

IV CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIOS DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
septiembre, 25,26 y 27
Córdoba, Argentina

El Estado y la Administración Pública en debate: encrucijadas y
desafíos para el desarrollo

PANEL

La gestión de Políticas Públicas subnacionales: Análisis, visibilización y oportunidades
de mejora.

**Ponencia: Implementación de la Atención Primaria de la Salud en San Luis. Análisis de abajo
hacia arriba.**

Autora: Rouquaud, Inés Mercedes

Resumen

La implementación como proceso que integra el análisis de las políticas públicas posibilita distinguir la influencia de la política en la estructuración de la burocracia pública. Este trabajo presenta un estudio desde la perspectiva de abajo hacia arriba, desarrollado por Lipsky (1971, 1980, 2010) y poco aplicado en América Latina. El enfoque analiza el comportamiento de los empleados públicos del nivel de calle, quienes se enfrentan cotidianamente con los problemas de los ciudadanos y se considera que son los verdaderos ejecutores de la política, dada su discrecionalidad. El estudio se centra en explorar el colectivo de médicos de Atención Primaria de la Salud, de la provincia de San Luis. Se aplica metodología cuantitativa mediante muestreo aleatorio que abarca las regiones sanitarias delimitadas geográficamente. A partir de elaborar un modelo analítico, se identifican las variables dependientes e independientes seleccionadas relacionadas y su complejidad. Las conclusiones muestran, entre otras, la existencia de discrecionalidad baja, no acorde con los juicios profesionales, lo que estaría vinculado con el contexto político.

Referencias personales

Doctora Internacional en Ciencias Sociales por la Universidad Pablo de Olavide (UPO), España. Magíster en Sociedad e Instituciones, especialista en Administración Pública y licenciada en Administración de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL), Argentina. Es profesora titular del Departamento de Ciencias Económicas de la UNSL. Asignatura Administración Pública y Políticas Públicas y de posgrado en Políticas Sociales. Investigadora y directora del Proyecto Análisis de Políticas Públicas (UNSL) desde 2008. Actualmente dirige 15-0923 UNSL. Ha publicado libros, capítulos de libros y resultados de investigación en revistas especializadas en América Latina, presentaciones en congresos internacionales y proyectos de investigación nacionales e internacionales. Becaria María Zambrano UE.

Introducción

La política pública (PP), como conjunto de acciones (u omisiones) que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en un contexto histórico, da lugar a un complejo entramado organizativo, pero se materializa, en los últimos eslabones de la cadena burocrática. Esta perspectiva sostenida por Lipsky a partir de 1971 y sus seguidores se aplica en el análisis de implementación de PPs aunque en menor medida en América Latina.

El objetivo principal de este trabajo es realizar un análisis contextual, un acercamiento a las organizaciones implementadoras y su influencia en los comportamientos de los integrantes de la burocracia profesional que se estudia, específicamente sus modalidades de toma de decisiones frente a los ciudadanos-usuarios del servicio estudiado. Así, este trabajo¹ pone el foco, por un lado, en ese espacio en el que se produce la última decisión del proceso de implementación, y que depende de empleados públicos que trabajan de forma directa con las personas beneficiarias de la política, y, por otro, en aquello que ocurre a este nivel: la discrecionalidad de la street-level bureaucracy, o burocracia del nivel de la calle denominada así por el autor. La mayor ventaja del mismo es que ilumina un espacio de conocimiento poco explorado, incorporando actores de la PP que no se consideran en los enfoques más tradicionales. Asimismo, posibilita visibilizar en estos contextos, las falencias concretas de la implementación de una política pública.

El caso de estudio se sitúa en la política de Atención Primaria de la Salud (APS) reinstaurada entre 2011-2015 en la provincia de San Luis. El universo de estudio son los médicos de

¹ Basado en la tesis doctoral de la autora, titulada: Implementación de Políticas Públicas. Perspectiva de los Street Level Bureaucrats. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. España.

APS de la provincia, distribuidos en los Centros de Atención Primaria (CAPs). Se aplica metodología cuantitativa a través de una encuesta a una muestra aleatoria y representativa. El desafío mayor se presenta en analizar los comportamientos de estos individuos, burócratas profesionales y sus características en relación a las burocracias públicas que se generan como producto de estos diferentes contextos (al de origen) socio-históricos y culturales como son los regímenes políticos de tipo neopatrimonialista que se desarrollan en la Región Latinoamericana, en particular en la provincia de San Luis. Estos aspectos y sus características han sido ampliamente estudiados (Trocello 2008, Rouquaud, 2012) de lo que se rescata el estilo de gestión que generan, al modificar las relaciones intraburocráticas (Oszlak, 1980) lo que amerita su análisis por su posible influencia en los comportamientos de estos actores -en relación a sus decisiones- a la hora de ejecutar las políticas de salud, es decir su discrecionalidad. De esta perspectiva surgieron otras variables y supuestos sobre cómo aquella podría variar en función de las particularidades de estas burocracias modificadas por dicho régimen. En este sentido el análisis de este caso particular podría contribuir a explicar, -agregando otros factores a los laberintos que constituyen la complejidad propia de las organizaciones públicas- y sumar algunas posibles razones que afectan a los SLBs en la implementación de PPs. Dados los escasos estudios empíricos de aplicación de este enfoque en la Región, como así también, del análisis de la conjunción de las dimensiones organización-individuo, se puede considerar que aquí radica el mayor aporte de esta investigación. No obstante, autores como Hupe y Buffat (2018) avanzan en la cuestión contextual y el nivel de la calle, así analizan cómo y en qué medida las variaciones -entre formulación y ejecución de políticas- se deben a los individuos o a los distintos entornos institucionales

Esta presentación se organiza en cinco apartados: El primero aborda los rasgos teóricos más importantes de la perspectiva de abajo hacia arriba. El segundo se dedica a una breve descripción socio-histórica de la provincia de San Luis. El tercero aborda la estrategia metodológica planteada para explorar el colectivo objeto de análisis. El cuarto presenta algunos datos descriptivos de los médicos de APS integrantes de la muestra y los aspectos clave en la relación organización-individuo y su posible influencia en las decisiones o discrecionalidad de los actores analizados. Por último, se plantean algunas conclusiones y la bibliografía.

1. Sobre la Burocracia del nivel de la Calle (*Street Level Bureaucracy*) y sus integrantes.

El enfoque de abajo hacia arriba de análisis de PPs sostenido por autores como como Elmore (1979, 1985, 1996), Berman (1996), entre otros, y que fueran condensados por Parsons (2007), plantean desde distintas perspectivas la crítica al modelo tradicional de análisis de arriba hacia abajo. De ellos se destaca la propuesta que realiza Lipsky (1971, 1980, 2010) quien propuso concretamente dirigir la mirada hacia “el lugar donde el gobierno se encuentra con los ciudadanos” donde los burócratas interactúan con la gente. En ese sentido el autor sugiere que existen patrones en esa interacción, que hay continuidades que trascienden las burocracias individuales y que hay condiciones en el entorno laboral de esas burocracias que parecen influir en la estructuración de la interacción burócrata-ciudadano. De esta manera, las organizaciones públicas pueden tener cierta incapacidad de responder a las demandas de algunos clientes y los empleados respondiendo a las presiones del trabajo, pueden tener efectos diferentes -quizás negativos- en los ciudadanos y condicionar la percepción de éstos sobre la política, lo cual llevaría a la necesidad de plantear algunas modificaciones en el entorno laboral de los mismos (Lipsky, 1971).

