

VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata, 2010.

Descentralización de la Política de salud: el caso del Municipio de Gral. Villegas. Provincia de Buenos Aires.

Rouquaud, Inés y Urtizberea, Soledad.

Cita:

Rouquaud, Inés y Urtizberea, Soledad (2010). *Descentralización de la Política de salud: el caso del Municipio de Gral. Villegas. Provincia de Buenos Aires. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-027/268>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eORb/wZR>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Descentralización de la Política de salud: el caso del Municipio de Gral. Villegas Provincia de Buenos Aires.

Autoras¹: Inés Rouquaud* irou3@hotmail.com
Soledad Urtizberea** msu6@hotmail.com

Introducción

El presente trabajo es un avance de una investigación en curso y tiene como objetivo analizar los procesos posteriores a la descentralización de la política social de salud, focalizando en el caso del Municipio de General Villegas de la Provincia de Buenos Aires. El estudio se aborda desde las perspectivas administrativa y fiscal, cuyas características se generaron en el marco del nuevo modelo económico pro-mercado de la década del 90. Dichas características parecieran no haberse modificado demasiado, sobre todo en el aspecto fiscal, poniendo nuevamente en tensión la dimensión institucional formal e informal.

Las reformas produjeron una profundización de las heterogeneidades pre- existentes en las entidades subnacionales y locales, al no considerar, entre otras, la existencia o no de capacidades administrativas y sectoriales previas. Un breve análisis histórico del caso demuestra que el desarrollo de ciertas capacidades administrativas pueden haber sido determinantes de la mejora de la política de salud, que al combinarse con las prácticas políticas vigentes en el país, a partir de la coincidencia del color político con el nivel nacional y provincial, pueden beneficiar la gestión de dicha política, -cuando existe intencionalidad por parte de los gestores- produciendo un impacto positivo en la sociedad.

El trabajo se desarrolla analizando en primer lugar la forma que tomó la institucionalidad a partir de la descentralización de las políticas sociales y las posibilidades de desarrollo de capacidades administrativas y políticas de los gobiernos locales. En segundo lugar un breve análisis de la descentralización en salud en nuestro país, a partir de la década del '90 y del sistema de salud de la provincia de Buenos Aires. En tercer lugar, se desarrolla el caso del Municipio de General Villegas y los análisis de sus capacidades administrativas y fiscales, y finalmente algunas conclusiones.

¹ *Docente e investigadora de la Universidad Nacional San Luis, Facultad de Ingeniería y Ciencias Económico-Sociales. Directora Proyecto de Investigación "Análisis de Políticas Públicas"

** Pasante Alumna Proyecto de Investigación "Análisis de Políticas Públicas" Sría. De Ciencia y Técnica UNSL.

1. Descentralización y Política social: un nuevo modelo institucional

Como se conoce, en nuestro país a partir de la década del '90 se produce la llamada reforma del Estado nacional que tuvo, de acuerdo con Repetto y Dal Masetto (2004) impacto directo en la problemática de las políticas sociales, en dos grandes aspectos: a) la reforma estatal promercado y b) las nuevas dinámicas del federalismo fiscal. Las primeras, sentaron las bases de un nuevo modelo de políticas sociales centrado en la privatización, descentralización de los servicios, y la focalización del gasto social (Isuani, 1992; Repetto y Dal Masetto, 2004). En relación a las segundas, se sostiene, que si bien Argentina nace como país federal, el desarrollo histórico de las jurisdicciones provinciales se han caracterizado por una marcada heterogeneidad (Cao, 2007), que en general preexistió a las reformas neoliberales. El aspecto fiscal provincial es complejo, está compuesto por un esquema de transferencias desde la nación a las provincias (coparticipación federal entre otras) y por recursos propios (recaudación de rentas a la propiedad, otros recursos no tributarios, regalías (en algunos casos), y otros impuestos. La consecuencia más importante en esta relación institucional fue una fuerte dependencia financiera de muchas provincias para con las distintas transferencias de la nación. En esta relación también existe alta heterogeneidad, en la autonomía fiscal de las provincias, donde la provincia de Buenos Aires presenta un nivel medio en la escala². Es posible afirmar, de acuerdo con Cao (2007) que en la relación provincia-municipios, esta característica se profundiza y se diversifica, pudiendo distinguirse tres tipos de heterogeneidad: la institucional, demográfica y fiscal³.

El argumento principal de la descentralización, desde una perspectiva optimista, es presentarla como una herramienta que permite *acercar la gestión a los problemas*, con el fin último de mejorar la eficiencia y eficacia de la prestación y del gasto. En Argentina se efectivizó con la transferencia de los sistemas de salud y educación a la provincias y en

² Repetto y Dal Masetto (2004:194) realizan una escala en función de la proporción del gasto total de cada jurisdicción que se financió con transferencias nacionales, así distinguen 4 tipos: muy alta (menos del 10%), alta (10 y 33%), media (33 y 66%) y baja (66 y 100%). Con datos promedio de los años, 1990, 1995 y 2000. Similar análisis se encuentra en Cao, (2007).

³ En este sentido, se pueden diferenciar en relación al gasto municipal per cápita promedio, tres grupos de provincias: las de gasto medio (15% de diferencia), entre las que se encuentran: San Juan, Río Negro, Jujuy, Buenos Aires, Entre Ríos, Catamarca y Santa Fe; las de gasto bajo (menos del 15%), se encuentran, Tucumán, Mendoza, Santiago del Estero, San Luis, Salta, Formosa, Misiones y Corrientes y las de gasto alto, (encima del 15 % del promedio) donde se encuentran: Córdoba, Chubut, La Pampa, Neuquén, La Rioja, Santa Cruz y Tierra del Fuego. (Cao, 2007:115 y ss).

mucho menor grado a los municipios, (el caso que analizamos es una de las excepciones) dado que éstas no siempre estaban en condiciones de hacerse cargo. De esta forma, se reprodujeron en la administración provincial los problemas que antes existían a nivel nacional (Isuani, 1992).

