

Capacidades institucionales de los municipios del Conurbano Bonaerense



Bárbara Couto
Rodrigo Carmona
Carlos Martínez
Rubén Lucero
Melina Castellano
Natalia Basanta
Nicole Toftum
Nicolás Caloni

Septiembre 2020

Informe del **eje capacidades municipales** del Proyecto *Prevención y monitoreo del COVID-19 en municipios del Conurbano Bonaerense desde una perspectiva multidimensional* apoyado por la Agencia I+D+i. (Idea Proyecto 415, UNGS)

Proyecto marco: Ideas Proyecto Agencia I+D+i 415 | 440 | 650 | 763 - *Prevención, control y monitoreo multidimensional y multiescalar de los efectos sanitarios y socioterritoriales de la pandemia por COVID19 y las medidas de ASPO en Argentina.*

Autores/as:

Bárbara Couto

Rodrigo Carmona

Carlos Martínez

Rubén Lucero

Melina Castellano

Natalia Basanta

Nicole Toftum

Nicolás Caloni

Colaborador: Nicolás Dinerstein

Septiembre de 2020

Portada: Sebastián Prevotel

Fotografía: Edgar Starszy | Concurso *Escenas del Conurbano*. 1er premio en la categoría *cámara digital*



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Cómo citar: Couto, B.; Carmona, R.; Martínez, C.; Lucero, R.; Castellano, M; Basanta, N.; Toftum, N.; Caloni, N. (2020). *Capacidades institucionales de los municipios del Conurbano Bonaerense*. "Prevención y monitoreo del COVID-19 en municipios del Conurbano Bonaerense desde una perspectiva multidimensional". Proyecto de investigación apoyado por la Agencia I+D+i. Universidad Nacional General Sarmiento.

Contenido

1. Desafíos y aprendizajes de la gestión local en época de crisis	4
2. El Gasto Público en Salud y en Desarrollo Social en el Conurbano Bonaerense en 2019	6
2.1 Gasto Municipal en Salud en 2019.....	7
2.2 Gasto Municipal en Desarrollo Social en 2019	9
3. Estrategias, políticas y redes de actores	11
3.1. La gestión de la asistencia social y alimentaria	11
3.1. La gestión de la salud	18
4. Reflexiones finales.....	23
5. Fuentes	24
Entrevistas.....	25
7. Anexo	27

1. Desafíos y aprendizajes de la gestión local en época de crisis

La irrupción de la pandemia y en consecuencia el aislamiento impuesto como medida de prevención afectó integralmente la vida en zonas urbanas, donde se padecen las consecuencias más profundas de esta crisis de escala global.

El nuevo escenario interpeló a los actores gubernamentales de todos los niveles. La gestión de la crisis puso a prueba las capacidades institucionales de los gobiernos locales para afrontar un escenario sumamente complejo, al tiempo que su propia actividad también se vio afectada por el Aislamiento Preventivo dispuesto por el Decreto 297 el 19 de marzo del 2020. Funcionarios, técnicos, agentes en el nivel local debieron enfrentar súbitamente nuevos problemas sanitarios y socioeconómicos teniendo a la vez que producir una adaptación veloz en las maneras de gestionar, organizar la función pública, de movilizar recursos humanos, técnicos y económicos.

Los debates sobre capacidades municipales y sobre procesos de descentralización vienen expresando la tensión entre el creciente abanico de responsabilidades que asumen los gobiernos locales desde los años noventa y la disponibilidad de recursos, competencias y herramientas para hacerles frente. En pocos municipios hoy en día prevalecen esquemas tradicionales de gestión abocados a los servicios públicos esenciales (mantenimiento del espacio urbano, agua, servicios cloacales principalmente), y en cambio la mayoría han virado hacia esquemas ampliados incorporando nuevas funciones en materia de promoción y socioeconómica, cuidado del ambiente, educación y/o salud (Iturburu, 1999). La incursión en estas nuevas esferas que históricamente operaban bajo la órbita de otras jurisdicciones, Nación y Provincia, supusieron además el desarrollo de competencias e instancias de coordinación o gobernanza multinivel para la gestión en el territorio (Carmona, 2012; 2015 y Vigil y Fernández, 2012). Por último, aunque no menos significativo, cada vez más la gestión de áreas de la vida urbana requiere de una articulación más sistemática con los actores sociales del territorio para la efectiva prestación o provisión de servicios. Estos procesos han significado mayores niveles de vinculación y cooperación entre actores estatales y no estatales, la conformación de redes mixtas de decisión e intercambio que redundan en prácticas o estilos de gestión de “gobernanza” en el territorio (Maintz, 2001).

El informe analiza en este sentido las principales transformaciones e impactos de la pandemia y el ASPO sobre el funcionamiento de los municipios del Conurbano Bonaerense en dos campos de intervención profundamente afectados en el escenario actual: la gestión de la asistencia alimentaria y de la salud en el territorio. Ninguno de estos campos integra las competencias tradicionales de los gobiernos locales, sin embargo, debido al dramatismo con que irrumpe la pandemia, esas problemáticas asumen un carácter central de la vida urbana y el gobierno local, es la autoridad del primer nivel, más próxima para escuchar y responder al menos en parte a las necesidades del territorio en el escenario de emergencia.

La presentación del primer informe refiere al análisis de coyuntura de los primeros meses de la emergencia sanitaria, entre marzo y agosto de 2020. La metodología de investigación es fundamentalmente cualitativa y combina el análisis de fuentes secundarias –registros públicos nacionales y municipales de los 24 distritos, con fuentes primarias –entrevistas a funcionarios municipales– realizadas en las áreas de salud y desarrollo social de siete municipios seleccionados de

la región conurbano bonaerense. Dado que la gestión de la emergencia adopta formas particulares en los diferentes municipios, la selección busca caracterizar escenarios heterogéneos en virtud de los diferentes niveles de desarrollo socioeconómico dentro de la región y de presencia de condiciones sociourbanas de vulnerabilidad.

En este sentido, se seleccionaron dos municipios de zona sur/oeste, Lanús y Matanza, dos de zona norte, Tigre y General San Martín y tres de zona noroeste, San Miguel, Malvinas Argentinas y José C. Paz, los cuales presentan grados de desarrollo socioeconómico diferentes, medido en términos de producto bruto geográfico per cápita (PBG p/c) y necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Tabla 1. PBG per cápita, NBI y Barrios populares en municipios seleccionados

Partidos seleccionados	PBG p/c 1)	NBI 2)	Barrios pop 3)	Flias en barrios pop 4)	Flias en barrios pop % 5)
Lanús	47.450	5,6	21	12.890	4,1
General San Martín	38.913	7,6	41	20.888	6,6
Tigre	19.077	13	45	9.485	3,0
Malvinas Argentinas	13.857	14,1	51	6.031	1,9
La Matanza	10.846	13,9	122	47.463	14,9
San Miguel	10.190	9,4	17	10.982	3,4
José C. Paz	6.792	14	43	11.068	3,5
24 partidos	19.001	10,8	952	317.553	100

Fuente: Elaboración propia en base a fuentes oficiales. 1) PBG per cápita 2008 en base a Lodola (2010), 2) NBI en base a INDEC CNPhyV 2010, 3 y 4) RENABAP 2018.

Generalmente los mayores niveles de pobreza estructural se presentan en municipios con menor PBG per cápita. Los mayores niveles de NBI se vinculan a la infraestructura de servicios urbanos en barrios populares que presentan condiciones habitacionales y comunitarias precarias.

Teniendo en cuenta entonces escenarios con estructuras socioeconómicas heterogéneas, se analizó el despliegue de capacidades, respuestas e intervenciones en los campos críticos afectados por la emergencia: la salud y la asistencia alimentaria.

El informe se estructura en tres apartados. En el siguiente apartado se presenta un análisis del gasto municipal de los 24 partidos de la región en el campo de la asistencia social y de la salud. Estos datos permiten conocer el peso de los recursos que se le asigna en los diferentes municipios a las funciones mencionadas en 2019, es decir en el escenario pre-pandemia.

En el segundo apartado se da cuenta de las principales problemáticas y transformaciones que abordan las administraciones del ámbito municipal en los partidos seleccionados del conurbano,

en el campo de la salud y de la asistencia alimentaria. Por un lado, se analiza capacidades en términos de la infraestructura hospitalaria municipal y los recursos locales disponibles para su mantenimiento. Asimismo, se analiza el despliegue de intervenciones municipales para la prevención y monitoreo en el territorio. Por otro lado, se avanza en la caracterización del escenario de emergencia alimentaria y de los programas e innovaciones desplegados a nivel local. Por último, se recuperan las principales reflexiones del informe.

2. El Gasto Público en Salud y en Desarrollo Social en el Conurbano Bonaerense durante 2019

El presente apartado tiene por fin presentar la línea de base, en relación al gasto público local en políticas sanitarias y de desarrollo social implementadas por los municipios del Conurbano Bonaerense, previa a la irrupción de la pandemia de COVID – 19 en el territorio.

Al respecto, se trabaja con información referida o aproximada a la ejecución presupuestaria correspondiente al Ejercicio 2019. En tal sentido, por norma general, se han considerado los informes de situación económico – financiera, publicados por los respectivos gobiernos locales, correspondientes al cuarto trimestre de 2019. En algunos casos en que dicha información no se encontraba disponible o que presentaba falencias, se han utilizado, en forma supletoria, guarismos de la formulación presupuestaria correspondiente al ejercicio 2020, complementados con datos de la composición del gasto por finalidad y función 2018 publicados en Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires (2019) o estimaciones propias en base al crédito vigente y la ejecución presupuestaria al segundo o tercer trimestre de 2019.

