

Betty Espinosa y William Waters, editores

Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina



FLACSO
ECUADOR

Índice

Presentación	9
Introducción	
Visiones comparativas de las transformaciones sociales y los sistemas de salud en América Latina	11
<i>William F. Waters</i>	
SECCIÓN 1	
SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR Y AMÉRICA LATINA	
Buen gobierno en salud: un desafío de todos	27
<i>Nilhda Villacrés</i>	
Los modelos de atención de salud en el Ecuador	49
<i>Fernando Ortega Pérez</i>	
Los servicios públicos de atención de salud del DMQ: cantidad, calidad y costos	65
<i>Ruth Lucio</i>	
Los contenidos de la agenda local de salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina	85
<i>María Mercedes Di Virgilio y María Canel</i>	
Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes	101
<i>Jos Demon</i>	

© De la presente edición:

FLACSO, Sede Ecuador
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro
Quito-Ecuador
Telf.: (593-2) 323 8888
Fax: (593-2) 3237960
www.flacso.org.ec

ISBN:
Cuidado de la edición: Paulina Torres
Diseño de portada e interiores: Antonio Mena
Imprenta: Rispergraf
Quito, Ecuador, 2008
1ª. edición: junio, 2008

SECCIÓN 2

POLÍTICAS DE SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile	123
<i>Óscar Arteaga</i>	
A política de saúde e o Programa Saúde da Família no debate da seguridade social no Brasil: o olhar do serviço social	145
<i>Laurita Wiese</i>	
Educación ciudadana y políticas públicas en salud	163
<i>Juan Camilo Salas Cardona</i>	
Ecuador offers an alternative option to international aid and health policies	177
<i>Jean-Pierre Unger, Nancy Vásconez y Pierre De Paepe</i>	
Salud familiar integral y Asamblea Constituyente	189
<i>Edgar Rodas Andrade</i>	

SECCIÓN 3:

PRÁCTICAS EN LAS PROFESIONES DE SALUD

Formas simbólicas y tránsitos identitarios: una aproximación teórico-metodológica a las percepciones, usos y apropiación de la noche entre los enfermeros y enfermeras nocturnos	207
<i>Andrés López Ojeda</i>	
De la identidad institucional a la figura de estatus en la profesión de enfermería: un estudio de caso con enfermeras del sector público en la Ciudad de México	227
<i>Hedaldid Tolentino Arellano</i>	
Medicalización e industria del nacimiento	249
<i>Raúl Mideros Morales</i>	

Los contenidos de la agenda local de salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina

María Mercedes Di Virgilio*

María Canel**

Los gobiernos locales y la expansión de competencias: la agenda de la descentralización

Desde su conformación en el siglo XIX, Argentina es un país federal;¹ sin embargo, tal como señalan Repetto y Potenza Dal Masetto (2004:192) “la trayectoria histórica de las jurisdicciones que componen el nivel subnacional ha dado como resultado una marcada heterogeneidad de situaciones”. Contribuye a esta heterogeneidad el hecho de que la determinación del régimen municipal constituye una facultad reservada a los estados provinciales (de aquí en adelante provincias) y no delegada al Gobierno federal.² Cada una de las 24 entidades federales, que forman la República, tiene un régimen municipal propio, contribuyendo a la definición de un mapa jurídico institucional en el cual la institución municipal no aparece bajo una

* Investigadora docente de la Universidad Nacional de General Sarmiento (Argentina).

* Estudiante Licenciatura en Políticas Sociales de la Universidad Nacional de General Sarmiento (Argentina).

* Investigadora docente de la Universidad Nacional de General Sarmiento (Argentina)

1 “La estructura territorial de gobierno se asienta sobre un Estado federal compuesto por 23 Estados provinciales, una Ciudad Autónoma (Buenos Aires) y 1924 municipios. La forma republicana federal surge a partir de que 14 de las 23 provincias que componen la República son reconocidas como anteriores al Estado nacional. Los pactos preexistentes entre los estados provinciales fueron legitimados en la Constitución Nacional de 1853, configurando una estructura institucional por la cual las provincias delegan facultades en el Estado nacional pero retienen para sí la de estructurar su régimen municipal (Lapsenson, 2001).