Desde una mirada más crítica Isuani (1992)⁴ sostiene que “Una provisión en manos de instancias regionales diversas en términos de capacidades y recursos introduce el problema de las desigualdades existentes y, por lo tanto, la ciertamente alta inequidad que presentaría tal sistema de producción de bienes y servicios”. Una postura intermedia sería aquella que aún reconociendo las ventajas que presenta la primera posición, reconoce que para llegar a buen fin son necesarios “mecanismos compensatorios” que salden las diferencias regionales y así también, acciones regulatorias y fiscales de parte del gobierno central (Repetto y Dal Masetto, 2004:191).

Para profundizar el análisis desde la perspectiva institucional, pueden distinguirse dos tipos de descentralización: la política y la administrativa. La primera, hace referencia a la constitución de los gobiernos subnacionales/locales, mediante un sistema electoral, de acuerdo a la normativa vigente, lo que le permite ejercer su autonomía. La segunda, refiere a la transferencia de poderes hacia los niveles subnacional/local, lo que permite tomar decisiones y gestionar sobre los servicios públicos, tal como se intentará en el abordaje del caso del Municipio de General Villegas, de la provincia de Buenos Aires.

Capacidad Administrativa y Capacidad política: una difícil combinación en los gobiernos subnacionales y locales

Para poder analizar lo sucedido en los gobiernos subnacionales y/o locales en términos de los diseños institucionales que pudieron generar, para afrontar los desafíos de la descentralización, resulta muy útil el concepto de “capacidad institucional” enunciado por Repetto y Dal Masetto, (2004:191), Repetto (2002), entre otros autores, entendida como “la compleja combinación de capacidades administrativas y políticas, la cual puede ser “leída” a través del tipo de resolución que se logre de aquellos desafíos tendientes a articular la inclusión social, el desarrollo económico y el pluralismo político”⁵. Esta dimensión intenta abordar la capacidad de los organismos de gobierno -desde el diseño,

⁴ Citado por Repetto y Dal Masetto (2004).

⁵ Repetto (2002)

financiamiento, implementación y evaluación de determinadas políticas públicas- en dos aspectos: las capacidades administrativas y políticas y la combinación que logran hacer de ambas.

De acuerdo a los autores, la capacidad administrativa abarca los aspectos formales e informales relativos a la organización, como es la “claridad en la definición funcional entre organismos burocráticos involucrados y el componente meritocrático de la estructura de servicio civil afectada”. En relación a la capacidad política, refiere también a aspectos formales e informales, entendida como “las reglas que regulan la lucha de poder y los mecanismos de inclusión/exclusión en las negociaciones” (ob.cit) de ciertos asuntos públicos. Ambas capacidades operan juntas, y se pueden diferenciar de acuerdo a su grado, en alta o baja. La primera cuando opera de un “modo virtuoso” y la segunda de “modo vicioso”. En todos los casos están asociadas a la capacidad extractiva fiscal (de la instancia de gobierno) y a los niveles de responsabilidad en el gasto público.

En relación a la capacidad política, se ha resaltado permanentemente el uso clientelar de los fondos destinados a las provincias⁶ y en este caso a los municipios, lo cual tira por tierra las aspiraciones de los reformadores en relación al logro de una prestación de servicios más eficiente por parte de los niveles subnacionales. La tríada clientelismo, bajo *accountability* y política social, ha sido la fórmula que posibilitó esta práctica política en estos niveles de gobierno, beneficiados por las culturas políticas predominantes en Argentina y Latinoamérica, en general.

La cercanía a los problemas, razón de la descentralización, ocasionó adicionalmente un fortalecimiento de los liderazgos territoriales, tanto en provincias como en municipios, en función de al menos dos razones: por un lado la coincidencia o no del color político con el gobierno central, puede beneficiar o no el acceso a los recursos de política social y por otro, la pérdida de fuerza política de los aparatos de los partidos, hicieron perder de alguna manera cierta disciplina partidaria, lo cual reforzó la autonomía, y en consecuencia, los liderazgos locales, sobre todo en los municipios más alejados de los centros de toma de decisiones. Desde esta perspectiva, toma relevancia la dimensión informal de las relaciones, tal como lo indican las prácticas corrientes, que de acuerdo con Repetto y Dal Massetto

⁶ La provincia de Buenos Aires, sobre todo el conurbano bonaerense es uno de los casos paradigmáticos en este aspecto, que ha sido analizado por numerosos autores.

(2004) ayudan al sostenimiento de los aparatos partidarios subnacionales mediante prebendas.

Sin embargo, ambos tipos de capacidades deberían poder articularse, para lograr cierta eficiencia y eficacia en el alcance de los fines públicos, una hacia adentro de la organización pública, en este caso el municipio y otra hacia afuera, hacia la sociedad, en términos de inclusión/exclusión de los sectores de la misma, en este caso la política de salud pública, que en la provincia de Buenos Aires tiene una organización funcionalmente centralizada, en consecuencia el municipio mantiene una alta dependencia en este sentido.

2. La descentralización de la Salud

Dadas las características del sistema federal del país y la delegación parcial de potestades de las provincias al gobierno nacional, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud. A su vez, los municipios tienen a su cargo la ejecución de programas y administración de servicios en su órbita, difiriendo entre jurisdicciones la magnitud de su intervención.

El proceso de descentralización de los servicios de salud en Argentina se encuadra en un contexto fuertemente marcado por las restricciones presupuestarias que han afectado al sector público en general y el financiamiento de los programas sociales en particular. Por otra parte, la experiencia argentina presenta ciertos elementos específicos que la diferencian del resto. En primer lugar, se trata del caso más intenso y de mayor trayectoria de descentralización de la salud en la región, tanto por la cuantía de recursos ejecutados por los niveles subnacionales, como por las facultades y poder de decisión traspasados a las provincias. Además, se trata de una compleja estructura en la que, tan importante como el sistema público es el de las ‘obras sociales’, mecanismo de aseguramiento sindical que se ha caracterizado por una organización autónoma que es importante de considerar en todos los análisis del sector salud argentino. Finalmente, a diferencia de otras experiencias, la atención primaria en el subsector público se realiza tanto en establecimientos con esa finalidad (dispensarios, hospitales de baja complejidad) como en hospitales de alta complejidad. (Montoya, 1997)⁷

A lo largo de las últimas cuatro décadas se ha avanzado en forma progresiva hacia una salud pública descentralizada, en un proceso que se ha caracterizado por su gradualidad, en el sentido de que ha pasado por diversas fases en las cuales hubo un

⁷ Citado en el documento “La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia Latinoamericana”, (CEPAL; 1998)

traspaso progresivo de competencias al nivel intermedio (provincias) y, más recientemente, a la unidad microeconómica (hospitales de autogestión). La descentralización en el nivel local no ha formado parte del modelo de descentralización explícito, sino que ha quedado a merced de la iniciativa y voluntad de cada provincia. La función de coordinación entre las provincias fue establecida a comienzos de los años setenta a través de la creación de Comités federales de salud y de consejos federales de salud.

