

**DOCUMENTO DE TRABAJO N° 11**

*DESCENTRALIZACION EN SALUD ¿NUEVOS PROTAGONISMOS?.  
Estudio de casos en Municipios de la Provincia de  
Córdoba*

**Laura C. Pautassi**

Buenos Aires, mayo 1995

*El presente trabajo tiene como antecedente la investigación realizada en el marco de los proyectos "El proceso de municipalización de los servicios de salud en la provincia de Córdoba: el rol de los actores sociales involucrados" subsidio del Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la provincia de Córdoba (CONICOR), período Marzo 1993 -Junio 1994, y "Políticas Sociales: el rol de los actores locales y la ayuda a sectores carenciados. Estudio de caso en los Municipios de la Provincia de Córdoba", CONICOR, beca de iniciación, período 1993-1994, bajo la dirección de la Dra. Martha Díaz de Landa, Instituto de Investigación y Análisis Político, Universidad Católica de Córdoba, Córdoba. Agradezco especialmente el apoyo institucional, como también el apoyo personal de Martha D. de Landa para la culminación de dicha investigación (Junio 1994). Los contenidos del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora y no comprometen la opinión de la directora del proyecto, como tampoco a la institución patrocinadora.*

*Enriquecieron el presente trabajo las valiosas contribuciones de Laura Golbert, Oscar Cetrángolo, Rubén Lo Vuolo y Mario Navarro, quienes leyeron sucesivas versiones del mismo con esmerada dedicación.*

*Si desea comunicarse con la autora su dirección electrónica es la siguiente:*

*[pautassi@satlink.com](mailto:pautassi@satlink.com)*

# INDICE

INTRODUCCION.....	1
I. ¿MODERNIZACIÓN DEL ESTADO O CRISIS DE FINANCIAMIENTO? .....	4
<b>I.1 Descentralización en Salud.....</b>	<b>7</b>
<b>I.2 El sector salud en Argentina .....</b>	<b>9</b>
<b>I.3 El sector salud en la Provincia de Córdoba .....</b>	<b>12</b>
<b>I.4 Aspectos sustanciales del proceso de descentralización en salud .....</b>	<b>14</b>
<b>I.5 Los convenios descentralizadores .....</b>	<b>16</b>
II. ¿DESCENTRALIZACION, REGIONALIZACION O MUNICIPALIZACION? ESTUDIO DE CASOS EN LA PROVINCIA DE CORDOBA.....	18
<b>II.1 El municipio de San Francisco .....</b>	<b>18</b>
<b>II.2 El municipio de Marcos Juarez.....</b>	<b>26</b>
<b>II.3 El municipio de Villa Dolores .....</b>	<b>32</b>
<b>II.4 El municipio de Cruz del Eje.....</b>	<b>36</b>
<b>II.5 El municipio de Jesus María.....</b>	<b>40</b>
III. DESCENTRALIZACION Y ACTORES LOCALES.....	44
<b>III.1. ¿Nuevos procesos de reforma estatal?.....</b>	<b>44</b>
<b>III.2 Sistemas de políticas sociales locales.....</b>	<b>46</b>
<b>III.3 Capacidad político-organizacional de los municipios para descentralizar en salud .....</b>	<b>48</b>
<b>III.4 Descentralización en salud: ¿nuevos protagonistas? .....</b>	<b>51</b>
APENDICE METODOLOGICO.....	55
BIBLIOGRAFIA .....	57

*"...Esto es todo por ahora y no es suficiente.  
Sin embargo puede decirse que aún estoy aquí.  
Me parezco al que llevaba el ladrillo consigo,  
para mostrar al mundo como era su casa..."  
Bertolt Brecht<sup>1</sup>*

## INTRODUCCION

El presente trabajo explora un tema muy debatido: la reforma y modernización de las administraciones públicas provinciales. La misma se inscribe en el proceso de reforma del Estado nacional y los consiguientes procesos de descentralización, privatización, concesión y transferencia de funciones y servicios.

En la mayoría de las provincias argentinas, el proceso se inició con la reforma de las constituciones provinciales. En el caso de la provincia de Córdoba, la reforma constitucional data de 1987, y posteriormente el decreto 1174/88, aprueba las políticas generales y pautas normativas de los programas de descentralización para todo el territorio provincial, encargando al Ministerio de la Función Pública y de la Reforma Administrativa, la formulación y consiguiente coordinación de la operatoria descentralizadora<sup>2</sup> y las consiguientes estrategias sectoriales.