Asimismo, para el caso del gasto público municipal en salud, se incorporó, adicionalmente, la cantidad de camas en establecimientos de salud pública municipal, correspondiente a cada distrito, informada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En forma acorde a la disponibilidad de datos desagregados, se inquirió acerca de los principales componentes del gasto en desarrollo social (denominado, muchas veces, gasto en bienestar social), con especial interés en las políticas alimentarias desplegadas en el territorio por los gobiernos locales.

A su vez, al interior de la función salud, se procuró, al nivel en el que la apertura de la información de acceso público lo permite, dar cuenta del peso relativo, en los presupuestos municipales destinados a esta materia, del financiamiento de establecimientos con internación, en relación al correspondiente a otro tipo de erogaciones sanitarias, tales como salud mental, oftalmología, odontología, nutrición, emergencias médicas, prevención y atención primaria de la salud.

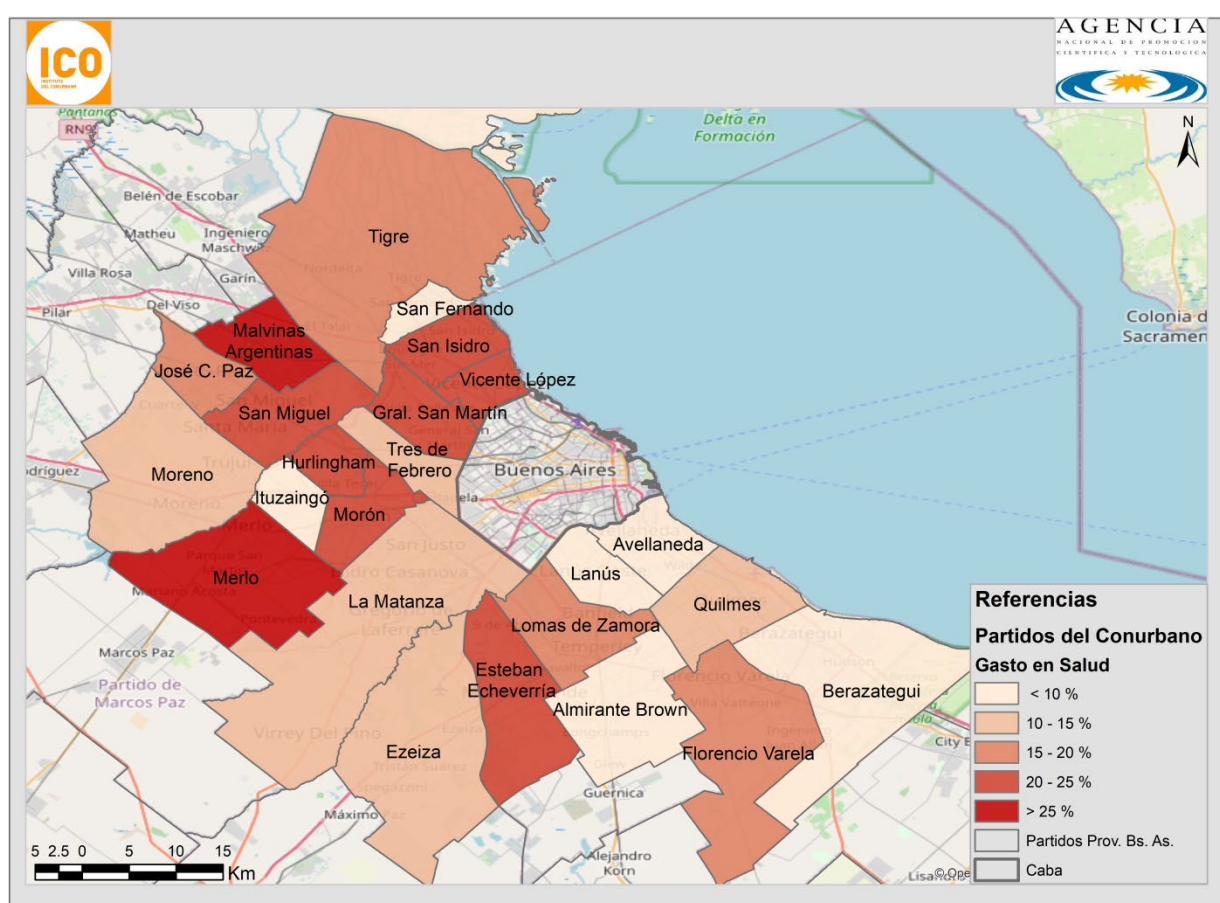
A los fines de poder realizar comparaciones en la información correspondiente a los diversos territorios se ha procurado trabajar con indicadores tales como la composición o peso relativo de cada tipo de gasto en el total de erogaciones municipales (y de la participación de cada clasificación de interés al interior de las mismas) y el gasto local por habitante, tanto general como correspondiente a desarrollo social y salud. Para ello, se han utilizado las proyecciones de población

por departamento (que en la provincia de Buenos Aires equivale, territorialmente a partido y municipio) correspondientes al año 2019, publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

2.1 Gasto Municipal en Salud en 2019

Los municipios del Conurbano Bonaerense destinaron, en conjunto, un 17% de sus erogaciones a la atención de la salud de la población. En el mapa a continuación se evidencia cuánto representa el gasto en salud municipal respecto del total de erogaciones en cada uno de los 24 partidos.

Mapa 1. Peso del gasto en salud en el gasto público, 24 partidos, 2019



Fuente: elaboración propia en base a datos municipales 2019

En el anexo se presentan todos los indicadores analizados en la tabla 8.

Surge una importante diferencia entre el subconjunto de gobiernos locales del Conurbano que no cuentan con establecimientos hospitalarios propios con internación respecto a los que sí brindan este tipo de servicio, en términos de importancia relativa de las erogaciones en salud en los correspondientes presupuestos locales.

Acorde a ello, en el tercio de los municipios del conurbano que no tiene camas de salud propias los gastos en salud pública representan apenas un 10% del gasto municipal, mientras que los dieciséis distritos que cuentan, en promedio, con unas 226 camas de internación cada uno, destinaron a la atención de la salud un 19% de sus gastos.

Ello nos permite dar cuenta de una particularidad bonaerense en relación a la prelación de la finalidad salud en el gasto público municipal, a dos niveles.

Por un lado, el peso de los gastos en salud de los municipios bonaerenses es particularmente elevado a nivel país. Así, mientras que, en 2017, el conjunto de los gobiernos locales argentinos asignó a la atención pública de la salud un 12% de sus recursos (similar a la proporción que se observa en los municipios del Conurbano que no tienen establecimientos con internación), entre los municipios bonaerenses dicha proporción fue del 18%, según datos de los Ministerios de Economía nacional y bonaerense.

Las razones de esta particularidad bonaerense radican en la lógica de la distribución secundaria de la coparticipación que realiza el gobierno de la provincia de Buenos Aires hacia sus diversos municipios.

De esta forma, la provincia de Buenos Aires reparte entre sus municipios el 16,14% de los recursos que recibe del Estado Nacional por la Coparticipación Federal de Impuestos y de lo que recauda por los impuestos a los ingresos brutos, a los sellos, a los inmuebles urbanos, a los automotores y por otros tributos.

La asignación a cada municipio bonaerense de su respectiva porción obedece a una serie de indicadores tales como su población, su superficie, la inversa de su capacidad tributaria y la descentralización desde la provincia al respectivo gobierno local de servicios públicos no sanitarios durante la década de 1970.

Pero el principal componente de la coparticipación bonaerense, que explica más de un tercio de la misma, viene dado por la oferta pública municipal de servicios de salud. Y, en particular, dentro de dicha oferta, se compensa especialmente la existencia de camas municipales y se asignan más recursos en caso de atenderse la alta complejidad (López Accotto et. al, 2013).

Ello implica que, a contramano de lo que el grueso de los sistemas de salud pública existentes suele establecer, los gobiernos locales bonaerenses son incentivados a enfocarse en la internación y en el desarrollo de una oferta sanitaria pública de la mayor complejidad posible, prestando menos atención a la prevención y la atención primaria de la salud.

La diversidad en la voluntad política de participar en esta “carrera”, en la capacidad técnica para hacerlo y en la disponibilidad de financiamiento que permita sostenerlo, explican la heterogeneidad observada en el territorio en materia de oferta sanitaria pública.

De este modo, para un subconjunto, dentro de los dieciséis municipios del Conurbano con camas de salud propias, de seis gobiernos locales (Berazategui, General San Martín, La Matanza, Malvinas Argentinas, Morón y Quilmes), se verifica que un 61% del gasto total en salud corresponde a establecimientos con internación.

A su vez, se advierten fuertes disparidades en materia de gasto en salud pública municipal por habitante entre los distintos territorios del Conurbano.

Ello obedece a una serie de sesgos yuxtapuestos, desde una disponibilidad de recursos muy disímil, dados los niveles muy heterogéneos de desarrollo territorial presentes en la región, hasta una especialización funcional ampliamente diversa.