En general, el proceso de provincialización de la salud se caracteriza por el traspaso amplio de facultades y competencias (normativas, operativas y programáticas) a todas las provincias, minimizando el papel del nivel central. El proceso de descentralización que tiene lugar a partir de 1978 se caracteriza por la transferencia gradual de hospitales que aún quedaban en el ámbito de la nación, a las provincias. En particular, en la década de 1990 se observa en Argentina un triple fenómeno: la transferencia de los últimos hospitales de la nación a las provincias; casos de descentralización de las provincias a los municipios, y el inicio de cierta descentralización microeconómica impulsada por el gobierno central hacia el nivel de los hospitales, bajo la figura de hospitales de autogestión. En el modelo de "autonomía hospitalaria" los hospitales públicos participan en la dirección de la unidad, cuentan con la posibilidad legal de facturar, captar fondos para ser utilizados en equipamientos y, en algunos casos, a salarios, y administran autónomamente el servicio.

Los diversos esfuerzos descentralizadores de los servicios de salud en las provincias dieron origen a un sistema desarticulado, pero con un elevado grado de autonomía de la gestión y del área programática a nivel provincial. Se trata entonces de un modelo de *devolución* híbrida de competencias al nivel provincial y de las unidades productivas por la vía de la autonomía hospitalaria, con una escasa participación de la comunidad. El carácter híbrido proviene del hecho de que, a pesar de gozar de plena autonomía en materia programática y de gestión, las provincias y hospitales mantienen una relación de dependencia del nivel central en el plano financiero. Aunque las provincias están facultadas para obtener recursos propios, su principal fuente de financiamiento proviene de transferencias automáticas desde el nivel central al nivel provincial, por intermedio de la coparticipación tributaria. El nivel central mantiene participación en el diseño de programas y en la elaboración de normas, pero sus directrices no tienen más que un valor indicativo.

En síntesis, se puede afirmar que el proceso de descentralización de los servicios de salud que progresivamente se ha ido implementando en Argentina se ha caracterizado por la ausencia de una política integral encargada de definir las prioridades del sector, lo que ha contribuido a generar modelos heterogéneos de salud provinciales, donde se reconoce un rasgo común que es el avance hacia la descentralización microeconómica. (CEPAL, 1998, ob.cit)

A nivel del gasto sectorial, Nación pasó de controlar el 60,80% en 1990 a administrar el 48,72% en el 2001 (y casi todo estos recursos se destinan a seguridad social en salud y manejo de hospitales aún en manos del nivel central), mientras que las entidades subnacionales pasaron a manejar, en los mismos años, de 36,64% a 45,10% respectivamente, siendo la diferencia lo que controlan los municipios.⁸

2.1. El sistema de salud pública provincial

Como se conoce el *sistema de servicios de salud argentino* es mixto y se divide en tres sectores: seguro de salud, servicios médico asistenciales y provisión de medicamentos e insumos. El *seguro de salud* está conformado por un subsector de obras sociales, que actúa bajo principios de solidaridad típicos del modelo de seguridad social, y otro de seguros privados prepagos. En ambos casos, la responsabilidad de regular y controlar el desempeño del sector corre por cuenta del Estado Nacional.⁹ En cambio, en el sector de servicios médico asistenciales, la responsabilidad provincial es mayor. Este sector tiene un componente privado y otro público. La gestión y el financiamiento de la parte pública fueron transferida casi íntegramente a las provincias, luego del proceso de descentralización de la salud y, en el caso específico de la provincia de Buenos Aires, también se ha avanzado significativamente con la municipalización de los centros de menor complejidad, aún cuando ellos continúan formando parte del sistema médico asistencial provincial. A su vez, el nivel provincial tiene injerencia sobre la organización del subsector privado. Por ejemplo, a través de la acreditación de los niveles de complejidad hospitalaria. El sector de medicamentos tiene algunas interacciones con el sector de servicios médicos asistenciales que no son tan significativas como las que se dan entre éste y el de seguro de salud. Muchos de los cambios que se han registrado a nivel internacional en los sistemas de servicio de salud, han adoptado la redefinición del modelo de salud, pasando por ejemplo de Sistemas de Seguridad Social financiados con contribuciones laborales (modelo de Bismark), a sistemas del tipo Servicio Nacional de Salud financiado con rentas generales (modelo de Beveridge). Ello implica una readecuación simultánea, tanto del sector de servicios médico asistenciales como del sistema de seguro de salud. El reconocimiento de la organización jurisdiccional del sistema argentino y la necesidad de situar la propuesta de

⁸ Citado por Repetto y Dal Masseto (2004)

⁹ Existen también obras sociales gestionadas por el nivel provincial, pero éstas se encuadran dentro de la política general sobre seguro de salud, establecida por el nivel nacional.

reforma dentro de las variables de control de una de las jurisdicciones que conforma el nivel nacional, induce a descartar este tipo de propuestas.

Con la reforma del sistema de salud en la provincia se puso énfasis en generar una organización específica del Sistema Público de Servicios Médico Asistenciales que permitan contribuir al mejoramiento de los objetivos reseñados, tanto por una mayor eficiencia interna en el uso de sus recursos, como a partir de una mejor interacción con los actores externos, dentro del marco establecido por la normativa nacional. A modo de ejemplo se mencionan los siguientes campos donde se concentrará el análisis con vistas al desarrollo de la propuesta de reforma: mecanismo de financiamiento de centros asistenciales, esquema de transferencia a los municipios, régimen y remuneración del personal, fortalecimiento administrativo de las unidades prestacionales, mecanismos de articulación entre la atención primaria y la hospitalaria, mecanismos de coordinación con los prestadores privados, descentralización de funciones y responsabilidades hacia municipios y hospitales.