2 El ordenamiento constitucional vigente en la Argentina establece formalmente la existencia de dos niveles de gobierno (Nación y provincias). No obstante, el Artículo 5º de la Constitución Nacional reconoce, implícitamente, la existencia de un tercer nivel de gobierno de carácter municipal.

forma única. “Algunas provincias definen al municipio como cercanos a la autarquía con facultades muy limitadas, otras por el contrario, le conceden plena autonomía otorgándole atribuciones para sancionar su propia carta orgánica municipal” (Lapsenson, 2001:59). En este marco de disparidades, la Constitución de la provincia de Buenos Aires, en el capítulo referido al régimen municipal, le otorga a los municipios de esa región -que comprende a los del Conurbano Bonaerense³- el estatus de órganos autárquicos con competencias para administrar intereses y servicios locales.⁴

Sin embargo, y a pesar de fuertes disparidades en su estatus jurídico, los municipios en el último cuarto de siglo, más allá de las heterogeneidades, se han ido constituyendo en espacios locales de gestión.⁵ Esta jerarquización del nivel municipal es tributaria de múltiples factores, entre los que cabe destacar los siguientes.

En primer lugar, hacia fines de la década de 1980, se llevaron adelante algunas iniciativas descentralizadoras en las áreas de salud y educación, a través de las cuales, por ejemplo, el primer nivel de atención de la salud y algunos servicios educativos de nivel inicial quedaron en manos de los municipios (Chiara, Catenazzi, Cravino y Di Virgilio, 2000; Fernández Gatica y Serrano, 2005). En la provincia de Buenos Aires, la transferencia de los centros de salud correspondientes al Plan Muñiz a la órbita de los municipios (Ley provincial 11554/94) avanzó en esa dirección. El proceso de descentralización se fortalece aún más en la decisión -tomada en el año 1987 y modelada en los años siguientes- de incorporar a los recursos de la coparticipación,⁶ las transferencias para el financiamiento de los servicios de salud a cargo de los municipios.

3 El Conurbano Bonaerense es el conjunto de los 24 municipios que constituyen un denso cinturón urbano que rodea a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este agregado de municipios presenta a su vez características muy diferentes desde un punto de vista socio-demográfico, socio- económico y socio-sanitario.

4 En el caso de la provincia de Buenos Aires, las funciones de los municipios están definidas en la Ley orgánica municipal. Se trata del Decreto/Ley 3739 de 1958 y sus modificatorias.

5 “Con *espacios locales de gestión* estamos aludiendo a procesos complejos a través de los cuales - por medio de diferentes estrategias - se aumentan y desarrollan las capacidades de los actores para reorientar recursos (entre ellos los de las políticas y los programas sociales) articulándolos en una política local en el cual domina la lógica de la política entendida como la profundización de la capacidad autónoma de los actores por sobre la del mercado” (Chiara y Di Virgilio, 2006).

6 Estos recursos resultan de la coordinación en el sistema tributario nacional conocido como Régimen de Coparticipación Federal de Impuestos.

En segundo término, es preciso tener en cuenta que, también desde fines de los años ochenta, en particular en el contexto de la hiperinflación del año 1989, estalla el conflicto social en los barrios suburbanos, tanto en la provincia de Buenos Aires como en los grandes centros urbanos del interior del país. El estallido social, que tiene una impronta fuertemente territorial, interpela las capacidades políticas y administrativas de los gobiernos municipales de cara a dar respuesta al convulsionado entorno. La historia de los saqueos tributarios de la espiral hiperinflacionaria, que acompañó la finalización del gobierno de Raúl Alfonsín de la Unión Cívica Radical (UCR) (1983-1989)⁷, podría ser leída, a simple vista, como la historia de una protesta. O bien, comprendida en el clima de época, pues por aquellos años en América Latina ocurrían episodios similares.⁸

Sin embargo, algunos análisis (Novaro, 1995; Chiara, 2000; Chiara y Di Virgilio, 2000 y 2005) señalan que constituyeron un punto de clivaje en el rol que le cabe a los municipios en la gestión de la cuestión social.

