio por apostar a generar un cambio en los modelos sanitarios provinciales; sin alcanzar a la provincia de Buenos Aires en este período, se fue forjando la propuesta del Plan Nacer. Con mayores dificultades para la reconstrucción empírica pero de gran relevancia para la arquitectura intergubernamental, se destaca como cuarto tema el regreso a la obra pública como instrumento de política sanitaria a través del protagonismo del Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios. Por último, aludimos al quinto núcleo de decisiones, que, desde las fronteras de la seguridad social (más particularmente el INSSJP-PAMI), abrió nuevas oportunidades para los hospitales públicos.

En cada uno de estos nudos buscamos reconstruir en un nivel macro cómo se plantearon los problemas, a través de qué arreglos institucionales se procesaron, quiénes fueron los principales actores y cuáles, los instrumentos adoptados. Se trata de una aproximación general cuyo análisis en un nivel mesoinstitucional será profundizado en los capítulos que siguen.

El Plan Federal de Salud y la relación con las provincias

Mientras que en el tránsito de la crisis el desafío del gobierno del presidente Eduardo Duhalde consistió en gestionar la tensión entre la institucionalidad política y la movilización en la calle, el reto del presidente Kirchner fue (especialmente en los primeros dos años de su gobierno) disputar el control de la estructura del Partido Justicialista. En esa línea adquirió un interés adicional el funcionamiento del COFESA. Con el cambio de gobierno, el COFESA pasó a depender de la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud (Secretaría de Política, Regulación y Relaciones Sanitarias), y se mantuvo como un “ámbito de ‘intercambio de información’ y de ‘exposición’ por parte de las autoridades nacionales”¹⁷ (Potenza dal Masetto, 2004: 91-94).

La trayectoria del ministro y su equipo trascendía el hecho de disponer de capacidades técnicas para el diseño de políticas. El camino recorrido en el Instituto Universitario ISalud tenía otro activo, que era el conocimiento de una parte importante de los profesionales y técnicos que ocupaban puestos de decisión en los ministerios provinciales. Este aspecto parece haber sido un

¹⁷ La autora destaca particularmente el valor que tuvo este espacio en el debate y la articulación de políticas específicas entre la provincia de Buenos Aires y la CABA en el abordaje de problemas concretos, haciendo referencia particular al contexto de la epidemia de infecciones en vías respiratorias (IRA).

factor importante en la dinámica del COFESA. El Plan Federal de Salud fue el acuerdo más importante que celebró el COFESA, que permitió legitimar acuerdos previos¹⁸ validándolos con los ministros provinciales recién designados.

El mandato sobre la necesidad de contar con un plan de salud se estableció por doble vía: institucional y política. En la primera, el decreto nacional que prorrogaba la emergencia sanitaria instruía

... al Ministerio de Salud a que en el ámbito del Consejo Federal de Salud y a partir del nuevo mandato de las máximas autoridades sanitarias provinciales se acuerde un Plan Federal Plurianual de promoción y prevención en función de la estrategia de atención primaria de la salud para todos los argentinos, fortaleciendo la red de centros de atención del primer nivel y los hospitales públicos, dependientes de provincias y municipios (art. 8 del Decreto Nacional 1210/2003).

Este mandato institucional (formal, podríamos decir) fue fortalecido políticamente por el presidente Kirchner, quien a pocos días de asumir participó del cierre del encuentro del COFESA, comprometiendo a ministros y gobernadores de las provincias y a su ministro nacional a elaborar en un plazo muy breve un Plan Federal de Salud. Justificaba su importancia (en palabras del presidente) en “que el gobierno nacional debe [un plan de salud] al conjunto del país desde la década del setenta” (COFESA, acta del 23/6/2003).

Hasta su aprobación en marzo de 2004, el Plan Federal de Salud estuvo presente en la agenda de todos los encuentros del COFESA a pesar de que las autoridades electas en las provincias asumieron recién en diciembre (COFESA, acta del 31/3/2004). Este desfase hace suponer que dicha continuidad fue garantizada por el trabajo realizado por el equipo ministerial. La dinámica que relata Potenza dal Masetto para la elaboración del Plan Federal de Salud es coincidente con esta apreciación: sobre la base de ejes consensuados, el equipo del Ministerio nacional elaboraba los documentos que posteriormente eran discutidos en la asamblea del Consejo (2004: 96).

Debido probablemente a su extensión y exhaustividad, las referencias al Plan Federal de Salud que encontramos en la literatura son descriptivas y reiteran las enunciaciones del documento. En esta investigación asumimos al Plan Federal de Salud como un emergente formal del marco institucional –“marco para consensos dinámicos”, en palabras de Potenza dal Masetto

¹⁸ Hacemos referencia a la declaración de la emergencia sanitaria (Decreto Nacional 486/2002), al Compromiso Federal de Salud (19/11/2002) y al Acuerdo Federal de la Salud de San Nicolás (22/3/2003).

(ibíd.: 94)– propuesto por la nación frente a un contexto fragmentado (desde lo político e institucional) y en crisis. Los distintos significados atribuidos por las tradiciones del neoinstitucionalismo al concepto de institución¹⁹ ayudan a identificar cuál fue el valor distintivo del Plan Federal de Salud en el concierto de las iniciativas generadas por la nación. Se buscaba que estos acuerdos sirvieran como encuadre para avanzar de manera conjunta en la articulación de políticas intergubernamentales (ídem). Esta perspectiva es coincidente con la mirada de quienes participaron activamente de su redacción. Testimonios de entrevistados destacan que el Plan Federal de Salud *“fue un discurso que se sumaba al carisma de Ginés y a su manejo técnico discursivo en el espacio del COFESA”* (entrevista a alto funcionario nacional, 12/2009). Esta perspectiva le confiere al Plan Federal de Salud el valor de haber aportado un marco interpretativo para actuar en la complejidad del sector (similar a la influencia de los procesos cognitivos a los que aludían Powell y Di Maggio)²⁰ con eje en la estrategia de la atención primaria de la salud. Incluso por fuera de este período, algunos testimonios reivindican su vigencia (en 2012) a modo de prórroga por la inexistencia de otro plan que lo hubiera reemplazado (entrevista a alto funcionario nacional, 11/2012).

El documento es exhaustivo. Parte de un diagnóstico de la situación de salud y del sistema sanitario argentino en la salida de la crisis, enfatizando los problemas que atravesaban al sector en su conjunto: cobertura desigual, indefinición del modelo prestacional, fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos, escasos recursos asignados a la prevención, desigualdad y barreras en el acceso, mortalidad y morbilidad evitable, variabilidad en la calidad, falta de planificación en los recursos humanos, falta de regulación de tecnologías,

¹⁹ Las distintas tradiciones del denominado neoinstitucionalismo han atribuido significados diversos al concepto de institución: como conjunto de reglas, como rutinas organizacionales y como una concepción particular del mundo. En su complementariedad –como sostiene Vergara– radica el interés por destacar estas entradas para el análisis (2001: 1-3). En términos generales, las tres tradiciones comparten la idea de que el marco institucional es fundamental para entender la acción y el comportamiento de los actores. Sin embargo, difieren en la racionalidad que les atribuyen, y esto se advierte en los modos en que construyen el concepto de institución y conciben el proceso de formación de preferencias y el cambio institucional (1997: 17-20).

²⁰ Abrevando en la sociología del conocimiento, una de las tradiciones del neoinstitucionalismo extiende la noción de institución hacia otro significado: el de una particular concepción del mundo que resulta de procesos cognitivos (Powell y Di Maggio, 1999). En esta interpretación, las instituciones son convenciones sociales (símbolos, ritos, costumbres, significados) a partir de las cuales los individuos interpretan el mundo que los rodea y crean su concepción de la realidad social.

inequidades entre jurisdicciones e intraprovinciales, baja capacidad de rectoría y crisis del sector privado (Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, pp. 9-12).

El documento continuaba con una visión de largo plazo que comprendía el afianzamiento de la función de rectoría del Ministerio nacional y los ministerios provinciales, el aseguramiento de la cobertura básica universal, el desarrollo en provincias y municipios de programas de promoción y prevención, y la participación de la sociedad civil (ibíd., p. 14). En su enunciación más operativa, aunque abierta al trabajo posterior con las provincias, el Plan Federal de Salud sistematizó sus líneas de acción en lo que denominaba –retomando las categorías de Tobar (2000), responsable principal de su redacción– modelo de atención, de gestión y de financiamiento. Allí se presentaban los dispositivos utilizados históricamente por el Ministerio nacional (distintos programas verticales regulares), sumados a otros más novedosos. Los problemas relacionados con los recursos humanos también contaban en el Plan Federal de Salud con líneas de acción específicas.

Anidando en iniciativas de la década anterior,²¹ la conformación de seguros provinciales de salud estuvo también presente en el Plan Federal de Salud, aunque con un rasgo que tomaba distancia de aquellas propuestas: el rol asignado al Ministerio nacional en su promoción, regulación y financiamiento. La pretensión del Ministerio de Salud de la Nación de aportar a la construcción de un nuevo modelo sanitario organizado desde la estrategia de la atención primaria, fue explícita tanto en los documentos del Plan Federal de Salud como en el diseño posterior de los programas. Asimismo, planteaba como responsabilidad conjunta de la nación y las provincias acreditar y clasificar los CAPS y capacitar a los profesionales responsables.

Una de las pocas críticas se refiere a las fronteras de la acción gubernamental que asume (o delimita, según la interpretación) el Plan Federal de Salud. En este aspecto, Belmartino plantea que tanto la metodología como las líneas de acción propuestas estaban dirigidas a los establecimientos estatales y planteaban la necesidad de fortalecer el subsector de obras sociales nacionales. Aun validando el diagnóstico en el que se fundaba el plan, la autora cuestiona su estrategia de intervención puesto que no garantiza cambios en las inercias del “legado histórico presente en el sistema de servicios argentino [que] se reproduce incansablemente” (2005a: 170). El control de las obras sociales por los sindicatos era parte de ese legado; se trató de uno de los principales recursos

²¹ Estos modelos de intervención tuvieron antecedentes en la década del noventa. Un ejemplo es el Programa de Reformas del Sector Salud (PRESSAL).

con que contaban los actores sindicales que formaron parte de la coalición de gobierno en todo este período.

La atención primaria como prioridad: el auge del Remediar y la expansión de Médicos Comunitarios

La jerarquía que el Plan Federal de Salud le otorgó a la atención primaria se puso de manifiesto particularmente con los programas Remediar y Médicos Comunitarios. Desde la Conferencia de Alma Ata (1978) en adelante, la estrategia de la atención primaria de la salud ha estado presente (en algunos casos como enunciado casi normativo) en casi la totalidad de los documentos de políticas. En este análisis no nos preguntamos acerca de su validez ni tampoco sobre la coherencia de las iniciativas promovidas por el gobierno nacional con esa directriz, sino que buscamos entender cómo la atención primaria de la salud se expresó en dispositivos de políticas, se hizo operativa en instrumentos y se articuló con el conjunto de la matriz institucional del sector en la atención de la salud en una región en particular: el GBA. Esta mirada pone el foco en una estrategia que organizó (no exenta de tensiones) las acciones de la política nacional en todo el período, y cobró relevancia internacional hacia finales de la gestión ministerial con la aprobación de la denominada Declaración de Buenos Aires, de Alma Ata a la Declaración del Milenio. Hacia una estrategia de salud para la equidad basada en la atención primaria (agosto de 2007).

En el marco de la estrategia de la atención primaria de la salud, el énfasis en el primer nivel de atención, la preocupación por garantizar el acceso a los servicios y la prioridad dada a la promoción y prevención fueron rasgos que caracterizaron a los programas Remediar y Médicos Comunitarios. Como vimos en el capítulo anterior, el Programa Remediar surgió como respuesta a la necesidad de garantizar el acceso a los medicamentos a la población de bajos ingresos, y fue convirtiéndose progresivamente en una potente herramienta de llegada del Ministerio de Salud de la Nación a los servicios del primer nivel, denominados a partir de entonces centros de atención primaria de la salud (CAPS). Pasados los meses más agudos de la emergencia, el acceso a los medicamentos seguía siendo un problema crítico. La “Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud”, realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2003, daba cuenta de la incidencia que tenía el gasto en medicamentos sobre el ingreso de los

hogares, especialmente aquellos pertenecientes al quintil más pobre.²² Dada la amplitud de su cobertura, el Remediar, denominado originalmente Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS), pasó a ser uno de los ejemplos más evidentes de la potencialidad de un instrumento de políticas (la provisión directa de medicamentos esenciales) para mejorar las condiciones en el acceso a los servicios.

Con la asunción del nuevo gobierno se inició la segunda etapa del programa, que involucraba la distribución de un primer modelo de botiquín que alcanzaba 46 prestaciones (equivalentes a 2.188 diagnósticos y 274 tratamientos). Según informan Maceira, Apella y Barbieri en un estudio del año 2005, el programa logró la cobertura de la totalidad de los CAPS en un lapso breve (2005: 20). Una vez acordado el modelo de distribución primaria de los recursos hacia las provincias en el seno del COFESA, dos decisiones definieron la potencialidad del programa: la primera determinó que los botiquines serían entregados exclusivamente a los CAPS, y la segunda dispuso que dicha entrega se realizara a través de un sistema centralizado desde el Ministerio nacional. La compra centralizada mediante licitaciones periódicas fue una decisión capital que se sostuvo en todo este período, que logró –según algunos estudios– importantes economías de escala.

Nos interesa retomar aquí la perspectiva del análisis de política por instrumentos examinando el Programa Remediar como dispositivo de política nacional que combina un conjunto de instrumentos diversos y de distinta jerarquía. Además del análisis de los problemas, los arreglos institucionales a través de los cuales se llevó adelante y sus actores, avanzamos aquí en una primera identificación de estos instrumentos.²³ El principal en torno al cual se organizó el programa fue la provisión de medicamentos esenciales de manera directa a los CAPS. La centralización de las compras fue el segundo, y fue el que hizo posible que la distribución fuera también centralizada y directa a los efectores/CAPS. Estas definiciones constituyen el núcleo principal del modelo de gestión del programa y permiten explicar su capacidad para llegar directamente a los establecimientos que están a cargo de otra jurisdicción (fuera esta provincial o municipal). Aun destacando su centralidad, es importante anticipar que fueron objeto de distintos debates en el COFESA.

²² El quintil más pobre gastaba el 11,3% de los ingresos medios, y el quintil más rico el 3,3% (Maceira, Apella y Barbieri, 2005: 10).

²³ Remitimos a una vasta y diversa producción en la que abrevé la elaboración de este libro (Linder y Peters, 1993; Salamon, 2002; Lascoumes y Le Gales, 2007a, 2007b; Ringeling, 2002; Vedung, 2005). Una breve exposición de la aproximación adoptada se desarrolla en la presentación.

Otros dos instrumentos acompañaron la puesta en marcha del programa: la nominalización de la entrega y los procedimientos de registro y prescripción. El programa les confería gran importancia a los instrumentos de registro (formularios y recetas), dado que la cantidad, el modelo de botiquín y las compras a realizar derivaban de esa información (Ministerio de Salud de la Nación, PROAPS-Remediar, Procedimientos Operativos, 2007). Las campañas en medios masivos de comunicación, la distribución de piezas de comunicación para patologías específicas, el desarrollo de talleres de capacitación para los equipos de salud (especialmente orientados al uso racional de medicamentos) y las guías de práctica médica fueron instrumentos que acompañaron la entrega de los botiquines, aunque no llegaron a tener carácter normativo. Bajo la forma de fondos concursables, se utilizaron también incentivos orientados al desarrollo de proyectos locales participativos por los equipos de los CAPS.

El programa contaba con otros tres instrumentos destinados a ejercer la función de control: una línea gratuita de denuncias y reclamos (que procesaba la información de manera regular y la remitía a las distintas instancias de gestión), la supervisión a cargo del voluntariado de organizaciones del 3^{er} sector (a cargo de Cáritas y de la Cruz Roja) y las auditorías internas y externas del programa en los CAPS. El Remediar fue pionero en la generación sistemática de información a nivel de cada provincia para ser presentada en el COFESA (Tobar *et al.*, 2006; Potenza dal Masetto, 2004). Aunque con escasas atribuciones, el Remediar reconocía institucionalmente al nivel provincial en los convenios de adhesión que se suscribían entre el ministro de Salud de la Nación y los ministerios provinciales.

Dos debates emergieron una vez superada la puesta en marcha del programa. Una primera discusión ponía en cuestión la conveniencia de que el Remediar se constituyera en un fondo adicional de los presupuestos provinciales, habida cuenta de la fragmentación del sistema y de la inexistencia (en aquellos tiempos) de propuestas orientadas a la constitución de seguros provinciales de salud que posibilitaran la coordinación de su estructura de gastos (Maceira, Apella y Barbieri, 2005: 53). El segundo planteo ponía en cuestión los riesgos que significaba la dependencia del crédito externo y postulaba que la producción pública de medicamentos podía constituirse en una alternativa (Rosso, 2010: 15). Este cuestionamiento fue enarbolado por la nueva gestión ministerial una vez finalizado el financiamiento del PROAPS-Remediar.

Completar y mantener los equipos profesionales (condición mínima para el desarrollo de los programas) era quizás el principal problema que enfrentaban las provincias y los municipios a cargo de los establecimientos del primer nivel.

La dificultad para disponer de recurso humano profesional capacitado para y en el primer nivel no era un problema nuevo; ya había sido abordado desde la política nacional por el PROMIN (Programa Materno-Infantil y Nutrición, Ministerio de Salud de la Nación, BIRF) en los noventa y se había convertido en una propuesta apenas iniciado el gobierno de la Alianza con el Programa Nacional de Médicos de Cabecera (Resolución 436/2000), llamado (al final del gobierno de Duhalde) Programa Nacional de Médicos para la Atención Primaria de la Salud (PROMAPS) (Resolución 22/2003).

Con menos convicción que en el caso de la provisión de medicamentos esenciales, el Ministerio nacional comenzó a incursionar en el problema de los recursos humanos en salud para el primer nivel a través de dos programas nacionales: Recursos Humanos para la Atención Primaria de la Salud (PRHAPS) (Resolución 1077/2004) y Médicos Comunitarios (Resolución 915/2004). Como continuación del Programa Médicos de Cabecera, el PRHAPS fue la respuesta del Ministerio al reclamo de las provincias (Potenza dal Masetto, 2004: 95). A pesar de la intención del ministro de dejarlo sin efecto, el reclamo de sus pares provinciales hizo posible la continuidad, pero condicionada a modificaciones relacionadas con la gestión (auditorías, contratos con los profesionales en relación con metas, entre otras). Según establece la norma, las provincias o los municipios debían cumplir una serie de requisitos para hacerse cargo de la ejecución de los fondos.

La segunda iniciativa, el Programa Médicos Comunitarios, formó parte de la apuesta ministerial y estaba orientada no solo a proveer nuevos profesionales sino también a formar los recursos humanos con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud, el eje organizador del Plan Federal de Salud. El Programa Médicos Comunitarios comprendía reforzar con recurso profesional calificado a los centros de salud de todo el país, a partir del otorgamiento de becas de apoyo económico y de formación, en el marco de la estrategia general (Resolución 915/2004, anexo). Este programa aportaba dos tipos de becas, de apoyo y capacitación o solo de capacitación. Las primeras, denominadas asistenciales, significaban la incorporación de 35 horas, distribuidas en 25 horas asistenciales en el CAPS, 10 horas de trabajo con la comunidad y concurrencia a los talleres presenciales. Las becas de capacitación estaban destinadas a los profesionales que se desempeñaban en los CAPS para que participaran de cursos de formación en atención primaria de la salud. El programa promovía instancias de capacitación en servicio en los centros de salud, orientada hacia la mejor implementación de la estrategia de

atención primaria de la salud y al trabajo con la comunidad que estaba a cargo de tutores (Rossen, 2006: 6).

Los fondos se transferían de manera directa bajo la modalidad de becas para formación de profesionales para la atención primaria de la salud en distintos campos. Aunque orientado prioritariamente hacia los profesionales médicos, estaba abierto también a otras especialidades de cuatro años de duración como mínimo para integrantes de los equipos de salud que cumplieran funciones en los CAPS como becarios del Programa Médicos Comunitarios.²⁴ El Ministerio provincial era el responsable de preseleccionar a los becarios en el marco de los requisitos establecidos por el programa y de proponer tutores a las universidades (ibíd.: 13).

La capacidad de reforzar los servicios con este nuevo recurso estaba restringida por los siguientes requisitos: 1) ser profesionales nuevos o recurso humano preexistente en el CAPS de alguna de las especialidades; 2) disponer de 35 horas semanales para sus actividades en el CAPS resguardando la incompatibilidad horaria con algún trabajo provincial o municipal; 3) para quienes se encontraran desempeñando tareas en los CAPS, debían agregar a la carga horaria de 10 horas en terreno las 35 horas semanales correspondientes a esta modalidad de beca (Resolución 915/2004, anexo).

Andando viejos y nuevos caminos: el retorno a los seguros públicos y el sesgo materno-infantil en el Plan Nacer

Dos planteos convergieron en lo que se terminaría llamando Plan Nacer: la preocupación por la salud materno-infantil y la conformación de seguros públicos provinciales. Estas ideas estuvieron presentes en los compromisos suscriptos entre la nación y las provincias en el Acuerdo Federal de Salud de la ciudad de San Nicolás en marzo de 2003.

En aquellos años, los indicadores de mortalidad ponían en evidencia los impactos que había tenido la crisis sobre las condiciones de vida de la población materno-infantil, con promedios elevados y brechas muy pronunciadas entre provincias y municipios. La tasa de mortalidad infantil en el nivel nacional había pasado del 14,4‰ en 2004 al 13,3‰ en 2007; mientras que la mortalidad materna mostraba datos más preocupantes, superiores al 4‰ en todo el período

²⁴ Comprendería: tocoginecólogos, pediatras, generalistas, de familia o clínicos con residencia o concurrencia acreditada en la especialidad, o título de especialista otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de su provincia, Colegio o Consejo Médico y/o Sociedad Científica respectiva.

(Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Anexo: gráficos 2 y 3).

En el Acuerdo Federal de Salud de San Nicolás del año 2003, las provincias habían acordado “disminuir las tasas nacionales de mortalidad infantil en un 25% y las de mortalidad materna en un 15%, en relación con los valores correspondientes al año 2002 en el transcurso del próximo quinquenio”. Para alcanzar esa meta, se planteó asimismo la “implementación de un Seguro Nacional de Maternidad e Infancia, para tender a brindar la atención integral de la salud a madres embarazadas y niños menores de seis años” (Acuerdo Federal de Salud, San Nicolás, 22/3/2003).

Este acuerdo tenía como antecedente inmediato la creación de un Seguro Materno Infantil que figuraba en el Decreto de Prórroga de la Emergencia Sanitaria, que preveía recoger fuentes de financiamiento diversas (art. 4, Decreto Nacional 2724/2002). La apuesta para conformar seguros provinciales, que había iniciado su camino de la mano del PRESSAL en los noventa, generó distintas experiencias provinciales que atravesaron la crisis de principios del siglo xx con éxito desigual. La experiencia del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires es un ejemplo, acerca del cual nos referiremos más adelante.

Con posterioridad al anticipo realizado por el ministro González García en el COFESA, la aprobación del Modelo de Contrato de Préstamo 7225-AR con el BIRF (Decreto Nacional 1140/2004) organizó el curso de acción en torno al originalmente llamado Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil. Algunos meses más tarde se unificaría la denominación con el título de Plan Nacer (Resolución Ministerial 1173/2004).

El GBA ingresó al Plan Nacer recién en el segundo proyecto, cuyo contrato de préstamo fue aprobado por el Decreto Nacional 375/2007; mientras tanto, en ese lapso se llevó adelante en las provincias del NOA y del NEA, con escasa visibilidad pública.²⁵ Esta iniciativa se desarrolló con autonomía relativa respecto al área regular del Ministerio nacional –la Dirección de Salud Materno-Infantil, que se financiaba con fuentes presupuestarias–, y se ocupaba de la salud perinatal, de la salud integral del niño y de la nutrición. Las iniciativas que llevaba adelante esta área alcanzaban al conjunto de los establecimientos estatales, a saber: implementación de guías de práctica médica derivadas del trabajo de comisiones especiales, establecimiento de normas de referencia y contrarreferencia, suministro de modelos de historia clínica, desarrollo de campañas en

²⁵ La alusión a que se trató de una “reforma silenciosa” (PNUD, Proyecto ARG 04/023, p. 4) se refiere a esta escasa visibilidad original.

medios masivos de comunicación, distribución de piezas de comunicación para problemáticas específicas, generación y difusión de información epidemiológica, y, en algunos casos, el aporte de equipamiento. Un papel clave cumplieron los compromisos federales de salud, entre los que se destaca el Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Argentina (6/10/2004).

Vinculado con materno-infancia, pero recogiendo la trayectoria de organizaciones sociales y de investigación en la temática desde varios años atrás, la gestión ministerial contó en este período con un antecedente de suma importancia: la Ley Nacional 25673/2002, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Según destacan sus protagonistas, fue una iniciativa avalada por diversos actores (organizaciones sociales y científicas vinculadas a la temática) que encontró —en el contexto de la crisis— un momento propicio para ingresar a la agenda estatal (Rosso, 2010: 19).

El carácter universal del programa se expresaba en que las prestaciones de prevención, tratamiento y rehabilitación sobre salud sexual y procreación responsable pasaron a estar incluidas en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico del Programa Médico Obligatorio;²⁶ en consecuencia, los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social y de los sistemas privados estarían, a partir de entonces, obligados a incorporarlas a sus coberturas (Ley Nacional 25673/2002, art. 6). La adquisición de insumos (preservativos y anticonceptivos) estuvo atravesada por los mismos problemas que el resto de las convocatorias que realizaba el Ministerio: licitaciones desiertas y distorsiones en los precios, entre otros. No obstante estas dificultades, la asunción por el Ministerio nacional de esta problemática en su especificidad significó un punto de ruptura en la forma de concebir la cuestión.

La obra pública como dispositivo de la política sanitaria

En un contexto de economía en recuperación, la provisión de equipamiento y la construcción de obra física en salud fue una de las novedades de la política sanitaria que supusieron la ejecución de fondos de distinto origen destinados a la compra de equipamiento médico, informático, insumos y móviles a través de licitaciones internacionales. La construcción y refacción de establecimientos trajo aparejada la aparición de un nuevo actor en el campo de la política de salud, el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios

²⁶ Su incorporación fue reglamentada mediante la Resolución 310/2004, de ampliación del Programa Médico Obligatorio de Emergencia.

(MPFIPYS). Desde el comienzo de la gestión del presidente Néstor Kirchner y durante el gobierno siguiente, el Ministerio estuvo a cargo de Julio De Vido.

En el encuentro plenario de junio de 2003 del COFESA, se anunció el Plan Nacional de Infraestructura en Salud, que comprendía la construcción de 500 unidades sanitarias en todo el país.²⁷ Hacia fines de 2003 se creó la Unidad Ejecutora Central para el Estudio de las Inversiones en Salud, formada por representantes de los ministerios de Salud y de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios (Resolución Conjunta 635/2003 del Ministerio de Salud y 256/2003 del MPFIPYS). En el Ministerio de Salud, la articulación interministerial estaba a cargo de la Unidad Ejecutora Central de Programas de Cooperación Internacional del Ministerio nacional (Ondarcuhu, s/f).

A diferencia de lo que sucedió en otras regiones del país, en el GBA no parece haberse priorizado la construcción de infraestructura sanitaria, al menos por los registros obrantes en los Planes Estratégicos Territoriales del MPFIPYS (2011b: 76). Dos establecimientos concentraron gran parte de la inversión pública en ese momento en la región. Se trató de las refacciones y ampliaciones realizadas en el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, situado en el partido de Morón, y de la construcción del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, en el partido de Florencio Varela (2011a: 27).

En línea con el Plan Federal de Salud, el Plan Estratégico Territorial insiste en la necesidad de transformar el sistema hospitalocéntrico hacia un sistema descentralizado, con universalidad geográfica, basado en una concepción integral de los problemas de salud-enfermedad (2008: 79). Hacia fines de este período se habían realizado obras de ampliación y readecuación del Hospital Dr. Eduardo Ollier (partido de Quilmes) y del Hospital Comunal (partido de Tigre) (ídem), así como el inicio de los proyectos para la construcción de los denominados “Hospitales de Bicentenario”.

El PAMI y los hospitales públicos

En 2005 se produjo un cambio en los arreglos institucionales, a través de los cuales se organizó la oferta de servicios de salud a jubilados y pensionados; esto impactó en la dinámica del subsector estatal. Aludimos a la modificación de la conformación de la red de prestadores del INSSJP-PAMI, por la cual se suprimieron las gerenciadoras que intermediaban la gestión del organismo y se habilitó la incorporación a la red de prestadores del INSSJP-PAMI de los Hospitales Públicos

²⁷ Este anuncio está en el acta del COFESA del 23/6/2003 pero no se encontró resolución anexa.

de Gestión Descentralizada. El nuevo modelo, denominado Modelo Prestacional Sociocomunitario de Atención Médica y otras Prestaciones Asistenciales, buscó ampliar la red de prestadores para mejorar y ampliar las prestaciones a los afiliados. Con la finalidad de garantizar la cobertura en todo el territorio nacional y abrir el financiamiento a los efectores del subsector estatal, dicha resolución estableció que las

... redes prestacionales podrán estar integradas por establecimientos del sector privado y por hospitales nacionales, provinciales y/o municipales en calidad de integrantes y/o adherentes, categorizados por nivel de complejidad, según estructura, procesos y resultados, así como también ingresar al sistema en forma individual (Resolución INSSJP 284/2005).

Si bien está fuera del alcance de este libro, debe destacarse que la remoción de la figura de las gerencadoras del INSSJP-PAMI constituyó un paso importante en la recuperación del organismo, y, en este contexto, la apertura hacia los hospitales públicos estuvo animada por la idea de promover relaciones virtuosas entre subsectores. Al cobro de prestaciones se incorporó la posibilidad de habilitar establecimientos para asumir, mediante el pago por cápita,²⁸ a una cantidad de afiliados del Instituto. No obstante estos avances, el cambio en las reglas de juego parece haber dejado planteado un nuevo incentivo para el desarrollo de servicios en el segundo nivel y para la reserva de parte de las camas para pacientes con esta cobertura en los hospitales descentralizados que acordaban cápitras con el Instituto.

Se trató de un cambio en las condiciones del contexto que debe ser considerado en el análisis de las relaciones entre las autoridades gubernamentales y los respectivos establecimientos hospitalarios en la medida en que pudo haber incrementado los niveles de autonomía de estos últimos en relación con la búsqueda de recursos adicionales. La expansión de la cobertura del INSSJP-PAMI (como resultado de la ampliación del sistema previsional) puede haber potenciado estos procesos desde la demanda y desde las necesidades del Instituto de responder en consecuencia. Se abrió así una nueva ventana de oportunidad para la construcción de la autonomía de los hospitales, aumentando la “porosidad”

²⁸ Se trata de un instrumento utilizado en el subsector de la seguridad social que establece un monto fijo por el cual los médicos de cabecera del Instituto pueden derivar pacientes para ser tratados en los hospitales de gestión descentralizada. El Plan Nacer en el nivel nacional y el Seguro Público de Salud en el provincial lo adoptaron como mecanismo de articulación con los prestadores.

—desde las decisiones de la política nacional— de las fronteras entre el subsector estatal y la seguridad social; ahora, en el nivel del establecimiento.

La relación con los municipios como problema en la agenda provincial

En el tránsito de la crisis, la emergencia en los servicios organizó las decisiones de la política pública en el nivel provincial. El período que se abrió en diciembre de 2003 fue testigo de distintas apuestas que buscaron recuperar el rol rector del Ministerio provincial, aunque se enfrentaron con procesos heredados de la historia larga de la descentralización. Los déficits en los hospitales y la inercia de la coparticipación por salud (y el reforzamiento concomitante de la autonomía municipal) fueron dos fenómenos que configuraron el escenario en el que actuó el Ministerio en la provincia de Buenos Aires.

Durante los primeros dos años del gobierno de Felipe Solá, Ismael Passaglia continuó siendo el ministro de Salud provincial hasta que, en noviembre de 2005, fue reemplazado por Claudio Mate, licenciado en psicología y también vinculado a los equipos de Ginés González García, quien había estado a cargo, hasta ese momento, de la Subsecretaría de Control de Adicciones del Ministerio provincial.

Aunque eran evidentes a esta altura en su singularidad, es necesario actualizar los rasgos de la estructura sanitaria de la provincia, ya que configuraban parte de las condiciones estructurales (en sus limitaciones y posibilidades) sobre las que operaba la política provincial. Si bien los CAPS estaban casi en su totalidad bajo la órbita municipal (eran 1.666 en toda la provincia en 2004, de los cuales el 41% se situaban en el GBA), las camas disponibles para internación en hospitales estatales dependían de las tres jurisdicciones (nación, provincia y municipios) en proporciones diferentes. En el GBA, en 2004 habían crecido a 8.989, de los cuales el 63,33% (5.693) eran provinciales, el 31,2% (2.788) eran municipales y el 5,65% (508) eran nacionales, una composición que se mantuvo estable a lo largo de todo el período (de 2004 a 2007). Cabe destacar que a partir de 2006 la provincia creó bajo su dependencia exclusiva los Centros de Prevención de Adicciones (CPA) como parte de una red de prevención, tratamiento y rehabilitación orientada exclusivamente a esa problemática.²⁹

²⁹ Elaboración propia según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

El modo en que se fue resolviendo la crisis fiscal en el nivel subnacional³⁰ condicionó las posibilidades de acción de la provincia de Buenos Aires tanto por su propia fragilidad como por la dependencia que pasó a tener de las transferencias del gobierno nacional. Las palabras de uno de los actores describe con crudeza la incidencia de estos factores en el lugar del Ministerio provincial en el entramado del sector:

En el período que estamos analizando se dio un proceso de concentración muy grande en la administración de recursos hacia el gobierno nacional o desde el gobierno nacional. Entonces, en el gobierno provincial casi ya sabían que venían a ver al “cartonero Báez”.³¹ Entonces, no había grandes presiones [por parte de los municipios]. Se enteraban de que por ahí teníamos o habíamos comprado un lote de ambulancias o nos había dado el gobierno nacional aparatología. Los municipios en general sabían que los circuitos de los proveedores pasaban por otro lado. Todo eso pasó en esos cinco años, de una manera que no sé si alguna vez pasó. Pero nosotros teníamos el gasto corriente, nada más. La inversión innovadora en tecnología venía de nación (entrevista a autoridad sanitaria provincial, 11/2008).

Aun en un contexto de recuperación, el subsector estatal de salud de la provincia mostró menor capacidad que otros para volver a niveles de gasto previos a la crisis: la capacidad de presión de los grupos de interés sobre el presupuesto del Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA) y los compromisos resultantes de la Ley de Financiamiento Educativo son dos claves para interpretar este magro desempeño. Si bien se advierte en este período una recuperación del 74% del gasto en atención pública de la salud medido en pesos corrientes, este disminuye en términos del porcentaje del PBG. Estas tendencias no parecen haber sido homogéneas ya que el gasto del IOMA creció, en este mismo período, el 137% respecto del año 2004, lo que puso en evidencia diferente capacidad de presión de parte de las organizaciones que nucleaban a clínicas y profesionales médicos.

Esa pérdida se expresó también en la participación del gasto en atención pública de salud como porcentaje del gasto total provincial, que descendió del 8,79% en 2004 al 7,36% en 2007. La puesta en vigencia de la Ley de Financiamiento Educativo (Ley Nacional 26075/2005) podría habilitar, como

³⁰ Hacemos referencia a los Programas de Financiamiento Ordenado de las Finanzas Provinciales y, a partir de 2005, a los Programas de Asistencia Financiera. Remitimos al primer apartado de este capítulo.

³¹ Reciclador informal que se hizo famoso en la prensa por haber declarado contra un boxeador en el asesinato de una modelo.

anticipábamos, una hipótesis explicativa de esa pérdida en la composición del gasto en este período y en el que siguió. La rigidez que caracteriza la estructura del gasto en la finalidad salud (en 2004, el 39,19% estaba destinado a recursos humanos, un porcentaje que sube al 47,25% en 2006) habla también de las dificultades para operar cambios en un contexto de restricciones (anexo: tablas 3, 5 y 6). En ese contexto comenzaron a tener mayor presencia en la provincia las iniciativas del Ministerio de Salud de la Nación. La provincia apareció mediatizando algunas decisiones de los programas nacionales que tuvieron a los CAPS municipales como efectores de la implementación; es el caso de los programas Remediar y Médicos Comunitarios.

Los dispositivos nacionales aludidos en el apartado anterior dejaron distintas huellas en la política provincial. Resoluciones, decretos y leyes son evidencia de la ratificación a nivel provincial de los acuerdos celebrados en el contexto del COFESA: el acuerdo en relación con el Plan Federal de Salud (Decreto Nacional 1689/2003) y la adhesión a la Ley de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico y al Código Alimentario Argentino. En los apartados que siguen analizaremos el modo en que la implementación de estos programas se vio alterada por los rasgos particulares de la matriz provincial, así como también indagaremos en el papel *productor* que estos dispositivos nacionales tuvieron sobre la institucionalidad y los actores en el GBA.

Aun destacando la relevancia que tuvieron los dispositivos nacionales, vale la pena advertir acerca de la necesidad de echar luz sobre la política provincial en aquellas acciones que le son propias. Esta complejidad exige avanzar en una caracterización no unívoca de la política en el período y, a diferencia del nivel nacional, apelar a distinto tipo de fuentes (no solo documentos de políticas) para caracterizar los *desafíos regulares* de una política provincial que se debatió entre los legados de la historia, las inercias de sus propias acciones (resistentes a ser modificadas), y las propias limitaciones de los equipos ministeriales.

Los cinco ejes que identificamos para reconstruir la política provincial en este período son los siguientes: el primero se refiere a las acciones en el área de materno-infancia; el segundo, a la apuesta por transformar el modelo sanitario a través del Seguro Público de Salud Provincial; el tercero apela a la noción de redes de servicios como orientadora del cambio institucional; el cuarto se refiere a la incidencia del Régimen de Coparticipación en Salud Provincial en los municipios; y el quinto alude a la importancia que fue cobrando la agenda hospitalaria.

Materno-infancia: la irrupción en la escena hospitalaria

Jerarquizada dramáticamente por los impactos de la crisis, el área de materno-infancia adquirió (tanto a nivel nacional como provincial) una importancia que se institucionalizó en los acuerdos intergubernamentales y en la acción directa. Los valores elevados que había alcanzado la tasa de mortalidad infantil en 2003³² descendieron casi cuatro puntos, por lo que llegaron en 2004 al 13% en la provincia y al 13,5% en el GBA. Sin embargo, a lo largo de este período mostraron resistencias a la baja e importantes brechas internas entre municipios de la región, así como también un leve crecimiento hacia el año 2007: 13,6% y 14% para el total provincial y GBA respectivamente, en especial en el segundo cordón, que alcanzó el 15% (anexo: gráfico 2). Promediando el período, una tendencia más preocupante mostró la tasa de mortalidad materna, que, habiendo descendido en 2003 y 2004 en toda la provincia, comenzó a crecer en el GBA en 2005, y más tarde en los promedios provinciales, por lo que cerró el período en 2007 con valores superiores a los años de la crisis, tanto en esta región (3,9‰) como en el total provincial (3,6‰) (anexo: gráfico 3).

La participación del área de materno-infancia del Ministerio de Salud en el Plan Más Vida³³ (Resolución 3064/2003) exigió esfuerzos de coordinación intersectorial con las carteras de Desarrollo Humano y de la Dirección General de Cultura y Educación, así como también una participación de las regiones sanitarias en la programación, capacitación, monitoreo y evaluación. Como resultado de una nueva distribución de funciones entre ministerios, las acciones de materno-infancia transfirieron la entrega de la leche al Ministerio de Desarrollo Humano, y se concentró en las actividades de promoción, prevención y diagnóstico, especialmente en relación con el control del embarazo, la

³² Habían alcanzado el 16,3% en la provincia de Buenos Aires y el 17,4% en los 24 partidos del GBA.

³³ El Plan Más Vida estaba orientado a mejorar las condiciones de nutrición, crecimiento y desarrollo de la población materno-infantil, fortaleciendo las capacidades de las familias y consolidando redes sociales. La implementación comprendía tres ejes: alimentario, salud y organización comunitaria. La prestación del plan se efectivizaba a través de dos vías: una tarjeta de débito emitida por el BAPRO destinada a la compra de alimentos, y la entrega diaria de leche a las familias a través de las trabajadoras vecinales o de los municipios en los distritos recientemente bancarizados. Las trabajadoras vecinales, denominadas “manzaneras”, fueron actores centrales en la implementación del Plan Más Vida. Eran destinatarios del plan las embarazadas, las madres en período de lactancia y los niños desde los seis meses hasta el ingreso al primer año de la educación general básica: http://www.desarrollosocial.gba.gov.ar/subsec/politicas_sociales/programas/masvida.php (recuperado el 12/2/2012) (Ilari, 2004).

promoción de la lactancia materna, el control del crecimiento y desarrollo de los niños hasta los seis años, la salud buco-dental y la detección de alteraciones oftalmo-auditivas (Ministerio de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2005: 121-122).

Distintos programas se vincularon al área de materno-infancia en torno a la prevención y el tratamiento de problemáticas específicas: a partir de 2005, el Programa Bonaerense de Prevención del Asma Infantil (PROBAS); y con la epidemia de bronquiolitis en 2006 y 2007, el Programa de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB), que inaugura el trabajo del área de materno-infancia con los hospitales.

Salud sexual fue un tema de la agenda nacional asumido e institucionalizado por la provincia. A mediados de 2003, la Ley Provincial 13066/2003 instituyó políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable (Decreto Provincial 938/2003), las cuales fueron posteriormente operacionalizadas mediante la creación del Programa Provincial de la Salud Reproductiva y Procreación Responsable (Decreto Provincial 536/2004), también en el marco del área de materno-infancia.

Una apuesta por el cambio en el modelo sanitario: el Seguro Público de Salud Provincial

La apuesta más orgánica por el cambio en la política provincial que rescata la literatura (Maceira y Kremer, 2008; Báscolo y Yavich, 2010) es el Seguro Público de Salud Provincial (spsp). Se trata de una iniciativa que había sido creada antes de la crisis (Resolución Ministerial 5278/2000, refrendada por el Decreto Provincial 630/2001) para incidir en la construcción de lo que sus promotores denominaban “otro modelo sanitario”.

Destinado a la población de la provincia sin cobertura formal de algún tipo de seguro y sin capacidad económica para adquirir uno, buscaba brindar una atención integral a través de un médico de cabecera, un odontólogo, prácticas de laboratorio indicadas por el médico de cabecera y acceso a los medicamentos, basándose en la estrategia de la atención primaria de la salud. Superado el impacto causado por la crisis que puso en suspenso nuevas incorporaciones y generó demoras de hasta ocho meses en el pago de los contratos a los prestadores, el spsp se relanzó en 2003 para abordar la situación de la población más vulnerable.

Según relatan Báscolo y Yavich, se abrió en este período una segunda etapa denominada “fase materno-infantil”, que amplió la cobertura: a las trabajadoras

vecinales del Plan Vida (primera etapa, de 2000 a 2002) se sumó la población beneficiaria del Plan Más Vida, en el marco del Plan Educabilidad. Esta nueva fase comprendía a los niños de hasta siete años y a las embarazadas y a las puérperas hasta los seis meses después del parto, quienes pasaron a formar parte del componente salud del plan. En 2006 se había implementado en 46 de los 134 municipios de la provincia, en los cuales se alcanzó a dar cobertura a más de 600.000 personas” (2010: 163).

Tres instrumentos constituían el núcleo central del Seguro: la nominalidad de la atención (en palabras de sus promotores, más cercana a la “responsabilidad nominada”), el manejo centralizado de los recursos financieros y el pago capitado³⁴ (ibíd.: 174). El marco normativo original fue complementado con un conjunto de convenios suscriptos con las entidades profesionales y con los municipios. Posteriormente, fue aprobado por la Ley Provincial 13413/2005, reglamentada por el Decreto Provincial 09/2006, “constituyéndose como mecanismo de aseguramiento público de la atención de la salud de las personas con residencia en el territorio bonaerense que carezcan de cobertura en salud y no cuenten con los medios y recursos para afrontar los costos de su atención individual y familiar” (art. 1, Ley Provincial 13413/2005).

El SPSP se financiaba con fondos del presupuesto provincial y un porcentaje algo menor que –se esperaba– aportarían los municipios (Maceira, 2008a: 15). La inversión presupuestaria en 2003 fue de ocho millones de pesos (el 0,75% del presupuesto de la finalidad salud), ascendió en 2004 a más de 26 millones (2,11%) y alcanzó en 2006 una inversión de 69 millones, el 3,98% del gasto en la finalidad salud.³⁵

Las entidades profesionales eran las principales responsables de la contratación de los prestadores; se suscribieron convenios con la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA), la Federación Médica del Conurbano Bonaerense (FEMECON), la Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires (FOPBA) y la Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires (FABA) (ibíd.: 10).

La participación de las entidades en la administración y contratación de profesionales caracterizaba el arreglo institucional propuesto por el programa.

³⁴ Mediante el Proyecto PNUD (ARG/00/45), el Ministerio de Salud de la Provincia concentraba la función de compra y establecía contratos con asociaciones de profesionales.

³⁵ Elaboración propia según planillas anexas de los presupuestos provinciales aprobados. Dirección Provincial de Presupuesto: presupuesto general, clasificación por finalidad, función y objeto del gasto (ver referencia en fuentes de datos). No se pudo acceder a los datos correspondientes a 2005 y 2007.

Según sus promotores se trataba de un atributo clave debido a que permitía que la provincia mantuviera el control sobre las condiciones de reclutamiento de los profesionales y garantizaba también la gestión administrativa del pago por cápita. Esta visión será puesta en tensión en los capítulos que siguen, con la perspectiva de los decisores municipales en la implementación.

Esta segunda fase supuso una mayor centralización al reducir las potestades atribuidas a los equipos en las regiones sanitarias. El Ministerio de Salud de la Provincia se reservó entonces la autoridad para realizar las contrataciones de los equipos profesionales en acuerdo con las federaciones y las cámaras del sector, evaluando las habilidades de los profesionales a incorporar. En el caso de los profesionales médicos, fueron los círculos médicos (a través de un convenio con la FEMEBA) los responsables de la contratación, y en aquellos casos en que contrataban a personal municipal la afiliación a la entidad se convertía en un requisito para viabilizar esa forma de pago.

La noción de red de servicios como orientadora del cambio institucional

La llegada de Claudio Mate al Ministerio de Salud inauguró en 2006 una agenda institucional que puso el énfasis en la articulación entre los servicios a través de dos medidas: el cambio de estatus de las regiones sanitarias y la conformación de agendas regionales. Si bien la necesidad de replantear el papel de las regiones sanitarias reconoce distintos antecedentes, recién en 2005 y a través del Plan de Modernización del Ministerio de Salud (Programa PNUD aprobado por el Decreto Provincial 1694/2005) se propuso avanzar en la descentralización poniendo el foco en la articulación de redes de servicios.

La salida de la crisis había hecho evidentes las debilidades de las regiones sanitarias que derivaban –entre otros atributos– de su marco institucional, tanto en relación con el estatus del coordinador de la región en su relación con los directores de los hospitales, como de las posibilidades efectivas de proponer programas, dirigir, supervisar, controlar, coordinar y evaluar sin contar con atribuciones sobre aquellos actores (fueran estos municipios u hospitales provinciales) con los que se iba a trabajar.

Enfrentando un conjunto complejo de desafíos, después de cuatro décadas de vigencia se modificó el marco institucional de las regiones sanitarias, y por medio del Decreto Provincial 3377 se reglamentó la Ley Provincial 7016/66. En ese contexto se replantearon las funciones de estas instancias intermedias de gestión en el sentido de:

- a) Coordinar, supervisar, controlar y evaluar la ejecución, en el rol de la dirección ejecutiva del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria, de las políticas sanitarias diseñadas y aprobadas por el Ministerio de Salud.
- b) Asistir al Ministerio de Salud en materia de planificación estratégica y proponer la implementación de programas específicos basados en las necesidades y características propias y particulares de la zona de cobertura geográfica de la región sanitaria.
- c) Suscribir convenios con instituciones de derecho público y/o privado tendientes a la complementación de los servicios asistenciales, previa consulta de factibilidad y conveniencia efectuada al Ministerio de Salud a través del órgano competente que ejerza la coordinación de las regiones sanitarias [...] (Decreto Provincial 3377/2006, art. 4 del anexo I).

El cambio más importante que instituyó este decreto provincial fue homologar las regiones sanitarias a la figura de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, denominándolas Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria (EDHIRS). Con este cambio, la dirección ejecutiva del EDHIRS pasó a tener las mismas competencias que los hospitales y sus directores respecto a ser responsables (en los aspectos técnico-administrativos y en lo referido a la creación, ampliación y modificación de servicios) ante el director ejecutivo del EDHIRS. Profundizando las redes ya existentes para las emergencias,³⁶ el modelo que subyace a este nuevo esquema buscaba articular (según niveles de complejidad) a los establecimientos estatales provinciales localizados en la región, fortaleciendo la figura del director del EDHIRS frente a los hospitales provinciales.

La segunda iniciativa buscó conformar agendas regionales, una propuesta que se expresó en el Plan Estratégico de Salud para la provincia. Más allá de sus enunciados, este plan buscaba regionalizar la atención y la gestión mediante la conformación de redes de complejidad, para lo cual promovía la identificación de agendas regionales con los municipios celebrando acuerdos estratégicos para la organización de dichas redes en cada región (entrevista a alto funcionario provincial, 5/2007). El interés por articular recursos regulares de la provincia y de los municipios orientando las inversiones en infraestructura y equipamiento fue quizás uno de los rasgos más interesantes y el que presentó, a su vez, mayores

³⁶ Hacemos referencia al Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), que había sido creado en el año 2003 (Resolución Ministerial 7117/2003).

dificultades para torcer el rumbo de las inercias hacia la autonomía que venía consolidándose en los municipios en la salida de la crisis.

En este mismo período (entre 2004 y 2006) se constata la conformación de la Red de Centros de Salud Materno-Perinatal del AMBA y el Sur de la Provincia de Buenos Aires, una iniciativa intergubernamental que comprometió la participación de la CABA y de la provincia de Buenos Aires involucrando a diez hospitales (cinco porteños, cuatro provinciales y uno nacional) de zona sur de la región metropolitana de Buenos Aires y de la ciudad de La Plata. Estos intentos de cambio institucional entraron en tensión —en el campo de la política sanitaria— con otros dos fenómenos: en el nivel local, con los incentivos provenientes de la distribución de recursos derivados del Régimen de Salud de la Coparticipación; y en el nivel provincial, con la inercia de la agenda de los hospitales provinciales. Ambos fenómenos iban en el sentido de la autonomía respecto de la capacidad de regulación del Ministerio provincial.

El papel de las transferencias por el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial hacia los municipios

En la provincia de Buenos Aires, la cobertura de los gastos que demanda la atención de la salud desde el nivel municipal compromete un complejo esquema de transferencias fiscales intergubernamentales desde la nación y la provincia. Una parte de esas transferencias se realiza sin condicionamientos; entre ellas, se destaca la distribución de los recursos coparticipables por la provincia cuya distribución secundaria compromete distintos indicadores. Si bien no es la única transferencia que reciben los municipios, se trata de la más importante en magnitud y autonomía de asignación. Esto reviste particular importancia para el sector salud dado que más de un tercio se distribuye por indicadores de corte devolutivo asociados al desempeño de los establecimientos sanitarios. Con la inercia derivada de estas transferencias convivieron los intentos provinciales de cambio institucional.

Como se recordará, este mecanismo fue instituido hacia finales de la década del ochenta y fijó los criterios de distribución secundaria de los recursos hacia los municipios. Del monto a distribuir, el 37,13% conformaba el Régimen de Salud, cuya distribución se hacía según distintas proporciones que jerarquizaban la dotación de establecimientos con internación y alta complejidad (Ley Provincial 10820/89). Como vimos en el capítulo anterior, la crisis generó un franco descenso de las transferencias hacia los municipios, lo que impactó en el gasto en salud municipal, que creció a partir de 2003 (anexo: gráfico 8).

Entre 2004 y 2007 la recuperación de la economía mostró cambios positivos en el volumen de los fondos coparticipables hacia los municipios en general y por el Régimen de Salud en particular. Cabe destacar que, dado el origen de esos fondos, se trataba de recursos procíclicos, es decir, que estaban relacionados con el crecimiento de la economía, mientras que los recursos propios de los municipios dependían de las tasas municipales, que tendían a ser estables.

La jerarquización del segundo nivel asistencial estaba, como vimos, implícita en la fórmula que estableció la ley, y se manifestaba en al menos tres de los cinco indicadores del régimen de salud, lo que representaba una alta participación sobre el total. La decisión de adoptar la máxima complejidad existente en el municipio como multiplicador (mediante la Resolución del Ministerio de Economía provincial 198/89) para ponderar las camas ocupadas, afectaba al 35% de los fondos a transferir por el distribuidor de salud, lo que introdujo diferencias en el financiamiento entre municipios, especialmente con aquellos que habían optado por servicios de alta complejidad.

La relevancia del nivel municipal en la salida de la crisis (Chiara, 2012) se vio reforzada por la inercia de esas transferencias y por el propio dinamismo que mostraron los municipios. El análisis del desempeño de los servicios, medido desde las *consultas*, confirma un fenómeno que se advertía en el período anterior: el peso relativo de la demanda que recayó sobre las gestiones municipales. Entre 2004 y 2007 se incrementaron en la provincia en un 22,7% las consultas en establecimientos sin internación, mientras que las realizadas en hospitales descendieron un 6,1%. Los partidos del GBA fueron escenario de una brecha aún mayor: mientras que las consultas en los establecimientos sin internación subieron el 34,48%,³⁷ en los establecimientos con internación descendieron el 12,19% (municipales y provinciales). Cabe destacar que el incremento más significativo estuvo en los municipios del segundo cordón del GBA, en los que el incremento de las consultas en los establecimientos sin internación fue del 53,13% (anexo: gráfico 12).

³⁷ En consonancia con estos valores y a diferencia de lo que sucedía en el período anterior, la prensa comienza a registrar a las salas de primeros auxilios y a las unidades sanitarias o centros de salud como establecimientos sanitarios, con problemas y carencias. Los testimonios en la prensa provincial recuperan la problemática de la ciudad de La Plata y de otros partidos durante el año 2006.

Intentos de cambio e inercias de la agenda hospitalaria

En un sentido contrario a las orientaciones que planteaba la política nacional, la problemática de los hospitales siguió dominando la agenda provincial y comprometiendo una importante proporción del presupuesto de salud. La provisión de servicios a través de los hospitales provinciales representaba algo menos del 70% del gasto total en esa finalidad (69,94% en 2004 y 67,75% en 2006) (anexo: tabla 6).

Al quedar atrás la emergencia, los actores gremiales recuperaron posiciones. A partir de 2005, paros, movilizaciones y jornadas de protesta en los hospitales provinciales expresaron demandas por el aumento de los salarios y el pase a planta de trabajadores en situación de precariedad. La prensa fue una particular caja de resonancia de estos conflictos, en la que se destacó la actividad de actores como la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP) y la Federación de Profesionales de la Salud (FEPROSA).

Distintas huellas en la política provincial evidencian la relevancia que tenía la problemática de los recursos humanos en el sector, que trascendía el alcance del Programa Nacional Médicos Comunitarios. La incorporación de personal profesional a la planta permanente del Ministerio (Ley Provincial 13273/2004), la creación del Observatorio de Recursos Humanos en Salud (Resolución Ministerial 1145/2007) y la creación de mil puestos de enfermería en la provincia y su reubicación en la carrera profesional hospitalaria son algunos ejemplos del tipo de problemas y de su magnitud, así como también de los dispositivos de políticas que se utilizaron y que continuarán empleándose en el período siguiente.

Con las limitaciones de contar con datos consolidados para las tres jurisdicciones, la información de consultas y egresos en los hospitales (a cargo de la provincia y de los municipios en distintas combinaciones) muestra pequeños incrementos y hasta descensos que promedian variaciones muy diferentes entre partidos del GBA. A diferencia de lo que sucedía en el período anterior, se advierte una leve reducción de la variación en la cantidad de consultas en los hospitales (6,12% para toda la provincia y 12,19% para el GBA, entre 2004 y 2007), mientras que los egresos se mantienen estables (anexo: gráficos 10, 11, 12 y 13). Cabe insistir en que se trata de valores agregados (de las tres jurisdicciones) que encierran (en los egresos) situaciones muy diferentes, entre las que se destacan los incrementos de los partidos de Merlo (60,06%), Malvinas Argentinas (32,64%), Hurlingham (28,6%), San Isidro (31,39%) y San

Fernando (19,08%); y las reducciones en Berazategui (21,11%), José C. Paz (20,11%) y San Miguel (19,44%).³⁸

Apenas iniciado este nuevo período se avanzó en el proceso de descentralización hacia los hospitales provinciales mediante el Decreto Provincial 135/2003, que reglamentó la Ley Provincial 11072 de Descentralización Hospitalaria “Nuestro Hospital”, sancionada en 1991. Aunque esta ley habilitaba la generación de recursos de parte de los entes descentralizados, reafirmaba lo planteado en la anterior acerca de que se “garantiza la accesibilidad y la gratuidad de las prestaciones a aquellas personas que no posean cobertura social y/o medios para afrontar el costo de la atención” (art. 1, Decreto Provincial 135/2003).

Como rasgo distintivo respecto de sus antecedentes (decretos provinciales 2370/91 y 2368/97), esta norma establece que la organización de la atención deberá realizarse bajo el criterio de complejidad creciente y por redes de servicios (art. 2, Decreto Provincial 135/2003). Merece destacarse este intento ya que, más allá de los resultados, muestra el interés del Ministerio provincial por recuperar capacidad regulatoria sobre los hospitales, que adquieren cada vez mayor autonomía.

En la segunda mitad del período se jerarquizó un nuevo abordaje de la cuestión hospitalaria que buscó, al menos en su diseño, poner en el centro el trato al usuario, como organizador de las acciones en los hospitales. Esos esfuerzos de cristalizaron en 2006 en el Programa de Mejora de la Atención a la Comunidad en Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires. Los instrumentos principales de este programa fueron la creación de unidades/áreas de atención a los usuarios, la gestión de turnos telefónicos, la promoción de encuestas de satisfacción de los usuarios (en el momento del alta de la internación), encuestas de clima laboral, y los estudios cualitativos que buscaban rescatar la mirada de los usuarios y trabajadores (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, *s/f*; hospitales públicos: la mirada de usuarios y trabajadores). Según testimonios relevados, llegaron a funcionar doce oficinas de atención al usuario en hospitales provinciales, una línea de trabajo que se continuará en la gestión siguiente.

³⁸ Elaboración propia según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Recapitulación

La reconstrucción de las continuidades y los clivajes de la política sanitaria en el primer período constitucional posterior a la crisis analizado en este capítulo encontró huellas documentales más evidentes en el nivel nacional que en el provincial. Sin embargo, otras fuentes fueron elocuentes de las acciones regulares que la provincia llevó adelante, y también de sus omisiones. Como en pocos contextos, la noción de campo (Bourdieu, 1997) fue de utilidad para recorrer y enhebrar las intervenciones (que llamamos genéricamente “dispositivos”) en la singularidad del marco institucional que se configura en el contexto del federalismo con un Ministerio nacional que buscó recuperar capacidad de regulación y de reorientación de la política en el nivel subnacional.

Los acuerdos celebrados en el marco del Programa de Unificación Monetaria y de la Ley de Responsabilidad Fiscal contribuyeron con el ordenamiento de la situación financiera de las provincias, aunque tuvieron costos en la capacidad de los gobernadores para definir prioridades. Estos procesos fueron reforzados en el plano político: desde una convocatoria a refundar la acción estatal y con un discurso que tomaba distancia de la “vieja política”, las elecciones de 2005 fueron aprovechadas por el presidente de la Nación para convertirse en el interlocutor del peronismo (tanto de gobernadores como de intendentes) participando de manera directa en el diseño de las listas de candidatos en cada jurisdicción.

Merecen destacarse dos condiciones que demarcaron –desde afuera– el campo de la salud en el nivel subnacional: la primera fue la sanción en 2005 de la Ley de Financiamiento Educativo, un compromiso que afectó de manera indirecta la expansión del gasto sanitario; la segunda fue la moratoria y la jubilación anticipada en 2005, que incrementó la población cubierta por el sistema, a la vez que las necesidades de garantizar prestaciones de parte del INSSJP-PAMI.

La mirada “desde arriba” de las políticas realizada hasta aquí devela condiciones institucionales, problemas y relaciones entre actores muy diferentes entre una y otra jurisdicción, que definen campos de actuación de relativa autonomía. La *responsabilidad primaria sobre la gestión de los establecimientos de salud* siguió siendo una variable en función de la cual se diferenciaron provincia y nación también en la salida de la crisis.

El *campo de la política nacional* tiene una agenda más abierta pero muy condicionada por dos factores: la disponibilidad de recursos y la existencia de equipos político-técnicos de gobierno. La continuidad en todo el período del equipo ministerial fue un factor determinante en la dinámica de la política nacional. Asimismo, la disponibilidad de financiamiento extrapresupuestario

(especialmente originado en el crédito externo) fue otra variable de relevancia, especialmente en un contexto en el que las finanzas provinciales enfrentaban aún importantes problemas. En estos pilares se posicionó el Ministerio nacional, que ganó visibilidad y capacidad para atravesar la estructura federal, lo que representó una cabal ruptura con el residual papel jugado en décadas anteriores.

El Plan Federal de Salud fue uno de los principales emergentes de los acuerdos intergubernamentales celebrados en el escenario del Consejo Federal de Salud en este período, y constituyó un repertorio exhaustivo de lineamientos estratégicos, dispositivos e instrumentos a partir de los cuales reconstruir la rectoría para el Ministerio nacional y los ministerios provinciales en un escenario institucional sumamente fragmentado. Limitando la acción prácticamente a los establecimientos estatales, compendió casi la totalidad de los programas y dispositivos que organizaron, en este período y en el siguiente, la política nacional.

La jerarquización del primer nivel asistencial desde la estrategia de atención primaria de la salud como organizador del sistema fue planteada originalmente por el Plan Federal de Salud y se tradujo en distintos programas que tuvieron a los CAPS como instancia privilegiada de ejecución. Entre las iniciativas más importantes se destacan el Programa Remediar, el Programa Médicos Comunitarios y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

La provisión de medicamentos esenciales del Programa Remediar parece haber sido el instrumento que tuvo mayor incidencia sobre la atención. La decisión de sostener su distribución centralizada y dirigida exclusivamente a los CAPS buscó fortalecer y jerarquizar el primer nivel con vistas a reorientar una demanda que venía concentrándose en los hospitales. En el Plan Nacer convergieron dos objetivos: la preocupación por la salud materno-infantil y la conformación de seguros públicos provinciales planteada en el Plan Federal de Salud. La nominalización y el recorte hacia la población sin otro seguro que el estatal, así como la introducción de mecanismos de pago asociados a la producción y a las metas de cumplimiento de resultados sanitarios, actualizaba orientaciones de la década del noventa, pero en esta oportunidad con una fuerte presencia en la regulación y el financiamiento por parte del Ministerio nacional.

Al menos en el diseño de las iniciativas, se esbozan dos modelos sanitarios que van a consolidarse y a coexistir en el siguiente período: uno perfilado hacia la construcción de un seguro público y otro orientado al fortalecimiento de la oferta pública (programas Remediar o Médicos Comunitarios).

A diferencia del nacional, el *campo de la política provincial* está amarrado a condiciones forjadas al calor de decisiones tomadas décadas atrás y a las que derivaron de la salida de la crisis. Más allá de los cambios de autoridades minis-

teriales, en la provincia las iniciativas discurren por los intersticios de la agenda regular de los servicios. Por fuera de la agenda que imponen los hospitales a las autoridades del Ministerio provincial se advierte otra línea de trabajo que ordena los intentos de cambio. En este nivel, la articulación en redes es para la política provincial lo que la atención primaria de la salud es para la nacional. La preocupación por la articulación en red de CAPS y hospitales organizó (aunque sin avanzar en el desarrollo de instrumentos) el discurso provincial; en este período tuvo presencia clara en los cambios en la institucionalidad con la modificación del estatus de las regiones sanitarias.

Con este discurso como telón de fondo de la política provincial se destacan dos dispositivos: el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial y el Seguro Público de Salud Provincial. Se trata de iniciativas que tienen (o terminan teniendo) a los municipios como interlocutores desde recorridos diferentes: el primero apuesta a la autonomía de los municipios en el manejo de los recursos, con criterios devolutivos que privilegian la alta complejidad; el segundo busca implantar un modelo fundado en la separación de funciones de provisión y financiamiento, que busca a su vez generar una puerta de entrada alternativa a la que representaban los CAPS municipales.

Capítulo 4

El legado de la descentralización: la nación y la provincia entre los programas y los servicios (2008-2011)

Introducción

Lejos de la crisis, el período que se inicia en el año 2008 se caracterizó por una profundización de las diferencias en la agenda de la nación y de la provincia. La capacidad de iniciativa de la acción gubernamental que se advirtió en otros campos de la política pública nacional no alcanzó al campo de la salud; a pesar de los cambios que se sucedieron en las autoridades ministeriales, se destaca la persistencia de los temas ya presentes en el Plan Federal de Salud en un nivel intermedio de gestión: los programas. Mientras tanto, en la provincia la dinámica del sector estuvo en línea con su contexto: aun sosteniendo los programas regulares, la agenda ministerial fue centrándose cada vez más en la problemática de los hospitales.

Este capítulo se organiza en cinco apartados. A esta introducción le sigue un segundo apartado que presenta las principales coordenadas del contexto; el tercero busca dar cuenta de las continuidades y las rupturas que se advierten en el análisis de la política sanitaria nacional; el cuarto reconstruye la política provincial. El capítulo finaliza con una recapitulación de los principales procesos del período.

Un contexto jalonado por conflictos

La presidencia de Cristina Fernández estuvo atravesada por crisis y conflictos cuyas salidas derivaron en iniciativas que representaron virtuales rupturas con las orientaciones del gobierno anterior. Desde una casi ininterrumpida tradición legislativa y asumiendo de manera explícita la continuidad con la gestión

de su esposo, Cristina Fernández llegó a la presidencia acompañada por el ex gobernador de la provincia de Mendoza, Julio Cobos, representante de la Unión Cívica Radical en la denominada Concertación Plural. Así conformada, la fórmula fue electa con el 45,28% de los sufragios.

La formación del gabinete nacional expresó aquella continuidad planteada en el discurso (Vitale y Maizels, 2011): doce de los quince funcionarios más importantes (ministros y secretarios generales) procedían de la gestión saliente (nueve continuaban en el mismo cargo, uno cambiaba de cartera y otros dos ascendían de puesto). Entre estos últimos, se encontraba Graciela Ocaña, que pasaba de la dirección ejecutiva del INSSJP al Ministerio de Salud de la Nación.

La candidatura de Daniel Scioli a la gobernación de la provincia de Buenos Aires fue planteada también como una continuidad con las orientaciones de la política nacional. Acompañado en la fórmula por el intendente saliente de La Matanza, Alberto Balestrini, obtuvo el 48,24% de los sufragios, tres puntos por encima de los resultados nacionales. Las intendencias municipales en el GBA fueron expresivas también de ese alineamiento: doce estaban gobernadas por el Frente para la Victoria (incluido el Polo Social), ocho por el Partido Justicialista y cuatro por distintos partidos vecinalistas. Contrastando con la idea de continuidad, la conformación del gabinete provincial mostró relativa autonomía respecto del gobierno nacional. Solo Daniel Arroyo (ex viceministro de Desarrollo Social de la Nación y designado Ministro de Desarrollo Humano en la provincia) había estado relacionado previamente con los Kirchner.

A pocos meses de haber asumido Cristina Fernández, la crisis financiera mundial que estalló en 2008 definió las coordenadas del escenario que transitaría el gobierno, que buscó preservar los logros y las mejoras alcanzadas por el anterior. En ese contexto, la decisión de profundizar la política basada en las retenciones a las exportaciones, expresada en la Resolución del Ministerio de Economía 125/2008, desencadenó la reacción de las organizaciones patronales agropecuarias nucleadas en la denominada Mesa de Enlace,¹ abrió un conflicto que signó los alineamientos políticos de allí en adelante (De Luca y Malamud, 2010: 174), y fue también el origen de la ruptura de la Concertación Plural.²

¹ Nucleaba a las principales patronales agropecuarias: Sociedad Rural Argentina (SRA), Federación Agraria Argentina (FAA), Confederaciones Rurales Argentinas (CRA) y Confederación Intercooperativa Agropecuaria, Cooperativa Limitada (CONINAGRO).

² Desatado el conflicto, se dejó en suspenso la vigencia de la citada resolución, y esta se envió a la Legislatura para un debate más abierto. Allí logró su aprobación en la Cámara de Diputados, pero fue rechazada por los senadores gracias al autodenominado “voto no positivo” del vicepresidente Julio Cobos.

El Fondo Federal Solidario fue el arreglo institucional a través del cual se buscó encauzar la convulsionada relación con los gobernadores e intendentes después de este conflicto. El decreto de creación del fondo establecía que el 30% de la suma percibida por derechos de exportación de la soja sería girado automáticamente a las provincias para financiar obras, con arreglo a los criterios de distribución de la coparticipación. Según establecía el decreto, los fondos podían utilizarse exclusivamente para “la mejora de la infraestructura sanitaria, educativa, hospitalaria, de vivienda o vial en ámbitos urbanos o rurales, con expresa prohibición de utilizar las sumas que lo compongan para el financiamiento de gastos corrientes” (art. 1, Decreto Nacional 206/2009). Las provincias que adhirieran estaban obligadas a distribuir (también de manera automática) el 30% de lo percibido entre sus municipios (Basile *et al.*, 2011: 20-21).

La provincia de Buenos Aires adhirió al Fondo Federal Solidario y creó el Fondo Provincial Solidario (Ley Provincial 13976/2009), a través del cual comenzó a transferir el 30% de los recursos recibidos a los municipios. Cabe destacar que se trataba de un monto de relativa importancia, puesto que llegó a representar el 6% de las transferencias provinciales hacia los municipios, incluida la coparticipación.³ El interés del gobierno nacional por recuperar la relación con los intendentes municipales se advierte también en la evolución de la inversión pública hacia los municipios, que, a partir de 2005, comenzó a crecer a una tasa anual promedio del 108%. El 80% de esa inversión estuvo bajo la órbita del Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios, y fue seguida por el 8% del Ministerio de Desarrollo Social (el 80% de la inversión fue en vivienda y el 10% en infraestructura social). Según el análisis de Lodola, el 80% de esas inversiones fueron realizadas en la provincia de Buenos Aires (2010: 221-222).

La política asistencial (que había ganado singular importancia durante el gobierno anterior) se expandió en este período y alcanzó el 13% gasto nacional total, con lo que llegó a ocupar el tercer lugar, luego de Planificación Federal y Educación (Perelmiter, 2011: 98). Iniciativas precedentes, como el Plan Familias (hasta que fue reemplazado por la Asignación Universal por Hijo), el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria “El Hambre Más Urgente”,

³ Las transferencias por coparticipación (Ley Provincial 10559 y modificatorias) representaban el 74%, mientras que el 36% restante se distribuía mediante distintas leyes especiales: Distribución de Juegos de Azar; Ley Provincial 13010: Descentralización Tributaria; Ley Provincial 13163: Fondo de Fortalecimiento de Programas Sociales y Saneamiento Ambiental; Ley Provincial 13850: Fortalecimiento de Recursos; Ley Provincial 13863: Fondo Municipal de Inclusión Social; y Ley Provincial 13976: Fondo Provincial Solidario (Lorea, 2009).

el Plan de Desarrollo Local y Economía Social “Manos a la Obra” y Centros Integradores Comunitarios,⁴ convivieron en este período con otras nuevas, como el Programa Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja”, el Tren de Desarrollo Social y Sanitario, y el Plan Abordaje Integral “Ahí, en el lugar y con la gente”. La profusión, escala y magnitud de la inversión de estas iniciativas llevó a Perelmiter a discutir con la hipótesis acerca de la desasistencialización de la política social (Falappa y Andrenacci, 2009; Riggirozzi, 2010), y a sostener que en ambos gobiernos kirchneristas “la asistencia no solo afianzó su lugar institucional dentro del aparato estatal sino que expandió considerablemente su alcance”, coexistiendo con avances derivados de la inclusión por el trabajo y con el desarrollo de las instituciones de la seguridad social (Perelmiter, 2011: 94).

En el campo de la política asistencial, el gobierno de la provincia había encarado la unificación de los programas alimentarios mediante la emisión de una “tarjeta alimentaria” emitida por el Banco de la Provincia de Buenos Aires para la adquisición de alimentos para mujeres embarazadas y madres con hijos menores de seis años. A la vez que una apuesta para construir autonomía por parte de los sujetos destinatarios de los programas, la bancarización buscó también desplazar de su gestión a las redes territoriales de las denominadas manzanas y comadres, responsables desde hacía más de una década de la distribución de una parte de los alimentos que entregaba el gobierno provincial.

Apenas superado el momento más álgido del conflicto por el aumento a las retenciones a las exportaciones, el gobierno nacional recuperó la iniciativa al crear el Sistema Integral Previsional Argentino (SIPA). Tal como lo planteaba la Ley Nacional 26425/2008, el SIPA es un sistema único solidario de reparto constituido por fondos que, a partir de entonces, pasaron a ser administrados íntegramente por el Estado a través de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), al tiempo que la totalidad de los beneficiarios del régimen de capitalización individual fueron transferidos al sistema de reparto. Sin ahondar en el alcance y significado político institucional que implicó esta medida,⁵ la decisión reviste particular relevancia ya que, a partir de entonces, la ANSES se convirtió en una institución clave para el financiamiento y la ejecución de las intervenciones sociales nacionales, incluso en el campo de la salud.

⁴ Los Centros Integradores Comunitarios pasaron de ser 200 en 2007 a 615 en 2011; 43 de estos últimos, en municipios del GBA. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación: <http://www.desarrollsosocial.gob.ar/mapa.aspx?tipo=cic> (recuperado el 20/3/2012).

⁵ Un análisis del SIPA puede leerse en Danani y Beccaria (2011) y en Rofman y Olivieri (2011).

Tras la derrota sufrida en las elecciones legislativas de junio de 2009,⁶ el gobierno recuperó la iniciativa a través de distintas medidas que desafiaron en sus intereses⁷ y en sus ideas⁸ a actores de considerable poder. Entre las más destacadas en nuestro campo de análisis se encuentra el Decreto Nacional 1602/2009, que instituyó la Asignación Universal por Hijo (AUH), un seguro social que incorporó a los niños, adolescentes y jóvenes hasta los 18 años al Régimen de Asignaciones Familiares (Ley Nacional 24714), independientemente de la condición que revistieran sus padres en el mercado de trabajo. La prestación comprendía a los hijos en edad escolar de los trabajadores desempleados, de los monotributistas sociales y de personas que se desempeñaban en la economía informal o que percibían un ingreso inferior al salario mínimo, vital y móvil. Posteriormente fueron incorporados también aquellos trabajadores pertenecientes al Régimen Especial de Seguridad Social para Empleados del Servicio Doméstico. Según datos oficiales, en 2011 la cobertura había alcanzado los 3,5 millones de personas.

El 80% del monto previsto se pagaba mensualmente a los titulares de la prestación (a uno solo de los padres, tutor curador o pariente por consanguinidad directa hasta tercer grado) a través de la ANSES. El cobro del 20% restante estaba sujeto al cumplimiento de las denominadas “condicionalidades” en salud y educación, un instrumento presente en diferentes programas de transferencias de ingresos que le antecedieron (el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados y el Plan Familias por la Inclusión Social) (Hintze y Costa, 2011: 158-162; Rofman y Olivieri, 2011: 17; Repetto, 2010a: 235).

Siguiendo a Hintze y Costa, las condicionalidades eran requisitos de permanencia que, en el caso de la salud, suponían que los niños hasta los cuatro años de edad cumplidos debían acreditar los controles sanitarios y el plan de

⁶ El 28 de junio de 2009 se celebraron las elecciones legislativas en las que el Frente para la Victoria fue derrotado en los principales distritos del país. En la provincia de Buenos Aires, con una lista encabezada por Néstor Kirchner y seguida por Daniel Scioli (una de las denominadas “candidaturas testimoniales”) el Frente Justicialista para la Victoria (así se denominaba entonces) descendió más de 16 puntos (alcanzó apenas el 32,18% de los votos) respecto de los porcentajes logrados en la elección realizada apenas dos años antes, y fue superada por la Alianza Unión Pro (con el 34,68% de los votos): http://www.elecciones.gob.ar/articulo_sub_sub.php?secc=2&sub_secc=9&sub_sub_secc=9. Cabe destacar que parte del gabinete de la provincia participó en las listas de distintas jurisdicciones como “candidatos testimoniales”.

⁷ Nos referimos a la Ley Nacional 26522/2009 de Servicios de Comunicación Audiovisual, que estableció pautas para regular el funcionamiento de los medios radiales y televisivos.

⁸ Hacemos referencia a la Ley Nacional 26618 de Reforma del Código Civil, denominada “Matrimonio igualitario”, y a las reacciones de la Iglesia católica.

vacunación obligatorio. A partir de los seis años se sumaban la acreditación de la concurrencia a los establecimientos educativos estatales y la presentación de una declaración jurada relativa a la condición laboral del padre, madre o tutor (2011: 160). Cabe destacar que estas condiciones se fueron ampliando a medida que se fue extendiendo la cobertura hacia las mujeres embarazadas mediante la Asignación Universal por Embarazo (AUE).⁹

Las condicionalidades de los controles de salud y educación han motorizado distintos debates en torno a la AUH;¹⁰ su permanencia fue destacada como un “trato diferencial que contrasta con la forma de acceso directo al sistema de la que disponen los hijos de trabajadores formales, a quienes no se les retiene mensualmente monto alguno” (ídem). Nos interesa mirar otro aspecto de este instrumento en la medida en que permitió establecer puentes entre un programa de transferencia de ingresos (a cargo de una agencia nacional) y el acceso a los servicios de salud (potestad de las provincias y, en el caso de Buenos Aires, de los municipios), aspectos que analizaremos más adelante.

A pesar de las políticas activas promovidas en este período, por primera vez desde la salida de la crisis de 2001 los indicadores de empleo mostraron una tendencia a la baja, como resultado de las repercusiones de la crisis internacional. En el GBA, la tasa de desocupación sufrió un leve incremento, por lo que pasó del 9,7% en 2008 al 10,6% en 2009, aunque logró volver a descender al 8,6% en 2011. Un incremento similar sufrió en esta región la subocupación horaria, que pasó del 10,6% en 2008 al 13,7% en 2009, y descendió al 9,9% en 2011. Con valores algo inferiores, es la misma dinámica que se advierte en el conjunto de los aglomerados del país (anexo: gráfico 1). El empleo no registrado encontró también una tendencia a la baja, con un descenso de cinco puntos en todo el período: del 39% en 2007 al 33,8% en el cuarto trimestre de 2011, lo que puso en evidencia la existencia de una población que no contaba con otra cobertura que la que podía ofrecerle el subsector estatal. Los datos de la Encuesta Permanente de Hogares muestran una desaceleración en el descenso de los porcentajes de población sin cobertura de obra social o prepaga entre 2008 y 2011 respecto del período anterior, del 33,7% al 31,8%, similar a la del

⁹ Decreto Nacional 446/2011; Boletín Oficial: 19/4/2011.