De modo que, siete municipios (Almirante Brown, Berazategui, La Matanza, Lanús, Moreno, Quilmes y Tres de Febrero) destinan a salud, por habitante, menos de la mitad de lo observado para el promedio del Conurbano, mientras que otros cuatro (General San Martín, Malvinas Argentinas, San Isidro y Vicente López) destinan más del doble que la media provincial.

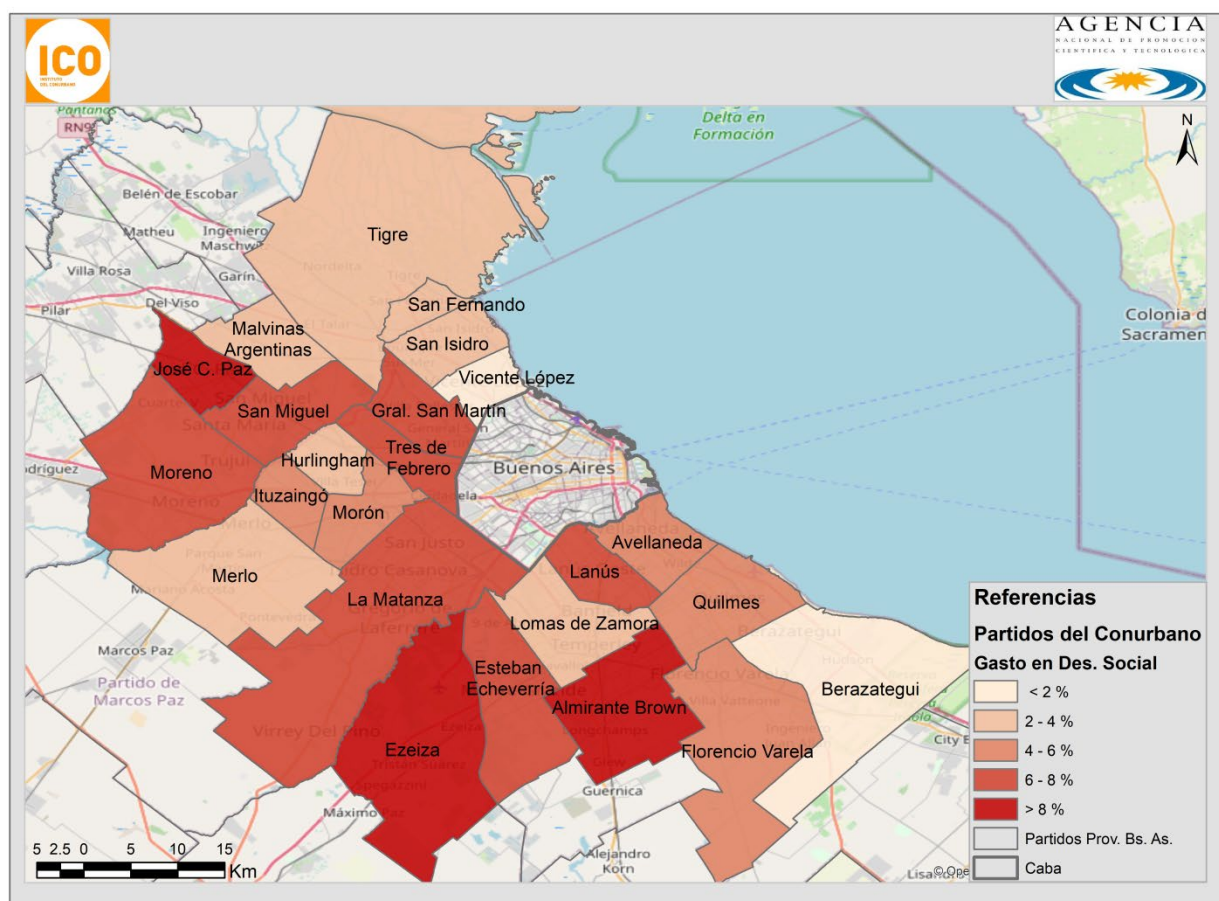
Surge, entonces, que la brecha entre el municipio que más gastó por habitante en salud en 2019 (San Isidro, con \$13.576) y el que menos dinero dispuso per capita para tal finalidad (Almirante Brown, con \$741) es de más de 18 a 1.

2.2 Gasto Municipal en Desarrollo Social en 2019

El conjunto de los gobiernos locales del Conurbano Bonaerense asignó, dentro de sus erogaciones totales, un 5% a desarrollo social durante el ejercicio 2019.

El mapa a continuación presenta el peso del gasto en la función de desarrollo social sobre el total de erogaciones desagregado por municipio en los 24 partidos.

Mapa 2. Peso del gasto social en el gasto público, 24 partidos, 2019



Fuente: elaboración propia en base a datos municipales 2019

La información aquí analizada se presenta en la tabla 9 del anexo.

Resulta notorio el hecho de que la disponibilidad de recursos, tanto en virtud de una recaudación propia alta (en línea con niveles de desarrollo económico por encima de la media de la región) como por percibir una elevada coparticipación (en virtud de las estrategias de especialización funcional previamente detalladas) es determinante a la hora de sostener un gasto en desarrollo social de importancia.

Prueba de ello es que entre los municipios con mayor gasto en desarrollo social por habitante se encuentran algunos de los que, en el Censo 2010, se ubicaban entre los de menor porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en sus territorios, tales como San Isidro y Morón. En contraposición, algunos de los distritos con menor gasto en desarrollo social per cápita son de los que presentaban una presencia más masiva de hogares con NBI, como Merlo y Florencio Varela.

En cuanto a la composición de dicho gasto social, en los distritos para los que se cuenta con información desagregada, sobresale, especialmente, la muy importante participación de las erogaciones vinculadas con políticas alimentarias.

Entonces, para un conjunto de siete municipios (Lanús, José C. Paz, Florencio Varela, Almirante Brown, Quilmes, Ezeiza y Tres de Febrero) el 60% del gasto en desarrollo social correspondió, en 2019 a políticas alimentarias.

A su vez, para tal recorte de territorios del Conurbano Bonaerense, los gastos asociados al Servicio Alimentario Escolar (SAE) dan cuenta de un 93% del total de lo que se dedica a políticas alimentarias.

De este modo, para estos siete partidos del Conurbano como un todo, el SAE da cuenta de un 56% de los recursos totales que se han orientado a la función desarrollo social.

En síntesis, los municipios del Conurbano destinaron, en promedio, durante 2019, 2 de cada 9 pesos de sus gastos a la atención de la salud y el bienestar social de su población, proporción que llegó a casi 3 de cada 9 pesos en Malvinas Argentinas, José C. Paz y Merlo.

En materia de salud, 16 de los 24 municipios del Conurbano Bonaerense cuentan con establecimientos con internación, con un promedio de más de 200 camas por distrito y destinan a estos establecimientos más de un 60% de su gasto en salud.

Ello obedece a los sesgos de la coparticipación de la provincia de Buenos Aires hacia sus municipios, que incentiva a un gasto creciente en salud pública y que, dentro de dicha función inclina las decisiones de inversión hacia la alta complejidad, antes que a la atención primaria.

En cuanto al gasto en bienestar social, se produce la paradoja de que, algunos de los municipios más ricos del Conurbano dedican, por habitante, a este concepto, más del quíntuple que lo que disponen varios de los distritos más pobres, lo que da cuenta de un componente regresivo.

Por su parte, en muchos municipios del Conurbano el grueso del gasto en desarrollo social corresponde a políticas alimentarias, entre las que la más destacada es el financiamiento del Servicio Alimentario Escolar.

De esta forma en el Conurbano, las desigualdades territoriales, en términos de nivel de desarrollo económico, se traducen en diferencias de recaudación propia, que lejos están de ser corregidas por las transferencias automáticas provinciales, como la coparticipación.

Estas brechas en términos de financiamiento se traducen en capacidades disímiles para desplegar en el territorio, a nivel local, políticas de gran sensibilidad para la población, como la atención médica de cuadros que requieren internación o la asistencia alimentaria a la niñez.

Este panorama, de enorme desigualdad de recursos, que genera menores capacidades estatales donde más falta hacen, es el escenario de base sobre el que opera la irrupción del COVID – 19.

3. Estrategias, políticas y redes de actores

3.1. La gestión de la asistencia social y alimentaria

En septiembre de 2019 se declaró en el Congreso de la Nación la emergencia alimentaria, obligando a incrementar el presupuesto destinado a garantizar desde el Estado la soberanía alimentaria. Durante 2019 los indicadores sociales experimentaron el deterioro más significativo desde la crisis de 2001.