En este contexto los integrantes de este nivel organizativo, los llamados originalmente *Street Level Bureaucrats* (SBLs) o burócratas del nivel de la calle (BNC) adoptan comportamientos, estrategias, realizan “simplificaciones” o estereotipos que construyen para enfrentar los cambios en las políticas, la falta de recursos, las presiones de sus pares, del contexto, de los ciudadanos-clientes. También refiere el autor a la relación potencialmente conflictiva con sus jefes inmediatos en razón que éstos pugnan por los objetivos organizacionales en tanto que aquellos se ocupan del trabajo “de

acuerdo con sus propias preferencias...” (Lipsky 2010:18-19). Por todo ello, el análisis consiste en observar cómo en su accionar los empleados van generando “patrones de conducta” que pueden asociarse a la rutinización de procedimientos, modificación de objetivos, racionalización de servicios, determinación de prioridades, limitación o control de clientelas, etc. que en términos de Lipsky (1971) podrían a su vez definir la percepción de los ciudadanos sobre la política².

Según Lipsky (1996), los SLBs ejercen su rol en base a dos características asociadas a su posición en la primera línea (desde abajo): a) altos niveles de discrecionalidad y b) autonomía relativa respecto de la autoridad de la organización. Estos comportamientos a la vez definen su participación en la elaboración de las políticas públicas.

La fuente de esa discrecionalidad, a diferencia de otros funcionarios, radica en que de ellos depende la determinación de la naturaleza, la cantidad y la calidad de los beneficios o sanciones otorgados por las organizaciones públicas. Sin embargo, esto no significa que los SLBs “no estén sujetos a las leyes, a las regulaciones, a las directrices de los órganos superiores o a las normas y las prácticas de su grupo profesional” (Lipsky, 1996:282). Asimismo, las políticas públicas vienen definidas no sólo por las élites políticas, sino además por los altos funcionarios, cuyas influencias determinan las dimensiones más importantes de las políticas de primera línea (Lipsky, 1996).

Como consecuencia del ejercicio de la discrecionalidad, se genera cierta autonomía que a su vez cobra existencia a través de reconocer la desconexión entre las órdenes y su cumplimiento. En general se considera siguiendo a Davis (1971:4) que la discrecionalidad es la posibilidad que tienen los funcionarios públicos “de hacer una elección entre posibles cursos de acción o inacción”.

Por otra parte, Lipsky no diferencia la burocracia profesional del conjunto de empleados públicos. Actualmente, Tummers, et al (2015) afirman que si estos empleados son profesionales “resulta una obviedad” afirmar su discrecionalidad, ya que es esperable que puedan juzgar autónomamente dentro de su ámbito profesional, lo cual permite que se sientan libres del control que ejercen sus superiores y sus clientes. De esta manera se relativiza el concepto originario y más estricto del fundante, pues los burócratas profesionales requieren grados de libertad que se traducen en mayor discrecionalidad decisoria de los mismos, como en el caso que se estudia.

Los estudios realizados³ casi todos en el hemisferio norte, reconocen que la política conlleva un espacio de discrecionalidad para llevarla a cabo, como también su negación puede ser en sí misma una forma de discrecionalidad que puede usarse para subvertir la política (Evans y Harris, 2004:889). Por un lado, la excesiva normatividad puede producir paradójicamente mayor discrecionalidad, por la necesidad de ajustar la práctica a esas normas. A su vez, según afirman estos autores, otro de los factores que señala Lipsky, es que los burócratas del nivel de la calle pueden negar su propia discrecionalidad para “protegerse de tener que tomar decisiones difíciles y ser sometidos a la culpa” (Evans y Harris, 2004:889). Esto ocurre en contextos de gran escasez de recursos, donde la posibilidad de decidir a quién otorgar un beneficio resulta poco atractiva.

Los aportes de las teorías de la organización han posibilitado un mejor análisis de la implementación de PPs que se podrían sintetizar en relación con las características más importantes de los burócratas del nivel de la calle, de acuerdo al siguiente cuadro:

Cuadro 1. Las organizaciones y su influencia los comportamientos de los *Street Level Bureaucrats*

Organización		Impacto en los SLBs
CRITERIOS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES	Reglamentación	Alta discrecionalidad
	Modalidad de trabajo	Interacción directa con los ciudadanos
	Asignación de tareas (Leyes y	Cambios constantes en las condiciones de

² Más recientemente, autores como Hupe y Buffat (2018) avanzan en el análisis contextual y el nivel de la calle y estudian la medida en que las variaciones política-gestión se originan en esa relación.

³ Un análisis más exhaustivo se encuentra en Rouquaud y otras (2022)

	programas gubernamentales)	trabajo, ajustes en habilidades y conductas. Sobrecarga de trabajo
	Información, objetivos, metas, prioridades	No reciben o son poco claras
	Reconocimiento de la organización	No reciben
	Remuneraciones directas	Generalmente bajas, no acordes a la carga de trabajo
	Recursos materiales, organizativos y personales	Escasos en relación a la tarea a desempeñar
	Capacitación para el trabajo	Limitada o inexistente
	Características del trabajo: relación directa con el público o ciudadanos	Acomodan las demandas a la realidad de los recursos con que cuentan y a sus propios criterios

Fuente: Rouquaud (2019, 2022)

2. Contexto socio-político de la provincia de San Luis. La política de APS.

La provincia cambia su historia con la Ley de Promoción Industrial de 1982 que amplió los beneficios a Catamarca y San Luis, que ya habían sido otorgados a la provincia de La Rioja. Se destacan dos cambios en la misma: la autoridad de aplicación pasa a las provincias y exime a las industrias radicadas (y a sus proveedores) del pago del Impuesto al Valor Agregado (IVA) por 15 años (Páez, 2004), cuyo objetivo fue elevar el nivel de desarrollo relativo de las provincias más pobres del país.