En el **área de salud**, la propuesta provincial de descentralización y desconcentración de servicios se enmarca en los lineamientos de las estrategias de atención primaria de la salud (APS) y sistemas locales de salud (SILOS)<sup>3</sup>.

A cuatro años de iniciado el **proceso provincial de descentralización en salud** resulta necesario una primera exploración de esta experiencia desde el ángulo local. No pretendo realizar una evaluación respecto a la pertinencia de los mecanismos para lograr los objetivos de la modernización del Estado, -en términos de la legitimidad de sus actuales funciones, los límites deseables de su intervención, el logro de eficiencia y equidad distributiva-, ni comparar

---

<sup>1</sup> Brecht, Bertold (1969) *Me-Ti. Buch der Wendungen*. Suhrkamp, Alemania. (mi traducción)

<sup>2</sup> El marco legal lo aportó la Ley 7644 que faculta al Poder Ejecutivo a retener, en forma transitoria, los montos de coparticipación municipal, hasta que los gobiernos municipales suscriban los convenios de transferencia respectivos. (Art. 2)

<sup>3</sup> Ambas estrategias han sido fomentadas por organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS.) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS.). Asimismo la propuesta difiere considerablemente de las transferencias masivas de establecimientos asistenciales desde el nivel nacional a los provinciales realizados en 1978. Propósito sobresaliente de esta política fué disminuir la carga presupuestaria del nivel federal, lo cual se tradujo en un deterioro progresivo de la capacidad de atención hospitalaria. En esta instancia, la provincia de Córdoba le transfirió a su vez, por medio de la Ley 6558/81, a la municipalidad de la ciudad de Córdoba la casi totalidad de los establecimientos de baja complejidad ubicados en el radio municipal. (Gagliano E. y Navarro M., 1989)

sus resultados, sino observar los desarrollos institucionales, la generación de iniciativas municipales, y la dinámica de la participación social, que el proceso de descentralización en materia de salud pudo haber dado lugar.

A la vez, se impone la necesidad de una discusión analítica sobre algunos de los múltiples interrogantes que el programa de descentralización de servicios de salud plantea en vistas a una profundización de la reforma de las relaciones interjurisdiccionales entre el gobierno provincial y los gobiernos municipales.

En este último sentido, se detectaron **cuatro núcleos centrales de problematización** respecto a la estrategia de descentralización: **a)** la relación entre las dimensiones burocráticas y políticas implicadas en el esquema de descentralización del servicio, **b)** los estilos de gestión local, **c)** los diferentes sistemas de organización de políticas sociales locales y **d)** las culturas comunitarias.

Resulta necesario realizar una aclaración. Acordando con la línea de estudio que compara "mercados provinciales de salud" (Katz et al, 1993), se concluye que no es posible analizar la política de salud a nivel federal o "nacional", y con ello llegar a conclusiones válidas para todo el territorio del país, debido a la complejidad jurisdiccional de la política de salud, donde convergen capacidades normativas, financieras y de posesión de recursos que son compartidas por los ámbitos federal, provincial y municipal. Otra característica señalada es que la principal forma de organización de los prestadores privados es de naturaleza provincial o municipal. Es decir, cada escenario provincial está influenciado por factores de índole local y nacional. Por lo tanto, el sector salud verdaderamente existente en Argentina es múltiple y diferente según cada escenario provincial.<sup>4</sup>

Desde la perspectiva de la organización de los servicios de salud, un enfoque posible y por cierto pertinente, consiste en **analizar el sector salud como un proceso político**, inscripto en un sistema de intereses, analizando la estructura y el funcionamiento del sector, el cual se encuentra determinado por un estilo de desarrollo o régimen político, etc., como también por las acciones estratégicas de los actores sectoriales.<sup>5</sup> A partir de ello, se configura una cierta estructura de poder, con mayor o menor grado de institucionalización, mayor o menor competencia del mercado, etc.<sup>6</sup>

Una segunda opción de análisis, por otra parte bastante frecuente, consiste en realizar

---

<sup>4</sup> *En el estudio de casos que aquí realizo, ha sido particularmente relevante comprobar que el proceso de descentralización o municipalización de los servicios de salud se ha desarrollado a partir del "estilo" de gestión local y de los comportamientos de los actores locales en cada uno de los municipios o comunas, como también de la conformación del sector salud local. Conclusiones similares se encuentran en Ahumada J. y Miretti L. (1993).*

<sup>5</sup> *Al respecto: Katz J. y Muñoz A. (1988)(a), Katz J. et al, (1993)(d), Navarro M. y Rosenfeld A. (1993)*