¹⁰ La puesta en marcha de la AUH actualizó y catalizó a su vez distintos debates (de más largo plazo y enraizados en 2001, como bien analizan las autoras) respecto de si la inclusión se da a través de los ingresos o bien a través del trabajo (Hintze y Costa, 2011: 170). Las posiciones en relación con esta discusión tienen los diagnósticos sobre la AUH: “formato híbrido” (Lo Vuolo, 2010); “avance de la asistencia en un estatuto de derechos” (Roca, 2010); “asistencialización de la seguridad social” (Lozano y Raffo, 2010; citado por Hintze y Costa, 2011).

conjunto del GBA más la CABA. Con la misma tendencia pero desde un punto de partida mucho más elevado, los 24 partidos del GBA pasaron de tener el 40,9% de la población sin cobertura de obra social o prepaga en 2008 al 37,1% en 2011 (anexo: gráfico 5).

La ampliación de la cobertura de los sistemas de protección social, la tendencia al descenso del desempleo y el subempleo y el incremento del salario¹¹ son cambios que conviven desde 2005 con la reaparición del viejo problema de la inflación doméstica, que afectaba especialmente los ingresos de los sectores de menores recursos y dinamizó conflictos salariales que terminaron repercutiendo en la alianza entre el gobierno y los sindicatos. Del análisis que presenta Etchemendy interesa destacar, en este panorama contextual, dos tensiones: por un lado, la *político-electoral* que sostiene el gobierno con la CGT y su interés por recuperar presencia política en el Partido Justicialista disputando con los intendentes del GBA; por otro lado, la que el autor denomina *económico-sistémica*, que encuentra a la CGT (y también a la CTERA, aunque en los escenarios provinciales) como actor de una disputa distributiva que tiene como contexto el crecimiento de la inflación (Etchemendy, 2012: 162-164). A estas tensiones se sumarán, como veremos más adelante, los conflictos en torno al manejo de los fondos de las obras sociales durante la gestión de la ministra Graciela Ocaña.

La medición de los logros en materia de empleo ha sido menos discutida que los valores oficiales que hablan de mejoras en materia de pobreza y, asociado a esos valores, de la evolución de la inflación, especialmente a partir de 2007, cuando fue intervenido el INDEC.¹² Los datos oficiales muestran para ese período un franco descenso de la pobreza, que pasó en el GBA del 17,8% en 2008 a menos de la mitad, 6,9%, en 2011; una curva similar siguió en el conjunto de los aglomerados urbanos (anexo: gráfico 1).

En el marco de la Ley de Responsabilidad Fiscal, los Programas de Asistencia Financiera suscriptos con el gobierno nacional cumplieron un papel muy importante para el sostenimiento de los gastos de las provincias en general y de Buenos Aires en particular. El régimen preveía que el gobierno nacional podía implementar, a través de acuerdos bilaterales con cada provincia, programas de financiamiento para aquellas jurisdicciones que no contaran con otras fuentes de ingresos y estuvieran cumpliendo con las pautas de comportamiento fiscal previstas en el propio régimen. En ese marco, la provincia de Buenos Aires venía

¹¹ El salario mínimo vital y móvil pasó de 960 pesos en noviembre de 2007 a 2.300 pesos en agosto de 2011 (MTEYSS, 2012: 307).

¹² Hacemos referencia a la intervención que tuvo lugar en enero de 2007 del INDEC y al proceso de deslegitimación del que fue objeto posteriormente tanto el Instituto como sus mediciones.

firmando Programas de Asistencia Financiera desde 2005, lo que incrementó su deuda con el Estado nacional (Salim *et al.* 2010: 47).

El gasto total provincial se incrementó, a valores corrientes, el 63,86% entre 2008 (44.153 millones) y 2011 (72.349 millones), una variación que estuvo muy por debajo de la que sufrió la atención pública de la salud: 119%. Según los datos disponibles para 2008 y 2009, el 74% lo absorbía el gasto público social, incluidos los recursos humanos, lo que habla de la incidencia persistente de los servicios sociales en el presupuesto provincial (tabla 2). En mayo de 2010, por medio del Decreto Nacional 660/2010, se creó el Programa Federal de Desendeudamiento de las Provincias Argentinas, con el objetivo de reducir la deuda con el gobierno nacional (derivada de los Programas de Financiamiento Ordenado y de los Programas de Asistencia Financiera) mediante la aplicación de los fondos disponibles del Fondo de Aportes del Tesoro Nacional (ATN) y de la reprogramación de la deuda provincial (Basile *et al.*, 2011: 22). Desde una situación financiera muy crítica, la provincia de Buenos Aires manifestó su interés en participar de este programa el 12 de mayo de 2010.¹³ A pesar de estas medidas y con las condiciones que estas imponían, la fragilidad financiera de la provincia y su alta dependencia respecto de los acuerdos que alcanzara con el gobierno nacional fueron factores que determinaron los márgenes de autonomía del actor provincial en los procesos de toma de decisiones en general y en relación con los servicios sociales universales (educación y salud) en particular.

Los programas y sus debates: el Remediar y el Nacer en los vaivenes del Ministerio nacional

Las tomas de posición del nuevo gobierno en el campo de la salud fueron disonantes con la retórica de la *continuidad* que atravesó el discurso oficial. Aunque se trataba de uno de los tres funcionarios “ascendidos”,¹⁴ la designación de Graciela Ocaña como ministra de Salud de la Nación significó un quiebre con los seis años de gestión de Ginés González García, designado embajador argentino ante la República de Chile. Ocaña permaneció en ese cargo hasta mediados de 2009, momento en que fue reemplazada por el vicegobernador de la provincia de Tucumán, Juan Luis Manzur.

¹³ El convenio bilateral con el gobierno nacional lo suscribió el 23 de junio de 2010, y fue aprobado por el Decreto Provincial 903/2010.

¹⁴ En el gobierno anterior había estado a cargo de la dirección del INSSJP.

Como en el período anterior, las reglas de juego de la emergencia fueron parte del marco institucional hasta el año 2009,¹⁵ y en ese contexto normativo se establecerían las condiciones relativas a la gestión de lo sanitario. Contrastando con el anterior, este período estuvo marcado por un contexto epidemiológico crítico y por cambios en las autoridades ministeriales que se sucedieron en los cuatro años del gobierno de la presidenta Cristina Fernández de Kirchner, lo que produjo un virtual desdibujamiento del lugar de la autoridad sanitaria construido en el tránsito de la crisis y en su salida.

La ausencia de un plan nacional de salud dificulta la reconstrucción de las orientaciones generales de la política nacional en este período. La enunciación de prioridades presente en los acuerdos de mediano plazo celebrados con la OPS (Nota estratégica OPS-OMS y Ministerio de Salud, 16/7/2008)¹⁶ es el emergente institucional al que podemos apelar para conocer las orientaciones generales de la política nacional. Más tarde, durante la gestión del ministro Juan Manzur hubo un intento (que no alcanzó a concretarse) de formular un nuevo Plan Federal de Salud (2010-2016). Posteriormente, aparecerán referencias a la prórroga de aquel aprobado por el Consejo Federal de Salud (COFESA) en 2004.

En estos años se amplió la presencia de la nación en la arena de la provisión de servicios. Al Hospital Profesor Alejandro Posadas en el partido de Morón (con 448 camas) se le sumaron las 118 camas del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner en Florencio Varela,¹⁷ puesto en funcionamiento en este período bajo el modelo de los Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad (SAMIC), pero permaneciendo bajo la dependencia funcional provincial.

Aun sin modificar la estructura sanitaria, se advierte un cambio en las intervenciones que muestra la preocupación por garantizar la llegada al territorio: la expansión de los Centros Integradores Comunitarios en el primer nivel (por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación) y el Plan de los Hospitales del Bicentenario (por el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública

¹⁵ Fue prorrogada en dos oportunidades por las leyes nacionales 26456/2008 y 26563/2009. El seguimiento continuo estuvo bajo la mirada de una comisión bicameral.

¹⁶ Resolución 1062/2008: "Aprobación de orientaciones a mediano plazo, 2008-2012, OPS-OMS y Ministerio de Salud, nota estratégica", modificada posteriormente por el ministro Juan Manzur mediante un Memorándum de Ajuste a la Nota Estratégica de Cooperación Técnica OPS-OMS y Ministerio de Salud 2008-2012, 30/9/2009.

¹⁷ Cabe aclarar que en la estadística provincial el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce figura como hospital provincial (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada, Guía de Establecimientos 2010).

y Servicios) son ejemplos que conviven con modelos de gestión que buscan satisfacer la demanda desde el poder de compra que puede tener el Estado (el Programa de Patologías Congénitas y el Plan Nacer son dos ejemplos).

Nuestro análisis está organizado en cuatro entradas. La primera pasa en limpio las coordenadas generales que atraviesan la política en este período: los cambios en el contexto político-institucional del Ministerio y la situación epidemiológica. La segunda entrada pone el foco en la renovación del Programa Remediar en el contexto del nuevo contrato de préstamo. La tercera analiza la progresiva jerarquización de la modalidad de aseguramiento a través del Plan Nacer y su llegada al GBA. Y la cuarta hace referencia a la aparición del territorio en el mundo sectorial.

Entre la reforma institucional y la situación epidemiológica: el errático camino del Ministerio nacional

Aunque diferentes en los orígenes, perfiles y desafíos que enfrentaron, la acción de las dos gestiones ministeriales tuvo como resultado una pérdida relativa de liderazgo del Ministerio de Salud de la Nación. En términos generales y a muy grandes rasgos, planteamos que mientras la gestión de Ocaña buscó trascender las fronteras del subsector estatal, la de Manzur recluyó su agenda en este subsector y actualizó aquella delineada por Ginés González García en la salida de la crisis. La apuesta por la coordinación del financiamiento entre subsectores organizó el discurso de la ministra Ocaña y algunas de sus acciones. Sin embargo, estos esfuerzos parecen haber quedado atrapados –apenas iniciada la gestión– entre las inercias políticas (resultantes de una alianza gubernamental todavía sólida con la CGT), por un lado, y un contexto sanitario particularmente adverso, por el otro (marcado por la epidemia de dengue, primero, y la pandemia de influenza H1N1, unos meses más tarde), y finalizó con la renuncia de la ministra una vez celebradas las elecciones legislativas en 2009.

Con un capital y prestigio contruidos a partir de los resultados de la reforma del INSSJP-PAMI, la nueva gestión ministerial se planteó como un quiebre con respecto a la anterior, una decisión que representó distintos desafíos en la construcción y el ejercicio de su liderazgo político-administrativo, en el interior de la organización ministerial, y político-técnico, en el escenario del COFESA. Su doble carácter de *outsider* (del sistema político del partido en el gobierno y del sector salud)¹⁸ hizo difícil la tarea en ambos frentes. En un gobierno que se

¹⁸ Electa diputada nacional por la Coalición Cívica para la Afirmación de una República Igualitaria (CC-ARI), la fuerza opositora liderada por Elisa Carrió, acepta el ofrecimiento de Néstor

presentaba como continuidad respecto del anterior, Ocaña comenzó a desplegar un planteo de corte fundacional que recogía en su discurso los nudos presentes en distintos diagnósticos del sector. En el primer encuentro del COFESA se demarcaba un campo de acción que buscaba trascender las fronteras del subsector estatal y, dentro de este, de los niveles de gobierno:

... que la nueva gestión a su cargo tiene como objetivos “profundizar lo que se hizo, corregir aquello que está fallando y realizar lo que falta” [...] “Por primera vez las políticas nacionales que se vinculan con el Ministerio de Salud, es decir, las del PAMI y la Superintendencia de Servicios de Salud (Obras Sociales Nacionales), tienen un alineamiento en común. Si a esto le sumamos los ministerios de Salud de las provincias y las obras sociales provinciales contaremos con el 95% de la cobertura de los argentinos”. Asimismo, insistió en el desafío que implica articular todo el financiamiento de los diversos sectores antes mencionados para tener la calidad en la atención que es necesario tener para mejorar los indicadores sanitarios (COFESA, acta del 21/2/2008).

La transparencia institucional (expresada en las denuncias por el manejo de los fondos de las obras sociales y contra la denominada “mafia de los medicamentos” falsificados)¹⁹ y la autonomía respecto a los grupos de interés delimitaron discursivamente el campo de debate desde el cual Graciela Ocaña tomó distancia del ministro anterior.

En el primer año de gobierno, las autoridades ministeriales buscaron abordar (con escasos aliados) una agenda estructural que enfrentaba a actores resistentes a ceder en sus intereses. Las actas del COFESA y distintas presentaciones ministeriales regresaban a la propuesta de la Ley Federal de Salud, que nunca llegó a plasmarse en un proyecto del oficialismo pero que estuvo presente en distintos documentos oficiales (COFESA, acta del 21/2/2008; Ministerio de Salud de la Nación, 2008). La sanción de una ley de salud figuraba también entre los acuerdos plurianuales de cooperación técnica establecidos con la OPS-OMS:

Una nueva Ley General de Salud, su reglamentación, divulgación y aplicación, donde se reafirme el derecho a la salud, su rol como factor de desarrollo y favorecedor de las capacidades productivas de las personas, donde se promueva la equidad, la universalidad de los servicios, la calidad

Kirchner para asumir la dirección del INSSJP-PAMI en 2004. Es licenciada en Ciencia Política y trabajó profesionalmente en el área de comercio exterior.

¹⁹ *Página/12*, 16/8/2008: “Sombras de una mafia de medicamentos”.

de la atención, la solidaridad y la importancia de la salud como factor de desarrollo, y se abogó por la coordinación intersectorial, la participación ciudadana y el abordaje de las determinantes de salud (Nota estratégica, ops/Ministerio de Salud, Resolución 1062/2008; 3.1.1).

Si el cuestionamiento más fuerte que se le hacía al Plan Federal de Salud postulaba que a un diagnóstico correcto sobre la fragmentación se le oponían instrumentos que operaban en los límites del subsector estatal, el planteo general de la gestión de Ocaña buscó trascender esas fronteras, aunque con escasos instrumentos. En el transcurrir de estos intentos se fueron abriendo distintos debates. Una de las expresiones más explícitas se encuentra nuevamente en los acuerdos plurianuales de cooperación técnica establecidos con la OPS-OMS, que fueron modificados por la gestión ministerial siguiente. La discusión en torno a la coordinación financiera comprometía no solo a los actores sindicales (responsables de las obras sociales) sino también, tal como estaba planteada en sus inicios, a los gobiernos provinciales:

Integrar el sistema de salud argentino articulando las obras sociales nacionales y provinciales al resto de los subsectores, orientando los esfuerzos hacia un sistema basado en la atención primaria de la salud, menos segmentado y fragmentado, que contribuya con efectividad a la extensión de la protección social en salud, en el marco de la constitucionalidad federal del país (Nota estratégica, ops/Ministerio de Salud, Resolución 1062/2008, 2.2).

En noviembre de 2008 se presentó el proyecto del Sistema Integrado de Salud, del cual se destacaba que no implicaba la integración de los financiamientos sino la coordinación de las políticas y objetivos de los actores del sistema de salud a los efectos de garantizar la integración de los financiamientos. La propuesta se organizaba en torno a cuatro ejes: la coordinación de los financiadores al nivel de los programas, el fortalecimiento del primer nivel de atención, el ejercicio del rol de rectoría por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales, y la creación del Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas (COFESA, acta del 20/11/2008).

La apuesta por la coordinación de los financiamientos se fue librando en el seno del subsector de las obras sociales y corporizándose en distintos conflictos con sus responsables: los dirigentes sindicales. Tuvo particular visibilidad la tensión con la CGT liderada por Hugo Moyano, uno de los principales apoyos (en aquellos años) del gobierno nacional (Etchemendy, 2012). El reemplazo

de las autoridades en la Superintendencia de Servicios de Salud y las denuncias públicas son hechos elocuentes de esta conflictiva relación.

La intensidad en el plano de los discursos y cruces políticos contrasta con los avances en lo programático. En este plano, merece destacarse la actualización de los aranceles del nomenclador de prestaciones de salud. Según las actas del COFESA, era un reclamo de los gobernadores²⁰ que dio lugar a la conformación del Comité del Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (Resolución 1230/2008), en cuyo contexto se modificaron los procedimientos para la presentación y el cobro de las facturas y, luego de un año de trabajo, se aprobó un aumento de alrededor del 20% de los aranceles modulares (Resolución 760/2009) (COFESA, acta del 21/5/2009). Se destaca esta medida ya que se trata de un instrumento que regula la transferencia de subsidios de parte de los presupuestos públicos a las obras sociales y que fue objeto de distintas discusiones con los representantes de las obras sociales. Las jurisdicciones que tenían a cargo hospitales (municipios y provincias) y contaban a su vez con mecanismos para el cobro de prestaciones a pacientes con alguna cobertura (es el caso de la provincia de Buenos Aires a través del Sistema de Atención Médica Organizada, SAMO) estaban particularmente interesadas en que este instrumento fuera modificado, y de ese modo limitar la transferencia de subsidios (mediante el congelamiento de los aranceles) desde los presupuestos públicos a las obras sociales y, en menor medida, hacia los seguros privados.

Junto con los impactos de la crisis financiera internacional, la situación epidemiológica desafió particularmente al sector. El año 2009 comenzó con la declaración de la epidemia de dengue, una enfermedad introducida por personas provenientes de Bolivia y que se expandió por varias provincias. Catástrofes naturales como la que había sucedido en Tartagal, la expansión de la frontera agrícola y la circulación de la población con motivo de fiestas y cosechas fueron factores que convergieron en la expansión de la epidemia por zonas no tradicionales. Incluso alcanzó a la Región Metropolitana de Buenos Aires con casos autóctonos. El hecho más significativo fue que por primera vez se produjeron muertes debido al dengue (Seijo, 2009: 387).

En abril de 2009, apenas pasados los meses de verano y el pico mayor de la epidemia de dengue, la OMS alertaba sobre una epidemia de influenza por un nuevo virus (H1N1) y, apenas dos meses más tarde, declaraba el comienzo de la pandemia. La curva epidémica muestra el inicio de la circulación del virus en el país a partir de mediados de mayo de 2009, y el alcance del pico

²⁰ Los aranceles se encontraban congelados desde hacía ocho años.

máximo de la transmisión entre el 20 de junio y el 3 de julio a todo el país (Ministerio de Salud de la Nación, 2010: 2). Las elecciones para renovación de autoridades legislativas coincidieron con la semana epidemiológica nº 26, momento en que se registró la mayor cantidad de casos (Ministerio de Salud de la Nación, 2010: 4).

En el nivel macroinstitucional, más particularmente desde la Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de la Pandemia de Influenza (Decreto Nacional 644/2007) dependiente de la Jefatura de Gabinete y de la Comisión de Análisis de la Influenza H1N1 (Resolución 1063/2009), se coordinaron acciones preventivas directas como el control de los aeropuertos y las campañas y acciones de vigilancia epidemiológica. El Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas tuvo a su cargo el control de los aeropuertos y la organización de la atención de la pandemia (Raffo, 2009).²¹ Entre abril de 2009 y la renuncia de Ocaña en junio, la pandemia de influenza H1N1 dominó la agenda del COFESA (actas del 28/4/2009, 5/5/2009, 21/5/2009, 25/6/2009).

En la renuncia de Graciela Ocaña en junio de 2009 convergieron al menos dos procesos que vale la pena señalar. Por un lado, el cuestionamiento de parte de los actores sindicales (especialmente de la CGT liderada por Hugo Moyano, que hasta ese momento formaba parte de la alianza gubernamental) por los intentos de la gestión ministerial por apostar por la coordinación del financiamiento y por una mayor transparencia en el manejo de los fondos destinados a las obras sociales; y por otro lado, el desgaste sufrido en el contexto de la crisis epidemiológica en la que concurrieron la epidemia de dengue y la pandemia de H1N1. Estos dos procesos se sucedieron en un contexto de debilitamiento de la ministra en el gabinete nacional a partir de la renuncia (a mediados de 2008) del jefe de Gabinete, Alberto Fernández, y finalizaron con la renuncia de Graciela Ocaña apenas conocidos los resultados electorales de las elecciones legislativas del año 2009.

La designación de Juan Luis Manzur, médico sanitarista y vicegobernador de la provincia de Tucumán, tuvo lugar en plena pandemia e inmediatamente después de las elecciones. Con algunos meses de diferencia, se sucedieron también cambios en las autoridades ministeriales en las provincias de Corrientes, Mendoza, Salta y Buenos Aires. La agenda de los encuentros del COFESA entre 2010 y 2011 es elocuente del saldo que dejaron las dos epidemias: análisis de la

²¹ Entre 2009 y principios de 2010 se notificaron un total de 1.479.998 casos de enfermedad tipo influenza (ETI), y fueron confirmados por laboratorio 12.010 casos. El total de hospitalizaciones por enfermedad respiratoria ascendió en 2010 a 14.136 casos, y fueron 626 las defunciones en 21 provincias (Ministerio de Salud de la Nación, 2010: 2).

situación de salud a partir de datos epidemiológicos e informes sobre campañas de vacunación y prevención (dengue, paludismo, leishmaniasis, sarampión, además de la evolución de los casos de influenza).

Aunque el contexto epidemiológico definió los márgenes de acción de la nueva gestión ministerial, el análisis documental muestra un *abandono explícito de la agenda institucional abierta por la gestión de Ocaña*; el Memorándum de Ajuste a la Nota Estratégica de Cooperación Técnica OPS-OMS y Ministerio de Salud, 2008-2009 (30/9/2009) es elocuente en este aspecto. Fundado en el contexto epidemiológico (epidemia del dengue y posteriormente de influenza H1N1) y en la crisis económica y financiera internacional, este documento precisa una agenda de cooperación que se aleja de las reformas estructurales; se jerarquizan aún más la salud materno-infantil y las enfermedades transmisibles y no transmisibles y se abandonan aquellas cuestiones estructurales planteadas por la gestión anterior, por lo que queda limitada a enunciaciones genéricas:

... el fortalecimiento de la capacidad de rectoría, planificación, gestión y coordinación intersectorial del Ministerio de Salud y continuar avanzando hacia el acceso universal a los servicios de salud y a la integralidad del sistema de salud fortaleciendo el desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) en todos los niveles (Memorándum de Ajuste a la Nota Estratégica de Cooperación Técnica OPS-OMS y Ministerio de Salud, 2008-2009, del 30/9/2009, punto 5).

El desdibujamiento de la autoridad sanitaria se advierte también en el derrotero de una propuesta del Plan Federal de Salud para el período 2010-2016 en la que había comenzado a trabajar el Ministerio, cuyo borrador del 4/6/2010 no llegó a ser tratado en los encuentros del COFESA. Esta iniciativa sugiere (junto con el regreso de algunos funcionarios de segunda línea) el intento por retomar los dispositivos emblemáticos de la gestión de Ginés González García. No obstante el carácter simbólico que tenía en aquel contexto retomar el Plan Federal de Salud, la propuesta (nunca considerada formalmente) se orientaba a reforzar una agenda centrada en las metas sanitarias expresadas en el ciclo de vida (focalizando en cuatro grupos poblacionales: niños y niñas; adolescentes y jóvenes; salud de las mujeres; adultos y adultos mayores) en términos de morbilidad, mortalidad y exposición a factores de riesgo, que contrastaba con otras miradas (menos sectoriales) que se habían esbozado en la gestión ministerial anterior (Ministerio de Salud de la Nación, 2010, borrador del Plan Federal de Salud 2010-2016, cap. 5).

Enraizados en el Plan Federal de Salud (2003-2007), se destaca en todo este período la importancia que adquirieron los fondos del proyecto Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP).²² A pesar de su amplitud,²³ se trata de un dispositivo importante por su capacidad de articulación horizontal y vertical, aunque su incidencia en la atención en el nivel de los servicios fue indirecta, razón por la cual lo mencionamos de modo general sin profundizar en su análisis posterior. El primer tramo del proyecto (denominado FESP1) estaba organizado en tres componentes sustantivos: 1) el fortalecimiento de la rectoría nacional y de la capacidad para ejecutar las funciones esenciales y los programas priorizados de la salud pública; 2) el fortalecimiento de la gestión de compra y monitoreo de insumos de los programas priorizados de salud pública y de la respuesta a la emergencia en salud; y 3) la implementación y el fortalecimiento de un conjunto de programas priorizados de salud pública a nivel provincial (manual operativo del Proyecto FESP, Contrato 7412-AR, pp. 8-10).

Radicado en la Secretaría de Programas Sanitarios, su potencial se fundó tanto en la magnitud presupuestaria (220 millones de dólares) como en la diversidad de actividades comprendidas en su diseño. Esta fortaleza lo convirtió horizontalmente en un interlocutor importante (en calidad de agencia de financiamiento) para muy distintas áreas del Ministerio. Parte de las estrategias orientadas hacia enfermedades no transmisibles adquieren mayor entidad como resultado del financiamiento provisto por el FESP. Las provincias fueron las principales ejecutoras y lo hacían a través de los ministerios de Salud provinciales.

Un fenómeno que parece abonar a un virtual desdibujamiento del Ministerio nacional en la arena intergubernamental en este período es la presencia de otros tres actores nacionales que, por fuera de la salud, interactúan con provincias y municipios. Nos referimos al Ministerio de Desarrollo Social, a la ANSES a partir del lanzamiento de la AUH y, continuando con la presencia que tenía en el período anterior, al Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios. En nuestro análisis destacamos la relevancia del Ministerio de Desarrollo Social y su capacidad de articulación de recursos de los programas del

²² Convenio de préstamo con el BIRF 7412-AR, del 21/11/2006, aprobado por el Decreto 841/2007.

²³ Su objetivo buscaba “reducir la exposición de la población a los principales factores de riesgo asociados con la salud, mejorar el ambiente regulatorio y el rol de liderazgo en el sistema nacional de salud pública, e incrementar la cobertura de diez programas priorizados de salud pública”; el “proyecto busca apoyar el Plan Federal de Salud y sus objetivos de reducir la morbilidad asociada a las enfermedades colectivas” (manual operativo del Proyecto FESP, Contrato 7412 AR, p. 12).

Ministerio de Salud en función de dotar de contenido sanitario a los dispositivos de intervención territorial que cobran, en este período, cada vez mayor fuerza.

En relación con el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios, aunque la información oficial disponible es limitada, se realizaron obras de refacción y ampliación en el Hospital Profesor Alejandro Posadas y se puso en funcionamiento el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner.²⁴ El Plan Hospitales del Bicentenario comprendió en el GBA la construcción de cuatro establecimientos nuevos. Anunciados en 2009 durante la gestión de la ministra Graciela Ocaña como obras del gobierno nacional, fueron inaugurados años más tarde. Uno de ellos estaba localizado en Esteban Echeverría, dos estaban en el partido de La Matanza (Gregorio de Laferrere y Rafael Castillo), y uno en Ituzaingó.²⁵ La maternidad de baja complejidad de Trujui, en el partido de Moreno, también estaba finalizada, y la rehabilitación del edificio (adquirido por el municipio) estuvo a cargo del gobierno nacional, aunque no en el marco del mencionado plan.

En este período se advierten distintos esfuerzos del Ministerio de Salud de la Nación para contar con información actualizada acerca de la disponibilidad de establecimientos. En esa línea puede mencionarse la creación del Registro Federal de Establecimientos de Salud (Resolución 1070/2009) y de la Codificación Federal de Establecimientos de Salud (Resolución 298/2011), esta última organizada y difundida a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA).

El lugar desdibujado del Ministerio nacional no se refleja en el desempeño presupuestario. Con los datos parciales disponibles se advierte un incremento del gasto público nacional en atención de la salud que supera el promedio histórico, al alcanzar el 0,34% y el 0,47% del PIB en los años 2008 y 2009 respectivamente. Este incremento se encuentra también en la jurisdicción provincial, y es apenas inferior en la municipal (siempre en los valores agregados para todo el país) (anexo: tabla 5). De manera concomitante, se constata un incremento de la participación del gasto nacional en el total, que pasa de representar el

²⁴ Decreto 9/2009. Convenio entre el Ministerio de Salud nacional y el Ministerio de Salud provincial para constituir el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce. Fecha del convenio: 29/5/2008.

²⁵ Distintas fuentes hablan de un proyecto de ley de endeudamiento que fue elevado a la Legislatura provincial, mientras que los fondos para su construcción serían aportados por el INSSJP-PAMI y recuperados a través de retenciones parciales de los valores que le debía pagar a la provincia de Buenos Aires ese organismo en razón de las distintas prestaciones realizadas por los efectores de dicha provincia.

15,4% al 18,28% entre 2008 y 2009, a expensas del provincial (siempre en sus valores agregados), que desciende levemente del 69,5% al 68,14% en los mismos años, y del municipal, que disminuye también su participación del 15,1% al 13,58% en ese bienio; siempre aclarando que se trata de los últimos datos (agregados) disponibles para el período (anexo: gráfico 6). Es probable que este incremento en la inversión se deba a otro fenómeno que se advierte particularmente en la segunda parte del período: la emergencia de un segundo nivel de gestión constituido por los programas, especialmente aquellos que cuentan con financiamiento externo.

Las dificultades para encarar la regulación del sector no parecen comprender el subsector de los seguros privados, ya que, al finalizar el período, se sancionó la Ley Nacional 26682/2011, que establece el marco regulatorio de la medicina prepaga (Boletín Oficial: 17/5/2011). Dicha ley estableció el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios de mayores servicios que comercializaran las empresas de medicina prepaga, denominadas Agentes del Seguro de Salud (ASS). Uno de los aspectos más destacados de esta ley es que obligó a las empresas a garantizar (como mínimo) la cobertura del Programa Médico Obligatorio, vigente según la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y del Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (Ley Nacional 24901 y sus modificatorias), que limita el alcance de los planes con coberturas parciales solo a servicios odontológicos y de emergencias médicas y traslados sanitarios de personas (art. 7). Un clivaje importante con las condiciones previas fue la prohibición de los períodos de carencia o de espera para aquellas prestaciones que se encontraran incluidas en el Programa Médico Obligatorio, y también que las enfermedades preexistentes solamente podían establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y que eso no podía justificar el rechazo de los usuarios por parte de los ASS (art. 10).

Debates en torno al Programa Remediar y los intentos de replantear la agenda intergubernamental

El Programa Remediar ofrece un espacio interesante para analizar los debates que se abrieron en el ámbito estatal en la salida de la crisis en un contexto político institucional errático para el sector. Durante la gestión de la ministra Graciela Ocaña se sucedieron cambios importantes en el esquema de financiamiento del programa, que pasó de un virtual desfinanciamiento a la celebración de un nuevo acuerdo con el BID. Aunque simplificando pliegues más complejos, el

debate acerca del papel del gobierno nacional en la política sanitaria se planteó en torno a dos perspectivas: una centrada en la provisión de medicamentos y otra que buscaba la promoción de la atención primaria de la salud.

Terminado el contrato de préstamo con el BID,²⁶ el programa pasó a ser fondeado con recursos del presupuesto nacional. Esta situación abrió un nuevo escenario caracterizado por la reducción de los recursos disponibles, el levantamiento de las restricciones que imponía el financiamiento externo y las dificultades para garantizar la gestión de los procesos licitatorios. La promoción de la producción pública de medicamentos, el papel de las provincias y la jerarquización de la atención primaria de la salud por sobre la provisión de los medicamentos esenciales fueron las principales discusiones que abrió la nueva gestión en el contexto de la flexibilidad relativa (en relación con las reglas de juego fijadas por el BID mediante el anterior contrato de préstamo) que ofrecía la gestión de los (más reducidos) recursos presupuestarios.

En el contexto de esos debates, la evaluación de los seis años de gestión del Programa Remediar (presentada en los encuentros regionales y posteriormente en el COFESA de septiembre de 2008) planteaba la necesidad de “redefinirlo y llegar finalmente a la estrategia del proyecto de atención primaria de la salud” (COFESA, actas del 11 y 12/9/2008). Entre sus *fortalezas* se destacaba la

... existencia de una red de 6.000 CAPS con más de 14 millones de beneficiarios, lo cual constituye un mecanismo de redistribución importante, más aún por estar descentralizado, con la consecuencia de haber generado una red de logística, distribución y participación comunitaria (COFESA, actas del 11 y 12/9/2008).

Entre sus *debilidades* se destacaba que

... existió una excesiva focalización en los medicamentos, una fuerte planificación del Ministerio de Salud de la Nación y, consecuentemente, una escasa participación de las provincias; una disociación entre medicamentos y servicios; falta de promoción pública de medicamentos; escasa participación comunitaria y, por ende, bajo nivel de control por parte de la sociedad civil. Además, el programa mejoraba el acceso a la atención, pero no la continuidad (COFESA, actas del 11 y 12/9/2008).

La transición propuesta suponía

²⁶ Contrato “Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud PROAPS-Remediar” (BID 1183/2002; OC 1194; Decreto 808/2002).

... ir de una política nacional de medicamentos a la organización de los servicios de salud y al fortalecimiento del primer nivel y de la prescripción a la conformación de equipos interdisciplinarios en el primer nivel de atención, saliendo de la lógica de la demanda espontánea para buscarla activamente y asegurar la continuidad en la atención (COFESA, actas del 11 y 12/9/2008).

Como veremos en las páginas que siguen, parte de este planteo se expresó en el Programa FEASP/Remediar+Redes. La intención de promover desde el Estado nacional la producción pública de medicamentos, vacunas y productos médicos estuvo presente en los debates en torno a la reorientación del programa. Según documentos oficiales, se buscaba canalizar la provisión de medicamentos básicos a través de los cuatro laboratorios estatales existentes en el año 2008, y se aspiraba a llegar a ocho en un futuro mediano, con los cuales se esperaba cubrir el 50% de la demanda. Según uno de sus promotores, este fue uno de los asuntos más discutidos con el BID. Luego de extensos debates, las autoridades nacionales lograron que los laboratorios estatales fueran aceptados –como un oferente más y en igualdad de condiciones– con los demás laboratorios privados en las convocatorias a licitaciones internacionales (entrevista a alto funcionario nacional, 12/2012).

En el contexto de nuevas (y más flexibles en algún sentido) reglas de juego que regulaban la gestión de los recursos presupuestarios, se plantearon discusiones que habilitaban históricas demandas de las provincias. Si bien se mantuvo como instrumento de gestión la distribución centralizada y directa a los efectores, comenzaron a esbozarse alternativas de logística descentralizada. En aquellos meses, así explicaba un alto funcionario del programa las propuestas de cambio:

En algún momento habíamos pensado en la posibilidad de depósitos regionales, cuando discutíamos los costos (...) eran mucho más altos [los] de los depósitos regionales, porque teníamos que tener varias empresas de logística, donde nosotros pretendíamos que en una de esas las podrían administrar los propios CORESA (entrevista a alto funcionario nacional, 12/2012).

La brevedad de la gestión de Graciela Ocaña y el regreso a las condiciones impuestas por el financiamiento externo una vez concretado el nuevo contrato de préstamo, hicieron que estas propuestas no llegaran a concretarse. La adaptación de los productos que comprendía el botiquín fue otro de los debates que reabrió la gestión de la ministra Ocaña (COFESA, actas del 11 y 12/9/2008).

Como veremos más adelante, parte de estas rutinas quedarían formalizadas en el Programa FEASP/Remediar+Redes.

Aun sin dudar acerca de la necesidad de mantener la provisión de medicamentos esenciales, distintas voces ponían en cuestión que un programa de atención primaria de la salud tuviera como foco lo que denominaban la “medicamentización de la práctica médica”. En esta línea es que consideramos que debe ser interpretada la relevancia que adquieren ciertos instrumentos (que podríamos llamar “blandos”) que buscaban (en palabras de sus promotores) jerarquizar la noción de atención primaria de la salud por sobre la entrega del medicamento; hacemos referencia al financiamiento de proyectos locales participativos.

La dificultad para garantizar la continuidad en la entrega de botiquines fue un contexto poco propicio para que estos debates llegaran a plasmarse en nuevos instrumentos. Las demoras en la gestión de los procesos licitatorios y los rubros declarados desiertos derivaron en la disminución de la cantidad de los productos y de los botiquines que se distribuyeron en el año 2008. La falta de ofertas era explicada por un alto funcionario como la respuesta de actores de la industria farmacéutica al cambio de rumbo en la política de compra de medicamentos. El resultado de la gestión fue una disminución muy importante en la cantidad de botiquines distribuidos en 2008, que, en el caso de la provincia de Buenos Aires, descendió a 42.269, un 40% menos respecto de los entregados el año anterior (anexo: gráfico 16).

Los instrumentos de control previstos originalmente se mantuvieron. Nos referimos a la línea gratuita para denuncias y reclamos y a los mecanismos de auditoría, así como también a los requisitos de los centros para ser incorporados y mantenerse como CAPS en el programa. Sin embargo, se suprimió el dispositivo del control social con voluntarios del 3^{er} sector, a cargo oneroso de Cáritas y de la Cruz Roja, que representaba la supervivencia de las propuestas de la Mesa del Diálogo.

Estos debates se concretaron en distintos replanteos plasmados en un nuevo contrato de préstamo celebrado con el BID, denominado Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEASP/Remediar+Redes) (Contrato Préstamo 1903 OC-AR, aprobado mediante el Decreto Nacional 1704/2008).²⁷ El inicio de su ejecución coincidió con la jerarquización del programa por la

²⁷ En la propuesta originalmente negociada por la gestión de Ocaña se llamaba FEASP en Red. La versión que resultó aprobada le restituye al Remediar un lugar protagónico en su nombre.

gestión del ministro Manzur,²⁸ y con el regreso de quienes habían sido –en el período anterior– sus responsables técnicos. El FEASP/Remediar+Redes incorporaba un problema nuevo, la articulación de servicios, y jerarquizaba a un interlocutor en la construcción intergubernamental, la provincia:

... fortalecer el funcionamiento en red de los servicios públicos de salud en las provincias argentinas, como parte del proceso de implementación de la estrategia de atención primaria de la salud (EAPS), [...] con el fin último de contribuir a mejorar el estado de salud de la población orientando el funcionamiento de las redes hacia la implementación de la EAPS (Reglamento operativo Remediar+Redes, Contrato 1903 OC-AR, p. 8).

Para alcanzar este objetivo, el programa se organizó en tres componentes. El primero, denominado “Proyectos provinciales de fortalecimiento de redes de servicios de salud”, comprende tanto la asistencia técnica para proyectos provinciales como su implementación, formalizada a través de compromisos de gestión anuales entre la nación y las provincias. El segundo componente, la provisión de insumos estratégicos para los servicios de salud, continúa las acciones que venía desarrollando el Ministerio y comprende dos subcomponentes: la provisión de insumos y medicamentos esenciales y la formación de recursos humanos para la atención primaria de la salud. El tercer componente comprende las funciones de apoyo: planificación, información, monitoreo y evaluación (Reglamento operativo Remediar+Redes, Contrato 1903 OC-AR, pp. 9-10).

Esta propuesta mantuvo (aunque en un segundo plano si seguimos su enunciación programática) los principales instrumentos de la propuesta original: la provisión de medicamentos esenciales de manera directa a los CAPS, la centralización de las compras (abierta ahora también a los laboratorios estatales), la distribución centralizada y directa a los CAPS concentrando en la logística la distribución de insumos de otros programas nacionales, la nominalización de la entrega y los procedimientos de registro y prescripción. En esta edición se institucionalizan instrumentos altamente valorados por los actores de la implementación que fueron dando cuenta de la adaptación del programa a las

²⁸ Merece destacarse la incorporación del Programa Remediar, “como parte de las políticas para favorecer el acceso, la calidad y el uso racional de los medicamentos”, en las notas estratégicas suscriptas con la ops (Memorándum de Ajuste a la Nota Estratégica de Cooperación Técnica ops-oms y Ministerio de Salud, 2008-2009”, del 30/9/2009, punto 5).

necesidades particulares; la operatoria del *clearing* entre CAPS²⁹ y el mecanismo de reposición fueron los más importantes.

En esta versión se definen más particularmente los atributos de la población objetivo: ser población sin cobertura de obra social o seguro privado y estar por debajo de la línea de pobreza (BID, Relatorio de Monitoreo de Progreso, AR-L 1020, Strengthening the Basic Health Care Strategy, FEASP, 2011, segundo período, p. 3). La formación de recursos humanos existentes es un instrumento genérico que apela en particular al Curso de Uso Racional de Medicamentos, que converge con el Posgrado en Salud Social y Comunitaria, en curso desde el Programa Médicos Comunitarios. Pasada la crisis, la comunicación se centró en la distribución de piezas orientadas a patologías específicas y en mecanismos destinados a fortalecer la relación con los CAPS, lo que convivía con otros programas nacionales que tenían también llegada a estos establecimientos, entre los que se incluye el Plan Nacer.

Recogiendo parte de la discusión abierta en la gestión anterior, la nueva edición del Remediar crea una Comisión de Formulario de Medicamentos del Remediar: “un ámbito de consenso, de planificación de las necesidades y de definición de criterios epidemiológicos para la confección del listado de medicamentos esenciales” (Reglamento operativo Remediar+Redes, Contrato 1903 OC-AR, p. 20). Esta propuesta recoge parte de la experiencia de la gestión anterior:

Era una comisión que discutía los ingresos y egresos al formulario terapéutico del Remediar. Nosotros teníamos cincuenta productos y la idea era que cada vez que hubiera un ingreso y un egreso se discutiera en la comisión. ¿Por qué hicimos esto? Por varias razones. Primero porque la idea era que hubiera un formulario nacional, pero un formulario que tuviera adecuaciones regionales; había algunos productos que en el NOA eran necesarios pero no lo eran en la Patagonia. (...) Y por otro lado, para no estar sometidos a la presión de los laboratorios de querer incorporar un producto, porque muchos laboratorios estaban queriendo incorporar un producto porque les aseguraba una compra importante; queríamos tener un espacio que discutiera científicamente (entrevista a alto funcionario, 12/2012).

La persistencia en la provisión de medicamentos esenciales en el segundo componente de la nueva edición del Programa FEASP/Remediar+Redes, muy lejos

²⁹ Hace referencia a las transferencias de sobrantes entre CAPS, una rutina que estaba regulada por el programa y que fue generada como adaptación a ciertos desafíos que presentó la implementación.

ya del contexto de la crisis, llama a interrogar a este instrumento acerca de su capacidad para organizar las relaciones hacia adentro de la matriz institucional del subsector estatal, un aspecto en el que nos detendremos en los próximos capítulos. La principal apuesta del Programa FEASP/Remediar+Redes se orientaba al fortalecimiento de redes de servicios de salud a través de la formulación e implementación de proyectos provinciales orientados a la captación, nominalización y seguimiento de personas con enfermedades crónicas: hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) con riesgo cardiovascular global (RCVG) moderado y alto (Reglamento operativo Remediar+Redes, Contrato 1903 OC-AR, p. 9).

Desde el punto de vista institucional, el programa fortaleció en esta edición el papel del nivel provincial e institucionalizó la adhesión a través de los convenios marco entre el Ministerio nacional y los ministerios de Salud provinciales. A través de los proyectos provinciales de fortalecimiento de redes, la provincia asumía responsabilidades operativas y financieras a la ejecución de las actividades de este componente. Estas obligaciones se institucionalizaban en la suscripción de compromisos de gestión anuales (Reglamento operativo Remediar+Redes, Contrato 1903 OC-AR, p. 16).

La distribución del presupuesto expresa la relevancia que vuelve a adquirir en esta nueva versión la provisión de medicamentos esenciales. Con una duración prevista hasta mediados de 2014, el contrato comprendía una inversión del BID de 230 millones de dólares, con una cofinanciación del país de 57,5 millones de dólares. El componente “Proyectos provinciales de fortalecimiento de redes de servicios de salud” comprendía el 37,3% de los fondos aportados por el BID, mientras que el 54,1% correspondía al segundo componente, “Provisión de insumos estratégicos”; el resto era asignado a la “planificación, información, monitoreo y evaluación del programa” (BID, Relatorio de Monitoreo de Progreso, AR-L 1020, Strengthening the Basic Health Care Strategy, FEASP, 2011, segundo período, p. 1). Este nuevo tramo del préstamo impulsó una importante recuperación en la entrega de botiquines, que pasaron de 42.269 en 2008 a 61.528 en 2009 para la provincia de Buenos Aires, y hacia finales del período (2011) crecieron a 78.716 botiquines (anexo: gráfico 16). El análisis de la implementación que realizamos en este libro se concentra en el componente “provisión de medicamentos esenciales” tanto por razones metodológicas (poder relevar la mirada de los actores en el recorrido de la instrumentación en un conjunto acotado de instrumentos) como propias del avance de los proyectos (comenzaron a ejecutarse recién finalizado el período bajo análisis en una parte de los municipios del GBA).

El Plan Nacer en la agenda materno-infantil

El objetivo de la integración dentro del sector planteado por Ocaña comprendía también la política orientada a la población materno-infantil; con ello se buscaba articular distintas iniciativas que venían cobrando relevancia y autonomía respecto de las áreas regulares ministeriales. En este período, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)³⁰ reemplazaron las metas del Plan Federal de Salud,³¹ y orientaron a su vez las prioridades acordadas con la OPS-OMS que estaban centradas en la reducción de las brechas de mortalidad infantil y materna: "... avanzar en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente la reducción de las brechas de mortalidad materna, mortalidad infantil..." (Resolución 1062/2008: Aprobación de orientaciones a mediano plazo, 2008-2012, OPS-OMS y Ministerio de Salud, nota estratégica).

Aunque la tasa de mortalidad infantil había mejorado respecto de los años que siguieron a la crisis, encontraba resistencias para seguir descendiendo a ese ritmo (pasó del 12,5‰ al 11,7‰ entre 2008 y 2011) y estaba aún lejos de los compromisos globales asumidos en el marco de los ODM.³² La brecha existente entre provincias y municipios (profundizada con la crisis) era el principal problema que desafiaba a la política pública. La mortalidad materna mostraba datos algo más preocupantes: en 2008 mantenía una tasa del 4‰, pero ascendió al 5,5‰ en 2009 y volvió a descender al 4,4‰ en 2010 (Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Anexo: gráficos 2 y 3).

A partir de esta preocupación y habiendo sido considerado el tema en los encuentros de los Consejos Regionales de Salud (CORESA), el COFESA aprobó como acuerdo federal un documento que plasmaba las estrategias de abordaje de la mortalidad materna e infantil (COFESA, acta del 18/12/2008). Este acuerdo comprendía como líneas de acción el diseño y la ejecución de un sistema de

³⁰ Se trata de ocho objetivos de desarrollo humano para alcanzar en 2015, que fueron fijados en el año 2000 por los 189 países miembros de las Naciones Unidas: http://www.undp.org/ar/odm_arg.html# (recuperado el 25/3/2012).

³¹ En los documentos del período anterior no encontramos referencias tan explícitas a los ODM. En el Plan Federal de Salud se limita a una referencia en el apartado final (Ministerio de Salud de la Nación, 2003, Plan Federal de Salud, p. 48).

³² El compromiso de la Argentina en relación con el ODM n° 5, reducir la mortalidad infantil, planteaba reducir entre 1990 y 2015 en dos tercios la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de cinco años: TMI: 8,5‰; TMM5: 9,9‰. También se buscaba reducir en un 10% la desigualdad entre provincias, medida según el coeficiente de Gini: TMI total país: 0,104; TMM5 total país: 0,102 (http://www.undp.org/ar/odm_arg.html# recuperado el 25/3/2012).

información perinatal, la captación de las mujeres en edad fértil en el primer nivel de atención, la regionalización y centralización de maternidades complejas, y la generación de espacios de trabajo conjunto entre los diferentes programas. Entre otras consideraciones, merece destacarse que este acuerdo federal instaba a que el incentivo fuera utilizado para ampliar servicios: "... en relación con el Plan Nacer, se instó a servirse de los recursos que se transfieren para agregar servicios a los que existen, y no para pagar lo que ya se ofrece". "Una idea interesante es la de aumentar los controles de los partos" (COFESA, actas del 20 y 21/11/2008).

Meses más tarde se aprobó el Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes,³³ que proponía "la integración de las actividades y acciones de todos los programas de la Subsecretaría de Salud Comunitaria" (Ministerio de Salud de la Nación, 2009, Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil, p. 38). El propósito de la integración de las acciones fue alterado por el contexto de la crisis de la epidemia de dengue primero y de influenza H1N1 después; sin embargo, el plan se mantuvo a pesar del cambio de autoridades ministeriales.

A los instrumentos presentes en el período anterior se incorporaron otros que complejizaron el dispositivo de gestión buscando la articulación de redes intergubernamentales a través de becas de capacitación, especialmente en los laboratorios para realización de Planes de Acción Provinciales, acuerdos de gestión basados en los planes provinciales, acciones de formación continua³⁴ y monitoreo de indicadores. En el transcurso del año 2010 se suscribieron las actas acuerdo con una parte de las provincias para la implementación del plan. Por medio de dicho instrumento, el Ministerio provincial se comprometía a promover el trabajo conjunto de los distintos programas provinciales, la elaboración de un Plan de Acción Provincial y el cumplimiento de metas en mortalidad materna e infantil.

Lejos de constituir planes estratégicos (como se los presentaba en el documento original),³⁵ los Planes de Trabajo Provinciales (denominados posteriormente Planes de Acción Provinciales) comprendieron en la práctica una lista de acciones relativas a mortalidad infantil (neonatal y posneonatal),

³³ Cobró estatus formal mediante la Resolución 1087/2010 durante la gestión del ministro Manzur.

³⁴ Resolución 2189/2010: Creación del programa de capacitación en servicios para reducir la mortalidad materna, infantil, de la mujer y de los adolescentes.

³⁵ Ministerio de Salud de la Nación, 2009, Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil, pp. 48-49.

mortalidad materna, mortalidad por aborto, egresos por aborto y planificación familiar, mortalidad por cáncer de cuello de útero, embarazo y aborto en adolescentes. Entre los dispositivos presentes en este dominio de la política sanitaria, el Plan Nacer tiene para nuestro análisis un interés singular, dado el conjunto de instrumentos que movilizó, la lógica de incentivos que organizaba su diseño y la apuesta que hizo por la articulación intergubernamental como modelo de gestión.

Anidando en el Acuerdo Federal de Salud y en el Plan Federal de Salud (2003-2007), el Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil o Plan Nacer (como comenzó a llamarse a partir de 2004) fue financiado mediante dos contratos de préstamo con el BIRF: el primero, en 2004 (BIRF 7225-AR), por un aporte externo de 135 millones de dólares (y un aporte local de 12 millones de dólares), mientras que el segundo (BIRF 7409-AR) comprendió un aporte externo equivalente a 300 millones de dólares (y una contribución local de 68,3 millones de dólares) (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, pp. 4-5).

Los documentos oficiales del Plan Nacer jerarquizaban el Plan Federal de Salud 2003-2007 como marco, el acuerdo con las provincias y su carácter federal, a la vez que conferían un lugar acotado para el organismo financiero (el BIRF):

Ante la necesidad de mejorar los resultados en términos de salud materno-infantil, y en consonancia con las metas globales del milenio para 2015, el Ministerio de Salud de la Nación, en consenso con las provincias y la asistencia financiera del Banco Mundial, implementó en 2005 el Plan Nacer, como parte de su Plan Federal de Salud 2003-2007 (Ministerio de Salud de la Nación, 2012, Memoria anual, Plan Nacer, p. 12).

El plan se organizó en dos etapas. La primera –ya mencionada en el análisis del período 2003-2007– comenzó en 2005 y alcanzó a cinco provincias del NOA (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán) y a cuatro del NEA (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones), por tratarse de regiones que concentraban los indicadores más críticos de morbilidad materna e infantil. En 2008 se inició una segunda etapa que incorporó las restantes jurisdicciones, incluida la provincia de Buenos Aires. La responsabilidad del plan estuvo a cargo de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, la cual instó la coordinación con el resto de las áreas del Ministerio y de los demás ministerios nacionales. Con el propósito de alcanzar los ODM

en lo relativo a la población materno-infantil, el plan se propuso los siguientes objetivos específicos:

- a) Aumentar la cobertura y favorecer la accesibilidad a los servicios de salud de las mujeres embarazadas hasta su finalización por cualquier causa y hasta 45 días posteriores a dicho evento, y niños y niñas menores de seis años que no posean cobertura explícita; b) Fortalecer la capacidad de los prestadores públicos en las jurisdicciones asistidas; c) Promover el desarrollo de seguros de salud materno-infantiles provinciales; d) Promover la participación social (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, p. 7).

Nos interesa destacar los rasgos generales del diseño del plan identificando los instrumentos que este moviliza. En los capítulos que siguen profundizaremos el análisis sobre su instrumentación en la trama de las relaciones entre niveles de gobierno. Se trata de uno de los dispositivos más sofisticados con los que contaba el Ministerio nacional, en el que es difícil distinguir los aspectos que hacen referencia al núcleo de su diseño, de aquellos expresivos de su modelo de gestión. Como planteamos en el apartado anterior, en el Plan Nacer convergieron tanto la preocupación por la salud materno-infantil como el objetivo de conformar seguros públicos provinciales que garantizaran la cobertura de servicios de la población que no disponía de obra social ni seguro privado. El recorte por ciclo de vida lo aproxima a las áreas regulares de la materno-infancia, mientras que su segunda vertiente (la conformación de seguros públicos) define una agenda sanitaria más abierta para la población sin otra cobertura que la estatal con perspectivas de expansión a otros grupos etarios, que estaba condicionada por la disponibilidad de financiamiento y el sostenimiento de los arreglos institucionales propios de un modelo de gestión basado en resultados.

Si bien comenzó (y se mantuvo a lo largo de todo el período analizado) como un dispositivo orientado a la población materno-infantil, su cobertura fue creciendo. Esa ampliación en el ciclo de la vida le permitió trascender las fronteras delimitadas por el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes,³⁶ e incluso, como veremos más

³⁶ Posteriormente, por fuera del período analizado en este libro, el programa se transformó hacia el Plan Nacer/SUMAR. Además de brindar cobertura a la población materno-infantil, se fueron incorporando otros grupos etarios: los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y las mujeres y los hombres hasta los 64 años.

adelante, incorporó otras iniciativas bajo su órbita. En esa clave pueden interpretarse algunos de los planteos de sus promotores:

Parecía un programita materno-infantil (...) y nada que ver, porque nuestra contraparte no es maternidad e infancia, son treinta programas. Maternidad e infancia fue nuestra primera contraparte, en la que obviamente nos apoyamos para después desarrollar nuestro trabajo, nuestro rol específico; pero venimos a empujar y a tratar de afectar positivamente la organización global del sistema de salud, en el establecimiento, en la microgestión, en la mesogestión, que es el municipio y la provincia, y en la macro, que es la política nacional (...) y en todos los niveles (entrevista a alto funcionario nacional, 11/2012).

Si bien el foco estuvo puesto en la conformación de seguros provinciales, la relación entre la nación y las provincias fue el eje principal en torno al cual se organizaron sus instrumentos. En palabras de sus responsables, los objetivos de la equidad (asociada también a la noción de compensación) y la eficacia estructuraban esa relación:

Entonces, desde ese punto de vista es muy innovador; las pautas, las reglas de juego son también muy distintivas porque todas las provincias tienen la posibilidad de recibir recursos en función de dos aspectos: uno según su población sin obra social, y esto tiene un componente compensatorio y de equidad también; y el otro según su eficacia, qué resultados están logrando para esta población sin obra social (entrevista a alto funcionario nacional, 11/2012).

Además del BIRF, la nación y cada una de las provincias, otro actor que el Plan Nacer jerarquizaba eran los prestadores público-privados: “Son los prestadores de salud provinciales (CAPS, hospitales y Centros Integradores Comunitarios) responsables de las prestaciones del SMIP” y de la facturación (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, p. 31). Para ser habilitados como prestadores, los establecimientos debían reunir ciertas condiciones técnicas; la aplicación de ese instrumento apelaba a las definiciones del propio Ministerio nacional.³⁷

³⁷ Se utilizaban las “normas técnicas y de calidad oficiales emitidas por el Ministerio de Salud de la Nación referidas a la habilitación categorizante de servicios de salud, normas técnicas y de calidad, normas y procedimientos administrativos del Proyecto” (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, p. 3).

La *responsabilidad nominada* limitada a la población que no dispone de otra cobertura de obra social es, a nuestro juicio, el instrumento que habla más claramente de los orígenes del Plan Nacer: un dispositivo orientado a la conformación de seguros públicos de salud, tal como planteaba la declaración de la emergencia sanitaria del año 2002 (Decreto 2724/2002); su cumplimiento era responsabilidad de las provincias.

Las condiciones del contexto general validaban esta apuesta por concentrar los esfuerzos en la población sin cobertura. Poniendo en evidencia las mejoras en los indicadores de empleo, desde 2003 el porcentaje de la población no cubierta por obras sociales o planes médicos disminuyó doce puntos, con lo que alcanzó el 33,7% en 2008 y llegó al 31,8% en 2011 (anexo: gráfico 5). Las dificultades para seguir descendiendo derivaban no solo de la existencia de un problema difícil de modificar en materia de desocupación sino también de las resistencias a la disminución del empleo no registrado. La población sin otra cobertura que la estatal pasaba a ser así objeto privilegiado de preocupación de la política nacional. La prioridad sobre este núcleo de población organizaba los incentivos financieros vinculados a los resultados que la *nación* transfería a las *provincias* a través del sistema de pago por cápita. Este instrumento era conocido por los hospitales del subsector estatal que participaban como prestadores en la red del INSSJP-PAMI.

El plan denominaba “trazadoras” a las metas que expresaban aquellos asuntos sanitarios que el programa valoraba especialmente. Se trataba de un conjunto de indicadores que hacían medibles diez aspectos del proceso de atención sobre los que el plan buscaba garantizar de manera explícita un *piso de prestaciones para toda la población*:

I. Captación temprana de mujeres embarazadas; II. Efectividad de atención del parto y atención neonatal; III. Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad; IV. Efectividad de atención prenatal y del parto; V. Evaluación del proceso de atención de los casos de muertes infantiles y maternas; VI. Cobertura de inmunizaciones; VII. Cuidado sexual y reproductivo; VIII. Seguimiento del niño sano hasta 1 año; IX. Seguimiento del niño sano de 1 a 6 años; X. Inclusión de la población indígena (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, p. 40).

La relación entre la nación y las provincias se organizaba mediante dos instrumentos contractuales, el convenio marco de adhesión y un compromiso anual, los cuales comprendían una propuesta operativa que definía tanto

desde la nación como desde la provincia el plan de trabajo a realizar en ese período (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, p. 34). La existencia de un nomenclador definía los servicios que el plan garantizaba de manera gratuita a las mujeres embarazadas, a las puerperas, a los bebés recién nacidos y a los/as niños/as hasta los seis años de edad, que no contaban con cobertura de salud.

El esquema de financiamiento se basaba en un sistema de transferencias con base, a su vez, en dos criterios: una transferencia mensual base del 60%, calculada en relación con el empadronamiento, y una transferencia complementaria del 40%, en función del cumplimiento de ciertas trazadoras y metas (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, pp. 46-48).³⁸ Cabe destacar que uno de los compromisos que asumían las provincias era el de contribuir con el 30% del financiamiento del monto per cápita base a partir del tercer año de implementación del proyecto (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, apartado 4.2.1.).

A su vez, la provincia debía conformar un Equipo Provincial de Compra de Servicios de Salud (EPCSS), que era el responsable de establecer los mecanismos de contratación, pagar los servicios prestados según el nomenclador y garantizar el cumplimiento de la calidad de las prestaciones. Los recursos recibidos por los prestadores podían ser aplicados a la adquisición de equipamiento, locación de servicios, insumos, mejoras edilicias y reparaciones, transporte y, dentro de los límites establecidos por la Unidad Ejecutora Central y los EPCSS, incentivos al personal que se encontraba trabajando como prestador, cualquiera fuera su forma de contratación (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, p. 10).

En el esquema de articulación intergubernamental propuesto por el Plan Nacer, los instrumentos de auditoría eran sustantivos a su diseño. Se trataba de una auditoría externa concurrente cuyos resultados podían ocasionar la aplicación de sanciones, las cuales quedaban reflejadas en débitos o multas a la provincia (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión

³⁸ Otros instrumentos, como los débitos y las multas, se aplicaban sobre las transferencias complementarias en aquellos casos en que la provincia había incurrido en errores de facturación (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, pp. 51-54).

en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, p. 23). Estos mecanismos fueron visualizados por sus promotores como *“un cambio paradigmático en la forma en que la nación se vincula con las provincias”* (entrevista a alto funcionario nacional, 11/2012).

Aunque con importantes recursos para comunicación, recién en su segunda etapa el Plan Nacer adquirió visibilidad pública. La idea de reforma silenciosa que plantea el documento de revisión del PNUD estaba reforzada por su escasa repercusión mediática.³⁹ La puesta en marcha de la AUH significó un impulso para la expansión de la cobertura del plan, a la vez que motivó la incorporación de algunos municipios que estaban “reticentes o dudosos”, lo que representó (en sus valores agregados) un incremento del 93%: de 408.533 altas en 2009 a 792.414 en 2010 (Potenza dal Masetto, 2012: 27). Como se recordará, en la AUH el pago del 20% de la asignación estaba sujeto al cumplimiento de las denominadas condicionalidades de salud y educación, un instrumento que había estado presente en los programas de transferencias de ingresos precedentes (el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados y el Plan Familias por la Inclusión Social). La relación entre la AUH y el Plan Nacer es explicada por sus promotores como una forma de complementar el incentivo a la oferta que expresa en Plan Nacer y el incentivo a la demanda representada por la AUH.

Interesa destacar otro programa que convergió con el Plan Nacer en 2010. Se trata del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, creado en 2008 en el ámbito de la Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil (Resolución 107/2008). Este programa estaba destinado a abordar la atención de patologías que encontraban importantes listas de espera, lo cual era la principal causa de mortalidad infantil difícilmente reducible. El programa se planteaba garantizar la realización de cirugías cardiovasculares pediátricas, su monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos, así como también fortalecer los centros de cirugía cardiovascular pediátrica.

La incorporación al Plan Nacer implicó la suscripción de una adenda en el convenio con el BIRF para su financiamiento, con lo que se mantuvo (para aquella población que no podía ser cubierta por el plan) una partida en el presupuesto nacional. Dicha incorporación se inscribe, según sus protagonistas, en la noción de gradualidad, que organizaba los cambios en el plan. Compartiendo con el Plan Nacer la idea de separación de funciones, el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas se vinculaba de modo directo (o bien a través de

³⁹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Oficina de Argentina, 2010, Proyecto ARG/04/023 (Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial, p. 4).

la provincia) con los hospitales a partir de la facturación por práctica médica (según el nomenclador y los valores que establecía el Ministerio de Salud de la Nación), y se vehiculizaba conforme ciertos requisitos para ser incorporado como prestador.⁴⁰ Con la inclusión en el Plan Nacer se potenció también la incorporación de equipamiento, se realizaron capacitaciones y se transfirieron fondos para la realización de cirugías; así se conformó una red federal pública de alta complejidad que alcanzó (hacia finales de 2011) a diecisiete hospitales públicos, coordinados por un centro nacional (Ministerio de Salud de la Nación, 2012, Memoria anual, Plan Nacer, p. 10).

El lugar que fue adquiriendo el plan en la arena ministerial abre distintos pliegues para el análisis. Sin embargo, la pregunta que anima este libro busca reconstruir una mirada *vertical*, que indague en las representaciones y significados que le confieren a los instrumentos que forman parte del Plan Nacer los actores en los distintos niveles gubernamentales y en sus interrelaciones con las condiciones particulares de la matriz institucional. A este propósito están abocados los capítulos que siguen.

La perspectiva territorial en salud

Aun con las limitaciones inherentes a la organización sectorial, distintas iniciativas nacionales en salud adoptaron el enfoque territorial. Algunas fueron promovidas y llevadas adelante por el propio Ministerio de Salud, mientras que otras derivaron de la articulación intersectorial con otros ministerios, en especial el de Desarrollo Social, protagonista particularmente activo de la acción directa con la población en el territorio. Interesa destacar la llegada de estas intervenciones al campo de la salud para interrogar el papel que jugaron en la trama de las relaciones intergubernamentales. En estas páginas presentamos algunas expresiones (endógenas al Ministerio de Salud y exógenas que derivan de la articulación intersectorial con otros ministerios, en especial el de Desarrollo Social) y el modo en que inciden en las definiciones de la política sanitaria.

La jerarquización del escenario regional es un emergente endógeno en la búsqueda de la proximidad con los actores del territorio en la política de salud. Los CORESA fueron propuestos como espacios de trabajo que reproducían los encuentros de ministros en cada región (NEA, NOA, Patagonia, Centro y Cuyo); su composición se ampliaba con los referentes provinciales y los coordinadores nacionales de los programas. La gestión de estos espacios estaba a cargo del

⁴⁰ A través del Registro Nacional de Prestadores para la Atención de Patologías Congénitas.

secretario de Promoción y Programas Sanitarios, Juan Carlos Nadalich, quien así fundamentaba la propuesta en el encuentro del COFESA: “Se han constituido en un espacio que se desea mantener porque se abordan temáticas regionales de importancia, como la fiebre amarilla, las evacuaciones por emergencias sanitarias y los recursos humanos” (COFESA, actas del 8 y 9/5/2008). Durante la gestión de la ministra Graciela Ocaña y hasta la llegada de la pandemia de influenza H1N1, los informes sobre los encuentros de los CORESA figuraban como un asunto jerarquizado en la agenda de las reuniones del COFESA, pero si bien continuaron en el período siguiente, decayó su importancia.

En nuestro análisis sobre las coordenadas del contexto, enumerábamos las iniciativas a cargo del Ministerio de Desarrollo Social y destacábamos la decisión de establecer relaciones directas con la población como uno de los rasgos que distinguían una forma de gestión asociada, al mismo tiempo que una estrategia de acumulación centrada en la relación directa en el territorio. Desde este Ministerio, distintas propuestas buscaron la articulación intersectorial a partir de dispositivos de intervención directa y comprometiendo de manera singular al Programa Médicos Comunitarios; dado su origen, las denominamos como *exógenas*.

Siguiendo este análisis, el Programa Médicos Comunitarios (Resolución 22/2003), al que ya se ha hecho referencia, parece haber sido objeto de distintos replanteos que expresaron esta apuesta por disponer de efectores propios que le permitieran a la nación (como se denomina en los anexos de las resoluciones) intervenir en aspectos críticos del desempeño de la atención en el territorio (especialmente en el acceso) desde el desarrollo de acciones intersectoriales. Como ya analizamos, este programa comenzó en la salida de la crisis y buscó fortalecer el trabajo de los CAPS situados en áreas caracterizadas por la alta densidad demográfica, elevado porcentaje de población sin cobertura sanitaria y con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

El desafío territorial de la “nación cercana” al que alude Perelmiter en su investigación sobre la burocracia asistencial del Ministerio de Desarrollo Social logró impregnar también una parte de las acciones de la cartera de salud.⁴¹ Las actividades articuladas con este Ministerio fueron habilitando (según enuncian los documentos oficiales)⁴² ampliaciones en la cobertura del Programa Médicos Comunitarios y fortaleciendo los dispositivos de intervención del Ministerio

⁴¹ Para el análisis de la estrategia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación reenviamos a Perelmiter (2011).

⁴² Ver información institucional en <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/destinatarios> (recuperado el 25/7/2012).

de Desarrollo Social; los Centros Integradores Comunitarios, el Plan de Abordaje Integral “Ahí, en el lugar y con la gente” y el Tren de Desarrollo Social y Sanitario son los más destacados.

La expansión de los Centros Integradores Comunitarios del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación interpeló en distintos momentos al programa ampliando los cupos de los equipos de salud comunitaria para satisfacer la demanda que estos generaban. Su participación en los Centros Integradores Comunitarios fue contemporánea a una transformación que tuvo lugar en el año 2009 y por la cual el programa pasó a integrarse al Programa de Salud Familiar. Con este replanteo se buscaba consolidar la idea de los “equipos de salud familiar” que “posibiliten el acceso universal y continuo a los servicios de salud; considerado el lugar central del sistema de salud, con territorio adscripto de forma tal que permita el planeamiento y la programación descentralizada” (Resolución 118/2009). En apenas escasos meses volvió a la denominación original de Programa Médicos Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención (Resolución 250/2009).

El Plan de Abordaje Integral “Ahí, en el lugar y con la gente”, otra iniciativa del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, era uno de los dispositivos a través de los cuales, según testimonios de sus promotores, debía garantizarse el trabajo conjunto de los organismos nacionales: “Las áreas de desarrollo [social], salud y educación abordarán conjuntamente las problemáticas en pos de la sustentabilidad de las soluciones, incluyendo la participación comunitaria. Las provincias que tienen las comunidades en las que se va a implementar el Plan Ahí ya han sido informadas” (COFESA, actas del 8 y 9/5/2008). Las dificultades del sector salud (encarnado en el principal programa nacional abocado a la salud materno-infantil, el Plan Nacer) para garantizar los cinco controles en el embarazo es el eje de la argumentación que sostiene la necesidad de jerarquizar (desde la acción del gobierno nacional) a nuevos actores, los promotores de salud que pasarán a ser financiados por el Programa Médicos Comunitarios:

... en relación con el problema del acceso, se debía revalorizar y resignificar la figura de los agentes sanitarios y comunitarios y debatir en torno a la formación necesaria para el cumplimiento de sus roles [...] Se anunció que el programa estará articulado con un programa del Ministerio de Desarrollo Social de promotores de salud, quienes van a acompañar a las madres hasta el control de vacunación del niño. Además, se articulará con programas de salud de educación sexual y reproductiva para mejorar, entre otros, la accesibilidad a métodos anticonceptivos (COFESA, actas del 8 y 9/5/2008).

El financiamiento y la capacitación de los recursos humanos para estas localidades fue también tarea del Programa Médicos Comunitarios. En 2008, agentes del programa participaron de las actividades del Tren de Desarrollo Social y Sanitario “Dr. Ramón Carrillo”⁴³ desarrollando “actividades orientadas a la atención primaria, la promoción y la prevención de la salud, el abordaje territorial integral, brindando atención social directa en situaciones de vulnerabilidad, y la articulación con los diferentes organismos del Estado, facilitando canales de comunicación e información”.⁴⁴

Con la misma dinámica, los agentes del Programa Médicos Comunitarios participaron en el seguimiento de los pacientes de otra iniciativa similar pero promovida por el Ministerio de Salud de la Nación, denominada Programa de Unidades Móviles Sanitarias (UNAMOS) (Resolución 481/2009).⁴⁵ El programa contaba con unidades de distinta complejidad para la prevención primaria de la enfermedad y la promoción de la salud destinada a las zonas más vulnerables del NOA, del NEA y del GBA. Financiado con una donación de la Unión Europea al gobierno argentino, contaba con 36 móviles sanitarios, que incluían consultorios odontológicos, oftalmológicos de pediatría y tocoginecología, laboratorios y quirófanos oftalmológicos y 18 móviles de apoyo logístico. La existencia de una línea gratuita para adhesión y consultas, la generación de un padrón, la entrega de una tarjeta magnética y la adopción de la historia clínica unificada eran algunos de los instrumentos previstos en su planteo original que sugieren el interés por generar una articulación mayor. Los equipos de salud fueron del Ministerio o de las jurisdicciones; los profesionales del Programa Médicos Comunitarios se incorporaban al seguimiento de los pacientes.

La perspectiva territorial encuentra otras expresiones algo más complejas. Una es el fortalecimiento de las redes de atención en el Programa FEASP/Remediar+Redes, una iniciativa a la que hemos presentado en sus propósitos, instrumentos y modalidades de organización. La segunda está delimitada por las consecuencias del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación del año 2008 en relación con el territorio de la cuenca Matanza-Riachuelo, en el que se destacaban tres desafíos: la necesidad de trabajar sobre los determinantes del

⁴³ Según informa Perelmiter, esta iniciativa estuvo hasta 2006 bajo la órbita de la Dirección Nacional de Asistencia Crítica, y luego en la Subsecretaría de Abordaje Territorial (2011: 156, nota 247).

⁴⁴ <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/cronologia> (recuperado el 25/7/2012).

⁴⁵ http://programaunamos.blogspot.com.ar/2009/07/que-es-el-programa-unamos_19.html (recuperado el 25/7/2012).

proceso de salud-enfermedad; el trabajo debía realizarse en forma interjurisdiccional entre los gobiernos nacional, provincial y municipal; y la necesidad de realizar un diagnóstico de los riesgos ambientales y sanitarios de la población (Sánchez de León, 2011: 157-158; 178-184).

Como se advierte en este rápido recorrido, *la emergencia de lo territorial en el sector salud responde a diferentes causas, las cuales deben ser interpretadas en el contexto de cada iniciativa*. Más allá de sus particularidades, *está expresando el interés del gobierno nacional por recuperar relaciones directas con las provincias*, a través de los CORESA en el primer momento, *y de proximidad con la población*, a través del Plan “Ahí, en el lugar y con la gente”, el Tren de Desarrollo Social y Sanitario, y los Centros Integradores Comunitarios. En esta búsqueda por reconstruir el Estado en torno a la idea de “nación cercana” (Perelmiter, 2011) en los “territorios de proximidad” (Catenazzi y Da Representação, 2009: 135), los dispositivos promovidos por el Ministerio de Desarrollo Social interpellaron la dinámica del Ministerio de Salud de la Nación y sus políticas, motorizando cambios—al menos en este período—en uno de los dispositivos que contaba con el recurso más crítico del sector: el Programa Médicos Comunitarios.

La dinámica de la relación entre los ministerios y el papel que jugó en ella esta concepción de territorio podría ser objeto de otra investigación, centrada en las burocracias y sus lógicas de acción. En relación con el objeto de este libro, interesa destacar esta articulación como fenómeno que entra en tensión de modo *indirecto* con la lógica sectorial (más homogénea, técnica, basada en la evidencia y de relativa especialización; Jolly, 2005) en el tránsito que recorre el Ministerio nacional en su “regreso a los servicios”, y de modo *directo*, a través de la presencia de otros actores en esa arena que inciden—sin mediaciones técnicas—en las relaciones entre el gobierno nacional, el provincial y los municipios.⁴⁶

La política sanitaria en la provincia de Buenos Aires: entre los límites estructurales y las oportunidades de los programas nacionales

El testimonio de un alto funcionario provincial ayuda a comenzar a desenredar la madeja de la política provincial: “*Si antes apostábamos al trabajo en red por convicción, ahora lo hacemos también por necesidad*” (entrevista a alto funcionario provincial, 1/2013). En un contexto que había dejado atrás la crisis, esta

⁴⁶ Para un desarrollo mayor, ver Chiara (2016).

afirmación encierra los límites estructurales por los que discurre la política provincial, que tiene a los 77 hospitales provinciales como su principal desafío. La gestión de los recursos humanos (en sus formas de organización, formación, reglas de juego salariales, condiciones de trabajo y modalidades de contratación) estuvo en el centro de la atención movilizando (no siempre exitosamente) viejos y nuevos instrumentos.

El crecimiento de la población con cobertura y la recuperación del subsector de las obras sociales y de los seguros privados (y sus proveedores) parecen haber sido condiciones que comenzaron a competir con los niveles salariales del subsector estatal, lo que generó dificultades para incorporar nuevos profesionales y mantener los equipos existentes. En este marco, la articulación (aludida en la cita con la que comenzamos este apartado) es vista también como una alternativa a las dificultades que enfrentaron los responsables de la provisión de servicios de salud para conformar equipos profesionales, particularmente en especialidades críticas. La inflación y su efecto erosivo sobre la capacidad adquisitiva del salario es un fenómeno del contexto que explica el crecimiento de los conflictos por aumentos en los salarios, los cuales, como veremos más adelante, fueron muy relevantes.

Al igual que en el período anterior, el análisis de la política de la provincia de Buenos Aires nos enfrenta al problema metodológico de reconstruir desde distintas entradas y fuentes las acciones (y omisiones) que realiza el Ministerio provincial, menos en innovaciones (difíciles de encontrar por esos años) que en el modo de garantizar la gestión regular de los servicios a su cargo. Una participación del gasto provincial en el PIB superior al 1,5% (en el agregado nacional) y algo menos de dos tercios del gasto total estatal en atención médica son datos que justifican (además del estatus constitucional siempre aludido) no pasar por alto la singularidad del nivel provincial en los problemas que enfrentan sus interlocutores y dispositivos.

En los primeros dos años, las condiciones político institucionales no fueron las mejores para la gestión en el Ministerio. Como en el nivel nacional, en la provincia de Buenos Aires se sucedieron dos ministros de salud: Claudio Zin, hasta diciembre de 2009, y Alejandro Collia, de esa fecha en adelante. Las trayectorias de uno y otro ponían de manifiesto sus diferencias: el primero era un médico proveniente de los medios de comunicación, columnista de programas radiales y televisivos;⁴⁷ el segundo también era médico, pero con trayectoria en hospitales públicos y en el propio Ministerio como subsecretario

⁴⁷ “Scioli optaría por médico mediático para Salud” (*El Día*, 20/9/2007).

de Coordinación y Atención de la Salud (virtual viceministro), y vinculado a un intendente del conurbano.⁴⁸

La gestión de Claudio Zin comenzó declarando públicamente la emergencia administrativa, lo que implicó la suspensión del pago a proveedores, la revisión de los pagos a 8.400 becarios, y denuncias sobre una supuesta situación de desorden administrativo de la gestión anterior.⁴⁹ La dinámica política de la primera gestión estuvo signada por una conflictiva relación con el Legislativo (especialmente a través de la figura del exministro, entonces diputado provincial, Ismael Passaglia) y por la confrontación con los actores gremiales, especialmente con la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP),⁵⁰ una organización que dominó la escena en todo el período. Con posterioridad a la crisis sanitaria por la influenza H1N1, el ministro renunció cuando comenzó a ser investigado como responsable político de un funcionario comprometido con el escándalo de la denominada mafia de los medicamentos. A diferencia de lo que significó para el Ministerio nacional el cambio de ministro, en la provincia los funcionarios que acompañaron a Alejandro Collia eran segundas y terceras líneas de la gestión ministerial anterior.

La singularidad de la estructura sanitaria de la provincia se vio fortalecida en ese período en sus principales rasgos. En 2008, casi la totalidad del primer nivel (con la excepción de los Centros de Prevención de Adicciones, CPA) estaba a cargo de los municipios (1.748 establecimientos sin internación, de los cuales el 42% estaban situados en el GBA); en el GBA las camas se habían mantenido más o menos estables (9.036); descendió levemente la participación de las provinciales, al 61,8% (5.585), y de las nacionales, al 5,43% (491),⁵¹

⁴⁸ “Asume en Salud un médico de hospitales cercano a Curto” (*El día*, 16/12/2009).

⁴⁹ Cabe recordar que al igual que en la nación, en la provincia estuvo vigente la emergencia durante todo el período bajo análisis.

⁵⁰ Varios testimonios a la prensa ponen en evidencia una de las explicaciones posibles del problema de los recursos humanos en el sector, desde la perspectiva del flamante ministro Zin: “Si tuviera que hacer un diagnóstico, diría que el punto más crítico son los recursos humanos”, afirmó y remarcó que ‘hay falta de vocación en muchos médicos’, especialmente en los que se dedican a pediatría y neonatología” (*El Día*, 10/12/2007). Apenas asumido, el ministro de Salud planteó que “el sistema está en una zona peligrosa porque el 35% de los empleados falta a su trabajo por razones de enfermedad, desmotivación o cuadros depresivos” (*El Día*, 19/1/2008). También desde algunas encendidas declaraciones en pleno conflicto: “... deberíamos lograr que todos los médicos del sistema trabajen el tiempo por el cual se les paga; deberíamos lograr un estudio racional sobre la cantidad de horas que debe trabajar un médico. Eso me parece mucho más importante que incorporar a 1.500 médicos para que se conviertan en adherentes de la CICOP” (*El Día*, 4/7/2008).

⁵¹ Cabe destacar que en la estadística provincial el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce figura como hospital provincial (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires,

y crecieron, también levemente, al 32,75% (2.960), las municipales. Esta proporción se mantuvo estable a lo largo de todo el período 2008-2011.⁵² La heterogeneidad interna de estos valores agregados es alta y está justificada por procesos que analizaremos más adelante. Debe destacarse que en este período se incrementó la presencia municipal en internaciones y en complejidad en algunas zonas del GBA.