Se pueden distinguir dos grandes etapas: la primera: Auge y desarrollo del patrimonialismo (1983-2000). El gobierno democrático asumido en 1984, se encarga de implementar aquella Ley. Entre 1980 y 1999 se transforma la matriz productiva provincial, donde el Producto Bruto Geográfico, pasa del sector primario al secundario o industrial (Páez, 2004). Este proceso se realiza con total intervención del Estado Provincial, a contramano de lo que ocurría a nivel nacional en los '90. A la vez fue acompañado por un vasto plan de obras públicas, donde se destaca la construcción de viviendas sociales⁴, que se extiende en toda la etapa y le otorga la mayor legitimidad al gobierno. Asimismo, se produce un proceso de apropiación personal de los beneficios de la promoción y manejo discrecional de los bienes de Estado. No obstante, el crecimiento no se pudo sustentar en el tiempo ni pudo lograr una disminución de las desigualdades en la distribución primaria de la riqueza que generó. La segunda etapa: Crisis y decadencia (2001-2011). En 2003 asume el gobierno de la provincia Alberto Rodríguez Saa⁵ hermano de Adolfo y Ex Senador de la Provincia, por dos períodos consecutivos.⁶ En ese contexto de crisis nacional, agravado localmente por la fuerte desindustrialización y desocupación, se generan planes sociales paliativos, donde el gasto público se destina principalmente a solventar estas las políticas públicas -que se mantuvieron a lo largo de esta etapa- concentrando todo el poder en el gobernador. Desde una perspectiva socio-política estos procesos generan en una sociedad de base tradicional un fortalecimiento de la dependencia del Estado, a través de distintas estrategias de cooptación y prácticas clientelares tal como han sido analizadas en Trocello (2008), Rouquaud (2012) entre otros.

En el período 2011-2015 asume el gobierno provincial un integrante de los cuadros adolfistas que reinstala el Sistema de Atención Primaria de la Salud en la provincia. Por Ley de Ministerios N° V-0789/2011, se crea el Ministerio de Salud y se define como política y estrategia la

⁴ Un análisis exhaustivo se encuentra en Rouquaud (2012).

⁵ En un cuestionado proceso político, luego de la renuncia anticipada de A. Lemme al gobierno provincial e inmediato llamado a elecciones provinciales.

⁶ Cabe aclarar que en 2015 asume su tercer mandato hasta 2019.

Atención Primaria de la Salud, razón por la cual este estudio abarca ese período. Asimismo, se verifica en los presupuestos del período el incremento en el gasto público social como educación, vivienda y salud. En particular este último con aumento sostenido llegando a fines de la etapa al promedio de gasto de las provincias argentinas (13%) en ese momento. La política de salud se sustenta en Ley N° III-0880-2014 y se promulga por Decreto 3991/14, titulada Ley General de Salud, que a su vez contiene el Plan Maestro de Salud 2014-2025, el cual se fundamenta en principios de justicia y derechos individuales y sociales a la salud.

2.1. La política de APS

En 2014 según el Ministerio de Salud⁷ la infraestructura para la Atención Primaria contaba con 115 Centros de Salud, 22 hospitales con internación, 6 hospitales sin internación y 26 centros periféricos (concentrados en las ciudades Capital y Villa Mercedes, con mayor cantidad de población) los que se distribuyen de acuerdo al Mapa Sanitario Provincial, en siete Zonas Sanitarias creadas al efecto. Ello supone que, de media, tomando la totalidad de centros y hospitales de APS (169) cada centro de atención primaria cubre, potencialmente, a 1.062 habitantes que no poseen otra cobertura médica (Censo Nacional 2010). Si se compara con el nivel nacional, que contaba en total con 10.431 establecimientos públicos (Informe Cadenas de Valor, 2016) para atender a 14.314.682 personas (Censo Nacional 2010), sin cobertura médico-asistencial, daría una media de 1.372 habitantes. Se muestra así, que San Luis estaba por debajo de la media nacional. La constante necesidad de médicos y enfermeras se agrava según declaraciones del Ministro de Salud de la Provincia, cuando expresa que más del 70% de la población se atiende en el sistema público, debido a que uno de los ejes problemáticos del sistema provincial es la “débil estructura del sector privado”⁸, lo cual redundaría en una sobredemanda en el subsector público. En relación a la estructura global del sistema público, es decir los niveles de mayor complejidad (secundario y terciario) que requieren de las especializaciones médicas y mayor tecnología, estaría representada por los Hospitales Regionales de San Luis y Villa Mercedes (ciudades que concentran la mayor población). Una muestra de las necesidades es, las protestas y denuncias por falta de insumos y de médicos especialistas en hospitales regionales⁹, realizadas por el gremio de profesionales y técnicos de la salud pública en esta etapa.

De acuerdo a información recabada en este estudio¹⁰ dado que no se dio información oficial sobre la cantidad de médicos y enfermeras¹¹, se pudo constatar que el número de médicos de APS (exclusivamente) era aproximadamente de 200 en 2015. En cuanto a la cantidad de enfermeras no se obtuvo la información, pero se reconoce que era muy escaso.

Por otra parte, en el interior de la provincia es muy difícil radicar profesionales médicos, por ejemplo, en la Zona 1 (una de las más carenciadas) no se contaba con médicos en 21 Consultorios Periféricos (va un médico de un Hospital de la zona cada 15 o 30 días), lo mismo ocurre en varias zonas alejadas de los centros más poblados, lo cual muestra gran dificultad para lograr una cantidad de profesionales adecuada y acceso a la salud pública en estas zonas, mostrando alta desigualdad socio-sanitaria verificada en mayores tasas de mortalidad materno-infantil (Rouquaud, 2019).

3. Aspectos operativos y metodológicos.

⁷ En esta etapa se realizan relevamientos, se muestran datos sanitarios que no eran publicados anteriormente.

⁸ Discurso del Ministro de Salud de la provincia en http://www.fefara.org.ar/files/Gaston_Hissa.pdf

⁹ http://www.diarioimpulso.com.ar/noticia_2898_LA-SALUD-DURANTE-EL-GOBIERNO-DE-POGGI-EN-UNA-CARTA-ABIERTA-QUE-LE-ENVIO-LA-APTS-QUE-NUNCA-FUE-ATENDIDA.html

¹⁰ Entrevista a Jefa Administrativa de Oficina de Medicina del Interior en noviembre de 2015 y a las Coordinadoras de APS San Luis y Villa Mercedes, en diciembre 2015.

¹¹ Esta información fue solicitada formalmente mediante dos notas al Ministro de Salud, que no fue respondida, por lo que los datos fueron relevados mediante distintas entrevistas al personal de ese ministerio.

Los estudios realizados en torno a la discrecionalidad¹² han mostrado no sólo controversias conceptuales sino también en cuanto a las posibilidades de operacionales de medición del concepto.

Como se ha expresado esta investigación se centra en explorar entre el colectivo de médicos de Atención Primaria algunos de los elementos clave de este concepto, especialmente los relacionados con la organización, o más específicamente, con los efectos que aspectos organizacionales pueden tener sobre la discrecionalidad de los profesionales médicos de atención primaria en un contexto de recursos escasos, como es el sistema público de salud, la política de salud, en la provincia de San Luis (Argentina). Es así que se ha adoptado una definición más o menos consensuada teóricamente a partir de la cual elaborar una definición analítica que permita el paso operativo de cara a su medición empírica. En este sentido, las definiciones aportadas (Simon, 1979; Lipsky, 1971, 1980; 2010; Davis, 1971; Ellis, 2011, etc.) permiten clarificar al menos que se trata de una estrategia fundamentalmente basada en la capacidad de los SLBs de tomar decisiones ante la prestación de servicios, que pueden estar más o menos orientadas hacia las normas conocidas y explícitamente recogidas en los procedimientos normativos o hacia una consideración de juicios propios (basados en valores y experiencia) en una ‘consideración’ más subjetiva de las medidas (tipos de intervención) a adoptar en función de la demanda. Así, empíricamente, la discrecionalidad supondría una toma de decisión que puede reconocerse a través de una escala que recoja la medida en que aquella es motivada ya sea en base a la norma, ya sea en base a juicios profesionales propios, de acuerdo al siguiente cuadro:

Cuadro 2. Esquema de análisis de la discrecionalidad decisoria entre los médicos de atención primaria.

