



UNSAM
ESCUELA DE
POLÍTICA Y
GOBIERNO

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 21
La gestión pública local y las políticas sociales.
El caso del municipio de Gral. San Martín.

Guillermo Alonso

Septiembre de 2007

SERIE “DOCUMENTOS DE TRABAJO”
ESCUELA DE POLITICA Y GOBIERNO
Universidad Nacional de San Martín
www.unsam.edu.ar

SERIE “DOCUMENTO DE TRABAJO” DE LA ESCUELA POLITICA Y
GOBIERNO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

La serie de Documentos de Trabajo refleja parte de las actividades de investigación la Escuela de Política y Gobierno. Los documentos difunden productos parciales y preliminares de investigación, propuestas de trabajo y ponencias presentadas en congresos nacionales e internacionales.

Para obtener copias de la Serie solicitarlas a documentosdetrabajoepg@unsam.edu.ar

La gestión pública local y las políticas sociales. El caso del municipio de Gral. San Martín.* (BORRADOR-NO CITAR)

Guillermo V. Alonso*

Este documento de trabajo presenta un primer avance en el análisis de la implementación de políticas sociales en el municipio de Gral. San Martín, provincia de Buenos Aires. Los procesos de descentralización de servicios y programas sociales operados en la última década y media, así como la creciente relevancia del espacio local como ámbito de acumulación política, han jerarquizado la importancia del nivel municipal como lugar político y gestor. Siendo éste el nivel en el cual más apremia abordar hoy la pregunta sobre la calidad de la capacidad de gestión estatal en la implementación de políticas públicas. En tal sentido, el análisis de la implementación de políticas sociales en el caso señalado permitirá conocer acerca de las capacidades organizacionales y políticas municipales, así como sobre las relaciones intergubernamentales que se articulan en torno a la ejecución de las políticas.

Los procesos señalados remiten a la necesidad de comprender la relación que se establece entre política y gestión pública en el ámbito local; ya que las lógicas de la acumulación política municipal se redefinen ante la relocalización del lugar de las demandas sociales y, por ende, la creciente constitución del territorio como espacio de legitimación. En este contexto, los programas sociales se instalan en un campo de fuerzas que los constituye en recursos disputables como estrategia de poder y realización de intereses de diversos actores (Chiara y Di Virgilio, 2005). Además, la transferencia de funciones plantea nuevas tensiones y exigencias a las frágiles capacidades de gestión de los municipios.

Si bien en el caso de los servicios sociales la descentralización ha significado la transferencia de competencias fundamentalmente a la jurisdicción provincial, en el caso de salud este proceso también ha tenido impacto en términos de profundizar la estrategia de municipalizar el nivel de atención primaria, buscando la articulación de los planes locales de salud con el sistema provincial. El papel de los municipios en la ejecución de los programas sociales de corte asistencial se vuelve todavía más evidente.

* Ponencia presentada ante el VIII Congreso Nacional de Ciencia Política de la Sociedad Argentina de Análisis Político, Ciudad de Buenos Aires, 6-9 de noviembre de 2007. Panel del proyecto: "Política y gestión en el conurbano bonaerense". Directora: María Matilde Ollier.

* Escuela de Política y Gobierno, UNSAM-CONICET.

En este trabajo, luego de una serie de consideraciones generales sobre el modo en que se construye la cuestión social en San Martín como problema público, profundizaremos en el análisis del despliegue de la política de salud en el municipio.

La cuestión social en el municipio de San Martín

Según el censo de 2001 el partido de General San Martín tenía una población de 405.122 habitantes, que habrían llegado a 416.971 en 2005 si se recalcula tomando el índice utilizado por el INDEC para la provincia de Buenos Aires (Secretaría de Salud de Gral. San Martín, 2007). De acuerdo a sus indicadores sociales y económicos San Martín se ubica en el área denominada por la metodología de la EPH como Conurbano 2¹. En el momento más álgido de la crisis posterior al 2001 en el Conurbano 2 el 54,3% de las personas cayeron por debajo de la línea de pobreza (mayo 2002, Dirección Provincial de Estadísticas, Fuente: INDEC). Considerando específicamente el municipio de San Martín, en 2001 el nivel de población con necesidades básicas insatisfechas era de 13%. Según estimaciones de la Secretaría de Salud del municipio luego de la crisis posterior al 2001 el nivel de NBI podría haberse incrementado hasta el 18,5%.² De acuerdo al censo 2001 el porcentaje de la población del municipio que tenía como única cobertura de salud al hospital público alcanzaba el 48,3%.

Pero los promedios de un distrito no permiten capturar la complejidad de una estructura social, y más aún cuando ésta se caracteriza por una considerable heterogeneidad definida incluso espacialmente, como en este caso, por el límite que marca la Av. Márquez (actualmente: Brig. Juan Manuel de Rosas). La llamada zona del Reconquista presenta indicadores sociales significativamente peores y concentra a gran parte de la población socialmente más vulnerable del municipio, fundamentalmente en los asentamientos en el área del CEAMSE³. Si consideramos la heterogeneidad desde el

¹ De acuerdo a esta clasificación el Conurbano es subdividido en cuatro zonas definidas en base a un criterio de homogeneidad de ciertos indicadores sociales y económicos. Los municipios que componen el Conurbano 2 son, además de San Martín, Tres de Febrero, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Avellaneda y La Matanza 1.