Los datos disponibles hablan de una recuperación (en pesos corrientes) del gasto provincial en atención pública de salud, que pasó de 3.139 millones en 2008 a 6.886 millones en 2011. El análisis punta a punta del período (2008-2011) muestra una variación para atención pública de salud del 119,37%, un valor que supera ampliamente el crecimiento del gasto total provincial (63,86%) (anexo: tabla 2). Esta variación se expresa de manera concomitante en la participación del gasto en atención pública de salud de la provincia como porcentaje del gasto total, que descendió levemente en 2008 al 7,11%, recuperó su participación en 2009, 8,05%, volvió a descender y cerró el período con el 6,98% (anexo: tabla 3 y gráfico 7). Es de destacar su rigidez dada la proporción de recursos asignados a la partida de recursos humanos (48% en 2008, 46% en 2009 y 2010 y 44% en 2011), sin contar los gastos en contrataciones por servicios, también rígidos (anexo: tabla 6). Reclamos y movilizaciones de gremios estatales y de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP) estuvieron presentes en los debates del presupuesto hacia finales de 2010 y 2011; el registro periodístico da cuenta de movilizaciones frente a la Legislatura por el aumento del presupuesto en salud de parte de los actores sindicales.

La fragilidad financiera de la provincia en este período y su rigidez presupuestaria (en un contexto de activación de las demandas salariales) configuran un escenario crítico no ya para generar nuevas iniciativas y transformaciones en la organización del sector sino para sostener los servicios regulares existentes. En ese contexto debe interpretarse el valor no solo del apoyo financiero de la nación a las cuentas provinciales (en general para el conjunto de la provincia, derivados de los Programas de Asistencia Financiera antes aludidos) sino muy particularmente el significado que adquirieron los recursos de los programas nacionales para la política provincial.

Retomamos los ejes identificados en el período anterior para reconstruir los desafíos que enfrenta en estos años la política sanitaria: en primer lugar, las

Dirección de Información Sistematizada, Guía de Establecimientos, 2010).

⁵² Elaboración propia según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

articulaciones en torno a la problemática materno-infantil y la ejecución del Plan Nacer; en segundo lugar, el debilitamiento que sufrió el Seguro Público de Salud Provincial; en tercer lugar, la persistente centralidad de los municipios en un contexto de disminución de las transferencias a través del Régimen de Coparticipación en Salud Provincial; y en cuarto lugar, la gestión de los hospitales como desafío que (desde el interior de las fronteras de la provincia) limita su margen de acción en la trama intergubernamental. En este período parece haber perdido lugar en la agenda la apuesta por el fortalecimiento de las regiones sanitarias, por lo que quedó reducida a la articulación de redes en el área materno-infantil y, hacia finales del período, a aquellas promovidas por el Programa Remediar+Redes.

Articulaciones en torno a la problemática materno-infantil: la ejecución del Plan Nacer

El desarrollo de dispositivos orientados a intervenir en la escena hospitalaria y la articulación con programas y organismos nacionales son dos rasgos que caracterizan las iniciativas en materno-infancia en este período. Retomando las líneas de trabajo abiertas en el período anterior, el área de materno-infancia (mediante el Programa Materno-Infantil –PMI– provincial) se concentró en los servicios hospitalarios, aunque insistiendo en una perspectiva integral.

Los datos de mortalidad infantil eran similares a los nacionales, aunque en el GBA mostraban mayores dificultades para seguir descendiendo. La tasa de mortalidad infantil mostró una disminución algo inferior al promedio general (del 12,4‰ en 2008 al 11,7‰ en 2011). Las brechas entre municipios eran la expresión más evidente de los desafíos planteados en los ODM entre provincias, pero en el contexto del GBA (anexo: gráfico 2). Los datos de mortalidad materna eran más preocupantes, aunque levemente inferiores a los promedios nacionales: en 2008 había descendido al 3,2‰, pero ascendió al 3,9‰ en 2009 y al 4,3‰ en 2010. Los datos del segundo cordón del GBA eran evidencia de las brechas internas; sus valores ascendieron en los mismos años del 3,1‰ en 2008 al 4,6‰ en 2009, y alcanzaron el 5,4‰ en 2010⁵³ (anexo: gráfico 3).

La epidemia de infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) registrada en 2007 había alertado a la gestión entrante, que avanzó en campañas de vacunación⁵⁴ y en el trabajo en y con los hospitales. Interesa retomar esta segunda línea

⁵³ Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

⁵⁴ La vacunación se concentró en coqueluche y antigripal sobre la población infantil con necesidades básicas insatisfechas y en riesgo sanitario, especialmente en el segundo cordón del GBA.

de abordaje de las IRAB ya que profundizó la estrategia iniciada por el PMI en los hospitales en el período anterior e incorporó en su agenda nuevos desafíos, como el problema de los recursos humanos, que se sumaba al trabajo que se venía realizando en el primer nivel en articulación con el Plan Vida (con las obstétricas del programa a través de las becas asistenciales) y a la movilización de otros instrumentos orientados a sensibilizar, comunicar y normativizar la práctica de la atención a niños, embarazadas y recién nacidos (campañas de comunicación, normas de atención y talleres de capacitación).

En el contexto de las relaciones con el área regular del Ministerio de Salud de la Nación se fueron forjando intervenciones más intensas y profundas en el interior de los servicios de obstetricia de los hospitales provinciales y entre establecimientos. Hacemos referencia al proyecto de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) y al trabajo en Redes de Atención en Materno-Infancia, que involucraba a dos hospitales en el municipio de La Matanza.⁵⁵ Estas experiencias contaron con el apoyo técnico y financiero de la Dirección de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Salud de la Nación, y en el primer caso, con el apoyo técnico de Unicef (entrevista a autoridad sanitaria provincial, 1/2013, y a alto funcionario provincial, 11/2012). Se trataba de acciones desarrolladas en el marco del acuerdo sobre las estrategias de abordaje de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil (2008-2011), celebrado en el COFESA en 2008 y que recién se concretó mediante un acta acuerdo con la provincia en agosto de 2010. En dicho acuerdo, la provincia se comprometía a alcanzar una tasa de mortalidad infantil del 10,2‰ en el año 2011.

Esta apertura al escenario hospitalario exigió movilizar otros instrumentos, que se sumaron a los que se venían utilizando: acreditación de servicios (volviendo a impulsar la promoción de una estrategia existente, el Hospital Amigo de la Madre y el Niño, OMS-Unicef-Ministerio de Salud), formación continua y normas de referencia y contrarreferencia. Asimismo, supuso la necesidad de fortalecer los recursos humanos para el desarrollo de las estrategias focalizadas en las IRAB a través de la incorporación de enfermeros y médicos (nuevamente echando mano del instrumento de las becas asistenciales) para dar respuesta a una demanda que se incrementaba estacionalmente.

La implementación del Plan Nacer en la provincia fue objeto de distintas decisiones. Comenzó en 2006 con la creación del Seguro de Maternidad e Infancia Provincial (Resolución 2999/2006) en el marco del Programa Nacional

⁵⁵ Dicha red comprende al Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Paroissien y a 1^{er} Hospital Zonal General de Agudos de González Catán km 32 “Simplemente Evita”.

para el Desarrollo de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales (Resolución 198/2003). Dicha resolución creaba su marco organizativo, la Unidad de Gestión del Seguro de Maternidad e Infancia a nivel provincial con facultades para “dirigir y administrar el Seguro de Maternidad e Infancia a nivel provincial y conducir las gestiones ante la Unidad Ejecutora Central” (art. 1, Resolución 2999/2006) y “sustanciar las contrataciones necesarias para el cumplimiento de los objetivos establecidos” (art. 2, Resolución 2999/2006). Originalmente estuvo radicada en la Dirección de Atención Primaria, y en 2010 –con la asunción del ministro Collia– pasó a depender del área de materno-infancia del Ministerio provincial.

Distintos testimonios coincidieron en sostener que el Plan Nacer fue para la provincia un dispositivo muy potente, *“no solo en su capacidad de financiamiento, sino también como un ordenador del sistema”*. Entre los muchos instrumentos que movilizaba el plan, los más destacados por los funcionarios provinciales fueron el empadronamiento y la nominalización (entrevista a autoridad sanitaria provincial, 1/2013, y a alto funcionario provincial, 11/2012). El balance entre rectoría y autonomía se encuentra en distintas decisiones que fue tomando la provincia de Buenos Aires en acuerdo con la Unidad Ejecutora Central nacional, las cuales hicieron posible articular el plan en la urdimbre de la matriz institucional provincial. Aunque se avanza en un análisis más detenido en los capítulos que siguen, delineamos aquí las principales decisiones provinciales que supuso esta adaptación.

Una primera cuestión se refiere al *sistema de transferencia de los fondos*. Como pudimos apreciar en la primera aproximación al plan, la nación realizaba dos transferencias hacia la provincia: “mensual base”, calculada en relación con el empadronamiento (pago capitado), y “complementaria”, según el cumplimiento de ciertas trazadoras (lo que denominamos “incentivos financieros vinculados a resultados”). De allí en adelante, y a partir de la conformación de los seguros provinciales, estaba previsto que el pago por práctica se ejecutara desde la provincia hacia los prestadores a través de los Equipos Provinciales de Compra de Servicios de Salud (EPCSS). Como podemos advertir, se utilizaban diferentes instrumentos de financiamiento en las distintas interfaces (nación/provincia y provincia/prestador).

La situación de la provincia de Buenos Aires es singular, ya que entre el EPCSS y los prestadores están los municipios, es decir, el nivel administrativo y político de gobierno que tiene a su cargo no solo la totalidad de los CAPS sino también una parte importante de los hospitales. Dado este rasgo de la matriz provincial, la implementación del Plan Nacer hizo necesario el desarrollo de

distintos instrumentos de articulación por medio de los cuales se fue delineando el lugar de los municipios en el programa. Para ello, se suscribieron los “Convenios de adhesión para la implementación del seguro materno-infantil en la provincia de Buenos Aires”,⁵⁶ que, basados en el convenio marco con la nación, institucionalizaron la relación entre los municipios y la provincia.

Aunque lo veremos más detenidamente en los capítulos que siguen, anticipamos que los municipios se comprometían en esa instancia a conformar un Ente Administrador de Fondos, que estaría formado por el secretario de Salud o su equivalente, y actuaría *en nombre de* los CAPS a su cargo. Si la provincia se constituía, según el diseño del plan, en una entidad compradora de las prestaciones que realizarían los efectores, el valor que se estableciera para cada una de ellas debería estar en línea con los problemas y objetivos de la política en esa jurisdicción. Si bien el nomenclador estaba definido homogéneamente para todo el país, la *definición de los valores de cada prestación* permitía –según los protagonistas provinciales– ir orientando los incentivos conforme a los problemas y los objetivos que se planteaba la política provincial.

Una de las cuestiones más destacadas por los actores provinciales es *la soberanía que se confería a los establecimientos en el manejo de los fondos*. Como el prestador era el responsable de facturar por la práctica médica, debía recibir del municipio los fondos facturados o bien acordar el plan de inversiones a realizar. No obstante este parámetro general, el Plan Nacer confería potestades a los equipos provinciales en la definición de los márgenes de uso de los recursos generados a través del plan que podían hacer los efectores a través de la definición de topes y pisos.⁵⁷

En los cambios que se sucedieron en la inserción institucional del Plan Nacer en el nivel provincial (primero en la Dirección de Atención Primaria de la Salud y en la Subsecretaría de Planificación en Salud y posteriormente en Materno-Infancia) se expresó aquella doble preocupación, en la que convivía, por una parte, el recorte de la población materno-infantil y, por otra parte, el objetivo de conformar seguros provinciales.

⁵⁶ http://www.ms.gba.gov.ar/PlanNacer/documentacion/legal/modelo_adhesion_municipal.pdf (recuperado el 20/11/2012).

⁵⁷ Compromiso de gestión, artículo séptimo, “Gastos posibles”: “Los gastos elegibles podrán ser modificados por el EPCSS en el momento que considere oportuno”.

Replanteos y debilitamiento del Seguro Público de Salud Provincial

El Seguro Público de Salud Provincial (spsp) enfrentó en este período un contexto doblemente desafiante. Hasta el año 2006 había expandido su cobertura a los beneficiarios del Plan Vida, apostando al seguimiento y el control de las embarazadas, al fomento de la lactancia materna, la vacunación y el control del peso y la talla de niños de hasta seis años. Finalizando el período se habían ampliado los convenios con los municipios, con lo que se alcanzó a dos millones y medio de destinatarios (Dirección Provincial de Presupuesto, Presupuesto General Ejercicio 2008, Política presupuestaria, Ministerio de Salud).

Con el apartamiento de Ismael Passaglia en 2006, el equipo promotor fue también desplazado, y el spsp perdió visibilidad y jerarquía en la política provincial. La puesta en marcha del Plan Nacer en esta provincia fue un desafío para el spsp, ya que coincidía no solo con el modelo sanitario que organizaba su diseño (basado en la separación de las funciones de provisión de las de financiamiento) sino también con su población objetivo y con los instrumentos que movilizaba (pago por cápita y responsabilidad nominada, entre los principales). Este cambio de escenario tuvo lugar en 2008 y representó un replanteo de la población objetivo del spsp en un contexto presupuestario que se mantuvo casi estable para todo el período: alrededor de 25 millones de pesos corrientes para 2008 y 2010 y 30 millones para 2011.⁵⁸

En ese nuevo contexto, las madres y los niños menores de seis años fueron transferidos al Plan Nacer, con lo que quedaron 250.000 en el denominado “seguro residual”, que comprendió a partir de entonces a los cónyuges o unidos de hecho o jefe/a de familia, a los mayores de seis años hasta los 18 y a los mayores de 65 años unidos por consanguinidad con los jefes de familia; siempre que no dispusieran de obra social o capacidad de pago de un seguro privado. Con este replanteo se buscaba mantener la cantidad total de la población afiliada, aunque ampliando la definición de la población objetivo al comprender en el pago por cápita de atención médica consultas odontológicas, prestaciones especiales de salud y prácticas de laboratorio (Dirección Provincial de Presupuesto, Presupuesto General Ejercicio 2009, Política presupuestaria, Ministerio de Salud). Estos cambios trajeron aparejada la necesidad de replantear los acuerdos con las organizaciones representativas de los profesionales, mediante las cuales se seleccionaban y contrataban los prestadores.

⁵⁸ Dirección Provincial de Presupuesto, Presupuesto General Ejercicios 2008, 2009, 2010 y 2011. Clasificación por finalidad, función y objeto del gasto.

Los documentos muestran que, hasta la radicación del Plan Nacer en el área de Materno-Infancia, se buscó integrar ambos dispositivos con foco en la población, enfatizando el pasaje de la centralización, a través de las organizaciones representativas de los profesionales, a un esquema descentralizado, inclusive apelando a la posibilidad (nunca concretada) de realizar “transferencias a los municipios por medio de un catálogo de servicios de salud” (Dirección Provincial de Presupuesto, Presupuesto General Ejercicio 2010, Política presupuestaria, Ministerio de Salud). A pesar de ello, en este período se concretó de manera más clara la participación de los médicos de los CAPS como médicos de cabecera del SPSP, frente a la dificultad que presentaban aquellas organizaciones para proponer consultorios particulares cercanos a la población objetivo.

La complementación con el Plan Nacer supuso abrir la lógica de organización por cápita a un esquema combinado en el que el SPSP aportaba al SEMIP-Nacer la cobertura básica de bioquímica y odontología (a través de convenios con la Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires –FABA– y la Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires –FOPBA–). Con el alejamiento del Plan Nacer del área de Atención Primaria de la Salud, se mantuvo parte de la dotación de médicos de cabecera acordados, aunque se abrieron otros espacios institucionales diferentes a los tradicionales del subsector estatal: el Programa Envión⁵⁹ y los convenios con la universidades nacionales.

Hacia finales del período se resolvió implementar el Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud (PDSPPS), creado en el nivel nacional, que continúa la expansión del Plan Nacer y declara ser “complementario no excluyente” del mecanismo de aseguramiento público (el SPSP) creado por la Ley Provincial 13413/2005 (Resolución 2931/2011).

Con la consolidación el Plan Nacer en la provincia, el SPSP quedó acotado a la población de adultos, adolescentes y ancianos sin cobertura social, mientras que el Plan Nacer se concentró en las embarazadas y los niños. Su progresiva expansión fue contemporánea de las restricciones presupuestarias por las que atravesó la provincia y, en consecuencia, el SPSP. Aunque ocupando un lugar menor que el protagonizado en el período anterior, siguen sosteniéndose los

⁵⁹ El Programa de Responsabilidad Social Compartida Envión dependía del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia y estaba destinado a niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 12 y 21 años en situación de vulnerabilidad social. Su principal objetivo era “integrarlos al sistema educativo y enseñarles un oficio, además de procurarles un espacio de afecto y contención en el que puedan realizar actividades deportivas, recreativas y culturales con la guía de profesionales idóneos” (<http://www.desarrollosocial.gba.gov.ar>; recuperado el 13/12/2012).

acuerdos con las entidades profesionales responsables principales de la contratación de los servicios,⁶⁰ pero acotados en su cobertura.

La centralidad de los municipios y las limitaciones del financiamiento derivado del Régimen de Coparticipación en Salud Provincial

Aunque no haya sido resultado de una política activa del gobierno provincial sino más bien de sus omisiones o debilidades, en este período se consolidó el papel de los municipios como actores de la estructura sanitaria de la provincia. Distintos emergentes institucionales ponen en evidencia esta relevancia. La creación del Consejo Provincial de Salud (COSAPRO) en 2008 (Decreto Provincial 306/2009) fue una de las novedades del período que expresó –más allá de los balances acerca de sus impactos– la importancia que terminaron de adquirir los municipios como autoridades sanitarias en cada uno de sus partidos y en la dinámica de la política pública. Aun destacando su carácter de asesor, se trataba de un organismo de coordinación intergubernamental que estaba presidido por el Ministro de Salud de la provincia y era asistido por un secretario ejecutivo que cumplía las funciones de coordinador general. La participación de los municipios funcionaba por adhesión explícita.

Organizado en comisiones, las temáticas expresaban las distintas preocupaciones de los secretarios de Salud municipales. Una de las que concitó mayor atención fue la elaboración de propuestas de reforma del Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial, debates a los que haremos referencia en los capítulos que siguen.

En este período se advierte una disminución del aporte de los recursos de la coparticipación provincial para el financiamiento de los gastos crecientes que tenían los municipios. Mientras que en el período anterior (2004 a 2007) los valores casi se habían duplicado, en este período (en el que podemos analizar solo las transferencias entre 2008 y 2010) alcanzaron una variación del 22,45% para el total de los municipios de la provincia, el 22,8% en el GBA (de 629 millones a 663 en pesos corrientes), con una variación levemente superior a favor del segundo cordón (27,63%) respecto del primero (12,92%) (anexo: gráfico 8). Contrastando con esta desaceleración del crecimiento de las transferencias provinciales por salud respecto del período anterior, el gasto municipal en salud

⁶⁰ Decreto 450/2011, del 6/5/2011; Boletín Oficial: 15/6/2011: convenio marco suscripto entre el Ministerio de Salud y la Federación Médica de la provincia (FEMEBA) con el fin de desarrollar el servicio del seguro público de salud destinado a familias carentes de cobertura de la seguridad social.

registró una tendencia contraria. Siempre en esta región, el gasto realizado por los municipios creció el 68,09%, y pasó de 1.180 a 1.924 millones entre 2008 y 2010.⁶¹ En el GBA, las transferencias de coparticipación por salud finalizaron el año 2010 cubriendo solo el 40% de los gastos, lo que muestra un descenso abrupto de más de 13 puntos en solo tres años. Aquella relevancia del nivel municipal que se esbozaba en el período anterior se consolidó a partir del esfuerzo financiero que realizaron los propios municipios desde sus presupuestos (anexo: gráfico 9).

Como veremos más detenidamente en el próximo capítulo, en este período se dio un leve incremento de las camas estatales disponibles en los municipios, con una variación (del 3,42% en toda la provincia y del 5,14% en el GBA) superior al descenso que sufrieron tanto las camas provinciales (1,83%) como las nacionales (12,42%) (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada). Esta situación se expresa también en la variación de los egresos hospitalarios, que permanecieron más o menos estables a excepción de los generados en los establecimientos (municipales y provinciales) localizados en el segundo cordón, que verificaron un crecimiento del 12,79% (anexo: gráficos 11 y 13).

La dotación de CAPS (establecimientos sin internación) municipales en el período se mantuvo más o menos estable, con un incremento de 46 establecimientos en el total provincial, de los cuales 26 estaban a cargo de municipios del GBA (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada) (anexo: tabla 7). Los datos disponibles sobre consultas muestran un crecimiento entre 2008 y 2010 del 14% en los CAPS (a cargo en su totalidad de los municipios) y del 16% en los hospitales (en este caso, provinciales y municipales) (anexo: gráfico 10).

La elevación del pedido de endeudamiento con el INSSJP-PAMI para la construcción de nuevos hospitales fue objeto de diversos debates en el seno de la Legislatura provincial y expresó también reclamos de los municipios en relación con las omisiones del gobierno provincial. Más allá de los cuestionamientos atribuibles al contexto político-electoral, se plantearon dos ejes de discusión. El primero, enarbolado por la oposición, interrogaba acerca de la pertinencia del gasto, habida cuenta de la necesidad de mejorar los establecimientos existentes.⁶² El segundo, expresado incluso por legisladores del oficialismo, hacía referencia a la necesidad de que “se tome en consideración la situación de los centros de

⁶¹ Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires.

⁶² Se trata de un planteo recurrente que aparecerá en otras oportunidades frente a la solicitud de endeudamiento con la nación (*El Día*, 1/6/2010).

salud municipales. Tiene que ser contemplada una parte para que los municipios planteen reclamos sobre este tema y reciban ayuda para el mejoramiento de los establecimientos sanitarios hospitalarios y los centros de atención primaria”.⁶³ Cabe recordar que el Programa de Inversión Social de la Provincia de Buenos Aires (AR-L 1007) había promovido una convocatoria hacia los municipios para la presentación de proyectos de construcción y rehabilitación de CAPS, en el cual el Ministerio de Salud era su coejecutor. Según el Informe de Seguimiento de Progreso del BID, finalizado el período bajo análisis (septiembre de 2011) solo se había rehabilitado un hospital y construido cinco CAPS (BID, AR-L 1007, Programa de Inversión Social de la Provincia de Buenos Aires. Informe de Seguimiento de Progreso, 2011, p. 5). Los presupuestos provinciales en este período registran algunas transferencias muy aisladas destinadas a proyectos de refacción y/o ampliación de los establecimientos municipales (CAPS y hospitales).⁶⁴

Una agenda hospitalaria centrada en la gestión de los recursos humanos

Si en el período anterior advertimos intentos de cambio que fueron *jaqueados* por la inercia de los problemas en los hospitales, el que se abre en el año 2008 fue testigo de una dinámica particularmente agravada tanto por la erosión inflacionaria sobre la capacidad adquisitiva del salario como por la fragilidad de la situación financiera de la provincia para dar respuesta a estas demandas. La agenda hospitalaria estuvo atravesada por conflictos con los gremios estatales, especialmente la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP), un actor que lideró en salud la lucha por la apertura de las paritarias, el aumento de los salarios, la desprecarización laboral y el nombramiento de profesionales en los hospitales; en algunos casos las reivindicaciones incluyeron también demandas hacia los municipios.

Aunque con variaciones, los conflictos se sucedieron hacia el comienzo del año y en la antesala de (y durante) la discusión del presupuesto provincial. Con el acuerdo paritario y los impactos de la pandemia de influenza H1N1 de 2009 se hizo un *impasse* en el conflicto que se reabría en los años siguientes con aceptaciones de aumentos en disconformidad y un recrudecimiento de los paros en los hospitales provinciales (y también municipales). Algunas medidas de fuerza eran convergentes con el resto de los gremios estatales y otras (la mayor parte) planteaban disconformidad con los acuerdos generales logrados por los

⁶³ “Anuncian la construcción de cuatro hospitales y continúa la polémica” (*El Día*, 29/5/2009).

⁶⁴ Dirección Provincial de Presupuesto, Presupuesto General Ejercicios 2008, 2009, 2010 y 2011). Proyectos por municipio.

gremios estatales, entre los que se encontraba Salud Pública, una organización gremial que representa a enfermeros, técnicos y administrativos de los hospitales públicos y del Ministerio de Salud provincial.

Siguiendo el mismo calendario y en muchos casos asociados a los trabajadores judiciales, la presencia de los conflictos en la prensa provincial muestra la relevancia del problema en la agenda tanto en el año 2010 como en 2011 (año especialmente crítico en cantidad de días de paro, denuncias ante la OIT y reacciones de la autoridades). El registro periodístico es elocuente de la intensidad y persistencia de los conflictos que enfrentó el gobierno provincial y que tuvieron como caja de resonancia al GBA y a la ciudad de La Plata. Cabe destacar que no se trataba de problemas en torno a reformas o innovaciones, sino que atravesaban de manera directa el sostenimiento de los servicios regulares. En ese contexto se destaca la elevación a rango de programa y la Creación de la Comisión de Trabajo ejecutora del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la Provincia (Resoluciones 390/2009 y 3131/2010).

El crecimiento de la demanda a la que hacen alusión los testimonios merece ser analizado desde la estadística oficial disponible, que habla de un cambio de tendencia en relación con el período anterior. Entre 2008 y 2010⁶⁵ se advierte en el GBA un incremento de las consultas en hospitales (como vimos, provinciales y municipales) del 16,82% (mayor en la primera corona que en la segunda). Los egresos (también provinciales y municipales) para el período 2008-2011 muestran un incremento del 5,49%, menor en los partidos de la primera corona (2,97%) e importante en los hospitales localizados en los municipios de la segunda (12,79%) (anexo: gráficos 10 y 11).

Las principales iniciativas que llevó a cabo el gobierno provincial en este campo se centraron en los servicios hospitalarios: el pase a planta de más de 7.000 becarios que prestaban servicios en hospitales provinciales y la creación de cargos en enfermería, una especialidad identificada como crítica. Una de las iniciativas más importantes fue el Plan Eva Perón, en el marco del cual se estaban formando más de 4.000 profesionales, cuyos primeros egresados (alrededor de 1.000 en 2010) fueron incorporándose a los hospitales provinciales y también a los municipales (entrevista a autoridad sanitaria provincial, 1/2013).

No obstante lo convulsionado del escenario, la política provincial se planteó modificar rutinas y reglas de juego en los hospitales provinciales operando sobre tres factores: los pacientes, los trabajadores y los equipos de conducción.⁶⁶ En

⁶⁵ Los datos disponibles para consultas según nivel de atención alcanzan solo hasta el año 2010.

⁶⁶ Presentación del director provincial de hospitales en el III Seminario-Taller de Gestión en Salud, 2011.

relación con los pacientes, se propusieron acciones que buscaban mejorar la calidad percibida en la atención apelando a distintos instrumentos y modalidades organizativas: la creación de oficinas de atención al usuario, de referencia y contrarreferencia, de gestión de quejas y reclamos, de turnos telefónicos y de seguridad de los pacientes (en quirófanos y maternidades).⁶⁷ Aun en un contexto de agudo conflicto, la política provincial enunció acciones orientadas a la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores. Entre ellas, las autoridades destacaban innovaciones en la organización del trabajo (guardias de 12 horas) y comités de salud y seguridad, entre otras. Los equipos de conducción fueron también sujetos de acciones específicas: ámbitos de capacitación para directores de hospitales y para jefes de servicios y departamentos, y la participación en el Consejo Asesor de la Dirección Provincial de Hospitales, entre otras.

Hacia finales del período se lanzó una nueva iniciativa: las Unidades de Pronta Atención (UPA), establecimientos de complejidad intermedia que atenderían los 365 días del año las 24 horas, y contaban con capacidad para asistir emergencias, consultas pediátricas, clínicas, laboratorio y diagnóstico por imágenes. El anuncio fue realizado por el gobernador Daniel Scioli frente a los intendentes municipales de la zona sur del conurbano.

La información presupuestaria insiste en la jerarquía que tenía la cuestión hospitalaria en la agenda provincial. Entre 2008 y 2011 el presupuesto destinado a los hospitales (incluidos los gastos de la Dirección Provincial de Hospitales) alcanzó a representar dos tercios del total del gasto provincial, lo que puso en evidencia no solo su relevancia sino también el escaso margen presupuestario para desarrollar apuestas que involucraran (incentivos económicos mediante) a los municipios (anexo: tabla 6).

Recapitulación

La perspectiva macro con la que hemos reconstruido las políticas refuerza las diferencias ya destacadas en los dos capítulos anteriores. Las condiciones institucionales, los problemas y las relaciones entre los actores fueron configurándose de modo muy diferente entre una y otra jurisdicción. A pesar de los vaivenes en la designación de autoridades en este período, el *campo de la política nacional* pudo sostener una agenda más abierta que la provincial. La disponibilidad de

⁶⁷ Cabe destacar que en el año 2010 se sanciona la Ley de Fertilización Asistida (Ley Provincial 14208).

recursos y los cambios en los equipos de gobierno caracterizan el rumbo y el lugar que pasó a tener el Ministerio nacional en el seno del entramado.

No obstante los cambios en las autoridades, la disponibilidad de financiamiento extrapresupuestario (especialmente originado en el crédito externo) permitió garantizar la continuidad de los desembolsos, lo que jerarquizó el papel que desempeñaron los programas en la construcción de una institucionalidad basada en las reglas de juego y en las rutinas que impusieron otros actores: el BID y el BIRF.

El *campo de la política provincial* se mantuvo amarrado a las condiciones forjadas décadas atrás por los procesos de descentralización. Las iniciativas discurren en la provincia menos por la tecnología de gestión de los programas que por la agenda de los servicios. Si bien aquí también hubo cambios importantes en las autoridades del Ministerio, la lectura general que sugiere esta reconstrucción muestra más continuidades que rupturas en la política provincial.

No obstante los contrastes que pueden establecerse entre uno y otro campo, un registro algo más específico permite encontrar enfrentamientos y disputas en su interior. En el *campo de la política sanitaria nacional* se advierte, especialmente a partir del gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, la convivencia de dos lógicas en pugna que denominamos (apelando a una simplificación) sectorial y territorial. La *sectorial* (de los programas regulares del Ministerio y también de los programas con financiamiento externo, como el Remediar y el Nacer) está especialmente animada por la estrategia de la atención primaria de la salud, que tiene como referencia a los servicios de salud, particularmente los CAPS (en la provincia, de jurisdicción municipal). La *territorial* (de las iniciativas promovidas por el Ministerio de Desarrollo Social) busca trascender el entramado dominado por la lógica técnica del sector e introduce otros actores sociales y políticos en los municipios. De esa manera corporiza la preocupación por establecer una relación directa con la población, que reconoce como hitos las crisis políticas por las que fue atravesando el gobierno nacional en todo el segundo período (2008: aumento de las retenciones a las exportaciones; 2009: derrota electoral en las elecciones legislativas; 2010: fallecimiento de Néstor Kirchner).

Por debajo de este registro de análisis están los programas. En ese plano, tanto el Programa Remediar como el Plan Nacer fueron forjando un papel diferente para el nivel provincial y el municipal buscando viabilizar una “llegada directa” a los servicios. La provisión de medicamentos esenciales a los CAPS de manera centralizada reservó un lugar casi formal para la provincia, un papel que parece buscar revertirse en la segunda edición con el fortalecimiento de las redes de atención, en implementación hacia el final del período analizado. El

propósito del Plan Nacer de organizar Seguros Provinciales de Salud Materno-Infantil (spsmi) supuso un necesario involucramiento del nivel provincial, lo que jerarquizó su lugar por sobre el del municipio. Se destaca en este análisis el interés por gestionar lo que sus responsables denominan *balance entre rectoría y autonomía* y el modo en que se expresa en los instrumentos que moviliza.

Desde esta reconstrucción y con la finalidad de analizar el derrotero de la política sanitaria en la trama de las relaciones intergubernamentales, el análisis que se realiza en los capítulos que siguen pone el foco en cuatro dispositivos para indagar en el nivel meso: el Programa Remediar (en su componente de provisión de medicamentos esenciales), el Plan Nacer, el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial y el Seguro Público de Salud Provincial. El recorrido que hacen a través de la instrumentación en los caminos de las relaciones intergubernamentales es el cometido del análisis en una aproximación mesoinstitucional.

PARTE II

La encrucijada entre relaciones intergubernamentales y política sanitaria desde una mirada mesoinstitucional

Capítulo 5

Los caminos de la fragmentación en el Gran Buenos Aires: restricciones, obstáculos y oportunidades

Introducción

Distintos problemas convergen en la agenda de la política de salud. El incremento de la demanda sobre los establecimientos estatales, los reclamos por mayores recursos, los cambios en las expectativas de la población respecto de los servicios, el aumento de los costos de las prestaciones, los conflictos sindicales y las presiones por el presupuesto son algunos de los problemas en los que cobran cuerpo las preocupaciones de decisores y gestores. En contextos federales, estos retos comunes a todos los gobiernos se cumplen a través de instituciones políticas que requieren de la participación y la cooperación de más de un nivel de gobierno, lo que introduce una mayor complejidad a la hechura e implementación de las políticas.

Teniendo como telón de fondo el recorrido histórico precedente, este capítulo busca responder a la pregunta acerca de *cómo influyeron el federalismo y la descentralización en el derrotero de las políticas de atención de la salud en el GBA*. La importancia política y electoral de esta región la convierten en un espacio privilegiado para analizar las condiciones bajo las cuales se desarrolla la acción conjunta de actores gubernamentales en contextos de alta fragmentación. Retomando una perspectiva clásicamente neoinstitucional (Banting y Corbett, 2002; Wilson, 2006; Arretche, 2003 y 2010; entre otros), este capítulo analiza la influencia que le imprimen a la dinámica de la política sanitaria los rasgos particulares de la trama de las relaciones intergubernamentales.

La política de atención de la salud entra a este análisis a través de cuatro dispositivos cuya importancia se fue develando en la reconstrucción histórica: el Programa Remediar (en sus dos ediciones: PROAPS/Remediar y FEASP/Remediar+Redes), en su componente de provisión de medicamentos esenciales,

y el Plan Nacer en cuanto a las iniciativas nacionales; y el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial y el Seguro Público de Salud Provincial entre las iniciativas provinciales.

El período bajo análisis comienza en el año 2003 y finaliza en 2011, momento a partir del cual se advierte una cierta estabilidad en el funcionamiento de las instituciones. Cabe aclarar que estos dispositivos no son la política sanitaria, sin dudas más vasta y compleja; se trata de iniciativas a través de las cuales los gobiernos nacional y provincial intervinieron en los procesos de atención. Desde esta perspectiva, se convierten en analizadores del recorrido de las políticas a través de la trama intergubernamental.

Este capítulo está organizado en cuatro apartados. A esta introducción le sigue un apartado en el que se reconstruye el marco institucional y la trama de actores que sostienen los servicios. Un tercer apartado analiza la incidencia de las relaciones intergubernamentales (RIG) —en su institucionalidad y sus actores— sobre las políticas, y un apartado final recapitula los hallazgos y busca detectar las restricciones, obstáculos y oportunidades de las RIG sobre las políticas.

Las relaciones intergubernamentales de la atención de la salud

La pregunta que organiza este capítulo supone asumir (de manera siempre arbitraria) la compleja tarea de establecer una frontera entre las RIG y la política sanitaria (más precisamente, la política de atención de la salud). En la práctica, los procesos enhebran decisiones de nuevos actores que contrastan con rutinas y reglas de juego que fueron resultado de decisiones de otros actores (¿viejos?), un legado de historias largas y de otras más recientes que tienen lugar en el marco de reglas de juego superpuestas. En ese magma complejo y poco visibilizado que ocupa gran parte del tiempo de los gestores, incursiona este análisis. Este apartado reconstruye la matriz institucional y los actores que configuran la trama de las RIG en salud en torno a la cual se teje la política pública.

El análisis macroinstitucional realizado en los capítulos anteriores puso en evidencia que las RIG son también el resultado de las políticas precedentes (parcial, sin dudas) que se analizan en este libro. En consecuencia, la distinción que hacemos entre el dominio de las RIG y el de la política sanitaria es analítica, y consiste en un ejercicio que busca comprender esa compleja relación. Teniendo al federalismo como atributo general de la matriz en cuyo contexto se organizan las instituciones de salud en la Argentina, en este apartado ponemos el foco no solo en sus aspectos formales sino también en *la singularidad que adquieren las RIG en el GBA* para analizar sus implicancias en la política de salud.

Nuestra exploración recorre tres pasos. En el primero analizamos el marco institucional del subsector estatal en el GBA; posteriormente, examinamos el comportamiento de los actores, para culminar el apartado con una reconstrucción de los *dominios de las RIG que articulan los servicios estatales*.

La arquitectura de la matriz institucional

En los capítulos anteriores reconstruimos una historia larga que explica cómo llegó a configurarse el subsector estatal en el GBA en las puertas de la crisis (capítulo 1), y una historia reciente a partir de la coyuntura de la crisis de 2001 y la recuperación del funcionamiento de las instituciones (capítulos 2 a 4). Retomamos aquí ese recorrido para presentar el modo en que se distribuyen las potestades y funciones en el interior del subsector estatal de salud entre la nación, la provincia y los 24 municipios en relación con la provisión de los servicios en el GBA.

Acerca del marco constitucional

La organización federal instauro un primer rasgo de la matriz institucional en la región con importantes consecuencias para el diseño y la implementación de las políticas: la existencia de dos gobiernos regulando un mismo territorio y, en consecuencia, dos soberanías (central y estadual o provincial) en un mismo cuerpo político (Gibson, 2004: 5-6). Aunque la salud como cuestión no fue delegada por las provincias en el gobierno federal, la Constitución Nacional de 1994 consagra (en su art. 42) la garantía del derecho a la salud sosteniendo su ejercicio en la órbita de las provincias, que siguen siendo las responsables de definir su contenido y de establecer los modos de organización de los servicios bajo su órbita.

En este contexto general, el Estado de la provincia de Buenos Aires tiene potestades para definir acciones positivas destinadas a garantizar este derecho. En su artículo 36 (inc. 8), la Constitución provincial de 1994 consagra de manera explícita el derecho a la salud y destaca su carácter de derecho prestacional, el principio de accesibilidad, el alcance preventivo y asistencial, la gratuidad en el acceso a los hospitales públicos y el carácter de bien social de los medicamentos. Pero si bien las constituciones reformadas (nacional y provincial) avanzaron en la consagración del derecho a la salud y definieron las obligaciones estatales en este campo, no llegaron a especificar un esquema de distribución de funciones

en la atención de la salud. Se trata de un factor clave (aun a pesar de las enormes diferencias) en los distintos regímenes federales (Banting y Corbett, 2002).

La matriz institucional se completa con un conjunto de regulaciones que instituyen importantes márgenes de autonomía para los hospitales. Hacemos referencia a los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) (Decreto Nacional 939/2000) y, en la órbita provincial, al Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO) (Decreto Provincial 8801/77 y modificatorias) y a la Descentralización Hospitalaria “Nuestro Hospital” (Ley Provincial 11072/91, reglamentada por el Decreto Provincial 135/2003). Aun en sus diferencias, estas normas habilitan la separación de funciones en el nivel del establecimiento buscando conciliar las posibilidades de incremento de los recursos (a través del recupero de fondos del subsector de obras sociales y de seguros privados) y la aplicación de incentivos monetarios entre el personal, para garantizar la accesibilidad de la población sin cobertura y la gratuidad en el acceso a los servicios.

Al analizar las políticas de salud en los regímenes federativos, Ávila Viana y Vieira Machado (2009) advierten que las condiciones del marco constitucional legal no son suficientes para caracterizar el modo en que las RIG inciden en el modelado de las políticas. Según estas autoras, es necesario dar cuenta del derrotero que llevó a su singular conformación para poder entender la naturaleza y la especificidad que caracteriza a cada régimen federativo. La reconstrucción de los antecedentes que realizamos en el primer capítulo de este libro asumió este desafío y mostró que, aun no existiendo huellas en el marco constitucional provincial, existe un tercer nivel en la matriz institucional del GBA en el que los municipios fueron protagonistas.

En la provincia de Buenos Aires, el marco institucional formal que regula las potestades y funciones de los municipios (en general y para salud en particular) es el definido por la Constitución provincial y la Ley Orgánica de las Municipalidades (Decreto Provincial 9117/78). En ese contexto, las funciones que este marco legal les confiere son residuales, y su alcance está condicionado por las decisiones de la Legislatura provincial.

En el campo de la salud, distintos procesos modelaron una institucionalidad para los municipios que no llegó a formalizarse en la reforma constitucional de 1994, ni tampoco en la Ley Orgánica de las Municipalidades. Desde una perspectiva *top-down* hacemos referencia a la descentralización de los CAPS desde la provincia hacia los municipios,¹ en línea con los procesos largamente descriptos

¹ La transferencia al ámbito municipal de las Unidades Sanitarias pertenecientes al Plan “Doctor Javier Francisco Muñiz”, Ley Provincial 11554/94 es el ejemplo más orgánico.

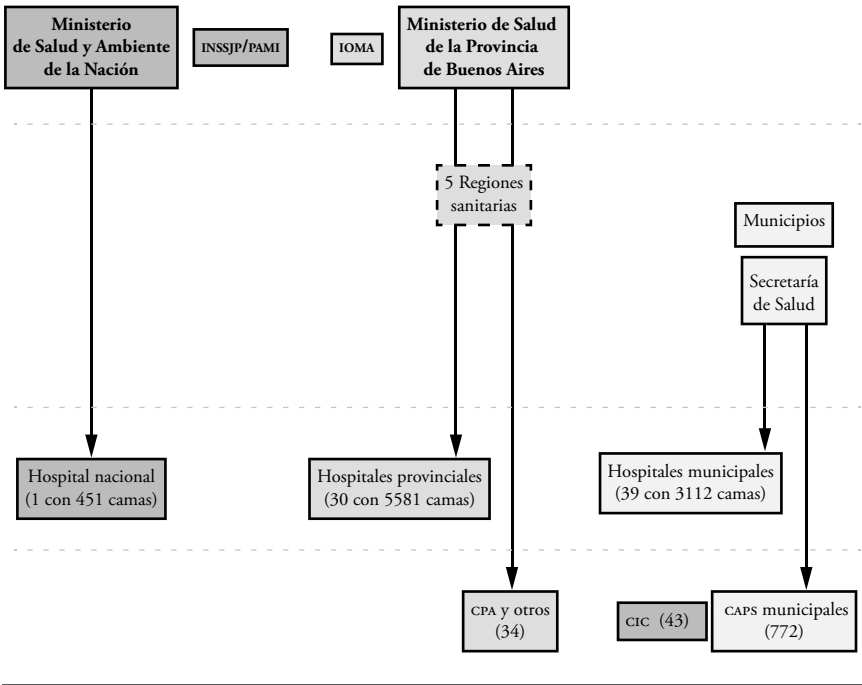
por la literatura. Sin embargo, queremos insistir en que hubo también una dinámica inversa (*bottom-up*) que forjó la relevancia que ganaron los municipios en el GBA: la asunción de parte de los gobiernos locales de responsabilidades sobre los hospitales de las sociedades de la beneficencia y centros de salud de las sociedades de fomento, así como la creación de nuevos establecimientos a su cargo, tanto en el primero como en el segundo nivel asistencial. A partir de estos dos procesos se modeló una institucionalidad regida menos por la legalidad de las normas que por la responsabilidad de las consecuencias prácticas de la acción, un aspecto a veces opacado en los estudios de política sanitaria.

Desde la responsabilidad práctica sobre los servicios: heterogeneidad en los patrones de dependencia gubernamental

A diferencia de lo que sucede en otras provincias, dentro del mandato constitucional y por fuera de este, la historia fue modelando una trama institucional en la que intervienen tres niveles gubernamentales (nación, provincia y municipios) con responsabilidades diferenciadas y compartidas que varían de uno a otro partido. El esquema de distribución de responsabilidades en atención de la salud en el GBA se caracterizaba a principios del siglo XXI por una supremacía del nivel municipal sobre el primer nivel de atención (a excepción de los Centros de Atención de Adicciones –CPA– a cargo de la provincia), mientras que la responsabilidad sobre los hospitales (de distinto nivel de complejidad) era compartida entre la provincia y los municipios, con una participación menor de la nación. Cabe recordar que se trata de una región que, en el año 2003, tenía el 52% de su población sin cobertura de obra social ni seguro privado, es decir, dependiente de los servicios de la red estatal, y que, al finalizar el período, esta descendió al 37,1%, aunque se mantuvo seis puntos por encima de los valores promedio para los aglomerados urbanos del país (anexo: gráfico 5).

Finalizando el período (año 2011), en el GBA había solo un hospital nacional con 451 camas para internación (4,93% del total) (Hospital Profesor Alejandro Posadas en el partido de Morón), mientras que el nivel provincial (a través de la Dirección Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud de la provincia) tenía a su cargo en la región 30 hospitales con una capacidad de 5.581 camas (61% del total). En líneas generales se trataba de establecimientos de mayor complejidad y tamaño que los municipales. Por medio de las secretarías de Salud o de sus equivalentes (en algunos casos, asociadas a desarrollo social), los 24 municipios gestionaban 772 CAPS y 39 hospitales de distinto nivel de complejidad, con 3.112 camas para internación (34% del total) (figura 5.1).

Figura 5.1. Organismos y establecimientos de salud según dependencia (nación, provincia y municipios) en los 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2011



Población 24 partidos GBA

62,9% con cobertura	37,1% sin cobertura
---------------------	---------------------

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

Cabe destacar también la existencia del INSSJP-PAMI en la órbita nacional y del Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA) en la órbita provincial, dos instituciones del subsector de obras sociales bajo regímenes autárquicos. Aun destacando la especialización de los municipios en el primer nivel, la historia fue cristalizando una estructura sanitaria muy diversa. Considerando la variable “dependencia de los establecimientos”, pueden identificarse distintas combinaciones en la organización de la estructura sanitaria que oscilan entre dos *patrones de dependencia gubernamental* (cuadro 5.1).

Cuadro 5.1. Patrones de dependencia gubernamental en la organización de los servicios, 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2004-2011

Patrones	Atributos	Partidos
División de responsabilidades	Establecimientos sin internación: a cargo de los municipios (a excepción de los CPA). Establecimientos con internación: a cargo de la provincia.	Almirante Brown José C. Paz Lanús Tres de febrero Moreno Tigre (hasta 2007)
Concentración de las responsabilidades en el nivel municipal	Establecimientos sin internación: a cargo del municipio (a excepción de los CPA). Establecimientos con internación: a cargo del municipio.	Esteban Echeverría Hurlingham Malvinas Argentinas San Isidro San Miguel
Mixto con predominancia provincial en el segundo nivel	Establecimientos sin internación: a cargo del municipio (a excepción de los CPA). Establecimientos con internación: una proporción mayor de las camas, bajo jurisdicción provincial; y el resto, a cargo del municipio.	Berazategui Quilmes Avellaneda San Fernando Gral. San Martín Tigre (desde 2008) Lomas de Zamora Florencio Varela Ezeiza**
Mixto con predominancia municipal en el segundo nivel	Establecimientos sin internación: a cargo del municipio (a excepción de los CPA). Establecimientos con internación: una proporción mayor de las camas, bajo jurisdicción municipal; y el resto, a cargo de la provincia.	Merlo Vicente López
Mixto con responsabilidad equivalente en el segundo nivel	Establecimientos sin internación: a cargo del municipio (a excepción de los CPA). Establecimientos con internación: municipio y provincia tienen a su cargo una cantidad equivalente de camas para internación.	La Matanza
Nación, provincia y municipio	Establecimientos sin internación: a cargo del municipio (a excepción de los CPA). Establecimientos con internación: a cargo de las tres jurisdicciones (nación, provincia, municipio).	Morón
Solo municipio	Establecimientos sin internación: a cargo del municipio (a excepción de los CPA). Establecimientos con internación: sin establecimientos.	Ituzaingó

* Si bien ambos establecimientos figuran como de jurisdicción provincial, el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce está financiado también con el presupuesto nacional y se gestiona a través de la modalidad organizativa SAMIC.

** No se considera el hospital del aeropuerto internacional (con solo tres camas de observación). En el año 2004, el municipio de Ezeiza presentaba 22 camas, que fueron decreciendo durante el período bajo análisis.

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

El primer patrón, que podríamos denominar de *división de responsabilidades*, presenta una clara separación entre niveles gubernamentales: el municipio tiene a su cargo la totalidad de los CAPS, mientras que todas las camas para internación de los hospitales son provinciales; en esta categoría estaban incluidos seis municipios del GBA.² En el otro extremo se encuentra otro patrón de organización de la estructura sanitaria en el territorio, que supone la *concentración de la totalidad de las responsabilidades sobre los servicios en el nivel municipal*, en el cual el municipio tiene jurisdicción sobre la totalidad de los CAPS y hospitales (a excepción de los CPA); se trata de un grupo que nucleaba entonces a cinco municipios del GBA.

Entre ambos extremos se posicionaban esquemas mixtos que coincidían en la soberanía del nivel municipal sobre los CAPS (siempre con excepción de los CPA) y componían de manera diferente la responsabilidad sobre los hospitales; se trata de un total de once casos. Dos casos merecen considerarse por separado: Morón, que alojaba en su territorio establecimientos con internación de las tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) e Ituzaingó, que en 2011 no disponía aún de establecimientos con internación, ya que no estaba inaugurado el hospital que se construyó (por fuera de este período) en el marco del Plan de Hospitales del Bicentenario.

Un mapa fragmentado en la distribución de funciones

Retomando la clasificación propuesta por Hintze (2009: 101-103), buscamos descomponer en el cuadro 5.2 las funciones que desempeña cada nivel gubernamental. Se trata de un esquema general que se especifica en cada uno de los patrones de dependencia gubernamental que presentamos arriba, y que refleja también el modo en que fue realizada la descentralización. Las primeras funciones se corresponden con el plano político-estratégico y están orientadas (mayormente) a la producción interna (planificación político-estratégica, conducción, interlocución institucional con el contexto y evaluación político-estratégica), mientras que las que siguen son operativas (planificación operativa, gerencia y coordinación, interlocución operativa con el contexto, gestión de recursos y control). En el plano operativo externo se encuentra la gestión directa de los servicios. La dimensión organizacional tiene gran relevancia puesto que comprende la identificación de las prestaciones a través de nomencladores y la definición de normas de atención.

² El caso de Tigre es particular, ya que inaugura en 2007 un hospital municipal.

El esquema a través del cual se distribuyen las funciones en la práctica muestra la fragmentación a la que hacen referencia los diagnósticos sobre el subsector estatal. La mayor parte de las funciones que cada jurisdicción desempeña en el *plano político-estratégico* (de planificación, conducción, interlocución con el contexto y evaluación) se limita a los establecimientos a su cargo. Cada jurisdicción decide o puede decidir (dentro de sus posibilidades financieras) la apertura de establecimientos y servicios, y no se advierte la existencia de mecanismos de coordinación vertical más allá de la Unidad Ejecutora Central para el Estudio de Inversiones en Salud y el incipiente mecanismo de habilitación de establecimientos en la órbita nacional.³

³ Resolución conjunta entre el Ministerio de Salud y el de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios (Resolución del Ministerio de Salud 635/2003 y Resolución del MPFIPYS 256/2003).

Cuadro 5.2. Distribución de funciones entre nación, provincia y municipios en relación con la atención de la salud en establecimientos estatales

Tipo	Funciones	Nación	Provincia	Municipios	Plano
INTERNA	Planificación político-estratégica	Identifica y evalúa decisiones de apertura de servicios y establecimientos bajo su jurisdicción. Decide presupuesto en relación con hospital nacional. Asigna bienes de capital (infraestructura y equipamiento) a provincia y municipios. Establece reglas de juego en relación con el funcionamiento de los hospitales públicos de gestión descentralizada (HPCGD). [*] Define nomenclador y valores para las obras sociales y el INSSJP-PAMI.	Identifica y evalúa decisiones de apertura de servicios y establecimientos bajo su jurisdicción. Decide presupuesto en relación con los hospitales provinciales y los CPA. Acredita establecimientos municipales. Establece reglas de juego en relación con el funcionamiento del SAMO en los hospitales.** Establece reglas de juego en relación con las modalidades de designación del personal en sus establecimientos.	Identifica y evalúa decisiones de apertura de servicios y establecimientos bajo su jurisdicción. Decide presupuesto en relación con los hospitales municipales y los CAPS. Adopta reglas de juego de la provincia para la designación del personal en sus establecimientos o genera las propias.	PLANO POLÍTICO-ESTRATÉGICO
	Conducción	Decide la asignación de recursos en relación con cursos de acción en los hospitales nacionales. Puede aplicar sanciones en los establecimientos a su cargo.	Decide la asignación de recursos en relación con cursos de acción en los hospitales provinciales. Puede aplicar sanciones en los establecimientos a su cargo.	Decide la asignación de recursos en relación con cursos de acción en los hospitales y CAPS municipales. Puede aplicar sanciones en los establecimientos a su cargo.	
	Interlocución institucional con el contexto	En el marco de lo establecido por la Constitución Nacional, es garante del derecho a la salud de los ciudadanos. Establece acuerdos con instituciones de la seguridad social (obra social y PAMI). Establece acuerdos con municipios para la construcción de establecimientos. Invita a provincias a adherir a leyes y programas nacionales.	En el marco de la Constitución provincial, es responsable de garantizar el derecho a la salud y hacer efectiva su prestación bajo condiciones de acceso y gratuidad de los servicios en hospitales. Establece acuerdos con el gobierno nacional. Establece acuerdos con instituciones de la seguridad social (TOMA y PAMI). Adhiere a iniciativas nacionales. Invita a municipios a adherir a leyes y programas nacionales y provinciales.	Celebra acuerdos con el gobierno nacional y provincial. Regula las condiciones de acceso en establecimientos municipales. Establece acuerdos con instituciones de la seguridad social (obra social y PAMI).	

Tipo	Funciones	Nación	Provincia	Municipios	Plano
INTERNA	Evaluación estratégico-política	Verifica el logro de resultados en relación con los recursos, acuerdos estratégico-políticos y planes en relación con los establecimientos a su cargo.	Verifica el logro de resultados en relación con los recursos, acuerdos estratégico-políticos y planes en relación con los establecimientos a su cargo.	Verifica resultados en relación con los recursos, acuerdos estratégico-políticos y planes en relación con los establecimientos a su cargo.	PLANO OPERATIVO
	Planificación operativa y programación	Formula técnicamente cambios y reformas en los establecimientos a su cargo.	Formula técnicamente cambios y reformas en los establecimientos a su cargo.	Formula técnicamente cambios y reformas en los establecimientos a su cargo.	
	Gerencia y coordinación	Decide la utilización de recursos en decisiones operativas en los establecimientos a su cargo. Puede aplicar sanciones.	Decide la utilización de recursos en decisiones operativas en los establecimientos a su cargo. Puede aplicar sanciones.	Decide la utilización de recursos en decisiones operativas en los establecimientos a su cargo. Puede aplicar sanciones.	
	Interlocución operativa con el contexto	Establece relaciones con los usuarios. Negocia salarios y celebra acuerdos con sindicatos en el nivel del establecimiento.	Establece relaciones con los usuarios. Lleva adelante las negociaciones en las comisiones técnicas y en las paritarias con organizaciones sindicales (los ministerios de Salud, Economía y Trabajo)	Establece relaciones con los usuarios. Negocia salarios con organizaciones sindicales de los hospitales y los CAPS.	
	Gestión física y administrativa de recursos	Designa personal para hospitales. Realiza contrataciones de servicios y compra de insumos.	Designa directores para los hospitales provinciales (propuestos por el Consejo de Administración del Hospital). Llama a concursos abiertos para cubrir cargos y designa según propuesta del Ministerio y a través de un decreto del gobernador. Realiza contrataciones de servicios y compra de insumos.	Designa/contrata personal para los hospitales municipales y los CAPS. Realiza contrataciones de servicios y compra de insumos.	
	Control operativo	Controla resultados y uso de recursos en el hospital nacional.	Controla resultados y uso de recursos en los hospitales provinciales y en los programas a su cargo.	Controla resultados y uso de recursos en los hospitales municipales y en los CAPS.	

Tipo	Funciones	Nación	Provincia	Municipios	Plano
EXTERNA	Producción externa	Gestiona los servicios de salud en sus hospitales.	Gestiona los servicios de salud en los hospitales provinciales. Ejecuta programas.	Gestiona los servicios de salud en los hospitales municipales y en los CAPS.	PLANO OPERATIVO
	Desarrollo de productos	Diseña programas a implementarse en establecimientos en los tres niveles.	Diseña programas.	Diseña programas.	
ORGANIZACIONAL	Desarrollo de procesos	Diseña y propone normas de atención y protocolos a los que pueden adherir las provincias. Define formas de facturación para las obras sociales y el INSSJP-PAMI.	Diseña y propone normas de atención y protocolos a los que pueden adherir las provincias. Diseña dispositivos de intervención (turnos, capacitación) en los establecimientos. Diseña dispositivos de capacitación y gestión de la información y los propone a los establecimientos municipales.		

Notas: * Primero Hospitales de Autogestión (Decreto Nacional 578/93) y posteriormente Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (Decreto Nacional 939/2000). ** SAMO, Decreto Provincial 8801/77 y modificatorias; y la Ley Provincial 11072/91 de Descentralización Hospitalaria “Nuestro Hospital”, reglamentada por el Decreto 135/2003.

Fuente: elaboración propia según Hintze (2009: 102), revisión de normativa y entrevistas. La reconstrucción de las funciones a cargo de los municipios es más general y se realiza conforme la investigación citada (Chiara, 2009; Chiara, Di Virgilio y Moro, 2012).

Instrumentos como el nomenclador y la acreditación de establecimientos apelan a la *coordinación entre niveles y/o subsectores*. En el nivel nacional, el nomenclador, sus valores y las formas de facturación para los establecimientos inscriptos en el registro de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada es un instrumento de gran importancia que organiza una parte de la relación de estos con el subsector de la seguridad social. En el nivel provincial, la acreditación de establecimientos en complejidad y cantidad de camas permite asociar las decisiones municipales de ampliación y creación de servicios y establecimientos a las transferencias intergubernamentales. Se trata de uno de los instrumentos más importantes movilizados por el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial al que nos referiremos más adelante.

Si bien los tres niveles gubernamentales pueden realizar *inversiones en bienes de capital*, nuestra reconstrucción muestra que (al menos en este período) el gobierno nacional lideró la construcción de infraestructura y compra de equipamiento. Se trata de una función importante en sí misma y por sus implicancias, ya que la inauguración o ampliación de servicios tiende a incorporar (en un esquema descentralizado) gastos corrientes en los presupuestos de los niveles subnacionales. Parece cristalizarse en este período un esquema por el cual las *inversiones de capital* corresponden a la nación (con algunas excepciones en algunos municipios), mientras que los *gastos de funcionamiento (incluidos los recursos humanos)* quedan reservados a la provincia o bien a los municipios, según la dependencia de los establecimientos.

Las potestades constitucionales son importantes a la hora de ejercer las *funciones de interlocución institucional con el contexto*. El marco constitucional vigente define que la provincia es garante del derecho a la salud, a la vez que es responsable de serlo bajo condiciones de acceso y gratuidad de los servicios en sus hospitales. Esta potestad convive, por un lado, con la autonomía de los establecimientos hospitalarios para la gestión de recursos y para facturar a las instituciones de la seguridad social, y, por otro lado, con la autonomía de los municipios (basada en la legitimidad derivada de la responsabilidad sobre la gestión) para tomar decisiones respecto de la creación y definición de las condiciones de acceso a los establecimientos bajo su jurisdicción.

La órbita provincial concentra las *funciones estratégicas relativas a la gestión de recursos humanos*, que comprende la designación de directores (formalmente propuestos por los Consejos de Administración) y la convocatoria a concursos abiertos para la cobertura de cargos en los establecimientos. Los municipios pueden adherir a las normas provinciales o establecer regulaciones propias dentro de los acotados márgenes formales. En el caso del establecimiento nacional es

diferente, ya que la especificación de las reglas de juego queda bajo la órbita directa del hospital nacional en el marco de la normativa general de empleo público del Estado nacional.

Este esquema en la distribución de funciones organiza el entramado de actores y condiciona la conformación de la agenda en cada nivel gubernamental. En el *provincial*, las comisiones técnicas y las paritarias tienen al Ministerio de Salud como el nodo de referencia en la interlocución con los sindicatos; en el *municipal*, esta discusión se fragmenta bajo distintas modalidades en cada arena local, y, según hayan adherido o no a la ley de carrera hospitalaria, deriva de los acuerdos paritarios provinciales o es el resultado de distintas negociaciones; mientras que en el nivel *nacional* el ejercicio de esta función se desplaza hacia el establecimiento.

La definición de *normas orientadas a modelar los procesos de atención* es otra de las funciones operativas que corresponden a la provincia. Si bien encontramos que la nación también produce algunas normas, estas requieren de la adhesión explícita de parte de la provincia. Se trata de un punto de veto (Arretche, 2003; Immergut, 1990) importante en relación con el alcance de los dispositivos nacionales y con el modo en que se imbrican en la trama institucional de cada provincia. El ejercicio de estas funciones y las relaciones que se establecen en este marco institucional son parte de la dinámica de los actores (sus intereses, sus recursos y las ideas de las que son portadores), un análisis que completa el mapa de las RIG al que hace referencia el próximo apartado.

La geografía de los actores

Como quedó planteado en el análisis histórico, el entramado que sostiene los servicios en el GBA está tensionado a partir de tres procesos: los intentos del Ministerio nacional de recuperar la relación con los establecimientos de salud, la concentración del Ministerio provincial en la agenda de los hospitales provinciales y la centralidad que adquieren los municipios. En este estudio definimos a los actores como formas concretas, ya sean organizaciones o individuos, que ejercen algún tipo de incidencia en la política. Se trata de “unidades reales de acción en la sociedad: tomadores y ejecutores de decisiones” (Pírez, 1995: 10) que se definen como tales en el marco de una determinada situación que se constituye en el diseño y la implementación de la política. En torno a esa situación, se configura un determinado entramado de actores cuyas relaciones (condicionadas por los intereses y los recursos de que disponen) pueden modificarse a lo largo del tiempo (Jordana, 1995). Belmartino (1998) ofrece una

definición del concepto de actor que tiende a acotar la aproximación anterior. Desde su perspectiva para definirse como actores, los organismos y/o los individuos deben ocupar un lugar estratégico en el proceso de toma de decisiones. Para la delimitación y el recorte del análisis de un entramado vasto y complejo, retomamos la perspectiva de Porras Martínez, quien propone una aproximación *nominal*, acorde a los propósitos de la investigación, y *posicional*, que jerarquice sus principales atributos según el lugar que ocupan en la estructura de relaciones en el entramado (2001: 727-729).

Ahora bien, ¿qué interesa mirar en los actores? Acuña y Repetto (2001: 18-22) rescatan tres variables para su análisis: los intereses que mueven su acción, los recursos de que disponen y las nociones o ideas de las que son portadores. En relación con el interés, estos autores proponen dar cuenta (en simultáneo) tanto de “lo que los actores enuncian como su interés” como de aquello ligado al “bienestar del actor”, más allá de lo que reconozca explícitamente como tal. Si bien las tensiones que subyacen a los intereses definen su posición en la estructura de relaciones, su acción está definida también por los recursos de que disponen en relación con la capacidad de negociación, de representación, de descifrar el contexto, de movilización, de acción colectiva y, en el caso de los actores estatales, de su autoridad (ibíd.: 20). Las nociones e ideas de las cuales son portadores hacen también a la “racionalidad situada” (Subirats *et al.*; 2008: 55) de los actores. “La variable ideas/entendimiento (ideología) [...] da cuenta del modelo de pensamiento que, combinando valores, cultura y (des)conocimiento, lleva al actor a suponer que un comportamiento dado resultará en un estado de cosas deseable” (Acuña y Repetto; 2001: 22). Esta definición supone una relación más dinámica entre intereses e ideología (tal como está allí planteada): “Los intereses de un actor solo impactarán sobre su comportamiento si estos son reconocidos en el plano de su ideología y su entendimiento” (ídem). Esta dimensión cobra particular relevancia para seguir las políticas por los distintos niveles en la trama de las RIG.

Del federalismo anárquico⁴ a la recuperación de un lugar para el Ministerio nacional

El foco en las RIG permite adoptar la noción de “responsables políticos genéricos” (Wright, 1997) para el análisis de los actores. Desde esta perspectiva analizamos el Ministerio como actor genérico puesto que sus decisiones tienen expresión institucional unívoca y son leídas a través de las resoluciones ministeriales. Sin embargo, destacamos que en este nivel cobraron autonomía también otros actores, especialmente los coordinadores nacionales de los programas y algunos directores de línea, quienes –por movilizar distintos tipos de recursos– tuvieron relevancia en la trama intergubernamental.

A pesar de existir continuidad en el partido gobernante, el Ministerio varió en su posición a lo largo del período, lo que modificó –hacia dentro y hacia fuera (con otros ministerios y con los actores subnacionales)– las relaciones en el entramado. Menos atrapado por la agenda de los servicios, en este nivel parecen advertirse mayores clivajes que en el provincial. Cabe recordar que, en el inicio del período, el único establecimiento bajo jurisdicción del Ministerio nacional en el GBA era un hospital nacional de alta complejidad que albergaba alrededor de 450 camas. En ese contexto, *recuperar la iniciativa en el escenario posdescentralización* fue el principal desafío que enfrentó el Ministerio nacional, aunque en las distintas gestiones lo hizo de modo diferente.

En el primer gobierno (2003-2007), el Ministerio se situó (desde la trayectoria política del ministro) en una arena delineada por la lógica sectorial, con un equipo técnico homogéneo (y con buena capacidad de interlocución con los organismos de crédito) que se había forjado en el (entonces) Instituto Universitario ISalud, un espacio académico en el que se había formado buena parte de los funcionarios provinciales. Para esta gestión, el Consejo Federal de Salud (COFESA) fue el lugar privilegiado desde el que reconstruir los lazos con los gobernadores en la salida de la crisis (Potenza dal Masetto, 2004). En línea con las orientaciones generales de políticas para el sector, el interés del actor ministerial se concentró en orientar el trabajo sobre los efectores del primer nivel (fueran estos provinciales o municipales) abordando el acceso a los servicios

⁴ Retomamos el concepto de palabras de un entrevistado: “Yo me encontré con una cosa que llamé ‘federalismo anárquico’. El federalismo anárquico era una fragmentación del sistema, en el que, en verdad, por decirlo elegantemente, las líneas de acción iban para cualquier lado; no había ningún tipo de conducción, no había ningún tipo de búsqueda de unir la transformación y no había la mínima puesta en prioridad de ningún objetivo; y cuando uno no pone prioridades en los objetivos, si dice que quiere hacer todo, en realidad no hace nada” (entrevista a autoridad sanitaria nacional, 11/2008).

como el principal desafío de la gestión. En todo el período pero con singular relevancia entre 2003 y 2007, el Programa Remediar fue el principal (aunque no el único) dispositivo desde el cual se articuló la acción ministerial en los establecimientos del primer nivel. Desde un discurso político muy sesgado por las condiciones de la crisis, relataba una alta autoridad del Ministerio un diálogo con los gobernadores:

... muchachos, se nos quema el rancho, acá sí se nos cae el sistema, se nos cae todo, y estamos al borde de que se nos caiga. Entonces, busquemos como eje el reforzamiento de la atención primaria para esta situación de desorganización social y de quiebre de todo, incluido el acceso a cosas fundamentales como el alimento o el medicamento; y lo que yo puedo hacer es el medicamento (entrevista a autoridad sanitaria nacional, 11/2008).

En el período siguiente (2008-2011) se perfila una *tensión entre la lógica sectorial* de los equipos y programas del Ministerio y la *lógica territorial*, entendida como acción directa con la población. Mientras que en el período anterior la *lógica sectorial* buscaba orientar y condicionar la práctica de los establecimientos a cargo de las provincias y los municipios, desde la *lógica territorial* se apeló a una acción directa, en algunos casos involucrando a otros ministerios u organismos nacionales.

Por una parte, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación construyó, en acuerdo con los municipios, 43 Centros Integradores Comunitarios, que pasaron a depender formalmente de los municipios pero convocando también la participación de equipos pertenecientes al Programa Médicos Comunitarios; no obstante esta consideración, son reconocidos como pertenecientes a Desarrollo Social. Por otra parte, el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios tuvo a cargo las obras del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce en el partido de Florencio Varela, de la Maternidad en Moreno (en la localidad de Trujui) y de dos hospitales del Plan del Bicentenario (en las localidades de Ciudad Evita, en Rafael Castillo, y Gregorio de Laferrere, en el partido de La Matanza). En todos los casos se preveía la incorporación de los establecimientos a la jurisdicción provincial, para lo cual –hacia finales del período analizado– se estaba gestionando la inclusión de los gastos de funcionamiento en su presupuesto. El Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce de Florencio Varela fue una excepción, ya que comenzó a funcionar en 2010 y contó con financiamiento mixto (nacional y provincial) bajo el modelo de los Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad (SAMIC). A finales del período y en el marco del Programa de Desarrollo para Prestadores, el INSSJP-

PAMI financió dos hospitales en los partidos de Ituzaingó y Esteban Echeverría, cuya construcción estaba prevista en el Plan del Bicentenario. La construcción de obras de infraestructura hospitalaria compromete una estrategia de acción en el territorio de naturaleza diferente, aunque opera con un “efecto locomotora” sobre el presupuesto provincial como responsable del sostenimiento de los gastos recurrentes para su funcionamiento. Otro de los rasgos que caracteriza al actor ministerial entre 2008 y 2011 es la escasa relevancia atribuida al COFESA, por lo que se abrieron otros espacios de coordinación más cercanos a las provincias, como fueron los Consejos Regionales de Salud (CORESA), especialmente durante la gestión de la ministra Graciela Ocaña.

La *lógica territorial*, como decíamos, convivió también con la *lógica sectorial*, representada por programas que, anidando en el Plan Federal de Salud (2003-2007), apostaron por asegurar la cobertura de los servicios y a garantizar de manera explícita un piso de prestaciones para toda la población. El Plan Nacer fue, especialmente hasta 2008, una iniciativa “silenciosa” que articuló un complejo y sofisticado sistema de transferencias entre la nación y las provincias.

El Ministerio provincial: la prioridad de los hospitales y las limitaciones para abordar una agenda intergubernamental

Desde un recorte equivalente al anterior, asumimos al Ministerio provincial como actor genérico, aunque destacamos que también existieron en su interior subsecretarios, directores de línea, directores de hospitales, responsables de programas y directores de regiones sanitarias; distintos actores que pugnaban (con intereses muchas veces contrapuestos, recursos e ideas diversas) en las decisiones de políticas.

En una aproximación que podríamos denominar formal, el Ministerio de Salud provincial tenía una centralidad en el entramado de actores derivada del *mandato* impuesto por las reglas de juego del marco institucional y de los *recursos* de los que disponía para la atención de la salud en los establecimientos estatales. El primer rasgo deviene del federalismo, esto es, del hecho de ser depositario de las potestades en salud y de poseer la prerrogativa de no adherir a los programas federales, así como poder constituirse en punto de veto de las decisiones del gobierno central. El segundo hace referencia a los recursos presupuestarios que moviliza. En el capítulo anterior hacíamos referencia a la relevancia y magnitud de los presupuestos provinciales en salud que alcanzaban (en sus valores agregados) a representar algo menos de dos tercios del total del gasto de las tres jurisdicciones. Acotando el análisis a los establecimientos estatales

localizados en el GBA, la importancia de la provincia en el financiamiento de los hospitales provinciales se mantuvo con un presupuesto que ascendía, en 2010, a los 1.617 millones de pesos corrientes, el 40,5% del total invertido en establecimientos estatales en la región (tabla 5.1).

Tabla 5.1. Gasto en servicios de atención de la salud en establecimientos estatales por dependencia (hospital nacional, hospitales provinciales, hospitales y CAPS municipales), 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2007-2010

Establecimientos	Millones de pesos corrientes				Porcentaje			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Hospital Posadas	63	270	383	452	3,89	11,33	11,68	11,32
Hospitales provinciales GBA	679	935	1352	1617	41,86	39,22	41,22	40,50
CAPS y hospitales municipales	880	1179	1545	1924	54,25	49,45	47,10	48,18
Total	1622	2384	3280	3993	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia según: Hospital Posadas, Contaduría General de la Nación, Hospitales provinciales del GBA, Dirección de Presupuesto de la Provincia de Buenos Aires, Gasto en Salud Municipal, Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

El análisis de los recursos con que cuenta un actor debe considerar no solo su magnitud sino también el margen de discrecionalidad que tiene en su asignación. Desde esta perspectiva, si bien el Ministerio provincial realizaba una inversión en salud de magnitud considerable, dos tercios de ese gasto estaba destinado al financiamiento de los hospitales con una estructura de gasto particularmente rígida: el 75% sostenía recursos humanos, mientras que el 20% financiaba servicios (energía, mantenimiento y reparación de edificios, limpieza, alimentación y vigilancia), y quedaba solo el 5% para otros gastos flexibles⁵ (anexo: tabla 6).

⁵ Datos correspondientes a 2005 y 2006. Elaboración propia según datos de la Dirección de Presupuesto de la Provincia de Buenos Aires. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Hacia el interior de la jurisdicción y en relación con los hospitales a su cargo, el margen del Ministerio provincial estaba condicionado por la normativa de descentralización hospitalaria. El esquema de distribución de funciones que analizamos más arriba definió para el Ministerio competencias en el plano político-estratégico (planificación, conducción, interlocución con el contexto y evaluación), mientras que las funciones operativas eran compartidas con los directores de los hospitales provinciales y sus Consejos de Administración.

Las funciones de negociación salarial con los gremios y la designación de directores de los hospitales permanecieron en el período bajo la órbita del Ministerio provincial; en el último caso, en acuerdo con los Consejos de Administración⁶ (cuadro 5.3). Aunque no estaba instituido formalmente, la designación de directores de hospitales provinciales contaba (en algunos casos) con el acuerdo del intendente municipal donde estuviera localizado el establecimiento.

Esta distribución de responsabilidades entre el Ministerio y los hospitales supone una autonomía relativa de estos respecto de la política provincial en un escenario que se fue haciendo (especialmente a partir de 2008) cada vez más conflictivo.

⁶ Si bien la descentralización establece que los directores deben ser propuestos por los Consejos de Administración de cada hospital, la decisión parece haber estado en manos del ministro de Salud provincial (entrevista a alto funcionario provincial, 5/2013).

Cuadro 5.3. Actores involucrados en la atención de la salud en establecimientos estatales (provincia de Buenos Aires), 2003-2011

Tipo	Funciones	Nación	Provincia	Municipios	Plano
INTERNA	Planificación político-estratégica	Presidente Congreso de la Nación Ministerio de Salud Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios Ministerio de Desarrollo Social	Gobernador Legislatura de la provincia Ministerio de Salud Región sanitaria	Intendente municipal Legislativo municipal Secretario de Salud	POLÍTICO-ESTRATÉGICO
	Conducción	Director ejecutivo del hospital y Consejo de Administración	Ministerio de Salud	Secretario de Salud	
	Interlocución institucional con el contexto	Director ejecutivo del hospital y Consejo de Administración Ministerio de Salud Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios Ministerio de Desarrollo Social	Ministerio de Salud Director ejecutivo del hospital y Consejo de Administración	Intendente Secretario de Salud	
	Evaluación estratégico-política	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Secretario de Salud	
	Planificación operativa y programación	Director ejecutivo del hospital y Consejo de Administración	Ministerio de Salud	Secretario de Salud	OPERATIVO
	Gerencia y coordinación	Director ejecutivo del hospital y Consejo de Administración	Director ejecutivo del hospital y Consejo de Administración	Secretario de Salud	
	Interlocución operativa con el contexto	Director ejecutivo del hospital y Consejo de Administración	Ministerio de Salud Director ejecutivo del hospital	Secretario de Salud	
	Gestión física y administrativa de recursos	Director ejecutivo del hospital y Consejo de Administración	Ministerio de Salud Director ejecutivo del hospital	Secretario de Salud	

Tipo	Funciones	Nación	Provincia	Municipios	Plano
INTERNA	Control operativo	Director ejecutivo del hospital y Consejo de Administración	Ministerio de Salud	Secretario de Salud	OPERATIVO
EXTERNA	Producción externa	Director ejecutivo del hospital y Consejo de Administración	Director ejecutivo del hospital y Consejo de Administración	Secretario de Salud Director ejecutivo de hospitales y jefes de CAPS	
	Desarrollo de productos	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Secretario de Salud	
ORGANIZACIONAL	Desarrollo de procesos	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud		

Fuente: elaboración propia según entrevistas, legislación y dispositivos de políticas e instrumentos nacionales y provinciales. La reconstrucción de las funciones a cargo de los municipios es general y se realiza conforme a la investigación citada (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2012).

Las decisiones tomadas décadas atrás y algunas más recientes⁷ concurrieron generando distintas restricciones que se expresaron en reiterados conflictos en torno a la disputa por el salario, una situación ya referida en contextos previos por otros estudios (Cetrángolo y Jiménez, 2004a y 2004b: 120). Como mostramos en el análisis histórico precedente, la lucha salarial atravesó el debate presupuestario y tuvo como protagonistas a la cartera de salud provincial (en algunos casos también a su par de Economía) y a los actores sindicales, especialmente la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP) y la Federación de Profesionales de la Salud (FEPROSA). La primera dominó la escena pública con una gran capacidad de movilización en el GBA. Las relaciones en el nivel provincial con los actores sindicales en salud revisten una complejidad que trasciende el análisis que nos proponemos aquí. A pesar de ello, queda abierta la pregunta acerca del significado que tiene la disputa por el salario para las jurisdicciones que mantienen responsabilidad sobre la provisión de servicios. Se trata de tramas complejas que se extienden más allá de las fronteras sectoriales y que, como analiza Merino (2003) para el caso de la descentralización en México, pueden mostrar distintos niveles de articulación con el sistema partidario.

Especialmente en el segundo período (2008-2011), el actor ministerial se debatió entre la fragilidad financiera de la provincia en general y una conflictividad salarial que, especialmente a partir de 2008, dominó la escena hospitalaria con el paréntesis de la pandemia de la gripe H1N1 en 2009. Aun considerando que la disponibilidad de camas es un indicador limitado para describir los servicios de los establecimientos, no parece haberse expandido la red más allá de dos novedades: la creación de los Centros de Prevención de Adicciones (CPA) (desde 2006) y el hospital de alta complejidad en el partido de Florencio Varela (inaugurado en 2010), que estaba financiado por la nación pero dependía de la provincia (tablas 5.2 y 5.3).

⁷ Hacemos referencia a los impactos de la Ley de Financiamiento Educativo.