“La crisis hiperinflacionaria de 1989 modificó radicalmente las condiciones del contexto y también las funciones que efectivamente comenzaron a desempeñar los municipios, a través del ejercicio de nuevas funciones por medio de programas cuyos recursos eran entregados o bien directamente a la población, o bien a través de ellos. Ello tuvo como consecuencia la modificación de las relaciones con los actores locales en tanto surgieron nuevos interlocutores (organizaciones no gubernamentales, grupos de base, organizaciones sindicales) y/o nuevas formas de relación con viejos actores (como la Iglesia o Cáritas) a partir del papel que se le atribuía a éstos en el diseño y en la implementación de los programas” (Chiara y Di Virgilio, 2000).

El conflicto social territorializado como factor que permite comprender la importancia del nivel municipal se hace aún más evidente con las puebladas que estallan en partir de la segunda mitad de la década de 1990. Los cambios experimentados en los diez años de gobierno Carlos Menem

7 Especialmente entre mayo y julio de 1989 y entre diciembre y marzo de 1990.

8 Arias y Rodríguez (1999) relevan episodios similares a partir de 1983 en las ciudades de San Pablo y Río de Janeiro, Brasil y en el mismo año 1989, meses antes, el *caracazo* se había cobrado 500 muertos en Venezuela.

(1989-1999), durante los cuales tuvieron lugar importantes reformas económicas de corte neoliberal, afectaron fuertemente la dinámica del mercado de trabajo. El empeoramiento de la situación del empleo, que se registra a partir de 1993, provoca la exclusión del mercado de trabajo de importantes sectores de la población que comienzan a manifestarse a través de los cortes de rutas, dando lugar al nacimiento de las figuras de los piqueteros y fogoneros.⁹

Un tercer proceso que confluía en esta jerarquización, fue el modelo de gestión que acompañó a los programas de alivio a la pobreza y, a partir del segundo quinquenio de 1990, a los programas de asistencia al empleo, todos ellos financiados por organismos multilaterales de crédito, los cuales colocaron al nivel local como un actor muy relevante del proceso de gestión.

Por último, las reformas municipales, llevadas adelante a partir de 1995 y que se caracterizaron por la puesta en marcha de un conjunto de medidas tendientes a producir el ajuste fiscal en los municipios, también contribuyeron a modelar el fenómeno aquí analizado.

El escenario que se abre con la crisis de 2001/3¹⁰ enfatiza aún más el protagonismo de los gobiernos locales. Las dificultades del gobierno de la Alianza para sostenerse en el poder y para generar, en consecuencia, condiciones de gobernabilidad, interpela directamente a los gobiernos subnacionales: puebladas y piquetes se multiplican convocando no sólo a los sectores estructuralmente pobres sino, también, a las clases medias empobrecidas.

En este punto, cabe remarcar una pregunta clave que le da sentido a estas páginas y que nos remite a la capacidad que han tenido estos procesos para facilitar e impulsar (o no) efectivamente el desarrollo de políticas locales, en general, y de políticas locales de salud, en particular. Las instancias locales funcionan como receptoras de las demandas ciudadanas a

partir de una interacción más cercana entre los miembros de la sociedad local y sus representantes. En este nuevo escenario ¿qué demandas enfrentan los sistemas de salud local? ¿Cuáles son las iniciativas que desarrollan para dar respuesta a dichas demandas? ¿Impactan estos procesos en el reconocimiento de un nuevo repertorio de estrategias de gestión, atención y financiamiento de los sistemas de salud locales?

La organización del subsector público de salud en el nivel local

Las funciones de los municipios de la provincia de Buenos Aires, en materia de salud, están reguladas por la Ley orgánica municipal. Las competencias vinculadas a salud son muy limitadas y refieren básicamente a “la instalación y el funcionamiento de establecimientos sanitarios y asistenciales [...] en la medida en que no se oponga a las normas que la respecto dicta la provincia” (inc. 9). El estableciendo de “hospitales, maternidades, salas de primeros auxilios, servicios ambulatorios médicos” (inc. 28). E indirectamente al “funcionamiento de comisiones y sociedades de fomento” (inc. 27) (Chiara, 2000:15).

Sin embargo, tal como se ha podido observar, dichas competencias se han ido modificando y ampliando merced a la jerarquización del nivel municipal. De este modo, la constitución de los sistemas de salud locales respondió a una lógica de transferencias progresivas escasamente formalizadas, desde los niveles jurisdiccionales superiores (nacionales y provinciales) hacia los municipios, hacia efectores del sistema (como los hospitales¹¹) y hacia otros agentes.¹² De este modo, a nivel territorial, el gobierno del subsector público de salud en el Conurbano Bonaerense es compartido por tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) con potestad para regular, gestionar recursos humanos, servicios y diseñar políticas.