Tabla 2. Incidencia de la pobreza en la población, según características laborales

Incidencia de la pobreza		
	II 2016	IV 2019
Conurbano	35,60%	44,5%
Total país	32,40%	38,6%
Incidencia de la pobreza en personas desocupadas		
	II 2016	IV 2019
Conurbano	54,1%	70,1%
Total país	52,2%	64,2%
Incidencia de la pobreza en personas en hogares con jefe de hogar desocupado		
	II 2016	IV 2019
Conurbano	65,6%	76,2%
Total país	67,8%	76,5%

Fuente: EPH INDEC

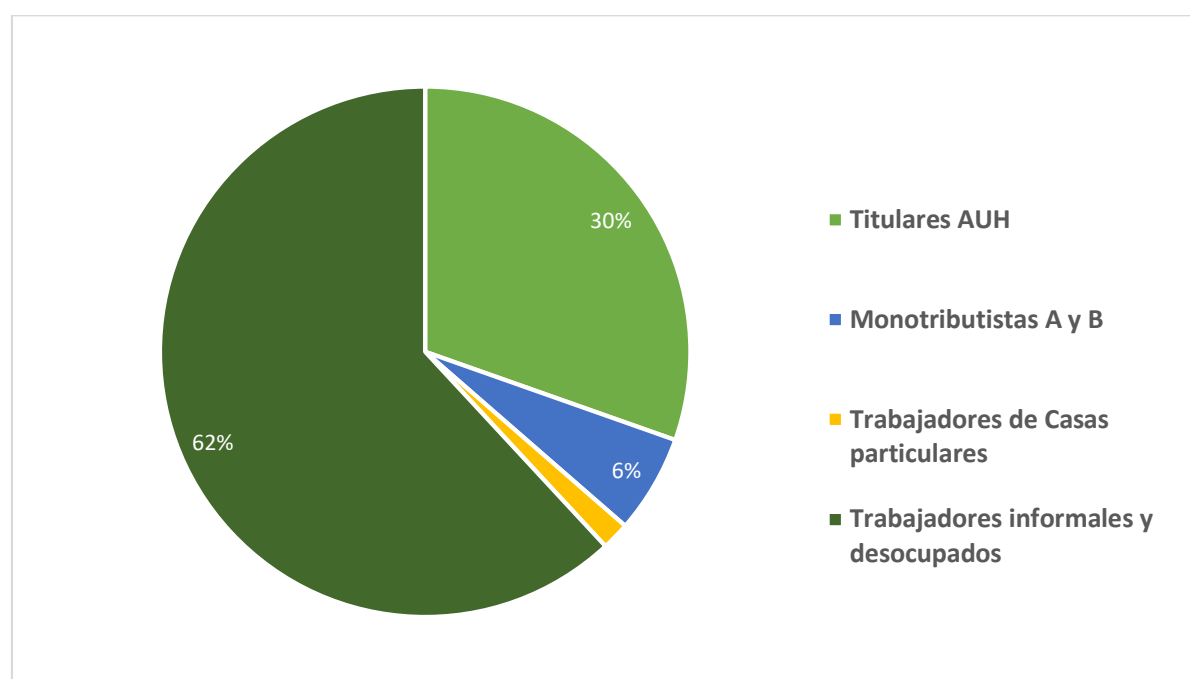
La pobreza se incrementó durante los últimos años tres años 6 puntos en todo el país, mientras que en el conurbano escaló 9 puntos. La incidencia de la pobreza se agudiza en los hogares cuyas personas transitan problemas de inserción en el mercado de trabajo. En el conurbano en 2019 la incidencia de la pobreza alcanzó el 70% de las personas desocupadas y el 76% de las personas que habitan en hogares cuyo jefe no logra conseguir empleo.

A los programas sociales universales preexistentes como la Asignación Universal por Hijo o la Asignación por Embarazo y por Discapacidad, el gobierno nacional que asumió en diciembre de 2019 lanzó el plan Argentina contra el Hambre y con él, la Tarjeta Alimentar para la compra de alimentos esenciales, entregando en enero de 2020, 350.000 tarjetas en todo el conurbano (La Nación, 20-01-2020) llegando a fines de febrero a entregar un millón en todo el país y 500.000 en el conurbano (Clarín, 29-02-2020).

La irrupción de la pandemia y del ASPO a partir de marzo significó en este escenario la reducción o discontinuidad de los ingresos laborales. En este escenario, Nación lanzó el Ingreso Familiar de Emergencia destinado a compensar la pérdida de ingresos de las personas afectadas por la pandemia y el aislamiento frente a la imposibilidad de continuar con las actividades laborales.

Recordemos que en el conurbano bonaerense el 71,9% de los ocupados son asalariados, de los cuales un tercio no están registrados, mientras que el 24% son trabajadores por cuenta propia, de los cuales solo el 5% son profesionales, prevaleciendo el cuentapropismo de bajos ingresos. En este escenario, el IFE alcanzó a casi 2.000.000 de beneficiarios en el conurbano, entre los que predominan los trabajadores informales y los desocupados (62%) y los titulares de la AUH (30%).

Gráfico 1. Composición de los beneficiarios IFE



Fuente: Beccaria, Costa y Rottenschweiler (2020)

El IFE, junto otras políticas de diferentes carteras, se orientaron a contener a los sectores más vulnerables de la sociedad. ANSES señala que “de acuerdo a estimaciones conjuntas del Ministerio de Desarrollo Productivo, el Ministerio de Empleo, Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Economía, el 68% de las erogaciones estuvieron concentradas en los primeros cinco deciles de ingresos, es decir, en el 50% de la población con menores recursos” (agosto 2020).

En ese marco de emergencia, los gobiernos municipales de la región debieron articular esfuerzos y recursos adicionales para contener la situación en el territorio. Sus capacidades institucionales se pusieron a prueba como nunca antes, en términos tanto de coordinación interjurisdiccional (con nación y provincia) como de articulación con instancias y actores territoriales.

Tabla 3. Asistencia económica estatal. Indicadores y municipios seleccionados (ver misma tabla para los 24 partidos en el anexo tabla 11)

Municipios Seleccionados	Gasto municipal desarrollo social % (1)	Benef. Tarj. Alimentar (2)	Beneficiarios IFE (3)	Población con IFE % (4)
Lanús	7,62%	11.150	78.754	17
General San M.	2,57%	11.400	65.832	15,5
Tigre	3,06%	s.i	74.719	16,1
Malvinas Arg.	2,88%	11.523	74.392	20,7
La Matanza	7,79%	63.000	312.965	13,7
José C. Paz	9,75%	s.i	73.937	24
San Miguel	6,56%	s.i	61.364	20,2
24 partidos	4,67%	500.000*	1.987.026	17,6

Fuente: elaboración propia en base a registros oficiales de organismos públicos y entrevistas a funcionarios municipales. * dato reportado en febrero 2020 por fuentes periodísticas.

(1) Ejecución presupuestaria 2019 informadas por los municipios seleccionados

(2) Entrevistas a funcionarios municipales de las áreas de desarrollo /asistencia social (estos datos ya fueron solicitados a ANSES)

(3) y (4) ANSES 2020

Como se señaló anteriormente, la contención de Nación en materia alimentaria tuvo un alcance significativo, considerando el porcentaje de la población alcanzado por el IFE y la entrega de Tarjetas Alimentar.

En cuanto a la información presupuestaria, se evidencia un promedio de erogaciones municipales en desarrollo social del 4.67%, siendo que 9 de los 24 municipios tienen un gasto social superior al 6%. Los guarismos más elevados se observan en Almirante Brown, José C. Paz y Ezeiza, partidos de ingreso per cápita bajo y elevado NBI, lo cual podría evidenciar el rol central de los gobiernos locales para compensar o contener frente a los déficits sociourbanos del territorio.

El análisis de las capacidades institucionales municipales para hacer frente a la crisis alimentaria en los casos seleccionados se centró en cuatro aspectos fundamentalmente: * la coordinación

interjurisdiccional con nación y provincia, *los procesos y dispositivos de descentralización municipal y de participación territorial, y *los programas alimentarios y registros municipales de comedores y merenderos.

La coordinación interjurisdiccional con nación y provincia. Todos los funcionarios de las áreas de acción social entrevistados manifestaron haber mantenido espacios de articulación con referentes provinciales y nacionales, para contener en la asistencia alimentaria en el territorio. 3 de los 6 municipios refieren haber recibido subsidios adicionales del fondo rotatorio de nación, de 10 millones primero y 20 millones de pesos adicionales posteriormente. La asistencia adicional de provincia se canalizó a través del programa para escuelas, que como se vio en el apartado de gasto, representa el 60% del gasto social de los municipios. El Subsecretario de educación de Malvinas Argentinas por ejemplo explicó que recibieron de SAE (servicio alimentario escolar) 2 millones de pesos, duplicando la partida que recibían anteriormente. Asimismo otros municipios refieren haber recibido presupuesto adicional para necesidades sociales en general, haciendo referencia a subsidios para casas de abrigo (Tigre) y proyectos firmados en relación a violencia de género (Malvinas Argentinas).

Los procesos y dispositivos de descentralización municipal y de participación en el territorio. Muchos municipios han experimentado en los últimos años procesos de desconcentración y creación de dispositivos de participación para mejorar la acción pública en las diferentes zonas dentro del territorio.

Tabla 4. Dispositivos de descentralización y participación en la emergencia sanitaria

Municipio	Descentralización	Participación ciudadana + dispositivos de emergencia
La Matanza	Regiones descentralizadas Delegaciones	Mesa local + Mesa territorial + Consejo Local de niñez Comisión discapacidad Consejo operativo de emergencia municipal
Lanús	Unidades Barriales de Participación Delegaciones municipales	Consejo municipal asesor Consejo local de niñez, Consejo local de discapacidad, Mesa de Género Local Comité de emergencia municipal
San Miguel	Coordinaciones territoriales	Consejo local (niñez) Mesa local prevención violencia familiar Comité de crisis (alimentario + salud + legales)
Malvinas Argentinas	Unidades locales de gestión	Consejo local hábitat Comité de crisis municipal
José C. Paz	Coordinaciones barriales	Consejo local (niñez) Comité de emergencia solidario (docentes, estudiantes, trabajadores, empresas)
General San Martín	Centros de Atención al Vecino	Consejo de la economía popular Consejos locales temáticos (discapacidad + hábitat) Mesas temáticas (violencia + consumos problemáticos) Comité de crisis municipal
Tigre	Delegaciones municipales	Consejo Económico Social Consejo local (niñez) Mesa Local de Género Comité de crisis municipal

Fuente: elaboración propia en base a Rofman y Foglia (2019), entrevistas a funcionarios y sitios web municipales.