Tabla 5.2. Promedio de camas disponibles en establecimientos estatales según dependencia administrativa (nación, provincia y municipios), 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2004 y 2011

Dependencia	2004				2011			
	Total	Nacio- nales	Provin- ciales	Munici- pales	Total	Nacio- nales	Provin- ciales	Munici- pales
Total provincia	27.522	2.126	12.836	12.560	27.660	1.756	12.350	13.554
24 partidos del GBA	8.989	508	5.693	2.788	9.144	451	5.581	3.112
Otros partidos de la provincia	18.533	1.618	7.143	9.772	18.516	1.305	6.769	10.442
Primer cordón	3.696	508	2.025	1.163	3.423	448	1.806	1.169
Avellaneda	729	0	659	70	613	0	546	67
Gral. San Martín	575	0	356	219	530	0	332	198
Hurlingham	25	0	0	25	42	0	0	42
Ituzaingó	0	0	0	0	0	0	0	0
Lanús	477	0	477	0	464	0	464	0
Morón	885	508	187	190	785	448	150	187
San Isidro	333	0	0	333	372	0	0	372
Tres de Febrero	283	0	283	0	252	0	252	0
Vicente López	389	0	63	326	365	0	62	303
Segundo cordón	5.293	0	3.668	1.625	5.721	3	3.775	1.943
Almirante Brown	405	0	405	0	422	0	422	0
Berazategui	243	0	221	22	239	0	224	15
Esteban Echeverría	123	0	0	123	130	0	0	130
Ezeiza	160	0	138	22	175	3	172	0
Florencio Varela	228	0	180	48	370	0	322	48
José C. Paz	180	0	180	0	154	0	154	0
La Matanza	881	0	461	420	791	0	452	339
Lomas de Zamora	1.284	0	1.230	54	1.279	0	1.204	75
Malvinas Argentinas	371	0	0	371	616	0	0	616
Merlo	397	0	158	239	502	0	163	339
Moreno	187	0	187	0	194	0	194	0
Quilmes	226	0	162	64	245	0	173	72
San Fernando	206	0	157	49	194	0	148	46
San Miguel	213	0	0	213	193	0	0	193
Tigre	189	0	189	0	217	0	147	70

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Tabla 5.3. Distribución de camas disponibles en establecimientos estatales según dependencia (nación, provincia y municipios), 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2004 y 2011 (porcentajes)

Dependencia	2004				2011			
	Total	Nacio- nales	Provin- ciales	Munici- pales	Total	Nacio- nales	Provin- ciales	Munici- pales
Total provincia	100	7,72	46,64	45,64	100	6,35	44,65	49
24 partidos del GBA	100	5,65	63,33	31,02	100	4,93	61,03	34,04
Otros partidos de la provincia	100	8,73	38,54	52,73	100	7,05	36,56	56,39
Primer cordón	100	13,74	54,79	31,47	100	13,09	52,76	34,15
Segundo cordón	100	0	69,3	30,7	100	0,05	65,99	33,96

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Ya en la salida de la crisis, la acción del actor ministerial en la gestión de los servicios se vio desafiada por un problema que podríamos conceptualizar como “otro aspecto de la fragmentación”, que se fue agravando en el segundo período (2008-2011). Hacemos referencia a la dificultad para convocar y mantener al recurso humano profesional en los establecimientos provinciales bajo las condiciones (salariales y de reglas de juego) del subsector estatal en la provincia. Así relataban dos altos funcionarios provinciales en momentos diferentes:⁸

Antes a los profesionales (cuando digo “antes” no digo treinta años atrás, digo antes de la crisis) (...) les interesaba ingresar al establecimiento de salud (provincial en este caso) nada más que “para pertenecer”, nada más que por integrar el staff médico del hospital, sin importar tanto el rédito. Hoy lo más importante es “cuánto me van a pagar”, “cuánto voy a ganar” (entrevista a alto funcionario, 10/2008).

... de pasar por un momento en el que sobraba recurso humano porque había una expulsión del sector privado hacia el sector público, al momento actual en el que empiezan a revitalizarse las obras sociales y las clínicas privadas. (...) En ese momento teníamos también mucha influencia de profesionales de otros estados vecinos, que venían acá a hacer rotaciones (...) cosa que paulatinamente

⁸ Tal como hemos presentado en el panorama de los albores de la crisis en la región, la literatura destacaba ya el carácter más competitivo del sector privado en el GBA respecto del interior de la provincia (Feller y Pérez Arias, 1993), un fenómeno que parece haberse replegado con la crisis y activado en su salida.

se fue perdiendo. Esas condiciones se fueron revirtiendo y hemos empezado a tener una etapa en la que se invierte el flujo; a toda esa gran masa de recurso humano que pretendía entrar en el sistema público de salud, hoy por hoy nos cuesta retenerla, esa es la realidad... (entrevista a alto funcionario, 1/2013).

Los datos disponibles confirman esta perspectiva. El desarrollo de los establecimientos privados muestra un dinamismo mayor en el sector privado que en el estatal. La dotación de camas creció –según los datos disponibles– entre 2005 y 2010 el 12% en todo el GBA, con una variación superior en el primer cordón (19%) con respecto al segundo (7%).⁹ Para ese mismo período, la variación de camas disponibles en el sector estatal, en promedio y en todas las jurisdicciones, fue negativa (4%).

Aunque la agenda hospitalaria concentró (desde la crisis y durante todo el período) gran parte de la preocupación (y dos tercios de los recursos financieros) del Ministerio provincial, como apuesta a la innovación o de manera inercial se advierten distintas iniciativas que trascendieron las fronteras de su jurisdicción: la apuesta por la coordinación entre niveles de complejidad, el intento de cambio en el modelo de gestión que supuso el Seguro Público de Salud Provincial y la inercia del Régimen de Coparticipación son tres ejemplos.

En el contexto de una estrategia orientada a la coordinación de la estructura existente, merece destacarse un intento de transformación orientado a recuperar el liderazgo en un territorio extenso y complejo como el GBA, en el que intervenían cuatro regiones sanitarias (V, VI, VII y XII): hacemos referencia a la apuesta por fortalecer la figura de los directores de las regiones sanitarias buscando mejorar su capacidad de interlocución, especialmente con los hospitales provinciales (Decreto Provincial 3377/2006).

El cambio más importante de esta propuesta consistió en homologar las regiones sanitarias a la figura de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, denominándolas Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria (EDHIRS). Con esta transformación, la dirección ejecutiva del EDHIRS pasó a tener las mismas competencias que aquellas establecidas para los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada; y sus directores, a ser responsables ante el director ejecutivo del EDHIRS, en los aspectos técnico-administrativos y en lo referido a la creación, ampliación y modificación de servicios. Aunque el texto de la norma ponía el foco en los hospitales (fronteras dentro de la jurisdicción

⁹ Pasó de 9.473 camas privadas en 2005 a 10.616 en 2010, 691 camas más en el primer cordón y 452 más en el segundo (Fuente: <http://tablero.ms.gba.gov.ar/tablero/valida.php>, Dirección de Información Sistematizada).

provincial), sus promotores rescataban la capacidad de estos espacios para conciliar intereses entre y con los municipios en la asignación de recursos escasos:

... por primera vez se aprueba que el cargo de director regional no sea un cargo prestado sino que tenga su rango, su estructura; y desde allí, el segundo escalón de la región en el organigrama informal con el que trabajamos hasta ese momento, hasta nombrar al regional, era el Consejo Regional de Salud, con todos los secretarios de Salud, y la verdad es que todos imaginaban que esos consejos que integraban distintos municipios iban a ser una tensión paralizante de intereses que no se pondrían de acuerdo (...) y la verdad es que no fue así. Era fantástico. Decíamos: "muchachos, estamos en un momento de escasez, hay dos ambulancias y catorce municipios (...) ¿dónde van las ambulancias?" (entrevista a autoridad sanitaria provincial, 11/2008).

La posibilidad de generar acuerdos de gestión entre los municipios y la provincia a través de la dirección ejecutiva del EDHRS permitiría, según sus promotores, celebrar convenios con instituciones, previa consulta de factibilidad y conveniencia al Ministerio provincial (entrevista a autoridad sanitaria provincial, 11/2008). La norma modificó asimismo la composición y las funciones tanto del Consejo Técnico Asesor (conformado por los directores de hospitales y los coordinadores de los programas) como del Consejo Sanitario Regional (del que participarían los secretarios de Salud de los municipios y los directores de los hospitales).

Tensionando con el lugar desconcentrado que les confería la institucionalidad formal, las regiones se encontraban en un lugar de interface (Long, 1999) entre el Ministerio provincial y los municipios. Aun sin conformar a todos los municipios de la región, la designación de sus directores respondió (históricamente, no de modo particular en este período) a ciertos consensos (no siempre explicitados) con algún/os jefes comunales que se destacaban por alguna razón: ya fuera por la jerarquía de su acción en materia de política sanitaria, o bien por la fortaleza política relativa en las relaciones con la provincia. La cercanía o la lejanía a la región desde la mirada de los secretarios está referida a las relaciones que, a su vez, establecen con el intendente del municipio al que el director de la región sanitaria responde.

Esta apuesta por el fortalecimiento del lugar de la región deja abierta la pregunta acerca de cómo interpeló este nivel desconcentrado de gestión provincial (bajo estos nuevos arreglos) la implementación de las políticas en el período bajo análisis, un aspecto que abordaremos en el próximo apartado. Algo más tarde, en 2008, la creación del Consejo de Salud Provincial (COSAPRO) (figura 5.2) (Decretos provinciales 321/2008 y 306/2009) fue otra de las novedades

del período referida a la coordinación. Sin pretender realizar aquí un balance de sus resultados, puso en evidencia el *interés* del Ministerio provincial por generar un espacio que incluyera la perspectiva de los municipios a través de sus secretarios de Salud. Se trató de un espacio intergubernamental horizontal (entre municipios) y vertical, asesor y consultivo del Poder Ejecutivo provincial en cuestiones de salud, sanidad y salubridad, que estaba presidido por el ministro de Salud de la provincia y asistido por un secretario ejecutivo que cumplía las funciones de coordinador general.

La participación de los municipios en el COSAPRO funcionaba por adhesión voluntaria, aunque, salvo alguna excepción, como el municipio de Malvinas Argentinas, todos participaron. La organización regional del Ministerio se expresaba en el COSAPRO a través de la participación de 24 coordinadores regionales elegidos entre los secretarios de Salud (dos por cada región sanitaria). En el ámbito del Consejo funcionaban también comisiones de trabajo sobre temáticas específicas.

La creación del COSAPRO y sus funciones parece estar expresando más la relevancia ganada por los municipios que la recuperación de un papel rector desde la provincia sobre el conjunto de los actores del sector. La salida de la crisis encuentra, tal como vimos en la reconstrucción histórica, al actor provincial concentrado en la gestión de los hospitales provinciales y con un vínculo menos activo con los municipios. En ese contexto general de repliegue a sus responsabilidades primarias sobre los establecimientos de su dependencia, el Ministerio provincial sostuvo —aunque con dificultades— los programas verticales y retomó el Seguro Público de Salud Provincial, una propuesta en la que se cifraron importantes expectativas. Se trató de una apuesta innovadora que buscaba recuperar la función de puerta de entrada al sistema para la población sin cobertura de obra social y seguros privados e involucrar, con facultades limitadas, a los municipios. Por esos atributos, este dispositivo fue un analizador del intento de cambio en la política sanitaria provincial.

En este mismo plano debe destacarse el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial, un dispositivo a través del cual la provincia transfirió recursos a los municipios a través del coeficiente único de distribución, que ponderaba especialmente la disponibilidad de camas y la complejidad de los establecimientos. Aun por fuera de la responsabilidad sobre los servicios, el Ministerio provincial contaba con una potestad fundamental para el desarrollo de este dispositivo: el de acreditar establecimientos, camas y complejidad de los establecimientos municipales. Dada su relevancia como mecanismo de coordinación financiera entre la provincia y los municipios, este dispositivo es recuperado como analizador de la política provincial.

Los municipios ganan la escena

La incursión de esta reconstrucción en la arena local debe controlar el riesgo que puede acarrear adentrarse en entramados locales tan complejos como diversos. Con esta preocupación y basándonos en resultados de investigaciones anteriores (Chiara y Di Virgilio, 2005; Chiara, Di Virgilio y Moro, 2012), aludimos en términos genéricos al municipio aun siendo conscientes de la multiplicidad de actores que comprende cada uno de ellos: intendente o jefe comunal, concejales, directores de línea, otros secretarios vinculados, secretarios de Hacienda, directores de hospitales y jefes de CAPS, cuando está instituida la figura.

Asumimos al municipio como actor genérico (Wright, 1997) y al secretario de Salud como aquel que está en un lugar de interface entre las decisiones municipales (llevadas adelante –en lo institucional-formal– por el intendente o bien –a través de su organismo legislativo– por el Concejo Deliberante) y otros niveles de gobierno. Teniendo en cuenta la relevancia que tienen los secretarios de Salud en los espacios de coordinación (COSAPRO y Consejo Sanitario Regional), este análisis recupera muy particularmente su perspectiva.

La debilidad del marco institucional-formal no parece haber sido un obstáculo para que los *municipios* (a través de sus intendentes municipales y los secretarios de Salud) fueran receptores de procesos de descentralización y decidieran, a su vez, sostener los servicios de salud, e incluso, en algunos casos, abrieran nuevos. Con sesgo hacia el desarrollo del primer nivel de atención (CAPS), este proceso comenzó en la década del noventa y se profundizó en la salida de la crisis. Los cambios en la estructura sanitaria y las diferencias de comportamiento entre niveles de gobierno son huellas que fue dejando la toma de posición del actor municipal.

Aunque la distribución de establecimientos por nivel gubernamental se mantuvo más o menos estable en este período, se advierten algunas tendencias que muestran el *interés* de los municipios por fortalecer el primer nivel asistencial. La creación de 93 CAPS entre 2004 y 2011 bajo la órbita municipal muestra un crecimiento del 13,7% en el GBA, siendo mayor en los municipios del segundo cordón (16,32%) que en los del primero (7,46%) (tablas 5.4 y 5.5). Una parte de ese crecimiento puede ser atribuido a la acción intergubernamental. Nos referimos al trabajo conjunto entre los municipios y el Ministerio de Desarrollo Social para la creación de los Centros Integradores Comunitarios.¹⁰

¹⁰ Los datos disponibles permiten suponer que, al menos, del total de los 43 Centros Integradores Comunitarios en funcionamiento, en 14 se desarrollan servicios de salud, ya que cuentan con botiquines del Programa Remediar (<http://www.desarrollosocial.gov.ar/Mapa.aspx>).

Tabla 5.4. Establecimientos estatales sin internación según dependencia administrativa (nación, provincia, municipios), 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2004 y 2011

Dependencia	2004				2011			
	Total	Nacio- nales	Provin- ciales	Munici- pales	Total	Nacio- nales	Provin- ciales*	Munici- pales
Total provincia	1.666	1	21	1.644	1.993	1	120	1.872
24 partidos del GBA	684	0	5	679	806	0	34	772
Otros partidos de la provincia	982	1	16	965	1.187	1	86	1.100
Primer cordón	204	0	3	201	230	0	14	216
Avellaneda	37	0	1	36	44	0	3	41
Gral. San Martín	22	0	0	22	23	0	1	22
Hurlingham	10	0	0	10	14	0	1	13
Iruzaingó	9	0	0	9	11	0	1	10
Lanús	51	0	0	51	53	0	2	51
Morón	15	0	1	14	19	0	2	17
San Isidro	18	0	0	18	20	0	1	19
Tres de Febrero	18	0	0	18	21	0	1	20
Vicente López	24	0	1	23	25	0	2	23
Segundo cordón	480	0	2	478	576	0	20	556
Almirante Brown	22	0	0	22	36	0	2	34
Berazategui	38	0	0	38	45	0	1	44
Esteban Echeverría	27	0	0	27	29	0	1	28
Ezeiza	16	0	0	16	22	0	1	22
Florencio Varela	39	0	0	39	43	0	1	42
José C. Paz	31	0	0	31	33	0	1	32
La Matanza	61	0	0	61	77	0	5	72
Lomas de Zamora	46	0	0	46	54	0	3	51
Malvinas Argentinas	28	0	0	28	40	0	0	40
Merlo	32	0	1	31	34	0	2	32
Moreno	35	0	0	35	41	0	1	40
Quilmes	48	0	0	48	54	0	1	53
San Fernando	22	0	1	21	22	0	1	21
San Miguel	16	0	0	16	22	0	0	22
Tigre	19	0	0	19	23	0	0	23

* Incluye los Centros de Prevención de Adicciones (CPA).

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Tabla 5.5. Establecimientos estatales sin internación, 24 partidos del Gran Buenos Aires, por cordones y resto de la provincia, 2004 y 2011 (en porcentajes)

Dependencia	2004				2011			
	Total	Nacio- nales	Provin- ciales	Muni- cipales	Total	Nacio- nales	Provin- ciales*	Muni- cipales
Total provincia	100	0,06	1,26	98,68	100	0,05	6,02	93,93
24 partidos del GBA	100	0	0,73	99,27	100	0	4,22	95,78
Otros partidos de la provincia	100	0,1	1,63	98,27	100	0,08	7,25	92,67
Primer cordón	100	0	1,47	98,53	100	0	6,09	93,91
Segundo cordón	100	0	0,42	99,58	100	0	3,47	96,53

* Incluye los Centros de Prevención de Adicciones (CPA).

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Los hospitales parecen haber ocupado un lugar secundario en la estrategia de los municipios, concentrados en sostener la oferta existente (tabla 5.3). El municipio de Malvinas Argentinas es una excepción que explica gran parte del crecimiento de las camas en este período: en sus establecimientos están ubicadas 245 de las 324 camas municipales que se agregaron en todo el GBA; las 79 restantes se distribuyeron entre los municipios de Hurlingham, San Isidro, Lomas de Zamora, Merlo y Quilmes (tabla 5.2). El municipio de Florencio Varela presenta el caso inverso: el Hospital de Agudos “Mi Pueblo” fue transferido a la provincia en 2004 (Decreto Provincial 2769/2004). En un mapa tan diverso, no sorprende que la *resolución de las derivaciones* sea uno de los asuntos planteados de modo reiterado en las entrevistas con los secretarios de salud.

En el *financiamiento de los servicios* se expresa parte de las tensiones que atraviesan al actor municipal. Si los presupuestos son muestra material de las decisiones municipales y de los recursos con que cuenta como actor, los datos disponibles arrojan luz sobre las condiciones bajo las cuales se constituye el lugar de los municipios en el campo de la salud.

Una aproximación al gasto estatal directo en establecimientos sigue enfatizando la centralidad de los municipios en el GBA. En 2010 el gasto de los municipios en salud alcanzaba los 1.924 millones de pesos, 48,18% del total realizado en los establecimientos en el GBA (tabla 5.1). A lo largo del período fue variando también la incidencia de las transferencias provinciales en concepto

de Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial, que representó la mitad del gasto municipal (51,83%) en el primer momento (2004-2007) y descendió al 45,38% en el segundo (2008-2010), con importantes variaciones entre municipios que se mantuvieron en todo el período (anexo: tabla 15).

Aunque se advierte un crecimiento importante del gasto municipal en el sector, medido en pesos corrientes (anexo: tabla 11),¹¹ su participación en relación con el gasto total municipal mostró una tendencia promedio levemente descendente, que pasó de representar en el GBA el 19,61% del presupuesto total en 2004 al 17,17% en 2010. No obstante estos valores agregados, merece la pena destacar dos casos en los que se advierte un crecimiento importante de la participación del gasto en salud sobre el gasto total y que se corresponden con dos patrones diferentes en el modo de organizar las responsabilidades sobre los servicios: el municipio de Moreno (que tenía solo bajo su órbita establecimientos del primer nivel de atención) pasó de invertir en salud el 8,59% en 2004 al 17,8% en 2010. Aunque fue menor, también creció la participación del gasto en salud (del 36,94% al 40,45%) en el municipio de Malvinas Argentinas, que concentraba bajo su órbita la totalidad de los establecimientos, del primer y segundo nivel (tabla 5.6).

Tabla 5.6. Gasto municipal en Salud en porcentaje del gasto total, 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2000-2010

Partido	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
24 partidos del GBA	19,53	20,11	21,15	20,70	19,61	18,58	17,91	18,53	19,67	17,49	17,17
Primer cordón											
Avellaneda	16,22	17,17	15,86	14,35	13,37	13,57	12,51	11,4	10,53	8,91	8,19
Gral. San Martín	24,43	23,88	26,08	25,58	23,35	22,01	22,77	22,53	23,05	21,38	21,58
Hurlingham	10,16	9,76	13,75	14,74	15,21	15,32	14,1	14,43	16,11	11,82	15,1
Ituzaingó	9,89	9,22	11,37	13,09	10,89	11,85	10,73	8,45	10,36	8,29	9,64
Lanús	16,43	16,23	14,26	13,19	12,81	14,46	14,6	14,64	13,9	11,49	11,65
Morón	16,03	17,25	17,83	18,6	18,45	17,96	18,07	18,68	18,89	16,13	20,18
San Isidro	25,07	26,69	25,63	29,48	28,7	28,68	22,09	21,77	27,67	25,83	25,96
Tres de Febrero	13,75	13,97	14	11,54	12,89	12,85	12,29	11,07	10,83	12,4	11,31
Vicente López	27,76	27,94	30,59	29,61	26,45	25,17	25,25	26,49	32,91	32,43	27,87

¹¹ Este crecimiento muestra variaciones superiores al 80% en el período 2004-2007, que se desaceleraron entre 2008 y 2010.

Partido	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Segundo cordón											
Almirante Brown	8,03	7,61	6,97	5,99	6,2	5,77	6,26	6,15	7,76	5,30	5,5
Berazategui	19,54	20,1	20,4	19,45	16,39	17,93	14,43	11,78	11,36	8,09	10,24
Esteban Echeverría	24,94	30,16	27,94	26,3	25,28	25,67	25,94	25,74	26,55	23,37	23,06
Ezeiza	13,13	10,46	11,71	12,16	13,69	18,98	24,25	23,49	20,75	9,9	14,46
Florencio Varela	28,31	27,61	30,07	28,07	20,62	8,16	7,56	9,79	11,16	11,29	11,2
José C. Paz	13,2	15,84	16,76	16,86	11,3	8,62	5,44	6,71	6,95	5,27	7,53
La Matanza	31,63	31,94	33,59	32,74	28,49	28,15	27,11	28,74	29,02	29,65	26,36
Lomas de Zamora	13,96	14,4	16,56	15,57	16,29	13,33	14,8	14,05	13,3	12,5	9,66
Malvinas Argentinas	30,91	29,15	33,68	34,33	36,94	32,94	35,01	39,86	44,99	41,52	40,45
Merlo	19,44	22,15	25,25	22,32	21,06	20,76	21,27	23,42	21,06	17,94	20,65
Moreno	8,99	9	9,67	9,4	8,59	10,77	9,59	13,46	14,51	14,89	17,8
Quilmes	12,46	12,66	12,95	12,95	12,57	11,8	9,86	10,27	14,1	13,8	12,75
San Fernando	13,88	13,66	12,89	12,79	17,24	16,89	17,33	–	17,93	15,16	13,86
San Miguel	26,04	27,98	29,81	28,17	29,82	30,39	29,34	28,98	29,17	24,77	23,83
Tigre	9,23	9,8	9,85	9,36	8,08	7,54	12,45	12,45	12,47	23,64	8,75

Fuente: elaboración propia según datos de la Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Este dato muestra las dificultades que encuentra la inversión en salud para abrirse paso en la distribución de los recursos, a la vez que expresa la existencia de muy diversas situaciones locales, en las que conviven municipios que realizaban en salud más del 36% de su gasto frente a otros que no alcanzaban el 10% (tabla 5.7). Adoptando el análisis posicional que propone Porras Martínez (2001: 729), estos datos muestran el lugar que se configuraba en las puertas de la crisis y que se consolidó en su salida: *la centralidad de los municipios en la responsabilidad directa sobre los servicios en salud, que contrasta con una ausencia de cambios en una institucionalidad capaz de definir el alcance (así como también los límites) de sus competencias.*

El vacío en la institucionalidad formal explica no solo la diversidad de las ofertas municipales (con las diferencias en los patrones de dependencia gubernamental ya aludidos) sino también una importante heterogeneidad en las políticas. El desempeño en cantidad de consultas por habitante en establecimientos sin internación muestra brechas entre municipios de menos de una hasta cuatro consultas por habitante. Esa variación puede estar hablando de muy diferentes situaciones: diferencias en la demanda (en relación con la cobertura alternativa de la que dispone la población), apertura de los establecimientos a población con cobertura de otros

distritos, o bien la existencia de una oferta más diversificada y accesible. Cualquiera de las hipótesis requeriría de un análisis en profundidad. Estos datos ponen en evidencia la existencia de muy diversas situaciones locales en el GBA (tabla 5.7).

Tabla 5.7. Indicadores seleccionados de la política municipal: características de la demanda, cantidad de consultas por habitante, cobertura de la coparticipación, porcentaje de gasto en salud y en recursos humanos, 24 partidos del Gran Buenos Aires (por cordón)

Partido	Población con cobertura de obra social y seguro privado (2001) (1)	Población con cobertura de obra social y seguro privado (2010) (1)	Cantidad de consultas por habitante sin internación (2004) (2)	Cobertura Copa sobre gasto municipal (2004) (3)	% gasto en salud / Gasto total (2004) (4)	% RR. HH. del gasto total, salud municipal (2006) (3) (4)
Primer cordón						
Avellaneda	57,7	70,12	1,41	36,85	13,37	83,9
Gral. San Martín	51,7	65,09	1,33	44,92	23,35	82
Hurlingham	51,7	67,47	0,64	29,41	15,21	71
Ituzaingó	53,5	68,96	1,51	33,58	10,89	58,5
Lanús	54,4	69,08	1,75	43,45	12,81	93
Morón	61,5	71,48	0,76	46,48	18,45	76,3
San Isidro	68	78,7	1,77	41,18	28,7	63,3
Tres de Febrero	55,6	68,28	1,07	25,06	12,89	62,6
Vicente López	72,8	84,59	1,37	46,18	26,45	70,6
Segundo cordón						
Almirante Brown	46,3	60,43	0,46	45,97	6,2	72,9
Berazategui	44,5	60,93	1,73	44,48	16,39	86,7
Esteban Echeverría	45	57,8	0,97	53,76	25,28	79,1
Ezeiza	40,7	53,95	1,45	65,27	13,69	39,8
Florencio Varela	34,7	47,61	1,36	96,83	20,62	77,6
José C. Paz	36,8	52,24	3,1	71,65	11,3	81,3
La Matanza	41,6	53,81	0,77	52,71	28,49	85,4
Lomas de Zamora	48,7	57,12	1,26	32,27	16,29	84,6
Malvinas Argentinas	41,6	56,86	3,93	68,71	36,94	23,8
Merlo	39	52,41	0,62	67,64	21,06	54,1
Moreno	34,5	50,44	1,27	62,71	8,59	81,3
Quilmes	50,9	62,6	1,11	58,21	12,57	70,2
San Fernando	52,3	66,73	1,61	42,38	17,24	70
San Miguel	48,7	64,72	1,86	71,05	29,82	47,1
Tigre	45,2	64,5	2,23	49,44	8,08	60,8

Fuentes: elaboración propia según: (1) Censo 2001 y 2010, en formato Redatam; (2) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada; (3) Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires; (4) Subsecretaría de Asuntos Municipales. Dirección Provincial de Programación y Gestión Municipal.

La *gestión de los recursos humanos* es otro de los problemas que formaban parte de la agenda de los secretarios de Salud municipales (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2012). En relación con esta cuestión, la variación entre casos locales era importante e involucraba formas distintas a través de las cuales se convoca, incorpora, designa, promueve y remunera a los profesionales y no profesionales que trabajan en los servicios de salud. Se trata de una problemática de gran relevancia ya que, en más de la mitad de los municipios, el gasto en recursos humanos fue superior al 70% del total por salud (tabla 5.7). La diversidad de respuestas locales a las que hacíamos referencia (ibídem) se reitera en este panorama general. Los municipios de Lanús y Malvinas Argentinas presentan situaciones opuestas: el primero llegó a tener en 2004 el 93% de su presupuesto abocado al gasto en recursos humanos, mientras que el segundo asignó una proporción muy inferior (23,8%) debido –como se demuestra en Chiara (2012b)– a la proliferación de modalidades tercerizadas, financiadas a través del concepto “servicios no personales”.

La diversidad que muestra la tabla anterior es aludida desde la historia de conformación de cada sistema en el escenario local por un secretario de Salud. Se trata de otra parte de la historia de construcción de la política sanitaria pero que, en este nivel, se enhebra con los procesos de construcción política a nivel barrial y del gobierno municipal (distrital):

Ciento treinta y cuatro maneras diferentes de ver la relación y la construcción de la salud con la provincia y con la nación. Entonces, esto es un gran rompecabezas de sistemas de salud diferentes. A pesar de estar enfrente, no somos iguales a Berazategui, somos bastante parecidos a Almirante Brown y muy diferentes a Quilmes, digamos, y uno no es mejor o peor, son construcciones históricas diferentes. Porque (...) la construcción de un sistema de salud (...) tiene que ver primero con dónde estaban los centros de salud, quién los tironeó, quién los formó, qué militante estuvo detrás, qué grupo construyó y se ocupó para que sea ese centro de salud (entrevista a alto funcionario municipal, 11/2012).

La lectura que hacíamos más arriba de las funciones a cargo de cada nivel encuentra al secretario de Salud concentrando parte de las funciones del plano político-estratégico (que comparte con el intendente y el Legislativo municipal) y funciones en el plano operativo. Esto tiene como consecuencia una menor autonomía relativa de los establecimientos (tanto de los CAPS como de los hospitales) respecto de las autoridades municipales, a diferencia de lo que sucede en los hospitales provinciales. El acuerdo de cápitas para afiliados del INSSJP-PAMI, que en los hospitales provinciales era solo validado por el Ministerio

provincial, en los municipales estaba bajo la decisión (en términos generales) de los secretarios de Salud y de Economía.

Como puede advertirse, la centralidad que adquieren los municipios está atravesada por procesos que ponen en tensión su lugar dentro del subsector estatal. Distintos planteos públicos de los secretarios de Salud municipales reclamaron la definición de responsabilidades desde la nación, pero sin llegar a configurar propuestas de cambio en las reglas de juego. En ese contexto, debe comprenderse el documento elaborado por los secretarios de Salud municipales en el seno del COSAPRO, poniendo la atención sobre la responsabilidad del Estado nacional de llevar adelante lo que denominan una “política nacional de atención primaria”:

Desde el COSAPRO debemos propender y trabajar para lograr implementar una *política nacional de atención primaria*, la cual debería contar con recursos humanos capacitados para la APS, y contribuir con recursos financieros para la promoción de la salud, liberando a los municipios de esa carga económica. El Estado nacional debería realizar el adecuado sostenimiento del equipo de salud municipal, incluyendo a los promotores de salud, a los cuales deberá capacitarlos y financiarlos como parte de ese equipo (<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/cosapro/fundamentacion/>; recuperado el 26/11/2012).

Una declaración posterior –también desde el COSAPRO– avanzó en mayores precisiones, poniendo en el centro la cuestión de los recursos humanos. Reclamaba allí un papel regulador y, fundamentalmente, financiador desde el Estado nacional, haciendo referencia también al rol de control reservado para la provincia (COSAPRO, 2009, Declaración de Mar del Plata: “La atención primaria de la salud como eje centralizador en la construcción del sistema de salud”).

Las relaciones intergubernamentales en relación con el sostenimiento de los servicios

Para finalizar, recompondremos el mapa de las relaciones entre la nación, la provincia y los municipios en relación con la responsabilidad directa sobre la provisión de servicios estatales de salud, tanto en hospitales como en CAPS. Aunque nuestro interés radica en detectar, describir y analizar las relaciones entre niveles de gobierno en lo relativo a la gestión de los servicios de atención de la salud, debe recordarse que estas relaciones no se dan en el vacío sino que

están superpuestas, son distantes y/o se presentan congruentes con la trama de vínculos políticos entre presidente, gobernador e intendentes.

No obstante la relevancia que tiene el plano de la política partidaria, nuestro análisis *busca comprender los retos y problemas que enfrenta (en su especificidad) la política sanitaria en la región*. Este recorte, sin dudas artificial, se funda en el convencimiento de que es imprescindible entender el funcionamiento del campo de la salud así como también la complejidad que presenta esta dinámica en la particularidad del subsector estatal en el GBA. Buscamos también identificar los atributos esenciales de una posible ordenación de las RIG, desde cuya caracterización plantear preguntas para adentrarnos en el análisis de las políticas. Para ello retomamos los modelos de relaciones nacionales, estatales y locales que propone Wright en su análisis acerca de cómo operan las RIG en el esquema federal de los Estados Unidos. Basado en los tres tipos genéricos de autoridad (autonomía, jerarquía y negociación), el autor construye tres modelos que se organizan en torno a dos polos: en uno de ellos se sitúa un modelo que está basado en la falta de autoridad y que supone una total autonomía de un nivel gubernamental sobre el otro, que Wright denomina de “autoridad coordinada”; en el otro extremo se sitúa otro modelo que denomina de “autoridad inclusiva”, en el que prevalece la jerarquía. Entre ambos polos plantea el modelo de la “autoridad traslapante o superpuesta”, que supone que las decisiones se toman en el seno de relaciones contractuales a través de formas de negociación (1997: 104-131).

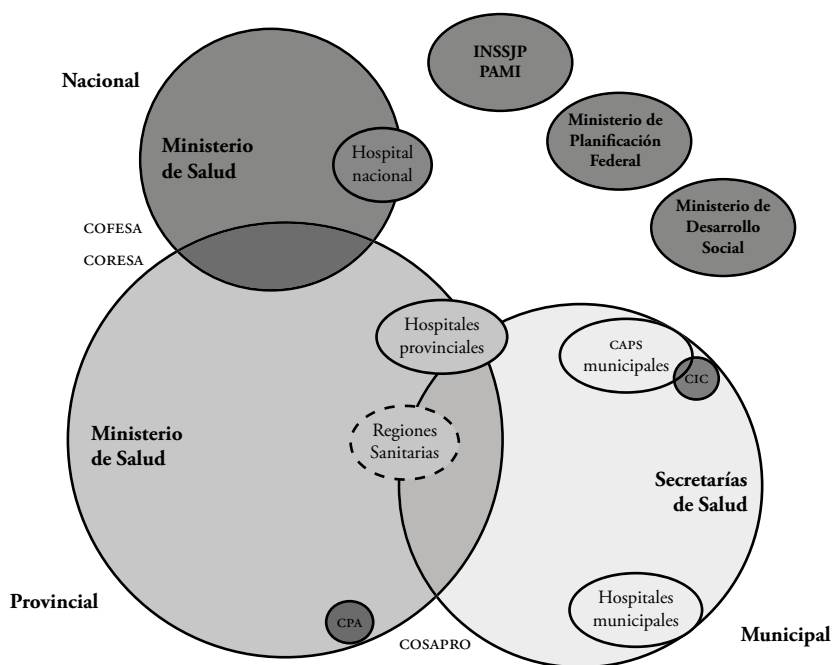
Con algunas variaciones respecto del esquema de Wright, la trama de las RIG que vertebra la responsabilidad sobre los servicios encuentra *tres esferas* de autonomía relativa en la toma de decisiones, con escasos mecanismos de coordinación, tanto en el plano político-estratégico como operativo (figura 5.2):

- *Nacional*, que se organiza en torno al Ministerio de Salud y su hospital nacional, aunque involucra otros actores.
- *Provincial*, que se articula en torno al Ministerio de Salud y comprende a los hospitales provinciales, sus CPA y las regiones sanitarias.
- *Municipal*, que está organizada en torno a los secretarios de Salud e involucra a los CAPS y a los hospitales.

Se trata de *esferas internamente complejas* (y en el caso de la municipal, muy heterogénea), cuya autonomía relativa se profundiza en la salida de la crisis. En la esfera nacional, el Ministerio de Salud casi no dispone de efectores para sus políticas. En la segunda parte del período (2008-2011) y compelidas desde la dinámica política, conviven una lógica de tradición *sectorial*, expresada (en

términos muy generales) por las áreas regulares y los programas, y acciones *territorializadas*, en un trabajo concurrente con el Ministerio de Desarrollo Social y el de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios de la Nación.

Figura 5.2. Entramado de relaciones entre actores gubernamentales que subyace a la responsabilidad sobre los servicios, 2003-2011



Fuente: elaboración propia.

En la esfera provincial, la cuestión hospitalaria viene liderando la agenda provincial y su correlato material: el presupuesto. Las relaciones entre las autoridades ministeriales y los hospitales provinciales no están regidas por relaciones de tipo jerárquico: distintas tensiones y conflictos delimitan una arena de poder compartido en la que se toman las decisiones y que está organizada, especialmente en contextos de fragilidad financiera, en torno a la agenda de los recursos humanos y sus conflictos. La dependencia financiera de la provincia respecto de la nación configura, desde fuera del sector, condiciones que se convierten en un

factor clave en el gobierno de estos conflictos, interpelando estructuralmente esta autonomía relativa de la esfera provincial.

La herencia de la descentralización le confiere al nivel provincial no solo la responsabilidad de la provisión de los servicios y su financiamiento sino que también sitúa al Ministerio de Salud en un singular entramado en el que cobran fuerza los actores sindicales y sus intereses, estrechamente vinculados a las condiciones de trabajo y a la disputa por el salario. Con resultados desiguales, las regiones sanitarias buscan ser –desde el cambio institucional– una de las instancias de coordinación con los hospitales y los municipios en el territorio provincial, extenso y heterogéneo, aunque con dificultades para componerse como actores políticos por encima de algún vínculo o dependencia con alguno de los intendentes municipales.

Sin potestades desde lo institucional formal, en la esfera municipal parecen estructurarse relaciones jerárquicas (dentro de los márgenes de autonomía que caracterizan al sector) desde las secretarías de Salud municipales hacia los CAPS y los hospitales. En cada contexto local se regulan las condiciones de acceso y el perfil prestacional, y se celebran acuerdos con las instituciones de la seguridad social. A pesar de las limitaciones que definen su marco institucional formal, los municipios lograron una importante autonomía en la toma de decisiones en el sector respecto de la provincia y su legislación general. Esto es particularmente importante en relación con la gestión de los recursos humanos, una cuestión que fue encarada a través de muy distintas alternativas, algunas veces escasamente arraigadas en las reglas de juego del empleo público. Esta situación contrasta claramente con las normas que organizan el entramado provincial.

Las relaciones que articulan una y otra esfera son diferentes. En un contexto de relativa autonomía en la toma de decisiones, se eslabonan en tres dominios:

1. Entre la nación y la provincia

Como marco general, el federalismo regula –en términos formales– la tensión entre la homogeneidad de las decisiones nacionales y la diversidad de la soberanía del Estado provincial. La progresiva aparición de financiamiento nacional comienza a nutrir una relación en la que la nación dispone de recursos más flexibles (los programas) y la provincia cuenta con recursos asignados rígidamente al financiamiento de los servicios. A diferencia de lo que sucede en otros casos, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires tiene jurisdicción

sobre una parte de los hospitales y solo alguna capacidad de mediación con el resto de los hospitales y los CAPS, a cargo de los municipios.

La fragilidad financiera de la provincia de Buenos Aires y su dependencia respecto de las transferencias nacionales son factores que condicionan el ejercicio del poder de veto y la prerrogativa de no adherir a las iniciativas nacionales que caracterizan a los regímenes federales. Casi sin excepción, la provincia adhirió a las decisiones y programas promovidos por la nación, y ejerció un papel de mediador frente a los municipios.

Los espacios de coordinación intergubernamental (el COFESA y posteriormente los CORESA) tienen un carácter informativo o están orientados a la generación de consensos acerca de las iniciativas nacionales, aunque van perdiendo relevancia en la segunda parte del período (2008-2011). El Ministerio nacional busca incursionar en la arena de los servicios del primer nivel, que en el GBA están bajo la órbita municipal. El derrotero de sus políticas y el compromiso que tiene en ellos la provincia es diferente. El Programa Remediar y el Plan Nacer serán objeto de análisis en este y en el próximo capítulo.

2. Entre la provincia y los municipios

Dos procesos alteran la relación de subordinación que podría esperarse entre la provincia y los municipios según lo que establece el marco constitucional. Por una parte, la cualificación y expansión de la oferta municipal; por la otra, la concentración de la provincia en la agenda de los hospitales. Aunque en un contexto de escasa coordinación, dos novedades se destacan en este período: la creación del COSAPRO, que da visibilidad y agrega demandas de los municipios (aunque sin llegar a trascender lo declarativo), y las reformas del estatus de las direcciones de las regiones sanitarias como apuesta para fortalecer la capacidad de regulación de la red en un territorio complejo y diverso.

3. Entre los municipios y la nación

La relación entre la nación y los municipios es resultado de las políticas que se sucedieron en la primera década del siglo. No obstante la responsabilidad de los municipios en el financiamiento de los establecimientos, los programas nacionales operaron sobre los procesos de atención en el primer nivel y tuvieron por efectores a los CAPS municipales y a los Centros Integradores Comunitarios del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Hacia finales del período se destaca la construcción de nuevos hospitales por medio de la inversión del

Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y, también, del INSSJP-PAMI. Se trata de un hecho de gran relevancia por la naturaleza de los acuerdos, pero que impactará en el período siguiente.

El recorrido de las políticas por los cursos de decisión

A partir de los aportes del denominado neoinstitucionalismo histórico (Skocpol y Pierson, 2008) miramos la relación entre política sanitaria y RIG enfatizando las restricciones y los obstáculos que le impone el marco institucional, así como también el modo en que la trama de actores en la que se sostiene la responsabilidad sobre los servicios condicionó y estructuró el proceso de implementación de las políticas. Este interrogante supone seguir a los dispositivos en los caminos de la instrumentación, asumiendo una relativa dependencia de estos fenómenos respecto de las condiciones particulares de la trama de las RIG. Como se desprende de la reconstrucción histórica, se trata de una década en la que convivieron dispositivos nuevos con otros más añejos en el contexto organizacional de los servicios de salud (Vedung, 2005). A través de estos dispositivos se pretende “hacer hablar” a la política sanitaria. En ese sentido no buscamos analizar ni su pertinencia en relación con los problemas ni su dinámica intrínseca, sino *ver qué les sucede a las políticas cuando atraviesan una trama singular y compleja como la que se forjó en el GBA*.

Retomamos el marco de análisis que proponen Banting y Corbett para organizar la comparación de cinco casos nacionales. Estos autores identifican tres atributos de los arreglos institucionales para indagar el modo en que influyen los regímenes federales en la política de atención de la salud: la distribución de funciones, los mecanismos para coordinar las relaciones entre los diferentes órdenes de gobierno, y el modo en que se procesa la toma de decisiones de los actores respecto a las políticas de salud (2002: 8-9). Acorde a este planteo, el apartado se organiza en dos partes: las implicancias del esquema de *distribución de funciones y los mecanismos de coordinación*, y de las características del *entramado de actores* sobre las políticas.

El interés por vertebrar un análisis vertical radica en la importancia de conocer las condiciones bajo las cuales operan los dos niveles que tienen potestad constitucional en salud (mayor en el caso de la provincia y derivada de la adhesión a pactos internacionales en la nación) sobre otro, el municipal, que –no obstante la labilidad del marco institucional formal– fue adquiriendo primacía como prestador estatal en esta región, especialmente en la salida de la crisis. Se advertirá que este análisis le atribuye gran importancia al nivel municipal ya

que se trata de una instancia institucional y política en la que convergen los cuatro dispositivos analizados.

Los programas o leyes son *dispositivos de intervención* con los que cuenta el Estado sobre los servicios a cargo de la atención. Desde nuestra perspectiva, se convierten en política sanitaria cuando *logran trascender los enunciados para articular actores, modificar rutinas, construir nuevas visiones sobre los problemas e instituir reglas de juego; también cuando sus actores no lo intentan o los debilitan.*

En nuestro campo, estos complejos procesos suceden en los CAPS y en los hospitales (básicamente a cargo de los municipios y la provincia), así como también en las zonas de interface con la población y sus organizaciones. En esta investigación no llegamos a abordar el nivel que Berman (1993) podría denominar “microimplementación”, o Lipsky, de las “burocracias del nivel de calle” (1971). Nos interesa aquí captar lo que sucede en el nivel mesoinstitucional de la política de atención, aquel en el que entablan relación actores de los distintos niveles gubernamentales para llevar adelante la política sanitaria.

Analizamos en los dispositivos seleccionados los instrumentos que movilizan. Retomando distintos aportes, definimos “instrumento de política” como un tipo particular de institución que organiza las relaciones entre (y las prácticas de) los actores gubernamentales (Linder y Peters, 1993; Salamon, 2002; Lascoumes y Le Gales, 2007a, 2007b; Ringeling, 2002; Vedung, 2005). En la siguiente tabla presentamos los instrumentos genéricos que movilizan los cuatro dispositivos seleccionados, así como también la magnitud de la inversión, la jurisdicción de origen y el período de vigencia (cuadro 5.4).

Cuadro 5.4. Dispositivos de la política sanitaria: instrumentos genéricos utilizados y rasgos básicos (inversión, jurisdicción de origen y período de vigencia)

Dispositivo	Instrumentos genéricos movilizados	Inversión en el GBA (en pesos, 2010)	Jurisdicción	Período de vigencia
Remediar Componente Medicamentos esenciales. (PROAPS y FEASP)	Centralización de compras. Distribución centralizada de los recursos y directa a los efectores. Formalización de requisitos para ser incorporado/a y mantenerse como instancia de implementación. Procedimientos de registro y prescripción. Mecanismos de auditoría. Nominalización. Provisión directa de medicamentos esenciales. <i>Clearing</i> .	22 millones	Nacional	2002 en adelante
Plan Nacer*	Acreditación/habilitación de servicios. Cobertura condicionada a la no disposición de obra social. Compromisos o acuerdos de gestión. Condicionalidad en el cumplimiento de indicadores de salud. Débitos y multas. Empadronamiento. Formalización de requisitos para ser incorporado como instancia de implementación. Garantías explícitas. Incentivos financieros vinculados a los resultados. Mecanismos de auditoría. Nomendador. Nominalización de la atención. Pago por práctica médica. Responsabilidad nominada. Sistemas de compra capitativos.	21 millones	Nacional	(En el GBA) 2007 en adelante

Dispositivo	Instrumentos genéricos movilizados	Inversión en el GBA (en pesos, 2010)	Jurisdicción	Período de vigencia
Componente Salud Co- participación provincial	Acreditación/habilitación de servicios Incentivos financieros vinculados a la producción	773 millones	Provincial	1987 en adelante
Seguro Público de Salud Provincial	Cobertura condicionada a la no disposición de obra social. Empadronamiento y nominalización (según sus promotores, responsabilidad nominada). Sistemas de compra capitativos. Libre elección. Nomenclador de problemas de salud, interconsultas y medicamentos. Normalización de las habilidades del trabajador.	25 millones (para toda la provincia)**	Provincial	2000.*** relanzado en 2003

Notas: * Se hace referencia al Plan Nacer ya que recién se convirtió en Plan Sumar con posterioridad al período bajo análisis. ** No se pudo acceder a información por partido que hiciera posible reconstruir la asignación para el GBA. *** Con período de inactividad en el contexto de la crisis.

Fuente: elaboración propia.

La influencia de las RIG sobre el proceso de implementación de las políticas se ejerce a través de dos de sus dimensiones constitutivas: el modo en que están distribuidas las funciones dentro del Estado y sus mecanismos de coordinación (lo que denominamos “marco institucional”), y la dinámica, jerarquía y poder de sus actores. En un esfuerzo por sistematizar los hallazgos, proponemos analizar cómo incide la matriz institucional del GBA sobre tres atributos de los dispositivos: el *carácter directo de la acción* (Vabo y Røiseland, 2009; Salamon, 2002), produciendo mediaciones no previstas u obstaculizando las que están presentes en el diseño; y el *grado de automatización* y la *institucionalización* (Salamon, 2002) como atributos que permiten detectar la posibilidad que tiene cada dispositivo de apropiarse de las estructuras existentes o generar nuevas, formales o informales.

En la misma línea, nos preguntamos en qué medida los actores que componen el entramado en el GBA incidieron sobre otros dos atributos de los dispositivos de políticas: su *precisión*, en la capacidad que tiene cada uno de ellos para adecuarse a la agenda de otras jurisdicciones no promotoras y modificar su contenido; y en su *visibilidad*, tanto en el plano presupuestario como en el propio proceso de la política (Linder y Peters, 1993). Como puede suponerse, el *marco institucional* y los *actores* se imbrican en la práctica configurando condiciones que establecen entre sí relaciones recíprocas. Separar su incidencia es la tarea –siempre artificial– que asumimos en el análisis.

Los desafíos desde la perspectiva del marco institucional

La distribución de funciones entre los niveles de gobierno en el GBA enfrenta a la política sanitaria nacional y a la provincial con una instancia, la municipal, que es heterogénea en su estructura y poco regulada en su dinámica. Las regiones sanitarias configuran un nivel intermedio adicional que las políticas enfrentan, atraviesan o sortean en diferentes momentos de su implementación. Dado el foco de nuestro análisis, especificamos las preguntas: ¿cómo afectó la existencia de los niveles provincial y municipal la instrumentación de los dispositivos de política sanitaria?; ¿qué adecuaciones sufrieron en la instrumentación en el GBA?; ¿qué aspectos se modificaron?

Este singular esquema de distribución de funciones abrió distintos desafíos para una política sanitaria que se planteó como prioridad la atención primaria de la salud interpelando de modo singular las mediaciones previstas en los distintos dispositivos (aspecto que alude al *carácter directo de la acción*) y produciendo impactos en la forma organizativa que tenía prevista (lo que llamamos *grado*

de automaticidad e institucionalización). Destacamos en el análisis estos tres atributos por ser los más sensibles a las condiciones de la matriz institucional. El foco puesto en el municipio nos permite especificar el alcance del *carácter directo de la acción* en relación con el nivel municipal, adecuación necesaria para definir un punto de análisis que permita capturar iniciativas provenientes del nivel nacional y provincial.

La necesidad de “blindar” las relaciones directas con los CAPS en el Programa Remediar

En su componente de provisión de medicamentos esenciales, el Programa Remediar combinaba un conjunto de instrumentos (la centralización de las compras, la distribución centralizada y directa a los efectores de los botiquines, la nominalización y la formalización de requisitos para mantenerse como CAPS bajo programa) que tendieron a fortalecer un *carácter directo* en su recorrido a través de los niveles gubernamentales. Sin dudas, la crisis sanitaria y política hizo posible que se tomara distancia de aquella lógica de “ministerio distribuidor” (muy limitado a esa altura) de recursos hacia las provincias. Su adopción no estuvo exenta de debates en el seno del COFESA (y por fuera de este) con los gobernadores.

Aunque no fue resultado de un diseño pensado originalmente de manera acabada sino más bien de la suma de decisiones incrementales, la distribución directa y centralizada de los botiquines a los CAPS fue un punto de clivaje a través del cual una acción de emergencia pasó a convertirse en un dispositivo orientado al fortalecimiento de la atención primaria: “*Nosotros lo que queríamos era cubrir la emergencia. No estábamos pensando en que iba a haber menos filas en los hospitales y más filas en los CAPS... Y pasó eso*” (entrevista a alto funcionario nacional, 12/2009). Desde esta perspectiva y remitiendo a la reconstrucción histórica para dar cuenta de aquellos debates, buscamos indagar acerca de cómo afectó a la instrumentación del Programa Remediar la singular matriz institucional del GBA.

La lectura de los instrumentos de articulación intergubernamental correspondientes a la primera edición del programa muestra que el municipio no estaba presente como nivel de gobierno en la perspectiva original de su diseño. El PROAPS-Remediar preveía la adhesión explícita de la provincia a través de la firma de un convenio de adhesión que reconocía como niveles de gestión, además de a los firmantes, a los CAPS. A medida que fue avanzando su puesta en marcha, se fue precisando una estructura organizativa *ad hoc* en el nivel central,

propia de los programas con financiamiento externo pero que –en las circunstancias de la crisis– se tornó más permeable a la agenda general del Ministerio.

Desde la institucionalidad formal, la provincia debía designar un responsable ante el Ministerio nacional, estaba encargada de presentar la nómina de los CAPS a incorporar y era responsable del funcionamiento del programa en los efectores. Los CAPS y sus directores configuraban un tercer nivel (operativo) de responsabilidad (Ministerio de Salud de la Nación, PROAPS, Modelo de convenio de adhesión). En el caso de la provincia de Buenos Aires, el compromiso recayó sobre el director de Atención Primaria de la Salud del Ministerio provincial (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2008, Memoria anual, Dirección de Atención Primaria, pp. 198-201).

El Programa Remediar se enfrentó en el GBA con una instancia, la municipal, muy poco regulada desde la provincia y muy heterogénea en la conformación de los equipos y en las condiciones del acceso. A diferencia de lo que sucedía en otros casos, el Ministerio provincial asumía en el Programa Remediar responsabilidades sobre efectores que no estaban bajo su órbita (Monsalvo, 2008: 289-290). Sin alterar la institucionalidad formal, la jerarquía que tenía el nivel municipal sobre los establecimientos del primer nivel de atención parece haberse dirimido, al menos en la primera edición del programa, a través de las relaciones informales directas entre la nación y los municipios.

Parte de la indefinición del esquema de distribución de funciones fue neutralizada por distintos instrumentos que –en un plano operativo– garantizaban la distribución directa de los medicamentos a los CAPS, permitían auditar las entregas y sus condiciones, a la vez que actuar posteriormente con penalizaciones que tuvieron alto impacto para estos centros. Los instrumentos del programa modelaron determinadas rutinas en torno a la entrega de los medicamentos esenciales organizando en la práctica una institucionalidad inmune a los distintos esquemas organizativos. Así, *la singularidad del esquema de distribución de funciones en el GBA no parece haber sido un problema ni tampoco un contexto que haya alterado su diseño*.¹² El carácter directo de la acción que caracteriza a los instrumentos del Programa Remediar contribuyó a “blindar” su implementación encontrando muy escasas alteraciones, a pesar del singular marco institucional que presentaba el GBA.

¹² Cabe recordar que, en su segunda edición, el FEASP/Remediar+Redes incorporó el objetivo del fortalecimiento de redes de servicios públicos de salud, que abrió distintos desafíos de articulación entre niveles gubernamentales a través de la elaboración de proyectos provinciales orientados a la captación, nominalización y seguimiento de personas con enfermedades crónicas a ejecutarse de manera descentralizada por las provincias.

El nivel municipal en el esquema federal del Plan Nacer

Las características singulares del sistema federal están expresadas en el modelo de gestión del Plan Nacer, dada la jerarquía que le atribuye a los ministerios provinciales para la conformación de los seguros en cada provincia. La separación de las funciones de prestación y de compra de servicios es uno de los rasgos que distingue a este de otros dispositivos nacionales orientados a la atención en establecimientos del subsector estatal. Esta característica se expresa en un conjunto bastante sofisticado de instrumentos (sistema de pago por cápita, facturación, débitos y multas, nomenclador, entre otros) y en la creación de dos organismos que son elocuentes de esta lógica: el Equipo Nacional de Compra de Servicios de Salud (ENCSS) y el Equipo Provincial de Compra de Servicios de Salud (EPCSS) (Plan Nacer, 2008, Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, p. 5).

Reflejando el esquema federal de distribución de funciones, el modelo adoptado para las transferencias lleva implícita la soberanía provincial sobre los establecimientos y la jerarquización, a su vez, de un perfil de prestador con autonomía relativa para celebrar compromisos de gestión. La responsabilidad provincial se corresponde de manera bastante *automática* con sus potestades constitucionales, mientras que el perfil de prestador que el Plan Nacer supone para el nivel provincial entra en tensión con los rasgos que caracterizan el esquema de distribución de funciones en el GBA. En estas páginas veremos cómo esta particularidad alteró este dispositivo de políticas.

El GBA es singular ya que entre el EPCSS y los prestadores (CAPS y hospitales) están los *municipios*, un nivel administrativo y político de gobierno que tiene a su cargo no solo la totalidad de los CAPS sino también una parte importante de los hospitales. Esta singularidad abre la pregunta acerca de *cómo afectó la existencia del nivel municipal a la implementación de este dispositivo de política nacional y qué adecuaciones se sucedieron*.

El esquema organizativo del Plan Nacer reconocía a la provincia como única mediación político-institucional con los prestadores. Dada esta característica fue necesario adaptar los instrumentos de articulación intergubernamental previstos en su diseño a la singularidad de ese contexto provincial. Reproduciendo el esquema de relaciones entre la nación y las provincias, se suscribieron convenios de adhesión para la implementación del Seguro Materno-Infantil en la provincia de Buenos Aires entre la Unidad de Gestión del Seguro Provincial (UGSP) y el EPCSS y los municipios.

A su vez, la provincia suscribió con los prestadores (CAPS y hospitales) compromisos de gestión. En el caso de los hospitales provinciales, se hacían a través de sus directores ejecutivos, ejerciendo la autonomía que les confiere el hecho de ser Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. La situación de los prestadores municipales fue diferente ya que si bien estos compromisos debían ser suscriptos por los jefes de los centros y los directores de los hospitales, también lo hacía el intendente municipal y el secretario de Salud en carácter de “responsables bajo cuya jurisdicción se encuentra el prestador, tomando conocimiento y refrendando en todos sus términos las obligaciones y/o compromisos establecidos por el prestador”.¹³ Necesariamente, el convenio de administración de fondos le confería al municipio responsabilidades en la administración, pero sin definir potestades decisorias en la asignación de los recursos, que quedaban (explícitamente) en el dominio de los prestadores.

Se trata de una malla de acuerdos y compromisos de corto y mediano plazo que buscó adaptar el Plan Nacer a la matriz institucional presente en la provincia, *resolviendo el desajuste existente entre, por una parte, la idea de un prestador del primer nivel con autonomía que supone el plan en su diseño y, por la otra, el papel institucional y administrativo que ejercían los municipios en su responsabilidad sobre los servicios*. Dado el esquema de distribución de funciones existente en la provincia, *se complejizaron las mediaciones del plan, aunque quedaron acomodadas a las necesidades administrativas del Plan Nacer*. La existencia del nivel municipal impactó en los instrumentos de articulación intergubernamental *solo para resolver la administración de los fondos*, sin haber estado acompañado por otros destinados a regular el margen (local) en la toma de decisiones que, de hecho, tenían los municipios como actores de la política de atención de la salud en calidad de responsables de la provisión de los servicios. En el capítulo que sigue analizaremos más detenidamente el lugar que fueron delineando estos instrumentos para los municipios.

Inercias de la descentralización: impactos en el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial

A partir de 1987 se incorporó al sistema de reparto de fondos el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial (RSCP) como forma de resarcir a los municipios por los gastos derivados de los servicios transferidos desde la provincia.

¹³ <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/nacer/files/2013/02/CompromisoGestionEfectorMunicipal.pdf>.

Se trató de un dispositivo *indirecto* de corte devolutivo que buscaba reparar el impacto financiero que tuvieran los municipios por las transferencias de servicios. Aunque surgido con un propósito solamente devolutivo, los cambios que se sucedieron impactaron en el significado que fue teniendo el RSCP para los municipios. Pasados más de veinte años desde su sanción, el municipio era todavía el prestador casi exclusivo del primer nivel y mostraba importantes (aunque desiguales) desarrollos también en relación con los hospitales.

Los distintos patrones de dependencia gubernamental que se terminaron de modelar en la década posterior a la crisis configuraron condiciones muy diferentes para la instrumentación de este régimen de transferencia de recursos, lo que modificó sus propósitos desde la práctica de la implementación: de estar originalmente orientado a devolver recursos a los municipios, pasó a *ser un incentivo a la producción hospitalaria y la complejidad*. En este aspecto, el *carácter indirecto de la acción* que lo caracteriza no solo no se modificó sino que se potenció, dada *la importancia que fue adquiriendo el nivel municipal en la estructura sanitaria*.

El RSCP comprende además otro instrumento, tan importante como el anterior, que es la acreditación de servicios, establecimientos y complejidad. Aunque puede ser aplicado de manera directa por el Ministerio de Salud provincial, su instrumentación está condicionada, informalmente, por un informe técnico que debe elaborar la región sanitaria y por el acuerdo que prestan los secretarios de Salud en el seno del Consejo Sanitario Regional.

El derrotero de las solicitudes de cambio de nivel de complejidad y habilitación de camas en el municipio de Malvinas Argentinas merece singular atención ya que allí se concentró en este período gran parte del crecimiento de las camas municipales. La reconstrucción del recorrido que siguió la instrumentación de la categorización de establecimientos y complejidad (Chiara, 2012b: 119-129) en este municipio muestra el potencial del espacio regional para modelar propuestas técnicas (a cargo en este caso del equipo de dirección de la región sanitaria), así como también su debilidad (derivada de un marco institucional limitado a rutinas solo informales) para incidir efectivamente en el proceso de toma de decisiones a través del cual se fue modelando la estructura sanitaria. Aunque el marco institucional habilita a los directores de las regiones sanitarias a celebrar acuerdos que coadyuven a la coordinación, estos no parecen haber tenido carácter vinculante para alcanzar la acreditación.

Al menos por las reglas de juego formales que regulaban esta decisión,¹⁴ ni el Informe Técnico de la Región Sanitaria ni el acuerdo del Consejo Sanitario Regional parecen haber sido necesarios para limitar la acreditación de establecimientos y camas, primando en estos casos las relaciones políticas entre el gobernador de la provincia y el intendente municipal. Se debilitaba así el alcance de un instrumento de suma importancia para la articulación de la red de servicios como es la acreditación de establecimientos, con las consecuencias que esto tiene (según los ponderadores utilizados) en los volúmenes transferidos desde la provincia hacia los municipios.

El recorrido seguido en el caso del municipio de Malvinas Argentinas es elocuente de la incidencia que puede alcanzar el municipio (en un caso extremo) en la aplicación del instrumento de acreditación de servicios, establecimientos y complejidad. La dinámica que se fue sucediendo incidió en la *automaticidad* de un instrumento que se valía (informalmente) de una estructura existente —la de las regiones sanitarias y sus consejos sanitarios regionales— cuyos procedimientos presentaban una baja *institucionalización formal*.

La jerarquía de la estructura municipal frente al modelo del Seguro Público de Salud Provincial

El Seguro Público de Salud Provincial (SPSP) estuvo orientado a generar un cambio en el modelo sanitario que buscó garantizar el acceso (y la libre elección) de la población sin cobertura a los servicios del primer nivel, apostando a la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios y a la integración público-privada (Báscolo y Yavich, 2010; Maceira, 2008a; Sánchez de León, 2008). El análisis que hacemos en este apartado indaga acerca de cómo afectó la existencia del nivel municipal a la implementación de este dispositivo, qué adecuaciones sufrió y cuáles fueron las huellas que dejó en su funcionamiento.

El esquema organizativo del SPSP reservaba las funciones críticas para el ámbito intraministerial, apelaba a la estructura organizativa existente en las regiones sanitarias y dejaba la organización de la demanda a cargo del nivel municipal. Si bien reconocía la estructura organizativa intraministerial, lo hizo conformando unidades ejecutoras *ad hoc*. De ese modo buscaba externalizar la

¹⁴ Hacemos referencia a la Ley de Coparticipación (Ley Provincial 10820/89), a la resolución a partir de la cual se establece el modo del cálculo de los indicadores (Resolución del Ministerio de Economía 198/89), y a los decretos reglamentarios que establecen las funciones de las regiones sanitarias y sus autoridades (decretos 805/67 y 3307/2006).

función de prestación a través de convenios con las asociaciones profesionales. Este diseño parece haber sido alterado por dos procesos: la centralización de las decisiones que se dio en el tránsito y en la salida de la crisis y el consecuente debilitamiento del lugar (más allá de los proyectos institucionales de fortalecimiento más generales) de las regiones sanitarias, y la jerarquización del nivel municipal como responsable de los servicios del primer nivel, especialmente en las zonas más vulnerables.

Una cuestión crítica en las interacciones entre niveles de gobierno fue la selección de los profesionales. Aunque en su diseño original esta función estaba a cargo de las Unidades Ejecutoras Regionales, en la segunda etapa terminó centralizándose en la Unidad Ejecutora Central. *La jerarquía que adquirió el nivel municipal en la práctica devino de las dificultades que encontraron las organizaciones de profesionales para aportar prestadores en consultorios privados que estuvieran cerca de los domicilios de la población.* La desigual distribución de los recursos en el GBA atravesó con contundencia un modelo que suponía homogeneidad en la distribución de los prestadores privados.

Aunque el SPSP buscaba ampliar la red a los prestadores privados a través de acuerdos con las organizaciones representativas de los profesionales, la necesidad de contar con consultorios cercanos a la población sin cobertura y con los perfiles profesionales requeridos dieron por resultado una considerable participación de profesionales de los CAPS municipales y también de los hospitales (municipales y provinciales) como médicos del programa. A excepción de los del municipio de Tigre, que no contaba con SPSP, los funcionarios municipales entrevistados manifestaron que los profesionales formaban parte de los equipos de los CAPS bajo distintas modalidades.

A pesar de haber estado *instituido formalmente* por una ley provincial (13413/2005, reglamentada por el Decreto Provincial 9/2006), el desfinanciamiento del que fue objeto terminó atentando contra la continuidad de los profesionales y la propia centralidad del dispositivo. Se trata de uno de los obstáculos más destacados por los secretarios de Salud municipales. El nivel municipal se impuso tanto desde las limitaciones de los prestadores privados, en un contexto de desigualdad, como de la existencia misma de efectores municipales en los territorios en los que residía su población objetivo. La relevancia de los efectores estatales fue haciendo cada vez más *indirecto* el dispositivo de políticas delimitando, más allá del diseño, el nivel municipal en la organización del SPSP.

El municipio como actor en las políticas

Dos atributos caracterizan al GBA como región: el primero se refiere a la *magnitud de los problemas* (una alta concentración de población sin cobertura de obra social o seguro privado que, además, vive en condiciones de vulnerabilidad); el segundo alude a la *importancia política* de la región derivada tanto de su incidencia electoral como de la potencial conflictividad que se expresó en las jornadas de diciembre de 2001. A estos rasgos generales se suman otros específicos del sector. A diferencia del resto de las provincias del país, los municipios tienen a su cargo los CAPS;¹⁵ tal como hemos visto, esta situación fue resultado (en parte) de decisiones gubernamentales. Por lo tanto, lo que sucede en estos establecimientos es objeto de control por parte de sus autoridades, que delimitan los márgenes de actuación tanto de los actores nacionales y provinciales (“hacia arriba”) como de las sociedades de fomento y juntas vecinales que, en muchos casos, le dieron origen (“hacia abajo”).

Dado que el municipio es la institución estatal más próxima a la población, estos atributos generales y particulares del GBA “coagulan” como condiciones que invitan a preguntarnos cómo incidieron *los gobiernos municipales en cuanto actores en la implementación de los dispositivos nacionales y provinciales seleccionados*. La literatura de análisis de políticas por instrumentos insiste en el papel de los actores tanto en el proceso que rodea el momento de la elección como en su instrumentación. Tal como hemos presentado en la aproximación metodológica, identificamos dos atributos de los dispositivos que son particularmente sensibles a la incidencia de los actores (los municipios en nuestro recorte) en la implementación: la *precisión* y la *visibilidad*. En torno a estos atributos iremos recorriendo los cambios en los cuatro dispositivos.

Restricciones en el componente “provisión de medicamentos esenciales” del Programa Remediar

Asistido por la continuidad del recurso y resguardado desde un conjunto de rutinas, el Programa Remediar (en su componente “provisión de medicamentos esenciales”) mostró capacidad de adaptación y mantuvo su *precisión* y *visibilidad* al atravesar la línea de la implementación local, siendo ejemplo de la escasa incidencia que, en este contexto, pudieron alcanzar los actores municipales. Las tensiones que atravesó la puesta en marcha del Remediar tuvieron que ver con

¹⁵ Recuérdese que los Centros de Prevención de Adicciones (CPA) están a cargo de la provincia.

distintos ajustes que se fueron sucediendo en torno a la *precisión* del dispositivo. La convicción y compromiso de las autoridades nacionales con esta propuesta (tal como pudimos apreciar en la reconstrucción histórica) parece haber sido un factor determinante que se sumó a la fortaleza derivada del diseño de rutinas que regularon la asignación de los recursos.

Combinando distintos instrumentos, el Programa Remediar buscó condicionar la provisión de medicamentos esenciales con el propósito de limitar la discrecionalidad de los actores en el seno de los servicios en relación con tres problemas: la jerarquización de los hospitales sobre los CAPS, las barreras económicas en el acceso y la variabilidad de la práctica clínica (en relación con la prescripción de medicamentos). El primero fue objeto de los debates iniciales en el seno del COFESA entre el equipo ministerial y los gobernadores, el segundo tuvo como protagonistas a los secretarios de Salud de los municipios y en el GBA a las cooperadoras o sociedades de fomento en las que funcionaban algunos CAPS, mientras que el tercero se dirimió con los profesionales de los servicios.

Los relatos de los actores recorren distintos “nudos” en torno a los cuales se tomaron decisiones en distintos momentos del programa, se cristalizaron acuerdos y, en algún momento, se volvieron a abrir. La *jerarquización de los CAPS* por sobre los hospitales fue una decisión difícil que se inscribió en las relaciones entre la nación y las provincias. Según registros del COFESA y testimonios de los actores, esto fue objeto de debate, pero finalmente se impuso desde el gobierno nacional:

Más allá de eso, en lo político (...) también fue compleja la relación [con las provincias], porque la política del Ministerio era comprar y mandar a los depósitos provinciales, y políticamente el dueño de los insumos o el lugar al que llegaban los insumos eran vistos como una herramienta de poder (...) Con lo cual, que nosotros dijéramos “Van a ir directamente a los centros de salud” fue una pelea en un primer momento, porque más que un consenso fue una imposición... (entrevista a alto funcionario nacional, 10/2012).

Este debate ya estaba saldado cuando el Programa Remediar se puso en marcha en el GBA. La centralización de las compras y la distribución centralizada y directa a los CAPS fueron los instrumentos a través de los cuales se hizo operativa la decisión. La nominalización de la atención y la importancia dada a los instrumentos de registro permitió trascender una controversia planteada por los ministros provinciales en relación con la necesidad de tener un vademécum por

provincia y adaptado a cada realidad.¹⁶ Las cuestiones en torno a este debate se vehiculizaron en un espacio de consenso: la Comisión de Formulario de Medicamentos del Programa Remediar, que se incorporó formalmente en la segunda edición. El cambio de estrategia del botiquín homogéneo al mecanismo de reposición de *stock* fue una decisión tomada centralmente que permitió desplazar la discusión hacia la operatoria de la gestión. El *clearing* entre efectores, también pautado en esa operatoria, fue otro instrumento que buscó dar lugar a esta demanda por la especificidad y quedó bajo la órbita municipal.

La *visibilidad* desde sus orígenes fue un atributo del programa, forjado no solo a través de campañas de comunicación, masivas y focalizadas en distintos públicos cercanos a los servicios, sino también en relación con el recurso que circulaba: el medicamento.

Muchos creyeron que iba a ser un programa de muestras gratis y que ellos entraban; el Estado pagaba y ellos metían sus medicamentos. El que tengo más presente es [LABORATORIO]. [LABORATORIO] dio orden a nivel central de presentarse, ganaron tres renglones, y cuando nosotros no les aprobamos el envase, porque en el envase decía [LABORATORIO], y ahí estaba la marca comercial, los tipos dieron orden de retirarse. Nos quedamos sin esos medicamentos hasta la siguiente licitación, que tardó seis meses. Porque los tipos lo concibieron como un programa de muestras gratis. No iban a ceder lo del envase (entrevista a alto funcionario nacional, 12/2009).

A medida que pasó el tiempo, esa *visibilidad* parece haber alcanzado también al propio proceso de la política:

... ya está políticamente instalado (...) No tenemos tan poco presupuesto. Este año hemos tenido más presupuesto, pero depende de los manejos, de las fuentes (...) nosotros hacemos más la ejecución (...) Lo importante es que se sostiene y se ha sostenido (...) en la época que se decidió bajar no se bajó, y por algo fue, por la presión de las provincias también, y ahora uno tiene que seguir aprovechando esto para seguir trabajando con los laboratorios públicos, para fortalecer a los que quieren (entrevista a alto funcionario nacional, 10/2012).

El blindaje de las rutinas y la continuidad en la provisión limitaron la capacidad del actor municipal para incidir en la *precisión* y en la *visibilidad* del dispositivo.

¹⁶ Cabe recordar que en la gestión de Graciela Ocaña en el Ministerio nacional se volvió a abrir este debate, especialmente en el seno de los CORESA.

La irrupción del municipio en la implementación del Plan Nacer

La implementación del Plan Nacer es un espacio singular en el que analizar la capacidad de incidencia de los actores, ya que se trata de una iniciativa en la que convergen el reconocimiento de la organización federal y una estructura de incentivos basada en un modelo de aseguramiento de población. Distintos instrumentos se combinaron en el Plan Nacer para resguardar la *precisión* del dispositivo a medida que fue recorriendo los caminos de la implementación. Entre ellos se destaca (tanto en el diseño como en los testimonios de los entrevistados) el recorte de su población objetivo: “condicionada a la no disponibilidad de obra social”, cuyo incumplimiento era objeto de bajas en la población bajo programa.¹⁷ Volvemos aquí a preguntarnos cómo influyó en el sofisticado andamiaje del Plan Nacer la existencia de un actor de relevancia en el sector como era el *gobierno municipal*.

Aunque reconociendo el compromiso explicitado en el convenio de resguardar la soberanía de los CAPS sobre los recursos, los municipios parecen haber realizado recorridos diferentes conforme fuera la relación entre las secretarías de Salud (para el Plan Nacer, “administradoras”) y los CAPS (“prestadores”), con distintos resultados en la adaptación del programa a la política local.

La distribución de incentivos al personal es uno de los instrumentos que mayor variabilidad presentan en la implementación. Se trata de una cuestión bastante sensible, ya que involucra la soberanía de la secretaría de salud sobre los establecimientos en relación con una problemática crítica, la de los recursos humanos.

Las entrevistas realizadas a secretarios municipales mostraron situaciones diferentes: desde aquellos que distribuían (dentro de los márgenes establecidos por la provincia) incentivos adicionales a los profesionales, hasta los que decidieron no hacerlo luego de debatir entre los responsables de los CAPS. Así lo expresan testimonios de tres altos funcionarios municipales entrevistados:

Lo define [el plan], pero no es para dos personas (...) Es para todo el equipo. Nosotros le decimos “equipo” hasta a la mucama... (entrevista a alto funcionario municipal C, 11/2012).

No pagamos incentivos directos al personal porque pensamos que los sueldos los paga el Estado (...) Y la discusión salarial se da en todo caso en el momento

¹⁷ Las provincias accedían al Padrón Único Consolidado Operativo (PUCO) y comunicaban las bajas a los municipios.

de la contratación o se da en otro ámbito, digamos, del sindicato con el intendente... (entrevista a alto funcionario municipal K, 12/2012).

Con el Plan Nacer no pagamos incentivos. Yo creo que ni discutimos eso... (entrevista a alto funcionario municipal A, 11/2012).

Las inversiones en infraestructura y equipamiento son otro instrumento que está bajo la soberanía de los CAPS y que ha dado lugar a distintos recorridos locales: desde aquellos que definían centralmente los rubros de gasto y en que los equipos elevaban el requerimiento, hasta otros que descentralizaban la decisión o bien lo hacían en función de la planificación anual que cada centro elaboraba. En palabras de los secretarios municipales:

El año pasado, por ejemplo, dijimos: "Se compran computadoras, aires acondicionados, routers", algún otro rubro, entonces compramos esto, nada más. Entonces cada centro decía cuántas necesitaba y ahí sí se respetaba más o menos la plata que tenía cada centro. Si a uno le faltaba un poquito para completar dos aires acondicionados porque tenía uno y medio, hacíamos enroques con acuerdos (entrevista a alto funcionario municipal M, 11/2012).

Compré tres camionetas para recolección descentralizada de muestras, tomamos las muestras en los centros de salud, y esto también lo masificamos en estos últimos cuatro años. (...) Compramos camionetas con el Nacer (...) Para comprar esas camionetas con el Nacer tuvimos que hacer una asamblea de todos los referentes del Nacer de los centros de salud y que adhirieran a comprar (entrevista a alto funcionario municipal N, 11/2012).

Ustedes gastan la plata en lo que quieren, con algunas condiciones. Una es que tengan el plan de salud mucho mejor de lo que lo vienen haciendo, o sea, pónganse a escribirlo (entrevista a alto funcionario municipal K, 12/2012).

La existencia de espacios de coordinación del primer nivel y la institucionalización de la figura de responsable o jefe de centro fueron factores que distinguieron y condicionaron cada recorrido local. En el nivel local, la *visibilidad* del Plan Nacer tenía distintas formas de expresión. Sus principales responsables, los secretarios de Salud, insisten en la necesidad de pensar esta iniciativa imbricada a la política local:

Para nosotros, el Plan Nacer es una pata de financiamiento. Para nosotros lo que importa es el Programa Materno-Infantil, entonces a mí no me importa que tenga seguridad social, o sea, las prestaciones, las cosas que uno hace, es lo mismo; por ahí en algún momento vamos a poder unificar a las mismas

trazadoras del Nacer, que son buenas... (entrevista a alto funcionario municipal M, 11/2012).

... en el Nacer, no sé, [los objetivos] deben estar escritos en algún lado, pero en realidad lo que nosotros hicimos fue algo parecido, en su momento, hace mil años, al PROMIN,¹⁸ o, hace menos tiempo, con la asignación universal; que es tomar una política externa y ponerla como mascarón de proa de una política más amplia de lo que ese mismo programa o esa política implican (entrevista a alto funcionario municipal K, 12/2012).

Aun con una institucionalidad que dibuja el papel de un “tercero administrador”, *los municipios del GBA irrumpieron como actores en la implementación del Plan Nacer reproduciendo, dentro de los márgenes establecidos por el plan, aquella heterogeneidad que caracteriza a la política local.*

Aprendizajes y usos del Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial

A diferencia de los otros componentes que conforman la distribución secundaria, el RSCP es el que presenta mayor variabilidad, ya que sus indicadores miden la producción de los establecimientos sanitarios a cargo del municipio. Este rasgo lo hizo particularmente sensible a las estrategias de sus gobiernos. El incremento en las transferencias durante la primera parte del período (87% de variación interanual entre 2004 y 2007) muestra la relevancia que adquirió el RSCP y las diferencias existentes entre municipios. La literatura hace referencia a estas diferencias desde distintas perspectivas que apuntan a cuestiones vinculadas tanto a la equidad en el gasto como a la eficiencia en la asignación (Iarussi, 2008; Barbieri, 2007; Chiara, Di Virgilio y Ariovich, 2010; López Accotto *et al.*, 2013; Lago *et al.*, 2012; Maceira, 2008c). Estas brechas se expresan en el volumen de los recursos recibidos y en su variación interanual, así como también en los márgenes de la inversión en salud que los municipios logran cubrir por esta vía (anexo: tabla 15).

Con diferencias entre períodos, la coparticipación alcanzaba a cubrir apenas la mitad del gasto que los municipios realizaban en salud. Sin embargo, estos datos encierran valores muy diferentes entre sí: los valores más elevados se encuentran en el período que va de 2004 a 2007, con una cobertura del 51,83%;

¹⁸ Ver capítulo 1.

este promedio comprende valores que van desde el 21,32% (Tres de Febrero) a más del 70% (Malvinas Argentinas, Merlo y San Miguel) (anexo: tabla 15).

La diferencia en los *patrones de dependencia gubernamental de la estructura sanitaria* en cada partido no parece ser un factor suficiente para explicar los desempeños en la coparticipación por el RSCP. El alcance de estas transferencias sobre el gasto en salud fue variable de uno a otro municipio, incluso dentro de un mismo patrón de dependencia intergubernamental. El análisis del porcentaje de cobertura del gasto municipal en salud a través de las transferencias en coparticipación muestra que los municipios se distribuyen por encima y por debajo del promedio del GBA en el interior de cada uno de los patrones, tanto para el período 2004-2007 como para 2008-2010 (anexo: cuadros 16 y 17). Dicho de otro modo, *no parece existir una relación directa entre el financiamiento realizado a través de la coparticipación y la responsabilidad del municipio sobre la prestación de los servicios*, aunque, sin dudas, tener establecimientos con internación es una condición necesaria para que se produzcan variaciones en las transferencias.

Reconociendo este factor estructural, pareciera que *el comportamiento de los actores fue un factor decisivo en el desempeño del RSCP*, lo que lo hizo aún más impreciso, a través de dos estrategias diferentes aunque en algunos casos complementarias: el *desarrollo de servicios de alta complejidad y su posterior acreditación*,¹⁹ por una parte, y la *mejora/optimización en el registro de las consultas*, por la otra.