El *subsector público* asume los roles de conducción, regulación y control del sistema, la provisión de bienes públicos (información, inmunizaciones, acciones sobre el medio ambiente) y de atención médica y el financiamiento de la mayor parte de estos servicios públicos. Este subsector está compuesto por el Ministerio de Salud Nacional y los 24 Ministerios de Salud Provinciales (o equivalentes) y sus organismos dependientes centralizados o descentralizados. También forman parte del subsector otros organismos públicos que realizan acciones vinculadas a la atención de la salud, aunque dependan jerárquicamente de otras áreas de gobierno.

3. La salud en el Municipio de General Villegas: “El Hospital Nuestra Señora del Carmen”

3.1. Breve reseña histórica del Hospital

El sistema de salud en el partido de General Villegas, está compuesto por tres tipos de efectores, en primer lugar, los denominados *centros de salud*, inicio del contacto entre la comunidad y el sistema, a través de la atención primaria y preventiva de la salud; en segunda instancia, a un nivel más elevado de cuidados, el *Hospital Municipal*; y por último a nivel más complejo los hospitales regionales. El sistema de salud de la provincia está

satisfactoriamente articulado con la organización regional y en casos en los que sea necesario cuidados en otro nivel de complejidad los pacientes serán trasladados a los hospitales zonales, que cuentan con un mayor nivel de complejidad.

La historia administrativa del hospital ha estado marcada por una constante, el traspaso de municipio a provincia de la gestión y viceversa; es decir, etapas de administración local; regional y provincial según la época. El 18 de Septiembre de 1980 por Decreto N° 1786, el Gobierno de la provincia de Buenos Aires transfiere el servicio hospitalario a la dependencia Municipal.¹⁰ Se transformó así en unos de los primeros casos de descentralización, haciéndose cargo de la gestión de la salud pública con anterioridad a los años '90.

Las viejas instalaciones del Hospital constaban de tres grandes pabellones separados y pequeños edificios aislados (Laboratorio, Radiología, Cirugía). Con el tiempo se decidió la construcción de un edificio consecuente con las especificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a funcionalidad, disposición y estética, que albergara consultorios, internación, guardia, quirófanos, y especialidades bajo un mismo techo. Parte de los pabellones mencionados fueron recuperados y anexados al nuevo edificio.

La categorización del hospital municipal es de *nivel de complejidad 2 con internación*. Entre las especialidades que en él se ofrecen hallamos las cuatro especialidades básicas: tocoginecología, medicina en general, pediatría y cirugía; además de las especialidades de: alergia, anestesia, bioquímica, cardiología, dermatología, diagnóstico por imágenes, fonoaudiología, farmacia, hemoterapia, kinesiología, medicina laboral, nefrología, neurología, nutrición, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, psiquiatría, traumatología. Cuenta también con equipos de diagnóstico, laboratorio, quirófano y salas de internación y terapia intensiva, además de ser uno de los principales centro de diálisis de la región. La capacidad hospitalaria, medida en cantidad de camas, es de 42¹¹, de las cuales 36 son de internación, 4 de terapia intensiva y 2 en el área de observación.

Una vez concluida la ampliación, el Hospital de General Villegas, se transformó en el Centro de mayor complejidad de la zona, contando con espacio físico para albergar todas las especialidades clínicas demandadas por la población.

¹⁰ Consta en el anexo del Decreto N° 1786

¹¹ Cantidad acorde a la población, de acuerdo con el indicador *N° de camas de hospital por 1.000 habitantes*.

Se cuenta con la digitalización del sistema hospitalario, Intranet (red local e interna), para traspaso de información entre sectores, ya sea desde un análisis de laboratorio hasta tomografías e información administrativa y de historias clínicas. Además del acceso a Internet para averiguación de datos relacionados con obras sociales y prestaciones, contacto con otros centros de salud para intercambio de información y actualización de las distintas especialidades a través de la red en forma de boletines digitales.

El servicio de geriatría, ubicado en uno de los pabellones del viejo hospital, también ha sido remodelado y puesto en condiciones para brindar especial asistencia a los adultos mayores. La obra ampliación del Hospital Municipal de General Villegas abarca la construcción de 3.130m² de obra nueva, que sumados a las instalaciones anteriores dan como superficie total cubierta 4271,39 m².