Así la atención de la emergencia adopta formas particulares en virtud de los dispositivos preexistentes de descentralización territorial: delegaciones municipales, coordinaciones, centros vecinales, etcétera. Asimismo, las instancias de participación local adoptan formas diversas y en la mayoría de los casos son liderados por los gobiernos locales, teniendo contenidos temáticos de género, niñez, familia, discapacidad, entre otros; adoptando formas clásicas multiactorales con instituciones tradicionales (sindicatos y cámaras) como los consejos asesores, o dispositivos de abordajes integrales como las mesas territoriales, con diferente grado de articulación entre las dependencias municipales. En todos los casos analizados se conformaron comités de crisis. En la mayoría de los municipios estos dispositivos fueron liderados por los gobiernos locales y excepcionalmente, gestado por organizaciones y actores del territorio, como en el caso de José C. Paz, según emerge del relevamiento de fuentes secundarias.

En los casos analizados, los referentes han señalado que los dispositivos de participación en el territorio han tenido un rol significativo en la contención social. Algunos municipios que tenían ya un ejercicio de articulación con organizaciones del territorio pudieron adaptarse con mayor celeridad a la nueva situación y otros tuvieron que desplegar nuevos dispositivos en un lapso muy

breve. La manera de llegar al territorio presenta diferentes formatos institucionales. Las mesas territoriales, los consejos sociales, locales y los comités de crisis, en muchos casos organizados como dispositivos temáticos (género, productivo, social), articulan esfuerzos de las áreas municipales transversalmente, buscando mejorar la comunicación con los actores institucionales del territorio (Iglesia, sindicatos, cámaras, empresas, etcétera) y con las organizaciones sociales y sus redes o federaciones.

Los programas alimentarios y registros municipales de comedores y merenderos. La asistencia alimentaria ocupa un lugar central en las intervenciones de los municipios. Siempre han dedicado los gobiernos locales diferentes esfuerzos, pero en el marco de la pandemia la profundización de las condiciones de vulnerabilidad de los sectores de bajos ingresos y la incorporación de nuevos grupos de trabajadores a la condición de inactividad por el ASPO extremó la gravedad del escenario de emergencia sanitaria.

Las primeras adaptaciones que tuvieron que realizar las delegaciones municipales fue la implementación de protocolos sanitarios en las oficinas y en especial para la entrega de mercadería e insumos a la población, incorporando diferentes tecnologías y procedimientos para sistemas de turnos.

Los siete municipios seleccionados han referido que duplicaron (hasta quintuplicaron) la asistencia alimentaria en el marco de la pandemia. Se observan esfuerzos especiales de los gobiernos locales para canalizar recursos para la asistencia alimentaria, la cual se financia con recursos nacionales, provinciales y municipales. La asistencia se realiza en los comedores, merenderos, ollas populares, a través de la distribución de bolsones en puntos de encuentro y en escuelas y el despliegue de otros programas municipales como las tarjetas locales de alimentos.

Las áreas dedicadas a la asistencia alimentaria se inscriben en diferentes dependencias, vinculadas al desarrollo social, promoción comunitaria, asistencia directa, entre otras denominaciones. Desde que irrumpió la pandemia, muchos municipios transformaron su organigrama y otro tanto redireccionaron asignaciones presupuestarias para atender la emergencia alimentaria.

Asimismo, la articulación entre áreas municipales se observó frecuentemente, en especial con salud para la asistencia alimentaria de pacientes por covid-19 y con educación para distribuir los recursos provenientes de la provincia de Buenos Aires del SAE, Servicio Alimentario Escolar.

Tabla 5. Listado de programas de asistencia alimentaria

Provinciales	Municipales
Servicio alimentario escolar SAE, todos los municipios	Tarjeta verde, Tarjeta cabal y Copa de Leche en Lanús
Programa Envión Podés (Provincial-Municipal) Matanza Programa Envión San Miguel	Crecer bien, en San Martín
Plan Más Vida Matanza, Malvinas, Lanús	Programa Municipal para la Infancia y la Familia, Programa Servicio Socio-Sanitaria para la Tercera Edad y el Programa de Asistencia Alimentaria al Paciente Celíaco, en Malvinas Argentinas
	Programas de acompañamiento de adultos, el Programa para personas aisladas por hisopado, en San Miguel

Fuente: elaboración propia en base a información proporcionada por funcionarios municipales entrevistados

Los programas provinciales o nacionales son en muchos casos adaptados a las particularidades del territorio y en ese proceso el municipio tiene un rol significativo en la adecuación para su implementación, incorporando recursos técnicos y económicos para tal fin. Es el caso del Programa Envión en Matanza que es direccionado por el municipio como el Envión Podés, en articulación con el Consejo local de niñez y con 300 organizaciones comunitarias.

Además de los instrumentos de Nación (Tarjeta Alimentar e Ingreso Familiar de Emergencia), se desplegaron en territorio programas de la provincia de Buenos Aires e instrumentos municipales, que se articularon desde las diferentes áreas, específicas de desarrollo social o temáticas orientadas a campos o poblaciones específicas (género, familia, niñez, adultos mayores, discapacidad, etc.). Todos los funcionarios entrevistados han coincidido en el trabajo en red tanto con las restantes áreas del municipio como con el territorio para poder hacer frente a la emergencia.

Muchos municipios vienen encarando la asistencia alimentaria desde hace tiempo. Todos los referentes entrevistados señalan que en alguna medida se han desarrollado registros de comedores que les permiten tener información más o menos actualizada sobre los comedores y merenderos que asisten a los sectores vulnerables. En el contexto de pandemia esa información se convirtió en un insumo crítico para la gestión en la medida que les permitió descentralizar la asistencia y poder llegar a las diferentes zonas que lo necesitaban.

En julio 2020 se lanzó desde Desarrollo Social de Nación el registro nacional de comedores y resulta imperioso articular esfuerzos para unificar los sistemas de información nacionales con los registros municipales, para dar sustento formal a las intervenciones estatales (posibilidad de establecer mecanismos de rendición de cuentas) y tener una buena cobertura territorial, en especial en zonas más vulnerables o con peores condiciones de acceso urbano.

Los registros enfrentan la dificultad de tener que actualizarse frecuentemente por el carácter dinámico de esa información debido a la apertura y cierre constante de nuevos efectores de la asistencia alimentaria. No obstante, es una herramienta clave para los municipios para otorgar subsidios a las instituciones y/o beneficios a sus trabajadores, lo cual viene siendo un reclamo de muchas organizaciones del territorio. Todos los entrevistados manifestaron que hay una presencia creciente de comedores y merenderos y en algunos casos se sumaron las ollas populares, como muestra el cuadro.

Tabla 6. Comedores, merenderos y ollas populares según registros de los municipios seleccionados

S. Miguel	S. Martin	JCP	Malvinas	Lanús	Matanza	Tigre
276	240	s.i.	260	182	520	250

Fuente: elaboración propia en base a datos proporcionados por los funcionarios municipales entrevistados

En algunos municipios la logística de la distribución se concentró más en los actores y dependencias municipales. San Miguel, por ejemplo, desarrolló fundamentalmente una logística propia para llegar a los hogares vulnerables directamente, a partir de un depósito propio y un espacio adicional que dispusieron con la utilización del teatro Muñiz como centro de distribución hacia 28 zonas del distritito, con 28 coordinadores (entrevista Directora Acción Social, San Miguel).

En otros casos la articulación se dio en mayor medida con organizaciones del territorio. Una amplia red de actores convergió en la asistencia alimentaria. Organizaciones comunitarias, instituciones educativas, vecinos, referentes barriales, referentes de la militancia político territoriales, realizaron intervenciones para canalizar recursos y asistir en la logística de la distribución de los alimentos y los insumos de higiene y protección. Matanza por ejemplo tiene una larga tradición de articulación con los actores sociales y se ha apoyado en esa experiencia para llegar con la asistencia. En este caso, también el ejército intervino en la distribución de viandas en diferentes puntos del distrito, con ayuda de la militancia política y social de los barrios (Klipphan, 31-03-2020 en Infobae).

3.1. La gestión de la salud

La provincia de Buenos Aires posee una estructura sanitaria descentralizada conforme quedó establecido mediante la Ley N° 7.016/06 que determina la Regionalización Sanitaria de la Provincia. Las regiones constituyen una *“red asistencial está integrada por todos los establecimientos públicos provinciales ubicados en su zona de cobertura geográfica que cumplan funciones de servicios de Atención de la Salud en los tres niveles de prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria, de acuerdo a un criterio unitario pautado por el Ministerio Salud”*.

La emergencia sanitaria puso a prueba al sistema de salud a nivel global. El sector de la salud argentino en particular *“está compuesto por un mapa de financiadores y prestadores complejo, heterogéneo y desigual”*, integrado por instituciones públicas, obras sociales y sector privado.

Cabe señalar que dado que un importante porcentaje de la población no posee cobertura, el rol del subsistema oficial-público es crucial para garantizar el derecho constitucional a la salud. (Chiara, 2020).