La *apuesta por el desarrollo de la alta complejidad* es sin dudas uno de los factores que distinguen los recorridos realizados por algunos gobiernos locales, que muestran una singular capacidad para aprovechar el coeficiente único de distribución del RSCP. Se trata de una estrategia que se extendió entre algunos municipios desde finales de la década del noventa (Sbatella, 2001) y, especialmente, a partir de la salida de la crisis de principios del siglo xx.

La recuperación del dinamismo de las instituciones de la seguridad social puede haber sido un factor de contexto que coincidió con la valorización de la complejidad, puesto que ellas se convirtieron (especialmente el INSSJP-PAMI) en “compradoras” de servicios de aquellos hospitales municipales que contaban con cierto nivel del complejidad.

Como anticipamos, la *mejora y/o la optimización del registro de las consultas* fue otra de las estrategias adoptadas por algunos actores municipales que pueden haber influido en el desempeño de las transferencias. Esta situación

¹⁹ Recuérdese que a través de la Resolución 198/89, el Ministerio de Economía establecía, en su artículo 2, que para el “perfil de complejidad se tomará el del establecimiento hospitalario de mayor nivel que posea la comuna”.

abarca desde prestaciones en medicina laboral y zoonosis hasta la creación de institutos oftalmológicos, odontológicos y de rehabilitación. El desempeño de algunos municipios sin establecimientos con internación, como José C. Paz, es un ejemplo de la adopción de esta estrategia. La deficiencia en los instrumentos de auditoría potenció la discrecionalidad del actor municipal en la maximización de los intereses locales a través de estas dos estrategias, aumentando aún más la imprecisión del instrumento.

Si el instrumento fue haciéndose cada vez *menos preciso* por la acción de los actores, un fenómeno inverso se advierte en relación con su *visibilidad*. En los primeros años del período 2004-2007 se advierte una *menor visibilidad* del funcionamiento de este mecanismo en un contexto de expansión de las transferencias (en sus valores agregados, 87,04% para los 24 partidos del GBA), pero conteniendo a su vez comportamientos muy dispersos entre los municipios. La variación interanual de las transferencias mostró municipios que crecieron el 42% (Lanús) y otros que lo hicieron superando el 100% (Hurlingham, San Isidro, Berazategui, José C. Paz, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo) (anexo: tabla 14).

El alcance de las transferencias por el RSCP sobre el gasto municipal muestra valores descendentes a lo largo del período e importantes diferencias entre los municipios del GBA. En el período 2004-2007, cubrió el 51,83% del gasto en salud municipal, un promedio que encerraba situaciones muy dispares entre algunos municipios que apenas alcanzaban a cubrir el 30% (Tres de Febrero o Ezeiza) y otros que superaban el 70% (Florencio Varela, San Miguel, Malvinas Argentinas y Merlo) (anexo: tabla 15). En el período siguiente, 2008-2011, disminuyó el porcentaje cubierto (45,38%), lo que encierra también muy distintas situaciones (anexo: tablas 14 y 15). Comenzaron a aparecer por aquellos años cuestionamientos colectivos en la arena intergubernamental que daban cuenta de una *mayor visibilidad* del dispositivo.

Un ejemplo de ello es la propuesta elaborada por la Comisión del Consejo Provincial de Salud (COSAPRO) en 2009, que llegó a plantear la necesidad de modificar la polinómica a través de la cual se distribuía la masa coparticipable entre municipios y de reemplazar los indicadores de producción existentes por otros que expresaran el desempeño de los municipios en la atención. La propuesta comprendía la creación de una instancia de control y auditoría para garantizar la veracidad de los datos proporcionados a la provincia por los municipios. Se planteó, asimismo, la necesidad de crear un sistema de categorización y acreditación de establecimientos de atención primaria que comprendiera la unificación de criterios en relación con indicadores que, posteriormente,

impactarían en la estimación de los fondos a distribuir. Además se propuso que los Consejos Sanitarios Regionales asumieran las funciones de análisis y planificación para habilitar la incorporación de establecimientos conforme a las necesidades.

Estas discusiones tuvieron lugar en un contexto en que disminuían los recursos transferidos por la coparticipación provincial para el financiamiento de los gastos crecientes que iban comprometiendo los municipios (anexo: gráfico 9 y tabla 14). Las estrategias adoptadas por los actores ponen en evidencia que el significado de los instrumentos a lo largo del tiempo fue variable y que *esos cambios están dados no solo por quienes los promueven o gestionan desde las instancias supralocales sino por quienes aprenden a utilizarlos y que, bajo ciertas condiciones, los modifican.*

El análisis histórico muestra que el dispositivo se hizo más *visible* cuando disminuyó el volumen de las transferencias en un contexto de recuperación de la capacidad de compra de servicios desde la seguridad social. En el espacio del COSAPRO, los secretarios de Salud municipales promovieron propuestas de cambio que dieron lugar a una mayor *visibilidad* aunque sin convertirse en una propuesta de reforma. Sin dudas, las *estrategias de maximización de los beneficios del coeficiente único de distribución se desplegaron de mejor modo en el contexto de opacidad del dispositivo.* Dada la debilidad de los mecanismos de control, convivió la disminución de la *precisión* del instrumento (en el sentido de no definir su alcance sanitario) con la *visibilidad* acerca de sus problemas.

El recurso humano como asunto en disputa en el Seguro Público de Salud Provincial

La instrumentación del sspsp en el GBA fue un ejemplo claro de la capacidad de incidencia que tuvieron los municipios en relación con la *precisión y visibilidad* de su propuesta original. Las disputas hacia el interior del Ministerio y la relación con los gobiernos locales delinearon una trama en la que se dirimieron las posibilidades y limitaciones de un modelo de cambio altamente valorado por la literatura (Maceira, 2008a; Báscolo y Yavich, 2010) y que enfrentó, en la práctica, distintas dificultades. Báscolo y Yavich hacen referencia a un factor directamente vinculado a la apuesta que significaba el sspsp dentro de la estructura ministerial. En lo que los autores denominan la “interface intraministerial”, el sspsp “entra en *competencia y conflicto* con diversas agencias del Ministerio, entre ellas la que coordina el funcionamiento de las regiones sanitarias, un hecho que implica que el rol de las regiones sanitarias como espacio de gestión

del sps[p] ocupe un lugar mínimo, pese a lo planteado en la norma formal” (2010: 169-170).

La puesta en marcha y la implementación del spsp estuvieron atravesadas por distintas tensiones entre el equipo ministerial del seguro y los secretarios de Salud municipales: el primero buscaba generar relaciones que permitieran garantizar condiciones homogéneas en el acceso a los servicios de atención primaria de la salud en la población sin cobertura, mientras que los secretarios de Salud tensionaban para adecuar la iniciativa a las necesidades de cada escenario local.

En la práctica, el equipo ministerial terminó aceptando un papel más activo para los municipios, que trascendió la función de organizar la demanda, según preveía su esquema organizativo original. Como analizan Báscolo y Yavich, la “interface equipo provincial sps[p] y secretarios de Salud municipales” condensó fuertes tensiones entre el intento de “regulación provincial y la búsqueda de autonomía desde los municipios”. Esta tensión se daba especialmente en relación con la designación del recurso humano profesional (2010: 173-176), con impactos en la *precisión* del dispositivo. Se trata de un nudo que retomaremos en el próximo capítulo en el camino inverso, enfatizando la capacidad de incidencia de la política sanitaria en el modelado de las RIG.

La jerarquía que adquieren las relaciones entre el equipo ministerial del spsp y los secretarios de Salud deviene de distintos factores. Entre los estructurales se destacan las propias limitaciones que encontró el spsp para establecer prestaciones en consultorios privados cercanos a su población objetivo en el GBA. Sin restar relevancia a este factor, merece destacarse también el significado político que tenía para los gobiernos locales habilitar el ingreso del equipo provincial del spsp a los CAPS. Las estructuras sanitarias (CAPS y en algunos casos hospitales) que desarrollaron los municipios en la salida de la crisis fueron parte de su acción política en el territorio, y por ende se convirtieron en objeto de control.

Como venimos analizando en investigaciones anteriores (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2012) y confirmamos en el trabajo de campo realizado con los secretarios de Salud, la gestión del recurso humano profesional parece haberse ido constituyendo en el principal reto de los gobiernos locales, al involucrar tanto la cobertura de los cargos en los servicios de salud (especialmente en los CAPS) como las dificultades para garantizar el cumplimiento de los contratos de trabajo, con salarios que estaban cada vez más por debajo de los valores del mercado. La disputa a la que hacen referencia, tanto el entrevistado como la investigación citada, por los incentivos presentes en el spsp a través del sistema de pago por cápita debe ser leída, también, en relación con este reto que enfrentaba la política local.

Según el análisis que hacen Báscolo y Yavich, la negociación entre provincia y municipios se mantuvo en los límites de ciertas condiciones inamovibles que eran flexibles a las demandas locales. Entre las primeras, estos autores hacen referencia al sostenimiento de ciertos instrumentos, como la nominalidad de la atención y el sistema de pago por cápita, en función de una estrategia de concentración en el manejo de los recursos financieros y de la participación de las entidades profesionales en la administración y contratación de profesionales. La flexibilización se orientó a “ampliar la gama de prestaciones cubiertas, extender la cobertura a otros grupos poblacionales y contratar prestadores de otras disciplinas de salud” (2010: 174).

Estos mecanismos de diálogo expresaban la necesidad del equipo provincial de avanzar en la puesta en marcha adecuando el dispositivo a la agenda que planteaban los secretarios municipales. En este proceso de negociación, el spsp fue ganando viabilidad en la arena local a expensas de una pérdida de *precisión* y de *visibilidad* en el proceso de la política.

La *visibilidad* del spsp enfrentó diversas dificultades. Hacia el interior del Ministerio, la de disputar un cambio en el modelo sanitario, que, como vimos, se reflejó también en los caminos de las RIG. Otra articulación (interministerial en este caso) fue sin embargo virtuosa para este atributo del spsp: la incorporación de la población objetivo del Plan Más Vida en el marco de la Comisión Interministerial sobre Educabilidad, con impactos internos en el Ministerio:

Cuando se largó el Plan de Educabilidad fue un plan muy fuerte. El Plan Vida cobró fuerza nuevamente, con el Más Vida hubo una movida política muy fuerte y el seguro público cobró mucha notoriedad, y de golpe estamos hablando de 700.000 personas, y básicamente de todo lo que es materno-infantil, porque era el objetivo del Plan Materno-Infantil. Y el seguro público pasó a ser una unidad ejecutora del ministro; pasamos a tener presupuesto propio, de cinco millones de pesos pasamos a más de veinte millones; digo, si bien no fue más de veinte millones para el Ministerio de Salud, que tenía en ese momento mil millones de presupuesto, esto no era nada, pero empezamos a tener una estructura muy fuerte... (entrevista a alto funcionario provincial, 9/2008).

Las disputas en el interior de la estructura provincial tuvieron consecuencias en su desfinanciamiento, lo que generó contratos no demasiado convenientes para las entidades profesionales (que luego perjudicaban la prestación) o bien derivó en demoras en los pagos a los profesionales. Signados probablemente por las condiciones vigentes en el momento de la realización del trabajo de

campo de esta investigación,²⁰ los testimonios de los secretarios municipales revelan estas dificultades en la ejecución, que atentaban contra la continuidad de los profesionales en los servicios:

El seguro se ha subvaluado fuertemente en todos los municipios. El seguro, en realidad, se ha ido desfinanciando, entonces ha perdido vigencia en la estructura (entrevista a alto funcionario municipal N, 11/2012).

Durante varios momentos, en el seguro público tuvimos problemas con el pago, y en esto la provincia sí es mucho más desprolija que la nación, de estar meses y meses sin pagar, aunque después se deposite todo junto, pero hay que llevar esa situación; el tema de que el pago pasara por el Colegio Médico, a nosotros nos dejaba con una sensación de no ser los primeros responsables del no cobro de los profesionales. Aunque, igualmente, si los profesionales estaban muchos meses sin cobrar dejaban de trabajar en el sistema nuestro, o sea, el impacto en lo comunitario obviamente lo teníamos nosotros (entrevista a alto funcionario municipal K, 11/2012).

Más allá de acciones que uno hace para complementar o para resolver estos errores, lo concreto en el seguro es que siempre tuvo esta fragilidad. Hace varios años que la provincia dice que le da mucha bola y no le da. (...) No solo no paga... No lo pone en un lugar importante de la discusión cotidiana de las políticas nuestras (entrevista a alto funcionario municipal B, 12/2012).

La adecuación a la política local, consensuada o de hecho, resultó necesaria desde la lógica de los actores locales pero tuvo resultados en la pérdida de *visibilidad*. En síntesis, si bien el SPSP ganó viabilidad en la negociación con los secretarios de Salud municipales, perdió *precisión*, en la medida en que se convirtió en un recurso complementario a los existentes en los CAPS. La *visibilidad* fue un problema desde el inicio: en el interior del Ministerio, con otros ministerios y en el nivel de los municipios. La adaptación a la dinámica local fue desdibujando el planteo original y atentó contra la propia lógica de organización del modelo.

Recapitulación

Nuestro análisis recuperó los aportes del neoinstitucionalismo histórico (Skocpol y Pierson, 2008) para analizar la relación entre política sanitaria y relaciones intergubernamentales en el GBA. Esta perspectiva enfatiza las restricciones y

²⁰ La mayor parte de las entrevistas en el nivel local se realizaron en 2012, un momento de crisis económico-financiera de la provincia de Buenos Aires. Se trata de un contexto que impregnó los relatos y las opiniones de los entrevistados.

los obstáculos que el marco institucional y los actores le imprimen a la implementación de las políticas, así como también las oportunidades que le abre en ese camino. También recoge la perspectiva de un conjunto de investigaciones que, poniendo el foco en los atributos del sistema federal, ven en el marco institucional y en sus actores un parámetro, restricción u oportunidad, según los enfoques.

Recapitulamos en estas conclusiones los resultados de esta “entrada” al análisis en relación con tres ejes que convergen y caracterizan la matriz institucional del GBA: la influencia de las *reglas de juego del federalismo* y la *situación del gobierno provincial como actor*, la existencia de un *nivel desconcentrado de gestión (las regiones sanitarias)* y la *relevancia del nivel municipal y sus actores: los secretarios de Salud*.

La matriz institucional define, tanto para la nación como para la provincia, potestades como garantes del derecho a la salud, aunque les reserva a los Estados provinciales la responsabilidad de definir los contenidos y el alcance de ese derecho a la vez que establecer los modos a través de los cuales se organiza su prestación. Esta importancia se expresa en dos atributos que caracterizan el sistema federal: la prerrogativa de no adherir y el hecho de constituirse en punto de veto de las decisiones del gobierno central. Para las políticas, estos rasgos pueden operar como parámetro, oportunidad o restricción en el momento de la implementación.

En el GBA existe un tercer nivel de gobierno, *el municipal*, en el que están depositadas potestades muy limitadas dado su carácter autárquico. A pesar de ello, los municipios del GBA asumieron un papel protagónico y dinámico en la organización de los servicios de atención de la salud. Se trata de un proceso iniciado con la recuperación de la democracia pero profundizado especialmente a partir de la salida de la crisis. Así, sobre una *distribución de funciones* derivada de la legalidad del marco constitucional provincial se fue escribiendo otro esquema construido desde la legitimidad de la acción de gobierno que encuentra a tres jurisdicciones operando en un mismo territorio: la *nacional*, casi sin establecimientos a su cargo; la *provincial*, básicamente concentrada en una parte de los hospitales; y la *municipal*, especializada en el primer nivel de atención y con una jerarquía desigual en la arena hospitalaria.

Este *esquema de distribución de funciones* se sostiene desde un entramado conformado por distintos actores que toman decisiones en un territorio complejo. El *Ministerio nacional*, con competencias directas sobre un solo establecimiento; su par *provincial*, desafiado por la agenda de los hospitales, una situación que se agrava por la fragilidad financiera de la provincia y en cuyo

contexto los establecimientos aumentan su autonomía. La relevancia del gasto provincial sobre el total se ve relativizada por la rigidez (o baja discrecionalidad) de los recursos que moviliza, mayoritariamente dedicados al pago de salarios y concentrados en el financiamiento de los hospitales. El esquema provincial se completa con un nivel desconcentrado de gestión: las *regiones sanitarias*. Bajo estas circunstancias del actor provincial se consolida la centralidad de los *municipios* como actores en salud casi exclusivamente en el primer nivel asistencial y, aunque en situaciones particulares, también en relación con la oferta hospitalaria.

La estructura sanitaria se diversifica según cómo organizan los gobiernos locales la oferta sanitaria: en relación con su perfil prestacional, con las modalidades de acceso y con la organización de los equipos profesionales y no profesionales que componen los servicios. En línea con otras lecturas sobre los procesos de descentralización, el esquema de distribución de funciones vigente entre estos tres niveles pone de manifiesto la ausencia de una instancia desde la cual se ejerzan funciones estratégicas que alcancen al conjunto de los servicios, independientemente de la jurisdicción a la que corresponda su gestión. Se trata de un aspecto de crucial relevancia para garantizar un buen desempeño de la atención. Esta trama de las RIG que vertebra la responsabilidad sobre los servicios encuentra *tres dominios* (el nacional, el provincial y el municipal) con autonomía relativa en la toma de decisiones y escasos mecanismos de coordinación por los que discurren las iniciativas nacionales y provinciales en cuya urdimbre se teje la política sanitaria.

En este capítulo seguimos el camino de la instrumentación de cuatro dispositivos buscando hacerlos “hablar” acerca de cómo la política de atención de la salud fue influenciada por la singularidad de las RIG en el GBA. La *fragilidad financiera de la provincia de Buenos Aires* es, además de un dato relevante que configura las relaciones con la nación, una variable de suma importancia en la implementación de los dispositivos de políticas que funciona de distinta forma: como un factor que relativiza la relevancia de la prerrogativa de no adherir que caracteriza al federalismo frente a los dispositivos nacionales (Programa Remediar y Plan Nacer); que jerarquiza la importancia de las inversiones que puede hacer la nación, aun con un escaso reconocimiento del nivel provincial de gestión (Programa Remediar); que hace difícil la sostenibilidad de los compromisos intergubernamentales cuando estos requieren de aportes de contraparte (Plan Nacer); o bien que dificulta la posibilidad de garantizar el cumplimiento de los contratos celebrados con los prestadores (Seguro Público de Salud Provincial).

En el interés por tomar distancia de la especificidad que cada uno presenta, se advierte que la situación fiscal que atraviesa la provincia es una variable crítica que relativiza sus potestades para limitar “hacia arriba” al Ministerio nacional (Programa Remediar y Plan Nacer) y “hacia abajo” la continuidad de sus propias políticas (Seguro Público de Salud Provincial), especialmente a partir de 2008. La ausencia de compromisos sanitarios hace del Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial un dispositivo bastante inmune a esta situación de fragilidad, más allá de la visibilidad creciente que adquiere en momentos de disminución de los recursos (2008-2010).

Las *regiones sanitarias* parecen haber ocupado un lugar ambiguo para las políticas, aunque el Ministerio provincial promovió en este período un cambio institucional orientado a fortalecer su capacidad de interlocución con los establecimientos en el subsector estatal en cada uno de sus territorios, particularmente hacia el interior de la jurisdicción provincial.

El Programa Remediar en su componente de provisión de medicamentos esenciales no sufrió ninguna marca por la existencia de este nivel desconcentrado de gestión; el esquema centralizado de distribución *directa* a los establecimientos fue inmune a esta y otras mediaciones que no fueran responsables directas del funcionamiento de los establecimientos. Debe destacarse, no obstante, que más adelante la apuesta por la promoción de redes de servicios incorporará la instancia regional para abordar dimensiones más complejas de la atención.

Convergente con aquella apuesta por el fortalecimiento de las regiones sanitarias, la coordinación provincial del Plan Nacer intentó abrir la gestión hacia ellas. Se trató de una experiencia efímera que, posteriormente, fue recentralizada dadas las limitaciones de los equipos para asumir tareas administrativas de interlocución con los municipios.

En decisiones que hacen a la estructuración de la red de establecimientos y que tienen consecuencias en la distribución de recursos (Régimen de Salud de la Coparticipación Provincia), el lugar de la región parece haber sido un espacio de toma de decisiones y de celebración de acuerdos horizontales, aunque con baja institucionalidad formal. En situaciones de conflicto, no fue capaz de competir con la dinámica de las relaciones político-partidarias entre los municipios y el gobierno provincial. El derrotero de algunos casos en la acreditación de servicios pone en evidencia cómo ciertas decisiones con fuerte impacto en la asignación de los recursos se desplazaron desde el escenario contractual del Consejo Sanitario Regional al plano de las relaciones políticas bilaterales entre el intendente municipal y el ministro, y alcanzaron en algunos casos también al gobernador.

Las regiones sanitarias fueron un espacio jerarquizado en la primera etapa del Seguro Público de Salud Provincial, que delegó en esa instancia la selección de los profesionales. Aunque institucionalizada en las regulaciones del Seguro, esta apuesta por la desconcentración se retrotrajo hacia una concentración de las decisiones en el equipo ministerial. Las dificultades que encontraba la región como actor para tomar distancia de los intereses de los (más cercanos) municipios en torno a la designación de profesionales es el diagnóstico desde el cual los promotores del Seguro explican la decisión centralizadora de parte del equipo provincial. La adopción de mecanismos de pago a prestadores a través de organizaciones profesionales hizo posible el cambio de estrategia a pesar de la institucionalización formal del lugar de la región.

Los municipios, como responsables de los servicios (CAPS y algunos hospitales), terminaron incidiendo en aquellos dispositivos que establecían alguna mediación en la llegada a los servicios (de carácter indirecto), tanto por su importancia política como por su carácter de administrador.

En el Programa Remediar, los debates por la autonomía en el manejo de los recursos que podrían haber planteado los municipios ya se habían procesado en el seno del COFESA entre el Ministerio nacional y los gobernadores. A pesar de la importancia del nivel municipal, el programa mantuvo —con algunas adaptaciones— relaciones *directas* con los CAPS a través de una *estructura institucional y logística ad hoc* que logró institucionalizar rutinas que permearon las decisiones locales y las prácticas de los profesionales, y mantuvo en la implementación local la *precisión* de su diseño.

Fiel a su orientación federal, recién en el Plan Nacer los municipios se convirtieron en un problema para el Ministerio provincial. La figura del “tercer pagador” con la que se resolvió su lugar en la cadena de decisiones habilitó distintos recorridos de la implementación del plan en cada escenario local. Esta diversidad convivió con una importante cantidad de instrumentos que buscaron sostener la *precisión* y la *visibilidad* del dispositivo. La diferente forma de organizar los CAPS, las decisiones acerca de cómo gastar dentro de los márgenes definidos por la provincia y los distintos esquemas de distribución de poder entre secretarías de Salud y equipos de salud son rasgos de cada caso local que entraron en tensión en un dispositivo que buscaba devolver potestades a los prestadores.

En el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial se desplegó la potencialidad y la autonomía que tienen los municipios en la práctica, dado el carácter *indirecto* y escasamente regulado de este dispositivo. El Régimen de Salud fue una extraordinaria “caja de resonancia” de la diversidad local ya que allí se expresaban no solo las diferentes formas de concebir la política sanitaria

y la jerarquía que tenía la salud en la agenda local sino también los rasgos de los entramados locales y sus modos de articulación con la seguridad social. La jerarquía que tuvo el nivel municipal en el GBA parece haber profundizado su carácter *indirecto*, y *lo que era apenas reparador se convirtió en un incentivo a la producción* y mostró las aristas y los recorridos a través de los cuales las RIG pueden llegar a modelar el significado de un instrumento. Desde las estrategias de los actores, el dispositivo se tornó más *impreciso*.

El Seguro Público de Salud Provincial muestra no solo la relevancia del municipio como actor político (en su capacidad de incidir en la tensión autonomía-regulación a la que se refiere la literatura [Báscolo y Yavich, 2010]) sino también aquella autonomía construida desde el ejercicio de responsabilidades en la práctica. La apuesta por conformar una red provincial *directa* en el primer nivel (a partir de la incorporación de profesionales a cargo de la atención primaria mediante el sistema de pago por cápita) con independencia relativa de los municipios se enfrentó a la dificultad para instalar consultorios en barrios cercanos a los destinatarios: la población sin cobertura. La desigualdad en la distribución de recursos en el GBA hizo “crujir” la propuesta de separación de funciones que se proponía aportar a la provincia efectores propios y actualizó (desde estas dificultades) el debate acerca del lugar de los municipios en la política provincial. En su recorrido por la arena local, el Seguro Público de Salud Provincial perdió la *visibilidad* adquirida en la articulación con el Plan Educabilidad en su aporte al Plan Vida. También perdió *precisión* conforme la incidencia buscada en los procesos de atención, por lo que se convirtió, para la provincia, en un programa más, y para el municipio, en un recurso complementario de los existentes.

El análisis realizado en este capítulo pone en evidencia la *importancia relativa que sobre las políticas tienen los actores*, especialmente *en aquellos casos en que la responsabilidad directa sobre la provisión de los servicios se ejerce con altos niveles de autonomía y baja regulación, como es la arena municipal*. La cristalización en la salida de la crisis de ciertos arreglos institucionales en el nivel local parece haber influido como *dinámica de retroalimentación* que operó (para las políticas nacionales y provinciales) como inercias, procesos aludidos tanto desde el concepto de *path dependence* (Skocpol y Pierson, 2008) como del de *policy feedback* (Beland, 2010).

En el capítulo siguiente recorreremos el camino inverso, buscando detectar la incidencia que tienen las políticas (a través de estos mismos dispositivos) para construir institucionalidad y modelar las relaciones en el seno del entramado de actores en la trama intergubernamental.

Capítulo 6

Se hace camino al andar: las huellas de la política sanitaria sobre la institucionalidad y los actores

Introducción

El diálogo entre el análisis de la política de salud y las relaciones intergubernamentales que promueve este libro se funda en una pregunta del campo de la práctica: comprender bajo qué condiciones las políticas logran armonizar o regular intereses para igualar el acceso a derechos. Este interrogante tiene una importancia singular en el contexto de las profundas asimetrías que existen entre provincias y, en el GBA, entre municipios. Desde esta motivación, el análisis se inscribe en un espacio de tensión constituido, por una parte, por la garantía del *derecho a la salud* para todos los ciudadanos como imperativo y, por la otra, por la reivindicación de *autonomía* de los actores subnacionales.

Para transitar esta encrucijada, en este último capítulo invertimos el enfoque y examinamos la política sanitaria en su capacidad de incidir en el modelado de la trama intergubernamental. Retomamos la perspectiva planteada por distintos estudios que analizan el papel de *producción* que puede ejercer, bajo ciertas condiciones, la política de salud sobre las relaciones entre los niveles de gobierno (Cabrero Mendoza y Zabaleta Solís, 2009; Cabrero Mendoza, 2010; Faletti, 2004, 2007, 2010; Potenza dal Masetto, 2004; Rodríguez y Tobar, 2003).

La pregunta que orienta el análisis es *cómo y en qué aspectos la acción de la política sanitaria nacional y provincial afectó la trama de las relaciones intergubernamentales que sostiene los servicios* en el GBA en el período que va de 2003 a 2011. Nos interesa destacar los cambios que se sucedieron tanto en la matriz institucional como en el entramado de actores.

Como en el capítulo anterior, miramos la política de atención de la salud desde una perspectiva general, haciendo hablar a los cuatro dispositivos

seleccionados: dos nacionales, el Programa Remediar y el Plan Nacer; y dos provinciales, el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial (RSCP) y el Seguro Público de Salud Provincial (SPSP). Nuestro interés no es analizar de manera aislada cada dispositivo y menos aún evaluar la eficacia de sus instrumentos. La preocupación que anima este análisis busca menos conocer el impacto material que sus *consecuencias políticas* (no siempre visibles), es decir, las relaciones de poder que producen o buscan producir.

El análisis discurre tanto por los instrumentos genéricos como por los dispositivos. La identificación de instrumentos genéricos permite poner el foco más precisamente en aquellos aspectos acerca de los cuales los actores vertebran ideas o nociones sobre los desafíos de la política. Desde esta perspectiva tomamos distancia de las valoraciones generales que los actores organizan acerca de los dispositivos, y nos adentramos en el modo en que sus instrumentos se imbrican y entran en tensión en la contemporaneidad de la implementación.

Como en el capítulo anterior y sobre la base de la reconstrucción histórica realizada en los capítulos tres y cuatro, analizamos los documentos de los dispositivos seleccionados y las entrevistas realizadas a autoridades y a altos funcionarios nacionales, provinciales y municipales, en las que indagamos en sus perspectivas y representaciones. A partir de los aportes del análisis de políticas por instrumentos y situados en un nivel meso, a continuación identificamos el alcance de las políticas nacional y provincial sobre la atención. En el tercer apartado delineamos los mapas de las relaciones entre niveles de gobierno implícitos en el diseño de los dispositivos. El cuarto apartado transita el camino de la instrumentación analizando los cambios producidos en el entramado de actores e indagando en tres nudos que se organizan en torno a las ideas de restitución de las condiciones de igualdad en el acceso a derechos de las políticas. El último apartado recapitula los cambios y las transformaciones en la institucionalidad y en los actores que ejercieron las políticas en el período.

Los desafíos de la atención: una lectura desde los instrumentos

El contexto institucional del subsector en la región nos desafía a preguntarnos sobre *los modelos de cambio que subyacen a los dispositivos*. El registro de esta pregunta exige trascender las enunciaciones formales de los objetivos o de sus lineamientos generales para introducirnos en un nivel meso de la política sanitaria. En ese camino, retomamos los instrumentos genéricos empleados

desde las políticas nacional y provincial, y analizamos sobre qué aspectos de la atención buscaron incidir y qué recursos movilizaron.

Los cambios en los modelos de atención médica fueron variando –desde hace ya varias décadas– desde aquellos organizados en torno a la noción de autonomía profesional hacia mecanismos más complejos de regulación de las relaciones que convergen en el proceso de atención (Báscolo, 2002). El estado de situación que presentamos en el primer capítulo delineaba en el GBA un conjunto complejo de desafíos condensados en la idea de *fragmentación*. En ambos contextos (el general de las reformas y el de la agenda del GBA) se inscribe la política de atención de la salud en este período, y en esa perspectiva debe ser también analizada.

Los dispositivos seleccionados expresan distintas tomas de posición de los actores gubernamentales (desde la nación y la provincia) frente a la necesidad de cambio (nos referimos al Programa Remediar, al Plan Nacer y al SPSP) o bien su omisión en el sostenimiento de viejas iniciativas (que es el caso del RSCP). Sin embargo, estas diferencias no se advierten a simple vista, ni siempre están explicitadas en los discursos que las sustentan.

Aunque hacemos referencia en algunas situaciones al contexto singular del dispositivo de políticas, nuestro foco está puesto en los instrumentos como un *tipo particular de institución cuya finalidad es alcanzar un modelo deseado de organización de la atención de la salud a través de la regulación de relaciones*. Estos dispositivos movilizaron (en 2010 para el GBA) recursos económicos de muy diferente magnitud (el Programa Remediar, 21 millones de pesos en la distribución de botiquines; el Plan Nacer, 22 millones; y el RSCP, 773 millones). Cabe destacar que se trata de inversiones que operaron sobre estructuras regulares que suponían un gasto agregado superior a los 3.000 millones de pesos que realizaban (en orden de importancia) municipios, provincia y nación en los establecimientos estatales.

En función de examinar los cambios que las políticas buscaron producir, retomamos los ejes que organizan relaciones entre actores que propone Belmartino para analizar los procesos que convergen en la atención: las relaciones entre “población y prestadores”, las que se entablan entre “financiadores y proveedores de atención” y, por último, la interacción entre “las organizaciones de financiamiento y/o provisión de atención médica y las autoridades locales y regionales” (2008: 129-130). En función de este esquema, analizamos los instrumentos genéricos utilizados por estos dispositivos, detectando convergencias y divergencias en los cambios propuestos desde la nación y la provincia.

La relación entre población y proveedores

El núcleo de problemas en torno a las *relaciones entre población y prestadores* concentró gran parte de la atención de la política nacional en este período. La jerarquización del primer nivel asistencial como organizador del sistema fue planteada originalmente en el Plan Federal de Salud 2003-2007,¹ y posteriormente se tradujo en la preocupación por garantizar el acceso a los servicios con el fin de erradicar las barreras económicas. Con la excepción del RSCP, los otros tres dispositivos estaban imbuidos de ideas de cambio a partir de las cuales se buscaba generar distintos tipos de *controles sobre la práctica de los servicios*.

La provisión directa de medicamentos esenciales parece haber sido el instrumento genérico con mayor incidencia en la atención, habida cuenta del alcance en la distribución de botiquines. La decisión firme de sostener su “distribución centralizada y dirigida a los CAPS” (en los debates en el Consejo Federal de Salud –COFESA– y en el diálogo con los gobernadores) se buscó fortalecer y jerarquizar el primer nivel con vistas a reorientar una demanda que venía concentrándose en los hospitales. Los datos para el GBA muestran un cambio en la composición de las consultas según nivel asistencial que habla de un incremento de la incidencia de aquellas realizadas en los CAPS, al ritmo de la expansión de la cobertura del Remediar (anexo: gráfico 16).

La existencia de formas mercantilizadas en el acceso a los servicios era parte de un diagnóstico compartido por los actores en ambos niveles y un desafío particular en las condiciones de la atención, especialmente en los establecimientos del primer nivel. En ese contexto, la insistencia y el resguardo de la gratuidad como requisito para permanecer como instancia de implementación buscaron derribar esa barrera. Se trata de un instrumento que fue utilizado por los tres dispositivos, aunque tuvo singular importancia para el Remediar y, posteriormente, para el Plan Nacer y el SPSP.

Aunque la condición de gratuidad de las prestaciones no estaba explicitada en el convenio de adhesión en la primera edición del Programa PROASP-Remediar, los testimonios de sus protagonistas insisten en la existencia de esta condición. Recién en la segunda edición (FEASP/Remediar+Redes), la gratuidad en la entrega del medicamento y de las consultas se incorporó como requisito de elegibilidad en la normativa del programa (Reglamento operativo Remediar+Redes, Contrato 1903 OC-AR, pp. 52 y 152-153). Los instrumentos

¹ En el capítulo 3 hicimos una presentación de los lineamientos que organizan el Plan Federal de Salud 2003-2007.

de auditoría y la institucionalidad de las reglas de juego (primero informales y con estatus formal después) propias de un programa con financiamiento externo, se combinaron con el fin de derribar esa barrera económica al acceso.

Distintos instrumentos se orientaron a condicionar la asignación de los recursos económicos a través de regulaciones o de la información, con el fin de orientar la práctica médica en el sentido no solo de ampliar la cobertura sino también de avanzar en la garantía explícita de un piso de prestaciones para toda la población. La utilización de un vademécum unificado (gestionado posteriormente a través del mecanismo del *clearing* y de la reposición de *stock*) y la capacitación en el uso racional de los medicamentos apuntaron a controlar una dimensión de la autonomía de la práctica médica: la variabilidad en las prescripciones de los medicamentos. Con la misma finalidad pero con la perspectiva de garantizar prestaciones de manera explícita, el Plan Nacer y el SPSP apelaron a un nomenclador de prácticas médicas validadas.

La preocupación por asegurar la cobertura de servicios de salud a la totalidad de la población fue otra de las preocupaciones de la política pública. La nominalización de la atención fue un instrumento genérico compartido por estos tres dispositivos desde el cual se buscó reorientar la dinámica de trabajo en el primer nivel. No obstante, se detectan diferencias en los énfasis y en el significado del instrumento en el contexto de cada dispositivo. Mientras que el Plan Nacer y el SPSP empadronan a la población y buscan avanzar (al menos en el diseño) hacia la responsabilidad nominada, el Programa Remediar utiliza la nominalización como una herramienta de control tanto de la entrega de medicamentos como de la prescripción de parte de los profesionales.²

La cobertura condicionada a la no disposición de obra social es el instrumento que, en el plano de las *relaciones entre la población y los proveedores*, pone en evidencia la coexistencia de dos modelos sanitarios y la profundización de la apuesta por asegurar prestaciones al núcleo de población sin cobertura: uno perfilado hacia la construcción de un *seguro público provincial* representado tanto por el Plan Nacer como por el SPSP; y otro hacia el fortalecimiento de la *oferta pública* que caracteriza (más allá de la definición de su población objetivo)³ al Programa Remediar.

² Cabe destacar que el componente “redes” del Programa FEASP/Remediar+Redes contaba con un conjunto de instrumentos que permiten incluirlo en el modelo de seguro acotado a dos enfermedades crónicas.

³ Aunque el Programa Remediar estaba destinado a la población sin cobertura que estuviera debajo de la línea de pobreza, las rutinas y los procedimientos no impedían la entrega del medicamento al resto de la población.

En el caso del Plan Nacer, la nominalización se vio reforzada por dos dispositivos de la política de seguridad social: la Asignación Universal por Hijo (AUH) y, posteriormente, la Asignación Universal por Embarazo (AUE), que sostuvieron la condicionalidad de los controles de salud para el otorgamiento de las asignaciones. Esta novedad reviste particular relevancia porque permitió vincular el padrón de población del subsector estatal con los registros nacionales de la ANSES.⁴ Se trata de una sinergia entre instrumentos que Flanagan, Uyarra y Laranja (2010) denominan *policy mix*. Esta articulación introduce en la dinámica local dos nuevos actores: las Unidades de Atención Integral y las oficinas de la ANSES.

Si la política se compone de las acciones pero también de las omisiones del Estado en relación con una cuestión, debe destacarse que –a pesar de la magnitud de los recursos movilizados– el RSCP no contaba con ningún instrumento específico orientado a modelar las relaciones entre población y proveedores, ni en relación con las condiciones de acceso (incluida la gratuidad), ni en la definición de la población objetivo, y menos aún en la regulación de la práctica médica.

Las relaciones entre financiadores y proveedores

Sobre un modelo dominante basado en el desarrollo de la oferta estatal con algunos esfuerzos más o menos sistemáticos por insertar a los establecimientos como proveedores en la seguridad social,⁵ dos dispositivos buscaron generar algún tipo de separación de funciones entre prestación y financiamiento. Se trata del SPSP y, posteriormente, el Plan Nacer.

El instrumento del pago por cápita estuvo presente en ambos dispositivos, aunque en uno y otro caso mediatizando relaciones diferentes. En el Plan Nacer fue utilizado para realizar las transferencias desde el Equipo Nacional de Compra de Servicios de Salud (ENCSS) hacia el Equipo Provincial de Compra de Servicios de Salud (EPCSS). En el SPSP fue el instrumento con el que se pagaba a los profesionales, a través de acuerdos con las entidades.⁶ En ambos casos, la existencia de un nomenclador determinaba aquellas prestaciones que se buscaba

⁴ Se trata de un instrumento también presente en sus antecedentes: el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados y el Plan Familias por la Inclusión Social.

⁵ La iniciativa más importante es la recuperación de costos con pacientes con cobertura a través del Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO) (Decreto Provincial 8801/77).

⁶ Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA), Federación Médica del Conurbano Bonaerense (FEMECON), Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires (FOPBA) y Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires (FABA) (Maceira, 2008a: 10).

garantizar a la población cubierta por este seguro. El Plan Nacer introdujo un instrumento que permitió no solo realizar alguna contratación adicional sino también distribuir recursos entre el personal de los servicios.

En el caso del Plan Nacer, el pago por práctica médica era otro instrumento que articulaba la relación entre el EPCSS y los prestadores, tanto públicos como privados. El sistema se completaba con una serie de débitos y multas que aplicaba el ENCSS a la provincia por distintos tipos de incumplimiento sobre las transferencias por el pago de cápita.⁷ Aunque centrado en la oferta y sin plantear ningún tipo de separación de funciones, la existencia en el Programa Remediar de un vademécum centralizado contribuyó al control de la asignación de recursos de parte de los proveedores de salud.

Con distinta intensidad, estos instrumentos combinaban el recurso regulatorio y el económico. El primero estaba presente de manera dominante en el nomenclador y en los débitos y las multas; el sistema de compra capitolativo y el pago por práctica médica eran –siempre según la clasificación de Vedung (2005)– instrumentos que movilizaban, básicamente, recursos económicos.

Interacciones entre las organizaciones de financiamiento y/o provisión de atención médica y las autoridades locales y regionales

El tercer eje de cuestiones recorta más particularmente el dominio de las relaciones intergubernamentales y encuentra a los cuatro dispositivos buscando incidir en los procesos de toma de decisiones de las agencias estatales a cargo. Aquí concentramos el análisis en los instrumentos genéricos que utilizan y en sus recursos, mientras que en el apartado siguiente ponemos el foco en las relaciones políticas que buscaron generar.

Apelando a distintos actores y variando en el papel conferido a los niveles subnacionales, tres dispositivos (el SPSP, el Programa Remediar y el Plan Nacer) movizaron instrumentos de tipo contractual (Dourado y Elías, 2011) para institucionalizar los compromisos entre la nación, la provincia y los municipios (convenio marco, convenios de adhesión y compromisos de gestión). Se trata de instrumentos regulatorios fundados en la negociación y el acuerdo que –en los dos dispositivos nacionales– fueron reforzados desde otros instrumentos

⁷ Las causales de los débitos y las multas eran diversas y tenían que ver tanto con incumplimientos en los criterios de población objetivo como en la utilización en gastos no elegibles, demoras en los pagos o incumplimiento en la realización del depósito a cargo de la provincia desde fuentes presupuestarias (Plan Nacer, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial, Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, 2008, Manual operativo, septiembre, pp. 52-55).

basados en la información. Hacemos referencia a los mecanismos de auditoría concurrente, a la línea gratuita para denuncias y reclamos y (en los primeros tiempos del Remediar) al control social con voluntarios del tercer sector. Cabe destacar que tanto el Programa Remediar como el Plan Nacer incorporaron el nivel establecimiento (CAPS para el primero y proveedores para el segundo) como actor en los instrumentos de coordinación tanto en los compromisos de gestión como en los convenios de administración de fondos. El Plan Nacer introdujo en los convenios con los municipios el compromiso en el sostenimiento de los presupuestos municipales, un mecanismo adoptado para garantizar el alineamiento y la complementación de los esfuerzos entre jurisdicciones.

La compra y la distribución centralizada y directa a los CAPS fue un instrumento que caracterizó al Programa Remediar en el contexto de la crisis, desde el cual se resguardó la posibilidad de priorizar el primer nivel y trabajar por la remoción de las barreras económicas en el acceso. La centralización fue propuesta y sostenida por la primera gestión ministerial y puesta en discusión cuando menguaban los recursos bajo la gestión de la ministra Graciela Ocaña en 2008.⁸ La activación del segundo tramo del crédito (FEASP/Remediar+Redes) y el cambio en las autoridades retrotrajo estas discusiones al esquema centralizado, convertido, a partir de entonces, en el corazón de la logística territorial de un conjunto de los programas del Ministerio nacional.⁹

La acreditación/habilitación de servicios fue otro de los instrumentos utilizados por los distintos dispositivos, a excepción del SPSP. En el RSCP este instrumento tenía una importancia fundamental ya que los establecimientos, las camas y el nivel de complejidad con que fueran acreditadas eran indicadores que definían el 37% de los recursos que recibirían los municipios en concepto de coparticipación provincial. Aunque se trataba de un instrumento regulatorio, intervenían la región sanitaria elaborando un informe técnico y el Consejo Sanitario Regional prestando el acuerdo. Se trataba de un procedimiento informal aunque de uso casi regular.

El coeficiente único de distribución es el instrumento a partir del cual se realizaba la distribución secundaria de los recursos entre los municipios. Se trató de un instrumento no demasiado conocido en sus comienzos por los actores, que introdujo –desde finales de la década del noventa y en la salida

⁸ En el capítulo 4 hicimos referencia a las propuestas que se abrieron a alternativas logísticas descentralizadas.

⁹ Además de por el Remediar, se entregaban por este medio insumos correspondientes a los siguientes programas nacionales: Salud Bucal, Salud Ocular, Desparasitación Masiva, Salud Sexual (Ministerio de Salud de la Nación, FEASP/Remediar+Redes, 2007, Procedimientos operativos).

de la crisis— importantes diferencias en el financiamiento entre municipios y distintas distorsiones reiteradamente analizadas por otros estudios.¹⁰

El Programa Remediar hizo un uso diferente del instrumento “acreditación”. Contaba con un catastro de CAPS habilitados que se actualizaba conforme el resultado de las auditorías que condicionaban la ejecución del programa. Buscando introducir la idea de separación de funciones de compra y de provisión, el Plan Nacer establecía que los proveedores debían estar habilitados por la provincia. Así, el convenio de adhesión que suscribía el EPCSS con los municipios en la provincia de Buenos Aires comprometía a estos a cumplir las normas provinciales de “categorización habilitante para sus centros de salud” (Modelo de convenio de adhesión, cláusula 10).

Desde un modelo centrado en la figura del médico de cabecera, el SPSP utilizaba otro instrumento: la normalización de las habilidades del trabajador, cuya instrumentación fue objeto de distintas tensiones en la relación con los municipios, una dinámica que fue (tal como vimos en el capítulo anterior) modificando su significado. También en relación con este eje de problemas, *la lectura de los instrumentos insiste en presentar una realidad más matizada en relación con el papel que tienen los recursos económicos en el modelado de las relaciones entre agencias gubernamentales*. Estos instrumentos son de distinta índole y magnitud y combinaron los recursos económicos con los regulatorios y de información (Vedung, 2005).

El RSCP fue en el período el dispositivo de financiamiento intergubernamental más importante, aunque también (y como hemos visto) con menores regulaciones sobre las relaciones que organizaban al sector. Alrededor del 40% de los gastos que realizaban los municipios en salud en el GBA se financiaba a través de los recursos transferidos por este régimen, que se fue convirtiendo (de hecho y al calor de los cambios que se sucedieron en una década en la que se expandió el rol municipal en salud) en un incentivo financiero vinculado a la producción (anexo: tabla 15).

En un contexto de autonomía local fortalecida por las transferencias del RSCP, la política nacional buscó imponer otra lógica de articulación entre agencias gubernamentales. Los incentivos financieros vinculados a resultados que propuso el Plan Nacer se combinaron con otros instrumentos regulatorios que los hacía posibles, basados, como hemos visto, en la identificación de metas (lo que el Nacer denomina “trazadoras”), desde las cuales se precisaban aquellos

¹⁰ Distintos estudios fueron profundizando el análisis de sus consecuencias: Sbatella, 2001; Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, 2002; Iarussi, 2008; Maceira, 2008c; Barbieri, 2007; Chiara, Di Virgilio y Ariovich, 2010; Sotelo, 2010; López Accotto *et al.*, 2013.

aspectos del desempeño de los servicios que el plan buscaba incentivar. Los recursos resultantes de la facturación de prestaciones revertían en inversiones en equipamiento e infraestructura habilitadas por el programa, a la vez que en incentivos para el personal de salud (hasta el 50%).¹¹ Como se trataba de las pocas inversiones realizadas por instancias supralocales en este campo, cobraron relevancia en el plano de las relaciones entre agencias gubernamentales y con los prestadores que tenían, según lo establecido por el plan, soberanía para definir (bajo ciertas reglas de juego) la asignación de los recursos derivados de la facturación.

En este eje es donde mayores diferencias se constatan: mientras que los instrumentos del Programa Remediar buscaban intervenir de manera directa en la dinámica del primer nivel con el fin de garantizar determinadas condiciones de la atención, el Plan Nacer ponía el foco en la escena provincial buscando activar desde allí un esquema de regulaciones hacia los prestadores. En el nivel provincial, el RSCP contaba con un instrumento que generaba una dinámica inversa a los otros tres al movilizar recursos económicos significativos que contribuían a la autonomía municipal en salud. Esta fuerza autónoma podría haber sido contrarrestada por la acreditación de establecimientos, aunque su estatus informal la hizo vulnerable a distintos juegos de intereses. En el apartado siguiente analizamos los cambios en la institucionalidad que estos dispositivos buscaron modelar.

La producción de un nuevo marco institucional

En el apartado anterior caracterizamos los modelos de cambio implícitos en los dispositivos de políticas y sus instrumentos. El análisis de los problemas de la atención y de los recursos movilizados destacaba que los dispositivos nacionales y uno de los provinciales jerarquizaron el acceso con énfasis en el primer nivel de atención, y que a medida que fue avanzando el período se fue concentrando en la población sin cobertura. Los *dispositivos de política nacional y provincial se concentraron en el eje de las relaciones entre los proveedores y la población*.

Ahora bien, a la vez que un determinado contenido (que podríamos inscribir en el campo de la evidencia científico-técnica), la política pública condensa una fuerza de autoridad que hace que esto suceda. Lascoumes y Le Gales argumentan que el análisis de los instrumentos y su uso (lo que denominan

¹¹ Plan Nacer, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial, Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, 2008, Manual operativo, septiembre, p. 53.

“instrumentación”) revela y hace explícita una determinada teorización de la relación entre gobernante y gobernado [y entre niveles de gobierno, agregamos], ya que todo instrumento constituye una forma condensada de conocimiento acerca del control social y de sus formas de ejercicio (2007a: 3). Estos autores insisten en que los *instrumentos “en acto” no son solo una acción de contenido sino que* (independientemente de los objetivos que se plantean) *condensan un determinado conocimiento acerca del control social y de sus formas de ejercicio, y en ese sentido estructuran relaciones políticas* (ibid.: 10-11), algo similar a la “fuerza de autoridad” a la que hace referencia Vedung (2005).

A partir de este enfoque buscamos comprender los modos en que los dispositivos estructuran las relaciones entre niveles de gobierno; los interpelamos en el contexto particular de la implementación en el GBA, razón por la cual prestamos singular atención no solo a los mecanismos propuestos en el diseño original sino también a aquellos que fueron institucionalizados por el gobierno provincial. Las características de la matriz institucional en el GBA exigen prestar atención al municipio, ya que es el nivel de la implementación en el que convergen los cuatro dispositivos de políticas.

En las coordenadas institucionales del federalismo y dada la convergencia de distintas jurisdicciones con responsabilidad directa sobre los establecimientos, reviste singular importancia *reconstruir el marco institucional que estos dispositivos buscaron producir*, para analizar, posteriormente, su incidencia en el entramado de actores que sostiene los servicios. En estas páginas buscamos desentrañar el esquema de distribución de funciones que subyace a estos dispositivos. Nos interesa ver si las novedades introducidas en las reglas de juego concurren en conformar un nuevo lugar para los distintos niveles de gobierno en el sector, o si divergen en ese intento.

El recorrido hecho hasta aquí nos exime de reiterar los rasgos generales de los dispositivos. En este apartado ponemos el foco en la matriz institucional que en ellos subyace, mirándola, desde las distintas tradiciones del denominado nuevo institucionalismo, como un conjunto de reglas (North, 1995) y de rutinas organizacionales (March y Olsen, 1997), así como también como una concepción particular (Powell y Di Maggio, 1999) acerca del lugar que le cabe, en la política de atención, a cada nivel gubernamental.

Analizamos los dispositivos a partir de tres atributos que destaca la literatura para el análisis de los instrumentos. Por una parte, retomamos el *carácter directo de la acción*, propuesto por Vabo y Røiseland (2009) y Salamon (2002), que alude a las mediaciones que instituye un dispositivo de políticas entre los promotores y los destinatarios finales de la acción. Por la otra, el *grado de*

automaticidad y su *institucionalización*, un atributo, este último, identificado por Salamon (2002) que hace referencia a la medida en que cada dispositivo apela a la estructura existente o genera nuevas, distinguiendo si estas son formales o informales. Desde estos atributos buscamos reconstruir el modelo de organización que subyace a cada uno de los dispositivos y sus instrumentos. En el cuadro 6.1 presentamos el esquema de distribución de funciones según los modelos implícitos en los dispositivos seleccionados.

Si el capítulo anterior caracterizó los cambios que sufrieron los dispositivos en el camino de la instrumentación, la mirada se invierte ahora buscando reconstruir *el modelo de relaciones de poder que estos llevan implícito*, más particularmente en relación con el lugar que le confieren a la nación, a la provincia y a los municipios en su diseño. En la medida en que nuestro punto de partida es la política de atención de la salud (a través de los dispositivos seleccionados), el lugar que estos perfilaron para cada nivel jurisdiccional es nuestro punto de llegada.

Reiteramos una aclaración. Los cuatro dispositivos seleccionados *no son* la política sanitaria, sin dudas más vasta y compleja que la que estos representan. No obstante, consideramos (tal como ha resultado de la reconstrucción histórica) que constituyen buenos analizadores tanto de los intentos de cambio como de las inercias contrarias, dinámicas que forman parte *también* de la política pública aunque solo cobren visibilidad en la simultaneidad de la implementación.

La convivencia de distintas visiones acerca del papel del Ministerio nacional

Tanto el Programa Remediar como el Plan Nacer expresan el regreso del Ministerio nacional a la arena de los establecimientos estatales. En el primer caso, a través de un esquema directo y centralizado de provisión que proyectaba una nueva función para el Estado nacional. En el segundo, reconociendo la potestad de las provincias promoviendo la organización de seguros materno-infantiles. Para ambos dispositivos, las provincias eran, en el esquema federal, un punto de veto que se expresaba a través de la figura de los convenios de adhesión (Programa Remediar) o de los convenios marco (Plan Nacer) que (desde la formalidad institucional) podían suscribir (o podían ejercer también su autonomía negándose a hacerlo).

No sin conflictos, el Programa Remediar se abrió paso a través de la trama intergubernamental asistido por un conjunto de regulaciones y rutinas, instituidas desde su reglamento operativo, que fortalecieron la llegada *directa*

de la provisión gratuita de medicamentos esenciales a los CAPS. Con una *baja automaticidad* respecto de la organización ministerial nacional y provincial, la figura del operador logístico como estructura *ad hoc* de distribución parece haber sido un elemento clave para garantizar la entrega directa de los botiquines a los CAPS, que incluyó progresivamente insumos de otros programas del Ministerio nacional. Lejos del contexto de la crisis, el camino recorrido por el Ministerio a través del Remediar fue convirtiendo la provisión directa de medicamentos esenciales en una responsabilidad nacional, en la que habían comenzado a descansar los presupuestos provinciales y también municipales, como en el GBA.

Contrastando con el papel de proveedor asumido en relación con el fortalecimiento de la oferta que representa el Remediar, el Plan Nacer promovió en las provincias el replanteo hacia un modelo de organización de la atención basado en la idea de separación entre las funciones de financiamiento y de provisión. En el marco del federalismo, reconocía las potestades regulatorias de los Estados provinciales a la vez que les confería (a diferencia del Programa Remediar) márgenes institucionalizados de decisión, asumiendo el papel de promotor y regulador de la acción provincial.

Desde esta perspectiva, se trataba de un dispositivo *indirecto* que buscaba instalar un modelo de aseguramiento en las estructuras provinciales a la vez que incorporar a la discusión intergubernamental contenidos relativos a los resultados sanitarios. Sin dudas y tal como vimos en la reconstrucción histórica, la gestión de información en los espacios de interacción entre la nación y las provincias (tanto en el COFESA como en los CORESA) no fue una innovación del Nacer sino que se inscribió en una dinámica de trabajo que había inaugurado el Programa Remediar. Sin embargo, su originalidad radica en que introdujo indicadores de resultado (tanto de desempeño como epidemiológicos) a través de sus trazadoras.

A partir de una estructura *ad hoc* (también con *baja automaticidad* en el nivel nacional), el Plan Nacer gestionaba un conjunto de instrumentos de pago empleados en otros subsectores que formaron parte del repertorio empleado en la década anterior. La estructura de la Unidad Ejecutora Central (posteriormente llamada ENCSS) ejercía un conjunto de funciones fuertemente regulatorias que suponían una articulación permanente con las provincias, aunque por fuera de la estructura ministerial las funciones eran normativas, de regulación, gestión y financiamiento.

Un rasgo que distingue el posicionamiento del Ministerio nacional en uno y otro dispositivo es que mientras el Programa Remediar se presentaba como un recurso adicional a la inversión realizada por las provincias y los

municipios, el Plan Nacer condicionaba la implementación en la jurisdicción al aporte de una contraparte desde el presupuesto provincial y, en el caso de los municipios de la provincia de Buenos Aires, al compromiso de no reducción del presupuesto en salud (Plan Nacer, 2008, Manual Operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR, apartado 4.2.1).

La delimitación de la población objetivo condicionada a la no disposición de cobertura de obra social es una diferencia (relativa a los contenidos y destacada en el apartado anterior) que marcaba un posicionamiento diferente del Plan Nacer en relación con el subsector de obras sociales en la apuesta intergubernamental, ya que limitaba la responsabilidad del Ministerio nacional solo sobre la población no incluida en el subsector de la seguridad social o privada. Aunque este recorte estaba presente también en el Programa Remediar, los instrumentos de registro y de control no permitían establecer ningún tipo de penalidad o restricción al respecto, cosa que sí sucedía en el Plan Nacer.

Hacia la restitución de un lugar para la provincia en la dinámica intergubernamental

Desde el punto de vista institucional, la provincia es un punto de veto para la política nacional, no solo por el carácter federal de la organización sino porque allí radica la potestad sanitaria de la cual se derivan funciones vinculadas a la interlocución institucional con el contexto, a las funciones estratégicas relativas a la gestión de recursos y a la sanción de normas orientadas a los procesos de atención. La complejidad de la estructura prestacional a través de la cual se garantiza el derecho a la salud (especialmente para aquellos que no disponen de otra cobertura que la que provee el Estado) deja abiertas fisuras a través de las cuales, aun ejerciendo la potestad de no adherir a las iniciativas nacionales (Arretche, 2010), se define un papel diferente para la provincia en cada uno de los dispositivos de políticas.

Cuadro 6.1. Esquemas de distribución de funciones según los modelos implícitos en los dispositivos de políticas

Niveles de gobierno Dispositivos		Nación	Provincia	Municipio
NACIONAL	Programa Remediar (componente medicamentos esenciales)	Asegura financiamiento. Adquiere medicamentos y contrata operador logístico. Arma y envía botiquines. Gestiona el sistema de información y de auditoría. Asegura que los proveedores de medicamentos cumplan con las normas nacionales.	<i>PROAPS-Remediar:</i> Designa al responsable del programa. Asegura la custodia y la buena conservación de los medicamentos. Propone la incorporación de CAPS. Remite información a la nación en formularios del programa. Designa referentes regionales y/o municipales. Asegura el normal funcionamiento técnico y administrativo de los CAPS. <i>FEASP/Remediar+Redes:</i> Coordina el <i>clearing</i> .	<i>PROAPS-Remediar:</i> Ninguna función formal. Se establecen las responsabilidades de los CAPS. <i>FEASP/Remediar+Redes:</i> Designa al responsable del programa. Coordina el <i>clearing</i> .
	Plan Nacer	Norma, coordina y regula el proyecto. Define nomenclador. Acuerda metas y condiciones de calidad con las provincias. Establece techos para el uso de fondos para incentivos al personal. Asiste en la puesta en marcha y contribuye con el financiamiento del SMIP. Fiscaliza, audita y garantiza el cumplimiento de las normas de registro clínico.	Crea y mantiene operativa la EPCSS. Inscribe y mantiene actualizado el padrón de beneficiarios. Define valores para el nomenclador. Compra prestaciones a los prestadores. Aporta el 30% con presupuesto provincial. Fiscaliza a los prestadores. Norma y regula el SMIP. Establece el modelo de historia clínica. Suscribe compromisos de gestión con el prestador. Paga a través de la EPCSS. Fiscaliza la prestación de los servicios.	Las funciones que asumen los municipios según lo instituido por convenio de adhesión con la provincia hacen referencia a la responsabilidad sobre el cumplimiento de los servicios por parte de los prestadores y a la administración de los fondos en calidad de tercero administrador.
PROVINCIAL	Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial		Mantiene la potestad de la provincia en la acreditación de servicios, establecimientos y complejidad.	El instrumento <i>indirecto</i> que reconoce la autonomía del municipio en la asignación de los recursos. El municipio genera la información de la que deriva la asignación de los recursos.
	Seguro Público de Salud Provincial		El modelo organizativo apela a la <i>estructura regular</i> . Establece criterios de categorización de municipios y el diseño de las orientaciones del programa. Define el paquete básico ofrecido y el modelo prestacional. Fiscaliza y controla. Celebra convenios con entidades profesionales responsables de la <i>contratación directa</i> a los prestadores.	La Unidad Coordinadora Local (UCL). Era responsable de la gestión de los padrones y podía contribuir con el financiamiento del programa. Los CAPS son posibles lugares donde puede funcionar el SPSP.

Fuente: elaboración propia según: RSCP (López Accotto *et al.*, 2013); SPSP (Báscolo y Yavich, 2010; Maceira, 2008a), Programa Remediar (PROAPS-Remediar, Convenio marco con las provincias y Reglamento operativo FEASP/Remediar+Redes, Contrato 1903 OC-AR), Plan Nacer (Potenza dal Masetto, 2012 y Plan Nacer, 2008; Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial, Préstamos BIRF 7225-AR y 7409-AR).

La distribución de funciones del Programa Remediar perfilaba para la provincia un espacio relativamente formal en el contexto de la institucionalidad del federalismo: el consenso inicial de los ministros y la información permanente en el marco del COFESA, la firma del convenio de adhesión, la designación de un responsable del programa para participar de los espacios de las comisiones mixtas y la elaboración (con el acuerdo de la nación pero modificable en el marco de los acuerdos celebrados en esas comisiones) del listado de CAPS a ser incorporados en el programa. En su recorrido por el nivel provincial mostraba un bajo *grado de automaticidad*. La designación del responsable tenía como propósito la interlocución con la Unidad Ejecutora Central a la vez que participar de los espacios de articulación intergubernamental.

Tanto en la primera como en la segunda edición, las funciones más importantes asignadas por el Programa Remediar suponían que la provincia era responsable directa de los servicios, una potestad que, en el caso de Buenos Aires, estaba bajo la órbita municipal. Las funciones provinciales se concentraban en asegurar la custodia y la buena conservación de los medicamentos, remitir información a la nación en los formularios del programa, tomar las medidas necesarias para corregir los desvíos detectados en las auditorías regulares y, a partir de la segunda edición, coordinar el *clearing* de medicamentos entre CAPS, mientras que para hacerlo desde los CAPS hacia los hospitales, debía mediar la autorización de la nación.

Como puede advertirse, este esquema de distribución de funciones delimitaba un papel administrativo y de gestión que hacía responsable a la provincia de garantizar las condiciones de implementación en los servicios del primer nivel de atención. El mecanismo adoptado para la distribución de los botiquines (operador logístico) da cuenta del *carácter directo* de la acción en el momento de atravesar el nivel provincial, en el sentido de que no parece necesaria su intervención para el programa si esta no tuviera a cargo los establecimientos. La introducción en la agenda provincial del *clearing* de medicamentos (una función reclamada por las provincias y, en el caso del GBA, por los municipios) abrió un margen de flexibilidad importante en el sentido de la reasignación de los recursos, lo que mostró capacidad de adaptación a las necesidades de las jurisdicciones. En el caso de la provincia de Buenos Aires, esta función fue asumida por los responsables de la gestión de los servicios: los municipios.

Las funciones que el Plan Nacer instituye para las provincias son diferentes, así como también las responsabilidades que estas deben asumir para su implementación: crear y mantener operativo el EPCSS, comprar servicios a prestadores públicos y privados según nomenclador, aportar el 30% de las

cápitas a través del aporte del presupuesto provincial, rendir cuentas del uso de fondos, fiscalizar a los prestadores, normar y regular el seguro, suscribir compromisos de gestión con los prestadores y pagar a través del EPCSS. Este esquema de distribución de funciones se completaba con el reconocimiento explícito de otras potestades regulatorias que tenían las provincias en relación con el sector, que, en la organización del Plan Nacer, se convirtieron en una condición para la implementación. Es el caso de la responsabilidad de definir (en el marco de las orientaciones nacionales)¹² el modelo de historia clínica y las normas para la categorización habilitante de los establecimientos. Otras funciones suponían –de modo convergente con el Programa Remediar– que el nivel provincial era el responsable de los servicios, y en ese sentido le atribuía la función de inscribir y mantener actualizado el padrón de beneficiarios elegibles e informar mensualmente los cambios.

Visto desde las instancias centrales, el nomenclador es un instrumento muy importante para la definición de las garantías explícitas para la totalidad de la población, ya que permitía precisar (más allá de las diferencias entre jurisdicciones) qué prestaciones asegurar, las características que debían tener y el valor a pagar por ellas. Aunque la definición del nomenclador era potestad de la nación y formaba parte de las regulaciones presentes en el manual operativo del Plan Nacer, el establecimiento de los pisos y los techos del gasto en cada uno de los rubros permitidos¹³ a ser ejecutados por los prestadores era una responsabilidad provincial. Tal como plantea Potenza dal Masetto, su definición y alcance deben ser comprendidos dentro del contexto de la situación del sector salud en cada provincia (2012: 22).

En el caso de la provincia de Buenos Aires, los topes para el uso de los fondos diferían según la jurisdicción de los establecimientos: los municipios podían asignar hasta el 25% en incentivos al personal tanto para sus hospitales como para sus CAPS, mientras que los hospitales provinciales podían hacerlo en el marco de lo establecido por el convenio marco y por el manual operativo del

¹² La Disposición Unidad Ejecutora Central 33/2009 incorporó, dentro de los parámetros que deberán tener en cuenta los modelos de historias clínicas adoptados por las provincias, los datos obligatorios conforme lo establecido por el área regular: la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

¹³ Aunque fue presentado en el capítulo cuarto, recordamos que los rubros de gasto permitidos son adquisición de equipamiento, locación de servicios, insumos, mejoras edilicias y reparaciones, transporte y, dentro de los límites establecidos por la Unidad Ejecutora Central y los EPCSS, incentivos al personal que se encuentre trabajando como prestador, cualquiera que fuera su forma de contratación.

Plan Nacer (50% a destinar en incentivos a los equipos de salud, Disposición de la Unidad Ejecutora Central 5/2005). A esta decisión se sumaba la valorización del nomenclador, que, según testimonios, habría sido definida por la provincia buscando expresar las prioridades de las políticas en las diferencias de precios a pagar por cada prestación. Estas razones llevan a presentarlo como un dispositivo de acción *indirecta* en relación con la provincia.

Los instrumentos de articulación con los prestadores definidos por la provincia distinguen dos tipos de interlocutores: los municipios (que representan tanto a los prestadores del primer nivel –CAPS– como a los hospitales municipales) y los hospitales provinciales (modelos de *compromiso de gestión* con los prestadores y los hospitales). Tal como hicimos referencia en la reconstrucción histórica, la Unidad de Gestión del Seguro Provincial (UGSP) o EPCSS comenzó estando radicada en la Dirección de Atención Primaria de la Salud (2007-2008), pasó posteriormente a la Subsecretaría de Planificación en Salud en 2009 y terminó inscribiéndose, a partir de 2010, en el Programa Materno-Infantil como parte de la política de maternidad e infancia provincial. Este esquema se completaba con un equipo que, aunque inserto en la organización ministerial de la provincia, era financiado por el Plan Nacer.

El RSCP recogió de modo explícito las funciones a cargo de los municipios en un instrumento *indirecto* de corte devolutivo que buscaba reparar el impacto financiero por la descentralización de los servicios. Las transferencias que resultaban de este régimen fueron la vía más importante para sostener el financiamiento de las prestaciones municipales en salud, aunque fueron insuficientes para financiar el gasto en salud, cubriendo apenas la mitad del que realizaban los municipios en salud¹⁴ (anexo: tabla 15).

La acreditación de servicios, establecimientos y complejidad es un instrumento clave que podría condicionar los recursos a transferir a través de este componente. La estructura regular de la región sanitaria intervenía elaborando un informe técnico y poniendo a consideración de los secretarios de Salud municipales las propuestas en el seno del Consejo Sanitario Regional para su aprobación. Aunque atravesaba instancias regulares del funcionamiento de las regiones, no se trataba de rutinas institucionalizadas formalmente, y la decisión final estaba en la órbita política del Ministerio de Salud y, en algunos casos políticamente conflictivos, del gobernador de la provincia.

¹⁴ Alcanzó entre el 51,83% (con 340 millones de pesos) y el 45,38% (con 704 millones) del gasto en salud en el período 2004-2007 y 2008-2010, respectivamente (anexo: tabla 15).

El SPSP expresó (aunque con una incidencia muy limitada) la voluntad del Ministerio de intervenir —a través de la separación de funciones— en el primer nivel de atención organizando una estructura subordinada a la órbita provincial. Su esquema organizativo reprodujo los niveles de decisión del Ministerio aunque con *baja automaticidad*: una Unidad Ejecutora Provincial dependiente del ministro de Salud de la provincia tenía potestades para establecer criterios de categorización de municipios, el diseño de las orientaciones del programa y la definición del paquete básico ofrecido, así como también el modelo prescricional y de fiscalización y control. Asimismo, estaba prevista la existencia de un Consejo Asesor Provincial integrado por asociaciones profesionales.

Aunque mediado por acuerdos con estas asociaciones, la incorporación de médicos de cabecera a través de esta estructura *ad hoc* le permitía al Ministerio (al menos en su diseño) establecer una relación *directa* con los prestadores (médicos de cabecera, laboratorios de análisis clínicos y odontólogos) a través del instrumento del pago por cápita.

Delimitando un lugar para los municipios

Los municipios del GBA fueron —como analizamos en el capítulo anterior— un desafío para los dispositivos de política de atención de la salud debido a que tenían bajo su órbita la totalidad de los CAPS y una parte importante de los hospitales, razón por la cual convergieron allí los cuatro dispositivos. En estas páginas buscamos indagar cómo estos perfilan (o eluden) el nivel municipal como ámbito de gestión. Cada dispositivo apela al municipio desde distintas concepciones y termina construyendo su lugar menos desde las reglas que desde las rutinas organizacionales que instituyen buscando modelar la práctica.

Responsable de los servicios (Programa Remediar)

Los dispositivos nacionales analizados expresan, más allá de sus diferencias, la apuesta de la política nacional por fortalecer el primer nivel de atención desde la estrategia de la atención primaria en el GBA bajo la órbita de los municipios. Dado su carácter *directo* y de *baja automaticidad*, el Programa Remediar no enunciaba lugar alguno para el municipio en la institucionalidad formal de su primera edición (PROAPS-Remediar). El convenio de adhesión definía responsabilidades de la provincia que eran seguidas por las que correspondían a los directores de los establecimientos (Ministerio de Salud de la Nación, PROAPS, Modelo de convenio de adhesión).

A partir de 2008, con el FEASP/Remediar+Redes el municipio aparece de manera explícita en los instrumentos debido a que estaba obligado a designar un responsable del programa, quien era a su vez responsable del *clearing* de medicamentos entre los CAPS. Aunque desde el análisis de la estructura organizativa resulta difícil encontrar funciones explícitas para los municipios, la provisión de los medicamentos esenciales en los CAPS fue muy importante en la arena local.

Un conjunto de instrumentos del Programa Remediar configuró (en torno a la centralización de la gestión), rutinas organizacionales y reglas de juego que se fueron consolidando y ajustando en el transcurso de la implementación. Merecen destacarse los mecanismos de auditoría y la formalización de la gratuidad como requisito para ser incorporado y mantenerse como efector (y la prerrogativa de la Unidad Ejecutora Central de suspender la entrega de los botiquines), dos instrumentos que tuvieron gran relevancia –al menos desde la perspectiva de los secretarios municipales del GBA– habida cuenta de las situaciones de mercantilización presentes en los servicios.

La rutina de los encuentros tripartitos entre la nación, la provincia y cada municipio, con posterioridad a cada informe de auditoría, y la suscripción de los compromisos de gestión son instrumentos consensuales a destacar puesto que muestran el reconocimiento explícito del lugar del municipio como actor de la política local y su relevancia como responsable de lo que sucede en los CAPS. Estos instrumentos le confieren al municipio atribuciones relativas a la corrección de procesos vinculados al acceso a los servicios (resolución de situaciones de arancelamiento), a cuestiones vinculadas a la calidad de las prestaciones (relacionadas con las condiciones de mantenimiento de los botiquines), al cumplimiento de rutinas de prescripción y a la operación del *clearing*.

El esquema organizativo del Programa Remediar en el nivel local les devuelve a los municipios un papel acotado a cuestiones administrativas; las rutinas, sin embargo, muestran otro lugar. No obstante, esta perspectiva debe ser puesta en tensión con la mirada de los actores locales en el contexto de los problemas que enfrentan, un aspecto al que se aboca el apartado siguiente.

Administrador de los fondos (Plan Nacer)

En el marco del objetivo general de conformar seguros provinciales (materno-infantiles en este período), no sorprende que casi no existan referencias en los documentos nacionales al papel del municipio en la institucionalidad del Plan Nacer. La heterogeneidad de los patrones de dependencia gubernamental en que se fragmenta el subsector estatal en las distintas provincias argentinas permite

explicar el común denominador con que el Plan Nacer buscó contener esta diversidad en un balance entre rectoría y autonomía a la que hacía referencia uno de sus promotores: “... y en todos los niveles, porque obviamente este esquema de trabajo ha aumentado la capacidad de influencia de la nación en un contexto hiperdescentralizado” (entrevista a alto funcionario nacional, 11/2012).

Aunque la delimitación del alcance de la acción de los municipios fue decisión de la provincia, estuvo condicionada por las funciones que establecía la normativa del Plan Nacer para los prestadores públicos y privados. Desde la perspectiva de un funcionario provincial, se trataba de un plan muy pautado y normado, con escaso margen de adaptación en sus contenidos. Estos atributos son valorados frente a la politización que atravesaba la gestión en la provincia (entrevista a alto funcionario provincial, 9/2012).

Según el reglamento operativo del Plan Nacer, los prestadores contratados eran responsables de proporcionar servicios y cumplir con las metas y los objetivos: emitir cuasi facturas por las prestaciones, aceptar penalidades y multas, decidir la asignación de los fondos dentro de los parámetros establecidos por la provincia, asumir el compromiso por la gratuidad de las prestaciones, comprometerse a alcanzar metas sanitarias para la jurisdicción, aceptar los débitos y las multas que resultaran de la revisión de las prestaciones, y aplicar los fondos a gastos definidos como elegibles por el programa (en el marco de los parámetros particulares que estableciera cada provincia).

Los instrumentos de articulación desarrollados por la provincia de Buenos Aires buscaron preservar la autonomía de los prestadores contratados instituida por el Plan Nacer, a la vez que comprometer al nivel municipal bajo cuya jurisdicción se encontraba la totalidad de los CAPS y de los hospitales municipales. La figura del “tercer administrador” (disponible en el manual operativo y en la Disposición de la Unidad Ejecutora Central 10/2006) delimitó el papel del municipio en la implementación del plan.

A través del convenio de adhesión (para la implementación del Seguro Materno-Infantil Provincial del Plan Nacer en el territorio de la provincia de Buenos Aires) se instituyeron un conjunto de funciones que debían ser ejercidas por los municipios: algunas eran delegadas por la provincia (el empadronamiento de población es un ejemplo) mientras que otras eran inherentes a la responsabilidad que los municipios tenían sobre la prestación de los servicios en CAPS y hospitales (garantizar los mecanismos e insumos para que el efector pudiera cumplir con las prestaciones y asumir responsabilidad total sobre las prestaciones desde el punto de vista legal y profesional). Otras funciones estaban asociadas a la responsabilidad sobre el cumplimiento de resultados de

salud y la garantía acerca de la gratuidad de las prestaciones correspondientes al nomenclador cubierto por el plan.

La administración de los recursos se realizaba en representación de los prestadores solo en aquellos casos en que no estuvieran en condiciones legales de hacerlo. Entre estas funciones se destacan la creación y el mantenimiento del Ente Administrador de Fondos de Terceros, la recepción de la facturación del efector y la presentación para su cobro al EPCSS, la gestión de la cuenta especial y la responsabilidad de informar sobre la disponibilidad de fondos a cada efector.

Los instrumentos de coordinación entre la provincia y los municipios hacían explícitos los compromisos de estos últimos en el sostenimiento de los servicios, en el mantenimiento de los niveles de gasto y en el respeto de las potestades de los establecimientos para definir la asignación de los recursos que resultaran de la facturación. En la cláusula sexta del convenio de adhesión se enunciaba:

La municipalidad reconoce y acepta que el SMIP [Seguro Materno-Infantil Provincial] considera a los efectores ejes y pilares en la implementación y ejecución del mismo, por lo que las medidas y decisiones a tomar [...] deberán contar en todos los casos con la solicitud explícita del jefe del centro de salud prestador o referente nombrado a tal fin, quien será el responsable de detectar y evaluar las necesidades del efector y realizar en cada caso la solicitud sobre el destino de los fondos que le corresponde por las prestaciones nombradas, facturadas y efectivamente realizadas (Convenio de adhesión para la implementación del Seguro Materno-Infantil Provincial, Plan Nacer, en el territorio de la provincia de Buenos Aires).

Merecen destacarse dos cláusulas que reproducían las condiciones que el Plan Nacer le imponía a la provincia, pero esta vez hacia los municipios: por una parte, el compromiso de no disminuir el presupuesto anual asignado para el área de salud; por la otra, la responsabilidad de aportar fondos municipales ante las eventuales sanciones de reposición y multas que la UGSP pudiera aplicarle al ente administrador.

Un organismo con autonomía para asignar recursos (el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial)

El RSCP es el dispositivo que mejor reconoce la existencia del municipio como organismo autónomo para asignar una muy importante (aunque insuficiente) masa de recursos. Se trata de un dispositivo de financiamiento *indirecto*. Cabe insistir que la autonomía municipal para el manejo de los recursos está presente

desde el inicio en este dispositivo con el propósito de fortalecer el régimen municipal. Sotelo plantea que “el diseño de la coparticipación municipal tuvo como objetivo fortalecer el régimen municipal”, razón por la cual, y a diferencia de otras que proliferaron en este período,¹⁵ “ninguna de las transferencias son del tipo condicionadas en términos del uso que debe dárseles a pesar de que su distribución es realizada en función de indicadores de oferta o de utilización” (2010: 27). En palabras de uno de nuestros entrevistados, “desde el espíritu de la ley” (...) “son recursos por salud y no para salud” (entrevista a alto funcionario provincial, 10/2012).

El municipio realizaba el registro de la información (en consultas, egresos y camas disponibles), a partir del cual se calculaban las transferencias. Los datos eran procesados por la región sanitaria y posteriormente derivados al Ministerio de Salud provincial. Tal como estaba planteado (de manera manual y sin nominalizar población), se trataba de una rutina que reforzaba la autonomía de los municipios en las posibilidades (o no) de maximizar las reglas de juego, incluso a través de la sobredeclaración de prestaciones (Iarussi, 2008; Maceira, 2008c).

En los años previos pero muy particularmente en la salida de la crisis, este mecanismo devolutivo comenzó a operar (sin habérselo propuesto) como un incentivo basado en la producción, fundado a su vez en la plena autonomía de los municipios sobre la asignación de los recursos recibidos por este concepto, en el marco de las potestades que les confería la Ley de Coparticipación y con un *alto grado de automaticidad*. Insistimos en este aspecto ya que no es posible afirmar –según resulta de nuestro análisis– que la sola existencia de estos indicadores en el coeficiente único de distribución haya logrado imponerse al conjunto de los actores como una regla de juego orientada a promover el desarrollo de la complejidad en los servicios. Los municipios tienen libre disponibilidad de los recursos de la coparticipación y la resultante del cálculo del denominado Régimen de Salud se disuelve en la arena municipal, por lo que queda la decisión de la asignación en el escenario de la discusión presupuestaria con cada legislativo y/o en la órbita de las secretarías de Hacienda o Economía municipales. Hasta aquí, las reglas de juego y la tensión inherente a su diseño. La incidencia en el entramado de actores de este dispositivo de políticas es objeto de análisis del apartado que sigue.

¹⁵ Cabe aclarar que estamos haciendo referencia al resultante de la coparticipación y no a la totalidad de los fondos especiales que complejizan el esquema de distribución de recursos, especialmente en este período (López Accotto *et al.*, 2013).