9 La bibliografía sitúa aquí el origen del Movimiento Piquetero. Véase Golbert, 2004.

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

11 Decreto 578/93 que reglamenta el funcionamiento de los hospitales públicos de autogestión luego denominados hospitales descentralizados (Decreto 737/00).

12 Chiara (2000) señala que, también, la reasunción del ejercicio de funciones por parte de la provincia en el sector (como la provincialización de algunos hospitales), ha tenido gran capacidad de reorganización de las relaciones entre las jurisdicciones.

En ese entramado de competencias y atribuciones, los servicios de salud se organizan según niveles de complejidad: segundo nivel y primer nivel de atención. El segundo nivel de atención dispone de 335 establecimientos hospitalarios,¹³ al tiempo que el primer nivel de atención está compuesto por 1 676 centros de salud, de los cuales casi la totalidad (1 654) está bajo jurisdicción municipal.

Cabe destacar que, en el Conurbano Bonaerense, el primer nivel de atención se ha ido configurando sobre la base de iniciativas públicas -instalación de establecimientos sanitarios por parte de los municipios- y públicas -motorizadas por organizaciones sociales- (sociedades de fomento) que demandan la instalación de establecimientos sanitarios en los barrios. De este modo, reúne un conjunto de efectores con capacidades de gestión muy heterogéneas dependientes de las posibilidades de movilizar fondos que tuvieron las organizaciones que les dieron origen y de las inversiones realizadas posteriormente por el gobierno local.

Los municipios del Conurbano ante la expansión de competencias: oportunidades y carencias

El proceso de transferencia de competencia y funciones operó en los municipios de la provincia de Buenos Aires, en general, y del Conurbano Bonaerense, en particular, sobre una matriz de fragilidad institucional y financiera -que reduce sus espacios efectivos de autonomía-, atravesada por profundas disparidades territoriales.

La fragilidad institucional se atribuye, en parte, a la falta de actualización del marco normativo municipal (recuérdese que la LOM data de 1958) y de la dependencia de los recursos nacionales y provinciales para implementar políticas locales. En ese contexto, el proceso de descentralización interpela fuertemente la capacidad estatal de las administraciones locales y sus posibilidades para diseñar y poner en marcha políticas sanitarias capaces de dar respuesta a las demandas del contexto.

13 Los 335 establecimientos disponen de 27 566 camas totales, distribuidas entre 2 122 bajo jurisdicción nacional, 12 831 provincial y 12 613 municipal.

La heterogeneidad territorial es tributaria de las características del proceso mismo de urbanización del área metropolitana de Buenos Aires.¹⁴ Cada municipio define una configuración socio territorial particular en diálogo con las características de su población, sus niveles de bienestar, la disponibilidad de recursos, el entramado político local, etc. En el contexto de la crisis de 2001, dichas territorialidades se exacerbaban con los impactos sobre las condiciones de vida de la población y con el consecuente modelado de los problemas y de la agenda de gobierno local.

Se expresan, también, en la distribución del ingreso entre los hogares de la región.¹⁵ Los datos de la Encuesta Permanente de Hogares que realiza el INDEC del año 2003 (los más recientes disponibles para este nivel de desagregación) muestran que en el Conurbano Bonaerense un grupo de municipios (el denominado CBI¹⁶) tenían en 2003 un 5,2 por ciento de su población en el primer quintil de ingresos, mientras que otro grupo (CB4) llegaban al 38,1 por ciento.

Dada la importancia que tienen las obras sociales en la organización del sistema de salud en nuestro país, la pérdida de trabajo y la informalidad en el empleo han dado lugar -entre otros factores- a un acelerado incremento de la demanda del sub sector público de salud. Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 muestran que mientras algunos municipios tenían un 27 por ciento de población sin cobertura de obra social y prepaga (San Isidro, Vicente López), otros alcanzaban el 65 por ciento (Moreno, Florencio Varela).