² Esta estimación se basa en considerar que en San Martín el Plan Vida tenía bajo su cobertura en junio de 2006 a 15.297 familias (NBI) con niños de menos de seis años. Considerando que estas familias tienen un promedio de cinco integrantes, esto daría un total de población en condiciones de NBI de 76.485 habitantes, esto es el 18,5% de la población total del municipio (*Hospital 2010, Plan Estratégico*, Secretaría de Salud, Municipalidad de Gral. San Martín, 2007).

punto de vista de la cobertura de salud, tendríamos que mientras en Villa Ballester y la zona centro de San Martín entre el 50% y el 60% de la población tiene obra social, en la zona del Reconquista, en cambio, el 60% sólo tiene la cobertura del hospital público (datos de la Secretaria de Salud de Gral. San Martín, entrevista 3). Siendo altamente probable que en el área de asentamientos la casi totalidad de la población dependa exclusivamente de la cobertura pública.

Si bien los datos de arriba mostrarían que la recuperación del mercado de trabajo formal observada en los últimos años tiene un impacto desigual en el ámbito del municipio, San Martín presenta una estructura socioeconómica, así como una distribución poblacional en su territorio que favorecerían una *construcción política* de la cuestión social sesgada a considerar que la recuperación del círculo virtuoso de crecimiento económico-incremento del trabajo formal-expansión de la cobertura social podría resultar una solución en sí misma. La condición de polo industrial en fuerte recuperación fortalecería esa visión⁴, ya que la industria es el sector que más trabajo formal crea proporcionalmente, y, como al mismo tiempo San Martín no es una *ciudad dormitorio*, el ciclo antedicho se cumple dentro del propio territorio, lo que brinda una fuerte base y potencial legitimador a la idea de *desarrollo productivo con inclusión social*, entendido como una secuencia relativamente automática. En un contexto de este tipo no siempre puede lograrse un fuerte consenso dentro de la propia gestión en la definición de la agenda de gobierno respecto a cuánta prioridad dar a las iniciativas de política pública –en términos, sobre todo, de intervenciones directas- en el área estrictamente social. En parte del gabinete de la actual gestión podría adherirse a “la idea de que si se genera trabajo, Desarrollo (Social) tendría que desaparecer” (Entrevista 4).

La gran mayoría de la población se ubica en el área definida entre la Av. Gral. Paz y Av. Márquez, siendo también la parte de la población sanmartinense más integrada socialmente y en mejores condiciones de aprovechar las oportunidades del crecimiento. Como es obvio, es en esta zona “integrada” de San Martín donde se concentra el mayor caudal electoral y potencial contributivo. En la zona del

³ Es conveniente aclarar que también en la zona central de San Martín se encuentran bolsones de pobreza y exclusión, por ejemplo: Villa Las Ranas, Tropezón, Loyola. No obstante, es en la zona del Reconquista donde se concentran las mayores situaciones de vulnerabilidad social.

⁴ Uno de los funcionarios entrevistados sostuvo: “la industria tracciona notablemente, es un eje de desarrollo. Si tengo que decir como está hoy San Martín digo que no escapa a la generalidad, está con buenas expectativas en lo económico, justamente por esa tracción de la industria” (Entrevista 2).

Reconquista, en cambio, los indicadores sociales de la población decrecen en forma notoria, presentando altos niveles de exclusión especialmente los asentamientos en el área del CEAMSE. Esta zona no solo presenta una menor cantidad de habitantes, sino que también algunas características de la población –sobre todo, en el área de asentamientos-, tales como indocumentación o falta de domicilio en el municipio, disminuyen aún más su potencial electoral⁵. Esta distribución relativa de la población tiende a configurar incentivos electorales para los actores políticos territoriales que no parecen ser los más adecuados para priorizar sostenidamente en la agenda de gobierno las intervenciones públicas en el área del Reconquista.

Aunque resultara válido establecer una relación insoslayable entre recuperación del trabajo formal y expansión de las coberturas sociales, cabe reconocer que -aun bajo el supuesto más optimista de retorno al pleno empleo formal- esta relación plantea un problema intertemporal, cuya gestión remite a la necesidad de priorizar acciones en el área de los programas sociales. Es en el modo en que se ha venido gestionando políticamente esa brecha intertemporal en el municipio de San Martín, en que parece observarse un predominio estratégico de quienes confían por sobre todo en la dinámica del mercado de trabajo. Recién en 2004 se elevó al rango de secretaría el área de Desarrollo Social. Si los cambios en la estructura estatal reflejan las prioridades de política pública, cabe resaltar que la jerarquización institucional del área encargada de las acciones de intervención social directa se demoró hasta *después* que la crisis posterior al 2001 tuviera el mayor impacto.