Organizador de la demanda (el Seguro Público de Salud Provincial)

El SPSP perfiló una vía alternativa de acceso de la población al sistema organizando una estructura con *baja automaticidad* que estaba fundada en instrumentos utilizados por la seguridad social y en el involucramiento de las organizaciones representativas de los profesionales. Interesa en este apartado concentrarnos menos en el modelo sanitario que en su alcance en las relaciones entre la provincia y los municipios. Para ello, buscamos desentrañar el lugar que les fue conferido a los municipios en el diseño original de la propuesta. En el apartado siguiente pondremos estas nociones implícitas en tensión con la perspectiva de los actores, especialmente los secretarios de Salud municipales.

Con la preocupación por garantizar el acceso a las prestaciones del primer nivel de atención, el SPSP buscó fortalecer el rol de rectoría¹⁶ del Ministerio aportando (en palabras de sus promotores) “efectores propios en el primer nivel de atención” desde los que articular los programas del Ministerio. Distintos instrumentos pretendieron organizar una llegada *directa* a la población a través de los prestadores (profesionales médicos, laboratorios, farmacias y odontólogos) que, en un principio, alcanzó a las manzanas del Plan Vida y, posteriormente, a su población objetivo en el marco del Plan Educabilidad: el empadronamiento, la responsabilidad nominada, la existencia de un nomenclador y los incentivos a los profesionales a través de un sistema de compra caputivo.

Desde un punto de vista formal, el marco organizativo propuesto por el SPSP reconocía funciones muy limitadas para los municipios. En el nivel local estaba prevista la conformación de una Unidad Coordinadora Local, que sería la responsable de la “gestión de los padrones y podía contribuir con el financiamiento del programa” (Maceira, 2008a: 13). Al menos en su diseño, los CAPS eran un lugar posible desde el que podrían funcionar los médicos de cabecera como efectores dependientes del SPSP. Las organizaciones profesionales de segundo grado y sus círculos médicos conformaban una estructura de *baja automaticidad* que vertebraba el financiamiento y la información. En palabras de uno de sus promotores: “*En realidad, para nosotros siempre fue un sistema público, una forma de gestionar diferente y a través de las entidades profesionales que son sin fines de lucro, o sea, no fue una privatización*” (entrevista a alto funcionario provincial, 9/2008).

¹⁶ Las tareas comprendidas en la rectoría sectorial de la autoridad sanitaria son conducción, regulación, modulación de la financiación de la atención en salud, vigilancia del aseguramiento, armonización en la provisión de los servicios, regulación y ejecución de las funciones esenciales de salud pública (OPS-USAID, 2005).

Los hospitales estatales (tanto municipales como provinciales) eran los lugares de referencia para derivaciones, tanto para estudios complementarios, consultas con especialidades e internaciones. En ese sentido, la propuesta operaba, de hecho, recuperando la puerta de entrada a la atención bajo la órbita provincial. Subyacía a su diseño un diagnóstico acerca de la heterogeneidad de las prestaciones y modalidades de acceso que se había modelado en los municipios con posterioridad a la descentralización y que resultaba (en la práctica) en desiguales condiciones para el ejercicio del derecho a la salud. Esta preocupación era compartida (a excepción del RSCP) por los demás dispositivos analizados.

El estudio de la implementación del SPSP sobre un conjunto de casos municipales realizado por Báscolo y Yavich (2010) pone en evidencia que “la puja que constituyó el eje de la interface provincia-municipio estuvo dada por la tensión entre la búsqueda de fortalecer la regulación provincial y la autonomía de los actores municipales. La interface municipal gira en torno a la puja por la apropiación de los recursos ofrecidos por el SPSP y la definición del modelo de gestión y atención municipal” (ibíd.: 160). Las variables indagadas en ese estudio hacen referencia al liderazgo, la fortaleza técnica y la coherencia política, y a las alianzas del equipo de gestión del SPSP con las secretarías municipales (ibíd.: 177). En esa interface, los actores disputaban por las decisiones acerca de la designación de los profesionales, pero también construían significados sobre estos instrumentos en el contexto singular de la implementación local, una mirada que reconstruimos en el apartado siguiente.

Políticas y actores en el diálogo de la instrumentación

Analizamos hasta aquí los modelos de cambio que orientaron el diseño de los dispositivos de políticas, así como también el esquema de distribución de poder que promovieron. *Anima esta perspectiva el reconocimiento de una relativa independencia de la política respecto de la trama de las relaciones intergubernamentales.* Se trata de simplificaciones de los procesos de toma de decisiones entre actores que entran en tensión con la complejidad y los desafíos que enfrenta el subsector estatal en el GBA. En un nivel meso de análisis de las políticas, en este apartado se analizan las alteraciones, los reforzamientos y/o las modificaciones que produjeron los dispositivos en el *entramado de actores* que sostenía, en este período, el complejo y fragmentado esquema de servicios estatales de atención de la salud.

Regresamos al análisis desde otra perspectiva. Mientras que en el capítulo anterior buscábamos detectar las marcas que dejaron los actores (por acción u

omisión), aquí analizamos los cambios generados por los dispositivos sobre el entramado que sostiene los servicios. El apartado se completa con un regreso a los contenidos de las políticas, recuperando la mirada de los actores en relación con los principales desafíos implicados en la apuesta por restaurar condiciones de igualdad en el acceso a los derechos.

Alteraciones en el entramado de actores

La reconstrucción que venimos haciendo perfila un punto de tensión entre, por una parte, la estructura y dinámica de la trama de actores preexistente¹⁷ y, por otra, los intentos por modelar un marco institucional que expresa cada uno de los dispositivos. La inercia de la historia larga y otra más reciente que se actualiza en la responsabilidad que tienen los distintos actores gubernamentales sobre la dinámica de los servicios de atención tensiona con (o es reforzada por) los modelos organizativos de los dispositivos que asignan responsabilidades y confieren o limitan los márgenes de decisión a los actores. En el contexto de esa tensión se van produciendo los cambios en la posición de los actores en el entramado (figura 6.1).

A partir de los aportes de la literatura, nuestro análisis pone el foco en dos atributos. Por una parte, el *grado de coerción* propuesto por Salamon para dar cuenta de cómo cada dispositivo restringe (alentando o desalentando) el comportamiento opositor de los actores (2002). Por otra parte, el *modelo de articulación*, un atributo destacado por Dourado y Elias (2011) a través del cual buscan distinguir si los instrumentos se basan en formas de negociación directa o en la generación de incentivos de distinto tipo desde instancias centrales. Estos dos atributos tienen una relevancia singular en el contexto del federalismo, que reconoce, entre otros rasgos, la existencia de actores con base territorial que poseen ideas e intereses diferentes, así como también la existencia de arreglos institucionales y reglas de juego que les permiten tomar decisiones (Obinger, Leibfried y Castles, 2005: 44).

Los cuatro dispositivos proponen (aunque con diferencias) un *modelo de articulación* en el que se combinan instrumentos basados en incentivos económicos con otros (menos) fundados en la negociación. Sin embargo, los incentivos parecen adquirir fuerza para regular relaciones cuando combinan recursos económicos con los regulatorios que nominalizan la asignación y

¹⁷ Hacemos referencia a la trama que sostiene los servicios que hemos reconstruido y analizado en el capítulo anterior.

generan evidencia de su implementación a través de auditorías concurrentes. Esta combinación aparece en los *dispositivos nacionales* y se institucionaliza por medio de los manuales operativos acordados con los organismos multilaterales de crédito (el BID para el Programa Remediar y el BIRF para el Plan Nacer). La condicionalidad para la asignación de los recursos está presente de distinto modo en los instrumentos de cada programa y se formaliza con altos niveles de *coerción* en las reglas de juego.

El regreso del Ministerio nacional al primer nivel de atención

El Programa Remediar fue un dispositivo clave a través del cual el Ministerio nacional regresó a la arena de los servicios del primer nivel de atención, asumiendo un papel activo en la provisión de medicamentos. Expresa un *modelo de articulación* que combinaba instrumentos basados en incentivos (provisión de medicamentos esenciales) con mecanismos consensuales desde los cuales procesar la información sobre los resultados de la gestión. La distribución centralizada y directa y la capacidad de suspender la entrega de los botiquines frente a incumplimientos muestran el alto nivel de *coerción* del programa.

Los espacios regulares de trabajo parecen haber mediado entre la debilidad del papel asignado a las instancias subnacionales por la institucionalidad de los acuerdos intergubernamentales, y la potencialidad del Programa Remediar para promover cambios en los servicios desde sus incentivos (la entrega de botiquines). Las “batallas” contra la mercantilización en los CAPS representó un cambio importante en el GBA. Dada la centralidad que tuvo como instrumento frente a las barreras económicas en el acceso, profundizaremos estas perspectivas en las páginas que siguen.

A diferencia de otras iniciativas, el Programa Remediar asumió una función crítica que apuntaba a uno de los núcleos de la responsabilidad de los municipios sobre los servicios del primer nivel: la provisión de medicamentos. En este contexto, eclipsó a la provincia como actor, aunque alivió a su vez su responsabilidad en la provisión de medicamentos, un aspecto altamente valorado por los entrevistados en el nivel provincial. Al menos por los testimonios relevados, parece haber facilitado la acción de las secretarías de Salud tanto en la regulación de la práctica clínica de los profesionales (homogeneizando la prescripción de medicamentos) como en el ordenamiento en las condiciones de acceso, en algunos casos reguladas por la acción de las sociedades de fomento.

La dificultad que muestran los municipios para mantener la incidencia del gasto en salud en sus presupuestos¹⁸ puede explicar la importancia que adquiere el Programa Remediar para la gestión de los servicios. Este análisis evidencia la existencia de una brecha entre el lugar asignado al municipio en la institucionalidad formal y el lugar conferido en la implementación por sus rutinas, que estructuraron una relación directa (aunque acotada a la resolución de problemas) entre los secretarios de Salud municipales y la Unidad Ejecutora Central del programa.

Los gobiernos locales como mediadores entre la provincia y los establecimientos

Desde un *modelo de articulación* más complejo, el Plan Nacer estaba basado (casi fundamentalmente) en un esquema de incentivos diferenciados por niveles: sistemas de pago por cápita desde la nación a la provincia y de pago por prestación desde esta a los prestadores. El plan hacía eje en la responsabilidad nominada y contaba con un sistema de débitos y multas para regular el cumplimiento de las condiciones establecidas en sus reglas de juego. Compartía con el Programa Remediar estar regulado por la institucionalidad del manual operativo acordado con el BIRF.

El Plan Nacer, mientras que reconoce cierto margen de adaptación por parte de las provincias, presenta, en relación con este nivel, un nivel medio de *coerción*. En ese contexto fue aprovechado por el Programa Materno-Infantil para recuperar alguna centralidad de la provincia en la arena local en el GBA, un espacio que había perdido en la salida de la crisis (Potenza dal Masetto, 2012). El Plan Nacer tuvo para la provincia un interés adicional, puesto que incorporó también a los hospitales como proveedores de servicios de salud, con los que se celebraron compromisos de gestión equivalentes a los suscriptos con los proveedores y las autoridades municipales. Aunque no disponemos de información sobre el impacto presupuestario de la facturación, se trató de uno de los pocos dispositivos nacionales que aportaron recursos para financiar gastos no recurrentes en un escenario muy condicionado por los problemas de financiamiento de la provincia.

La dificultad para hacer inteligibles los instrumentos para el conjunto de los actores se tradujo también en mayores niveles de *coerción* en la relación entre provincia y municipios en el sentido de limitar comportamientos opuestos a las

¹⁸ Ver la tabla 5.6 en el capítulo anterior.

decisiones del plan. La desigual dotación de los equipos provinciales respecto de los municipales marcó (al menos en una fase inicial de implementación del plan en la provincia) también diferencias en las posibilidades de comprender el alcance de algunos instrumentos, como por ejemplo la valorización del nomenclador desde el cual la provincia imprimía sus prioridades a los incentivos del Plan Nacer.¹⁹

Lo que hace la provincia es definir cuánto paga por cada prestación. Es un tema muy importante porque allí se definen prioridades por nivel. Lo definen los economistas según cálculos complejos. (...) Es un tema tan complejo que nadie lo discute. Combina costos micro con incidencia de la práctica, en una perspectiva de qué se quiere fortalecer (entrevista a alto funcionario provincial, 9/2012).

En el apartado que sigue provocamos algunos contrapuntos entre las perspectivas de los distintos niveles gubernamentales en relación con los incentivos como instrumentos y su relación con el contexto de la implementación. Las limitaciones de los CAPS como proveedores (según los documentos del Plan Nacer) para facturar y administrar fondos y la existencia del municipio como actor de la política sanitaria son dos rasgos de la organización del subsector estatal en el GBA que entraron en tensión con las ideas que organizaban, como vimos en el apartado anterior, el Plan Nacer. Así relataba ese desajuste un funcionario municipal: *“No tienen personería. Eso fue un error garrafal del Nacer desde el principio: pensar que el centro iba a ir a comprar. ¿Cómo? ¿Cómo rendía? ¡Es el Estado!”* (entrevista a alto funcionario municipal, 11/2012).

Dado que los CAPS no tenían el estatus necesario para ejercer las potestades en el manejo de los recursos que el Plan Nacer les asignaba, el municipio se convirtió en el administrador de los fondos de los proveedores que resultaran de la facturación. Esta forma de resolver el problema terminó trasladando la tensión hacia el entramado local, definida entre el incentivo a la autonomía de los CAPS, por una parte, y el margen de decisión del gobierno local, por la otra. Equipos de los centros y secretarios de Salud protagonizaron en el período inicial del plan en el GBA (2008 a 2011) una relación de tensión poco regulada desde el plan que (al menos desde los testimonios de los secretarios de Salud) fue condicionada, en cada contexto local, por la dinámica de trabajo previa, al tiempo que promovió nuevos procesos (normalización en la designación de

¹⁹ Cabe recordar que este análisis finaliza en el año 2011 y alcanza, por ende, el período de aprendizaje de los actores respecto del plan y sus reglas de juego.

los jefes de los centros, regularización de espacios de trabajo entre secretarías de Salud y los equipos de los CAPS, entre otras modalidades).

La imagen de uno de los secretarios muestra, si no la realidad, las nociones desde las cuales se explica este nuevo escenario:

Para comprar esas camionetas [para la recolección descentralizada de muestras] con el Nacer tuvimos que hacer una asamblea de todos los referentes del Nacer de los centros de salud y que adhirieran a comprar (entrevista a alto funcionario municipal, 11/2012).

La articulación entre el Plan Nacer, la Asignación Universal por Hijo y la Asignación Universal por Embarazo, a través de la condicionalidad de los controles de salud, introdujo dos nuevos actores en la arena local: las oficinas y las Unidades de Atención Integral de la ANSES, que establecían acuerdos de trabajo conjunto, especialmente en función del empadronamiento inicial.

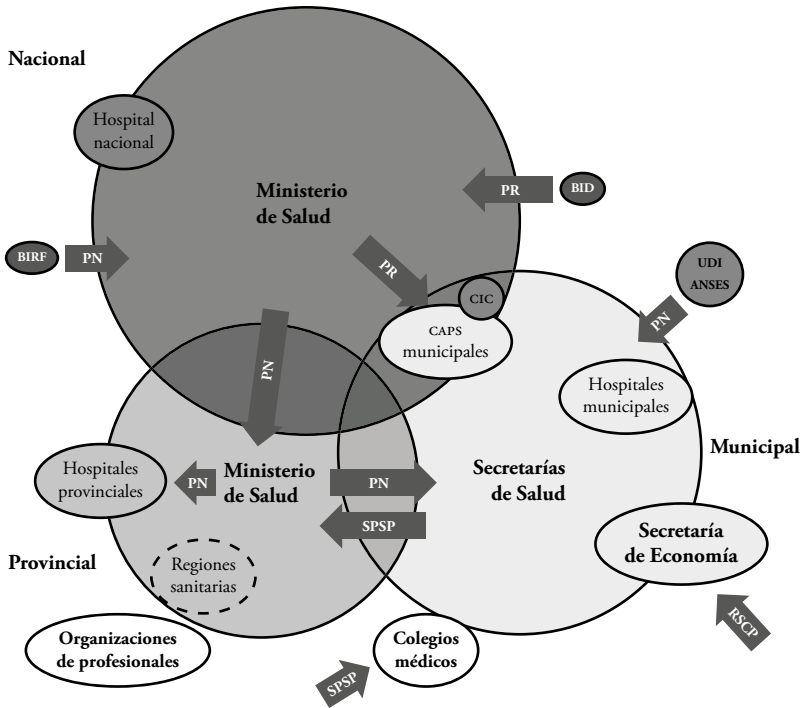
La visibilidad del financiamiento y la emergencia de los secretarios de Economía municipales como actores en el nivel local

El RSCP presentó un modelo de articulación basado en un mecanismo de cálculo de transferencias que (en el contexto del dinamismo que fueron adquiriendo los municipios en salud) fue dejando de ser un instrumento meramente devolutivo para convertirse, en la salida de la crisis, en un incentivo orientado a la producción. Existía también otro instrumento consensual, los acuerdos de los secretarios de Salud en el seno de los Consejos Sanitarios Regionales para la acreditación de servicios, camas y complejidad, pero muy débilmente institucionalizado. El *grado de coerción* de este dispositivo es muy bajo, ya que la información que alimentaba el cálculo de la coparticipación era generada por los mismos municipios y débilmente auditada por los organismos provinciales. Suele argumentarse que se trataba de uno de los componentes más permeables a la acción de los actores (López Accotto *et al.*, 2013).

A pesar de las debilidades y problemas que tenía como instrumento de financiamiento, debe destacarse que se trataba de uno de los dispositivos que mayor congruencia presentaba con la autonomía que —en la práctica y sin mediar modificación del marco institucional— fueron adquiriendo los municipios en el GBA en esta década. La progresiva visibilidad que fue teniendo este dispositivo en la política sanitaria hizo emerger en la arena local a los secretarios de Economía o de Hacienda como interlocutores de sus pares de salud, aunque no siempre con perspectivas convergentes. Debe destacarse que, aun con incentivos distorsivos

asociados a la producción y reproduciendo la tendencia al desarrollo de la alta complejidad, la visibilidad que adquirió el dispositivo introdujo la cuestión del financiamiento al debate sectorial en el nivel municipal. El desarrollo progresivo de los establecimientos con internación y el cambio en los niveles de complejidad advierten acerca de la influencia que estos incentivos fueron adquiriendo en algunos municipios (anexo: tablas 14 y 15).

Figura 6.1. Cambios en el entramado de actores desde los dispositivos seleccionados, 2004-2011



Fuente: elaboración propia.

El *desarrollo de los servicios de alta complejidad* es un punto en tensión en la mirada de los secretarios de Salud municipales. Las perspectivas mayormente críticas entran en tensión con otras de aceptación:

Finalmente, lo que se termina premiando y financiando es eso, son las camas con alta tecnología, lo que implica internación, y todas esas otras prácticas que

son más saludables para la población son las que tienen después menos rédito (entrevista a alto funcionario municipal A, 11/2012).

Vos tenés carísimas las terapias intensivas y si hacés política en líneas como, por ejemplo, control de embarazo y parto de bajo riesgo, evitarías dos terapias, la de adultos y la neonatal, en la que hay chicos que se pasan un mes o más, porque nacen por debajo del peso (...) Poniendo más plata en el primer nivel evitarías eso (entrevista a alto funcionario municipal D, 11/2012).

Creo que Malvinas Argentinas ha hecho algo, para mí, brillante desde el derecho, la oportunidad, las necesidades, el desarrollo (...) Es impresionante, impresionante. Ojalá todo se pudiera hacer de la misma manera en la que lo han hecho ellos. Pero bueno, ellos han tenido el beneficio este de la coparticipación (...) aprovecharon al extremo... (entrevista a alto funcionario municipal C, 11/2012).

Sin embargo, la *resolución de las derivaciones* constituye un problema de la gestión, incluso desde perspectivas críticas: *“Es muy injusto. Yo estoy de acuerdo en que Malvinas se lleve un porcentaje cada vez más alto de la coparticipación. Pero bueno, por otro lado, en algunos momentos nos saca las papas del fuego; con la gripe A, ¿quién se bancó la gripe A?”* (entrevista a alto funcionario municipal E, 11/2012). No obstante, ni el crecimiento en camas fue una estrategia adoptada masivamente por el conjunto de los municipios de la región ni la internalización de varios niveles de complejidad bajo la órbita municipal fue una apuesta generalizada del conjunto de los gobiernos locales. La experiencia del municipio de Malvinas Argentinas representa un caso extremo de crecimiento en la dotación de camas y en la elevación de los niveles de complejidad para maximizar la captación de recursos a través de la coparticipación (Chiara, 2012b), mientras que la experiencia del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce presenta una apuesta en sentido divergente²⁰ (anexo: tablas 14 y 15).

²⁰ Este establecimiento presta servicios a los municipios de Quilmes, Berazategui, Almirante Brown y Florencio Varela. El Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce constituye un nodo de la red de salud integrada por los cinco hospitales de la región. A este hospital solo se puede acceder desde una derivación de los hospitales zonales en caso de requerir una mayor complejidad, lo cual se realiza por medio de un servicio de gestión de pacientes que coordina los turnos de las diferentes especialidades (<http://www.hospitalelcruce.org/>).

La incorporación de nuevos actores al entramado

El *modelo de articulación* propuesto por el SPSP combinaba un sistema de incentivos con algunos instrumentos consensuales. En su propuesta original, el equipo promotor apostó por construir una estructura bajo el control provincial a través del pago por cápita a prestadores privados, a través de las organizaciones representativas de los profesionales del sector. El intento por generar una modalidad de acceso al sistema alternativa a la municipal permite hablar de un nivel de *coerción alto*; se trataba de una estrategia que buscaba ampliar el control por parte del Ministerio provincial sobre la puerta de entrada a los servicios.

A través del acuerdo con las organizaciones de profesionales se buscó trascender la diversidad de situaciones locales para garantizar el acceso a la población sin cobertura. El recorrido del SPSP fue mostrando los pliegues del debate en torno a cómo recuperar la relación con el primer nivel de atención, en el contexto de una agenda provincial dominada (a medida que avanzaba el período bajo análisis) por la situación de los hospitales. En ese contexto implicó una toma de posición del actor provincial sobre el lugar de los municipios y el modo de ejercer la rectoría desde la provincia, en un contexto de expansión de la acción pública del gobierno municipal en el campo de la salud desde estrategias muy diversas:

Fue una etapa de convencimiento muy difícil dentro del Ministerio mismo. Me acuerdo de que cuando Passaglia [ex ministro de Salud provincial] decide la segunda etapa del seguro, yo me gané la mitad del Ministerio como adversario (...) Gente que decía que no, que había que darle más plata a los municipios y que a todo chico había que atenderlo en una unidad sanitaria como tal y usar un solo médico, y nosotros veíamos esto como una oportunidad de cambio del modelo de atención (entrevista a alto funcionario provincial, 9/2008).

Yo estuve en la provincia cuando se inició eso, y perdió nuestra moción, que era que se lo dieran a los municipios, que no hubiera intermediarios de colegios médicos (...) y bueno, ahí se pierde la plata, cuantos más intermediarios hay... (entrevista a alto funcionario provincial, 11/2012).

Mientras que el Ministerio provincial sostenía un modelo centrado en la oferta, la propuesta del SPSP buscaba articular el entramado de actores en otro sentido, es decir, abriendo el nivel central provincial a las organizaciones profesionales de los médicos (FEMEBA y FEMECON), de los odontólogos (FOPBA) y de los bioquímicos (FABA). En este nivel, esas relaciones tenían como antecedente

aquellas estructuradas desde el Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA), aunque, según sus promotores, significó una transformación en la posición tradicional de estos actores:

Las asociaciones profesionales estaban muy acostumbradas a su trabajo con el IOMA, a hacer entidades que simplemente peleaban por el bono, más de un tinte gremial. En todo este proceso del seguro se fueron comprometiendo más y creo que fue una de las transformaciones más fabulosas que vi en organizaciones que hablan de salud pública (entrevista a alto funcionario provincial, 9/2008).

Sin embargo, en el nivel municipal la participación de los círculos médicos tenía menos antecedentes o bien estaba asociada a la representación de intereses de los profesionales médicos en distintos conflictos con los municipios. El sspsp parece haber desplazado a estas organizaciones de aquel lugar de defensoras de los intereses profesionales médicos, un cambio valorado de distinto modo entre los secretarios de Salud:

El Seguro Público fue tal vez la primera cuestión en la que había una relación ya más de gestión; no solamente como parte de un escenario en disputa sino como parte de la gestión (...) yo creo que en algún punto mejoró la relación, por una cuestión de mayor cercanía y de tener que tenerlos como interlocutores en cuestiones que hasta el momento no habían sucedido nunca; en ese punto era novedoso (entrevista a alto funcionario municipal B, 11/2012).

... porque el círculo defiende los intereses de la medicina privada (entrevista a alto funcionario municipal H, 12/2012).

A mí me parece bien que la Federación Médica participe en esto, que tenga contacto con lo que es la salud pública día a día, porque nos ayudaron y nos ayudan, por ejemplo, a hacerles auditorías a los médicos, vamos en conjunto a hacer una auditoría. Y es el Círculo Médico, que muchas veces es el defensor del médico, quien comprueba, junto con nosotros, que el médico no estaba dando la prestación que tiene que dar (entrevista a alto funcionario municipal F, 11/2012).

La dificultad de los círculos médicos para proponer consultorios en los barrios en que se concentrara la población cubierta fue abriendo –como vimos en el capítulo anterior– al sspsp a la participación de profesionales pertenecientes a los equipos municipales de los CAPS, a través de modalidades que pusieron en evidencia cómo la iniciativa refractó en un mapa local heterogéneo. Esta limitación del sector privado para competir con la estructura municipal volvió a colocar en el centro de la gestión del sspsp a la “interface equipo provincial sspsp y secretarios de Salud municipales” y sus tensiones entre el intento de “regulación

provincial y la búsqueda de autonomía desde los municipios” (Báscolo y Yavich, 2010: 173-176). Desde la perspectiva del actor provincial, esta disputa era leída casi exclusivamente en términos de la “búsqueda de autonomía”:

Y esa reforma planteó [para los municipios] muchas cuestiones, de los secretarios de Salud que planteaban “por qué no me dan la plata a mí y yo la manejo”, o el secretario de Salud que planteaba que lo estábamos invadiendo, eso fue muy difícil (...) No era que todo el conurbano estaba en contra, había como una ideología del conurbano, que para mí era en toda la provincia, que era esto del manejo, de que cada municipio es un sistema en sí mismo, de que la provincia no puede invadir la gestión del primer nivel, que era de ellos, que querían manejar la plata (entrevista a alto funcionario provincial, 9/2008).

La perspectiva de los secretarios municipales, la mirada sobre el programa, se concentraba en problemas relativos a su desfinanciamiento (un aspecto coincidente con el derrotero del gasto), a la tensión entre la gestión liberal de la profesión versus el trabajo en equipo y la fragmentación que producía, entre otros aspectos. Los argumentos relevados son tan variables como los modos de organización que cada uno de ellos trasunta. Sin embargo, permiten matizar la mirada que —desde las instancias centrales— se tenía sobre esta disputa.

La búsqueda de igualdad desde la perspectiva de los actores responsables del gobierno de los servicios: contrapuntos en torno a los instrumentos

La literatura advierte acerca del carácter técnico y social de los instrumentos, así como también sobre la importancia de indagar en las motivaciones que llevan a los gobiernos a elegir a unos en lugar de otros, un aspecto clave para entender el sentido de las políticas (Linder y Peters, 1993; Salamon, 2002). Otros planteos se sitúan en el momento de la implementación, buscando dar cuenta de los significados que los actores pueden atribuirle a los instrumentos en contextos singulares (Ringeling, 2002; Beland, 2005; Lascoumes y Le Gales, 2007a, 2007b; Forest, 2005). Retomamos esta perspectiva para indagar ya no en las argumentaciones que se estructuran en torno a la evidencia técnica que sostiene a los instrumentos (Forest, 2005) sino en las nociones e ideas que los actores organizan en torno a ellos en cada uno de los niveles de gobierno. Con esta aproximación buscamos captar *cómo se conciben los intentos de cambio promovidos por los niveles nacional y provincial*. Nos interesa recuperar de modo singular la perspectiva de aquellos que tienen la responsabilidad del gobierno sobre los servicios: los secretarios de Salud de los municipios.

Desde esta aproximación buscamos trascender los discursos generales (y más o menos homogéneos) para *indagar en las convergencias, divergencias y tensiones que se construyen en torno de algunos instrumentos que expresan intentos de cambio en los modelos de atención, en el sentido de la búsqueda por restaurar las condiciones de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud*. Se trata de una entrada al análisis que comienza a abandonar el énfasis puesto en este capítulo por ver la relativa independencia de la política sanitaria en su capacidad de producción de relaciones, para inscribirla en *la reconstrucción que tiene lugar en la implementación*.

Nuestra mirada recupera las argumentaciones de los promotores de los dispositivos en ambos niveles (nacional y provincial) y muy especialmente de los funcionarios municipales (casi en su totalidad secretarios de Salud); “mediadores”, en palabras de Wright (1997: 356-357), entre las iniciativas supralocales y la responsabilidad sobre los servicios. Es importante considerar esta distinción que la literatura advierte acerca de las diferentes visiones que los actores tienen respecto de los otros niveles gubernamentales. Especificar estos aportes en relación con cómo conciben los instrumentos permite trascender las nociones generales para adentrarnos en un problema central de las reformas, esto es, *cómo construyen los procesos de cambio en relación con los contenidos de las políticas en el crisol intergubernamental*.

Aun con resultados diferentes y tal como vimos en el primer apartado, tres dispositivos de la política nacional y provincial (Programa Remediar, Plan Nacer y SPSP) expresaron intentos por producir cambios en los problemas que estructuran la atención. Más allá de las diferencias, comparten un atributo en común: *el afán por recuperar la capacidad regulatoria sobre el subsector estatal sin asumir la responsabilidad directa sobre la prestación de los servicios*. Aunque insistiendo sobre su importancia, el RSCP es expresión de una fuerza contraria a ese cambio.

La apuesta por introducir cambios orientados a restaurar la igualdad en el acceso a los derechos enfrenta singulares desafíos en una región que ha sido escenario de una profunda fragmentación. Erradicar las barreras en el acceso, asegurar la cobertura de servicios de salud y la preocupación por garantizar prestaciones de manera explícita se fueron perfilando –en la reconstrucción histórica– como retos de las políticas y se encarnaron en instrumentos concretos.

La instrumentación en el nivel más cercano a la responsabilidad sobre los servicios estuvo atravesada en el GBA por problemas estructurales que trascendían las fronteras de los dispositivos y que fueron resueltos –de muy diferente modo– por uno u otro municipio. Nos referimos al financiamiento, a la gestión

de los recursos humanos y a la resolución de las derivaciones, a los que se suma la disponibilidad de información para la toma de decisiones, que emerge como otro problema al indagar en la implementación de estos tres dispositivos. Se trata de una agenda muy general pero que parece atravesar la lectura que los entrevistados hacen de los instrumentos.

Sobre la erradicación de las barreras económicas de acceso

La apuesta de la política pública nacional y la provincial sobre el primer nivel de atención encontró en el GBA una trama vasta y heterogénea de centros de salud y postas sanitarias de origen muy diverso que presentaba (todavía presenta) distintas formas de mercantilización en el acceso a los servicios. El cobro del bono contribución era la modalidad más extendida, y mientras que en algunos casos estaba promovido desde los gobiernos locales, en el resto se originaba y era administrado por los mismos centros, con distinto nivel de aceptación de parte de los responsables del gobierno de los servicios.

En este contexto, la formalización de la gratuidad como requisito para mantenerse como instancia de implementación, junto con las auditorías concurrentes del Programa Remediar, fueron los instrumentos a través de los cuales se libró la batalla por la remoción del bono como barrera económica en el acceso. El SPSP y el Plan Nacer parecen haber capitalizado esos resultados y sostenido el requisito.

El diagnóstico acerca del fenómeno de mercantilización en el acceso variaba según la distancia de los actores respecto de la responsabilidad sobre la provisión de los servicios. Los testimonios muestran contrapuntos entre niveles de gobierno, argumentos que van ganando en complejidad a medida que se acercan a la gestión de los servicios, con diferencias también en la relevancia que le confieren al bono como barrera en el acceso:

Hasta junio de 2002 no había un centro de salud que no cobrara; todos tenían un bono cooperadora. Todos los municipios hacían un negocio con la salud. Y ahí fue claro, para recibir los medicamentos gratis no se cobra (entrevista a alto funcionario nacional, 12/2009).

La pelea contra los bonos es ancestral (...) “No, si nosotros no cobramos, la atención es gratuita, el bono es totalmente voluntario, paga el que quiere” (...) Lo que pasa es que la conciencia de gratuidad existe, lo que no existe es la conciencia de que el bono es una barrera (entrevista a alto funcionario provincial, 5/2006).

Este es un municipio en el que hubo cooperadora; digamos que la cooperadora es casi clásica de los centros de salud (...) Sobre todo cuando el hospital estaba en [nombre del partido], la población de la zona oeste venía al hospital: un viaje para sacar un turno, un segundo viaje para ir a ver al médico, un tercer viaje para hacerse los estudios que le pedían, un cuarto viaje para retirarlos, un quinto viaje para ir a verlo al médico de nuevo. Es decir, prefiero pagar cinco pesos en el centro de salud y que me vea un médico de ahí; por lo cual, había profesionales que estaban por la cooperadora, que cobraba esa cifra (entrevista a alto funcionario municipal I, 9/2007).

Aunque con distinto tipo de justificaciones (financiamiento de especialistas a cargo de entidades intermedias, pago a profesionales que trabajan en contraturno, entre otras) los testimonios de los secretarios de Salud municipales entrevistados coincidieron en valorar la importancia que tuvo el Programa Remediar para corregir procesos de mercantilización que reconocían distintos orígenes. Mientras algunos municipios lo visualizaron como una vía para intervenir positivamente en la remoción de las barreras en el acceso (moldeadas al calor de la historia público-privada que caracterizó a los CAPS en la región), otros parecen haber estado obligados a modificar políticas locales orientadas al arancelamiento.

Cerraban el centro de salud donde ellos comprobaban que se había cobrado alguna prestación. Entonces acelera, porque en los centros de salud municipales había cooperadoras y otros eran de gestión mixta, la sociedad de fomento, algunos tenían pedicuría, masajista y hacían un pesito con eso (...) Para ellos y sobre todo para quien da la información no distinguían esto... ¿cobran en el centro? Y sí, cobran. (...) Entonces, al empezar a ser muy rígidos y cerrar la provisión de medicamentos... (entrevista a alto funcionario municipal D, 11/2012).

(...) todo fue suprimido a partir de la incorporación del Remediar, porque el Remediar exigía una garantía de no cobro (entrevista a alto funcionario provincial, 9/2007).

Se cobraban bonos voluntarios hasta que apareció el Remediar. El Remediar prohíbe el cobro de cualquier tipo de bono. Y ahí se cortó (entrevista a alto funcionario municipal J, 9/2008).

La rutina de los encuentros tripartitos (nación, provincia y municipio) para el análisis de los informes de auditorías del Programa Remediar fue particularmente destacada por los entrevistados. Su agenda (como se pudo advertir en las

actas compromiso consultadas)²¹ abordaba problemas relativos a las barreras en el acceso, al cumplimiento de las características de la población objetivo, a cuestiones logísticas relativas al cuidado de los medicamentos, al cumplimiento de los mecanismos administrativos, entre otros.

El significado de los instrumentos del Programa Remediar parece haberse librado en dos planos. El primero remite a la preexistencia de un marco de ideas propicio y compartido acerca de la gratuidad en la atención de la salud, presente en el conjunto de los actores del subsector estatal a pesar, incluso, de las transformaciones de la década del noventa. El segundo plano es político, y se expresa en el significado que tuvo para los gobiernos locales la posibilidad de alinear las rutinas de los CAPS (de origen mixto y muchas veces bajo control de las sociedades de fomento) en la dinámica de la política estatal:

A nosotros, el Remediar, entre otras cosas, nos ayudó a erradicar los bonos de consulta de la totalidad de los centros. Era un combate que veníamos dando porque era complejo. No quedó una alcancía, no quedó nada. Fue letal el Remediar (entrevista a alto funcionario municipal K, 12/2012).

Sin embargo, los instrumentos del Programa Remediar no pudieron evitar que los CAPS rechazaran a la población no residente en el municipio. En la perspectiva de uno de los promotores nacionales, fue una cuestión no regulada por la política nacional pero de suma importancia en el GBA dada la movilidad de la población:

Para que te atendieran tenías que presentar el DNI que decía que eras residente, si no, no te atendían. Y nos cagaban porque nosotros no teníamos ninguna norma que dijera que [tenían que atendernos]. ¿Entendés? (entrevista a alto funcionario nacional, 12/2009).

En relación con esta cuestión, nuestra mirada cifra menos expectativas en el diseño de los instrumentos que la que expresa este testimonio. Mientras que la batalla por la gratuidad en la atención de la salud se libró firmemente y desde un conjunto de instrumentos que parecen (a la distancia) haber sido adecuados, la facilitación del acceso de población de otros partidos no contó ni con instrumentos adecuados ni tampoco con un marco de ideas compartido que legitimara la prestación de servicios desde los efectores municipales a la población no residente.

²¹ Programa FEASP/Remediar+Redes, actas compromiso, nación, provincia, municipio (Almirante Brown, Avellaneda, Esteban Echeverría, Florencio Varela, Hurlingham, Gral. San Martín, José C. Paz, La Matanza, Lanús, Merlo, Moreno, Morón, Tigre, Tres de Febrero), 2010.

La descentralización y la asunción desde los municipios de funciones en salud abrieron muy diversos esquemas de acceso a los servicios en la región. En la expresión más extrema tendía a primar una lógica de acumulación política territorial con su población de referencia, igualando los servicios de salud a otros servicios municipales:

Las municipalidades se deben a sus vecinos. Traducido: para quien viva en [nombre del municipio] es el verdadero efector gratuito que yo le tengo que dar el servicio. Yo no voy a poner luz en San Miguel, ni voy a asfaltar en Pilar (...) Consecuentemente, ¿por qué debo dar salud a otros municipios?, ¿simplemente por una cuestión de solidaridad? Pero en la práctica mi obligación legal está ligada directamente a mis vecinos. Conclusión: todo paciente de [nombre del municipio] no pasa por la cooperadora, y todo paciente que venga de otro distrito pasa por la cooperadora (entrevista a alto funcionario municipal L, 9/2007).

Desde este planteo se abre un espectro que varía no solo en las ideas (enunciadas no siempre de modo tan explícito) sino también en las cuestiones relativas a la urgencia y a los costos de cada prestación, en un sector muy diverso en calidad e intensidad de las prestaciones como es la salud:

No somos un municipio exclusivo, no es como San Isidro (que si no sos de San Isidro no te atienden). Por ahí, en el oftalmológico te ponen (...) bueno, si hay que operarte, ponerte eso, pero bueno, siempre alguno filtramos y pasa (entrevista a alto funcionario municipal M, 11/2012).

Hay algunos hospitales municipales en los que esto es clásico; de los municipales que tenemos en la zona hay un municipio en el que no tenemos problemas, que es vecino a la General Paz, y otro que está vecino a él, en el que tradicionalmente no se atiende a gente que no es del municipio. Sí en la guardia y si se interna..., o sea, una actitud muy generosa en eso, pero en lo programado no (entrevista a alto funcionario municipal I, 9/2007).

Desde la perspectiva de los actores se dibujan también redes alternativas menos basadas en intercambios de mercado que en relaciones políticas que trascienden las fronteras municipales en una trama horizontal:

La Ley de Coparticipación dice: “Más hago y más servicios doy, más te pago” (...) Todo lo que tenés te lo pago; sin embargo, si querés mandarme al paciente tenés que firmarme un convenio y pagarme aparte (entrevista a alto funcionario municipal L, 9/2007).

Entonces, para San Isidro, Malvinas es un prestador comercial (...) Pero si alguien de Merlo quiere venir a atenderse acá, no le preguntamos si es de Merlo (entrevista a alto funcionario municipal K, 11/2012).

Yo he pedido a Malvinas Argentinas (...) cuando se pide algo es atendido como corresponde, nunca se cobra un solo peso (...) no es que estamos en una puja. (...) La factura es simbólica, ir a tomar un café con el intendente, el secretario de Salud... (entrevista a alto funcionario municipal C, 11/2012).

Asegurar la cobertura

Aunque decreciente, la persistencia de un núcleo de población sin otro acceso a servicios de salud que el provisto por el subsector estatal indujo a desplegar dispositivos orientados a garantizar la cobertura. Al menos tres instrumentos expresaban esta preocupación: la cobertura condicionada a la no disposición de obra social, el empadronamiento y la nominalización de la atención. Se trata de instrumentos ampliamente validados desde las evidencias y presentes en las reformas, que buscaron generar cambios en la dinámica de funcionamiento de los servicios. Recuperar la mirada de los actores permite dar cuenta de otros pliegues y abrir nuevas preguntas acerca de estos procesos.

Actores de los tres niveles coinciden en la pertinencia de restringir la asignación de las transferencias financieras a la población que carece de otra cobertura de salud. Se trata de un instrumento que es compartido por el Plan Nacer, el SPSP y, más débilmente, el Programa Remediar. Aun en ese marco de coincidencias, la condicionalidad a *la no disposición de cobertura de salud era vista como una condición necesaria (y legítima) para obtener un financiamiento adicional de parte de la nación y la provincia, mas no como un atributo desde el cual redefinir el alcance de los servicios estatales y sus beneficiarios*. No obstante, esta discusión parece haber disparado estrategias complementarias de financiamiento ya que, finalizando el período, se activó en varios municipios la incorporación de los CAPS al Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO) o al registro de Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD) para facturar las prestaciones a las obras sociales.

El Plan Nacer es una pata de financiamiento. Para nosotros, lo que importa es el Programa Materno-Infantil. Entonces, a mí no me importa que tenga seguridad social ya que las prestaciones, las cosas que uno hace, es lo mismo (...) Yo creo que es muy bueno que se financie, porque entonces además tenés toda la población con financiamiento. (...) Para mí, iguala, o sea, a mí no

me importa si tiene o no tiene cobertura en la seguridad social (entrevista a alto funcionario municipal E, 11/2012).

En general, la población que se atendía en los CAPS no tenía otra cobertura que no fuera la estatal, así que eso... a nosotros se nos jugaba más en las restricciones etarias, en esas cuestiones, no tanto en el tema de la cobertura (entrevista a alto funcionario municipal K, 11/2012).

Los relatos apelan a un rasgo que caracteriza a la región. La lógica de aseguramiento prevista en los dispositivos nacionales y provinciales se encuentra en la implementación en el GBA con una muy desigual distribución de los prestadores de la seguridad social en el territorio, que hizo que los establecimientos estatales primaran (especialmente en los municipios del segundo cordón) sobre los prestadores del INSSJP-PAMI o de las obras sociales. Esta situación se reprodujo incluso en las experiencias locales del SPSP en el segundo cordón del GBA.

Hay una falacia. Que nosotros, el primer nivel de atención, ni el sector público en general, es un sector para los que no tienen cobertura. Por ejemplo, en el programa de diabetes, el 40% de los diabéticos que nosotros teníamos eran PAMI-dependientes, y venían a buscar el medicamento al centro de salud, porque es el efector más cercano que tienen. Aunque el PAMI les cubría como prestador el 100% de la prestación (...) Y el sector público no puede recetar PAMI (entrevista a alto funcionario municipal N, 11/2012).

[En relación con el SPSP] entonces, los laboratorios estaban todos en (...) [el] centro, pacientes del [nombre de un barrio alejado del centro] venían a hacerse el laboratorio acá y está cerrado, o no, sino que le dicen no, no te lo podemos hacer, ese no vuelve nunca más. Lo que terminó pasando es que mucha de esa población o la terminamos haciendo en el sistema público o terminó desertando... (entrevista a alto funcionario municipal K, 12/2012).

Las voces de los secretarios de Salud municipales introducen otra perspectiva que anida (en el plano de las ideas) más en la noción de derecho (teórico, queremos insistir) de todos los habitantes a la prestación de salud desde los establecimientos estatales que en la lógica de los modelos de aseguramiento en que se basan estos instrumentos. Aunque la perspectiva de los actores locales converge con la de los responsables de los dispositivos nacionales y provinciales en relación con la utilidad de los instrumentos del empadronamiento y la nominalidad, el recorrido por la implementación abre problemas y cuestionamientos vinculados a la necesidad de que los sistemas de la información para la gestión de pacientes trasciendan las fronteras de los planes y programas, centrados más en

la administración de sus propios recursos que en las necesidades de la gestión de los pacientes.

Y nosotros, que ya veníamos trabajando en el área materno-infantil, teníamos un porcentaje de los niños que estaban desnutridos; por ejemplo, hacíamos un estudio poblacional y decíamos: el 14% de la población menor de seis años tiene baja talla (...) ¿y quiénes son? No sé, son el 14%. ¿Qué trajo el Plan Nacer? La nominalización de la población, una tarea que para la provincia de Buenos Aires era imposible (...) Y es posible ahora porque tenemos más de 540.000 inscriptos en el Plan Nacer, entre madres y niños menores de seis años... Nos falta bastante, pero se va encaminando (entrevista a alto funcionario provincial, 11/2012).

La nominalización de la población nos sirve absolutamente, porque se registra en nuestro sistema. Lo que tenemos que solucionar es el tema de esta cosa de hacer compatibles las bases y todo eso, que no sé si será posible en algún momento (entrevista a alto funcionario municipal E, 11/2012).

Es un problema, porque cada programa tiene su modalidad de registro, sus condiciones de carga, y ahí hay un menú de posibilidades, desde que el municipio solamente cargue y no reciba nunca más información de eso que generó como dato o que sí, o que lo tengas que cargar y después tengas como un resumen, una síntesis de lo que vos cargaste, o sea, eso sí (entrevista a alto funcionario municipal B, 11/2012).

Con el Nacer lo que no tenemos es la información. Nosotros lo que tenemos es un millón de listados, informatizados y qué sé yo, que se los mandamos vía web... (entrevista a alto funcionario municipal K, 11/2012).

Desde otra mirada, la nominalidad que plantean los modelos de aseguramiento entra en tensión con la lógica del territorio de proximidad que funda el trabajo de los equipos de atención primaria de la salud de los CAPS.

Es complejo el tema de la nominalización. Nosotros a lo que tratamos de ir es a que cada centro de salud tenga lo más clara posible no solo su área programática sino también la población que vive en esa área programática. Hay varios mecanismos, sobre todo materno-infantiles, un poco menos en adultos, de seguimiento domiciliario de casos, y eso es por área programática; digamos que ahí la nominalización es súper concreta (entrevista a alto funcionario municipal K, 11/2012).

El desafío de alcanzar la cobertura de la totalidad de la población parece ser una idea compartida entre los diferentes niveles, aunque en los funcionarios locales

conviven distintos significados. En un plano instrumental, puede implicar la reorientación de recursos y pérdida o ganancia en la precisión del instrumento hacia otros destinatarios, según la necesidad de dar respuesta a la demanda; desde la política sanitaria, pueden abrirse (como muestran los testimonios) otras preocupaciones sobre la cuestión del acceso en territorios muy conectados y de alta movilidad; por último, y en lo estrictamente político, los gobiernos locales parecen sostener como destinatario a un sujeto que “funde” su demanda de servicios de salud con otras demandas sociales y políticas, una noción que interpela la idea de nominalidad recortada exclusivamente, desde los dispositivos nacionales y provinciales, a la población sin cobertura.

Garantizar prestaciones de manera explícita

Los instrumentos recorren muy diversas instituciones estatales, una situación que advierte acerca de la importancia y a la vez la complejidad que implica garantizar un conjunto de prestaciones en calidad y cantidad que sea homogéneo para el conjunto de la población, independientemente del subsector de cobertura y el lugar de residencia. Se trata de un desafío abordado (nuevamente y con intensidad y alcance variable) por tres dispositivos (Programa Remediar, Plan Nacer y SPSP) a través de un conjunto de instrumentos (incentivos, básicamente) que buscaron regular el margen de discrecionalidad de los actores en el nivel subnacional, dotando de protagonismo a los establecimientos, especialmente a aquellos pertenecientes al primer nivel de atención. En palabras de los promotores del Plan Nacer y del SPSP, así era planteado este desafío:

... en un contexto hiperdescentralizado, todas las provincias están trabajando con el mismo paquete prestacional, con el mismo indicador de desempeño, con el mismo esquema de auditoría, con la misma estrategia de comunicación, con la misma población objetivo (...) Es un gran efecto ordenador alinear esfuerzos, concentrar esfuerzos para obtener un resultado superador (entrevista a alto funcionario nacional, 11/2012).

Lo que nosotros buscábamos era que la persona que vivía en Berazategui o el que vivía en Marcos Paz cuando se fuera a atender tuviera al menos cosas básicas: la atención médica, los medicamentos, la odontología, y todo sin poner un peso; que cualquiera tuviese acceso (...) que no hubiera tanta disparidad en la calidad médica; por eso había un piso mínimo, después habría médicos mejores y médicos peores (entrevista a alto funcionario provincial, 9/2008).

Se trataba de uno de los retos más complejos ya que —en el contexto institucional del GBA— enfrentó muy diversas situaciones que encontraron dificultades para ser “atrapadas” mediante la simplificación de los instrumentos. Convivieron en estos dispositivos de políticas dos modelos diferentes: por un lado, el Programa Remediar, que apuntaba al fortalecimiento de la oferta a través de la provisión de medicamentos esenciales, y el RSCP, a través, simplemente, de transferencias de carácter devolutivo; y por otro lado, el Plan Nacer y el sPSP buscaban garantizar prestaciones homogéneas a través de instrumentos que separaban la función de compra de la provisión de servicios.

Una primera cuestión a considerar es que la instrumentación supuso atravesar el nivel municipal de toma de decisiones, interpelado por una *agenda de problemas estructurales bastante compleja* que involucraba cuestiones relativas al *financiamiento* (por lo cual el ingreso a estos planes y programas no fue objeto de discusión), al sostenimiento de los equipos profesionales en los establecimientos (lo que denominamos genéricamente *gestión de recursos humanos*), a la *coordinación* para la resolución de derivaciones y a la *gestión de la información*. La instrumentación de la responsabilidad nominada y de los distintos sistemas de pago (por cápita y por prestación) se vio resignificada por las cuestiones comprendidas en esta agenda.

La visión de los promotores de los dispositivos (tanto en el nivel nacional como en el provincial) parece estar alineada con la lógica técnica del diseño, mientras que en el nivel local se advierten otros clivajes derivados del desafío de abordar esta agenda compleja que involucra el cumplimiento con las condiciones de los planes y programas, así como también garantizar la continuidad de la provisión de los servicios en un contexto vasto y diverso. Un secretario de Salud apelaba a una metáfora elocuente de esta (otra) complejidad con la que se enfrenta la implementación:

Hacer salud es como hacer matemática compleja, y los programas son las tablas de multiplicar. Está bien, si no conocés las tablas no podés hacer matemática compleja, pero no te creas que sabiendo las tablas estás haciendo salud (entrevista a alto funcionario municipal N, 11/2012).

La responsabilidad nominada está presente en el Plan Nacer y en el sPSP para asegurar el cumplimiento de determinadas metas en la situación de salud de la población atendida (“trazadoras” para el Plan Nacer y “metas” para el sPSP). La necesidad de contar con sistemas de información que trasciendan las necesidades de cada uno de los dispositivos tensiona desde el nivel más cercano

a los servicios e interpela a los planes y programas en el modo en que asocian la información a la lógica de asignación de los recursos.

A diferencia de lo que pudimos advertir en relación con las barreras en el acceso y la ampliación de la cobertura, la adopción de instrumentos orientados hacia la separación de funciones tensionaba con un marco de ideas (compartido entre los secretarios municipales) que estaba fundado en la necesidad de fortalecer la oferta estatal. La lectura que hacen los funcionarios municipales pone en cuestión la linealidad que subyace a los argumentos técnicos que promueven los esquemas de incentivos. Los relatos aluden a que la motivación por la facturación se sobrepone a la (compartida) necesidad de responsabilización de los equipos de salud en el cumplimiento de las metas:

No tenemos la trazadora por efector, yo no saco la trazadora sistemáticamente por ese efector porque al equipo que tengo lo tengo haciendo cargas de beneficiarios, y el sistema no me da una trazadora por efector o sistemáticamente (entrevista a alto funcionario municipal N, 11/2012).

Eso es complicado, el tema de las trazadoras, porque ahí hay dos cosas, que las cumplas y que las registres, ¿entendés? El primer paso es que puedas registrar las cosas, que era lo más complicado. A mí me parece que están bien las trazadoras, yo las adopto porque me parece que son razonables. Y me sirven como indicador de verdad. Yo armo el presupuesto de esta secretaría, y las metas presupuestarias son las mismas que nos medimos nosotros, porque si no, tenés que dibujar cosas (entrevista a alto funcionario municipal M, 11/2012).

Desde esta perspectiva, el vínculo entre producción (expresada en la facturación) y resultados (centrados en lo sanitario) parece haber encontrado dificultades para trascender el dominio de lo administrativo:

Los equipos están más preocupados por lo que facturan que por las trazadoras que cumplen o no (entrevista a alto funcionario municipal N, 11/2012).

Hoy la trazadora sigue siendo una situación administrativa, o sea, no está en la discusión con los equipos, ni siquiera en la discusión de los programas. Te digo más: “Estamos abajo en tal trazadora, fíjense cómo mejoran el registro”, casi, no están en “che, se nos están escapando las embarazadas...” (entrevista a alto funcionario municipal K, 11/2012).

Los instrumentos de pago (pago capitado y por prestación) son resistidos por los secretarios de Salud, por lo que entran en tensión con los modelos de financiamiento de la oferta que encarna la organización de los servicios. Las posiciones más escépticas se fundan en resistencias ideológicas, en la falta de

confianza de los profesionales o bien en el potencial distorsivo que, sobre las prácticas, puede llegar a tener este incentivo:

El sistema de salud, el sistema de salud público, es impermeable a la recaudación (...) hay que trabajarla muchísimo (entrevista a alto funcionario municipal M, 11/2012).

Tiene una concepción neoliberal, ¿por qué? Porque hay que facturar, ahí cambió todo. Entonces, la gente cree que como se está hablando de facturación me van a pagar a mí si entra la plata... Entonces, cuesta mucho, porque la gente empieza a hacer las planillas, la facturación, pero después esto tarda como seis meses (...) entonces, no ven la plata... (entrevista a alto funcionario municipal G, 11/2012).

Controlan más las púérperas que las embarazadas. ¿Por qué? Porque el control de púérperas lo factura el hospital, lo pone el hospital como control, el primer control de la púérpera lo factura el hospital, porque se paga esa prestación (entrevista a alto funcionario municipal N, 11/2012).

La jerarquía que le confieren las reformas a estos instrumentos de pago tiende a diluirse en el contexto de la instrumentación, atravesado por una agenda vinculada a la *gestión de los recursos humanos* y que (más allá de cuál sea el lugar que le confieren estos dispositivos al municipio) lo encuentra como actor responsable de la asignación para garantizar la provisión de los servicios:

Con los laboratorios, nosotros tenemos una dificultad, que es que las embarazadas nuestras²² no llegan a los dos estudios de laboratorio por embarazada que necesitamos durante su embarazo. (...) Entonces, arreglamos con la provincia, después de veinte reuniones, poder usar el Seguro; si están súper pagados los laboratorios y no los usa ni el loro. Entonces, si la provincia lo está pagando, que nos deje que (...) nuestra obstétrica, que no es del Seguro, y que atiende embarazadas, [que] pueda derivar a esa embarazada para que use el laboratorio del Seguro, si lo recontra cubre la provincia, digamos, no es un gasto... (entrevista a alto funcionario municipal K, 12/2012).

El médico de la sala con veinte pacientes esperándolo (...) y el médico del Seguro Público tenía uno (...) atendía y se iba (...) Entonces hubo consenso en eso de decir “Mirá, no podemos de esta manera, colaborá un poco, si no, tenés muchos pacientes con el otro médico, y veamos de qué manera”. Y entendían y aceptaban eso, y se hacían parte del grupo, del

²² Las no incluidas en el spsp.

equipo de salud que trabajaba ahí, en la mayoría de los casos (entrevista a alto funcionario municipal F, 11/2012).

Las dificultades para completar equipos frente a una demanda creciente es uno de los problemas que interpela —en los relatos— al sistema de pago de los dispositivos organizados bajo el modelo de aseguramiento:

Nosotros estábamos con dificultades para abrir nuevas vacantes, porque tenemos toda una normativa en salud, y están —con sus más y sus menos— definidos algunos equipos básicos, y el Seguro Público era como un lugar en el que podíamos seguir convocando e incorporando profesionales de la salud (entrevista a alto funcionario municipal B, 11/2012).

(...) el Seguro Público nos permitió ofrecer consultorios dentro de los centros de salud nuestros (entrevista a alto funcionario municipal F, 11/2012).

Alejado del horizonte supuesto en los argumentos técnicos que avalan los dispositivos, el completamiento de salarios para retener profesionales representa otra de las formas de adaptación en que derivan estos instrumentos:

Entonces, terminás usándolo como incentivo y terminan siendo sobresueldos por el mismo número de prestación que deberían hacer (...) Los programas que hablan de incentivos al recurso humano están fragmentados por programa; no te permite tener una política de recurso humano, no te permite tener una política clara de incentivo “para qué”... (entrevista a alto funcionario municipal N, 11/2012).

Una dificultad estructural del sistema nuestro es la cuestión salarial, en general de los municipios (...) Entonces es impensable que alguien sobreviva con un sueldo, por lo cual obviamente tienen otros trabajos. Entonces, nuestra búsqueda, históricamente, es ver cómo a esos profesionales podemos sostenerlos a partir de [que] (...) puedan tener toda su carga laboral en el distrito, a partir de distintos contratos; entonces, cuando hay algún contrato provincial, cuando es el Seguro (...) Entonces vos componés tu situación salarial trabajando en el mismo distrito (entrevista a alto funcionario municipal K, 12/2012).

... distribuimos más entre los administrativos; en el hospital estamos pagando algunas diferencias de contrato, viste, porque qué sé yo, el neonatólogo de los sábados me cobra más, entonces va como incentivo y lo otro. En el hospital, te digo, que por un lado el hospital está como más (...) el hospital da un básico de la recaudación a todo el mundo igual, de lo de las obras sociales. Nosotros, no es como el SAMO, nosotros hasta el 20% distribuimos entre la gente. Y después

tiene algún sistema de distribución también el Nacer, o sea, pagan lo de las obras sociales y con el Nacer, en general, dan incentivos de otro tipo, como esto, pagarle una capacitación, que vayan... (entrevista a alto funcionario municipal M, 11/2012).

Como puede advertirse en el análisis precedente, los dispositivos y sus instrumentos salen de las “tranquilas aguas” técnicas de las argumentaciones que los sostienen en el diseño y transitan el camino de la instrumentación en otro registro (el de los actores), que presenta en cada nivel gubernamental una especificidad que le es propia, tanto en relación con los problemas que configuran su agenda y con las ideas desde las cuales se construyen socialmente los cambios, como con la lógica política a través de la cual se viabilizan sus decisiones. Desde esta perspectiva, cada nivel gubernamental tiene distintas capacidades para la implementación, pero también condiciones de reproducción política. La evidencia técnica en la que se fundan las propuestas atraviesa los niveles gubernamentales y logra en cada nivel un lugar diferente, en el que también se construye de forma diferencial el sujeto de las políticas.

Sin dudas, se trata de una de las miradas posibles. La incorporación de estas variables exigiría un análisis más detenido de casos locales que sea capaz de captar las similitudes y las diferencias en la conformación de las agendas en el nivel local y reconstruir el contexto de las ideas de la política sanitaria. Como hemos visto, la heterogeneidad que caracteriza al GBA puede estar dando lugar a un mapa diversificado de problemas y perspectivas. En este análisis buscamos que estuvieran representadas las distintas situaciones, y solo en sus rasgos comunes fueron analizadas.

Recapitulación

Abrimos este capítulo preguntándonos cómo y en qué aspectos la acción de los dispositivos de política nacional y provincial afectó la institucionalidad y el entramado de actores que sostienen los servicios en el GBA. Comenzamos el análisis centrandó esta pregunta en los contenidos de la política, esto es, en cómo los distintos instrumentos que componen los dispositivos (más allá de sus fronteras) buscaron incidir en el modelado de los problemas de la atención. Se trata de un intento por reconstruir las políticas (en sus convergencias y divergencias) en la simultaneidad de la implementación.

El análisis del conjunto de los instrumentos muestra a la política sanitaria buscando intervenir sobre el acceso a los servicios, una apuesta que forzó el

desplazamiento de la demanda de la población hacia el primer nivel, en el cual se priorizó la asignación de recursos críticos. Distintos instrumentos, especialmente en los dispositivos nacionales, formalizaron requisitos orientados a erradicar las barreras económicas en el acceso a las prestaciones en los CAPS.

A medida que se avanza en el período, el esfuerzo de las políticas nacional y provincial parece haberse concentrado en *atender a la población sin cobertura de obra social o seguro privado* que –a pesar de haber descendido desde aquellos valores que presentaba en la salida de la crisis– encontraba un piso difícil de atravesar. Asegurar la cobertura de servicios de salud a la totalidad de la población se fue prefigurando (al menos en los dispositivos analizados) como uno de los retos de la política nacional.

La preocupación por igualar las condiciones en el acceso aparece también en relación con otro desafío: *garantizar de manera explícita un conjunto de prestaciones en cantidad, calidad y oportunidad a toda la población*. La regulación de las prescripciones y la provisión de medicamentos esenciales en el primer nivel, así como también el establecimiento de un nomenclador y los incentivos vinculados a resultados, fueron los instrumentos que se adoptaron para alcanzar estándares más homogéneos en las prestaciones.

Sin embargo, el dispositivo de mayor relevancia presupuestaria en esta región fue el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial, que, utilizando indicadores de salud pero por fuera del sector, no contaba con ningún instrumento que condicionara el financiamiento a algún tipo de regulación en la relación entre pacientes y proveedores. A pesar de este déficit, parece haber operado como una fuerza en sentido inverso al cambio buscado por los otros dispositivos de políticas, más claramente inscriptos en el sector. Solo el Plan Nacer y el Seguro Público de Salud Provincial buscaron generar algún tipo de *separación de funciones entre la provisión y el financiamiento*. Con similitudes en el modelo general, activaron actores diferentes y, en ambos casos, terminaron implementándose en CAPS y, en el caso del Plan Nacer, también en hospitales estatales.

El análisis de los *recursos movilizados* por estos instrumentos lleva a matizar miradas que jerarquizan el papel del financiamiento (leído exclusivamente en términos de recursos económicos) en el alineamiento político entre niveles de gobierno. Aunque advirtiendo acerca de la singular complejidad con que nos enfrenta el sector salud, el análisis confirma *la importancia que tienen los instrumentos basados en recursos económicos cuando están combinados con otros, basados en la regulación y en la información*. La sinergia resultante de esta combinación es particularmente potente en los dispositivos nacionales, cuyas regulaciones

se organizan en torno a los manuales operativos aprobados por los organismos de crédito y cuya información, tal como hemos detallado, describe la realidad fronteras adentro de cada uno de ellos.

El análisis de este capítulo puso el foco en el papel de los instrumentos en el *modelado de relaciones entre niveles de gobierno*, más precisamente en la reconstrucción de la institucionalidad que cada uno de los dispositivos buscó escribir sobre aquella que sostenía la provisión de servicios en un escenario posdescentralización. Nuestro análisis mostró la jerarquía que tienen en este modelado dos dimensiones destacadas por la literatura: las reglas de juego que resultan de la formalidad de los instrumentos de articulación y las rutinas que crean y condicionan las relaciones entre los actores.

Los dispositivos analizados ponen en evidencia algunos cambios (o intentos de cambio) en el papel que cada nivel gubernamental asumió en el funcionamiento del subsector estatal pero que, sin embargo, no llegaron a conformar un nuevo esquema de distribución de funciones. En el marco de las limitaciones que imponía la organización federal y las potestades provinciales en salud, la nación asumió en este período distintas funciones que—de modo más o menos directo—influyeron en la dinámica de los establecimientos estatales, básicamente del primer nivel de atención. Con las limitaciones que supone mirar solo dos dispositivos de políticas²³ y buscando tomar distancia de la retórica acerca de la recuperación del rol de rectoría presente en el discurso ministerial, el análisis de los instrumentos nos devuelve una situación en la que conviven en el nivel nacional dos visiones acerca del papel que le cabe al Ministerio nacional: la primera está representada por el Programa Remediar y expresa el rol de proveedor complementando o sustituyendo la inversión provincial y, en el caso bajo análisis, municipal; la segunda visión hace referencia al papel de promotor del desarrollo de seguros provinciales, y está expresada en el Plan Nacer.

Desde un esquema directo, el Programa Remediar se fue consolidando en el ejercicio de una nueva función desde el Ministerio nacional en relación con el primer nivel: la provisión de medicamentos esenciales. La estructura federal encontró un reconocimiento más explícito en el Plan Nacer a través de la promoción, en la instancia provincial, de seguros provinciales. Esta iniciativa movilizaba la acción del Ministerio nacional desde el papel promotor y regulador. La condicionalidad del aporte de contraparte que (en su diseño) buscaba garantizar la sostenibilidad en el futuro abrió distintos interrogantes en

²³ Un análisis más comprensivo del resto de los dispositivos nacionales, que presentamos en la reconstrucción histórica, mostraría, quizás, un espectro más amplio de “papeles posibles” para el Ministerio nacional en relación con el desarrollo del subsector.

el contexto de la provincia de Buenos Aires por dos razones. La primera es que se trata de una jurisdicción que hace ya más de dos décadas que no tiene a su cargo los establecimientos del primer nivel; la segunda se refiere a la fragilidad financiera de la provincia, que podría llegar a poner en cuestión los aportes de contraparte comprometidos en el plan, especialmente porque se trata del sostenimiento de acciones en establecimientos que no estaban bajo su jurisdicción.

Este doble papel asumido por el Ministerio nacional entraba en tensión con la coexistencia de dos modelos sanitarios: uno orientado al fortalecimiento de la oferta (Programa Remediar) y otro que buscaba producir algún tipo de separación de funciones entre financiamiento y provisión a partir de una estructura de incentivos fundados en resultados (Plan Nacer). Esta distinción tuvo consecuencias en el recorte de la población acerca de la cual se definía el apoyo (y la responsabilidad en la práctica de las políticas) del Ministerio nacional sobre la población atendida: mientras que el Programa Remediar no discriminaba (desde la lectura de sus “rutinas”) atributos precisos para su población destinataria, el Plan Nacer limitaba la responsabilidad del Ministerio nacional a la población no cubierta por las instituciones de la seguridad social. El diálogo de los actores en la instrumentación muestra el significado que tienen uno y otro dispositivo para la práctica de los servicios, así como también los modos en que resuenan uno y otro modelo en las ideas dominantes entre los funcionarios municipales en el GBA.

También en el *nivel provincial*, la mirada acerca de los dispositivos pone en evidencia la coexistencia de dos papeles que se superponen al conflictivo ejercicio de la provisión de servicios en los hospitales provinciales. Por una parte, el papel regulador ejercido mediante el intento de construir una puerta de entrada alternativa al sistema a través de una estructura de incentivos orientada a la separación de funciones (Seguro Público de Salud Provincial); y por otra parte, el rol de mero financiador que expresa (tal como se advierte en el funcionamiento de sus instrumentos) el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial.

La incidencia de los dispositivos nacionales en la configuración de la matriz institucional provincial parece haber sido diferente. En el caso del Programa Remediar, una primera mirada detecta un papel apenas formal que interpelaría a la provincia solo en aquel caso en que esta tuviera a su cargo los establecimientos del primer nivel. Sin embargo, en el contexto financiero que atravesó Buenos Aires la perspectiva que devuelven los actores hace referencia a la relevancia que tuvo la regularidad de la provisión de medicamentos que el Programa Remediar representaba desde la nación como apoyo a la acción provincial, actuando como organizador de las compras de medicamentos de otros programas provinciales.

Desde otro abordaje, el Plan Nacer interpeló a la provincia en su papel promotor y regulador incorporando instrumentos que, en el caso analizado, facilitaron el regreso de la provincia a la arena del primer nivel municipal, aunque debiendo comprometer de su presupuesto un aporte de contraparte.

Sin dudas, el dato que distingue al GBA es la importancia y el dinamismo que pasaron a tener en la década anterior, y muy especialmente en la salida de la crisis, los *municipios* en el subsector estatal, un rasgo que contrasta con la debilidad que mantiene su institucionalidad formal tanto en el marco constitucional como en la propia Ley Orgánica Municipal. Sobre un papel configurado casi exclusivamente a partir de la legitimidad de la práctica, los dispositivos de política nacional y provincial demarcaron (con éxito desigual) distintos lugares para el nivel municipal.

Mientras que el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial fue un dispositivo que (aun atendiendo a las distorsiones que generó) expresaba la autonomía que los municipios tenían en la práctica y proyectaba una inversión acorde (aunque insuficiente) a la que estos realizaban en salud, los otros tres dispositivos (Programa Remediar, Plan Nacer y Seguro Público de Salud Provincial) les proponían un papel muy acotado: desde la progresiva visibilización de la responsabilidad municipal sobre los CAPS y el reconocimiento como actor que fue otorgando el Remediar, hasta el rol de mero administrador de fondos de terceros que le atribuyó el Plan Nacer, pasando por el papel de organizador de la demanda que le asignó el Seguro Público de Salud Provincial.

La institucionalidad subyacente a cada dispositivo (tanto a partir de las reglas de juego como de las rutinas) en el singular contexto del subsector estatal en el GBA generó algunos cambios en el entramado habilitando, ampliando o limitando el alcance en la acción de los actores. Sin dudas, se advierte el *regreso del Ministerio nacional a la arena de los servicios municipales del primer nivel*; en el Programa Remediar, por ejemplo, ocupando el lugar (abandonado en el tránsito de la crisis y su salida) del actor provincial, aunque aliviándolo a su vez de su responsabilidad en la provisión de medicamentos esenciales, una cuestión de singular relevancia para el contexto financiero provincial. El análisis de este dispositivo mostró una brecha entre el lugar asignado a los municipios a partir de las reglas de juego formales y aquel conferido en la implementación por las rutinas, a través de las cuales se fue estructurando una *relación directa* (solo cuando resultó imprescindible) *con el Ministerio nacional sin la mediación provincial*.

El Plan Nacer hizo posible el *regreso del Ministerio provincial a la arena municipal*. A diferencia de lo que sucedió con los otros dispositivos provinciales, este significó un retorno fundado más en un posicionamiento técnico que

político. En la arena local, el Plan Nacer introdujo una tensión en el seno del entramado entre el *incentivo a la autonomía de los CAPS* y el *margen de decisión de las secretarías de Salud municipales*, que se encontraban atravesadas por una agenda compleja y por modalidades muy diversas de articulación con los equipos de salud. La implementación encontró a los municipios ejerciendo (de modo diverso y condicionados por sus historias) un rol activo aprovechando (aun en los márgenes del papel de administrador de fondos de terceros) los recursos adicionales derivados del plan para responder a su agenda (siempre parcialmente y también en los márgenes) en el contexto de la singularidad de las orientaciones de cada política local.

El Seguro Público de Salud Provincial buscó acotar el lugar del municipio al de organizador de la demanda, apostando a controlar la puerta de entrada al sistema a través de acuerdos con los actores corporativos provinciales y también locales. Al menos en el contexto de la muy desigual distribución de recursos del GBA, la *estructura de los equipos de salud de los CAPS municipales irrumpió en el Seguro Público de Salud Provincial* relegando a estos nuevos actores al papel de pagador, aunque abriendo nuevas relaciones con los colegios médicos de los distritos acotadas al Seguro.

Sin dudas, *el Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial es el dispositivo que mayor congruencia mostró con el dinamismo que, en la práctica y sin mediar modificación del marco institucional, asumieron los municipios en la década*. La progresiva visibilidad que fue teniendo en la arena provincial y también local hizo emerger a los secretarios de Economía o Hacienda como nuevos actores en salud, convergiendo con la estrategia sectorial en algunos casos o tensionando con esta en otros. Se trata quizás del dispositivo que fue objeto de los debates más importantes, así como también de los mayores aprendizajes de parte de los gobiernos locales. Fue también el que sufrió menos modificaciones.

Aun con las diferencias destacadas en los párrafos precedentes, el análisis de las políticas y sus impactos muestran la irrupción del *municipio como institución* y como *actor* en la región, muy a pesar de los intentos por eludirlos o limitar su alcance desde los dispositivos supralocales. Las alternativas adoptadas buscaron organizar (de muy diferente modo y a través de distintos tipos de instrumentos) relaciones directas con los servicios pero no parecen haber logrado evitar que los problemas estructurales atravesaran su instrumentación. El contrapunto de voces en torno a los instrumentos mira a la política en cada nivel gubernamental desde su especificidad, en relación con los problemas que configuran su *agenda*, en la matriz de *ideas* en cuyo contexto se construyen socialmente los cambios y en el marco de la *lógica política* que viabiliza las decisiones.

Conclusión

El reto que asumimos en estas últimas páginas es restituir *una mirada sobre la relación entre relaciones intergubernamentales (RIG) y política de salud que pueda ser trasladada a otros campos de la política social*; para ello, retomamos las preguntas que provocaron este libro en una perspectiva más general, y fundamos las respuestas en sus hallazgos particulares pero tratando de detectar su contribución para un debate más general.

Orientada hacia ese propósito, esta conclusión transita por dos registros: el general de la política social, fundado, a su vez, en los aportes de otro particular: el campo de la salud. Intentamos integrar en esta mirada la lectura del nivel macroinstitucional de la historia de las políticas, en su contexto, con el nivel mesoinstitucional de los dispositivos de políticas seleccionados.

Esta conclusión se articula en torno a dos ejes. El primero busca comprender los cambios que introdujo la dinámica recíproca entre RIG y política social en la *configuración de los patrones de interacción entre niveles de gobierno*. El segundo recoge la preocupación por ahondar en los contenidos de la política social, asumiendo una premisa político-ideológica: la necesidad de sostener un *balance entre la garantía del derecho a la salud para todos los ciudadanos y la reivindicación de la autonomía de los actores gubernamentales*.

Sobre los cambios en los patrones de interacción: ¿qué hay de nuevo?

Habiendo realizado un recorrido histórico en el nivel macroinstitucional de las políticas y su contexto, y en el nivel mesoinstitucional de los dispositivos y su instrumentación, nos preguntamos: *¿qué cambios se sucedieron en los patrones de interacción entre niveles de gobierno en el subsector estatal de salud?; ¿cuáles fueron las líneas de continuidad con el patrón vigente en la salida de la crisis? Más*

específicamente y adentrándonos en la trama singular que se compone en el Gran Buenos Aires (GBA), buscamos insistir en una pregunta planteada por otros autores en el contexto argentino: *¿cómo influyeron las relaciones entre la nación y los municipios en la acción de gobierno de la provincia en relación con los municipios?* Se trata de preguntas complejas que, para no caer en reduccionismos, deben inscribirse y ser respondidas en el seno de las tensiones que constituye cada campo de políticas en particular.

Retomando los aportes del neoinstitucionalismo histórico, estas tensiones son entendidas como *resultado de procesos históricos* que conviven en un territorio determinado (el GBA). Su trayectoria condiciona el presente y, en determinadas coyunturas críticas, se producen mecanismos de retroalimentación que pueden reforzar la recurrencia de un determinado patrón de relaciones en el futuro. En el campo de la salud, estos procesos “coagularon” en lo que aquí hemos denominado una historia larga, y se activaron en torno a una historia reciente, que se abrió con la crisis de principio de siglo.

A diferencia de lo que sucede en otros sectores en el campo de la política de salud, el *federalismo* es el *primer atributo derivado* de la historia larga, desde el cual debe ser interpretado el modo a través del cual se organizan las relaciones entre niveles de gobierno en sus dos atributos particulares: su carácter residual (el hecho de ser una cuestión no delegada explícitamente por las provincias) y una (acotada) trayectoria de las provincias previa a la descentralización en la provisión de servicios de salud, escasamente visibilizada por la literatura sobre descentralización. En ese contexto institucional, la prerrogativa de los gobiernos subnacionales de *no adherir* a los programas federales y el *poder de veto* de las provincias son dos propiedades que caracterizan al sistema federal.

Sin embargo, la literatura advierte sobre el riesgo de caer en simplificaciones formalistas acerca de su alcance. Como plantean algunos autores (Avila Viana y Vieira Machado, 2009), los rasgos del marco constitucional legal que caracterizan al federalismo no son suficientes para describir la trama de las RIG que recorre la política social, especialmente en los denominados “servicios universales”. La historia de conformación del subsector estatal de salud en Argentina exige dirigir la mirada hacia las provincias poniendo el foco en otros fenómenos que fueron cristalizando el lugar de cada Estado provincial frente a la nación y, a su vez, en cómo cada una de ellas fue organizando la distribución de las funciones relativas a la provisión de servicios de salud en los establecimientos estatales entre el Estado provincial y sus municipios. Aunque se trata de fenómenos que adquieren particular relevancia en salud, invitan a poner la atención sobre la dinámica de las políticas orientadas a servicios sociales universales en el nivel subnacional.

Un *segundo proceso* de esta historia larga es la *ampliación exponencial y centralizada de la infraestructura hospitalaria* desde la jurisdicción nacional a mediados del siglo xx. Se trató de una fuerza contraria al federalismo que abonó (de manera efímera) a la construcción de márgenes de autonomía relativa del gobierno nacional respecto de las provincias y significó un punto de clivaje en los mecanismos de ajuste entre estas y la nación, sin que se alterase la forma de organización institucional. Nuestra lectura interpreta estos procesos también en sus contenidos e insiste en el papel que tuvo (y que sigue teniendo en las ideas que se movilizan en los discursos de los gestores) el desarrollo de la red hospitalaria nacional para la construcción de la legitimidad presidencial en el primer y segundo peronismo. Alertando sobre los riesgos de hacer comparaciones lineales con otros contextos nacionales y sectores, debe destacarse que, en el caso argentino, la lógica de expansión de servicios estatales tensionó con la idea de organización de un seguro nacional. Vale destacar que esta tensión recorre la política nacional y provincial en el período al que se aboca este libro, bajo formas distintas y con jerarquía desigual.

Esta historia larga culmina muy tempranamente con un *tercer proceso* que revierte al anterior: *la transferencia de los servicios de salud hacia las provincias*. La descentralización estuvo motivada, como plantean diversos estudios (Bisang y Cetrángolo, 1998; Cetrángolo y Jiménez, 2004a), más por las necesidades de resolver el conflicto financiero entre la nación y las provincias que por un interés por acercar los servicios a las preferencias de la población, atendiendo a la articulación y las necesidades del sector. Aun reconociendo este origen, hizo emerger a los gobernadores (y a sus ministros) como responsables (aunque debilitados por los resultados fiscales de aquella transferencia) de la provisión de servicios de salud en los establecimientos.

En el contexto de estos tres procesos que convergen en aquella historia larga del subsector estatal, puede dilucidarse el significado que encierra la aparente contradicción entre gobiernos provinciales limitados en su capacidad de acción (situación derivada de la fragilidad financiera que resultó de la descentralización), pero que asumen (salvo excepciones) la provisión de servicios de salud como parte de su agenda de gobierno en un contexto en el que se produce un progresivo desentendimiento de los gobiernos nacionales respecto de la salud. La concentración de población y su retraso histórico en el reparto de recursos federales convierten a la provincia de Buenos Aires en un caso paradigmático de *fragilidad financiera* que se pone en evidencia en los indicadores de recursos de distinto tipo medidos por cantidad de población.