3.2. Acerca de las capacidades de gestión

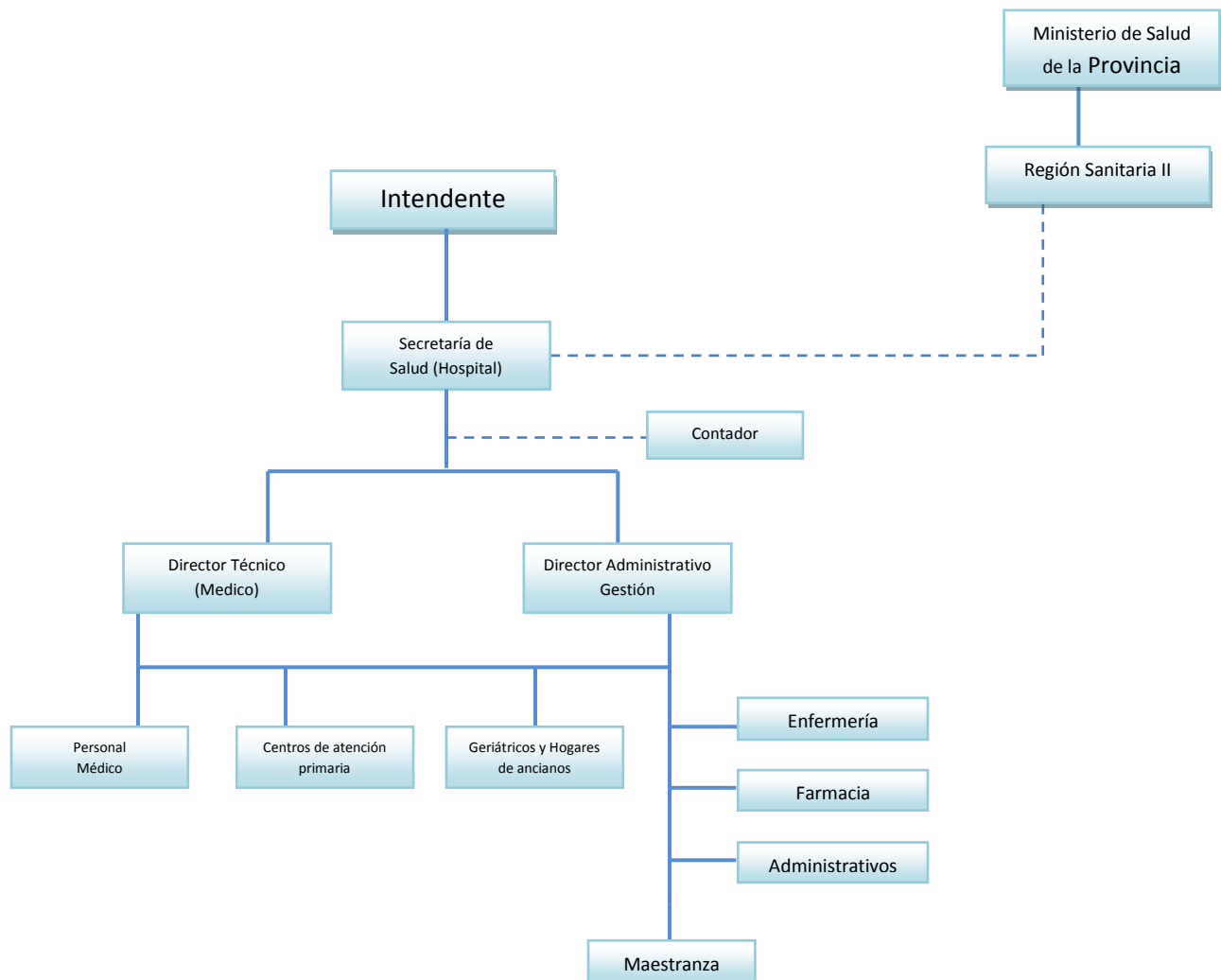
La administración y gestión del hospital municipal está a cargo de la Dirección de Salud del municipio, que cuenta con un director técnico y otro especializado en la gestión y administración del hospital. La institución cuenta con una planta de personal que asciende a 350 empleados en total. El área salud además de tener bajo su administración al hospital municipal, también gestiona el área de geriatría y los hogares de ancianos del partido.

El director técnico tiene a su cargo el personal médico de la institución y decide sobre aquellas cuestiones estrictamente referidas a la medicina. Por su parte el director de gestión tiene bajo su mando el personal administrativo, enfermeros, personal de farmacia y maestranza. Esta división de tareas de dirección en dos puestos permite una administración más eficiente de los recursos. Cabe destacar que ambos puestos directivos se encuentran al mismo nivel de decisión y se relacionan directamente con el ejecutivo municipal; las decisiones son compartidas y ambos reciben la asesoría de un contador, que lleva las estadísticas de salud del municipio, las que son necesarias para determinar los índices de salud, para luego así calcular los coeficientes de coparticipación.

Más allá de que el recurso ideal para la elección de los directores es el concurso público, en el municipio esta herramienta ha dado resultados poco satisfactorios, al decir de sus funcionarios, por lo cual se buscan por contactos del Intendente posibles postulantes y se negocian los términos de la contratación, para lo cual es necesario pedir la autorización al

organismo controlador de la provincia para subsanar dicha falta con una decisión ejecutiva, con lo cual se reproducen las prácticas culturales como el amiguismo, patronazgo, etc.

Gráfico 1: Organigrama de Salud del Municipio de General Villegas



El Municipio, cuenta además con 4 Secretarías: de Obras Publicas; de Ambiente; de Hacienda Pública; y de Gobierno, pero a los fines de este trabajo sólo se detalla la Secretaría de Salud.

Finalmente, el hospital municipal es, en general, un brazo ejecutor de los programas determinados por el órgano superior, y si bien tiene cierta movilidad dentro de un marco; son muy pocas las actividades que surgen directamente de la institución local. Los programas son enviados desde la región sanitaria II de la provincia, los que deberán ser

ejecutados por la dirección municipal en tiempo y forma; pueden realizarse ajustes necesarios para adaptar los lineamientos a las necesidades y contingencias de la población pero siempre en concordancia con los objetivos propuestos.

Dichos programas disponen de objetivos a realizar en tiempo y forma, transcurrido el tiempo estipulado, la dirección hospital debe enviar la rendición de las actuaciones, por medio de planillas, informes y demás instrumentos enviados a la cabecera de la región, que en el caso de General Villegas, es la localidad de Pehuajó.

Las consultas médicas y paramédicas han ido creciendo a lo largo del periodo de manera lenta pero constante, eso si comparamos año a año, pero si hacemos una comparación entre los años 1995 y 2009, podemos ver un alto crecimiento en términos absolutos. Podemos observar que, a partir del año 2005 el hospital incorporó a sus servicios los estudios de mamografía y colposcopia y, a partir de 2006 los de tomografía. Estas incorporaciones han permitido que muchos pacientes puedan realizar estas prácticas en la ciudad sin la necesidad de tener que trasladarse hacia otros sanatorios de la zona.

La ampliación terminada en 2002, en su mayoría fue costeada por fondos íntegramente municipales.

3.3. Acerca de la capacidad fiscal

Durante varios años el Concejo Deliberante imputó una proporción de los fondos coparticipables a la cuenta “fondo para la construcción del hospital”, es así como se fue constituyendo una masa de dinero afectada a tal fin.

Pero esta ampliación no sólo mejoró la atención de la salud en el partido, sino que permitió con ello aumentar la complejidad y el nivel de servicios prestados. De esta manera mejora los índices coparticipables por régimen de salud, aumentando así los ingresos del municipio.

La relación entre municipio y provincia

La relación fiscal está dominada por la coparticipación de recursos. Ciertos tributos recaudados por la Nación se distribuyen entre ésta y las administraciones provinciales, que luego los prorratan a los municipios, de acuerdo a distintos regímenes que han ido cambiando con el tiempo en cada uno de los niveles.

Sin embargo, esto no se refleja en la percepción de Intendente, quién afirma: “Efectivamente no ha habido cambios, seguimos en un país que centraliza todas las políticas, lo que hace difícil la existencia de desarrollos autónomos”.¹²

El presupuesto de la Municipalidad de General Villegas para 2010 supera los en 10 veces más al presupuesto ejecutado en 1995, a moneda constante, el presupuesto del municipio creció 2,5 veces.