CONCEPTO	DIMENSIÓN	MEDIDAS	INDICADORES
DISCRECIONALIDAD DECISORIA	Toma de decisiones	Atención general	Norma vs juicio profesional propio
		Atención especializada	Norma vs juicio profesional propio
		Internamiento	Norma vs juicio profesional propio

Fuente: Rouquaud (2019)

Asimismo, se han definido variables explicativas a partir de la bibliografía y estudios consultados respecto de la SLB, por lo que se parte de la consideración de variables clásicas que se ha mostrado que ejercen algún efecto sobre la discrecionalidad decisoria de los burócratas, a saber: el factor demanda, los aspectos individuales y los aspectos organizacionales. El cuadro 3 muestra el esquema analítico general, proponiendo el conjunto de variables que se consideran en este estudio según los planteamientos expuestos:

Cuadro 3. Esquema analítico para el estudio de la discrecionalidad decisoria entre los profesionales médicos de Atención Primaria en San Luis (Argentina)

¿Qué factores influyen en la discrecionalidad decisoria de los médicos de Atención Primaria?				
NUEVAS VARIABLES			VARIABLES CLÁSICAS	
INDEPENDIENTES		DEPENDIENTE		INDEPENDIENTES
Factores organizacionales	Estructura organizativa		Carga de trabajo	Factores demanda
	Coordinación	DISCRECIONALIDAD DECISORIA	Rasgos personales	Factores Individuales
	Organización del		Experiencia	

¹² Tratados en profundidad en Rouquaud (2022)

	Área de Trabajo		profesional	
	Comunicación		Percepciones	
	Supervisión			
	Organización informal			

Fuente: Rouquaud (2019)

En relación con los aspectos metodológicos y a las preguntas planteadas¹³, se ha llevado a cabo una encuesta entre los médicos de APS de la Provincia. El método de muestreo ha sido aleatorio, mediante entrevista presencial realizada entre julio y septiembre de 2015 sobre un universo de 200 médicos¹⁴, obteniéndose un total de 90 casos válidos¹⁵, lo que supone un margen de error del 4%.

Los centros han sido clasificados en tres tipos en función de su tamaño en términos del número de médicos empleados en el servicio de Atención Primaria. Así, se consideran centros pequeños aquellos que cuentan con al menos 1 médico de APS en servicio, centros medianos los que cuentan con entre 2 y 5 médicos y centros grandes los que cuentan con entre 5 y 10 médicos de APS en servicio. La muestra obtenida se distribuye de la siguiente manera en relación al tipo de centro y sexo de los profesionales entrevistados:

Cuadro 4. Distribución de Profesionales médicos según sexo y tipo de Centro

Tipo de Centro	Médicos (%)		Total (%)
	Hombres	Mujeres	
Pequeño	34,3	36,4	35,6
Mediano	42,9	21,8	30
Grande	22,9	41,8	34,4
Total	38,9	61,1	100

Fuente: Rouquaud (2019)

Como se muestra en la tabla anterior, las mujeres representan el 61% de la muestra, muy distribuido entre los tres tipos de centro. En relación a la edad, la media de los médicos entrevistados está entre 41-50 años, se trata de una población profesional joven. Por otra parte, el 20 % de los médicos/as entrevistados ocupaban el cargo de Jefe de Servicio de Atención Primaria.

4. Discrecionalidad en los Médicos de APS

La medición de la discrecionalidad se ha realizado a través de la pregunta incluida en el cuestionario¹⁶, que recoge la frecuencia con la que los médicos en su quehacer cotidiano se desplazan en la escala “normas □□ juicios propios” (escala 1-5). Más concretamente, se indaga sobre las estrategias y cursos de acción que desarrollan en torno a medidas y actuaciones específicas de los servicios de atención primaria, según las variables identificadas al efecto en las normativas

¹³ ¿existe discrecionalidad decisoria en dicho colectivo profesional?; de ser así, qué factores lo explican o ¿cómo influirían los factores organizacionales en la explicación de las variaciones observadas en la discrecionalidad decisoria de los médicos?

¹⁴ El marco muestral se ha tomado de los registros obtenidos en entrevistas a las Coordinadoras APS San Luis y APS Villa Mercedes y Jefa Administrativa de Medicina del Interior del Ministerio de Salud de la provincia quienes brindaron la información.

¹⁵ De 95 casos válidos, 3 de ellos no han podido considerarse en los análisis debido a la alta tasa de no respuesta en las variables centrales para el estudio, y 2 por ser los únicos que representan contextos rurales, teniendo por tanto este tipo de contexto una representatividad muy baja, por lo que para los análisis finales solo se han tenido en cuenta las respuestas de sujetos que desempeñan su actividad profesional en centros urbanos.

¹⁶ Se ha adaptado la propuesta de Ricucci (2005), para analizar diferentes cursos de acción dentro de un mismo sector profesional y en un mismo contexto de implementación.

vigentes. Se aplica análisis factorial¹⁷ posibilita agrupar los ítems en tres factores o dimensiones: actuaciones de carácter genérico, actuaciones de internamiento y actuaciones de atención especializada que se sintetizan en el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Actuaciones en Atención Primaria de Salud y discrecionalidad decisoria (Escala 0 -1)

Actuaciones	Discrecionalidad: normas vs juicios propios (0 1)
Atención general	0,362
Atención especializada	0,132
Internamiento	0,308

Fuente: Rouquaud (2019)

En general, se puede observar que en los tres tipos de actuaciones la discrecionalidad es baja, menor de 0,4 (en una escala 0 1). Aunque entre ellas, el tipo de actuaciones genéricas, que son comunes en el área de atención primaria, tiende a una mayor discrecionalidad, esto es, a tomar decisiones basadas en juicios propios, mientras que las decisiones en torno a medidas de atención especializada estarían más sujetas a las normas conocidas y claras, o en ellas habría menor discrecionalidad, que a su vez son las menos comunes. Las decisiones en torno a la necesidad de internamiento del paciente, estarían por su parte también más sujetas a juicios propios, casi en la misma medida que las actuaciones de atención genérica.

Resulta muy llamativo la baja discrecionalidad declarada entre los médicos encuestados. Quizás ello pueda deberse, entre otros factores, a las características del contexto político, específicamente las referidas al control personalista como se ha expresado. Quizás más concretamente a la precariedad de su designación. De hecho, si se tiene en cuenta la modalidad de ingreso en el Sistema de Salud Pública de los médicos entrevistados sólo el 29,5% ingresó por concurso, de acuerdo a la normativa vigente (Ley de Carrera Sanitaria), el 54,7% por contratos y el 15,8% por designación directa¹⁸ que, según la información brindada por los entrevistados, se renuevan automáticamente cada tres meses.