No puede desconocerse que la agenda de gobierno de la primera gestión del actual intendente (1999-2003) estuvo dominada por lo que en clave hirschmaniana se llaman *problemas impuestos*, en este caso remontar la grave situación financiera heredada por el municipio. Sin embargo, una vez superada la situación de emergencia, que permitiría una mayor autonomía política de la gestión para definir su propia agenda de *problemas escogidos* y no solo impuestos (Hirschman, 1981), se han seguido observando significativas demoras en la priorización de ciertas acciones en el área social. Por ejemplo, la demora en desplegar mayor voluntad política para remover obstáculos y acelerar la transición hacia la implementación en el municipio de los

⁵ Algunos funcionarios municipales entrevistados señalan que la población de San Martín ha tenido un crecimiento muy fuerte en los últimos años, y probablemente subregistrado en el censo, a consecuencia de la expansión de los asentamientos. Al mismo tiempo, destacan que entre la nueva población abundan las situaciones señaladas en el texto: indocumentación y/o migración reciente sin fijación de domicilio en el distrito.

programas Familias y Seguro de Empleo y Capacitación, que se ha demorado considerable tiempo⁶.

La política de salud en el municipio de Gral. San Martín

La oferta prestacional pública en San Martín está constituida por tres hospitales, uno de los cuales, el Eva Perón (ex Castex) es de jurisdicción provincial y de alta complejidad. El otro hospital de nivel provincial es el Manuel Belgrano, mientras que el Diego Thompson es de jurisdicción municipal. Ambos hospitales son de mediana complejidad. Junto con esta estructura hospitalaria en el municipio hay dos efectores que reciben la denominación de *hospital local*, pues tienen una guardia médica, clínica y pediátrica de 24 horas, y disponen de algunas camas para pacientes en observación. Además, el municipio dispone de una infraestructura de 17 centros de salud para la atención primaria, incluyendo los dos establecimientos antedichos. El municipio también dispone de dos establecimientos especializados; uno en salud mental, que funciona como hospital de día, y otro como instituto de rehabilitación psicofísica. El número de camas públicas en el municipio asciende a alrededor de 900, incluyendo los tres hospitales (2 provinciales y 1 municipal). El número de camas en el sector privado en el distrito duplicaría ese número (Entrevista 3).

Con respecto al presupuesto de la Secretaría de Salud municipal, el monto previsto para el año 2007 es de 49 millones de pesos, lo que representa algo más del 22% del presupuesto general del municipio. En la actualidad, la Secretaría tiene una dotación de personal de 1.500 empleados en el conjunto de sus áreas y establecimientos. De los cuales 528 son profesionales (médicos, kinesiólogos, psicólogos), 230 enfermeras y alrededor de 190 técnicos (radiólogos, laboratoristas, etc.). Es decir que alrededor de dos tercios del personal son profesionales, paramédicos y técnicos, y el resto es personal administrativo, mantenimiento y maestranza. Todos los recursos humanos enumerados tienen pertenencia municipal. Los no profesionales se rigen por la Ley provincial 11747, que establece el estatuto del empleado municipal, y en el caso de los profesionales de la salud están comprendidos en una Ordenanza de 1995, que establece el régimen de carrera: ingreso, ascenso y escala salarial.

⁶ Si consideramos que en el ciclo de las políticas públicas (sociales) los municipios cumplen básicamente el rol de implementadores, además de reconocer el fuerte peso relativo e inercial que mantienen las *funciones tradicionales* en sus presupuestos (Vallarino, 2007), entonces el modo más apropiado de analizar cuáles son las prioridades de política por las que se inclinan parece ser, más que observar la evolución presupuestaria, considerar con cuánta voluntad política y capacidad de gestión asumen la ejecución de programas, por lo general formulados por otras instancias jurisdiccionales.

Desde la Secretaría de Salud de San Martín se entiende al plan de salud municipal en armonía con el programa sanitario provincial y nacional. La idea de sistema de salud municipal no supone desde el punto de vista de la gestión local un programa de salud autónomo y desarticulado, sino la posibilidad de articular estrategias “dentro de lo que es el plan federal, y algunas acciones que tiene la provincia de Buenos Aires, que nosotros podamos mejorar algún aspecto localmente porque en realidad somos los efectores, estamos en forma directa con la comunidad, pero no nos estamos contraponiendo a nada que haga la provincia o la nación” (Entrevista 3). Las acciones que podrían reflejar cierto grado de autonomía municipal consisten fundamentalmente en énfasis propios en el fortalecimiento de algunos programas. Así ocurrió con programas de nivel provincial, como el de tuberculosis y diabetes, que se les dio mayor impulso desde el municipio al considerárselos no suficientemente desarrollados. Durante el 2005/06 se incorporaron acciones en prevención (hábitos saludables, hipertensión arterial, obesidad) que, según la Secretaría de Salud municipal, todavía no las había desarrollado la provincia. La existencia de una oferta hospitalaria de jurisdicción municipal consistente en el hospital de mediana complejidad (Thompson) y en los dos *hospitales locales* (Marengo y Fleming) ha permitido a la Secretaría de Salud disponer de cierta autonomía para planificar el funcionamiento del plan de salud local, estructurándolo en tres áreas de influencia (Reconquista, Centro Nordeste y Centro Oeste), teniendo a cada uno de los hospitales como el centro nodal al que refieren los centros de salud de la respectiva área programática.