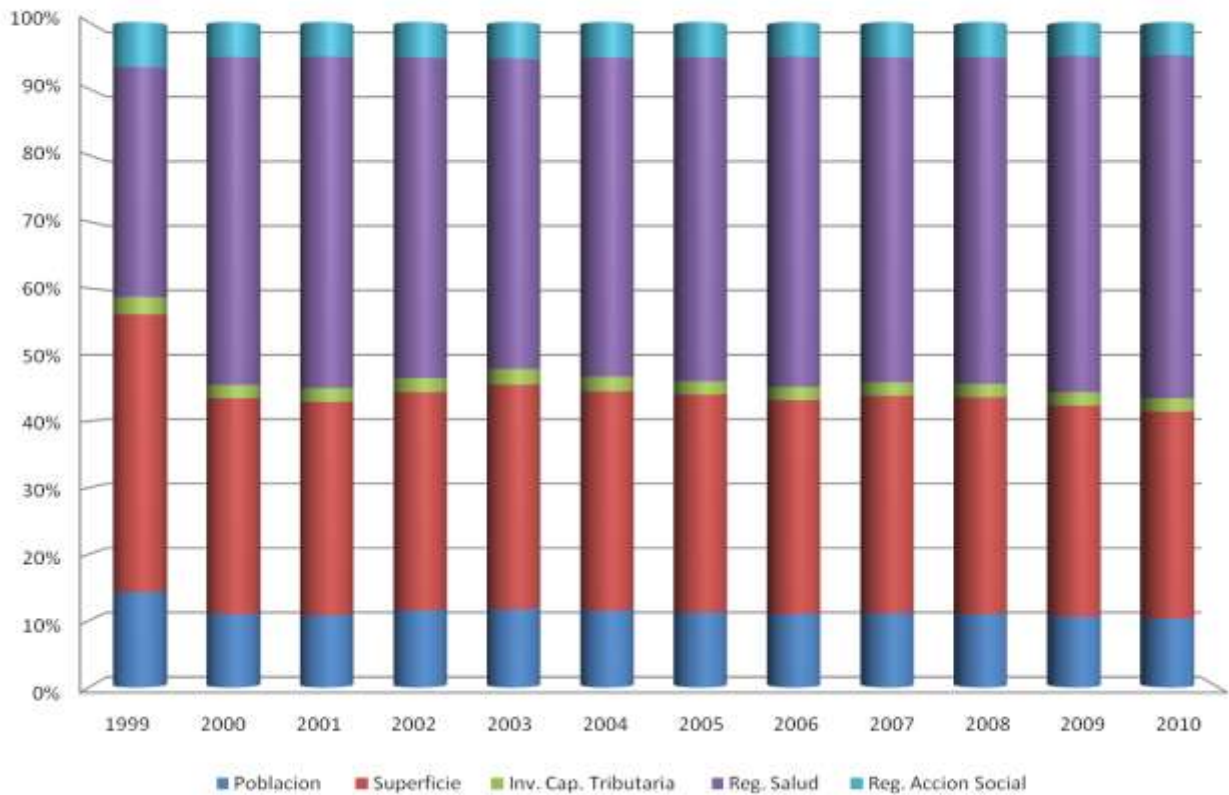
La coparticipación recibida por el municipio ha tenido etapas de alza y otras de descenso, pero en general se mantiene constante hablando en términos porcentuales, claro está que en términos absolutos si han variado significativamente por efecto de los índices de inflación. La distribución se concreta a través del Coeficiente Único de Distribución de la Coparticipación (CUD) que para General Villegas creció entre 1995 y 2009 un 24,5% – *de 0,533 % a 0,664%*-. Conforme la masa coparticipable de \$5.300 millones prevista para 2010, dicho incremento representa para General Villegas un mayor ingreso de \$7 millones anuales.

Los conceptos que componen al CUD son los siguientes: **Régimen General** (Población, Superficie, Inversa capacidad tributaria); **Régimen de salud; Régimen de acción social; Corrector positivo; Corrector negativo**. Conocidos los conceptos que determinan el porcentaje de coparticipación para cada distrito de la provincia de Buenos Aires, veamos el comportamiento de los mismos en el municipio de General Villegas durante los años 1991-010.¹³

¹² Palabras del Intendente Municipal, Gilberto Alegre, en entrevista realizada en agosto de 2010. Quien 1995 asume como Intendente Municipal en su ciudad, donde fuera elegido por el 56,29% de los sufragios. En 1999 fue reelecto como Intendente con el 47,20% de los votos. En el año 2003 fue reelecto nuevamente Intendente por el 58,97% de los votos. El 28 de octubre de 2007 fue reelecto por cuarta vez con el 53,16% de los votos como Intendente Municipal, por un nuevo período de cuatro años, cargo que asumió el 10 de diciembre de ese mismo año y que ocupa actualmente.

¹³ Fuente Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Entre 1991-1998 no hay datos particulares.

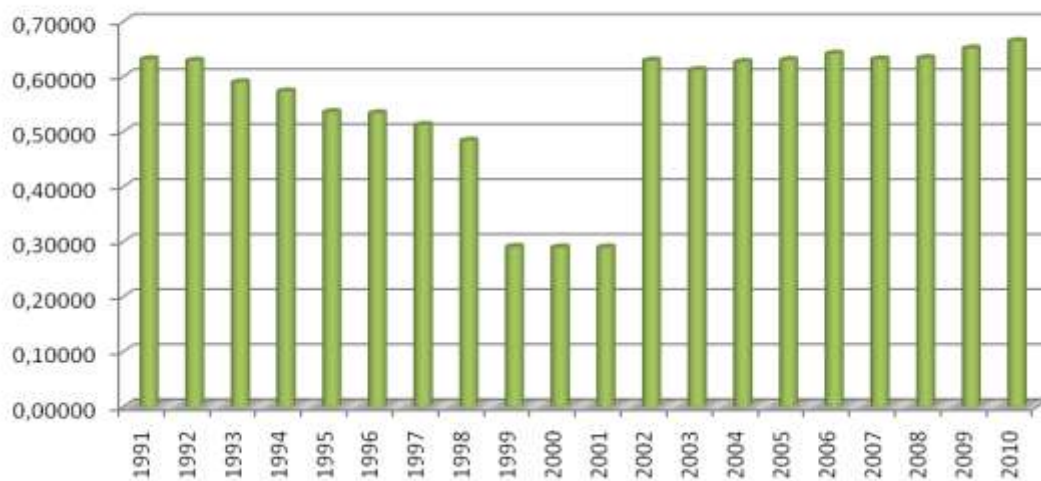
Gráfico 2: Relacion entre los conceptos componentes del CUD



Fuente: Elaboración propia en base a datos brindados por el Municipio de General Villegas.