Los cambios contextuales han producido una marcada heterogeneización de las demandas hacia el subsistema público de salud local. La posibilidad de dar respuesta a dichas demandas dependió en gran medida de la estructura y de la capacidad técnica instalada en los gobiernos locales y

14 Un tratamiento en profundidad sobre el proceso de urbanización del área metropolitana de Buenos Aires puede leerse en Torres 1998, 1999 y 2001.

15 Se recuperan aquí datos presentados en Chiara, Di Virgilio y Miraglia (2007).

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

del desarrollo, en función de sus capacidades, de estrategias locales de atención, gestión y financiamiento¹⁷ diversas que tensionan el funcionamiento del sistema a escala regional y provincial.

En relación al financiamiento, los municipios presentan importantes diferencias; en particular, en relación a los recursos que reciben de la coparticipación.¹⁸ Dada la importancia que tiene la presencia de establecimientos con internación bajo la órbita municipal y considerando la heterogeneidad que presentan los municipios del GBA en ese sentido, consideramos en el análisis sólo aquellos componentes de la coparticipación que ponderan aspectos vinculados a la atención ambulatoria (consultas y establecimientos sin internación).

Teniendo en cuenta ese recorte, los valores en dinero (de los componentes consultas + establecimientos sin internación)/habitante ponen en evidencia algunas situaciones particulares que dan cuenta de la existencia de ciertas brechas entre municipios. Mientras aproximadamente 10 municipios presentan valores por encima de los \$14,99 coparticipación (consultas + establecimientos sin internación)/ habitante total, en otros casos los valores superan los \$25 para el mismo indicador. No obstante el esfuerzo puesto aquí en aislar la incidencia de la presencia o ausencia de hospital a cargo del municipio, cabe destacar que el componente “consultas” está todavía influido por este factor. En este caso, los promedios más elevados se encuentran en las transferencias realizadas a aquellos municipios que han apostado a tener establecimientos con internación bajo su jurisdicción. La dinámica autonómica -que resultó de la descentralización y que se profundizó en el marco de la crisis de 2001/2003- dio lugar a muy distintas condiciones de atención, gestión y financiamiento de los

17 Según Tobar (2000), el análisis de las orientaciones que asumen las políticas de salud (y sus consecuencias en la organización del sistema público) reconoce tres planos: la atención, la gestión y el financiamiento. El plano de la *atención* refiere al nivel de los servicios (en cantidad y calidad) que se prestan a la población. En el plano de la *gestión*, tienen lugar las cuestiones que hacen a cómo se organiza la asignación de los recursos y al modo cómo se articulan los intereses de los actores. El plano del *financiamiento* refiere a cuestiones tales como ¿cómo se asignan los recursos? ¿de dónde provienen? ¿cuánto se gasta? ¿quién lo define?

18 La Ley provincial 10820, de agosto de 1989, fijó los criterios de asignación secundaria de los recursos. Esta ley mantuvo los criterios establecidos en la Ley 10559 y agregó otros destinados a contemplar las diferencias de productividad entre los establecimientos de salud.

sistemas de salud locales. Asimismo, dichas condiciones se vieron diferencialmente interpeladas por los niveles de bienestar de la población y de sus posibilidades efectivas de satisfacer demandas de salud por fuera del subsector público.

Heterogéneas condiciones de atención, gestión y financiamiento de los sistemas de salud locales debieron dar respuesta a la emergencia por la que atravesaba el sector a nivel nacional y que se expresaba en:¹⁹

- “Corte de los servicios de la Seguridad Social²⁰, reducción de cobertura de las prepagas e incorporación de “co-pagos” y desplazamientos de población hacia planes más baratos.
- Ruptura de la cadena de pagos en el sector (medicamentos, insumos y servicios tercerizados de los hospitales) con sistemas de pasivos prestacionales.
- Aumento en los costos de medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación, con implicaciones negativas en materia de abastecimiento y acceso a los mismos (caída de licitaciones públicas, falta de precios como resultado del contexto resultante de la devaluación).
- Incremento de la demanda de servicios en la red pública, consecuencia de la reducción en la extensión (y efectividad) de la cobertura de seguros de salud, de la menor capacidad de gasto de bolsillo de los ciudadanos y del deterioro en las condiciones de vida.
- Mayor riesgo epidemiológico, consecuencia del deterioro en las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población (leptospirosis, hanta, TBC, triquinosis, etc.).