Tabla 7. Población sin cobertura de obra social o medicina prepaga. 24 partidos del conurbano 2003-2018.

Año	24 Partidos	C.A.B.A	AMBA	Total país
2003	51,0	22,4	44,2	43,9
2004	48,9	18,8	41,8	41,7
2005	48,7	16,9	41,3	40,7
2006	44,9	19,0	38,8	37,8
2007	41,0	17,1	35,5	34,6
2008	38,1	16,4	33,1	32,6
2009	38,1	15,3	32,9	32,8
2010	36,6	14,3	31,5	31,8
2011	36,7	11,9	31,1	31,1
2012	37,8	15,3	32,7	31,9
2013	38,3	15,5	33,3	31,4
2014	38,5	15,1	33,4	31,8
2015	-	-	-	-
2016	35,0	12,9	30,6	30,1
2017	33,8	9,4	29,0	28,9
2018	36,4	11,0	31,5	30,7
2019	37,6	12,1	32,6	31,8

Fuente: Observatorio del Conurbano en base a EPH-INDEC.

En 2003 mitad de la población no poseía cobertura médica. Este guarismo disminuyó a 36% en 2018.

Se observa una importante brecha entre el conurbano y CABA debido a las condiciones sociales particulares de ambas regiones. El 88% de la población de la Ciudad poseen cobertura. Cabe

destacar que muchos pacientes de obras sociales o prepagas demandan en ocasiones servicios del sistema público por dificultades o déficits en las prestaciones privadas.

En este apartado analizamos las capacidades municipales en términos de competencias e intervenciones emergentes en materia de salud en el nuevo escenario de pandemia. Hemos relevado la estructura en 7 Municipios, pertenecientes a la Región V (General San Martín, José C. Paz, Malvinas Argentina, San Miguel, Tigre), La Matanza de la Región XII y Lanús ubicada la región VI, realizando entrevistas a referentes de las regiones y a funcionarios de salud municipales.

Como analiza Martínez, los últimos datos oficiales sobre “camas críticas” disponibles en tabla 10 del anexo, evidencia las desigualdades en términos de financiamiento y recursos disponibles.

Si consideramos la situación de partida, esto es, previo a que se haya desatado la pandemia, en materia de camas críticas del sistema público de salud (nacional, provincial y municipal) para pacientes no infantiles, la disponibilidad promedio para los 24 municipios del conurbano en 2018 era de una cama cada 20.749 habitantes adultos. Sin embargo, existe una gran heterogeneidad entre distritos. La brecha va desde contar con una cama crítica cada 6.751 “adultos” (Malvinas Argentinas) a tener, solamente, una cama crítica cada 63.893 habitantes de más de 12 años de edad (Lomas de Zamora), lo que implica una disponibilidad casi ocho veces menor (Martínez, 2020).

En tal sentido, se han realizado entrevistas a informantes clave y funcionarios del área de salud de los municipios seleccionados sobre las acciones concretas en materia de salud realizadas en el contexto del aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), a partir de marzo de este año. El comienzo de la cuarentena ha implicado una ampliación forzada del sistema de salud, desde las camas de terapia, hasta la provisión de respiradores e insumos esenciales.

Cabe destacar que los municipios han ido incrementando su injerencia en el campo de la salud. Esta función es una de las “nuevas competencias” municipales se materializa fundamentalmente en la construcción de hospitales municipales cuya inversión se realiza con fondos locales y que requiere del despliegue de un conjunto amplio de herramientas adicionales.

La dotación de recursos humanos en el sistema de salud para atender equipamientos de media y alta complejidad es la punta de un iceberg de una problemática bien compleja. En tal sentido, las capacidades institucionales son un conjunto de recursos, humanos, técnicos y materiales que hacen a la gestión integral de un sistema hospitalario y que constituye un “detrás de la escena” del cual se depende para llevar a cabo las tareas de cuidado en el campo de la salud. La inversión en infraestructura hospitalaria requiere de recursos municipales extra y desarrollo de capacidades de gestión y operativas que no todos los municipios enfrentan con las mismas herramientas y destreza.

Desde el personal médico altamente especializado, el soporte logístico para la producción de servicios asistenciales, hasta el personal que se ocupan del mantenimiento de los equipos o la limpieza de las instalaciones sanitarias, requiere de una *expertise* particular y un proceso de aprendizajes específico.

En la región en estudio se detectan importantes inversiones en infraestructura y tecnología médica, pero confluyen al mismo tiempo debilidades vinculadas a las respuestas operativas, tanto en lo relativo al soporte y mantenimiento del equipamiento de alta y media complejidad, como en materia de recursos humanos calificados para operar la tecnología de los equipos.

En cuanto a la provisión de equipamiento, es importante señalar que todos los municipios que tienen bajo su responsabilidad hospitales municipales han recibido los respiradores aportados desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través de las Regiones Sanitarias, junto con insumos y elementos de protección personal para los trabajadores de la salud. No obstante, señalan los referentes de las regiones sanitarias, que el incremento del equipamiento y del personal para operarlos ha originado aumentos, tanto del gasto municipal en personal como en el mantenimiento de los equipos que no están previstos presupuestariamente y no han significado tampoco un aumento de la coparticipación.

En el contexto de la emergencia sanitaria además los municipios han tenido un rol significativo en articular tareas de prevención y monitoreo de casos, como destinar sitios (clubes, espacios culturales) para el aislamiento preventivo o en algunos casos como San Martín en la disposición de laboratorios propios para poder obtener testeos rápidamente. Han tenido un papel significativo asimismo en la labor de articulación entre efectores de salud del distrito, los referentes de las regiones sanitarias y la política provincial, nacional.

Programas y dispositivos de articulación

Se implementaron Comités Operativos de Emergencia (COE) instalados en cada municipio, que permitieron establecer canales de coordinación con Provincia y Nación, compartir información sensible al igual que protocolos y buenas prácticas implementadas.

Asimismo, desde los municipios analizados se ha desplegado un conjunto de programas e instrumentos para abordar las problemáticas de la prevención y monitoreo del covid-19 que han involucrado diferentes capacidades tanto en términos de recursos humanos como de recursos económicos y de gestión administrativa.

En algunos municipios se impulsó desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires un **sistema de telemedicina**, en articulación con las carreras vinculadas a la salud en universidades del conurbano, como en los casos de José C. Paz y Lomas de Zamora con los Centros de seguimiento de la Universidad Nacional de José C Paz y de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Se lleva a cabo desde las Regiones Sanitarias hacia los municipios y tiene por objetivo el seguimiento de pacientes COVID-19 contagiados, con contacto estrecho y casos sospechosos. Se realiza a través de un número de emergencias dispuesto por cada municipio y se lo vincula con un médico que le hace el seguimiento.

Por su parte, el programa **DETECTAR** consiste en un operativo territorial impulsado desde el Ministerio de Salud de la Nación en articulación con la Provincia de Buenos Aires, los municipios y organizaciones sociales en la identificación activa de contactos estrechos de los casos confirmados o de quienes presentan síntomas. Este operativo ha sido implementado con fondos municipal en Matanza, Tigre, José C. Paz, General San Martín, Malvinas Argentinas, entre otros distritos.

Con respecto a este punto, una de las problemáticas manifestadas por los entrevistados refiere a la complejidad que presenta la demora de los resultados, “...*Se complica, nosotros creemos que nos adaptamos bien a poder llegar a hacer diagnóstico, trasladarlo, indicar el aislamiento, pero si los resultados son a la semana el aislamiento mucho no sirve*” (Secretaría de Desarrollo Social San Martín).

En este sentido, algunos municipios asumieron acciones propias para obtener los resultados de los diagnósticos, como la compra de equipamiento de laboratorio para este procedimiento en el Hospital Angio de José C Paz, el laboratorio dispuesto en el Hospital Abete de Malvinas Argentinas, o el laboratorio del hospital Municipal de San Martín para realizar test en un día, que desarrolló la Universidad Nacional de San Martín.

Otro programa, de Desarrollo de Nación, **El Barrio cuida al Barrio** se implementa en diferentes municipios (Lanús, Tigre, San Martín, Matanza y José C. Paz), desde las áreas de desarrollo social o economía social por ejemplo, en ocasiones articulando con organizaciones políticas y sociales (CTA UTEP, MLLH, Evita) del territorio como en Lanús, en otras ocasiones en articulación con universidades de la región (José C. Paz-UNGS), buscando primero realizar un mapeo para identificar acompañar en los barrios a la población de riesgo (embarazadas, adultos mayores, personas con patologías crónicas) y poder articular intervenciones en los barrios, a través de promotores comunitarios trabajando en comedores, viviendas realizando intervenciones desde un abordaje integral de la situación socio-sanitaria de las familias.

Desde Desarrollo de Nación, Carolina Brandariz, Directora Nacional de Cuidados Integrales, señala que *“lejos de caracterizarse por una batería de medidas unidireccionales tomadas desde las afueras de la comunidad, lo que se pretende... es poner en valor el saber, la referencia y todo el trabajo que vienen desarrollando las organizaciones y las y los referentes de los distintos espacios comunitarios del barrio”* (El Digital, 05-06-2020).

La pandemia puso de manifiesto la necesidad de integrar esfuerzos con las organizaciones del territorio por la necesidad de tener una mejor cobertura para las tareas de prevención y cuidado en cada rincón del distrito.