Como puede observarse en el gráfico la mayor proporción del coeficiente está en salud.

Gráfico 3: Total CUD



Fuente: Elaboración propia en base a datos brindados por el Municipio de General Villegas.

Se observa en el gráfico anterior que los niveles de coparticipación del municipio se han mantenido estables a lo largo de los años (1991-2010), salvo los años 1999; 2000 y 2001 que son los bajos del periodo.

Si se analiza la composición relativa del CUD en cada uno de los años del periodo, se observa que en la mayoría de los casos el índice con más participación es el de régimen de salud. Por ello muchas veces se presenta la disyuntiva entre agregar más capacidad hospitalaria (cantidad de camas) lo que puede disminuir el nivel de ocupación; o bien mantener la cantidad de camas con un alto porcentaje de ocupación. A tal fin, se contabilizan las camas del hospital y las del geriátrico (área que también está bajo la gestión de salud).¹⁴

Esta alta contribución del índice de salud puede explicarse a partir de la visión que se tiene de la misma desde el municipio: *“hoy en día para que la salud sea eficiente requiere de la intervención del Estado, ya que es él quien puede hacer las inversiones, sin la búsqueda de la rentabilidad económica, a diferencia del sistema de salud privado que si lo persigue”*.¹⁵ Por ello es que en los últimos años la atención brindada desde el municipio al sistema de salud local, ha sido elevada.

Pero esta primera visión del régimen de coparticipación por salud puede ser algo simplista. Si bien cuantitativamente el peso de la partida por salud es substancial, cualitativamente no tiene la misma apreciación. Es decir, que los montos recibidos por salud son significativos haciendo comparaciones con otros distritos provinciales de similares características geográficas y/o demográficas; pero si se analizan las condiciones de servicios prestadas, éstas no son las mismas, el municipio local se halla en una posición dominante respecto de los demás de características similares.¹⁶ Técnicamente se ha establecido que el servicio de tomografía debe prestarse en ciudades donde el área de influencia del hospital sea más de 100 mil personas, es evidente que en el caso de General Villegas el área de influencia es mucho menor, aun así el municipio no se ha resignado a brindar este servicio a la comunidad; lo mismo sucede con el centro de diálisis. Estos son

¹⁴ En total suman una capacidad de 101 camas, según datos del Ministerio de Salud de la Provincia.

¹⁵ Palabras del Intendente Municipal, Gilberto Alegre, en entrevista realizada en agosto de 2010.

¹⁶ Dichos por el Presidente del Concejo Deliberante, Ernesto Segretín, en entrevista realizada en agosto de 2010.

ejemplos de que a pesar de ciertos parámetros estipulados, el servicio prestado es superior al de otros municipios, con parecidos montos coparticipables en salud.

Ahora bien, sabemos cuánto ingresa al municipio por el régimen de coparticipación en salud, pero, ¿son esos montos utilizados en el mantenimiento del nivel del sistema, o son monopolizados por la municipalidad y distribuidos hacia otras áreas y/o programas? ¿Guardan alguna relación los ingresos percibidos por salud y los gastos ejecutados?

Deberían guardar una relación bastante alta los ingresos y los gastos en la dirección de salud, ya que esto permitiría dar cuenta de que la preocupación del municipio por la salud va más allá del costo que esta genera y tampoco es utilizada como instrumento para obtener mayor índice de coparticipación. Si se analiza la situación en tres años (2006-2008 y 2009), arroja la siguiente relación:

Tabla 1: Relación Ingresos, Presupuesto Ejecutado/ Años

Conceptos	Años	2006	2008	2009
Ingresos por obras sociales		\$ 736.664,80	\$ 1.556.926,35	\$ 2.681.267,50
Coparticipación reg. Salud		\$ 5.132.365,04	\$ 7.419.306,84	\$ 11.021.384,00
Presup. Ejecutado (Dir.. Salud)		\$ 5.060.121,84	\$ 8.975.218,32	\$ 11.715.015,20
Diferencia		\$ 808.908,00	\$ 1.014,87	\$ 1.987.636,30

Fuente: Elaboración propia, en base a datos del Municipio de Gral. Villegas

En los casos anteriores, podría decirse que la coparticipación por salud es afectada al presupuesto ejecutado por la Dirección de Salud, si bien existe un excedente, podría decirse que puede ser producido por los ingresos provenientes de la facturación a las obras sociales. Esto es analizado en términos absolutos, pero si analizamos en términos relativos la relación sería la siguiente:

Tabla 1: Relación Presupuesto Total/ Presupuesto Salud/Años

	2006	2008	2009
Presupuesto Total Municipal	\$ 45.247.655,53	\$ 67.329.213,72	\$ 92.506.180,74
Presupuesto Dirección Salud	\$ 5.060.121,84	\$ 8.975.218,32	\$ 11.715.015,20
Relación	11,183%	13,330%	12,664%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Municipio de Gral. Villegas

Según este análisis la relación porcentual entre el presupuesto municipal y la partida destinada a la dirección de salud es baja si lo comparamos con el aporte que ésta genera por coparticipación.

En cuanto a los otros tributos municipales, el principal lo constituye la Tasa Vial, la que superó en 2009 el 86% de cobrabilidad y desde 2003, ésta no baja del 85%. En 1995, la cobrabilidad de esta tasa rondaba el 70%. A valores vigentes, esa mejor cobrabilidad representa para el presupuesto municipal un mayor ingreso de 2,4 millones anuales. Además de una eficiente gestión de cobranzas, el alto índice de cobrabilidad tiene relación directa con la calidad de la prestación del servicio de conservación y mejorado de la red vial, y a la vez demuestra en cierta medida la capacidad contributiva de la población.