Cuadro 6. Modalidad de Ingreso al Sistema de Salud Pública provincial

Modalidad de ingreso	%	n
Concurso abierto	29,5	28
Contrato	54,7	52
Designación Directa	15,8	15
Total	100,0	95

Fuente: Rouquaud (2019)

Esta modalidad informal otorga un alto grado de inestabilidad a su empleo, ya que su renovación quedaría sujeta a la voluntad política de quienes gobiernan, lo que manifiesta la alta discrecionalidad en el manejo de los organismos públicos por parte de los gobernantes. Esto produciría, por un lado, alta inseguridad en el empleo y por otro, podría producir temor a la pérdida del trabajo¹⁹. Tal como lo plantean ((Evans y Harris, 2004), así como puede verse el profesionalismo

¹⁷ Se han eliminado los ítems con una tasa de respuesta en la categoría Ns/Nc superior a 5%, incluyendo en el análisis únicamente los que se sitúan en una tasa normal de respuesta (<5%). Los ítems eliminados son: 'Exceptuar de la aplicación de protocolos establecidos' y 'Exceptuar de la aplicación de procedimientos administrativos preestablecidos' (ambos con una tasa de Ns/Nc de 15%).

¹⁸ Ambas constituyen modalidades informales de ingreso, por su extensión en el tiempo.

¹⁹ Si bien esto fue expresado en un solo caso, cabe resaltar que en dos localidades: la ciudad capital, San Luis y la ciudad de Justo

como la garantía de un servicio adecuado de forma individual, también puede ser considerado un “buffer” (una defensa) para protegerse de la responsabilidad de difíciles decisiones de racionamiento. Cabe aclarar que este aspecto no ha sido comprobado en este estudio, sin embargo, es muy probable su ocurrencia dadas la cercanía del poder personal la alta discrecionalidad existente en estos tipos de régimen político que influyen y modifican las relaciones intraburocráticas. No obstante, este tema debería continuar investigándose posteriormente.

Por otra parte, en lo que se refiere a los factores organizacionales que pudieran explicar el mayor o menor grado de discrecionalidad en la distribución de las variables consideradas pueden observarse -a priori- algunos rasgos que apuntan a la presencia de patrones caracterizados en la Burocracia del Nivel de la Calle, esto es, valores que apuntarían a que se puede dar mayor tendencia a decidir en base a juicios propios (claros cuando la media supera 0,5):

Cuadro 7. Patrones clásicos de *Street Level Bureaucracy* (Escala 0-1)

Variables organizacionales	Indicador		Media
Recursos y demanda	Presión por volumen de la demanda	Baja <-> Alta	0,461
	Recursos institucionales	Suf. <-> Insuf.	0,585
Objetivos	Incertidumbre objetivos	Alta<->Baja	0,5
	Coherencia objetivos: servicio vs. personales	No coinciden<-> Coinciden	0,47
Estructura y dinámica organizativa	Participación reuniones	Alta <-> Baja	0,236
	Estructura decisional	Desc. <-> Cent.	0,672
	Clima Laboral	Alta <-> Baja	0,422
	Satisfacción laboral	Alta <-> Baja	0,336
Logros (outcomes)	Percepción nivel logro	Altos <-> Bajos	0,426

Negrillas: coeficientes significativos para $p < 0,05$

Fuente: Rouquaud (2019)

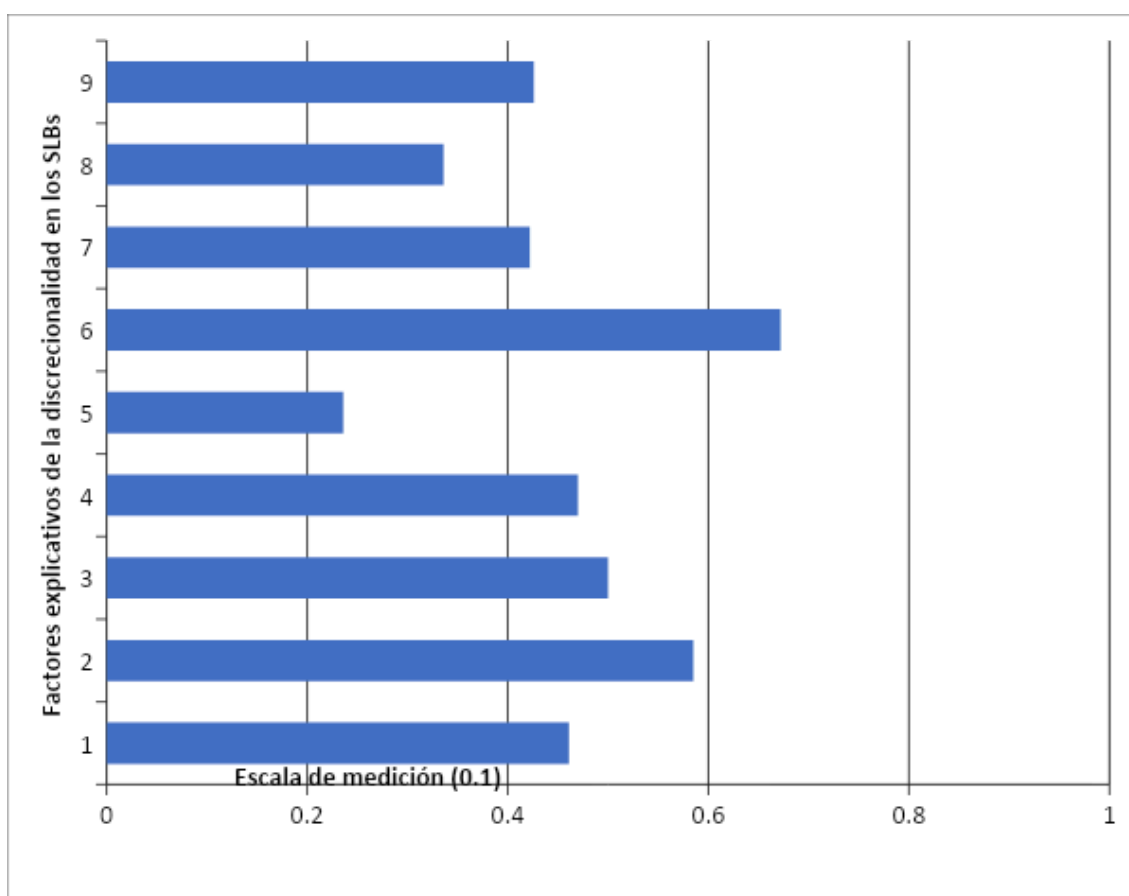
La tabla anterior muestra la distribución de las diferentes variables que de forma común vienen utilizándose para analizar la SLB, en las que puede observarse que apuntan claramente a la necesidad de considerar los factores de demanda y los recursos disponibles. Además, factores como los objetivos de la política (si son conocidos y si son coherentes con los objetivos personales como profesional de línea), también muestran valores que apuntan a su consideración como factores explicativos, al igual que la percepción del nivel de logro alcanzado por parte de los profesionales. Cabe recordar que estas últimas variables han sido menos consideradas en los estudios sobre SLB y su consideración supone por tanto una aportación a los mismos.