Estos dos programas de nación Detectar y el Barrio Cuida al Barrio, implementados por los municipios les permitieron a los gobiernos locales tener una presencia mayor que la que tenían pre-pandemia. El Secretario de Desarrollo de San Martín refiere la centralidad de incorporar la ética del cuidado al estilo de gestión. Hoy *“confirmamos cuestiones que veníamos viendo, sosteniendo y que necesitábamos introducir en nuestro estilo de gestión, que es todo el tema del cuidado de la persona, como una política que se tiene que instalar, que ahora funciona como título pero que se tiene que instalar como ética”*.

La emergencia sanitaria expuso con la mayor crudeza los déficits sociourbanos. Si bien no eran problemáticas desconocidas, la pandemia interpeló al Estado en su conjunto, pero principalmente llevó a los gobiernos locales, primer eslabón de las problemáticas de los barrios, a tomar acciones concretas para asistir a la población de riesgo, en una escala nunca vista antes, articulando con organizaciones del territorio y mejorando o sumando nuevos canales de coordinación con Nación y Provincia para la provisión de insumos y recursos. Esta labor en red sin dudas contiene un conjunto de aprendizajes e innovaciones muy valiosos en términos de la gestión local de las crisis. El referente de Región Sanitaria VI señalaba en este sentido la emergencia significó una “interpelación tan seria al sistema de salud y a la comunidad en su conjunto, a la sociedad en su conjunto. Implica que uno tenga que resetearse como la computadora, reprogramarse. Toda la lógica previa de organización, de articulación institucional, de manejo de la información, de lo que quieras; todo tiene que ser revisado, todo tiene que ser ajustado, ya nada permanece igual, eso es un desafío enorme y depende mucho de la reacción que se tenga, las reacciones que los equipos tengan y poder lidiar con eso”.

4. Reflexiones finales

El informe presentó un análisis sobre la gestión de la asistencia alimentaria y la salud en los municipios del Conurbano Bonaerense abordando los principales desafíos que enfrentan los gobiernos locales de la región y analizando las capacidades institucionales desplegadas en el contexto de la emergencia sanitaria.

Frente a la ampliación de competencias que los municipios vienen desplegando desde los años noventa hoy en día la emergencia los ha interpelado como actores clave de problemáticas sociourbanas que se presentan con fuerte raíz territorial. Las condiciones del hábitat, el trabajo, los ingresos en el barrio se vuelven determinantes de las posibilidades de aislarse, prevenir y cuidarse del COVID-19.

Los abordajes de la gestión territorial y de la gestión integral que se plantean desde hace un tiempo como desafíos complejos para los gobiernos locales, actualmente se volvieron absolutamente necesarios, inevitables para poder actuar veloz y eficazmente en las tareas de prevención, monitoreo y contención socioeconómica frente al COVID.

La incursión en estas nuevas esferas que históricamente operaban bajo la órbita de otras jurisdicciones, Nación y Provincia, supusieron además el desarrollo de competencias e instancias de coordinación o gobernanza multinivel para la gestión en el territorio.

El análisis se centró en dos campos de la intervención municipal profundamente afectados en el escenario actual: la gestión de la asistencia alimentaria y de la salud en el territorio. En especial debido al ASPO, los gobiernos locales, son la autoridad del primer nivel más próxima para atender a las necesidades y problemáticas del territorio.

Las principales conclusiones del informe refieren por un lado al peso desigual de los recursos que los diferentes municipios destinan a la función de asistencia social y de salud, con un carácter fuertemente regresivo que se expresa en mayores erogaciones en los municipios con menores necesidades relativas. Como analizaron Martínez y Toftum, Los municipios del Conurbano Bonaerense destinaron, en conjunto, un 17% de sus erogaciones a la atención de la salud de la población y un 5% a desarrollo social durante el ejercicio 2019, con una brecha significativa entre las erogaciones de los diferentes distritos.

En el campo de la salud, surge una importante diferencia entre el subconjunto de gobiernos locales del Conurbano que no cuentan con establecimientos hospitalarios propios con internación respecto a los que sí brindan este tipo de servicio, o en virtud de las diferentes estrategias municipales para captar recursos de la coparticipación.

Cabe señalar que los municipios pobres que logran invertir en un hospital propio enfrentan serias dificultades para sostener luego financieramente las erogaciones vinculadas a los recursos humanos e insumos para el mantenimiento técnico operativo.

En el campo de la asistencia social para un conjunto de siete municipios, el 60% del gasto en desarrollo social correspondió, en 2019 a políticas alimentarias. A su vez, para tal recorte de territorios del Conurbano Bonaerense, los gastos asociados al Servicio Alimentario Escolar (SAE) dan cuenta de un 93% del total de lo que se dedica a políticas alimentarias, dando cuenta del peso de las erogaciones de la Provincia en este campo.

La presencia de Nación a través de los programas de Desarrollo Social es significativa. El Ingreso Familiar de Emergencia alcanzó a casi 2.000.000 de beneficiarios en el conurbano. En nueve municipios de la región el IFE alcanzó a más del 18% de la población, alcanzando el 25% en un municipio.

Por otra parte, la gestión de la crisis se materializó en la creación de dispositivos institucionales de coordinación interjurisdiccional, en la articulación con Nación y Provincia; y también en dispositivos locales de articulación con actores del territorio. La *expertise* previa en estos dos campos fue clave para lidiar con mayor destreza frente a los nuevos desafíos.

Los dispositivos de descentralización (regiones, coordinaciones barriales, delegaciones vecinales, entre otros) y de participación ciudadana (consejos asesores, mesas locales, comités de crisis) tanto preexistentes como nuevos, fueron las herramientas clave para hacer frente a la emergencia sanitaria y permitieron organizar la logística de distribución de alimentos e insumos críticos a la vez que las tareas de prevención y monitoreo del COVID-19.

Finalmente, la incorporación del abordaje del cuidado a la política local se manifiesta como el horizonte más innovador en materia de gestión de nuevos programas orientados a poner en valor los saberes y herramientas propias del ámbito local, sus organizaciones y sus referentes de espacios comunitarios.

5. Fuentes

ANSES Observatorio (07-2020) Boletín IFE I-2020: Caracterización de la población beneficiaria. Disponible en <http://observatorio.anses.gob.ar/archivos/documentos/Boletin%20IFE%20I-2020.pdf>

Beccaria, A.; Costa, M. I. y Rottenschweiler, S. (2020) La innovación del Ingreso Familiar de Emergencia en tiempos de pandemia, SERIE ESPECIAL COVID-19, Observatorio del Conurbano, ICO-UNGS.

Bravo, M. (Clarín 29-02-2020) El Mapa de las Tarjetas alimentarias.

Carmona, R. (2012): El debate sobre nuevos estilos de gobierno en ciudades argentinas. UNGS-CICCUS.

Carmona, R. (2015): “El desafío de gobernar ciudades en Argentina. Alcances y perspectivas en materia de organización política y administrativa”. Revista de Direito da Cidade, 7(1), 206-225.

Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Miraglia, M. (2008) Tensiones y dilemas en torno a la Gestión Local en Salud en el Gran Buenos Aires, en GESTIÓN LOCAL EN SALUD: CONCEPTOS Y EXPERIENCIAS. ICO, Ediciones UNGS.

El Digital (05-06-2020) Finaliza la primera semana del programa El barrio cuida al barrio en La Matanza.

Foglia, C. y Rofman, A. (2019) Municipios del Conurbano: una gestión pública para el siglo XXI. Boletín del Observatorio del Conurbano.

Iturburu, M. (1999) MUNICIPIOS ARGENTINOS. Potestades y Restricciones Constitucionales para un Nuevo Modelo de Gestión Local (2° edición). Instituto Nacional de la Administración Pública. Disponible en http://municipios.unq.edu.ar/modules/mislibros/archivos/municipios_argentinos.pdf

Klipphan, A. (Infobae 31-03-2020) Coronavirus: el Ejército llegó a La Matanza y repartirá 24 mil raciones de alimentos por día en las zonas más vulnerables.

López Accotto, A.; Martínez, C.; Grinberg, I. y Mangas, M. (2013) La provincia de Buenos Aires y sus municipios: los laberintos de una distribución anacrónica de recursos. Ediciones UNGS.

Martínez, C. (2020) Enfermedades del financiamiento de la salud pública del Conurbano. SERIE ESPECIAL COVID-19 Observatorio del Conurbano ICO UNGS.

Mayntz, R. (2001) El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna. Publicado en la Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 21 (Oct. 2001). Caracas.

Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires (2019) Evolución Económica- Financiera 2009-2018. Municipios de la provincia de Buenos Aires.

Pristupluk, R. (La Nación 20-01-2020) El Gobierno comienza a repartir la tarjeta alimentaria en el conurbano.

Vigil, J. L. y V. R., Fernández (2012): “Gobernanza y regiones en perspectiva crítica: un abordaje para la construcción de políticas públicas”, Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 53. (Jun. 2012). Caracas.