El sistema de salud de San Martín y su interacción con Provincia, Nación y otros municipios

Desde 1965 con la sanción de la Ley 7016 se autorizó al Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires a dividir el territorio provincial en distintas *regiones sanitarias*. En la actualidad el sistema de salud provincial se organiza en una estructura central y once regiones sanitarias bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires. El nivel provincial se ocupa, prioritariamente, de normatizar, planificar, coordinar, así como de funciones de control y evaluación del servicio de salud. Junto con esto, también se encarga de la operación de una importante estructura hospitalaria propia y, además, del apoyo a los servicios del nivel municipal. Los municipios también ejecutan acciones en materia de salud y poseen establecimientos de media y baja complejidad. En la evolución del sistema ha prevalecido una progresiva tendencia a la

descentralización funcional o desconcentración: desde la transferencia de funciones ejecutivas a regiones sanitarias creadas al efecto hasta la transformación de los hospitales en entes descentralizados. En las últimas dos décadas, el proceso de descentralización funcional ha marchado paralelo al despliegue de una lógica de descentralización jurisdiccional, tratando de fortalecer la autonomía y las competencias del nivel municipal en el desarrollo de acciones de salud. La alusión a esta estrategia es la que busca ser capturada con denominaciones tales como *sistemas municipales de salud*.

Las funciones de cada región sanitaria son: ejecutar en sus respectivas áreas de influencia los planes de salud definidos por el Ministerio. Además, coordinar y controlar la ejecución de los programas vigentes y el uso de los recursos sanitarios del área con los de otros niveles jurisdiccionales o del ámbito privado. En cada región están diseñados los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los distintos efectores. Desde la perspectiva del municipio la región debería constituir un centro organizador con la escala adecuada para optimizar el funcionamiento del sistema de salud, coordinando la utilización de los recursos en red. Es decir que el proceso de regionalización implica la existencia de una institucionalidad formal dirigida a regular - a escala de varios municipios- los mecanismos de coordinación y de articulación interjurisdiccional, tanto verticales (con Provincia) como horizontales (con otros municipios).

El municipio de San Martín pertenece a la región sanitaria V⁷, y al presentar una infraestructura prestacional diversificada, tanto por la pertenencia jurisdiccional de sus efectores como por los niveles de complejidad de éstos, resulta un espacio de registro adecuado para analizar la práctica real de la institucionalidad formal consagrada en la regionalización sanitaria de la provincia. Desde la Secretaría de Salud del municipio de San Martín la visión sobre el funcionamiento real de la regionalización dista de convalidar las previsiones de la teoría:

“La realidad de hoy marca que las regiones sanitarias no cumplen la función debidamente que deberían cumplir, el rol que deberían cumplir. Si hay una región sanitaria, que es la que debería organizar todo el sistema, yo no tendría problema de trasladar a un paciente al hospital Eva Perón (provincial), si el paciente tiene una patología que necesita esa complejidad, o al (hospital de) San Isidro. Hoy, en realidad, si tenemos algún paciente crítico que necesita la complejidad del Eva Perón es muy difícil, en forma directa, trasladarlo al Eva Perón. No sé las demás regiones, pero en nuestra región la problemática no solamente la tiene San Martín, la tienen todos los municipios” (Entrevista 3).

⁷ Esta región sanitaria está integrada por 14 municipios de la provincia de Buenos Aires. Además de Gral. San Martín, ellos son: San Isidro, San Fernando, Vicente López, San Miguel, Tigre, Zárate, Pilar, Moreno, Malvinas Argentinas, José C. Paz, Campana, Escobar y Exaltación de la Cruz.

Estas situaciones obligan a los municipios a tratar de resolver mecanismos de derivación de pacientes mediante convenios entre ellos, cuando debería funcionar automáticamente el sistema de referencia y contrarreferencia diseñado en cada región sanitaria⁸.

El déficit de capacidad que impide a la región cumplir con sus objetivos no radica en la ausencia de marco normativo, sino en la falta de cumplimiento efectivo de éste. Si bien en determinadas circunstancias esto se debe a la sobrecarga de los servicios, también obedece a un persistente déficit de capacidad política, emergente de las relaciones de poder que atraviesan al sistema público de salud provincial y que se conectan con los intereses de los actores corporativos más directamente vinculados al sistema. Un déficit de capacidad política que se manifiesta, también, en la tolerancia de la provincia a políticas de municipio “cerrado” respecto a no aceptar pacientes de otros municipios (Ej: San Isidro y, en menor medida, Vicente López). Pero se destaca la fuerte influencia de la penetración de intereses corporativos en la propia estructura hospitalaria, especialmente de la corporación profesional médica. La consecuencia de ello implica un ministerio de salud provincial, y consiguientemente las autoridades de la región sanitaria, que se muestran impotentes para disciplinar la autonomía de ciertos hospitales provinciales, los cuales resisten la articulación de los sistemas de referencia y contrarreferencia con los demás hospitales provinciales y todavía más con los de jurisdicción municipal. Además, la penetración corporativa habilita diversos negocios particulares y dificulta el desarrollo de acciones de mejora de la atención sanitaria aún en el ámbito municipal. Un ex funcionario político de San Martín relata el siguiente caso:

“Nosotros compramos un mamógrafo espectacular en el hospital, pero la mujer del presidente de la Asociación de Médicos en su clínica tiene un mamógrafo, entonces desde el hospital derivaban todo a ese lugar. No nos dejaron hacer funcionar el mamógrafo, que está desde hace poco” (Entrevista 1).

La “feudalización” de la estructura hospitalaria provincial debilita el poder de la región sanitaria y afecta los mecanismos de coordinación. En sentido contrario, un fortalecimiento del poder de las autoridades regionales –director general y directores

⁸ A mediados de 2007 el municipio de San Martín se encontraba gestionando con el de San Isidro un convenio, tratando de aprovechar la mayor complejidad que tiene éste fundamentalmente en pediatría. Esta necesidad surgía de que el hospital de máxima complejidad y de jurisdicción provincial que tiene San Martín (Eva Perón) tiene restricciones en cuanto a disponibilidad de camas en terapia neonatal y pediátrica. Esto ocasiona que pacientes pediátricos de terapia intensiva deban ser trasladados a partidos lejanos, generalmente de zona Sur o a La Plata, mediante el sistema de emergencia de la provincia de Buenos Aires.

asociados-, tal como el previsto en el marco regulatorio de la regionalización, disciplinaria las resistencias de las direcciones hospitalarias e implicaría un avance sobre la autonomía de la corporación médica en el ámbito provincial.

El buen funcionamiento de la regionalización sanitaria presupone también una clara división de funciones entre la jurisdicción provincial y la municipal. En el sentido de concentrar todo lo que sea máxima complejidad en el nivel provincial y al mismo tiempo la atención primaria en el nivel municipal. Sin embargo, la competencia política entre las jurisdicciones –sobre la que operan los *lobbies* corporativos- puede desvirtuar esta distribución, lo que ocasiona la superposición de funciones. Esto se manifiesta en el caso de San Martín cuando en el hospital provincial de máxima complejidad (Eva Perón) se hace una fuerte inversión para construir cuarenta consultorios de atención primaria. Para el mismo funcionario político ya citado, eso se hace: “porque sirve políticamente, entonces traen a toda la gente a atender a esos consultorios cuando es un hospital de complejidad y se empieza a superponer funciones” (Entrevista 1). El resultado último del mal funcionamiento de la región sanitaria es la irracionalidad en la asignación de los recursos.⁹

Las relaciones con otras jurisdicciones se despliegan también mediante la implementación en el municipio de programas de salud de nivel nacional o provincial. Por ejemplo, programas como “Médicos de cabecera”, “Médicos del seguro público” (provinciales) y “Médicos comunitarios” (nacional). La implementación local de estos programas supramunicipales implica la incorporación de recursos adicionales a las acciones de salud municipales, pues el financiamiento de los profesionales es competencia de las otras jurisdicciones, con fondos provenientes por lo general del crédito externo. Estos profesionales desarrollan sus actividades en los centros de salud o, según el programa, en sus propios consultorios.

El plan “Médicos comunitarios” es el de implementación más reciente, con alrededor de dos años de duración, y refleja una estrategia dirigida desde la autoridad sanitaria nacional al fortalecimiento de las estructuras locales de atención primaria. Dentro de la misma lógica se implementa el plan Remediar (nacional), que tiene el objetivo de distribuir un paquete farmacológico entre la población que sólo tiene la

⁹ El hospital municipal Diego Thompson se encuentra a nueve cuadras del hospital provincial Eva Perón, el cual tiene tomógrafo. Como consecuencia del mal funcionamiento de la red regional la Secretaría de Salud de San Martín contemplaba a mediados de 2007 la posibilidad de incorporar, en forma directa o mediante servicio tercerizado, un tomógrafo al hospital Thompson para poder garantizar la prestación a los pacientes.

cobertura pública de salud. Los efectores de este programa son los centros de salud de los municipios, hacia los cuales el ministerio nacional baja los botiquines de medicamentos para su distribución entre la población. Desde el municipio de San Martín se percibe que la articulación con Nación a través de los programas de ese nivel no presenta problemas de ejecución: llegan los recursos adecuadamente, e incluso definen espacios en que el municipio puede desarrollar mayor autonomía. Así, por ejemplo en el programa de “Médicos comunitarios” el reclutamiento de los profesionales estuvo a cargo del propio municipio, mediante un llamado público y abierto con evaluación de currículums y entrevista personal. Respecto a los programas provinciales, que tienen más tiempo de ejecución, en cambio, la selección de los profesionales ha sido competencia de la provincia.