Los aspectos organizacionales -en este análisis preliminar- concretamente el tipo de estructura decisional centralizada y el clima laboral tendrían un papel explicativo en relación a las estrategias o cursos de acción desarrolladas por los profesionales de Atención Primaria entrevistados, además de los elementos clásicos como la presión ejercida por la demanda y los recursos disponibles.

El siguiente gráfico permite visualizar los datos provistos en la tabla anterior:

Daract, los médicos se negaban a responder la encuesta, en la primera se percibió el temor (quizás por la cercanía del poder) y en la segunda, la negación se debió a que no estaban autorizados por su jefa, la Coordinadora de V. Mercedes, según sus declaraciones.

Gráfico 1. Factores explicativos de la discrecionalidad en los SLBs o médicos de APS



Fuente: Rouquaud (2019)

Por otra parte, se consideraron las variables personales de los profesionales de APS en relación a la discrecionalidad. Se constata nuevamente la baja discrecionalidad (decisiones basadas en normas) en las actuaciones de Atención Especializada²⁰. En relación a los tipos de actuaciones Genéricas y de Internamiento, las decisiones estarían menos sujetas a la norma, o, dicho de otra forma, los profesionales pondrían en juego la discrecionalidad decisoria basada en juicios profesionales propios. Así, la mayor discrecionalidad decisoria se daría en las actuaciones de atención general, aunque una relación significativa sólo se daría teniendo en cuenta el género del profesional. En los hombres se constata una mayor discrecionalidad que en las mujeres profesionales, sin que la antigüedad, o el cargo ocupado (entre otras variables consideradas) muestren relacionarse significativamente con la discrecionalidad.

A esta altura del estudio la pregunta que se plantea es: ¿cómo cuentan cada uno de estos factores?, o, dicho de otra forma, ¿qué papel tendría cada uno de ellos en el desarrollo de estrategias de acción de los profesionales basados en su capacidad decisoria?

Para responder a estas cuestiones se han realizado análisis de regresión lineal para cada uno de los tipos de actuaciones definidos, y que a continuación se exponen.

En cada caso, o para cada tipo de actuación se ha propuesto un análisis basado en la inclusión paulatina de variables explicativas. De esta forma, se propone un Modelo 0, en el que se considera la relación entre discrecionalidad y rasgos personales; un siguiente modelo, Modelo 1, al que se suman las variables relacionadas con la demanda y los recursos, que son variables clásicas consideradas en el estudio de la SLB. El Modelo 2 suma a las anteriores las variables de objetivos

²⁰ Este tipo de actuación por ser de baja la discrecionalidad, no se considera en los análisis finales de modelos explicativos.

de la política. Estas variables constituyen una parte central de la hipótesis de trabajo y del diseño analítico de esta investigación, y por ello ocupan una parte central en la herramienta de recogida de información. En esta línea, se propone un último modelo de relaciones, el Modelo 3, que contiene las variables organizacionales además de todas las anteriores, con el objetivo de comprobar específicamente la hipótesis planteada, a saber: los aspectos organizacionales influyen aumentando la presión sobre los trabajadores de primera línea (médicos) suponiendo ello un ambiente incierto para la toma de decisiones y aumentándose con ello la discrecionalidad.

Así pues, cada modelo explicativo contiene una serie de variables, desde las más clásicas a las más innovadoras, para analizar su potencial relación con la discrecionalidad decisoria en los dos tipos de actuaciones que los análisis previos han permitido definir

El cuadro siguiente resume los cuatro modelos presentados:

Tabla 12. Aspectos organizacionales y discrecionalidad decisoria. Modelo de regresión lineal (0-1)

	Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Coef.	Error	Coef.	Error	Coef.	Error	Coef.	Error
Constante	0,349	0,070	0,264	0,089	0,273	0,093	0,152	0,103
Genero (0,1)	0,124	0,061	0,121	0,059	0,123	0,057	0,087	0,057
Antigüedad en Servicio de Salud Pública	-0,027	0,030	-0,041	0,030	-0,033	0,028	-0,039	0,028
Cargo que ocupa en CAPS: médico vs. jefe (0,1)	-0,023	0,080	-0,035	0,077	-0,006	0,075	0,040	0,076
Medicina General	0,025	0,065	-0,014	0,064	0,009	0,062	0,035	0,060
Presión por volumen de la demanda: baja vs. alta (0,1)			0,334	0,127	0,290	0,123	0,217	0,122
Recursos institucionales: suficientes vs. insuficientes (0-1)			-0,023	0,139	-0,139	0,137	-0,172	0,134
Incertidumbre objetivos: no vs si (0,1)					0,167	0,060	0,138	0,060
Coherencia objetivos servicio vs. personales: si vs. no (0,1)					-0,064	0,059	-0,066	0,057
Participación en reuniones área/servicio: alta vs. baja (0-1)							0,221	0,110
Estructura decisional: descentralizada <-> centralizada							0,206	0,089
R2 corregida	0,021		0,09		0,173		0,227	

Negrillas: coeficientes significativos para $p < 0,05$

Cursivas: coeficientes significativos para $p < 0,10$

Fuente: Rouquaud (2019)

Si se despliegan uno a uno los modelos de acuerdo con las variables agregadas se puede observar en primer lugar, el Modelo 0 y el Modelo 1 que el segundo gana en capacidad explicativa (R^2 0,09), y, en segundo lugar, que al género se suma el factor de demanda, en el sentido que a mayor volumen de demanda mayor probabilidad que las decisiones se tomen en base a juicios propios, al menos en el servicio analizado (atención genérica), siendo esta última variable uno de los aspectos que caracterizan el entorno de los SLBs y que constituye un factor de presión que junto a otros colaboran para otorgar mayor discrecionalidad a sus decisiones frente a los ciudadanos.

En el caso en estudio, un 62% de los entrevistados atiende entre 20 y 30 personas por día, en tanto un 25,3% entre 30 y 40 personas por día. La alta presión en términos de demanda que soportan los médicos/as en APS, obligaría a disminuir el tiempo de atención por persona y a su vez a tomar decisiones rápidas que refuerzan su discrecionalidad.

La literatura especializada ha mostrado extensamente la importancia del factor demanda, como se ha expresado y siguiendo a Lipsky (1971,1980, 1996) estas decisiones discrecionales podrían afectar el cumplimiento de los objetivos, y a la vez, la percepción de los ciudadanos sobre

la política, pero debe considerarse que las situaciones a que se enfrentan los médicos/as o SLBs, no siempre se pueden ajustar a aquellos, ya que se enfrentan a problemas que interpelan las dimensiones humanas que implican grados de sensibilidad y juicios razonables que las reglas o normativas no podrían abarcar, por lo cual sería muy difícil eliminar la discrecionalidad (Lipsky, 1996). Por lo tanto, vemos que efectivamente, en el caso en análisis, se cumpliría la hipótesis según la cual, a mayor presión debida a la demanda, se generaría mayor discrecionalidad, al menos en las actuaciones de tipo genérico.