Como se ha expresado, el servicio de salud en la provincia, brindado por los hospitales municipales o provinciales, se financia con la coparticipación recibida a nivel nacional, los recursos propios de la provincia o el municipio, los cobros realizados por la autogestión hospitalaria y los recursos recaudados por las cooperadoras.

El hospital de General Villegas, es uno de los casos de los llamados HPA (Hospital Público Autogestionado), figura creada por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 1993, por medio del decreto N° 578.

La configuración del esquema de financiamiento del Municipio, puede observarse en la siguiente tabla:

Concepto	Ejercicio 2009	%
Ingresos tributarios ¹⁷	\$ 42.497.072,86	47,73
Ingresos no tributarios ¹⁸	\$ 21.016.251,50	23,60
Venta de bienes y servicios ¹⁹	\$ 2.711.190,20	3,04
Transferencias corrientes ²⁰	\$ 1.627.182,51	1,83
Recursos propios de capital ²¹	\$ 2.097.153,02	2,36
Transferencia de capital ²²	\$ 13.915.762,41	15,63
Obtención de Préstamos y D.O.A.F. ²³	\$ 5.174.742,72	5,81
TOTAL	\$ 89.039.355,15	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Municipio

Como puede observarse en el cuadro anterior, existe una fuerte dependencia de los fondos provinciales (49,56%) y en menor medida de aportes nacionales (15,63%), lo que confirma los análisis realizados en torno a la (falta de) autonomía fiscal de los gobiernos locales.

4. A modo de conclusión

Como se ha expresado este trabajo es un avance de la investigación sobre el caso de la descentralización de salud en el Municipio de General Villegas, de la provincia de Buenos Aires, a más de 500 km del centro de toma de decisiones.

El análisis se ha centrado en el desarrollo de las capacidades administrativas, políticas y fiscales que pudieron haber beneficiado el avance del sector salud en la localidad, en el estadio posdescentralizador de la Argentina. En relación a la primera, se puede afirmar que el Hospital ha tenido un amplio crecimiento en las prestaciones del servicio de salud, aunque ello no haya significado un cambio en las prácticas de reclutamiento del personal, el cual dista mucho de ser meritocrático, con lo cual se reproducen las prácticas políticas vigentes. Respecto de las capacidades políticas, es necesario destacar la firme voluntad del Intendente y del Concejo Deliberante por ampliar y mejorar el servicio, lo cual ha sido logrado en los 15 años de gestión del edil. En este sentido, se considera que la combinación entre la cercanía de los problemas y la lejanía de los centros de toma de decisión política, han operado para fortalecer el liderazgo territorial del

¹⁷ Compuesto por Régimen de coparticipación, régimen de descentralización tributaria, Otros recursos tributarios de origen provincial.

¹⁸ A.B.L.; Tasa de conservación de la red vial, Tasa por control de marcas y señales, otros tributos de jurisdicción municipal.

¹⁹ Ingresos de obras sociales, otros.

²⁰ Torneos bonaerenses, programas asistencia alimentaria, policía comunal, otros recursos afectados.

²¹ Venta de activos, contribuciones de mejoras

²² Plan federal de viviendas, aportes del tesoro Nacional, aportes del tesoro nacional, Convenio Nación-Asfalto, Aportes del tesoro provincial, otros convenios.

²³ Instituto de la vivienda, PFM cordón cuneta, PFM pavimento, Otros préstamos.

intendente, quien ha sabido moverse políticamente a nivel provincial y nacional para la obtención de los fondos necesarios para el crecimiento del Hospital local. En este sentido parece haber cierta combinación entre eficacia en la gestión administrativa y la política, la que sumada a la fiscal, -dentro de las limitaciones en la autonomía- han beneficiado al segmento de la población de la localidad que hace uso del servicio. Sin embargo, podría beneficiarse más aún, si los ingresos por salud se aplicaran todos a esta función y no derivaran a otros destinos.

Finalmente, estos logros no conllevan cambios a nivel de las prácticas políticas, las que se inscriben en el marco cultural que las reproduce, pero en este caso con cierto beneficio para la ciudadanía.

Bibliografía

Auyero Javier (2001) *“La política de los pobres. Las prácticas clientelistas del peronismo”* Manantial Buenos Aires.

Auyero, J. (1996) “La doble vida del clientelismo político” en *Revista Sociedad N° 8* - Facultad de Ciencias Sociales (UBA) Abril.

Cao, Horacio (2007) (Coord.)”Introducción a la Administración Pública Argentina. Nación, Provincias y Municipios”. Editorial Biblos.

Di Gropello, Emanuela; Cominetti Rossella y otros. “La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana”. CEPAL, agosto 1998.

Esping-Andersen, G. (1993) *Los Tres Mundos del Estado del Bienestar*. Edicions Alfons el Magnànim. València

Franco, Rolando (1996) “Los paradigmas de la política social en América Latina”, en *Revista de la CEPAL N° 56*. Santiago de Chile.

Gunes-Ayata, Ayse. (1997) “Clientelismo: premoderno, moderno, posmoderno”. En *¿Favores por votos?* Auyero, J. (Comp.) Edit. Losada.

Isuani E. y otros (1989). *“Estado democrático y políticas sociales”*. Eudeba. Buenos Aires.

Lo Vuolo R. y Barbeito, A. (1998). La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador. Edit. Miño y Dávila-Ciepp.

Martínez Nogueira, R. (2003) “Calidad Institucional y reforma de la gestión pública: modelos y aprendizajes”. *Política y Gestión*. Vol. 5. Homo Sapiens Ediciones.

Montoya, S. (1997), "Reformas al financiamiento del sistema de salud. Argentina", serie Financiamiento del desarrollo, n°60, Proyecto conjunto CEPAL/GTZ "Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe", CEPAL, Santiago de Chile.

Repetto F. y Dal Masetto F. (2004) “Problemáticas institucionales de la política social argentina: más allá de la descentralización”. En Jordana, J. y Gomá R. (comps.) *La descentralización en América Latina*. Barcelona

Repetto, F. (2009) “El marco institucional de las políticas sociales: Posibilidades y límites para la gestión social”, en Chiara, M. y Di Virgilio, M. (Coords.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*.