<sup>6</sup> *En esta línea, y referidos a la existencia, y permanencia de determinada estructura de poder sectorial en la provincia de Córdoba, se inscriben los trabajos de Navarro M. y Rosenfeld A. (1993), y Navarro M. et al (1994).*

**diagnósticos de la situación de los servicios de salud**, puntualizando en la asignación de los recursos, detectando en la mayoría de los casos una irracionalidad en la misma o en la organización de los servicios de salud<sup>7</sup>. Estos diagnósticos, en general, concluyen con recomendaciones, líneas de acción o de políticas, sin profundizar en los motivos de la irracionalidad de la asignación de los recursos, o de la organización de los servicios de salud, y sin considerar el peso de los actores sectoriales en la lógica organizacional.

Finalmente, existe una perspectiva poco estudiada, que es la perspectiva **del usuario o del beneficiario de la política social**, en éste caso, específicamente de la política de salud. Esta representación introduce una serie de elementos nuevos, que incluyen la acción del usuario o del beneficiario, su experiencia particular o grupal, las distintas orientaciones valorativas, sus agrupaciones, etc.<sup>8</sup>, como también los efectos acumulativos que sobre la salud generan el aumento de la pobreza, el desempleo, el subempleo, y la capacidad mermada de los servicios de salud para responder a los problemas sanitarios.

El presente estudio persigue un **doble objetivo**: por una parte, -analizar la conformación del sector salud en cinco municipios de la provincia de Córdoba y la incidencia de la propuesta descentralizadora provincial en los mismos, y por otra parte, - analizar las articulaciones Estado-sociedad civil emergentes como consecuencia del proceso descentralizador. El énfasis está puesto en las estrategias de los actores locales, tanto colectivos como individuales, demandantes, oferentes y Estado para lograr la satisfacción de necesidades de salud.<sup>9</sup>

Se busca profundizar en tres aspectos del proceso de reforma y descentralización: el aspecto **tecnológico** (la incorporación de nuevas tecnologías de organización y gestión de los servicios), el **cultural** (la implementación del proceso descentralizador sobre pautas culturales y valorativas de la burocracia estatal) y el aspecto **social** (mejorar las posibilidades de acceso a los recursos y servicios del estado por parte de los sectores carenciados).<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup> *En líneas generales ésta es la orientación de los diagnósticos realizados por el Ministerio de la Función Pública previos a la descentralización en salud. Posterior a la firma de varios convenios, existe un trabajo de carácter cualitativo que intenta superar la instancia del diagnóstico y profundizar respecto al grado de cumplimiento de los objetivos de la descentralización. Ver Ahumada J. y Miretti L. op. cit.*

<sup>8</sup> *La problemática del usuario ha sido abordado en algunos trabajos referidos a políticas asistenciales (Golbert L. et al, 1992), o respecto a marginalidad y exclusión, específicamente en salud, (Kesler G. y Minujin A., 1993), y en el caso de Córdoba: Ahumada J. y Burijovich J, 1994.*

<sup>9</sup> *El abordaje no se realiza a partir de la lógica de organización de los actores sectoriales corporativos (gremios médicos, colegios profesionales, etc) sino que se busca analizar la actuación de los actores locales, en tanto usuarios de los servicios de salud. Asimismo, quedan comprendidas aquellas prestaciones que, en algunos casos, se agrupan en el área de "acción social" municipal, y que tienen estrecha vinculación con salud (entrega de medicamentos, pasajes para derivaciones hospitalarias, etc.)*

<sup>10</sup> *Estos tres aspectos de la descentralización han sido resaltados por Oszlak et al, 1990, (pp.63) al describir las relaciones entre Estado y salud. Estos aspectos han servido para agrupar nuevas categorías que surgen del análisis de las experiencias y que se detallan en las conclusiones del trabajo.*

Debido a la ausencia de análisis previos de la experiencia descentralizadora en salud<sup>11</sup>, el **estudio de casos**<sup>12</sup> resultó la modalidad de investigación y análisis más pertinente.

El trabajo comienza con una descripción del sistema de distribución de recursos vigente en Argentina, y la importancia respecto a la reforma del Estado de estrategias como la descentralización. En relación a ello, se busca precisar conceptualmente el término descentralización y su uso en el campo de la salud. Se analiza además, la propuesta de modernización del Estado en función de la situación sectorial, tanto a nivel nacional como provincial. Se detalla ampliamente la propuesta de descentralización en salud iniciada por el gobierno de la provincia de Córdoba.