En relación al Modelo 2, a las variables consideradas se suman las variables de la política de salud, concretamente el conocimiento de los objetivos del servicio de APS a través de un indicador de 'incertidumbre' y la valoración de la coherencia de los mismos respecto a objetivos personales en el ejercicio profesional por parte de los médicos entrevistados. Debe recordarse la centralidad que este aspecto ha tenido en la herramienta de recolección de datos utilizada y en la propuesta de estudio en sí misma, bajo el supuesto que los objetivos de la política, su conocimiento y la adecuación de valores profesionales a la misma es parte central en la toma de decisiones de las burocracias organizacionales, y, por tanto, cabe esperar que ocupe un lugar importante también en los cursos de acción y estrategias llevadas a cabo por los profesionales de pie de calle. Con este tipo de variables se trata de considerar el análisis de la política desde abajo, como se explicara en los párrafos anteriores.

El Modelo 3 incorpora los aspectos organizacionales que son considerados importantes para el análisis de la SLB, tal como afirma Lipsky (1996). Otros teóricos de las organizaciones como Lawrence y Lorsch (1967), Simon (1979), Hall (1996), han afirmado que las diferentes posiciones organizacionales afectan las conductas de sus miembros. Sin embargo, no han sido suficientemente estudiados a nivel empírico, de ahí que se haya considerado incluir variables organizacionales en el estudio de las estrategias decisorias de los profesionales de APS en el caso de estudio, lo cual puede considerarse un aporte de este estudio. El análisis realizado revela, en primer lugar, que aumenta considerablemente la capacidad explicativa (R^2 0,227), y, en segundo lugar, que los aspectos organizacionales ejercen una influencia mayor que el resto de factores. Si bien, desaparece el efecto del género sobre la discrecionalidad decisoria en este modelo, el factor demanda sigue apareciendo, aunque con un menor nivel de significatividad que en los modelos 1 y 2 confirmándose nuevamente la hipótesis de la demanda (mayor demanda, mayor discrecionalidad decisoria) y de la incertidumbre (mayor incertidumbre mayor discrecionalidad).

Ahora bien, ¿En qué sentido se muestra el efecto de los aspectos organizacionales? Según los resultados del análisis de regresión (Tabla 12, Modelo 3), y en relación a las actuaciones de Atención genérica, cuando la participación (mide los grados de coordinación a través de la frecuencia de reuniones con el jefe) es baja se daría más tendencia a tomar decisiones en base a juicios profesionales propios, esto es, mayor discrecionalidad. Y en el mismo sentido puede decirse respecto a la estructura organizativa: cuando esta está más centralizada, se daría más tendencia a estrategias decisionales basadas en juicios profesionales propios.

En relación al primer aspecto, la baja participación en reuniones debido a la baja convocatoria de los jefes de servicios (tal como se desprende del cuestionario aplicado a los profesionales de APS), podría deberse a dos aspectos principales: a) en general, la baja coordinación puede ser un defecto organizacional que generaría déficit de gestión; y b) en particular, tratándose de una burocracia profesional (Mintzberg, 1984), la coordinación se realiza mediante las habilidades previamente incorporadas por los médicos, esto comprueba que la mayor autonomía de los profesionales requiere de menos coordinación a nivel organizacional, lo que a su vez refuerza su discrecionalidad. (Lipsky, 1996; 2010; Evans y Harris, 2004).

Por otra parte, cabe considerar también que puede deberse a la existencia de conflictos jerárquicos, lo cual es una característica de la SLB Lipsky (1996, 2010). Adicionalmente, y relacionado con el contexto del caso en estudio, este aspecto puede estar reforzado por posibles problemas de relación entre los distintos niveles jerárquicos. inducidos por la rotación en las

jefaturas, producidas en este contexto.

5. Conclusiones

La propuesta de este trabajo es analizar las políticas públicas desde la perspectiva de los burócratas del nivel de la calle o *Street Level Bureaucrats*. Para ello, se intenta identificar la existencia de discrecionalidad decisoria en los mismos considerando el ámbito organizacional donde desempeñan sus actividades el personal público en contacto con la ciudadanía. Si bien este tema ha sido extensamente tratado desde distintos ámbitos y perspectivas teóricas en relación al análisis organizacional, la administración y las políticas públicas, su consideración como variable que pueda influir en los cursos de acción y estrategias decisorias de los empleados a pie de calle es menos común en la literatura de referencia.

Para ello se seleccionó la política de salud de la provincia de San Luis, Argentina, donde se estaba implementando en el subsistema público un nuevo esquema de Atención Primaria de la Salud (APS), lo cual constituía una “nueva” o renovada política en el territorio provincial que impondría cambios en los niveles de atención de la salud y en consecuencia a sus ejecutores, los médicos de APS, razón de su elección como población a estudiar, en el período 2011-2015 en el que se aplicó el análisis empírico propiamente dicho.

Asimismo, para abordar el objeto de estudio se hace necesario situar el contexto socio histórico y político donde se desarrolla la implementación de la política pública, que puede brindar o completar aspectos explicativos de los comportamientos de los SLBs en este ámbito. Por ello se introducen aspectos teóricos referidos a las características predominantes de los regímenes políticos latinoamericanos y principalmente en las consecuentes burocracias que contribuyen a desarrollar, en particular en el caso en estudio.

La implementación se realizó a través de una estructura funcional que dependió del Ministerio de Salud, de la cual dependía el Programa de Atención Primaria y sus sub-dependencias que abarcaban a las dos ciudades más importantes de la provincia. De hecho y como es habitual, la forma de implementar fue de estilo tradicional, de arriba hacia abajo, con muy poca participación de los actores involucrados (tanto médicos, como otros profesionales). De hecho, hubo resistencias internas a los cambios en el sistema, manifestadas en las protestas de los profesionales y técnicos (agremiados) de los hospitales zonales (nivel de complejidad superior), basadas en la falta de insumos, falta de médicos especialistas, bajos salarios, etc. que mostraron, por un lado, cierto temor de estos a la pérdida de centralidad y recursos, de lo que podría inferirse la existencia de ciertos desequilibrios en la política global de salud, dado que la priorización de la APS, pudo haberse realizado en detrimento de los otros niveles de complejidad. Todo ello ameritaría el análisis, revisión y reestructuración de las organizaciones involucradas.

En relación a los dos tipos de decisiones seleccionadas (Atención General e Internamiento), en general se puede concluir que:

1. Si bien la discrecionalidad es baja, de acuerdo a lo expresado por los médicos de APS de la provincia, que tal como se expresó tendría su explicación en el contexto político-administrativo, esta característica se corresponde con el caso particular analizado. Ello no significaría, en principio, que se esté cumpliendo con todas las normas y se alcancen los objetivos de las políticas públicas, en este caso de APS, pues son las otras variables analizadas las que demuestran lo contrario. Sin embargo, queda así delineado un camino de investigación que profundice en estas causas.