Independientemente de su pertenencia jurisdiccional, sea nacional o provincial, el modo de financiar los recursos de este tipo de programas u otros, como el plan para diabéticos provincial “Prodiaba” por ejemplo, replantean la cuestión sobre cuánta es la descentralización real que se opera hacia los niveles locales. Lo más adecuado para optimizar la asignación de recursos, ya sea la contratación de profesionales o la compra de drogas o distintos insumos, sería que el presupuesto del programa se derive hacia los municipios y que éstos se responsabilicen por la obtención de los recursos, al mismo tiempo que las jurisdicciones supralocales se reservarían el control y auditoría de las acciones de salud municipales. La actual estrategia de mantener centralizadas las compras o el pago a los profesionales tiende a ocasionar una congestión periódica del sistema, en términos de problemas licitatorios en el nivel provincial o simple falta de previsión. Las demoras y carencias que se derivan de los distintos cuellos de botella, y la consiguiente disputa entre municipios que pugnan por acceder a los recursos, pueden constituir puertas de entrada a la facciosidad política, resolviéndose la asignación en base a un criterio de discriminación por afinidad política¹⁰. En los programas en que otro nivel jurisdiccional provee el recurso humano (seguro público, médicos de cabecera, médicos comunitarios) se superponen *de facto* distintos regímenes en la administración del personal. Esto puede ocasionar cierto nivel de conflicto cuando profesionales laboralmente dependientes de jurisdicciones supramunicipales deben

¹⁰ En el caso del programa que atiende al paciente diabético (Prodiaba) en varias oportunidades la gestión municipal de San Martín ha tenido que comprar con recursos propios los medicamentos e insumos para proveer a los beneficiarios, debido a las demoras y faltantes en la entrega de la Provincia. Según el funcionario de la Secretaría de Salud municipal entrevistado: “sabemos que otros municipios que tienen otro color político este problema no lo tienen” (Entrevista 3).

adaptarse en la práctica a las condiciones del ámbito municipal, derivando en una suerte de doble pertenencia que dificulta mecanismos de coordinación.

Detectando déficit de capacidades en la gestión de la política de salud.

Desde el punto de vista de la política de salud el municipio de San Martín comparte ciertos déficit de capacidades con otros municipios, en especial los del Conurbano bonaerense. Algunos de estos déficit son rasgos comunes emergentes de la problemática del sistema de salud argentino, mientras que otros son derivados de la organización del sistema de salud provincial.

El principal déficit en términos de **reglas de juego formales** lo constituye la necesidad de actualizar la ley de coparticipación municipal por salud de la provincia de Buenos Aires. La superación de esta brecha de capacidad legislativa permitiría, además, mitigar el déficit de **capacidad en términos presupuestarios**, pues mejoraría la asignación de recursos a favor de los municipios del conurbano, que hoy están perjudicados frente a los municipios del interior de la provincia. Mientras los municipios del conurbano reciben un porcentaje muy bajo por coparticipación del presupuesto de salud, hay municipios del interior de la provincia donde el monto por coparticipación puede representar hasta el 120% de su presupuesto de salud. Por otra parte, el régimen de coparticipación para la finalidad salud, que es de 1958, incluye un coeficiente de imputación que ya no se ajusta a la lógica del actual modelo sanitario. Genera incentivos más propios de una medicina curativa antes que preventiva. En lugar de incentivar acciones en prevención, imputa más recursos por cantidad de egresos hospitalarios por año. La ironía es que si una gestión sanitaria municipal mejora el impacto de acciones de prevención o la atención primaria y, por lo tanto, disminuye la cantidad de egresos hospitalarios, recibirá menos coparticipación por salud al año siguiente.

Otro déficit de capacidad importante a nivel de reglas de juego formales es, como ya hemos visto, la **falta de cumplimiento efectivo** de lo establecido en la regionalización sanitaria de la provincia de Buenos Aires. Este déficit expresa otra brecha de capacidad importante en términos de **relaciones interinstitucionales**, básicamente de tipo interjurisdiccional, pero que también se vincula con las redes políticas que se articulan en torno al sistema de salud provincial y que dificultan la generación de capacidad inter/intramunicipal para operar acciones en salud.

En términos de déficit de capacidad en **recursos humanos** el municipio comparte un rasgo común con el sistema de salud público nacional: tiene escasez de enfermeras, especialmente de formación profesional. Los mejores sueldos del sector privado han servido para captar un buen número de enfermeras profesionales. El sistema de salud público municipal dispone actualmente de 230 enfermeras, de las cuales alrededor de 40 son enfermeras profesionales (solamente 7 con licenciatura) y el resto son auxiliares de enfermería (Entrevista 3). El municipio desarrolla acciones de capacitación para mejorar el perfil de su plantel de enfermeras. Ha articulado con la provincia para capacitar en el marco de la Escuela de Enfermería del hospital Eva Perón y también ha conveniado con universidades privadas para desarrollar una carrera de enfermería adecuada especialmente para capacitar a las auxiliares y favorecer que las enfermeras profesionales del municipio completen la licenciatura. El propósito último es abrir la carrera a la comunidad con el objetivo de incrementar el personal de enfermería del municipio.