19 La emergencia sanitaria fue declarada en marzo de 2002, con el propósito de dar respuesta inmediata a la situación de crisis (DNU 486/02) (Chiara y Jiménez, 2007).

20 Junto a la provisión de medicamentos e insumos, la crisis del PAMI se ubica en el centro de la agenda nacional.

- Demoras en el pago de salarios de los trabajadores del sector salud en la provincia y en los municipios.
- Paros, asambleas y reclamos protagonizados por las distintas entidades profesionales del sector que en llegan a la presentación de un recurso de amparo por parte de la CICOP y posterior intervención judicial en reclamo por regularización del servicio hospitalario.
- En particular en el nivel local, se advierten cambios en el tipo y urgencia de la demanda. La cuestión alimentaria, los proyectos productivos y la atención a grupos vulnerables desplaza a otras iniciativas que requieren de un mediano plazo como las políticas de salud. La cuestión sanitaria aparece como crítica desde la falta de medicamentos e insumos en los hospitales.
- En el contexto de este debilitamiento, distintas “voces” enunciaban la necesidad de supresión de la cartera nacional de salud” (Chiara y Jiménez, 2007).

En este contexto, el Estado nacional genera algunas intervenciones orientadas a dar respuesta a la coyuntura. Dichas intervenciones -entre las que se encuentran el Programa Remediar²¹ y Médicos Comunitarios²²- le permiten reposicionarse rápidamente en su relación con los gobiernos locales, a través de mecanismos de articulación directa entre las instancias nacionales y las municipales. El gobierno provincial, si bien participa en definición de los lineamientos del programa y criterios de asignación de los recursos por jurisdicciones, no interviene de manera directa en su implementación. Los municipios se constituyen en efectores de las iniciativas nacionales en la medida en que son quienes tienen a cargo el primer nivel de atención.

21 Programa de distribución gratuita de botiquines de medicamentos conforme un vademécum establecido. La distribución se realiza exclusivamente desde los centros de atención primaria de la salud y establece la condición de gratuidad en la atención.

22 Programa de formación de recursos humanos en salud con el objetivo de contribuir a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud en el marco del Plan federal de salud.

Tal como se ha podido observar, la agenda local se define en la tensión entre múltiples factores. Por un lado, abreva en la dinámica autonómica que moviliza a las intervenciones en el nivel local desde hace más de dos décadas. Asimismo, recupera cuestiones que imponen las características de la matriz socio territorial y los impactos de la crisis en dicha matriz. Por último, los lineamientos de las políticas nacionales también contribuyen en su definición.

En este contexto, entonces, cabe preguntarse cómo se procesan estas cuestiones en la(s) agenda(s) de salud post descentralización, en una sociedad que se caracteriza por la existencia de brechas sociales y territoriales muy grandes y que aparece debilitada en términos del derecho a la salud. Cuáles, las innovaciones²³ que se han generado para zanzar esas brechas y esas debilidades.

Escenarios locales, agendas e innovación

En el escenario configurado por la crisis socioeconómica del año 2001/2002, los distintos municipios del Conurbano Bonaerense han desarrollado iniciativas innovadoras de cara a dar respuestas a las demandas que el nuevo contexto imponía. Su puesta en marcha, el contenido que las define, los problemas de gestión que se espera resolver en su implementación y los problemas de gestión que se generan en torno a ellas son cuestiones relevantes a la hora de comprender las heterogeneidades y los problemas que enfrentan los subsistemas de salud locales y las modalidades a través de las cuales se zanzan (o intentan zanzarse) las brechas que definen las coordenadas de su organización.

Los riesgos para la salud de la población, ocasionados por el deterioro de las condiciones de vida, parecen haber sido unos de los ejes que estructuraron las intervenciones en el sector salud en el nivel local. En pos de dar respuesta a esa cuestión se implementaron estrategias que acercaron la atención a los barrios a través de trailers sanitarios y/u hospitales móviles.

23 Definimos innovaciones como aquellos esfuerzos orientados a intervenir en las condiciones de atención, gestión y financiamiento de los sistemas de salud locales.

La Unidad Sanitaria Móvil de tocoginecología, Unidad Móvil de odontología y ginecología en Tigre y operativos sanitarios en Malvinas Argentinas son algunos ejemplos de las nuevas estrategias de atención.