En el GBA (como sucede en toda la provincia), los procesos de descentralización se reprodujeron en el mapa provincial abriendo el juego a los *municipios* como tercer nivel de gobierno en salud: podríamos decir que —desde la recuperación de la democracia hasta la crisis de principios de siglo— *aquella historia larga transitó por el opaco laberinto del nivel subnacional*, recientemente visibilizado y reconocido en la literatura. Aun matizando las lecturas sobre los procesos de descentralización en política social, el papel de los municipios en el GBA en salud se fue constituyendo desde un *doble juego de fuerzas*: “desde arriba”, a través de procesos clásicos de transferencia de servicios desde la provincia hacia los municipios, impulsados (como en la dinámica nación-provincias) también por problemas fiscales; y “desde abajo”, por la asunción autónoma de responsabilidades sobre centros de salud y, en algunos casos, también sobre los hospitales.

Al tiempo que se consolidaba (desde la legitimidad de la acción de gobierno y sin alterarse el marco institucional) un lugar de relativa jerarquía para los municipios en el campo de la salud en la década previa a la crisis, se fue dando también una *especialización de la provincia en relación con lo hospitalario*. Cabe insistir en que no se trata solo de un lugar “administrativo” en relación con la provisión de servicios, sino que (aun en la diversidad que mostró cada arena local) fue formando parte de la *agenda de gobierno* (como sucedió con los gobernadores en décadas anteriores) y, en consecuencia, este papel ejercido en salud por los municipios se fue enhebrando en los procesos de construcción de *legitimidad político-electoral* de los gobiernos locales, a pesar de la fragilidad que también caracterizó a las finanzas municipales.

La trayectoria de los tres procesos que componen lo que en esta investigación hemos denominado historia larga de conformación del subsector estatal en el GBA (incluida la recuperación del recorrido por el “opaco laberinto” subnacional) delimitó un esquema de distribución de funciones que tuvo por responsables principales al *Estado provincial* (especializado en la provisión de los servicios hospitalarios) y a los *municipios* (a cargo de otra parte de los hospitales y de los servicios del primer nivel de atención). Este esquema distingue estos dos niveles de gobierno respecto del nacional tanto por los *problemas* que formaban parte de sus respectivas *agendas* como por las características de los *entramados de actores* en los que se libraba la política sanitaria.

Asimismo, con base en los legados de esa “historia larga”, se escribió otra más “reciente” a partir de la crisis social, económica y política de comienzos de siglo que, en sus efectos particulares, produjo un incremento de la demanda sobre el subsector estatal, puso en jaque a las finanzas en todos los niveles de gobierno e interpeló en su legitimidad a autoridades e instituciones gubernamentales. Sin

embargo, los impactos en el margen de acción de cada actor gubernamental no fueron homogéneos.

Las consecuencias económicas y políticas de esta crisis parecen haber reforzado las diferencias preexistentes entre niveles de gobierno. Mientras que el Ministerio nacional (con apenas muy pocos establecimientos a cargo y disponiendo de las capacidades necesarias) logró liderar una agenda centrada en la atención primaria de la salud en el escenario intergubernamental del Consejo Federal de Salud (COFESA), las decisiones *provinciales* (y también municipales en nuestro caso de estudio) estuvieron “amarradas” al imperativo de garantizar la provisión de los servicios en los establecimientos a su cargo y de gestionar las relaciones con los actores (básicamente los sindicatos) en un contexto de congelamiento de salarios y contratos. Así, *el conflicto entre la nación y las provincias se trasladó desde el escenario intergubernamental al de la implementación de las políticas en la arena de los servicios*. Dadas las características de estos procesos, se trata de un fenómeno que podría encontrarse también en otros servicios sociales universales.

Anidando en aquella historia larga, *nación y provincia* parecen haber tenido también distinta capacidad para enfrentar el desafío político en la salida de la crisis: *el imperativo de gestionar la tensión entre la recomposición en el plano institucional y la acción colectiva*. Con *agendas, recursos y niveles de autonomía relativa diferentes*, los ministerios nacional y provincial se diferenciaron en los arreglos institucionales a los que apelaron. Mientras la *nación* utilizó nuevos y actualizó viejos espacios organizacionales y políticos (desde la Mesa de Diálogo Argentino hasta el COFESA y otros consejos), las decisiones del actor *provincial* estuvieron acotadas (al menos en salud) a las organizaciones regulares ministeriales, por lo que cobraron importancia (en el tránsito de la crisis) los consejos sanitarios regionales. Recién hacia finales del período se creó el COSAPRO, un organismo limitado al intercambio periódico y a la circulación de información.

En línea de continuidad con los procesos fundacionales del subsector estatal de mediados del siglo xx en Argentina y a diferencia de lo que relatan investigaciones para otros países de la región, un primer rasgo a destacar en este período es que se advierten más cambios en el comportamiento de los *actores* que en la modificación del *marco institucional*. Otra cuestión que caracteriza los cambios en las RIG en este período es la existencia de *tres esferas (nación, provincia y municipios) con autonomía relativa en la toma de decisiones en relación con la provisión de servicios de salud*, que cuentan, además, con muy escasos mecanismos de coordinación.

Las *relaciones que articulan una y otra esfera* son diferentes y, en un contexto de autonomía relativa de cada nivel, el recorrido de las políticas parece

retroalimentarse más por la trayectoria (la convergencia de los procesos de aquella historia larga y de la historia reciente) que por el resultado de la acción positiva de los actores. Esto no significa, anticipamos, que no se hayan registrado cambios (desde muy diversos dispositivos de políticas que surgen y se expanden en el período), sino que estos parecen no haber sido suficientes (dada la complejidad y fragmentación que presenta la provisión de servicios de salud en el GBA) para alterar la dinámica autónoma con que cada nivel de gobierno (con sus posibilidades y sus restricciones) toma decisiones en relación con una agenda que le es propia.

En el modo en que se organizan las *relaciones entre la nación y los municipios* en el GBA convergen factores que involucran tanto el comportamiento del actor ministerial nacional como las inercias derivadas del esquema de distribución de funciones. El *regreso a los servicios del Ministerio nacional como actor* del entramado es, sin lugar a dudas, el cambio más importante que tuvo lugar en el patrón de interacción entre actores gubernamentales en el sector durante la salida de la crisis, lo que quebró una tendencia contraria que se venía consolidando desde varias décadas atrás.

En un nivel mesoinstitucional, la apuesta del *Ministerio nacional* al fortalecimiento de la atención primaria de la salud con foco en el primer nivel de atención tuvo en el GBA un interlocutor privilegiado, el *municipio*, responsable exclusivo de los establecimientos sin internación (CAPS y postas sanitarias). Algunos programas en particular, como el Remediar y Médicos Comunitarios entre los más significativos, fueron ejemplos de la “convergencia de intereses” (uno de los rasgos de los “patrones de interacción” enunciados por Klijn, 1997) entre ambas jurisdicciones. Aunque las potestades que cada dispositivo nacional le reservaba a los municipios eran muy limitadas, en la medida en que garantizaban la continuidad de recursos críticos (medicamentos y recursos humanos) la nación contribuía (en la práctica) a facilitar el ejercicio de la función de la provisión.

El difuso lugar que los programas nacionales le confieren a los municipios se ve contrarrestado por una *doble centralidad de los gobiernos locales*. Por una parte, aquella que tenían como *actores de las políticas de salud* en cada uno de los partidos del GBA. Por otra, la centralidad de sus intendentes como *actores en la política partidaria en una región cuyos resultados electorales son definitivos para el elección presidencial*.

En torno a este lugar de los intendentes se eslabona una relación inestable entre el plano de la política (*politic*) y el de las políticas (*policies*), cuestiones a las que hace referencia la literatura con el concepto de *policy feedback*. Haciendo

un rápido recorrido por el contexto histórico, se destacan algunos procesos que tendieron a reforzar el vínculo entre la nación (presidente) y los municipios (intendentes) y a entrar en tensión con el lugar difuso atribuido en salud tanto a partir de la institucionalidad formal (marco constitucional y de la Ley Orgánica de las Municipalidades) como desde los propios dispositivos de la política sanitaria nacional. En un *primer momento* (2002-2003), los intendentes fueron (tanto para la nación como para la provincia) actores que, si bien estaban tan cuestionados como el resto, se distinguían y eran valorados diferencialmente por su capacidad de operación en un territorio complejo y conflictivo como es el GBA. En un *segundo momento* (2004-2007), fueron también objeto de la disputa por el control de la estructura del Partido Justicialista de la provincia de Buenos Aires que protagonizó el presidente Néstor Kirchner. El *tercer momento* (2008-2011) fue un período de relativa autonomía del gobierno nacional (presidenta Cristina Fernández de Kirchner) respecto de los intendentes municipales que convivió con intentos activos del gobierno nacional por incursionar en la dinámica del territorio a través de la acción directa, especialmente desde los ministerios de Desarrollo Social de la Nación y de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios.

Esta dinámica en el plano de las relaciones políticas parece haber operado como un contexto de referencia o ambiente para las relaciones entre los actores en nuestro campo de análisis. Se trata de condiciones de valor variable a lo largo del tiempo y frente a las cuales el sector salud parece haber resistido tanto por la *complejidad de su lógica sectorial* como por la *institucionalidad de los programas*.

La primera de esas condiciones alude a la naturaleza de los problemas y a la complejidad de los entramados de actores que sostienen la provisión de servicios, escenario en el que el Ministerio nacional (a diferencia de lo que sucedió en el campo de la educación con la paritaria nacional docente) no parece haber tenido intenciones de intervenir de manera directa en sus conflictos, ni tampoco incidir en la agenda de sus problemas estructurales, más allá de la valiosa intervención en materia de provisión de medicamentos a través del Programa Remediar.

La segunda hace referencia a la institucionalidad desde la que operaron las políticas, fundada en las *reglas de juego* y en las *rutinas* derivadas de los acuerdos con otros actores, los organismos multilaterales de crédito (BID y BIRF), que parecen haber ejercido un papel importante en el nivel mesoinstitucional de la gestión. Esta perspectiva abre distintos interrogantes en relación con la posibilidad de sostener *relaciones duraderas* entre niveles de gobierno para la ejecución de las políticas.

Las *relaciones entre la nación y la provincia* estuvieron condicionadas tanto por su situación fiscal como por la especialización relativa de la provincia sobre los hospitales. En relación con su *fragilidad fiscal*, se destacan la dependencia de los aportes del gobierno nacional, la rigidez de su estructura presupuestaria y las dificultades para dar respuesta a una cada vez más activa disputa por el salario en el marco de una creciente erosión inflacionaria. Merece destacarse el impacto indirecto que tuvo la Ley de Financiamiento Educativo, ya que el compromiso establecido por la provincia terminó afectando la participación de salud en el presupuesto provincial. En el campo particular del sector, la *cuestión hospitalaria* fue dominando la agenda gubernamental de la provincia a lo largo del período y cobró relevancia la gestión de los conflictos con actores sindicales con capacidad de movilización en un territorio complejo y crítico como el GBA.

En este marco, el *poder de veto* y la *prerrogativa de no adherir* son rasgos del federalismo que parecen haber quedado reducidos a su expresión formal, desplazando los debates desde el plano de la decisión acerca de las políticas (*policy decision*) a otro más difuso de la autoridad para tomar decisiones sobre su ejecución (*policy decision making*), que, en el GBA, involucra necesariamente a los municipios. Como consecuencia, *los conflictos entre la nación y la provincia discurrieron menos por los canales formales de los espacios intergubernamentales del sector que por los laberintos de las decisiones que se suceden en la implementación, invisibilizando* (menos para los responsables de la gestión) *la incidencia de la cuestión intergubernamental sobre el curso de la política sanitaria*.

En un nivel mesoinstitucional, los dispositivos nacionales tuvieron significados diferentes para la provincia. En el caso del Programa Remediar, si bien se orientó a fortalecer la atención en los CAPS municipales, significó también un alivio para algunos programas provinciales en la provisión de medicamentos. El Plan Nacer, por su parte, activó las relaciones del Ministerio provincial con los municipios.

Los hospitales (foco de la preocupación provincial) no fueron el objeto de acción positiva desde la nación; por el contrario, la apuesta por intervenir sobre el primer nivel delimitó, en los primeros momentos, las responsabilidades entre la nación y las provincias. Avanzando en el período, la política nacional se orientó más sistemáticamente a los establecimientos hospitalarios (con el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas pero más particularmente a partir del Plan Nacer) a través de sistemas de pago que contribuían a la generación de recursos en los establecimientos bajo un modelo de separación de las funciones de provisión y de financiamiento.

Dado el esquema de distribución de responsabilidades entre niveles de gobierno vigente en la región, la construcción de infraestructura nueva (especialmente en el caso de los hospitales) tuvo un impacto importante, puesto que implicó para el nivel responsable (en general la provincia) el compromiso de garantizar los gastos recurrentes necesarios para viabilizar las designaciones del personal y los contratos de servicios en los nuevos establecimientos, en algunos casos, acordados de manera unilateral entre el presidente y el intendente y refrendados, posteriormente, por el gobernador.

Por las razones antes aludidas (una agenda hospitalaria que dominó la preocupación del Ministerio provincial y que estuvo alejada de las apuestas de su par nacional), las relaciones políticas entre presidentes y gobernadores parecen haber incidido más a través de las consecuencias del conflicto financiero (atravesado por diferentes medidas) en las condiciones de la ejecución, que directamente en las interacciones en el campo de la salud.

Las *relaciones entre la provincia y los municipios* también estuvieron signadas por el modo en que cada uno de los actores salió de la crisis. La importancia que fue adquiriendo la agenda hospitalaria condujo a un virtual repliegue del *Ministerio provincial* tanto en sus programas como en las posibilidades de realización de inversiones en establecimientos municipales, las cuales terminaron siendo muy aisladas.

La situación fiscal por la que atravesó la provincia fue una variable que limitó el ejercicio de sus potestades constitucionales “hacia abajo” en el mapa sumamente diverso y fragmentado que configuraban los 24 municipios del GBA. El debilitamiento del lugar de la provincia en esta relación también se produjo “desde abajo” dada la autonomía relativa alcanzada en la salida de la crisis por los propios municipios, cada uno de los cuales transitó un camino propio. El análisis sobre la instrumentación del Seguro Público de Salud Provincial mostró este doble condicionamiento: por los impactos de la disminución del presupuesto provincial (“hacia abajo”) y porque tuvo que apelar a la red de establecimientos que los municipios tenían en el primer nivel (“desde abajo”). La ausencia de instrumentos que regularan el sector hizo que el Régimen de Coparticipación de Salud Provincial (de gran importancia dado el volumen de las transferencias) contribuyera más a la dinámica autónoma de la esfera municipal (incluso con impactos negativos en las posibilidades de coordinación) que a la convergencia de intereses entre municipios y con la provincia, depositaria constitucional de la potestad sanitaria.

A partir del segundo mandato del gobernador Felipe Solá, los intendentes perdieron el espacio ganado en el gabinete provincial en el tránsito de la crisis,

y la preocupación del gobierno provincial en los períodos siguientes (incluido el primer mandato de Daniel Scioli) fue mantenerlos como interlocutores. En algunas ocasiones, esta motivación entró en tensión con las reglas de juego y las rutinas del Ministerio provincial, mucho más lábiles que aquellas forjadas en el contexto de los programas con financiamiento externo. El derrotero de algunos instrumentos en los dispositivos analizados puso en evidencia esta tensión, con desiguales resultados según los casos. A diferencia de lo que observó Cingolani (2006) en la provincia de Córdoba, las relaciones políticas entre gobernador e intendentes parecen haber sido el campo de conflicto, más de lo que pudo detectarse en el plano de las relaciones financieras.

Para finalizar, *¿cómo influyeron las relaciones entre la nación y los municipios en la acción de gobierno de la provincia en relación con estos últimos?* La respuesta tampoco es lineal y está marcada por la trayectoria. En contraste con planteos referidos a otros sectores, las políticas nacionales en salud no parecen haber buscado (a excepción de los Centros Integradores Comunitarios y las articulaciones que de ellos resultaron con el Programa Médicos Comunitarios) establecer una relación directa con los municipios, sino más bien con los equipos de salud. La supremacía que los municipios habían logrado en el primer nivel de atención en el GBA (y en el conjunto de la provincia) fue el factor determinante de esta convergencia de intereses con la nación.

En línea con la interpretación que presenta Faletti sobre la dinámica del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) (Faletti, 2007: 25-26), *en la erosión de la capacidad del Estado provincial incidió tanto la acción positiva de la política nacional como dos atributos propios de la trayectoria singular del GBA: la emergencia de los municipios como actores en salud (que se distinguía de la realidad en otras provincias) y la debilidad de gobierno provincial.*

Derribar mediaciones entre los gobiernos centrales y los servicios que mantienen relaciones directas con la población parece ser una de las imágenes con más presencia en las ideas que animaron las políticas en este período. En intervenciones acotadas y “blindadas” desde rutinas institucionalizadas, este propósito parece haberse concretado en la práctica manteniendo la precisión prevista originalmente; en otros casos, la provisión de servicios aparece como una función compleja que está atravesada por problemas, decisiones, articulaciones y consensos propios de la acción de gobierno. Esta complejidad parece haberse impuesto, más allá de cualquier ilusión de inmediatez.

Para pensar las relaciones intergubernamentales en salud: entre la *autonomía* y los *derechos*

La segunda parte de esta conclusión incursiona en los contenidos de las políticas, buscando poner en diálogo dos enfoques que contrastan en la literatura. Por un lado, aquel que organiza parte de los estudios sobre RIG y que reivindica la *autonomía relativa de los niveles subnacionales* (Estados y municipios) en sus posibilidades de desarrollo de iniciativas propias frente a los gobiernos centrales. Por otro lado, aquel que reivindica la necesidad de regulación de los gobiernos centrales para orientar las políticas en niveles subnacionales hacia la *igualdad* en el ejercicio del derecho a la salud.

Nuestro interés por forzar este diálogo no es ni fue neutro, sino que partió de una *premisa* que postula la “necesidad” de pensar la existencia de un *balance entre la garantía del derecho a la salud* para todos los ciudadanos y la *reivindicación de autonomía de los distintos niveles de gobierno*. Como planteamos en el inicio y esperamos se haya advertido en la lectura de los capítulos, la noción de *balance* alude a un *punto en tensión* en torno al cual recapitulamos los aportes de este libro.

El uso de la palabra *necesidad* en la formulación de nuestra premisa no es azaroso, sino que se funda en el modo en que está planteada la cuestión en el marco constitucional. Por una parte, en el doble reconocimiento que tiene el derecho a la salud en la provincia de Buenos Aires, tanto a través de los enunciados explícitos que contiene la constitución provincial como por la garantía de tutela y protección que introdujo la reforma de 1994 en la Constitución nacional. Por la otra, porque estas garantías están desfasadas parcialmente en el caso de la provincia y de manera plena desde la nación —en un escenario posdescentralización— de la responsabilidad sobre la prestación de servicios que hace efectivo el ejercicio de ese derecho, aspecto *no regulado* ni desde la nación ni desde la provincia.

A partir de los aportes de la literatura acerca del papel *unificador* que tuvieron en contextos federales las instituciones del Estado de Bienestar, nos preguntamos *cuáles fueron las convergencias y qué divergencias se produjeron entre niveles de gobierno en torno a los intentos por igualar las condiciones bajo las cuales se ejerce el derecho a la salud*. Estas preguntas supusieron recuperar planteos de ambos enfoques situando las reflexiones en un nivel de *análisis meso* de las políticas, que (aun apelando a su historia, al marco institucional precedente y a aquel construido por ellas en su ejecución) se basó en la perspectiva de los actores de los tres niveles gubernamentales. Este nivel de análisis abordó la *instrumentación*.

Recorrimos en los últimos capítulos de este libro el camino de los dispositivos de las políticas nacional y provincial para identificar las disputas que se libraron en la ejecución de las políticas; buscamos trascender la dimensión *técnica* de los instrumentos para indagar en las *nociones e ideas* que, en torno a ellos, organizaron los actores desde los distintos niveles de gobierno.

El período que analizamos fue un momento de cambio en las ideas acerca del papel del Estado en relación con lo social, en cuyo contexto las condiciones de ejercicio del derecho a la salud cobraron vida como retos de las políticas en los distintos niveles de gobierno. El análisis que realizamos en esta investigación mostró el surgimiento (con avances diferentes) de “nuevos” dispositivos y la persistencia de otros ya “viejos” conviviendo de manera combinada en la arena de la implementación; en algunos casos, comprendían instrumentos innovadores; en otros, ya habían sido utilizados en la década previa a la crisis.

Desde nuestra lectura, la diferencia más importante radica en los argumentos en los que se sostuvieron los intentos de cambio y la importancia que cobró la *apuesta por igualar condiciones en el ejercicio de derechos* en torno a retos específicos, así como también el *retorno activo del Ministerio nacional* al escenario de los servicios, antes relegado a un lugar residual en la arena de la política sanitaria.

Pero esta recomposición en el entramado de actores sucedió en un contexto posdescentralización (siempre insistiendo en que el mapa de distribución de funciones recoge procesos mucho más complejos), por lo cual la apuesta por *garantizar de modo igualitario el derecho a la salud* necesitó librar “batallas” que involucraron a distintos actores gubernamentales con agendas, ideas y condiciones de legitimación diferentes.

Desde esta perspectiva y en este contexto de cambio en las políticas, nos preguntamos *qué mostró el análisis de la relación entre RIG y política sanitaria en un territorio que presenta brechas de desigualdad (social, sanitaria y de distribución de los recursos) tan importantes como es el GBA*.

El análisis acerca de la incidencia de la trama heredada de las RIG (que anida en una perspectiva más clásicamente neo-institucionalista) sobre la política sanitaria detectó resistencias, algunas alteraciones en el rumbo de las políticas y potencialidades abiertas especialmente por la existencia en la región de los municipios; esta aproximación también habló de los dispositivos y sus instrumentos, en su “inmunidad” (bajo ciertas condiciones) al influjo de las RIG.

La perspectiva inversa indagó en las potencialidades de la política sanitaria para producir institucionalidad y reorganizar el entramado de actores, especialmente en relación con una apuesta por garantizar igualitariamente derechos

que buscó construir una llegada directa a los servicios, especialmente los del primer nivel.

Esta doble vía nos permitió, por una parte, ver la trama de las RIG en el GBA no solo como restricción, sino también como posibilidad del cambio; y, por la otra, poner el foco en el *diálogo intergubernamental* que sucede en la implementación para detectar los pliegues y matices que se construyen en torno a la *igualdad* como desafío de las políticas en el ejercicio de la responsabilidad sobre la provisión de los servicios. La recuperación de las *nociones e ideas* que construyen los actores en torno a los instrumentos (compartidos en algunos casos por distintos dispositivos de políticas) hizo posible transcender los discursos generales (tan caros al campo de la política de salud) para analizar cómo se imbrican en el contexto particular de la implementación.

Aun mostrando diferencias, *los dispositivos analizados expresaron intentos diferentes* (en su alcance y magnitud) *por restituir condiciones de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud buscando* —a través de distintos tipos de arreglos institucionales— *construir una llegada directa a los servicios*.

Miramos la política como campo de (y en) disputa desde dos entradas: la general del diseño y de las orientaciones de las políticas (nivel macro), y aquella que se configura en las condiciones de implementación en el GBA (nivel meso). Esta distinción cobró particular relevancia para el análisis ya que la política de atención de la salud en este período se inscribió en ambos contextos, y en ese doble registro debía ser analizada.

Desde una perspectiva *macroinstitucional*, detectamos tres desafíos comunes en los intentos de cambio orientados a restaurar la igualdad en el ejercicio del derecho a la salud: la erradicación de las barreras en el *acceso*, el interés por *asegurar la cobertura* de servicios, y la preocupación por *garantizar de manera explícita un conjunto de prestaciones homogéneas*. Sin embargo, una mirada más atenta hacia los dispositivos y sus instrumentos mostró la coexistencia de dos modelos, que suponían un papel diferente para las instancias centrales y distintos recortes de la población destinataria: uno, orientado hacia el fortalecimiento de los servicios estatales abiertos al conjunto de la población; y el otro, fundado en la idea de organización de un seguro destinado a la población sin otra cobertura que la estatal.

La perspectiva *mesoinstitucional* indagó en las condiciones particulares de la implementación en el GBA poniendo en diálogo la perspectiva de los actores gubernamentales (nación, provincia y municipios) en torno a los principales instrumentos movilizados en pos de los desafíos de la igualdad. Con diverso énfasis, los dispositivos analizados interpelaron de modo singular a los

municipios, responsables en el GBA de la provisión de servicios de salud en el primer nivel de atención. Como resultó de nuestro análisis, el financiamiento, la gestión de recursos humanos, la resolución de las derivaciones y la disponibilidad de información para la gestión clínica y la toma de decisiones son los problemas que (con distinta jerarquía) organizaron la agenda gubernamental en el nivel más cercano a la responsabilidad sobre los servicios.

En el recorrido realizado, la implementación se mostró como un espacio complejo en el que los instrumentos adquieren nuevos significados y se diluyen las fronteras que demarcan los dispositivos en su diseño. Los resultados que devuelve la investigación dan cuenta de convergencias y divergencias entre los actores de gobierno, que hablan de las posibilidades y las condiciones bajo las cuales es posible *alinear intereses en pos de la igualdad*, así como también de *la existencia de distintos caminos posibles en la construcción de ese desafío*. Se trata de conclusiones que pueden ser aplicadas a distintos campos de la política social aunque revisten particular relevancia en los denominados “servicios sociales universales”.

Un primer aspecto a destacar es que *cada instrumento tiene una biografía* y que, aunque puedan ser resignificados en el diseño de los dispositivos bajo otras orientaciones, esta resuena en los actores de la implementación produciendo resistencias que están fundadas más en el significado político y simbólico que encierra su historia (y las consecuencias conocidas y aprendidas) que en los aspectos técnicos acerca de los que insisten las actividades de capacitación.

El segundo aspecto se refiere al *papel de las ideas en relación con los actores*. Las *argumentaciones técnicas* (planteadas como evidencias comprobadas) que justifican los instrumentos en el diseño de los dispositivos se *construyen socialmente* en la implementación bajo dos condiciones: la primera es que sus consecuencias sean *convergentes con los intereses de los actores responsables de los servicios*, en el sentido de que contribuyan a abordar alguno de los problemas o cuestiones que forman parte de su agenda de gobierno; la segunda alude al *marco de ideas de políticas de los actores del nivel de implementación en cuyo contexto se construyen socialmente los cambios*. Esta segunda observación puede resultar banal, pero queremos insistir en que *en el nivel de la implementación existen otros recorridos posibles que se distancian de aquellos prefigurados en la fase del diseño por los dispositivos nacionales y provinciales*, tanto en el modo a través del cual construyen a los *sujetos destinatarios*, como en la *valoración acerca de los instrumentos*. Desde *agendas e ideas* que los distinguen de otros niveles gubernamentales, estas posiciones forman parte —*también*, y queremos destacarlo— de

los debates en torno a la construcción de condiciones de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud.

Como tercer fenómeno, el campo de la implementación encuentra distintos instrumentos (que configuran un *policy mix*) que conviven produciendo no siempre resultados en sentido convergente. En algunos casos, se trata de combinaciones virtuosas en el interior de un determinado dispositivo que hacen posible (bajo ciertas condiciones) que terminen confluyendo (no exentas de conflictos) con las perspectivas y/o con los problemas de la agenda de la provisión de los servicios. En otros, se trata de instrumentos “nuevos” que se combinan con instrumentos “viejos”, vigentes y con influencia en este período, pero cristalizados como históricas reglas de juego, rutinas o perspectivas acerca de la política de salud y su implementación. La incursión por el nivel meso de la implementación exigió atender los diferentes aprendizajes de los actores dando cuenta de las condiciones que, más allá de los cuestionamientos compartidos, los mantienen vigentes.

Desde esta perspectiva, las políticas orientadas a restituir condiciones de igualdad en el ejercicio del derecho a la salud recorren espacios de implementación que son complejos y desafiantes, no solo en su heterogeneidad sino también en los diálogos que entablan los actores, menos explícitos en los espacios de coordinación que implícitos en las decisiones tomadas en la implementación. En ese contexto, lejos de la mera enunciación normativa, la igualdad en el ejercicio del *derecho a la salud* tal como establece el mandato constitucional fue develándose como una *construcción social compleja* que enfrentó el desafío de abordar los problemas estructurales que componían en cada nivel gubernamental la agenda de la provisión de los servicios.

Bibliografía

- Abramovich, V. y Courtis, Ch. (2001). “El derecho a la atención sanitaria como derecho exigible”. En revista *La Ley*, suplemento “Derecho administrativo”, Buenos Aires, 25 de junio.
- Abramovich, V. y Pautassi, L. (2008). “El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina”. En *Salud Colectiva*, vol. 4, n° 3, pp. 261-282.
- Abramzón, M. (2005). *Argentina: recursos humanos en salud en 2004* (1ª ed.). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Abramzón, M.; Airoidi, S.; Cadile, M. del C. y Ferrero, L. (2001). “Argentina: recursos humanos en Salud”. En Organización Panamericana de la Salud, *Recursos Humanos en Salud en Argentina, 2001*. Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Representación OPS-OMS en Argentina, pp. 15-60.
- Abrucio, F. L. y Mendes Ferreira Costa, V. (1998). “Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro”. En *Pesquisas*, n° 12. San Pablo: Fundação Konrad –Adenauer–, Stiftung.
- Acuña, C. (2010). “Los desafíos de la coordinación y la integralidad para las políticas y la gestión pública en América Latina. Una introducción”. En Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación, *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y la gestión pública en América Latina*. Buenos Aires.
- (2008). *La política de la modernización estatal. Notas comparando la experiencia europea con la latinoamericana (con foco en la argentina)*. Departamento de Humanidades. Documento de Trabajo n° 45, febrero.
- (2005). “Los problemas de coordinación del Estado argentino como contexto (ineludible) de la coordinación de políticas laborales y económicas”. En Conferencia Internacional y Taller “La globalización y el desarrollo nacional. Hacia una mayor coherencia entre políticas económicas y laborales”. Buenos Aires, agosto.

- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Documento n° 60. Universidad de San Andrés-CEDI.
- Acuña, C. y Repetto, F. (2007). *Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina*. Documento de Trabajo n° 44, Departamento de Humanidades, Universidad de San Andrés, noviembre.
- (2001). “Marco de análisis de las políticas sociales”. En *Proyecto sobre políticas sociales en América Latina*. BID-CEDI (mimeo).
- Acuña, C.; Kessler, G. y Repetto, F. (2002). “Evolución de la política social argentina en la década de los noventa: cambios en su lógica, intencionalidad y en el proceso de hacer política social”. En *Self Sustaining Community Development in Comparative Perspective*. Center of Latin American Social Policy (CLASPO). The University of Texas at Austin. Buenos Aires, mayo.
- Agosto, G. y Dutrey, N. (2003). “La crisis institucional argentina (2000-2003) desde la teoría del capital social comunitario”. En *Cuadernillos del Observatorio Social*, n° 10. Buenos Aires.
- Agranoff, R. y McGuire, M. (1999). “Expanding Intergovernmental Management’s Hidden Dimensions”. En *The American Review of Public Administration*, Sagepub.com, vol. 29, n° 4, pp. 352-369.
- Aguilar Villanueva, L. (1996a). “Estudio introductorio”. En Aguilar Villanueva, L. (ed.), *La implementación de las políticas*. México: Porrúa (2ª ed.).
- (1996b). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México: Porrúa.
- (1996c). *La hechura de las políticas públicas*. México: Porrúa.
- Almeida, C. (2008). “La implementación de la reforma en Brasil. La dinámica del Sistema Único de Salud y algunos resultados”. En Chiara, M.; Di Virgilio, M. M. y Miraglia, M., *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines: UNGS.
- (2002a). “O sus que queremos: sistema nacional de saúde ou subsector público para pobres?”. En *Ciencia e Saude Coletiva*, 18 (4), pp. 417-437.
- (2002b). “Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário”. En *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (suplemento). Río de Janeiro, pp. 23-36.
- Almeida, C. y Macinko, J. (2006). “Validação de metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saude (sus) em nível local”. En *Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*. Brasília.

- Alonso, G. (2009). “La política social municipal y la articulación con nación y provincia: el caso de los municipios del conurbano bonaerense argentino”. Ponencia presentada en el Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (del 11 al 14 de junio). Río de Janeiro.
- Alonso, G. y Di Costa, V. (2011). “Cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2010”. Ponencia presentada en el VI Congreso Argentino de Administración Pública (6, 7 y 8 de julio). Chaco: Resistencia.
- Andrenacci, L. y Repetto, F. (2007). *Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana*. INDES-BID (mimeo).
- Andrenacci, L. y Soldano, D. (2006). “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino”. En Andrenacci, L. (comp.), *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- Andrenacci, L., Falappa, F. y Lvovich, D. (2004). “Acerca del Estado de Bienestar en el peronismo clásico (1945-1955)”. En Bertranou, J.; Palacio, J. M. y Serrano, G. (comps.), *En el país de no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de la política social argentina*. Buenos Aires: Prometeo.
- Andrenacci, L. et al. (1999). *Evaluación de programas sociales desde la perspectiva de los beneficiarios. Los programas Vida, Promin, Trabajar y Barrios Bonaerenses en los municipios de José C. Paz, Malvinas Argentinas, Moreno y San Miguel*. Los Polvorines: ICO-UNGS (inédito).
- Anlló, G. y Cetrángolo, O. (2007). “Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos”. En Kosacoff, B. (ed.), *Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina, 2002-2007*. Buenos Aires: CEPAL, pp. 409-440.
- Anlló, G.; Kosacoff, B. y Ramos, A. (2007). “Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina, 2002-2007”. En Kosacoff, B. (ed.), *Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina, 2002-2007*. Buenos Aires: CEPAL, pp. 7-25.
- Ansolabehere, K. (2003). “Provincias, instituciones e incertidumbre: el derrotero de la descentralización de las políticas sociales en Argentina”. En *Revista Mexicana de Sociología*, año 65, n° 3. México.
- Arce, H. (2010). *El sistema de salud. De dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo.
- (2003). *Consideraciones sobre los sistemas provinciales de salud*. Buenos Aires (mimeo).

- (2001). *La calidad en el territorio de la salud*. Buenos Aires: ITAES.
- (1993). *El territorio de las decisiones sanitarias*. Buenos Aires: Macchi.
- Ariovich, A. (2011). *Reconstrucción documental de las propuestas de APS y de RISS* (mimeo).
- (2010). *Análisis de la microimplementación de la política sanitaria en el municipio de Malvinas Argentinas* (mimeo).
- Aronskind, R. (2003). *La larga recesión argentina (1998-2002)*. Documento de Trabajo n° 3, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, Instituto de Investigaciones Económicas.
- Arretche, M. (2010). “Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?”. En *Dados. Revista de Ciências Sociais*, vol. 53, n° 3, pp. 587-620. Río de Janeiro: Universidade Candido Mendes.
- (2003). “Financiamento federal e gestao local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia”. En *Ciência e saúde coletiva*, vol. 8, n° 2. Río de Janeiro.
- Ase, I. (2006). “La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal”. En *Salud Colectiva*, año 2, vol. 2, pp. 199-218. Buenos Aires.
- Auyero, J. (2002). “Fuego y barricadas. Retratos de la beligerancia popular en la Argentina democrática”. En *Nueva Sociedad*, n° 179. Caracas.
- Avila Viana, A. y Vieira Machado, C. (2009). “Descentralização e coordenação federativa: a experiencia brasileira na saúde”. En *Ciencia y Saúde Coletiva*, 14 (3), pp. 807-817.
- Banting, K. y Corbett, S. (2002). “Federalism and health care policy: An introduction”. En *Health Policy and Federalism. A comparative perspective*. Queen's University (Kingston, Ont.), Institute of Intergovernmental Relations.
- 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*, 3 (1), pp. 49-61.
- Bardach, E. (1996 [1981]). “El problema de la definición de problemas en el análisis de políticas”. En Aguilar Villanueva, L. (ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México: Porrúa, pp. 219-234.
- Barrientos, M. (2010). “Ensayo sobre las teorías del federalismo y los sistemas federales del cono sur”. En *Reflexiones*, año 2, n° 7. Buenos Aires, noviembre.

- Báscolo, E. (2002). "Economía de la salud y neoinstitucionalismo". En *Cuadernos Médico-Sociales*, 82, pp. 5-28, mayo.
- Báscolo, E. y Yavich, N. (2010). "Gobernanza y gobernabilidad del Seguro Público de Salud de la provincia de Buenos Aires". En Hernández Bello, A. y Rico de Sotelo, C., *Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas*. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Pontificia Universidad Javeriana.
- Basile, M. *et al.* (2011). "La situación fiscal provincial en contexto de crisis". Ponencia presentada en las Jornadas Internacionales de Finanzas Públicas, Facultad de Ciencias Económicas, UNC, Argentina.
- Bayón, C. y Saraví, G. (2002). "Vulnerabilidad social en la Argentina en los años noventa: impactos de la crisis en el Gran Buenos Aires". En Katzman, R. y Wormald, G., *Trabajo y ciudadanía. Los cambiantes rostros de la integración y exclusión social en cuatro áreas metropolitanas*. Montevideo: Cebra Comunicación Visual.
- Beland, D. (2010). "Reconsidering Policy Feedback. How Policies Affect Politics". En *Administration Society*, vol. 42, Issue 5, pp. 568-590.
- (2005). "Ideas and Social Policy. An Institutional Perspective". En *Social Policy & Administration*, vol. 39, nº 1, febrero, pp. 1-18.
- Belmartino, S. (2009). "Las políticas de salud en el siglo xx: legados históricos". En V Foro del Bicentenario. Panel "Políticas de Salud Pública en el siglo xx". Buenos Aires. Disponible en: <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf>. Consultado el 27 de febrero de 2012.
- (2008). "La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación". En Chiara, M. *et al.* (orgs.), *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Buenos Aires: Instituto del Conurbano, UNGS.
- (2007). "Coyuntura crítica y cambio institucional en salud. Argentina en los años 40". En *Salud Colectiva*, 3 (2), pp. 177-202, mayo-agosto.
- (2005a). *La atención médica argentina en el siglo xx. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- (2005b). "Una década de reformas de la atención médica en Argentina". En *Salud Colectiva*, 1 (2), pp. 155-171, mayo-agosto.
- (1998). "Nuevo rol del Estado y del mercado en la seguridad social argentina". Ponencia presentada en el XXI Congreso Internacional de la Latin America Studies Association. Chicago. Septiembre.

- Belmartino, S. y Bloch, C. (1994). *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985*. Publicación n° 40, OPS.
- Belmartino, S.; Bloch, C. y Báscolo, E. (2003). *Reforma de la atención médica en escenarios locales*. Colección Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2002). *La reforma de la atención médica en Argentina. Escenarios provinciales*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Serie Seminarios en Salud y Política Pública.
- Berman, P. (1993). “El estudio de la macro y la microimplementación”. En Aguilar Villanueva, L. (ed.), *La implementación de las políticas*, México: Porrúa.
- Bertranou, F. y Bonari, D. (coords.) (2005). *Protección social en Argentina. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990-2003*. Ministerio de Economía y Producción, Secretaría de Política Económica. Oficina Internacional del Trabajo. Santiago.
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1998). “Descentralización de los servicios de salud en Argentina”. En Cominetti, R. y Di Gropello, E., *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, pp. 117-124. LC/L.1132.
- (1997). *Descentralización de los servicios de salud en Argentina*. Serie “Reformas de Política Pública”, n° 47. Santiago de Chile: CEPAL.
- Bonvecchi, A. (2008). “Políticas sociales subnacionales en países federales: Argentina en perspectiva comparada”. En *Desarrollo Económico*, vol. 48, n° 190/191, pp. 307-339, julio-diciembre.
- Botana, N. (2006). *Poder y hegemonía. El régimen político después de la crisis*. Buenos Aires: Emecé.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Braun, D. y Etienne, J. (2006). *Policy ideas and health policy instruments. The governance of primary care in Switzerland*. Suiza: Universidad de Lausanne (mimeo).
- Busto, S.; Bonet, F. y Alberti, A. (2010). “Análisis descriptivo de los casos de gripe A (H1N1) notificados durante la pandemia de 2009 en la Región Sanitaria V de la provincia de Buenos Aires, Argentina”. En *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 1, n° 3, junio.
- Cabrero Mendoza, E. (2010). “Gobierno y política local en México: luces y sombras de las reformas descentralizadoras”. En *Política y Sociedad*, vol. 47, n° 3, pp. 165-186.

- (2006). “De la descentralización como aspiración, a la descentralización como problema. El reto de la coordinación intergubernamental de las políticas sociales”. En Seminario sobre Coordinación y Políticas Sociales. BID, mayo.
- (2005). *Acción pública y desarrollo local*. México: FCE.
- Cabrero Mendoza, E. y Zabaleta Solís, D. (2009). “¿Cómo construir una mística intergubernamental en la política social? Análisis de cuatro experiencias latinoamericanas”. En revista del CLAD, *Reforma y Democracia*, n° 43, febrero.
- Cabrero Mendoza E. y Martínez-Vázquez, J. (2000). “Assignment of Spending Responsibilities and Service Delivery”. En *Achievements and Challenges of Fiscal Decentralization Lessons from Mexico*. Editado por Marcelo M. Giugale y Steven B. Webb. Washington: The World Bank.
- Calvo, E. y Aguirre, P. (2005). “Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable”. Archivos Argentinos de Pediatría, 103 (1)/77.
- Camou, A. y Mateo, S. (2007). “¿El tiempo vence a la organización? Dinámica política, estructuras estatales y políticas sociales en la provincia de Buenos Aires (1984-2004)”. En *Cuestiones de Sociología*, 4, pp. 129-142. Disponible en: www.memoria.fahce.unlp.edu.ar.
- Campos, L.; Faur, E. y Pautassi, L. (2007). “Programa familias por la inclusión social. Entre el discurso de derechos y la práctica asistencial”. Colección “Investigación y análisis”, n° 4. Centro de Estudios Legales y Sociales.
- Carciofi, R.; Cetrángolo, O. y Larrañaga, O. (1996). “El rol del Estado en educación básica y atención primaria en salud en América Latina y el Caribe”. Serie Reformas de Política Pública, Proyecto regional sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales. Santiago de Chile: CEPAL.
- Carnota, W. (2011). “El derecho a la salud en el constitucionalismo provincial argentino”. En *Revista Jurídica*, n° 15, pp. 418-442. Recuperado el 14/5/2012: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/handle/123456789/1412>.
- Catenazzi, A. (2000). “Proceso de reforma de salud en el ámbito local: el proyecto de la cooperadora única de los centros de salud del Municipio de Tigre”. En Chiara, M. et al., *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el conurbano bonaerense*, Serie “Informes de Investigación”, n° 9. Buenos Aires: UNGS.
- Catenazzi, A. y Da Representação, N. (2009). “Acerca de la gestión de la proximidad”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.

- Cetrángolo, O. (2011). "Reflexiones sobre el financiamiento de la protección social en salud en América Latina y su impacto en la equidad". En Hernández Bello, A. y Rico de Sotelo, C. (eds.), *Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas*. CIID y Pontificia Universidad Javeriana.
- Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2002). "Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual". Documento presentado en el Taller Regional Consultation on Policy Tools. Equity in Population Health. Toronto, 17 de junio.
- Cetrángolo, O. y Gatto, F. (2002). *Descentralización fiscal en Argentina. Restricciones impuestas por un proceso mal orientado*. LC/BUE/R.252. Agosto.
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2011). "Descentralización de los servicios públicos, cohesión territorial y afianzamiento de las democracias en América Latina". En Bárcena, A. y Kacef, O., *La política fiscal para el afianzamiento de las democracias en América Latina. Reflexiones a partir de una serie de estudios de caso*. Documentos de Proyectos, n° 409. CEPAL-PNUD, Santiago de Chile.
- Cetrángolo, O. y Jiménez, J. (2004a). "Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina". En *Revista de la CEPAL*, n° 84, diciembre.
- (2004b). *Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina. Raíces históricas, instituciones y conflictos persistentes*. Serie Gestión Pública, n° 47. ILPES-CEPAL.
- Cetrángolo, O.; Lima Quintana, L. y San Martín, M. (2007). *Situación del sector salud en Argentina. Análisis en el contexto de un sistema descentralizado*. BID (mimeo).
- Cetrángolo, O. y Sabaini, J. (2007). *Política tributaria en Argentina. Entre la solvencia y la emergencia*. Serie Estudios y Perspectivas, n° 38. Buenos Aires: CEPAL.
- CELS (2003). *Plan Jefes y Jefas. ¿Derecho social o beneficio sin derechos?* Buenos Aires, mayo.
- CEPAL (2010). *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*. Distr. Limitada. LC/L. 3216 (CEP.2010/3), 5 de mayo de 2010.
- Chernovesky, G. (2011). "Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas". En *Revista del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá*, vol. 30, n° 1, pp. 38-41.

- Chiara, M. (2016). “Las relaciones intergubernamentales como problema y el ‘territorio’ como argumento: políticas de salud en Argentina (2008-2014)”. En *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, n° 10, pp. 61-85. UNLA.
- (2012a). “¿Restricciones o incentivos? Revisando las tensiones del contexto desde una caracterización del régimen de implementación”. En Chiara, M. (comp.), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.
- (2012b). “La política sanitaria en los límites de la fragmentación. Un análisis del caso Malvinas Argentinas”. En Chiara, M. (comp.), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.
- (2010). “Relaciones intergubernamentales y política sanitaria en Argentina en el contexto de la crisis 2001-2003”. En *Trabajo, Educação, Saúde*, vol. 7, n° 3, pp. 529-548. Río de Janeiro.
- (2009). “Se hace camino al andar. Municipios y política social en el Gran Buenos Aires en el tránsito de la crisis 2001-2003”. En Pérez, P. (ed.), *Buenos Aires, la larga formación del presente*, Colección Ciudades, n° 2. Quito: Olacchi.
- (2000). “Los municipios del conurbano bonaerense y las políticas de salud. Una reconstrucción histórica”. En Chiara, M. et al., *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el conurbano bonaerense*. Informe de Investigación. Los Polvorines: UNGS.
- Chiara, M. et al. (2011). “Lo local y lo regional: tensiones y desafíos para pensar la agenda de la política sanitaria en el conurbano bonaerense”. En Chiara, M. y Moro, J. (comps.), *Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*. Prometeo-UNGS.
- (2009). *Accesibilidad en la atención de la salud en el Municipio de San Fernando*. Los Polvorines: UNGS.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (2009). “Conceptualizando la gestión social”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Prometeo-UNGS.
- (2005). *Municipios y gestión social. De los escritorios del Banco Mundial a las calles del Gran Buenos Aires*. Prometeo-UNGS.
- Chiara, M., Di Virgilio, M. M. y Ariovich, A. (2010). “De ‘condiciones’ y ‘estrategias’: reflexiones en torno a la coparticipación provincial por salud y la política local en los municipios del Gran Buenos Aires (2000-2005)”. En *Salud Colectiva*, 6 (1), pp. 47-64.

- Chiara, M.; Di Virgilio, M. M. y Miraglia, M. (2008). "Tensiones y dilemas en torno a la gestión local en salud en el Gran Buenos Aires". En Chiara, M. *et al.*, *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines: UNGS.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M. M. y Moro, J. (2012). "Contrapuntos y algunas conclusiones". En Chiara, M. (comp.), *Salud, política y territorio. Estudios de caso en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.
- (2009). "Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local". En *Postdata. Revista de Reflexión y Análisis Político*. SAAP, n° 14.
- Chiara, M. y Reimondi, R. (2007). *Condiciones de vida y control del embarazo en municipios de la Región Sanitaria V, provincia de Buenos Aires*. Coedición UNGS-Ministerio de Salud y Comisión de Investigaciones Científicas, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Colección: Publicaciones electrónicas, n° 5.
- Cingolani, M. (2006). "Descentralización y relaciones intergubernamentales. La descentralización en salud en la provincia de Córdoba". En Cingolani, M. y Lardone, M., *Gobiernos bajo presión. Relaciones intergubernamentales y reforma del Estado. El caso Córdoba*. Biblioteca Gobierno. Córdoba: Editorial Universidad Católica.
- (2005). "Relaciones intergubernamentales y descentralización: el papel de los mecanismos formales y fiscales de coordinación en la institucionalización de procesos descentralizadores". Ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile, del 18 al 21 de octubre.
- Clemente, A. y Girolami, M. (2006). *Territorio, emergencia e intervención social. Un modelo para armar*. Buenos Aires: Espacio Editorial, IIED-AL.
- Cortes, R.; Groisman, F. y Hoszowski, A. (2004). "Transiciones ocupacionales: el caso del Plan Jefes y Jefas". En *Realidad Económica*, n° 202, febrero-marzo.
- Cravacuore, D. (2007). "Los municipios argentinos (1990-2005)". En Cravacuore, D. e Israel, R. (eds.), *Procesos políticos comparados en los municipios de Argentina y Chile (1990-2005)*. Buenos Aires: UNQ-Universidad Autónoma de Chile.
- Cravacuore, D. y Clemente, A. (2006). "El proceso reciente de asociativismo intermunicipal en Argentina". En XI Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, del 7 al 10 de noviembre.

- Cravino, C. (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, M. *et al.*, *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el conurbano bonaerense*. Serie “Informes de Investigación”, nº 9. Buenos Aires: UNGS.
- Damsky, I. (2006). “La construcción del derecho a la salud en la Argentina a partir de la internacionalización de los ordenamientos jurídicos”. En Cienfuegos Salgado, D. y Macías Vázquez, M. (coords.), *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Bioderecho, tecnología, salud y derecho genómico*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, pp. 161-206.
- Danani, C. (2009). “La gestión de la política social: un intento por aportar a su problematización”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- (2003). “Condiciones y prácticas sociopolíticas en las políticas sociales: las obras sociales más allá de la libre afiliación”. En Danani, C. y Lindenboim, J., *Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Buenos Aires: Biblos.
- (1996). “Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población-objeto”. En Hintze, S. (org.), *Políticas sociales. Contribuciones al debate teórico metodológico*. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones CBC-UBA.
- Danani, C. y Beccaria, A. (2011). “La (contra)reforma previsional argentina 2004-2008: aspectos institucionales y político-culturales del proceso de transformación de la protección”. En Danani, C. y Hintze, S., *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en Argentina, 1990-2010*. Los Polvorines: UNGS.
- Danani, C.; Chiara, M. y Filc, J. (1997). *Reconstrucción de las políticas de salud para el subsector oficial en la provincia de Buenos Aires* (mimeo).
- De Luca, M. (2010). “Del príncipe y sus secretarios. Cinco apuntes sobre gabinetes presidenciales en la Argentina reciente”. En De Luca, M. y Malamud, A., *La política en tiempos de los Kirchner*. Buenos Aires: Eudeba, pp. 37-48.
- De Luca, M. y Malamud, A. (2010). “Argentina: turbulencia económica, polarización social y realineamiento político”. En *Revista de Ciencia Política*, vol. 30, nº 2, 173-189.

- De Riz, L. (2005). “La frustrada reforma del presidencialismo argentino”. En Arias, C. y Ramacciotti, B. (eds.), *Presidencialismo y parlamentarismo en América Latina*. OEA-Centro de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Georgetown. Washington.
- Demarco, M. (2009). *Sistematización de textos constituciones provinciales acerca del derecho a la salud* (mimeo).
- Di Virgilio, M. M. (2012). “La política sanitaria en San Fernando, una apuesta por consolidar el primer nivel de atención”. En Chiara, M. (comp.), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.
- Dourado, D. de Araujo (2010). “Regionalização e federalismo santiário no Brasil”. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Oientador: Paulo Eduardo Mangeon Elias.
- Dourado, D. de Araujo y Mangeon Elias, P. (2011). “Regionalização e dinâmica política do federalismo santiário brasileiro”. En *Revista Saúde Pública*, 45 (1), pp. 204-211.
- Eguía, A. y Hintze, S. (1994). “Sobre estilos y técnicas de investigación social: la articulación de enfoques y sus posibilidades”. Trabajo presentado en las Primeras Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Elazar, D. (1991). *Exploring federalism*. Tuscaloosa: University of Alabama Press.
- Etchemendy, S. (2012). “El sindicalismo argentino en la era posneoliberal”. En De Luca, M. y Malamud, A., *La política en tiempos de los Kirchner*. Buenos Aires: Eudeba, pp. 155-166.
- Falappa, F. y Andrenacci, L. (2009). *La política social en la Argentina democrática (1983-2008)*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional-UNGS.
- Falbo, R. (2003). *Estudio sobre el gasto en medicamentos en Argentina*. Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS).
- Faletti, T. (2010). *Decentralization and subnational politics in Latin America*. Cambridge University Press (eBook).
- (2007). “Local and Universal. Institutional Changes in Health Care and Federalism in Brazil”. Conference “Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power in Historical Institutionalism”. Evanston: Northeastern University.

- (2004). “Federalism and Decentralization in Argentina. Historical Background and New Intergovernmental Relations”. En Tulchin, J. y Selee, A. (eds.), *Decentralization and Democratic Governance in Latin America*. Washington: Woodrow Wilson Center for Scholars.
- Feller, J. y Pérez Arias, E. (1993). “El sector salud en la provincia de Buenos Aires”. En Katz, J. et al., *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: FCE.
- Fidalgo, M. (2008). *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Findling, L. y Champalbert, L. (2007). “La política de salud en Argentina: avances y cuestiones pendientes”. En *Revista de Ciencias Sociales*, n° 69. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Findling, L.; Arruñada, M. y Klimovsky, E. (2002). “Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de obras sociales en Argentina”. En *Cad. Saúde Pública*, 18 (4), pp. 1077-1086, julio-agosto. Río de Janeiro.
- Fiszbein, A.; Giovagnoli, P. y Adúriz, I. (2003). “El impacto de la crisis argentina en el bienestar de los hogares”. En *Revista de la CEPAL*, n° 79, abril. Santiago de Chile.
- Flanagan, K.; Uyarra, E. y Laranja, M. (2010). *The ‘policy mix’ for innovation, rethinking innovation policy in a multi-level, multi-actor context*. Manchester Business School, Working Paper Series, 599 (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1629744##).
- Fleury, S. (2007). “Salud y democracia en Brasil. Valor público y capital institucional en el Sistema Único de Salud”. En *Salud Colectiva*, 3 (2), pp. 147-157. Buenos Aires.
- (2002). “El desafío de la gestión de redes”. En revista *Instituciones y Desarrollo*, n° 12-13, pp. 221-247. Barcelona: Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya (<http://www.iigov.org>).
- (2001). “¿Universal o dual? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia”. En Molina, C. y Núñez del Arco, J. (orgs.), *Servicios de Salud en América Latina y Asia*. Washington: BID.
- Fleury, S. y Ouverney, A. (2006). “O sistema único de saúde brasileiro. Desafios da gestão em rede”. En *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. Edição especial 10 anos.

- Forest, P. (2005). "Policy Instruments and Health Reform. The Role of Evidence". Trabajo presentado en la conferencia "Health Services Restructuring. New Evidence and New Directions", 17 y 18 de noviembre. John Deutsch Institute, Queen's University.
- 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.
- Garriga, M. y Sanguinetti, P. (1995). "Coparticipación a municipalidades de la provincia de Buenos Aires". En *Cuadernos de Economía*, n° 10. Ministerio de Economía de la provincia de Buenos Aires.
- Gatto, F. (2007). "Crecimiento económico y desigualdades territoriales en Argentina". En Kosacoff, B. (ed.), *Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía argentina, 2002-2007*. Buenos Aires, CEPAL, pp. 317-368.
- Gibson, E. (2004). *Federalism and Democracy in Latin America*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Golbert, L. (2010). *De la sociedad de beneficencia a los derechos sociales*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.
- (2004). *¿Derecho a la inclusión o paz social? Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados*. Serie Políticas Sociales 84. Santiago de Chile: CEPAL, División Desarrollo Social.
- Gomá, R. y Jordana, J. (2004). *Descentralización y políticas sociales en América Latina*. Barcelona: CIDOB.
- Gómez, M. (2006). "Crisis y recomposición de la respuesta estatal a la acción colectiva desafiante en la Argentina, 1989-2004". En *Revista Argentina de Sociología*, vol. 4, n° 6, pp. 88-128, enero-junio.
- González García, G. (2001). "Las reformas sanitarias y los modelos de gestión". En *Revista Panamericana de la Salud*, n° 9.
- (1994). *Remedios políticos para los medicamentos*. Buenos Aires: ISALUD.
- González García, G. y Tobar, F. (1999). *Más salud por el mismo dinero. Bases para la reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: ISALUD.
- González García, G. et al. (1999). "El mercado de medicamentos en Argentina". En *Estudios de la Economía Real*, n° 13. Buenos Aires: ISALUD.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Groisman, F. (2008). “Efectos distributivos durante la fase expansiva de Argentina (2002-2007)”. En *Revista de la CEPAL*, n° 96, pp. 201-220, diciembre.
- Henao-Kaffure, L. (2010). “El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009”. En *Revista Gerencial de Políticas de Salud*, 9 (19), pp. 53-68, julio-diciembre. Bogotá.
- Hintze, J. (2009). “Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- Hintze, S. y Costa, M. (2011). “La reforma de las asignaciones familiares 2009: aproximaciones al proceso político de la transformación de la protección”. En Danani, C. y Hintze, S., *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en Argentina, 1990-2010*. Los Polvorines: UNGS.
- Hood, Ch. y Margetts, H. (2007). *Tools of Government in the Digital Age*. Serie Public Politics and Policy, (2ª ed.). Londres: Mc Millan.
- (1983). *The Tools of Government*. New Jersey: Chatham House Publishers.
- Iarussi, M. (2008). “La coparticipación en la provincia de Buenos Aires y el sector salud”. En Chiara, M. et al., *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines: UNGS.
- Ilari, S. (2004). *Reformulación estratégica de programas sociales. Del “Plan Vida” al “Más Vida”*. Buenos Aires (mimeo).
- (2001). *La gestión local de la política social: los casos de Quilmes y Florencio Varela*. Buenos Aires. Recuperado el 22/8/2012: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/pobreza/ilari.pdf>.
- Immergut, E. (1998). “The Theoretical Core of the New Institutionalism”. En *Politics & Society*, vol. 26, n° 1, marzo. Sage Publications.
- (1992). *Health Politics. Interests and Institutions y Western Europe*. Londres: Cambridge University Press.
- (1990). “Institutions, Veto Points, and Policy Results. A Comparative Analysis of Health Care”. En *Journal of Public Policy*, vol. 10, n° 4, pp. 391-416, octubre-diciembre. Londres: Cambridge University Press.
- Instituto de la Salud Juan Lazarte (2005). *Avances y estado actual del estudio. Análisis de las capacidades institucionales y evaluación del desempeño del seguro público de salud materno infantil de la provincia de Buenos Aires*. Rosario.

- Isuani, A. (2008). "La política social argentina en perspectiva". En Cruces, G. *et al.*, *Los programas sociales en Argentina hacia el bicentenario: visiones y perspectivas* (1ª ed.), pp. 169-198. Buenos Aires: Banco Mundial.
- (2007). *El Estado de Bienestar argentino. Un rígido bien durable* (mimeo).
- Isuani, E. y Mercer, H. (1988). *La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina. ¿Pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Isuani, F. (2010). *Los caminos de la debilidad estatal. Capacidades estatales y políticas públicas. Un mirada desde el proceso de configuración de instrumentos de políticas públicas. El caso de la política del agua en la provincia de Buenos Aires (1992-2008)*. Tesis doctoral. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias sociales.
- John, P. y Cole, A. (2000). "When do Institutions, Policy Sectors, and Cities Matter? Comparing Networks of Local Policy Makers in Britain and France". En *Comparative Political Studies*, vol. 33, n° 2, pp. 248-268.
- Jolly, J. (2005). "Gobierno y gobernancia de los territorios, sectorialidad y territorialidad de las políticas públicas". En *Desafíos* (12), pp. 52-85, semestre 1. Bogotá.
- Jordana, J. (2001). *Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina: una perspectiva institucional*. Serie Documentos de Trabajo I-22UE, primera y segunda parte. Washington: INDES-BID (www.indes.iadb.org).
- (1995). "El análisis de los *policy networks*: una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas públicas y Estado?". En *Gestión y análisis de políticas públicas*, n° 3, pp. 77-89, mayo-agosto.
- Jorrat, J.; Fernández, M. y Marconi, E. (2008). "Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. Comparaciones internacionales de diferenciales socioeconómicos en salud". En *Salud Colectiva*, vol. 4, n° 1, pp. 57-76, enero-abril.
- Katz, J. *et al.* (1993). *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Buenos Aires: FCE.
- Kingdon, J. (1995). *Agendas, alternatives and public policies*. Nueva York: Addison-Wesley Longman Press.
- Klijn, E. (1997). "Policy Networks. An Overview". En Kickert, W. y Koppenjan, J. (eds.), *Managing Complex Networks*. Traducido por Mariángela Petrizzo. Londres: Sage Publications. Recuperado el 21/3/2012: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/Complex.pdf>.

- Kostzer, D. (2008). *Argentina. A Case Study on the Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, or the Employment Road to Economic Recovery*. Working Paper n° 534. The Levy Economics Institute Working Paper Collection (<http://www.levy.org>).
- Kostzer, D. *et al.* (2005). *Índice de fragilidad laboral: un análisis geográfico comparado del empleo y el trabajo a partir de la EPH*. Buenos Aires: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Ministerio de Trabajo de la Nación.
- Lago, F. *et al.* (2012). “Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires”. En *Salud Colectiva*, vol. 8, n° 3, pp. 263-274.
- Lardone, M. y Cingolani, M. (2006). *Gobiernos bajo presión. Relaciones intergubernamentales y reforma del Estado. El caso Córdoba*. EDUCC-Biblioteca Gobierno.
- Lascoumes, P. y Le Gales, P. (2007a). “Introduction. Understanding Public Policy through its Instruments. From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation”. En *Governance*, vol. 20, n° 1.
- (2007b). *Sociologie de l'action Publique*. Armand Colin.
- Laurell, A. (1982). “Crisis y salud en América Latina”. En *Cuadernos Políticos*, n° 33, julio-septiembre, pp. 32-45. México: Era.
- Levcovitz, E. *et al.* (2001). “Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas”. En *Ciencia e Saúde Coletiva*, vol. 6, n° 2, pp. 269-291. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- Linder, S. y Peters, B. (1993). “Instrumentos de gobierno: percepciones y contextos”. En *Gestión y Política Pública*, vol. 2, n° 1, enero-junio.
- Lipsky, M. (1971). “Street-level bureaucracy and the analysis of urban reform”. En *Urban Affairs Quarterly*, 6 (4).
- Lodola, G. (2010). “Gobierno nacional, gobernadores e intendentes”. En De Luca, M. y Malamud, A., *La política en tiempos de los Kirchner*, pp. 217-228. Buenos Aires, Eudeba.
- Long, N. (1999). *The Multiple Optic of Interface Analysis*. Unesco: Background Paper on Interface Analysis, octubre.
- López Accotto, A. *et al.* (2013). *La provincia de Buenos Aires y sus municipios: los laberintos de una distribución anacrónica de recursos*. Los Polvorines: UNGS.

- Lorea, D. (2009). "El conurbano en la coparticipación provincial: retos y desafíos". Presentación en el ciclo de debates "Problemas y Dilemas del Conurbano". ICO-UNGS.
- Lo Vuolo, R. (2010). *Las perspectivas del Ingreso Ciudadano en América Latina. Un análisis en base al "Programa Bolsa Familia" de Brasil y a la "Asignación Universal por Hijo para Protección Social" de Argentina*. Documento de Trabajo n° 16, Centro Interdisciplinario para el Estudio de las Políticas Públicas (CIEPP), agosto.
- Maceira, D. (2008a). *Evaluación del Programa de Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires*. Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, CIPPEC. Buenos Aires.
- (2008b). *Descentralización y equidad en el sistema de salud Argentino*. Nuevos Documentos CEDES, n° 39. Buenos Aires.
- (2008c). *Gasto en salud en un contexto descentralizado. La provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: CIPPEC.
- (2002) *Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino*. Serie Seminarios en Salud y Política Pública. CEDES (<http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/SSPP/2002/SSPP200207.pdf>).
- Maceira, D. y Kremer, P. (2008). *Evaluación de una experiencia de aseguramiento social en la provincia de Buenos Aires: impacto sobre el modelo de atención*. Documento de Trabajo n° 18. Buenos Aires: CIPPEC.
- Maceira, D.; Apella, I. y Barbieri, E. (2005). *Necesidades de la demanda y subsidios de medicamentos. La experiencia del programa Remediar en Argentina*. Nuevos Documentos CEDES, n° 51.
- Maceira, D.; Cejas, C. y Olaviaga, S. (2010). *Por qué apostar a los seguros provinciales de salud*. Documento de Políticas Públicas n° 76, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social.
- Maceira, D. et al. (2006). *Centros de atención primaria de salud. Radiografía de su distribución en la Argentina*. Documento de Políticas Públicas n° 30. Buenos Aires: CIPPEC.
- March, J. y Olsen, J. (1997). *El redescubrimiento de las instituciones*. México: FCE.
- Martínez Nogueira, R. (2010). "La coherencia y la coordinación de las políticas públicas. Aspectos conceptuales y experiencias". En *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina*. Buenos Aires: Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.

- (2002). “Las administraciones públicas paralelas y la construcción de capacidades institucionales: la gestión por proyectos y las unidades ejecutoras”. En *Revista del CLAD, Reforma y Democracia*, n° 24. Caracas.
- Mecle Armiñana, E. (2001). “Los derechos sociales en la Constitución Argentina y su vinculación con la política y las políticas sociales”. En Ziccardi, A. (comp.), *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Méndez, J. (1997). “Estudio introductorio”. En Wright, D., *Para entender las relaciones intergubernamentales*. México: FCE, Nuevas Lecturas de Política y Gobierno.
- Merino, G. (2003). *Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. Caleidoscopio de la salud*. Fundación Mexicana para la Salud. Recuperado el 13/3/2012: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/14-Descentralizacion.pdf>.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2012). “Boletín de Estadísticas Laborales”. En *Revista de Trabajo*, año 8, n° 10, Buenos Aires: Nueva Época.
- (2002). “Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires”. En *Cuadernos de Economía*, n° 63. La Plata.
- Monsalvo, M. (2008). “La gestión local desde un programa nacional: reflexiones desde el Remediar”. En Chiara, M. et al., *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines: UNGS.
- Moro, J. (2012). “Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria local”. En Chiara, M. (comp.), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: UNGS.
- (2000). “Problemas de agenda y problemas de investigación”. En Escobar, C. (comp.), *Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales*. Buenos Aires: Eudeba.
- Moro, J. y Repetto, J. (2001). “La política como restricción y como oportunidad: alcances y ámbitos de coordinación de la política social”. En X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, del 18 al 21 de octubre. Santiago de Chile.
- North, D. (1995 [1990]). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. Traducido por Agustín Bárcena. México: FCE.

- Obinger, H.; Leibfried, S. y Castles, F. (2005). *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*. Nueva York: Cambridge University Press.
- OMS (1978). *Declaración de Alma Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, del 6 al 12 de septiembre. URSS.
- Ondarcuhu, J. (s/f). *La ejecución de proyectos complejos*. Recuperado el 20/3/2012: www.aadaih.com.ar/congresos/.../18-ondarcuhu.
- OPS (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra. Recuperado el 25/5/2007: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.
- OPS-CEPAL-PNUD (2011). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina, 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*, n° 6. Buenos Aires.
- OPS-USAID (2006). *Análisis del sector salud. Una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos*. Edición especial, n° 9. Washington.
- Paganini, J. y Rossen, M. (2010). *Los caminos de la salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Políticas Públicas y Derechos Humanos, n° 11. Defensoría del Pueblo de la CABA.
- Peralta Ramos, M. (2007). *La economía política argentina: poder y clases sociales (1930-2006)*. Buenos Aires: FCE.
- Perelmiter, L. (2011). *La burocracia asistencial en funcionamiento. Relaciones y prácticas en la vida íntima del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina (2003-2009)*. Tesis Doctoral en Ciencias Sociales.
- Pierson, P. y Skocpol, T. (2008 [2002]). “El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea”. En *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, vol. 17, n° 1, pp. 7-38. Montevideo: ICP.
- Pírez, P. (1995). “Actores sociales y gestión de la ciudad”. En *Ciudades*, n° 28. México: RNIU.
- Porrás Martínez, J. (2001). “*Policy network* o red de políticas públicas: una introducción a su metodología de investigación”. En *Estudios Sociológicos*, vol. 19, n° 3, pp. 721-745. México: El Colegio de México.
- Potenza dal Masetto, F. (2012). *La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales*. Documento de Trabajo n° 82, CIPPEC, Programa de Protección Social, Área de Desarrollo Social.

- (2004). *Coordinación intergubernamental en políticas sociales: el funcionamiento de los Consejos Federales de Educación y Salud en la elaboración de políticas sectoriales (1990-2004)*. Tesis de Maestría en Administración y Políticas Públicas. Universidad de San Andrés.
- Powell, A. (2002). *Argentina's Avoidable Crisis. Bad Luck, Bad Management, Bad Politics, Bad Advice*. Documento de Trabajo n° 8. Centro de Investigación en Finanzas, Escuela de Negocios, Universidad Torcuato Di Tella.
- Powell, P. y Di Maggio, W. (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. México: FCE.
- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos a futuro*. Buenos Aires.
- (2004). *La construcción del federalismo argentino: perspectivas comparadas*. Buenos Aires.
- Raffo, L. (2009). “Epidemia de influenza A (H1N1) en la Argentina. Experiencia del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas”. En *Medicina*, 69, pp. 393-423.
- Ramacciotti, K. (2008). “Las instituciones sanitarias en la Argentina. Entre el clamor de las urgencias sociales y la planificación”. En Cannellotto, A. y Luchtenberg, E. (coords.), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Recuperado el 9/10/2012: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/MedicalizacinZyZSociedad.ZLecturasZCrticasZsobreZunZFenmenoZenZExpansin.ZAoZ2008.pdf>.
- Repetto, F. (2010a). “Las políticas sociales de transferencias de ingresos: avances hacia una mayor equidad”. En De Luca, M. y Malamud, A., *La Política en tiempos de los Kirchner*, pp. 229-239. Buenos Aires: Eudeba.
- (2010b). “Coordinación de políticas sociales. Abordaje conceptual y revisión de experiencias latinoamericanas”. En *Los desafíos de la coordinación y la integralidad de las políticas y gestión pública en América Latina*. Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación. Buenos Aires.
- (2009a). “El marco institucional de las políticas sociales: posibilidades y restricciones para la gestión social”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.

- (2009b). “Retos para la coordinación de la gestión de la política social: los casos de la descentralización y la intersectorialidad”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- (2001). *Gestión pública y desarrollo social en los noventa. Las trayectorias de Argentina y Chile*. Colección Sujetos, Políticas, Educación. Buenos Aires: Universidad de San Andrés-Prometeo.
- Repetto, F. et al. (2001). *Descentralización de la salud pública en los noventa. Una reforma a mitad de camino*. CIDE.
- Repetto, F. y Potenza dal Masetto, F. (2004). “Problemáticas institucionales de la política social argentina: más allá de la descentralización”. En Gomá, R. y Jordana, J., *Descentralización y políticas sociales en América Latina*. Barcelona: CIDOB.
- Riggirozzi, P. (2010). “Social Policy in Post-Neo-liberal Latin America. The cases of Argentina, Venezuela and Bolivia”. En *Development*, 53 (1), pp. 70-76.
- Ringeling, A. (2002). “An instrument is not a Tool”. Trabajo presentado en la conferencia “Instrument Choice in Democracies”, pp. 26-28. Montreal.
- Rodríguez Ricchieri, P. y Tobar, F. (2003). *El Consejo Federal de Salud (COFESA). Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Rodríguez Enríquez, C. (2005). *La retracción de las políticas sociales en Argentina: los 90 (y después)*. Policy Paper n° 7, Economic Working Paper, Observatorio Argentina.
- Rofman, R. y Oliveri, M. (2011). *Las políticas de protección social y su impacto en la distribución del ingreso en Argentina*. Serie Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales, n° 6, julio. Banco Mundial.
- Ronconi, L. (2012). “Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos”. En *Salud Colectiva*, 8 (2), pp. 131-149, mayo-agosto. Buenos Aires.
- Rossen, M. (2006). “Un nuevo modelo para la gestión de recursos humanos en salud”. Ponencia presentada en el XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, del 7 al 10 de noviembre. Guatemala.
- Rosso, G. (2010). “Planificación, regulación y generación de consensos en la gestión de la salud (2003-2005)”. En Maceira, D. (comp.), *Experiencias de gestión pública en salud: segundo ciclo*. Buenos Aires: CIPPEC.

- Rovere, M. (2006). *Planificación estratégica en recursos humanos en salud*. Washington: OPS-OMS.
- (2004). “La salud en la Argentina. Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto”. En *La Esquina del Sur. Revista Electrónica*, mayo.
- Rozenblat, E. (2007). “Atención primaria de la salud y gestión. Un enfoque de integración y acción”. En Maceira, D. (comp.), *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*. CEDES-Paidós.
- Sabaini, J. y Jiménez, J. (2011). *El financiamiento de los gobiernos subnacionales en América Latina: un análisis de casos*. Serie Macroeconomía del Desarrollo, n° 111. Santiago de Chile: CEPAL-GIZ.
- Salamon, L. (2002). “The new governance and the tools of public action. An introduction”. En Salamon, L. (ed.), *The Tools of Government. A Guide to the New Governance*, pp. 1-47. Nueva York: Oxford University Press.
- Salim, L. et al. (2010). “Evolución de las finanzas públicas de la provincia de Buenos Aires, 1991-2008”. En *Cuadernos de Economía*, n° 76.
- Saltman, R. (2006). “Drawing the strands together: primary care in perspective”. En Saltman, R. et al., *Primary care on the driver's seat? European Observatory of Health Systems and Policies Series*. Glasgow: Bell & Bain Ltd.
- Sánchez de León, A. (2008). “El seguro público de salud en la provincia de Buenos Aires. Estrategia de gestión y construcción de consensos” (2003-2006). En Maceira, D. (comp.), *Experiencias de gestión pública en salud. Primer ciclo*. Programa de Salud. Buenos Aires: CIPPEC.
- (2011). “La perspectiva de los determinantes ambientales en el proceso salud-enfermedad. Un análisis de la problemática en la cuenca Matanza-Riachuelo. En Chiara, M. y Moro, J. (comps.), *Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*, pp. 157-186. Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- Sbatella, J. (2001). “Análisis de las transferencias provinciales a los municipios bonaerenses”. Sexto Seminario Internacional sobre Federalismo Fiscal. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús-Universidad Austral.
- Seijo, A. (2009). “Dengue 2009: cronología de una epidemia”. En *Archivo Argentino de Pediatría*, (online), vol. 107, n° 5, pp. 387-389.
- Selee, A. (2004). “Exploring the link between decentralization and democratic governance”. En Tulchin, J. y Selee, A. (eds.), *Decentralization and Democratic Governance in Latin America*. Washington: Woodrow Wilson Center for Scholars.

- Sellers, J. y Lidström, A. (2007). "Decentralization, Local Government and the Welfare State". En *Governance*, vol. 20, n° 4, pp. 609-632.
- Seoane, J. (2002). *Argentina: la configuración de las disputas sociales ante la crisis*. OSAL.
- Slipak, D. (2005). *Entre límites y fronteras: articulaciones y desplazamientos en el discurso político de la Argentina poscrisis (2002-2004)*. Informe final del concurso "Partidos, movimientos y alternativas políticas en América Latina y el Caribe". Programa Regional de becas CLACSO.
- Sojo, A. (2007). "La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales". En *Revista de la CEPAL*, n° 91, abril. Santiago de Chile.
- (2001). "Reformas de gestión en salud en América Latina". En *Revista de la CEPAL*, n° 74, agosto. Santiago de Chile.
- Sotelo, R. (2010). *Coparticipación municipal de la provincia de Buenos Aires*. Trabajo final de tesis. Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales. Facultad de Ciencias Económicas de la UNLP. Director: O. Cetrángolo.
- Spinelli, H. (2010). "Las dimensiones del campo de la salud pública en la Argentina". En *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 6 (3), pp. 275-293, septiembre-diciembre.
- Starfield, B. (2001). *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Editorial Mason.
- Starfield, B.; Shi, L. y Macinko, J. (2005). "Contribution of primary care to health system and health". En *The Milbank Quarterly*, 83 (3).
- Stolkiner, A.; Comes, Y. y Garbus, P. (2011). "Alcances y potencialidades de la atención primaria de la salud en Argentina". En *Ciencia e Saúde Coletiva*, 16 (6), pp. 2807-2816.
- Subirats, J. (1989). "La puesta en práctica de las políticas públicas". En *Análisis de políticas públicas y eficacia en la administración*, MAP, pp. 101-123. Madrid.
- Subirats, J. et al. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Svampa, M. y Pereyra, S. (s/f). *La política de los movimientos piqueteros*. Recuperado el 16/4/2012: <http://www.maristellavampa.net/archivos/ensayo10.pdf>.
- Tobar, F. (2008). "Atendiendo la urgencia. El financiamiento público en tiempos de crisis". En Maceira, D. (comp.), *Experiencias de gestión pública en salud. Primer ciclo*. Programa de Salud. Buenos Aires: CIPPEC.

- (2006). *Descentralización en salud en América Latina* (mimeo).
- (2004). *Políticas para promoción del acceso a medicamentos. El caso del programa Remediar de Argentina*. Nota técnica de discusión de salud 002/2004, Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Programas Sociales. Washington.
- (2002). *Acceso a medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas*. CEDES, Serie Seminarios y Política Pública.
- (2001). *Breve historia de la prestación de servicios de salud en la Argentina* (mimeo).
- (2000). *Herramientas para el análisis del sector salud* (mimeo).
- Tobar, F. et al. (2006). *La red pública de atención primaria de la salud en la Argentina: diagnóstico y desafíos*. Informe de investigación. Recuperado el 16/3/2012: http://federicotobar.com.ar/nf_pdf5/La_Red_Publica.pdf.
- Trías, J. (2004). *Determinantes de la utilización de los servicios de salud. El caso de los niños en la Argentina*. Documento de Trabajo n° 51, Universidad Nacional de La Plata, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Económicas. Recuperado el 13/4/2012: www.depeco.econo.unlp.edu.ar.
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2008). “La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica”. En *Revista Salud Colectiva*, vol. 4, n° 1. UNLA.
- Ugalde, V. (2002). “Las relaciones intergubernamentales en el problema de los residuos peligrosos: el caso de Guadalcázar”. En *Estudios demográficos y urbanos*, n° 49, pp. 77-105.
- Vabo, S. y Røiseland, A. (2009). “Tools of government in governance. The case of norwegian urban government”. Conference. Paper prepared form EURA.
- Vedung, E. (2005 [1998]). “Policy instruments. Typologies and theories”. En Bemelmans Videc, M.; Rist, R. y Vedung, E., *Carrots, Sticks and Sermons. Policy instruments and their evaluation*. Londres: Transaction Publisher.
- Velasco González, M. (2007). *Distintos instrumentos para un mismo fin. Los instrumentos de las políticas públicas como herramienta para el análisis*. En VIII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración, del 18 al 20 de septiembre, Valencia (inédito). Biblioteca de la Universidad Complutense. Recuperado el 13/4/2012: <http://eprints.ucm.es/12184/>.
- Vergara, R. (2001). “Instituciones y política social en México: una explicación de los procesos de cambio en la política social desde la perspectiva institucional”. Ponencia presentada en el VI Congreso Internacional del CLAD. Buenos Aires.