Wright, D. (1997) Para entender las relaciones intergubernamentales. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Entrevistas

Municipios

Lanús, Subsecretaría de Desarrollo Social

Tigre, Secretaría de Desarrollo Social y Políticas de Inclusión

Tigre, Secretaría de Desarrollo Económico y Relaciones con la Comunidad

Tigre, Dirección general de Medicina Preventiva
Tigre, Dirección general de Medicina Asistencial
Matanza, Coordinación General de Mesas Territoriales
San Martín, Secretaría de Desarrollo Social
Malvinas Argentinas, Subsecretaría de Gobierno y Monitoreo Institucional
Malvinas Argentinas, Secretaría de Salud
Malvinas Argentinas, Subsecretaría de Educación
San Miguel, Subsecretaría de Bienestar Familiar
San Miguel, Dirección General de Acción Social
San Miguel, Dirección de Epidemiología San Miguel
José C. Paz, Secretaría de Salud
José C. Paz, ex Secretario de Salud y docente UNPAZ, Omar Vidable

Regiones sanitarias

Dirección Ejecutiva Región Sanitaria XII
Dirección ejecutivo Región Sanitaria VI
Dirección asociado Región Sanitaria VI
Dirección ejecutivo Región Sanitaria VII
Referente Región Sanitaria V
Dirección Ejecutiva Región Sanitaria V

7. Anexo

Tabla 8. Gasto municipal en salud y total, per cápita y camas de salud. 24 partidos, 2019

Municipio	Gasto Total Municipal 2019 (en millones de \$)	Peso del gasto en Salud 2019	Gasto en Salud Municipal p/c 2019	Camas de Salud Municipales 2019
Almirante Brown	6.443	6,83%	\$ 741	0
Avellaneda	11.889	5,66%	\$ 1.894	0
Berazategui	4.410	9,80%	\$ 1.194	21
Esteban Echeverría	4.653	22,66%	\$ 2.891	168
Ezeiza	2.850	11,24%	\$ 1.498	0
Florencio Varela	4.336	17,92%	\$ 1.527	0
General San Martín	12.966	21,33%	\$ 6.515	192
Hurlingham	2.198	22,14%	\$ 2.528	40
Ituzaingó	4.154	9,55%	\$ 2.207	0
José C. Paz	3.344	19,64%	\$ 2.161	141
La Matanza	19.919	14,79%	\$ 1.321	326
Lanús	8.213	8,15%	\$ 1.446	0
Lomas de Zamora	12.162	15,09%	\$ 2.841	150
Malvinas Argentinas	8.564	30,74%	\$ 7.382	744
Merlo	5.769	27,63%	\$ 2.661	347
Moreno	5.048	13,72%	\$ 1.299	0
Morón	8.757	20,97%	\$ 5.753	162
Quilmes	7.555	12,53%	\$ 1.441	73
San Fernando	7.532	4,89%	\$ 2.119	47
San Isidro	17.501	22,69%	\$ 13.576	398
San Miguel	6.500	21,53%	\$ 4.638	262
Tigre	10.426	18,13%	\$ 4.154	236

Tres de Febrero	3.896	11,07%	\$ 1.254	0
Vicente López	13.380	23,00%	\$ 11.480	305
Total	192.465	16,78%	\$ 2.899	3.612

Fuente: elaboración propia en base a datos provinciales, municipales y de población del INDEC.

**Tabla 9. Población y gasto municipal total y en desarrollo social.
24 partidos Conurbano, 2019**

Municipio	Población total por municipio 2019	Gasto Total Municipal p/c 2019	Gasto en Desarrollo Social Municipal p/c 2019	Peso del gasto en Desarrollo Social 2019
Almirante Brown	594.270	\$ 10.842	\$ 881	8,13%
Avellaneda	355.352	\$ 33.456	\$ 1.716	5,13%
Berazategui	362.021	\$ 12.181	\$ 142	1,17%
Esteban Echeverría	364.641	\$ 12.760	\$ 814	6,38%
Ezeiza	213.864	\$ 13.326	\$ 1.086	8,15%
Florencio Varela	508.671	\$ 8.524	\$ 414	4,85%
General San Martín	424.567	\$ 30.540	\$ 2.141	7,01%
Hurlingham	192.554	\$ 11.416	\$ 431	3,78%
Ituzaingó	179.801	\$ 23.106	\$ 1.130	4,89%
José C. Paz	303.896	\$ 11.005	\$ 1.074	9,75%
La Matanza	2.230.860	\$ 8.929	\$ 695	7,79%
Lanús	462.895	\$ 17.743	\$ 1.352	7,62%
Lomas de Zamora	645.880	\$ 18.830	\$ 491	2,61%
Malvinas Argentinas	356.643	\$ 24.012	\$ 691	2,88%
Merlo	599.119	\$ 9.629	\$ 330	3,43%
Moreno	533.292	\$ 9.466	\$ 718	7,58%
Morón	319.138	\$ 27.441	\$ 1.200	4,37%
Quilmes	657.123	\$ 11.497	\$ 589	5,13%
San Fernando	173.904	\$ 43.311	\$ 1.095	2,53%
San Isidro	292.520	\$ 59.829	\$ 2.118	3,54%
San Miguel	301.740	\$ 21.542	\$ 1.413	6,56%
Tigre	455.056	\$ 22.912	\$ 701	3,06%
Tres de Febrero	344.011	\$ 11.326	\$ 687	6,06%
Vicente López	268.064	\$ 49.913	\$ 866	1,73%
Total	11.139.882	\$17.277	\$858	4,97%

Fuente: elaboración propia en base a datos provinciales, municipales y de población del INDEC.

Tabla 10. Camas críticas para población adulta. Totales, por nivel de gobierno y población adulta en los 24 municipios del Conurbano 2018

Municipio	CCN	CCP	CCM	CCT	Población Mayor a 12 años*	Habitantes de más de 12 años por cama crítica disponible
Almirante Brown	0	13	0	13	455.330	35.025
Avellaneda	0	29	0	29	288.412	9.945
Berazategui	0	8	0	8	277.331	34.666
Esteban Echeverría	0	0	8	8	272.304	34.038
Ezeiza	0	7	0	7	154.396	22.057
Florencio Varela	0	47	0	47	368.916	7.849
General San Martín	0	13	7	20	343.595	17.180
José C. Paz	0	6	0	6	224.066	37.344
La Matanza	0	33	5	38	1.680.943	44.235
Lanús	0	12	0	12	379.168	31.597
Lomas de Zamora	0	8	0	8	511.146	63.893
Malvinas Argentinas	0	0	40	40	270.048	6.751
Merlo	0	8	19	27	450.628	16.690
Moreno	0	8	0	8	391.250	48.906
Morón**	26	11	8	45	564.228	12.538
Quilmes	0	10	0	10	511.855	51.186
San Fernando	0	10	0	10	137.533	13.753
San Isidro	0	0	14	14	242.669	17.334
San Miguel	0	0	29	29	234.008	8.069
Tigre	0	7	2	9	340.376	37.820
Tres de Febrero	0	14	0	14	283.321	20.237
Vicente López	0	6	7	13	229.199	17.631
Total 24 Partidos	26	250	139	415	8.610.722	20.749

Notas: CCN: Camas Críticas Nacionales, CCP: Camas Críticas Provinciales, CCM: Camas Críticas Municipales, CCT: Camas Críticas Totales. *Estimada en base a las proyecciones de población por departamento a 2018 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y a la distribución por edades de la población registrada en el Censo 2010. ** Incluye Morón, Ituzaingó y Hurlingham, dado que estos dos últimos municipios no cuentan con camas críticas del sistema público de salud.

Fuente: elaborado por Martínez (2020) propia en base a datos de la Subsecretaría de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Tabla 11. Asistencia económica estatal. Indicadores seleccionados y 24 partidos

Municipios Seleccionados	Gasto municipal desarrollo social % 1)	Benef. Tarj. Alimentar 2)	Beneficiarios IFE 3)	Población con IFE % (4)
Lanús	7,62%	11.150	78.754	17
General San M.	2,57%	11.400	65.832	15,5
Tigre	3,06%	s.i	74.719	16,1
Malvinas Arg.	2,88%	11.523	74.392	20,7
La Matanza	7,79%	63.000	312.965	13,7
José C. Paz	9,75%	s.i	73.937	24
San Miguel	6,56%	s.i	61.364	20,2
Almirante Brown	8,13%	s.i	120.983	20,2
Avellaneda	5,13%	s.i	58.185	16,3
Berazategui	1,17%	s.i	68.002	18,6
Esteban Echev.	6,38%	s.i	69.136	18,6
Ezeiza	8,15%	s.i	39.346	18
Florencio Varela	4,85%	s.i	106.044	20,5
Hurlingham	3,78%	s.i	31.354	16,2
Ituzaingó	4,89%	s.i	29.006	16
Lomas de Zamora	2,61%	s.i	134.190	20,7
Merlo	3,43%	s.i	133.143	22
Moreno	7,58%	s.i	130.722	24,1
Morón	4,37%	s.i	49.328	15,5
Quilmes	5,13%	s.i	118.661	17,8
San Fernando	2,53%	s.i	30.530	17,5
San Isidro	3,54%	s.i	39.237	13,4
Tres de Febrero	6,06%	s.i	61.436	17,9
Vicente López	1,73%	s.i	25.760	9,6
24 partidos	4,67%	500.000*	1.987.026	17,6

Fuente: elaboración propia en base a registros oficiales de organismos públicos y entrevistas a funcionarios municipales. * dato reportado en febrero 2020 por fuentes periodísticas.

1) Ejecución presupuestaria 2019 informadas por los municipios seleccionados

2) Entrevistas a funcionarios municipales de las áreas de desarrollo /asistencia social (estos datos ya fueron solicitados a ANSES)

3) y 4) ANSES 2020