Con respecto al personal profesional, el principal déficit es de tipo cualitativo y es emergente de un problema del conjunto del sistema de salud, y de variables en gran medida exógenas a éste y más aún al nivel municipal. Esto es, la formación orientada hacia la medicina curativa que los médicos han recibido en su formación universitaria, que ya no resulta compatible con una estrategia sanitaria que profundiza acciones en prevención y atención primaria. También sobre este punto el municipio desarrolla algunas acciones para sensibilizar hacia otra orientación al profesional, pero es obvio que el perfil problemático se origina por la intervención de variables (currícula universitaria) que escapan a la posibilidad del nivel municipal de operar sobre ellas. La Secretaría de Salud municipal ha organizado cursos para directores de centros de salud, para profesionales médicos, paramédicos y otros profesionales ligados a la prestación sanitaria dirigidos a capacitar en la gestión de la atención primaria y la prevención. El municipio también ha informatizado en red toda la estructura prestacional bajo su jurisdicción. Ello ha incrementado la necesidad de capacitación para el personal administrativo, especialmente en informática. Luego de una etapa en que la demanda de capacitación se tercerizó a través de otras instituciones, en 2006 se creó una dirección de capacitación en el ámbito de la Secretaría para atender la demanda específica del propio personal.

Por último entre los déficit de capacidad en recursos humanos, cabe señalar que las reglas que regulan la selección de los cargos de director de hospital y de centro de

salud no generan los incentivos adecuados para profesionalizar integralmente la carrera hospitalaria en el municipio. Los directores del hospital y de los centros de salud locales son designados políticamente, no siendo una selección por concurso. La posibilidad de modificar esta regla se halla bajo control del municipio.

Hasta aquí hemos analizado capacidades institucionales desde una perspectiva interna al estado. Sin duda, la existencia de un aparato burocrático relativamente aislado, autónomo y competente es una precondition básica para la realización de las capacidades estatales. Pero también es necesario para una efectiva intervención estatal que el estado se encuentre imbricado en una red de relaciones con distintos grupos sociales. La intervención del estado en determinada arena pública es facilitada si se cuenta con la cooperación de los actores sociales, pues este apoyo fortalece las condiciones para implementar las políticas y, además, nos muestra el tipo de relaciones que se definen entre estado y sociedad civil. Y esto remite a lo que llamamos la **dimensión relacional** de las capacidades estatales (Alonso, 2007).

En este sentido, el área de salud del municipio se relaciona con distintas organizaciones de la sociedad civil para facilitar la implementación de programas de salud. Así ocurre con sociedades de fomento, clubes barriales, instituciones religiosas y varias Ongs. Por ejemplo, para la implementación de programas como “Médicos comunitarios” y “Médicos de Cabecera” en los barrios de la zona del Reconquista los locales donde los médicos concurren a prestar servicios pertenecen en muchos casos a ongs. En este marco de relaciones con la comunidad el municipio capacita anualmente entre 90 y 95 promotores de salud, quienes operan como multiplicadores en los diferentes barrios. En muchos casos estos promotores son beneficiarios de planes sociales como el Jefes y Jefas. De ahí, que estas actividades puedan servir también como indicador de un trabajo intersectorial, entre distintas áreas del propio municipio (Salud y Desarrollo Social).

Sin embargo, el sistema municipal de salud no logra articular sinergias positivas con otros actores de la sociedad civil que detentan recursos significativos (organizacionales y de conocimiento experto) para la implementación de las acciones públicas de salud. Desde el municipio se reconoce que “con el colegio médico no tenemos prácticamente ninguna actividad en este momento” (Entrevista 3). Esta situación parece ser el resultado de una prolongada historia de conflictos entre el

municipio y el colegio médico¹¹, así como un emergente de la cooptación corporativa que afecta, como ya vimos, a la estructura hospitalaria de la provincia. Los procesos de descentralización no sólo redistribuyen poder a través de la estructura estatal, también alteran la escala de la escena política y, por lo tanto, fortalecen a actores corporativos cuyos recursos de poder adquieren mayor impacto en el espacio subnacional. Las autoridades locales resultan más vulnerables a la capacidad de chantaje y presión de ciertos actores sociales. El repertorio de recursos disponibles puede incluir, por ejemplo, desde la amenaza de perder la matrícula al médico devenido funcionario local o la anulación de la jubilación correspondiente a la caja profesional si éste sostuviera lineamientos de política poco compatibles con los intereses de la corporación profesional. Estos son ejemplos tomados de la propia experiencia del municipio de San Martín en la gestión del área de salud en años recientes (Entrevista 1), además ilustran sobre el tipo de recursos de chantaje político pertinentes e inusualmente influyentes cuando la contraparte resulta un secretario de salud municipal, y parecen menos potencialmente efectivos cuando se asciende por la jerarquía jurisdiccional estatal.