2. Cuando se analizan los orígenes de la discrecionalidad en las decisiones seleccionadas, se verifica la existencia de las características más clásicas de los SLBs de acuerdo a los enfoques teóricos estudiados. Se demuestra así, que en el contexto socio-histórico-político en que se desenvuelve el caso, se reproducen tales rasgos que fueran definidos en otros contextos culturales, que en algunos momentos aparecen mezclados con las características asociadas a los regímenes políticos más extendidos en América Latina, como son los neopatrimonialismos, cuyo poder

omnímodo afecta las burocracias de manera particular, tal como se ha tratado en los capítulos de esta tesis. No obstante, su diferenciación requiere también profundizar el análisis en futuras investigaciones.

Así también se resaltan las variables más novedosas del caso, que surgieron del análisis como explicativas de la discrecionalidad, como son el Género y la Incertidumbre de Objetivos. La primera se revela como una variable no contemplada en los estudios de SLB, al menos en la revisión bibliográfica realizada, lo cual podría considerarse un aporte importante de esta investigación. La segunda, se considera, como se expresó, una variable inherente al contexto político que atraviesa la burocracia y constituiría una particularidad del caso, aunque ambas responderían al contexto cultural.

Tal como se ha expresado, el contexto particular del caso en estudio, recoge las características más usuales de las burocracias latinoamericanas, con particularidades que han sido analizadas en esta y en investigaciones anteriores. En este sentido, plantear reformas administrativas implica un desafío superior, pues tendrían un alcance mucho mayor al involucrar aspectos culturales predominantes, producto de más treinta años de gobierno de una misma familia -con cortas interrupciones- en la provincia de San Luis. Esto es, tender a cambiar las prácticas político-administrativas (clientelismo, patronazgo político, venalidad, etc.), que han llevado a la sociedad a naturalizar las mismas. Un tema controversial es preguntarse ¿cómo se lograría? Si bien responder a ello implicaría un estudio específico y profundo que involucra una visión interdisciplinaria, se podrían aventurar algunas respuestas, que no podrían situarse sólo en el nivel político, sino apelar a la ciudadanía, a los grupos sociales críticos, que desde los micro espacios se vayan empoderando para que dentro de las instituciones democráticas, puedan propender a los cambios necesarios y finalmente, abordar las reformas de las burocracias estatales, tendientes a lograr una mayor autonomía de la política, pero a su vez el compromiso de las organizaciones de servicio público con la sociedad, lo cual implica una visión esperanzada a largo plazo.

6. Bibliografía.

Berman, P. (1996), El estudio de la macro y micro-implementación. En Aguilar Villanueva, L. *La implementación de las políticas*. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. México

Elmore, R. F. (1996) Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales. En Aguilar Villanueva, L. *La implementación de las políticas*. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. México.

Gobierno de San Luis (2014). Plan Maestro de Salud 2014-2025. Ley N° III-0880-2014 Disponible en <http://senado.sanluis.gov.ar/digesto/?id=760>

Gobierno de la República Argentina. (2016). Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas. Subsecretaría de Planificación Económica. Dirección Nacional de Planificación Sectorial. Informes de Cadena de Valor. “Salud, Farmacia y equipamiento médico”. Año 1 N°21 – Diciembre ISSN 2525-0221. www.economia.gob.ar Bs. As. Argentina.

Evans, T., & Harris, J. (2004). Street-level bureaucracy, social work and the (exaggerated) death of discretion. *British Journal of Social Work*, 34(6), 871-895.

Hall, Richard H. (1996). Organizaciones. Estructuras, procesos y resultados. Prentice Hall Hispanoamericana S.A. México.

Hill, M & Hupe, P. (2014). *Implementing Public Policy. An introduction to the study of operational governance*. Third Edition SAGE. Los Ángeles, London, New Dheli, Washignton D.C.

Hupe, M. Hill, M. and Buffat, A. (Edit.) (2015) *Understanding Street-Level Bureaucracy*. Policy Press. UK.

Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). *Differentiation and integration in complex organizations*. Administrative science quarterly, 1-47.

_Lipsky (1996) _Los Empleados de base en la elaboración de políticas. En *Lecturas de*

Gestión Pública. Selección de Textos: Quim Brugué y Joan Subirats. MAP-BOE. Instituto de Administración Pública. Boletín Oficial del Estado. Madrid. España.

— (2010) *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services (30th anniversary expa ed.)*. New York: Russell Sage Foundation.

— (1980). *Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation, 71.

— (1971) “Street-Level Bureaucracy and the analysis of urban reform.” *Urban Affairs Quarterly*. Beverly Hill. California.

Oszlak, O. (1980) “Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas”. *Documento de Estudios CEDES*. Vol. 3 N° 2, Buenos Aires.

Minzberg, H. (1984) *Estructura de las Organizaciones*. Editorial Ariel. Barcelona.

Páez, M. (2004) El ingreso y su distribución. Análisis por rama de actividad en la provincia de San Luis durante la década del '90. Tesis de Maestría. UNSL V. Mercedes (San Luis).

Parsons, W. (2007) Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y a la práctica del análisis de políticas públicas. Edit. Miño y Dávila. Buenos Aires

Riccucci, N. (2005). *How management matters: Street-level bureaucrats and welfare reform*. Washington, D.C.: Georgetown University Press. Retrieved from <http://www.loc.gov/catdir/toc/ecip051/2004023154.html>

Rouquaud, I.M. (2022). “Implementación de políticas públicas. Perspectiva de los Street Level Bureaucrats. Una (re)visión” *Revista del CLAD Reforma y Democracia* N° 83, pp. 103-138, ISSN 2443-4639.

Rouquaud, I.M. (2019), “Análisis de implementación de políticas públicas. Perspectiva de los Street Level Bureaucrats”. Universidad Pablo de Olavide. Tesis Doctoral en Ciencias Sociales. Sevilla. España.

Rouquaud, I.M. (2012). *Políticas Públicas y cultura política. Política de vivienda y ciudadanía deficitaria*. EAE Editorial Académica Española. Lap Lambert Academic Publishing GmbH. ISBN 978-3-659-01154-2. Alemania.

Simon, H. A. (1979) *El comportamiento Administrativo. Estudio de los procesos de adopción de decisiones en la organización administrativa*. Aguilar S.A. de Ediciones. Buenos Aires.

Trocello, M.G. (2008) *La manufactura de ciudadanos siervos: cultura política y regímenes neopatrimonialistas*. Editorial Nueva Universidad - U.N.S.L., San Luis Argentina. 400 p. ISBN 978-987-1031-74-0. San Luis. Argentina.

Tummers, L.G., Bekkers, V.J.J.M., Vink, E., Musheno, M. (2015) *Coping during public service delivery: A conceptualization and systematic review of the literature*. *Journal of Public Administration, Research and Theory* Volume 25, Issue 4, 1 October Pages 1099–1126.