Estas estrategias contribuyeron también a dar respuesta a la necesidad de mejorar las condiciones de accesibilidad de la población a los servicios. En ese marco se integran iniciativas vinculadas a la apertura de nuevos servicios y a la puesta en marcha de servicios de turnos programados.

La apertura de nuevos servicios se orientó hacia prestaciones de alta complejidad o especialidades médicas, servicios no prestados tradicionalmente por los municipios (oftalmología, odontología, rehabilitación, psiquiatría, atención domiciliaria, control de síntomas, apertura de servicios de terapia intensiva neonatal, rehabilitación, etc.). En este marco se puede comprender que desde el año 2002 hasta la actualidad en el municipio de Malvinas Argentinas se haya llevado a cabo la concreción del polo sanitario de cuatro quirófanos, una unidad coronaria de 20 plazas, una terapia intensiva pediátrica y otra para adultos, entre otras iniciativas.

Un ejemplo de las iniciativas orientadas a la puesta en marcha de servicios de turnos programados de turnos programados, es el FONOTURNO implementado desde fines del año 2006 en el municipio San Fernando. Esta estrategia de atención constituyó en sí misma, también, una estrategia de gestión en la medida en que supuso una reorganización técnica y administrativa del sistema de turnos basada en la informatización de todas las dependencias y el tendido de una red de comunicaciones.

A estas iniciativas de mejora de la accesibilidad se articulan los recursos aportados por los programas nacionales – Médicos Comunitarios y Remediar.

En relación a las estrategias de gestión, cabe destacar la formación de estructuras matriciales para la gestión de los recursos de las diferentes fuentes. Una de las características de la estructura matricial es que permite la incorporación de personal de línea de las distintas áreas municipales a formas de gestión más flexibles. La estructura elegida es fundamentalmente borrosa, según los tipos establecidos por Butler (1991) (citado en Sulbrandt, Navarrete y Piergentile, 2007). Parece responder a una estra-

tegia gerencial adaptativa adecuada al alto nivel de incertidumbre que caracteriza el contexto.²⁴

Estrategias de atención y de gestión se articularon, en algunos casos, con tácticas de financiamiento en la medida en que la polinómica que asigna los recursos coparticipados premia la producción, habilitando a los gobiernos locales a organizar sus estrategias en función de optimizar los recursos desde el incremento de la misma.

Reflexiones finales

Tal como se ha podido observar, la agenda local resulta de una multiplicidad de factores. En su desarrollo tienen injerencia procesos históricos que exceden ampliamente la coyuntura, problemas locales propiamente dichos e intervenciones que se originan en otras jurisdicciones y que definen sus propias agendas más allá de la órbita del gobierno municipal.

En esa intersección, los gobiernos locales despliegan iniciativas que se orientan a dar respuesta a las diferentes demandas que la población y el contexto le imponen. Estas iniciativas responden a las capacidades estatales de las administraciones locales. La crisis de 2001 abrió una ventana de problemas que dio lugar al replanteo de la cartera sanitaria en el nivel local y de los lineamientos prioritarios en materia de políticas.

Entre fines de 2001 y principios de 2002, la Argentina transitó por una situación crítica. El derrumbe del Plan de convertibilidad, la inmovilidad de los depósitos bancarios, la interrupción del pago de la deuda externa, altas tasas de inflación, la contracción de la actividad económica y la devaluación del tipo de cambio, acarrearón severas consecuencias para los sectores medios y los de menores ingresos. La ruptura del Plan de convertibilidad impactó fuertemente sobre el mercado laboral, fundamentalmente a través de la caída del poder adquisitivo de los salarios. La inflación redujo los salarios reales substancialmente y, a diferencia de recesiones anteriores, el desempleo afectó en gran medida al sector formal, con

²⁴ El programa Pueblo Chico “Educación, seguridad y salud” en el municipio de Malvinas Argentina parece ser un ejemplo de este tipo de estructuras.

un aumento del empleo en el sector informal. El efecto combinado de todos estos factores produjo una situación social crecientemente conflictiva en la cual los programas sociales existentes no proporcionaban una red de seguridad adecuada (Fiszbein, Giovagnoli y Adúriz, 2002). En ese marco, el rediseño de la cartera sanitaria en el nivel local se orientó hacia la emergencia.