Tendler (1997) ha señalado acertadamente que cierta literatura tiende a ver de manera lineal y mecánica, además de idealizada, la relación entre estado y sociedad civil en procesos de implementación de políticas. Siendo que no necesariamente la sociedad civil debe preexistir a, y operar en completa autonomía del estado como prerrequisito para aportar positivamente en una sinergia implementadora. Como ilustran los ejemplos iniciales respecto a la colaboración entre sociedad civil y gobierno local en la implementación de programas de salud, estas redes son impulsadas y equipadas de recursos en gran medida por el estado. Todo esto permite refuncionalizar a través de la intervención del estado el aporte voluntario de organizaciones de la sociedad civil o construir capacidades “delegadas” en la sociedad civil mediante la formación de los promotores de salud, financiados por el subsidio público. Por el contrario, cuando la versión lineal parece confirmarse, y como en el caso del colegio médico la configuración de la sociedad civil se manifiesta en un actor con considerable grado de independencia y recursos frente al estado, además de implantado multijurisdiccionalmente, el gobierno local encuentra una contraparte no colaborativa y con poder de veto de la gestión pública.

¹¹ El colegio médico es de nivel provincial. Su sede central se ubica en La Plata y se divide en varios distritos. San Martín corresponde al distrito 4, que también está conformado por Vicente López, San Isidro, San Fernando y Tigre.

Conclusiones provisorias

El despliegue de las acciones públicas de salud en el municipio de Gral. San Martín muestra los alcances y limitaciones con que opera un sistema municipal de salud. En parte, puede sostenerse que los límites están fijados por la escasa autonomía municipal contemplada en el ordenamiento constitucional de la provincia de Buenos Aires, así como el fuerte peso del gasto en salarios limita la capacidad de los municipios para reorientar políticas. Sin embargo, hace a las especificidades propias de una política y de un sistema de salud definir cuidadosamente, según cada función, en qué medida la descentralización puede ser el problema o la solución.

La distribución de poder territorial en la Provincia define un sistema político-administrativo sobre el cual se superpone de hecho el sistema de salud provincial, cuya lógica de funcionamiento requiere por definición una fuerte coordinación específica. Ello constituye al sector en una burocracia fuertemente normatizada y regulada por leyes provinciales. Aun la gestión de programas provenientes de Nación opera en el contexto de un sistema ya estructurado con esas reglas. En el sistema de salud provincial existe una institucionalidad formal desde hace décadas que regula las interacciones jurisdiccionales verticales y horizontales; esto es, la regionalización del sistema de salud provincial. No obstante, es evidente en este aspecto el déficit de capacidad en cuanto a reglas de juego, pues éstas no tienen cumplimiento efectivo en el funcionamiento de las regiones. A su vez, como vimos, esta restricción deriva de articulaciones público-privadas que atraviesan la estructura hospitalaria provincial y que debilitan la capacidad política del estado en el sector. Asimismo, otros déficit de capacidad de la gestión local en salud derivan de variables bajo control de otras jurisdicciones, o bien, para ser resueltos, presupondrían como insumos indispensables que otras jurisdicciones desarrollen efectivas capacidades de monitoreo y control.

Habitualmente los procesos de descentralización han sido considerados desde el punto de vista de la transferencia de funciones a los municipios, para luego analizar cómo éstos resuelven la gestión de las nuevas competencias. El análisis concreto de políticas no parece convalidar de antemano el recurso simple a *principios generales*,

explicativos o prescriptivos, de mayor autonomía municipal o de asumir “estrategias de desarrollo local”. El desarrollo de las capacidades de gestión pública local parece depender más de una dinámica a tres bandas en interacción entre municipio, provincia y sociedad civil.

Bibliografía

Alonso, Guillermo V., 2007: “Las capacidades institucionales entre el Estado y la sociedad”. Ponencia presentada ante el Cuarto Congreso Argentino de Administración Pública. Buenos Aires, 25 de agosto de 2007.

Chiara, Magdalena y Mercedes Di Virgilio, 2005: *Gestión social y municipios. De los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires*. Editorial Prometeo Libros, Buenos Aires.

Hirschman, Albert, 1981: *Essays in trespassing. Economics to politics and beyond*. Cambridge University Press.

Municipalidad de Gral. San Martín-Secretaría de Salud, 2007: *Hospital 2010. Plan Estratégico*.

Tendler, Judith, 1997: *Good Government in the Tropics*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Vallarino, María Pía, 2007: “Agenda de gobierno y transformaciones en el Estado municipal: el caso del Gral. San Martín durante las gestiones Ivoskus”. Ponencia presentada ante el VIII Congreso Nacional de Ciencia Política de la SAAP. Buenos Aires, 6-9 de noviembre.

Entrevistas

Entrevista 1: Ex funcionario político del municipio de San Martín 1999-2003.

Entrevista 2: Funcionario de la Secretaría de Desarrollo Social de San Martín.

Entrevista 3: Funcionario de la Secretaría de Salud de San Martín.

Entrevista 4: Funcionaria de la Secretaría de Desarrollo Social de San Martín.