- (1997). “El redescubrimiento de las instituciones: de la teoría organizacional a la ciencia política”. En March, J. y Olsen, J., *El redescubrimiento de las instituciones*, pp. 9-40. México: FCE.
- Vilas, C. (2005). “Pobreza, desigualdad y sustentabilidad democrática”. En *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 67, nº 2, abril-junio, pp. 229-269.
- Vitale, M. y Maizels, A. (2011). “El discurso electoral de Cristina Fernández de Kirchner (2007). Un caso de *ethos* híbrido no convergente”. En *Linguagem em (dis)curso*, Tubarao, SC, vol. 11, nº 2, pp. 337-360, mayo-agosto.
- Wilson, R. (2006). “Decentralization and Intergovernmental Relations In Social Policy. A Comparative Perspective of Brazil, México and the US”. Trabajo presentado en la Interregional Conference on Social Policy and Welfare Reform. University of Texas at Austin.
- Wright, D. (1997). *Para entender las relaciones intergubernamentales*. México: FCE, Nuevas Lecturas de Política y Gobierno.
- (1978). “Del federalismo a las relaciones intergubernamentales en los Estados Unidos de América: una nueva perspectiva de la actuación recíproca entre el gobierno nacional, estatal y local”. En *Revista de Estudios Políticos*, nº 6, pp. 5-28.
- Yin, R. (2003). “Investigación sobre estudio de casos. Diseño y métodos”. En *Applied Social Research Methods Series*, vol. 5. Thousand Oaks, Londres-Nueva Delhi: Sage Publications, International Educational and Professional Publisher.
- Zeballos, J. (2003). *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003*. Buenos Aires: OPS-OMS.
- Zurbriggen, C. (2004). “Redes, actores e instituciones”. En *Revista del CLAD, Reforma y Democracia*, nº 30, octubre. Caracas.
- Zurita, A. et al. (s/f). *Municipalización de la atención de la salud en Corrientes, Argentina*. Facultad de Medicina (UNNE) y Subsecretaría de Salud de la Municipalidad de Corrientes.

Fuentes secundarias

Documentos oficiales y publicaciones ministeriales

Organismo	Año	Título
Auditoría General de la Nación	2008	Informe de Auditoría de Gestión sobre el Plan Nacer al 31/12/2008
COFESA	2003	Acuerdo Federal de Salud
Comisión de coparticipación del COSAPRO	2010	Actividad de la Comisión de Coparticipación del COSAPRO
Consejo de Salud de la Pcia. de Bs. As.	2009	Declaración de Mar del Plata
Gobierno de la Pcia. de Bs. As.	2011	Plan de regionalización. Un Estado inteligente para la provincia del futuro
Gobierno de la Pcia. de Bs. As.	2003	Memoria de Gestión 2002-2003
INDEC	2005 [2003]	¿Qué es el Gran Buenos Aires?
Jefatura de Gabinete de Ministros, Secretaría de Gabinete y Relaciones Parlamentarias	2007	Guía de Programas Nacionales con Impacto Local
Ministerio de Desarrollo Social de la Nación	2011	Centros Integradores Comunitarios
Ministerio de Economía de la Nación	2004	Inventario de Programas de Protección según Área 2002-2003 (versión extendida)
Ministerio de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires	2005	Descentralización y fortalecimiento del Estado. Ponencias presentadas en el Seminario Internacional
Ministerio de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires	2005	Descentralización y fortalecimiento municipal

Organismo	Año	Título
Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios.	2011a	Plan Estratégico Territorial. Avance II: Planificación Estratégica Territorial (1ª ed.)
Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios.	2011b	Plan Estratégico Territorial. Avance II: Territorio e Infraestructura (1ª ed.)
Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios.	2008	Avance 2008, 1816-2016 Argentina del bicentenario, Plan Estratégico Territorial
Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires	2002 a 2011	Presupuesto General Provincial
Ministerio de Salud de la Nación	2002	Remediar. Informe de situación al 30/11/2002
Ministerio de Salud de la Nación	2010	Plan Federal de Salud 2010-2016, borrador (4/6/2010)
Ministerio de Salud de la Nación	2003 a 2010	Actas del Consejo Federal de Salud (COFESA)
Ministerio de Salud de la Nación	2002	Memoria del Ministerio de Salud, año 2002
Ministerio de Salud de la Nación	2001	Memoria del Ministerio de Salud, año 2001
Ministerio de Salud de la Nación	2008?	Ministra de Salud, Lic. Graciela Ocaña (PPT)
Ministerio de Salud de la Nación	2004	Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007
Ministerio de Salud de la Nación	2003	Memoria del Ministerio de Salud, año 2003
Ministerio de Salud de la Nación	1997	Encuesta de utilización de servicios y gasto de los hogares, Argentina
Ministerio de Salud de la Nación	2003	Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud, Argentina
Ministerio de Salud de la Nación	2005	Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud, Argentina. Serie 10, n° 20
Ministerio de Salud de la Nación	2007	Procedimientos operativos PROAPS-Remediar

Organismo	Año	Título
Ministerio de Salud de la Nación	2007	Reglamento operativo, Proyecto Funciones Esenciales y Programas Priorizados de Salud Pública
Ministerio de Salud de la Nación	2010	Reglamento operativo, Programa Remediar+Redes, Contrato de Préstamo n° 1903 OC-AR
Ministerio de Salud de la Nación	2009	Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil de las Mujeres y de las Adolescentes
Ministerio de Salud de la Nación, Programa FEASP/ Remediar+Redes	2007	Procedimientos operativos
Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Programas Sanitarios, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	2007	Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	2000	Plan de Acción Materno-Infantil 2000-2002, Programa Materno-Infantil, Provincia de Buenos Aires, julio
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires		COSAPRO
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	2006	Agenda de Salud
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	s/f	Hospitales públicos: la mirada de usuarios y trabajadores
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección Provincial de Hospitales	2011	Las experiencias de articulación de redes de servicios en el GBA. Presentación Dr. C. Ortiz
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	2009	Encuesta perinatal 2008: resultados en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, diciembre de 2009
Plan Nacer	2008	Manual operativo, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial. Préstamo BIRF 7225-AR y 7409-AR

Organismo	Año	Título
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Oficina de Argentina	2010	Proyecto: ARG/04/023, Proyecto de Inversión en Salud Materno-Infantil Provincial
Programa FEASP/ Remediar+Redes	2010	Actas compromiso, nación, provincia, municipio (Alte. Brown, Avellaneda, Esteban Echeverría, Florencio Varela, Hurlingham, Gral. San Martín, José C. Paz, La Matanza, Lanús, Merlo, Moreno, Morón, Tigre, Tres de Febrero)
Ministerio de Salud de la Nación, Unidad de Análisis Económico (UAES)	s/f	La política de medicamentos: ¿qué se hizo?, ¿qué queda por hacer? Documento elaborado por Sonia Tarragona y Catalina de la Puente.
Región Sanitaria V del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	2001	Calidad del Control de Embarazo en el Sector Público (mimeo)
Región Sanitaria V del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	2002	Calidad del Control de Embarazo en el Sector Público (mimeo)
Región Sanitaria V del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	2003	Calidad del Control de Embarazo en el Sector Público (mimeo)
Subsecretaría de Planificación de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires	2006	Planificación Estratégica 2006-2007
Subsecretaría de Urbanismo y Vivienda, Dirección Provincial de Ordenamiento Urbano y Territorial	2006	Lineamientos Estratégicos para la Región Metropolitana de Buenos Aires

Documentos de OPS-OMS

Organismo	Año	Título	Ciudad
OPS	2002	Profile of the Health Services System Argentina	Washington D. C.
OPS-OMS	2002	La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción	Washington D. C.
OPS	2007	Steering Role of the National Health Authority, Performance and Strengthening	Washington D. C.

Otras fuentes

Organismo	Año	Título
Banco Mundial	2012	Implementation status & results. Argentina. AR-Essential Public Health Functions
Banco Mundial		Documentos de los proyectos financiados en Argentina
BID	2012	Relatorio de Monitoreo de Progreso, AR-L-1020, Strengthening the Basic Health Care Strategy, FEASP 2011, 2 ^{do} período
BID	2011	AR-L-007, Programa de Inversión Social de la provincia de Buenos Aires, Informe de Seguimiento de Progreso
Centro de Estudios del Estado y la Sociedad (CEDES)		Documentos Serie Salud y Políticas Públicas
CEPAL		Programas de Transferencias Condicionadas. Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe
CIPPEC	2010	Experiencias de gestión pública en salud, segundo ciclo
Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires	2002	Revista del Colegio
Ginés González García		
Mesa del Diálogo Argentino	2002	Bases para el diálogo argentino (30 de enero)

Organismo	Año	Título
Mesa del Diálogo Argentino	2002	Boletín Informativo nº 1
Mesa del Diálogo Argentino	2002	Acta compromiso sectorial de la Comisión de Salud (22/2)
Presidencia Eduardo Duhalde (enero 2002 - mayo 2003)	2002-2003	Por una Argentina de pie y en paz
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Argentina	2004	Proyecto: ARG/04/023 Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Argentina	2004	Evaluación del Diálogo Argentino
Programa Naciones Unidas para el Desarrollo	2002	Los dieciocho desafíos que plantea la realidad Argentina

Bases

Base	URL
Boletín Oficial e Impresiones del Estado. Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros de la Provincia de Buenos Aires	http://www.gob.gba.gov.ar/dijl/
Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, CIAP	http://www.econ.uba.ar/www/institutos/admin/ciap/baseciap/base.htm
Infojus (Sistema Argentino de Información Jurídica), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación	http://www.saij.gob.ar/
Legisalud (Ministerio de Salud de la Nación)	http://leg.msar.gov.ar/index2.htm
Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas	www.mecon.gov.ar/hacienda/dncfp
Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires	http://www.ec.gba.gov.ar/areas/hacienda/Presupuesto/index.php

Información estadística

Organismo	Serie
Atlas electoral de Andy Tow	Resultados electorales
Banco Mundial	Gasto en salud total (% del PIB)
CEPAL	Dinámica Productiva Provincial
INDEC	Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991, 2001, 2010
INDEC	Dirección de Coordinación del Sistema Estadístico Nacional (DCSEN). Sistema de Información Estadística Local (SIEL).
INDEC	Encuesta Permanente de Hogares. Puntual hasta 2002 y continúa a partir de los datos de 2003
Junta Electoral de la Provincia de Buenos Aires	Resultados electorales
Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud	Estadísticas Vitales, Información Básica, años 2001-2010.
Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud	Guía de Establecimientos de Salud (base de datos <i>online</i>)
OPS	Global Health Observatory Map Gallery
Ministerio de Salud de la Nación	Indicadores básicos, 1999-2011
Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud	Anuario de estadísticas vitales, 2000-2009
Ministerio de Salud de la Nación, OPS-OMS	Situación de salud en la Argentina, 2003
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, DIS	Rendimientos de establecimientos con y sin internación de la dependencia provincial, municipal y nacional, provincia de Buenos Aires, 2000-2010
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, DIS	Defunciones infantiles por componente y residencia, 2005-2010
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, DIS	Hechos vitales y sus respectivas tasas, según región sanitaria
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, DIS	Natalidad y mortalidad infantiles
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, DIS	Mortalidad general

Organismo	Serie
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, DIS	Establecimientos con y sin internación y promedio de camas disponibles de dependencia provincial, municipal y nacional
Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Presupuesto	Gasto en hospitales provinciales
Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía de la Nación	Gasto público de los gobiernos provinciales y del GCABA
Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía de la Nación	Gasto público nacional, provincial y municipal consolidado
Ministerio de Salud de la Nación, Programa Remediar	Botiquines entregados, 2002-2011
Ministerio de Economía y Finanzas públicas	Gasto público por jurisdicción, 1989-2009
Subsecretaría de Asuntos Municipales, Dirección Provincial de Programación y Gestión Municipal, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires	Evolución de la coparticipación municipal en salud, 2000-2010
Pontificia Universidad Católica Argentina	Observatorio de la Deuda Social Argentina
Ministerio de Salud de la Nación	Influenza pandémica (H1N1) 2009, República Argentina
Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación, sitio del ciudadano	Sitio del ciudadano
Superintendencia de Salud	Nómina de establecimientos registrados como HPGD

Periódicos (de diciembre de 2001 a diciembre de 2011)

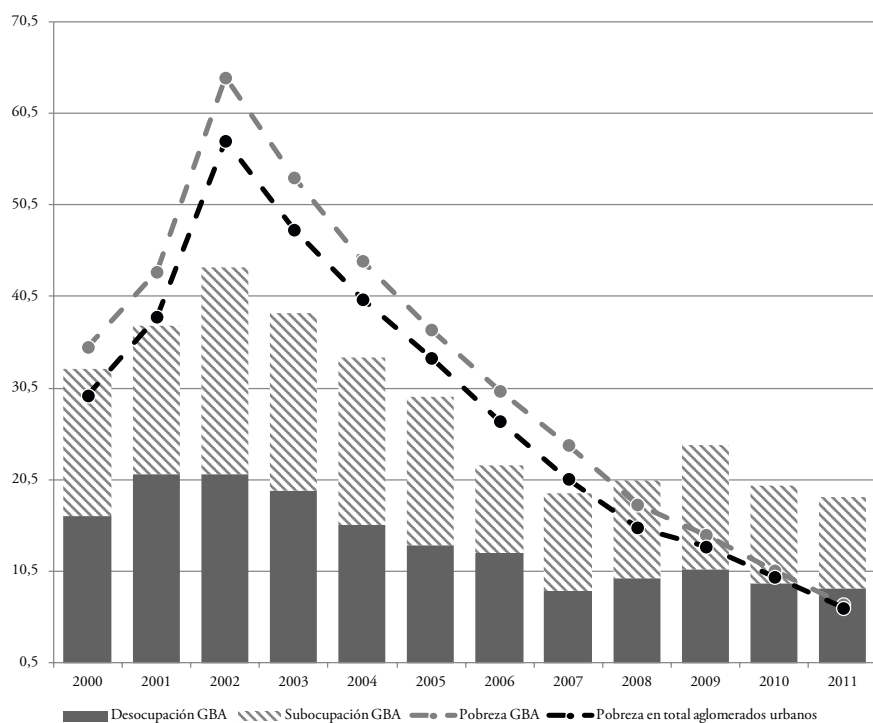
Clarín

Página/12

El Día de La Plata

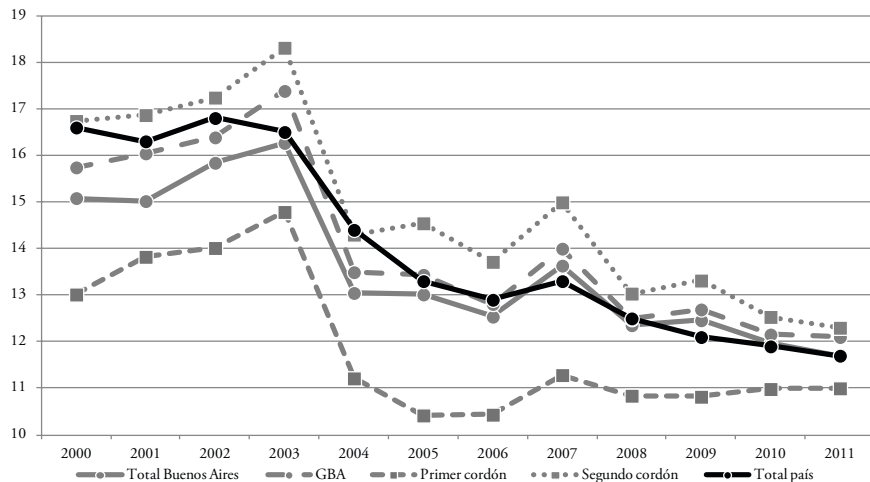
Gráficos

Gráfico 1. Población bajo la línea de pobreza (total aglomerados urbanos en el país y 24 partidos del Gran Buenos Aires), desocupación y subocupación (24 partidos del Gran Buenos Aires), 2000-2011



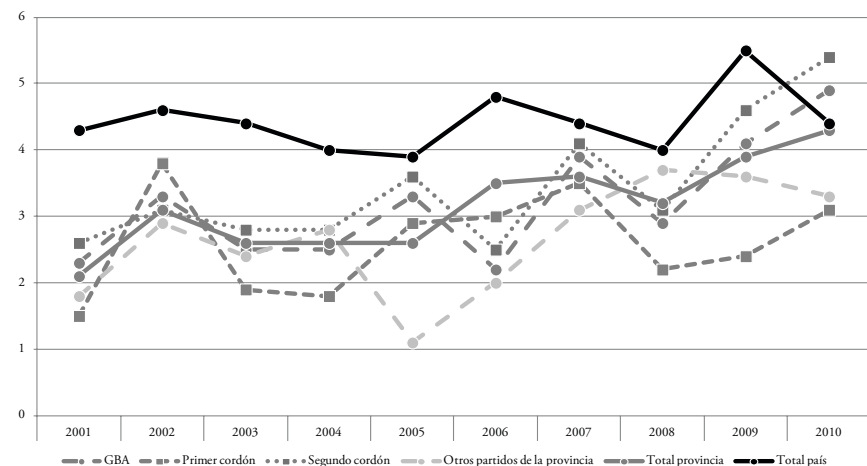
Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares; puntual onda octubre (2000-2002) y continúa tercer trimestre de 2003 en adelante.

Gráfico 2. Tasa de mortalidad infantil (total país, total provincial, 24 partidos del Gran Buenos Aires, por cordones), 2000-2011



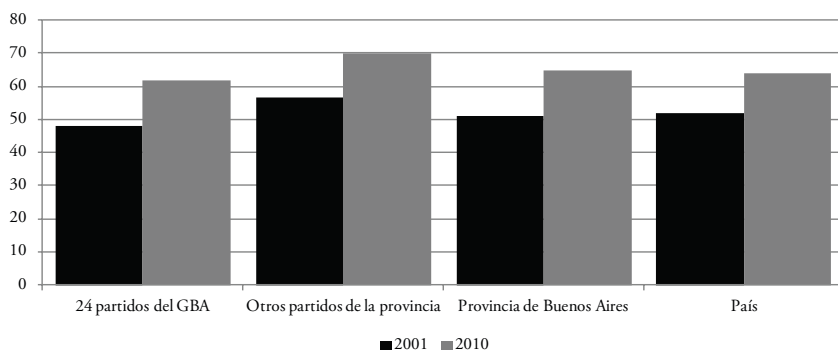
Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS) y Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Gráfico 3. Tasa de las defunciones maternas (total país, total provincial, 24 partidos del Gran Buenos Aires y por cordón), 2001-2010



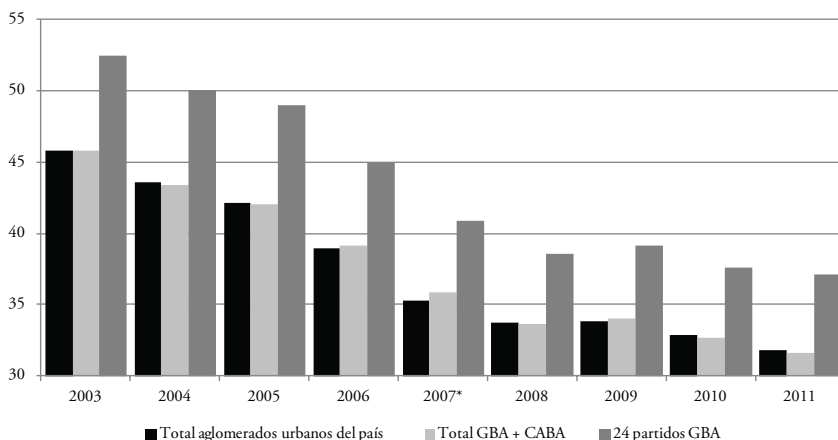
Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Gráfico 4. Población en viviendas particulares con obra social, prepaga o plan estatal, provincia de Buenos Aires (porcentajes), total país, 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2001 y 2010



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2010.

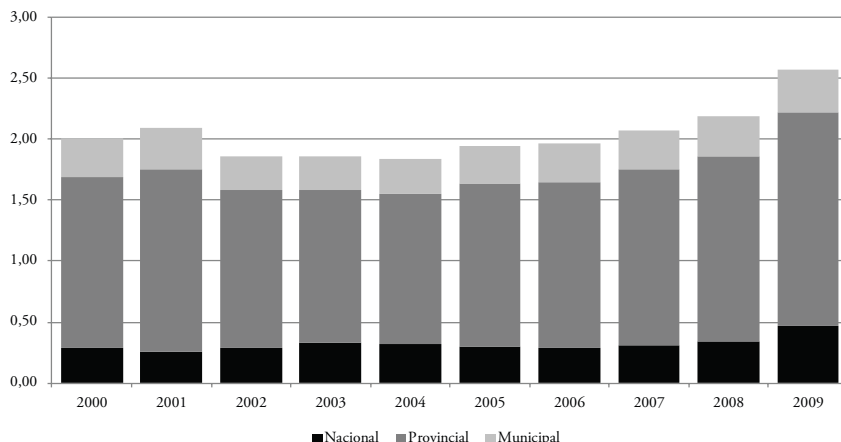
Gráfico 5. Población no cubierta por obra social o plan médico (porcentajes), total aglomerados urbanos del país, total Gran Buenos Aires + CABA y 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2003-2011



Nota: * El dato de 2007 corresponde al cuarto trimestre del año. La información correspondiente al tercer trimestre no está disponible ya que los aglomerados Mar del Plata-Batán, Bahía Blanca-Cerri y Gran La Plata no fueron relevados por causas de orden administrativo, mientras que los datos correspondientes al Aglomerado Gran Buenos Aires no fueron relevados por paro de personal de la EPH.

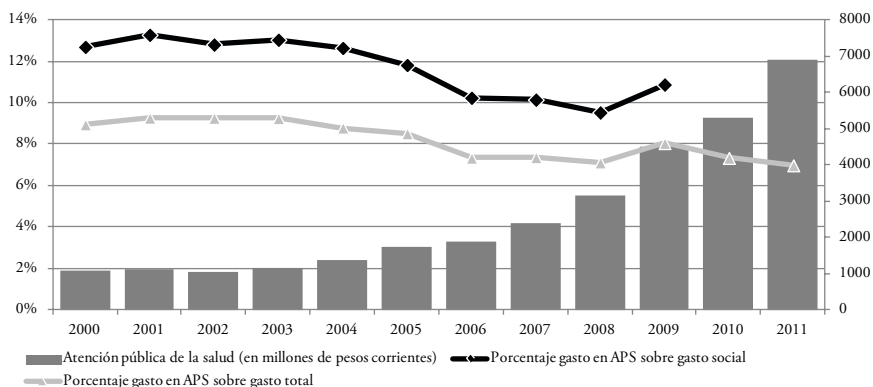
Fuente: elaboración propia según Encuesta Permanente de Hogares (EPH), INDEC, segundo semestre.

Gráfico 6. Gasto público en atención pública de la salud como porcentaje del PIB, total nacional, provincial y municipal, 2000-2009



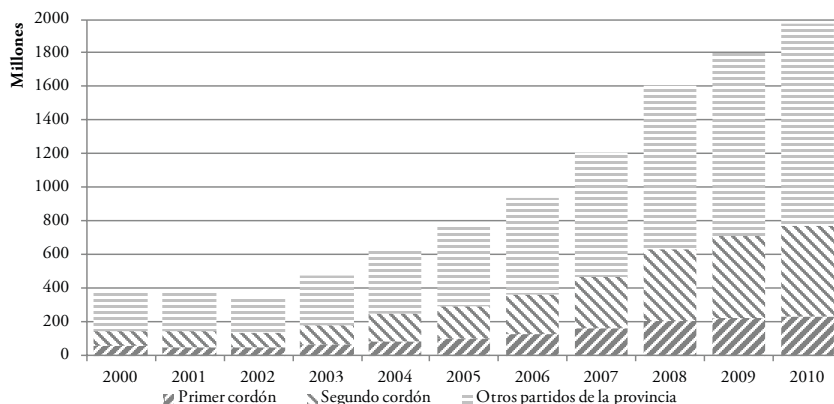
Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica.

Gráfico 7. Gasto público en atención pública de la salud sobre gasto social y sobre gasto total (porcentajes) y gasto en atención pública de la salud (en millones de pesos corrientes), provincia de Buenos Aires, 2000-2011



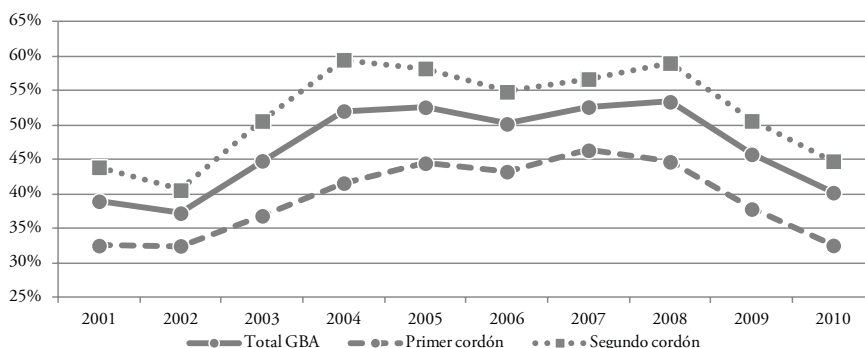
Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica (2000 a 2009) y Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (www.mecon.gov.ar/hacienda/dncfp), 2010 y 2011.

Gráfico 8. Transferencias por Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial a los municipios (en millones de pesos corrientes), 24 partidos del Gran Buenos Aires por cordón y otros partidos de la provincia, 2001-2010



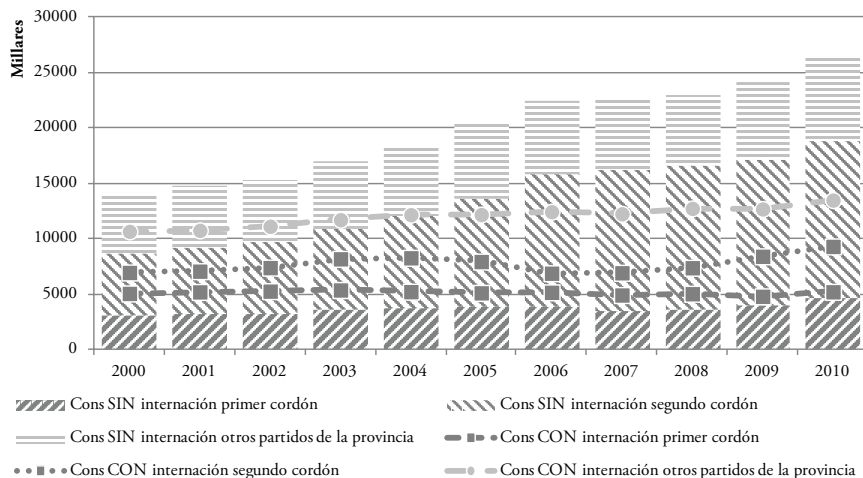
Fuente: elaboración propia según datos de la Subsecretaría de Asuntos Municipales, Dirección Provincial de Programación y Gestión Municipal. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Gráfico 9. Financiamiento del gasto municipal de salud con las transferencias por Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial (porcentajes), 24 partidos del Gran Buenos Aires y por cordón, 2001-2010



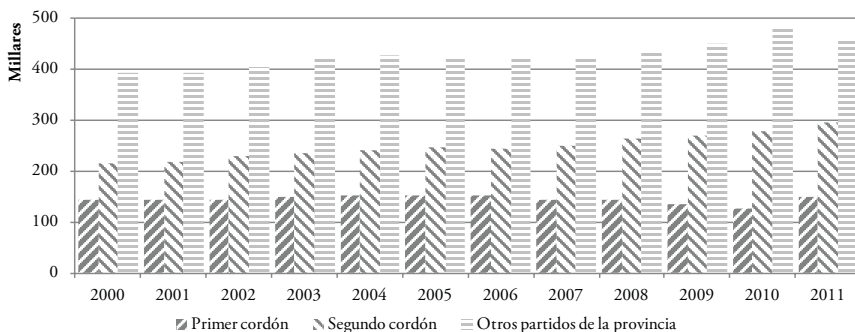
Fuente: elaboración propia según datos de la Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires (gasto) y de la Subsecretaría de Asuntos Municipales, Dirección Provincial de Programación y Gestión Municipal (transferencias coparticipación). Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Gráfico 10. Consultas en establecimientos estatales sin y con internación (CAPS y hospitales respectivamente), total provincial, 24 partidos del Gran Buenos Aires y otros partidos de la provincia, 2000-2010



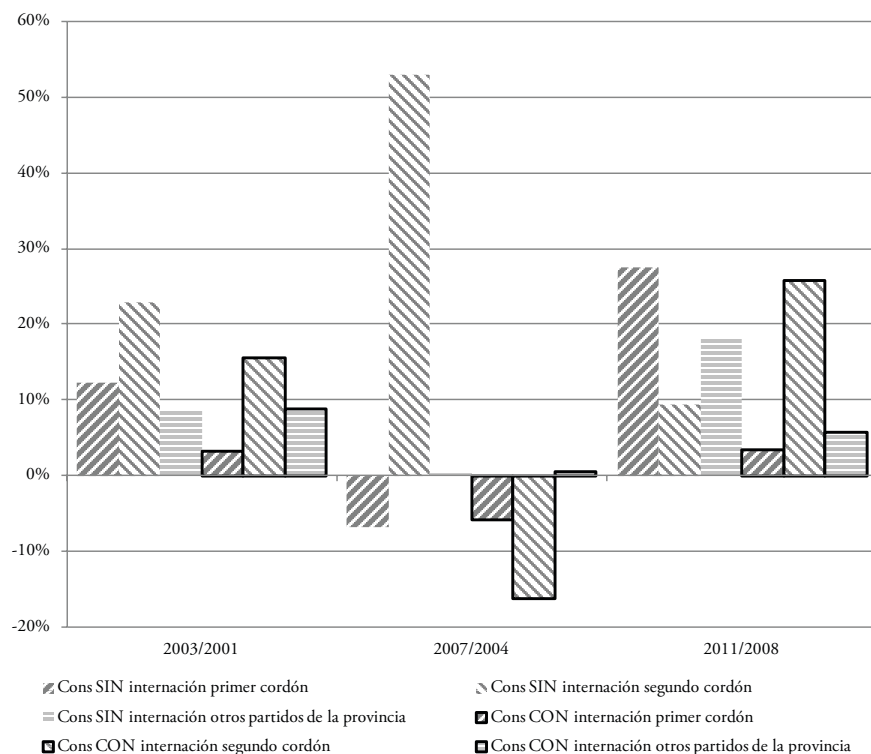
Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Gráfico 11. Egresos en establecimientos estatales, total provincial, 24 partidos del Gran Buenos Aires y otros partidos de la provincia, 2000-2011



Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Gráfico 12. Diferencia relativa interanual de las consultas con y sin internación en establecimientos estatales (CAPS y hospitales), 24 partidos del Gran Buenos Aires, por cordones y otros partidos de la provincia, 2003-2001, 2007-2004, 2011-2008

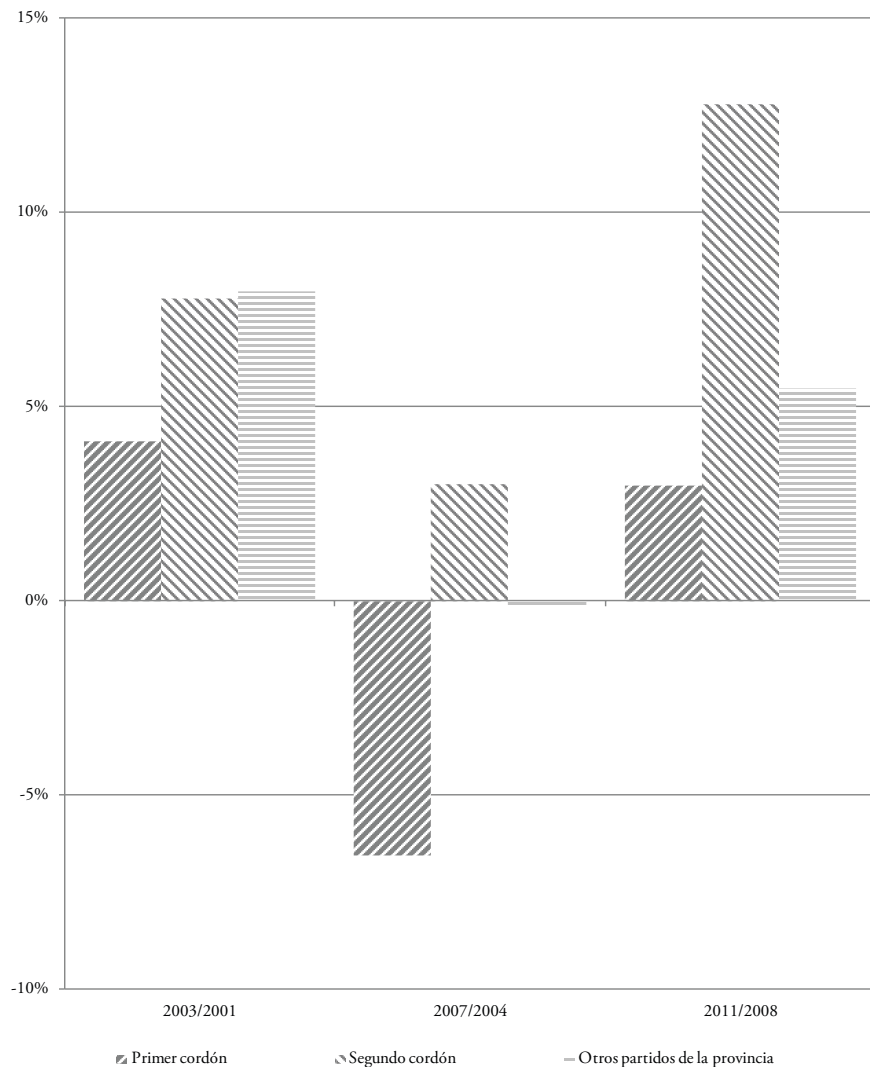


Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

La variación interanual se estima según la siguiente fórmula:

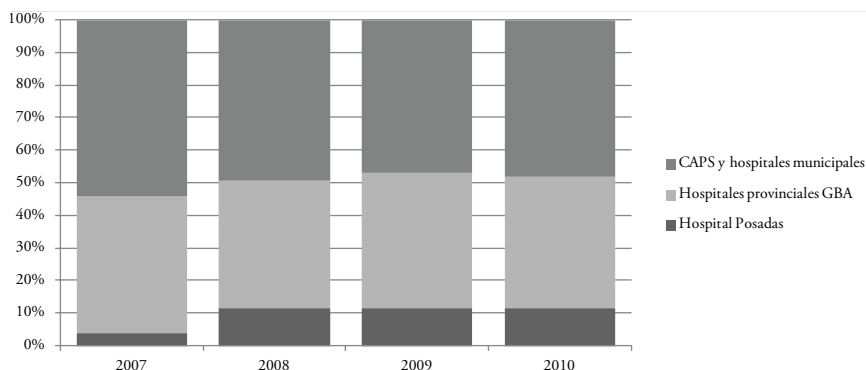
$$\frac{(\text{Consultas T2} - \text{Consultas T1})}{\text{Consultas T1}} * 100$$

Gráfico 13. Diferencia relativa interanual de los egresos en hospitales (24 partidos del Gran Buenos Aires, por cordones y otros partidos de la provincia), 2001-2011



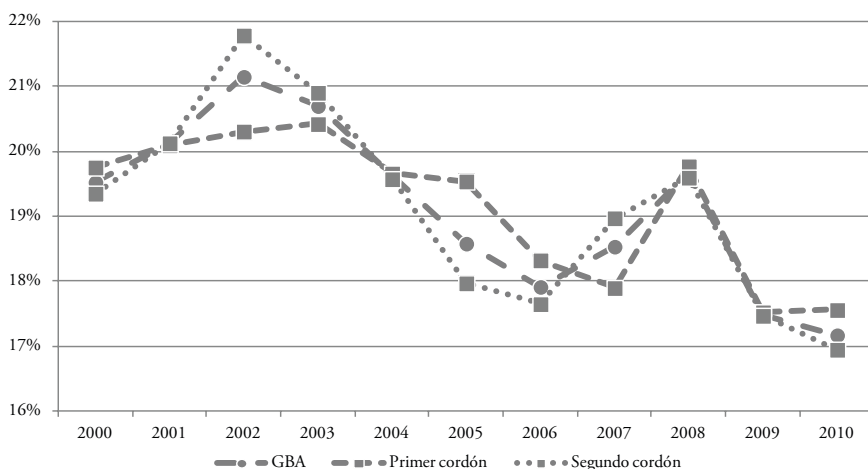
Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Gráfico 14. Composición del gasto en servicios de atención a la salud en establecimientos estatales en los 24 partidos del Gran Buenos Aires por jurisdicción (hospital nacional, hospitales provinciales, hospitales y CAPS municipales), 2007-2010



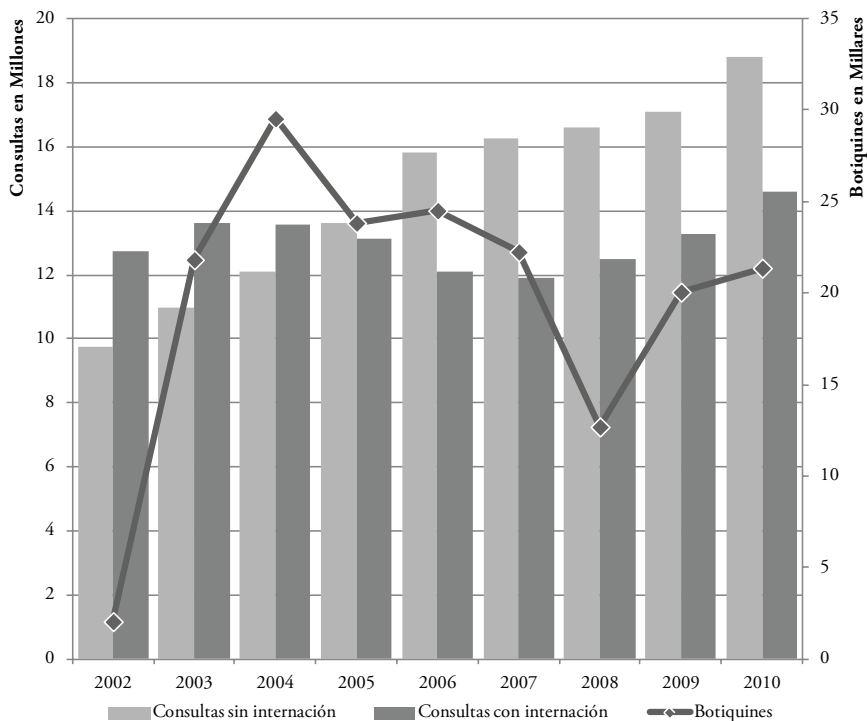
Fuente: elaboración propia según datos de: Hospital Posadas, Contaduría General de la Nación, Hospitales provinciales del GBA, Dirección de Presupuesto de la Provincia de Buenos Aires, Gasto en Salud Municipal, Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Gráfico 15. Gasto municipal en salud (en porcentaje del gasto total), 24 partidos del Gran Buenos Aires y por cordón, 2000-2010



Fuente: elaboración propia según datos de la Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Gráfico 16. Botiquines Programa Remediar (miles) y consultas en establecimientos con y sin internación (en millones), 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2002-2010



Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Salud de la Nación, Programa Remediar (botiquines) y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS) (consultas totales y sin internación).

Tablas

Tabla 1. Población con cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual (total y porcentaje), 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2001 y 2010

	2001		2010	
	Absolutos	% sobre el total	Absolutos	% sobre el total
Total GBA	4.172.122	48,04	6.014.461	60,63
Almirante Brown	238.833	46,3	334.160	60,43
Avellaneda	189.781	57,7	240.031	70,12
Berazategui	128.042	44,5	197.415	60,93
Esteban Echeverría	109.687	45	174.035	57,8
Ezeiza	48.341	40,7	88.405	53,95
Florencio Varela	120.963	34,7	202.905	47,61
Gral. San Martín	208.351	51,7	270.053	65,09
Hurlingham	89.120	51,7	122.165	67,47
Ituzaingó	84.619	53,5	115.711	68,96
José C. Paz	84.653	36,8	139.097	52,24
La Matanza	522.604	41,6	955.823	53,81
Lanús	246.329	54,4	316.716	69,08
Lomas de Zamora	287.779	48,7	351.999	57,12
Malvinas Argentinas	120.923	41,6	183.860	56,86
Merlo	183.184	39	276.395	52,41
Moreno	131.385	34,5	228.306	50,44
Morón	190.300	61,5	230.305	71,48
Quilmes	264.028	50,9	365.094	62,6
San Fernando	79.045	52,3	108.924	66,73
San Isidro	198.109	68	231.109	78,7
San Miguel	123.328	48,7	178.684	64,72
Tigre	136.169	45,2	242.750	64,5
Tres de Febrero	187.077	55,6	232.600	68,28
Vicente López	199.472	72,8	227.919	84,59

Fuente: INDEC, base de datos del Censo de 2001 y de 2010 (datos definitivos), en formato Redatam. Los datos de 2010 incluyen: obra social (incluido PAMI), prepaga a través de obra social y prepaga solo por contratación voluntaria. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Tabla 2. Gasto público social (provincia de Buenos Aires), en millones de pesos corrientes y variación porcentual interanual, 2001-2011

Gasto	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2001-2003 (%)	2004-2007 (%)	2008-2011 (%)
Gasto total	12.139	11.140	12.604	15.661	20.530	25.815	32.602	44.153	55.864	55.864	72.349	3,83	108,17	63,86
Gasto público social y en recursos humanos	8.474	8.057	8.941	10.892	14.791	18.498	23.658	32.944	41.352	s/d	s/d	5,51	117,21	s/d
Salud	1.787	1.697	1.886	2.229	2.969	3.382	4.425	5.796	7.841	s/d	s/d	5,54	98,52	s/d
Atención pública de la salud	1.125	1.031	1.165	1.377	1.748,62	1.894	2.401	3.139	4.498	5.309	6.886	3,56	74,36	119,37
IOMA	662	665	720	851	1.221,11	1.487	2.024	2.656	3.342	s/d	s/d	8,76	137,84	s/d
% gasto en atención pública de salud / Gasto total	9,27%	9,26%	9,25%	8,79%	8,52%	7,34%	7,36%	7,11%	8,05%	7,34%	6,98%			

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica. Datos correspondientes a 2010 y 2011 (incompletos), Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (www.mecon.gov.ar/hacienda/dnecfp).

Tabla 3. Gasto público social (provincia de Buenos Aires) en porcentaje del total, 2001-2009

%	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Porcentaje de gasto en APS sobre gasto en salud	62,93	60,79	61,81	61,79	58,88	56,01	54,25	54,17	57,37	s/d	s/d
Porcentaje de gasto en APS sobre gasto social	13,28	12,81	13,04	12,64	11,82	10,24	10,15	9,53	10,88	s/d	s/d
Porcentaje de gasto en APS sobre gasto total	9,27	9,26	9,25	8,79	8,52	7,34	7,36	7,11	8,05	7,34	6,98

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica. Los datos disponibles llegan a 2009 ya que se encuentra discontinuada la serie que regularmente publicaba la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales.

Tabla 4. Gasto de la Administración General Provincial por finalidad y función, sectores sociales (en porcentaje del PBG), 2001-2007

Sectores	2001	2003	2001-2003	2004	2007	2003-2007
Servicios sociales	6,45	4,81	-25,43	4,89	5,8	18,61
Salud	1,18	0,86	-27,12	0,83	0,81	-2,41
Educación	4,08	2,84	-30,39	2,97	3,87	30,3
Total	13,38	8,96	-33,03	9,92	11,08	11,69

Fuente: elaboración propia según datos de Salim, Mongan, Lombardi y Barberis (2010: 95).

Tabla 5. Gasto en atención pública de la salud según nivel gubernamental (en porcentaje del PIB), 2000-2011

Nivel	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nacional	0,29	0,26	0,28	0,33	0,32	0,29	0,29	0,31	0,34	0,47
Provincial	1,39	1,49	1,3	1,26	1,23	1,34	1,36	1,45	1,52	1,75
Municipal	0,33	0,35	0,28	0,27	0,28	0,31	0,32	0,32	0,33	0,35

Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica.

Tabla 6: Gasto en atención pública de la salud de la provincia de Buenos Aires (en millones de pesos, porcentaje en recursos humanos y porcentaje en hospitales provinciales), 2002-2011

Año	Gasto total (en millones de pesos) (*)	Porcentaje gasto en recursos humanos / gasto total salud	Porcentaje gasto en hospitales (**)
2002	988	51,08	73,77
2003	1.068	44,59	73,09
2004	1.248	39,19	69,94
2005	s/d	s/d	s/d
2006	1.746	47,25	67,75
2007	s/d	s/d	s/d
2008	2.707	48,38	73,22
2009	3.841	46,64	73,68
2010	4.574	46,21	75,24
2011	6.035	44,74	74,2

Notas: * Los datos corresponden al presupuesto de gasto aprobado por la Legislatura de la provincia. Se constata una diferencia con los datos agregados registrados por la Dirección de Análisis de Gasto Público que se presentan en la tabla 3. ** Incluye el gasto en Dirección General de Hospitales.

Fuente: Dirección Provincial de Presupuesto, Presupuesto General, clasificación por finalidad, función y objeto del gasto (<http://www.ec.gba.gov.ar/areas/hacienda/Presupuesto>).

Tabla 7. Promedio de camas disponibles en establecimientos estatales según dependencia administrativa (nación, provincia y municipio), provincia, 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2004 y 2011

Dependencia	2004				2011			
	Total	Nacio- nales	Provin- ciales	Munici- pales	Total	Nacio- nales	Provin- ciales	Munici- pales
Total provincia	27.522	2.126	12.836	12.560	27.660	1.756	12.350	13.554
Total GBA	8.989	508	5.693	2.788	9.144	451	5.581	3.112
Otros partidos de la provincia	18.533	1.618	7.143	9.772	18.516	1.305	6.769	10.442
Primer cordón	3.696	508	2.025	1.163	3.423	448	1.806	1.169
Avellaneda	729	0	659	70	613	0	546	67
Gral. San Martín	575	0	356	219	530	0	332	198
Hurlingham	25	0	0	25	42	0	0	42
Ituzaingó	0	0	0	0	0	0	0	0
Lanús	477	0	477	0	464	0	464	0
Morón	885	508	187	190	785	448	150	187
San Isidro	333	0	0	333	372	0	0	372
Tres de Febrero	283	0	283	0	252	0	252	0
Vicente López	389	0	63	326	365	0	62	303
Segundo cordón	5.293	0	3.668	1.625	5.721	3	3.775	1.943
Almirante Brown	405	0	405	0	422	0	422	0
Berazategui	243	0	221	22	239	0	224	15
Esteban Echeverría	123	0	0	123	130	0	0	130
Ezeiza	160	0	138	22	175	3	172	0
Florencio Varela	228	0	180	48	370	0	322	48
José C. Paz	180	0	180	0	154	0	154	0
La Matanza	881	0	461	420	791	0	452	339
Lomas de Zamora	1.284	0	1.230	54	1.279	0	1.204	75
Malvinas Argentinas	371	0	0	371	616	0	0	616
Merlo	397	0	158	239	502	0	163	339
Moreno	187	0	187	0	194	0	194	0
Quilmes	226	0	162	64	245	0	173	72
San Fernando	206	0	157	49	194	0	148	46
San Miguel	213	0	0	213	193	0	0	193
Tigre	189	0	189	0	217	0	147	70

Nota: el promedio de camas disponibles es el número de camas realmente instaladas en el establecimiento en condiciones de uso para la atención de pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas. Se consignó el promedio diario de camas disponibles del año de referencia.

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Tabla 8. Distribución de camas disponibles en establecimientos estatales según dependencia (nación, provincia y municipio), provincia, 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia, 2004 y 2011

Dependencia	2004				2011			
	Total	Nacionales	Provinciales	Municipales	Total	Nacionales	Provinciales	Municipales
Total provincia	100	7,72	46,64	45,64	100	6,35	44,65	49
Total GBA	100	5,65	63,33	31,02	100	4,93	61,03	34,03
Otros partidos de la provincia	100	8,73	38,54	52,73	100	7,05	36,56	56,39
Primer cordón	100	13,74	54,79	31,47	100	13,09	52,76	34,15
Segundo cordón	100	0	69,3	30,7	100	0,05	65,98	33,96

Nota: el promedio de camas disponibles es el número de camas realmente instaladas en el establecimiento en condiciones de uso para la atención de pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas. Se consignó el promedio diario de camas disponibles del año de referencia.

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Información Sistematizada. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Tabla 9. Variación interanual 2001-2010 del gasto de jurisdicción municipal en salud, 24 partidos del Gran Buenos Aires

Partidos	2001-2003	2004-2007	2008-2010
Total GBA	11,62	84,99	63,09
Primer cordón	8,1	75,04	55,07
Avellaneda	-3,85	61,82	63,07
Gral. San Martín	-1,2	64,34	61,06
Hurlingham	57,2	84,53	54,74
Ituzaingó	46,59	59,72	84,6
Lanús	-13,56	87,63	52,53
Morón	10,5	89,68	109,06
San Isidro	24,59	74,56	43,68
Tres de Febrero	-4,45	97,71	60,64
Vicente López	8,42	70,77	32,7
Segundo cordón	14,31	92,07	68,27
Almirante Brown	-13,68	111,18	75,56
Berazategui	10,83	11,71	63,65
Esteban Echeverría	14,6	102,71	82,8
Ezeiza	50,29	472,42	83,36
Florencio Varela	12,6	-18,65	95,19
José C. Paz	-3,17	138,52	101,61
La Matanza	14,47	98,98	39,35
Lomas de Zamora	0	62,9	41,73
Malvinas Argentinas	63,37	121,93	88,02
Merlo	-1,79	129,19	57,19
Moreno	10,78	202,4	134,39
Quilmes	6,29	69,38	70,83
San Fernando	-0,7	–	46,78
San Miguel	24,87	87,97	75,94
Tigre	12,63	187,48	79,84

Fuente: elaboración propia según datos de la Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Tabla 10. Gasto municipal en salud en porcentaje del gasto total, 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2000-2010

Partido	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total GBA	19,53	20,11	21,15	20,7	19,61	18,58	17,91	18,53	19,67	17,49	17,17
Primer cordón											
Avellaneda	16,22	17,17	15,86	14,35	13,37	13,57	12,51	11,4	10,53	8,91	8,19
Gral. San Martín	24,43	23,88	26,08	25,58	23,35	22,01	22,77	22,53	23,05	21,38	21,58
Hurlingham	10,16	9,76	13,75	14,74	15,21	15,32	14,1	14,43	16,11	11,82	15,1
Iruzaingó	9,89	9,22	11,37	13,09	10,89	11,85	10,73	8,45	10,36	8,29	9,64
Lanús	16,43	16,23	14,26	13,19	12,81	14,46	14,6	14,64	13,9	11,49	11,65
Morón	16,03	17,25	17,83	18,6	18,45	17,96	18,07	18,68	18,89	16,13	20,18
San Isidro	25,07	26,69	25,63	29,48	28,7	28,68	22,09	21,77	27,67	25,83	25,96
Tres de Febrero	13,75	13,97	14	11,54	12,89	12,85	12,29	11,07	10,83	12,4	11,31
Vicente López	27,76	27,94	30,59	29,61	26,45	25,17	25,25	26,49	32,91	32,43	27,87

Partido	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Segundo cordón											
Almirante Brown	8,03	7,61	6,97	5,99	6,2	5,77	6,26	6,15	7,76	5,3	5,5
Berazategui	19,54	20,1	20,4	19,45	16,39	17,93	14,43	11,78	11,36	8,09	10,24
Esteban Echeverría	24,94	30,16	27,94	26,3	25,28	25,67	25,94	25,74	26,55	23,37	23,06
Ezeiza	13,13	10,46	11,71	12,16	13,69	18,98	24,25	23,49	20,75	9,9	14,46
Florencio Varela	28,31	27,61	30,07	28,07	20,62	8,16	7,56	9,79	11,16	11,29	11,2
José C. Paz	13,2	15,84	16,76	16,86	11,3	8,62	5,44	6,71	6,95	5,27	7,53
La Matanza	31,63	31,94	33,59	32,74	28,49	28,15	27,11	28,74	29,02	29,65	26,36
Lomas de Zamora	13,96	14,4	16,56	15,57	16,29	13,33	14,8	14,05	13,3	12,5	9,66
Malvinas Argentinas	30,91	29,15	33,68	34,33	36,94	32,94	35,01	39,86	44,99	41,52	40,45
Merlo	19,44	22,15	25,25	22,32	21,06	20,76	21,27	23,42	21,06	17,94	20,65
Moreno	8,99	9	9,67	9,4	8,59	10,77	9,59	13,46	14,51	14,89	17,8
Quilmes	12,46	12,66	12,95	12,95	12,57	11,8	9,86	10,27	14,1	13,8	12,75

San Fernando	13,88	13,66	12,89	12,79	17,24	16,89	17,33	–	1
San Miguel	26,04	27,98	29,81	28,17	29,82	30,39	29,34	28,98	2
Tigre	9,23	9,8	9,85	9,36	8,08	7,54	12,45	12,45	1

Fuente: elaboración propia según datos de la Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Tabla 11. Porcentaje de gasto municipal en salud en recursos humanos, 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2006-2010

Partidos	2006	2007	2008	2009	2010
Almirante Brown	72,9	63	70,6	58,9	65,4
Avellaneda	83,9	81,9	79,5	76,4	78,3
Berazategui	86,7	75,3	74,9	70,7	66,7
Esteban Echeverría	79,1	82,1	81,5	82,6	77
Ezeiza	39,8	34,7	50,7	45	43,6
Florencio Varela	77,6	80,7	80,7	73,4	71,9
Gral. San Martín	82	85,6	77,9	70,9	74,5
Hurlingham	71	75,2	74,6	66,3	70,9
Ituzaingó	58,5	61,8	59,5	62,8	62
José C. Paz	81,3	85,2	82,6	81,6	70,6
La Matanza	85,4	82,6	86	87,2	86,5
Lanús	93	93,6	94,1	90,7	87,9
Lomas de Zamora	84,6	87,9	82	82,2	83,6
Malvinas Argentinas	23,8	20,6	18	19,9	25,4
Merlo	54,1	49,4	53,6	48,2	45,6
Moreno	81,3	86,4	90,4	90,8	72,5
Morón	76,3	78,5	76,7	76	55,7
Quilmes	70,2	76	82,7	86	86,9
San Fernando	70	–	71,8	71,3	80,2

7,93	15,16	San Isidro		63,3	66,2	65,2	68	66,5
9,17	24,77	San Miguel		47,1	51,9	61,9	71,8	60,8
2,47	23,64	Figuer		60,8	66,7	68,1	43,8	64,3
		Tres de Febrero		62,6	62,8	57,4	53,3	49,4
		Vicente López		70,6	75,4	73,6	77,3	73,6

Fuente: elaboración propia según datos de la Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Tabla 12. Variación interanual de las transferencias por Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial, 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2010

Partidos	2001-2003	2004-2007	2008-2010
Total GBA	28,43	87,04	22,8
Primer cordón	22,47	95,09	12,92
Avellaneda	17,66	86,99	13,28
Gral. San Martín	13,12	83,24	-7,92
Hurlingham	33,13	214,11	29,55
Ituzaingó	28,25	51,34	14,98
Lanús	22,75	42,25	16,88
Morón	29,72	75,3	18,65
San Isidro	37,24	135,62	9,99
Tres de Febrero	10,83	64,67	55,86
Vicente López	14,93	88,85	17,3
Segundo cordón	31,82	83,04	27,63
Almirante Brown	14,85	96,47	26,4
Berazategui	32,3	109,48	32,74
Esteban Echeverría	19,89	64,13	14,01
Ezeiza	27,34	85,12	21,96
Florencio Varela	25,32	-40,84	5,38
José C. Paz	44,07	107,01	11,57
La Matanza	40,96	69,17	25,16
Lomas de Zamora	-4,64	179,29	18,39

Malvinas Argentinas	76,25	124	47,91
Merlo	14,02	189,84	39,97
Moreno	27,14	85,5	23,35
Quilmes	12,24	56,6	27,06
San Fernando	19,61	20,38	4,68
San Miguel	45,61	85,55	-3,79
Tigre	20,62	96,18	19,22
Resto de los partidos	22,8	89,83	22,45

Fuente: elaboración propia según datos de la Subsecretaría de Asuntos Municipales, Dirección Provincial de Programación y Gestión Municipal. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (tco-UNGS).

Tabla 13. Gasto municipal en salud y transferencias por Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial (en pesos corrientes) y cobertura del gasto municipal a través de las transferencias (porcentajes en promedios plurianuales), 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2001-2010

Partidos	Gasto anual promedio en salud municipal			Transferencias anuales promedio por coparticipación en salud			Porcentaje de cobertura del gasto con coparticipación en salud			
	2001-2003	2004-2007	2008-2010	2001-2003	2004-2007	2008-2010	2001-2003	2004-2007	2008-2010	2008-2010
Total GBA	377.371.466	657.676.270	1.549.869.712	152.862.942	340.888.764	703.290.793	40,51	51,83	45,38	
Primer cordón	159.366.175	265.065.252	589.146.365	54.240.990	117.146.911	220.645.429	34,04	44,2	37,45	
Avellaneda	17.305.527	24.065.416	46.906.146	4.942.110	9.750.514	17.558.920	28,56	40,52	37,43	
Gral. San Martín	23.256.763	37.885.818	81.800.569	9.327.015	17.152.128	28.507.242	40,1	45,27	34,85	

Hurlingham	4.391.546	9.091.759	21.276.918	1.237.982	4.269.008	10.913.314	28,19	46,95	51,29
Inuzaingó	3.888.316	6.365.884	15.809.558	1.025.089	2.057.893	3.440.455	26,36	32,33	21,76
Lanús	14.711.466	21.856.703	46.855.245	4.175.924	8.074.468	13.179.571	28,39	36,94	28,13
Morón	15.802.844	29.047.004	73.949.708	6.053.404	13.152.208	21.431.545	38,31	45,28	28,98
San Isidro	38.192.995	63.541.397	135.579.316	12.663.702	30.982.408	66.276.474	33,16	48,76	48,88
Tres de Febrero	9.963.296	17.453.223	35.654.409	1.927.938	3.720.874	7.684.216	19,35	21,32	21,55
Vicente López	31.853.422	55.758.048	131.314.496	12.887.828	27.987.411	51.653.692	40,46	50,19	39,34
Segundo cordón	218.005.291	392.611.018	960.723.347	98.621.951	223.741.854	482.645.363	45,24	56,99	50,24
Almirante Brown	3.627.532	6.532.809	19.393.699	1.489.912	2.907.924	6.141.923	41,07	44,51	31,67
Berazategui	12.484.062	16.734.275	27.541.179	4.506.433	9.904.682	22.428.233	36,1	59,19	81,44
Esteban Echeverría	12.608.518	23.771.746	55.519.917	5.456.100	11.764.202	22.160.093	43,27	49,49	39,91
Partidos	Gasto anual promedio en salud municipal			Transferencias anuales promedio por coparticipación en salud		Porcentaje de cobertura del gasto con coparticipación en salud			
	2001-2003	2004-2007	2008-2010	2001-2003	2004-2007	2008-2010	2001-2003	2004-2007	2008-2010
Florencio Varela*	19.060.001	14.437.913	36.675.381	12.378.448	11.335.843	16.013.984	64,94	78,51	43,66
José C. Paz	5.553.168	11.194.247	31.668.121	2.644.246	6.981.889	15.199.141	47,62	62,37	48
La Matanza	61.059.584	106.415.936	204.390.208	22.933.466	50.404.305	97.178.392	37,56	47,37	47,55
Lomas de Zamora	15.341.815	22.837.934	50.477.994	4.782.945	10.167.822	24.238.385	31,18	44,52	48,02
Malvinas Argentinas	20.905.282	55.991.712	177.906.244	10.978.213	43.357.841	109.583.048	52,51	77,44	61,6
Merlo	17.739.282	35.076.524	82.599.647	9.839.564	25.039.110	77.684.997	55,47	71,38	94,05
Moreno	4.949.171	11.898.421	39.948.053	2.361.148	5.405.341	10.090.004	47,71	45,43	25,26

Quilmes	14.200.945	20.641.156	55.574.381	6.143.328	11.563.144	20.428.166	43,26	56,02	36,76
San Fernando	5.164.044	12.677.573**	27.899.460	2.524.241	4.517.616	6.307.688	48,88	28,01	22,61
San Miguel	15.596.430	28.292.765	64.362.761	8.492.801	20.531.386	33.879.340	54,45	72,57	52,64
Tigre	7.528.195	16.948.083	54.289.593	2.559.030	6.261.101	13.531.575	33,99	36,94	24,92

Notas: * Florencio Varela es un caso singular debido a que a través del Decreto 2769/2004 se aprobó el convenio de traspaso del Hospital Municipal General de Agudos "Mi Pueblo" del municipio de Florencio Varela al Ministerio de Salud de la provincia. ** Los datos de San Fernando correspondientes al año 2007 no estaban disponibles y fueron estimados aplicando el índice de precios de siete provincias, que para los años 2006-2007 fue del 17,83%.

Fuente: elaboración propia según datos del gasto municipal, Secretaría de Asuntos Municipales de la Provincia de Buenos Aires y Coparticipación Subsecretaría de Asuntos Municipales. Dirección Provincial de Programación y Gestión Municipal. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Cuadros

Cuadro 1. Rangos de cobertura de gasto en salud con coparticipación según patrones de dependencia gubernamental, 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2004-2007

Patrones	Inferior al promedio	Igual al promedio*	Superior al promedio
División de responsabilidades	Almirante Brown Tres de Febrero Lanús Tigre	Moreno	José C. Paz
Concentración de las responsabilidades en el nivel municipal		Esteban Echeverría Hurlingham San Isidro	Malvinas Argentinas San Miguel
Mixto con predominancia provincial en el segundo nivel	Avellaneda Lomas de Zamora Ezeiza	Gral. San Martín	Berazategui Quilmes Florencio Varela
Mixto con predominancia municipal en el segundo nivel	Vicente López		Merlo
Mixto con responsabilidad equivalente en el segundo nivel		La Matanza	
Nación, provincia y municipio		Morón	
Solo municipio	Ituzaingó		

Nota: * Entre 45% y 56%. Promedio del GBA de cobertura de los gastos municipales en salud con transferencias de la coparticipación: 51,83%. San Fernando no informó el año 2007.

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Cuadro 2. Rangos de cobertura de gasto en salud con coparticipación según patrones de dependencia gubernamental, 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2008-2010

Patrones	Inferior al promedio	Igual al promedio	Superior al promedio
División de responsabilidades	Almirante Brown Tres de Febrero Lanús Moreno	José C. Paz	
Concentración de las responsabilidades en el nivel municipal	Esteban Echeverría	Hurlingham San Isidro	Malvinas Argentinas San Miguel
Mixto con predominancia provincial en el segundo nivel	Quilmes Avellaneda San Fernando Ezeiza Tigre Gral. San Martín	Lomas de Zamora Florencio Varela	Berazategui
Mixto con predominancia municipal en el segundo nivel	Vicente López		Merlo
Mixto con responsabilidad equivalente en el segundo nivel		La Matanza	
Nación, provincia y municipio	Morón		
Solo municipio	Ituzaingó		

Nota: * Entre 41% y 50%. Promedio del GBA de cobertura de los gastos municipales en salud con transferencias de la coparticipación: 45,38%.

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Equipo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO-UNGS).

Cuadro 3. Instrumentos y organismos de coordinación intergubernamental de los dispositivos seleccionados

Dispositivos		Instrumentos y organismos de coordinación intergubernamental
NACIONAL	Programa Remediar (componente medicamentos esenciales)	Convenio marco de adhesión de las provincias (N-P). Compromisos anuales de gestión. Comisiones mixtas bimestrales conformadas por representantes provinciales y un representante del Remediar. Comisión de formulario de medicamentos del Remediar. Encuentros tripartitos para análisis de informes de auditoría. Actas compromiso.
	Plan Nacer	Convenio marco. Compromiso anual entre ENCSS y EPCSS. Instrumentos elaborados por la provincia de Buenos Aires: -Convenio de adhesión al smrp provincia (EPCSS)/Intendente municipal. -Compromiso de gestión entre la provincia (EPCSS) y el prestador (toma conocimiento el secretario de Salud municipal y el intendente municipal, quienes refrendan las obligaciones y compromisos asumidos por el prestador). -Convenio de administración de fondos entre el EPCSS, el intendente, el secretario de Salud (como responsable del ente administrador) y el prestador.
PROVINCIAL	Régimen de Salud de la Coparticipación Provincial	El Consejo Provincial de Coordinación Presupuestaria y Fiscal Municipal es un mecanismo consensual del que participan los secretarios de Hacienda.
	Seguro Público de Salud Provincial	El Consejo Asesor Provincial estaba integrado por asociaciones profesionales. Convenios con entidades profesionales que se hacían responsables de la contratación de los servicios.

Fuente: elaboración propia según documentación de los dispositivos.

Cuadro 4. Hitos de las reformas sectoriales, provincia de Buenos Aires, 1983-2001

Año	Gobernadores	Ministros	Reformas en otros campos de la política social	Reformas sectoriales provinciales
1983	Alejandro Armendáriz			
1984				Ley 10142: Autorización al Poder Ejecutivo para convenir con los municipios la transferencia a la provincia de establecimientos asistenciales bajo dependencia municipal, en virtud de la Ley 9347. Sanción: 23/2/1984. Promulgación: 28/2/1984. Boletín Oficial: 21/3/1984.
1985				Ley 10304, Modificatoria 10142.
1986				Ley Modificación TOMA 6892/1987. Dec. 3372: Modificación del Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO). Modificación de la reglamentación del Dec. Ley 8801/1977 aprobado por el Dec. 1158/1979, del 6/5/1987. Boletín Oficial: 15/6/1987.
1987				Ley 10528: Carrera Profesional Hospitalaria. Ley 10622: Carrera Profesional Hospitalaria. Declaración de Bolívar FEMEBA, 14/5/88.
1988	Antonio Cafiero	Dr. F. Ferrara	Formulación del Plan Trienal 89-91.	Programa ATAMOS. Determinación del nivel de complejidad para el cálculo de la coparticipación. Ministerio de Economía, Res. 198/89 Programa Salud con el Pueblo.

Año	Gobernadores	Ministros	Reformas en otros campos de la política social	Reformas sectoriales provinciales
1989		Dr. Ginés González García	Hiperinflación.	Programa Pro Salud, Desarrollo de los Sistemas Municipales de Salud.
1990	Eduardo Duhalde		Rechazo al intento de reforma de la Constitución. Ley 11097: Creación del Consejo Provincial de la Mujer.	
1991		Dr. Pampuro	Ley 11184 (11-12-91): Prórroga de la emergencia administrativa y financiera.	Ley 11072/91 y Dec. 2370/91, Ley "Nuestro Hospital". Reestructuración técnico-administrativa de los hospitales provinciales.
1992		Dr. O. Pacheco	Ley 24073 (Ley de Reforma Impositiva). Ley Provincial 11247/92: Creación del Fondo de Reparación Histórica del Conurbano Bonaerense.	
1993		Dr. J. J. Mussi	Reforma de la Constitución provincial. Ley 11519: Creación del Ministerio de la Familia.	Inicio del Programa PROMIN en la provincia. Ley Provincial 11554/94: Transferencia de las unidades sanitarias pertenecientes al Plan "Doctor Javier Francisco Muñoz".

Año	Gobernadores	Ministros	Reformas en otros campos de la política social	Reformas sectoriales provinciales
1994	Reelección de Eduardo Duhalde	Dr. J. J. Mussi	Programa VIDA y COMADRES. Ley 11752 y Dec. 3656: Aplicación de la norma de creación de nuevos municipios. 8/8/95: Decreto de reglamentación de la Ley 11582, Ref. LOM.	Decreto 2368/97: Reglamentación del funcionamiento del Consejo de Administración de los Hospitales Provinciales. Proyectos PROMIN: Florencio Varela, Merlo, Moreno y Gral. Sarmiento. 31-12-95: Finalización del proceso de municipalización de 103 Unidades Sanitarias, Plan Munitiz.
1995			Ley 11737: Modificación de la Ley de Ministerios. Creación del Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano. Creación del Consejo del Menor.	Ley 11757: Modificación del régimen personal municipal.
1996			Ley 11746: Reforma del FRHCB en Unidad Ejecutora Reconstr. GBA.	Ley 11759: Reforma de la Carrera Hospitalaria. Incompatibilidad con cargos provinciales y municipales.
1997				
1998				
1999				
2000			Programa Nacional de Médicos para la APS.	Creación del Seguro Público de Salud.

Fuente: elaboración propia según legislación provincial y documentos de programas.

Cuadro 5: Hitos y medidas legislativas nacionales y en provincia de Buenos Aires orientadas a los establecimientos del subsector estatal, 2001-2011

Año	Sectoriales-nación	Nación-provincias	Sectoriales-provincia
2001	Res. 8/2001: Establecimiento de condiciones de contratación para el Programa Nacional Médicos de Cabecera. Res. 303/2001: Normas para facturar prestaciones médicas en HPA a beneficiarios del INSSJP.	Dec. 1004/2001: Emisión de Bonos LECOP (Letras de Cancelación de Obligaciones Provinciales) para pagar las obligaciones con las provincias. 3/2001: Reducción de transferencias a las provincias. Cofinanciación de las provincias del Fondo de Incentivo Docente. Atrasos en los pagos de sueldos en varias provincias. Adenda al Compromiso Federal por el Crecimiento y la Disciplina Fiscal (8/11/2001). Reducción del 13% de haberes de empleados estatales y jubilados, también en provincias.	Ley 12569/2001: Prevención de la Violencia Familiar. Ley 12628/2001: Titularización de cargos en Salud. Dec. 1028/2001: Transferencia de créditos para el Ministerio de salud (27/4). Dec. 1965/2001: Faculta al Ministerio de Salud a tomar medidas necesarias en relación con los recursos humanos mientras dure el estado de emergencia (17/7). Ley 12727/2001: Emergencia económica. Patacones. Ley 12766/2001: Garantiza la prestación de servicios TOMA y establece parámetros para el pago a prestadores (20/9). Dec. 2092/2001: Declaración de la Emergencia Sanitaria, encuadrada en la Ley 12727. Dec. 2680/2001: Ampliación del presupuesto para compra de leche, Programa Materno-Infantil (19/11).

Año	Sectoriales-nación	Nación-provincias	Sectoriales-provincia
2002	Conformación de la Comisión de Salud de la Mesa del Diálogo Argentino. Suscripción del acta acuerdo de compromiso sectorial de salud (Mesa del Diálogo Argentino) (22/2). Plan Nacional de Sangre (Resolución 70/2002). Dec. 486/2002: Declaración de la Emergencia Sanitaria Nacional (13/3). Creación del Comité Nacional de Crisis del Sector Salud. Res. 201/2002: Aprobación del pmoE (Programa Médico Obligatorio de Emergencia). Res. 326/2002 / Ley 25649/2002: Establecimiento de la obligatoriedad de la Prescripción de Medicamentos por el nombre genérico (7/6) y Dec. Reglamentario 1855/2002. Dec. 808/2002: Contrato Modificatorio Ómnibus con el BID para la ejecución del Plan de Emergencia Social. BID 1183/2002, OC 1194. Programa de Reforma de la Atención de la Salud (Remediar). Ley 25673/2002: Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (30/10). Compromiso Federal de Salud (19/12/2002). Dec. 2724/2002: Prórroga de la Emergencia Sanitaria, pmoE, creación del Seguro Materno-Infantil, medicamentos por genérico, creación del Consejo Consultivo de Salud (31/12). Decreto 2724: Prórroga de la Emergencia Sanitaria del 31 de diciembre de 2002.	Firma de convenio de adhesión al Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica. Reclamo del gobernador Solá por la devolución del Fondo del Conurbano (10/2002). Aumento en la recaudación y en las transferencias a las provincias (interanual: 90%), <i>Clarín</i>, 2/12/2002. Compromiso Federal de Salud (19/12/2002). Programa de Financiamiento Ordenado (Dec. 2263/2002), noviembre.	Convocatoria a la suscripción del Pacto Social de Salud. Plan Más Vida. Dec. 2356/2002: Adecuación del presupuesto del Ministerio de Salud en partida: adquisición de insumos y establecimientos hospitalarios (7/10). Programa de Atención a las Adicciones (CEPA). Ley 12971/2002: Autorización para convenir con el PNUD en el marco del acuerdo para la ejecución del Seguro Público de Salud para la adquisición de medicamentos e insumos.

Año	Sectoriales-nación	Nación-provincias	Sectoriales-provincia
2003	Res. 22/2003: Creación del Programa Nacional de Médicos para la APS (PROMAPS) (14/1). Dec. 141/2003: Ampliación de las competencias del Ministerio de Salud para la protección de los recursos naturales y desarrollo sustentable. Dec. 987/2003: Reglamentación de la Ley de obligatoriedad de prescripción de medicamentos por el nombre genérico (28/4). Creación de la Red de Municipios y Comunidades Saludables. Res. 174 y 175/2003: Incorporación de nuevas vacunas al PAI (hepatitis B y triple viral) (2 y 28/4). Res 223/2003: Licitación del Programa de Cooperación Económica y Financiera Hispano-Argentino y lo actuado por la Unidad Ejecutora Central-PROCEFHA-Salud. Res. 269/2003: Creación del Consejo Nacional Consultivo de Salud (29/4). Dec. 1282/2003: Reglamentación de la Ley de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (23/5). Fondo Participativo de Inversión Social, Programa Materno-Infantil y Nutrición.	Firma del Acuerdo Federal de San Nicolás (22/3). Dec. 743/2003 y 957/2003, ratificados por la Ley 25736, que creó el Programa de Unificación Monetaria (PUM). Dec. 2897/2003: Acuerdo marco entre nación, provincia y municipios del conurbano bonaerense para mancomunar esfuerzos para resolver la situación de riesgo sanitario (19/8).	Ley 13066/2003: Programa provincial destinado a garantizar las políticas orientadas a la promoción y el desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable (18/6). Promulgado por el Dec. 938/2003 (17/6). Dec. 1071/2003: Aprobación del convenio MSPBA-MDSN-PROMEBA (1/7). Dec. 1221/2003: Aprobación del convenio MSPBA, Fondo participativo de Inversión Social, Programa Materno-Infantil y Nutrición (18/7). Ley 13083/2003: Autorización para el endeudamiento con el Estado nacional con recursos del Fondo para la Transformación de Sectores Públicos provinciales para adquirir equipamiento hospitalario por seis millones (18/7). Dec. 2068/2003: Transferencia de créditos para el Ministerio de Salud (24/10).

Año	Sectoriales-nación	Nación-provincias	Sectoriales-provincia
	Res. Conjunta 635/2003 del Ministerio de Salud y 256/2003 MPFIRS: Creación de la Unidad Ejecutora Central para el Estudio de las Inversiones en Salud (representantes de los ministerios de Salud y Planificación Federal, IP y S (3/12). Dec. 1210/2003: Prórroga de Emergencia Sanitaria. Art. 8: instrucción para la elaboración del Plan Federal Plurianual.	Dec. 1274/2003: Modificación del alcance del Programa de Financiamiento Ordenado de las Finanzas Provinciales (16/12/2003).	Res. 3026/2003: Puesta en Marcha del Plan Más Vida. Dec. 1689/2003: Aprueba el Acuerdo Federal de Salud (19/11). Res. 4117/2003: Creación del Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES). Dec. 135/2003: Reglamenta la Ley 11072 de Descentralización Hospitalaria "Nuestro Hospital", de 1991. Deroga el decreto de 1997 (30/12).
2004	Res. 310/2004: Ampliación del PMOE (ampliación Programa de Salud Sexual). 24/5/2004: Acto de lanzamiento de Plan Federal de Salud (2004-2007) (aprobado en COFESA en febrero de 2004). Dec. 1140/2004: Plan Nacer, Contrato Préstamo BIRF 7225-AR. Res. Ministerial 1173/2004: Cambia la denominación a Plan Nacer. Res. 915/2004: Programa Médicos Comunitarios.	Suscripción Addenda para la Emergencia del Convenio de Préstamo PROMIN. Aprobación del Plan Federal de Salud (Acta del COFESA, 31/3). Dec. 880/2004: Convenio Nación-Provincia para la atención de beneficiarios de pensiones no contributivas (PROFE). Acta de acuerdo sobre políticas de recursos humanos en salud (a sugerencia de las autoridades provinciales) (Acta del COFESA, 11/2009). Suscripción del "Compromiso para la reducción de la muerte materna" (Acta del COFESA, 6/10).	Dec. 536/2004: Creación del Programa Provincial de la Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Dec. 1659/2004: Convenio Interinstitucional MDN y MS para la implementación del componente de atención primaria del PROMEBA. Ley 13273/2004: Incorporación de personal profesional a la planta permanente del Ministerio de Salud.

Año	Sectoriales-nación	Nación-provincias	Sectoriales-provincia
	6/10/2004: Compromiso por la Reducción de la muerte Materna. Res. 1077/2004: Modificación de Programas Anteriores en Programa Nacional de Recursos Humanos para la APS. Creación del Consejo Federal de Trasplantes (COFESA, agosto de 2004).	Régimen de Responsabilidad Fiscal (Ley 25917/2004).	
2005	Res. 1991/2005: Aprobación del Programa Médico Obligatorio. Resolución INSSJP 284/2005: "Modelo Prestacional Sociocomunitario de Atención Médica y otras Prestaciones Asistenciales". Ley 26077/2005: Prórroga de la Emergencia Nacional (22/12).	Dec. 3484/2005: Convenio con el Ministerio de Infraestructura, Vivienda y Servicios Públicos, Ministerio de Salud provincial y Ministerio de Planificación Federal para la construcción del Hospital Interzonal El Cruce. Ley de Financiamiento Educativo (Ley 26075, sancionada el 21/12/2005). Creación de la Comisión de Trabajo de la Cuenca Matanza-Riachuelo.	Dec. 316/2005: Creación de la Unidad de Gestión Provincial para la atención de afiliados a PROFE. Dec. 1694/2005: Aprobación del Programa del PNUD de Modernización del Ministerio de Salud. Dec. 2887/2005: Declaración de la atención y prevención de la pandemia de VIH-SIDA como política prioritaria del gobierno provincial. Creación de la Comisión de Coordinación y Control de políticas asociadas a la problemática. Programa Bonaerense de Prevención del Asma Infantil (PROBAS). Programa de Lucha contra el Retrovirus del Humano VIH-SIDA y ETS. Ley 13400/2005: Autorización para contraer préstamos del Programa de Apoyo a la Inversión en los Sectores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
2006	Res. 450/2006: Creación del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Res. 1124/2006: Creación del Programa de Control del Tabaco.	BID 1700 oc-AR: Programa de Apoyo a la Inversión en los Sectores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.	Ley 13413/2005 y Dec. 9/2006: Creación del Seguro Público de Salud para personas que carezcan de cobertura. Dec. 1509/2006: Convenio N y P para el fortalecimiento del sector sanitario en la provincia a través de la creación de centros asistenciales de referencia.

La colección **Política, políticas y sociedad** reúne los textos relacionados con las temáticas de política, política social, economía, sociología, relaciones del trabajo y otras. Todas estas temáticas son abordadas en las investigaciones de la Universidad, siempre vinculadas al desarrollo de nuestra oferta académica y de docencia y al trabajo con la comunidad.

La década que se abre con la crisis de principios de siglo fue testigo de transformaciones profundas en el modo de pensar la responsabilidad estatal sobre lo público. Salud fue un espacio de cambios en el que la recuperación de la noción de derecho fundamental cobró cuerpo en iniciativas que buscaron igualar las condiciones de su ejercicio.

Este libro analiza el recorrido de la política sanitaria nacional y provincial en las relaciones intergubernamentales en el Gran Buenos Aires, región que concentra más de un tercio de la población del país y en la que los municipios son los principales actores en la provisión de servicios de salud.

El diálogo entre políticas y matriz institucional muestra que las relaciones entre niveles de gobierno no son solo “restricciones”, sino que abren también márgenes de posibilidad considerables para gobernar reformas poniendo en evidencia pliegues y matices que se construyen en torno a la idea de igualdad como desafío de las políticas.



Universidad Nacional
de General Sarmiento



Libro
Universitario
Argentino