Este contexto demandó soluciones rápidas. Si bien muchas de las propuestas adoptadas en ese marco ya formaban parte del repertorio de políticas existentes, se desencadenó un proceso de recombinación y acoplamiento entre dichas propuestas. Las iniciativas que motorizaron la acción de los gobiernos locales articularon estrategias de atención, gestión y financiamiento. Esta articulación no se produjo de manera planificada, sino que debe interpretarse más bien como una resultante de su puesta en marcha.

En ese marco, la incorporación a las intervenciones de la emergencia de iniciativas locales y nacionales se orientó en la mayoría de los casos a la jerarquización del primer nivel de atención, expresión de la preocupación generalizada por garantizar el acceso al sistema.

Bibliografía

- Aguilar Villanueva, L. (1996). *Problemas públicos y agenda de Gobierno*. México: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- Arias, N. y Rodríguez, G. (1999). *Crisis social, medios y violencia. A diez años de los saqueos en Rosario*. VVAA, CEHO, CECYT, CEA-CU, Universidad Nacional de Rosario.
- Cabrero Mendoza, E. (2005). *Acción pública y desarrollo local*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Chiara, M. (2000). "Las políticas sociales en el Gran Buenos Aires en los noventa. Algunas reflexiones acerca del régimen local de implementación". *Quivera Revista de Estudios Territoriales*, No. 4. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2000). "La gestión de las políticas sociales en los municipios del Gran Buenos Aires". Informe sobre Desarrollo Humano en la Provincia de Buenos Aires. Municipios y Políticas Sociales. Honorable Senado de la Nación/Banco de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires.
- _____ (2005). *Gestión social y municipios: Desde los escritorios del Banco Mundial a las calles del Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento/ Prome-teo Libros.
- _____ (2006). "La política social orientada al desarrollo: debates sobre su institucionalidad". *Perfiles Latinoamericanos*, No. 28. México: FLACSO.
- Chiara, M; Di Virgilio, M; Cravino, M. y Catenazzi, A. (2000). *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense*. Buenos Aires: UNGS.
- Chiara, M; Di Virgilio, M. y Miraglia, M. (2007). "Tensiones y dilemas en torno a la gestión local en salud en el Gran Buenos Aires"; en Chiara, M.; Di Virgilio, M y Miraglia, M., eds.; *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. Buenos Aires: UNGS. En edición.

- Chiara, M. y Jiménez, C. (2007). “Relaciones intergubernamentales (RIGs) y política de salud en el nivel local. El caso del subsector público en el Gran Buenos Aires”. Paper presentado en el XII Congreso del CLAD. Santo Domingo, República Dominicana, 30 de Octubre al 2 de Noviembre.
- Fernández Gatica, I. y Serrano, C. (2005). “Los procesos de descentralización y las políticas y programas de reducción de la pobreza”. Paper presentado en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago de Chile, 18 - 21 Octubre.
- Fiszbein, A.; Giovagnoli, P. y Adúriz, I. (2002). *Argentina's crisis and its impact on household welfare*. Banco Mundial.
- Golbert, L. (2004). *¿Derecho a la inclusión o paz social? Plan jefas y jefes de hogar desocupados*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Lapsenson, S. (2001). “Propuestas de políticas participativas y nuevas modalidades de gestión en la República Argentina”. En Actas de Seminario sobre marcos y políticas para la Participación ciudadana en el nivel municipal. Cochabamba, Bolivia, 29 al 31 de julio de 1998. Área de Fortalecimiento de las Instituciones Democráticas, Unidad para la Promoción de la Democracia (UPD), OEA.
- Novaro, M. (1995). “Crisis de representación, neopopulismo y consolidación democrática”. *Revista Sociedad*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- 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., comp.; *Descentralización y políticas sociales en América Latina*. Barcelona: Fundación CIDOB.
- Subrandt, J., Navarrete, N. y Piergentili, N. (2007). “Formas organizacionales que facilitan la entrega de servicios sociales”; en Cortázar Vellarde, J. C., org.; *Entre el diseño y la evaluación. El papel crucial de la implementación de los programas sociales*. Washington: BID.
- Tobar, F. (2000). “Herramientas para el análisis del sector salud”. Mimeo.