El segundo capítulo, analiza la adhesión o no a la propuesta descentralizadora provincial por parte de cinco municipios que fueron seleccionados, los que se encuentran ubicados en distintos departamentos de la provincia, presentando cada uno de ellos características sociodemográficas, financieras y políticas diferentes. El énfasis está puesto en el grado de autonomía municipal, en la capacidad de negociación con respecto al ejecutivo provincial y las diferentes modalidades adoptadas. Asimismo se precisan las alternativas que los mismos actores locales (gubernamentales y no gubernamentales) han asumido para dar solución a los problemas de salud. Se eligieron las experiencias más novedosas encaradas por los municipios, por las organizaciones locales y por los usuarios/as de servicios sociales (ciudadanos). El objetivo en cada municipio es detectar la existencia de articulaciones entre Estado municipal y las acciones encaradas por los actores sociales locales.

El tercer y último capítulo, retoma los tres ejes centrales a considerar en el proceso de descentralización (tecnológico, social y cultural) relacionándolos con las experiencias analizadas, formulando algunos interrogantes respecto a los posibles escenarios que de ahora en más los municipios serán protagonistas y qué grado de autonomía real tienen para satisfacer las demandas crecientes en salud y de políticas sociales en general.

## **I. ¿MODERNIZACIÓN DEL ESTADO O CRISIS DE FINANCIAMIENTO?**

Tanto desde una perspectiva sociopolítica, como económica o cultural, la temática de la organización de los servicios de salud, revela una importancia fundamental para el análisis de las políticas sociales.

---

<sup>11</sup> *Hasta la fecha, solo se conoce el trabajo de Ahumada J. y Miretti L. op. cit. En el mismo se evaluó, desde la perspectiva de los receptores de los servicios descentralizados, los efectos más relevantes de dicha política, en 7 dispensarios, 2 hospitales vecinales y 1 puesto sanitario. Las conclusiones arribadas en el citado estudio, han sido de suma utilidad para comparar y complementar los resultados del presente trabajo.*

<sup>12</sup> *La estrategia metodológica se encuentra detallada en el apéndice.*

El modo de organización de los servicios de salud, es un concepto que designa el marco normativo, formal e informal, donde se establece el tipo y grado de cobertura de la población protegida, así como las formas de asignación de los recursos disponibles, y los agentes receptores de tales recursos. Se trata de un concepto ligado estrechamente a los de **ciudadanía social**<sup>13</sup>, **equidad distributiva** y **eficiencia**.(Navarro M. et all., 1994)

La discusión respecto a la modernización del Estado, queda centrada básicamente en la identificación de un mecanismo o de diversos mecanismos, que permitan el logro más exhaustivo de los objetivos señalados ut-supra. Por ello, algunos autores consideran que la asignación centralizada de recursos y funciones resulta el mecanismo más adecuado; para otros, la descentralización de funciones y servicios se aproxima mas a las necesidades sociales y a la participación ciudadana.

En Argentina, y de acuerdo al régimen jurídico constitucional, se establece en forma conjunta con la división de funciones entre gobierno central y los provinciales<sup>14</sup>, la distribución de recursos por medio de la coparticipación federal, implicando la misma, la asignación de una parte de los ingresos de la administración pública nacional.<sup>15</sup>

La importancia de la coparticipación federal ha sido revalorizada en los últimos años, principalmente la dimensión financiera de la misma, dando prueba de ello los sucesivos pactos fiscales firmados entre nación y provincias. Los mismos tienen como objetivo ordenar la

---

<sup>13</sup> *El concepto de ciudadanía, comprende tres aspectos fundamentales: i) los ciudadanos son la fuente última de la voluntad colectiva, en la formación de la cual están llamados a participar en una variedad de formas institucionales, son también ii) los sujetos en contra de los cuales esta voluntad se debe hacer cumplir y cuyos derechos civiles y libertades prescribe, estableciendo una esfera autónoma de la acción privada social, cultural y económica restringida a la autoridad estatal, y finalmente son iii) los clientes que dependen de los servicios, los programas y los bienes colectivos provistos por el Estado para asegurar sus medios de supervivencia materiales, morales, culturales y de bienestar de la sociedad. Es decir, los ciudadanos se relacionan estructuralmente con la autoridad estatal, de tres maneras fundamentales: los ciudadanos son colectivamente los creadores soberanos de la autoridad estatal, están potencialmente amenazados por la fuerza y la coerción organizada por el Estado y dependen de los servicios y provisiones organizados por el Estado. (Offe C., 1982)*

<sup>14</sup> *Respecto a salud, las provincias ejercen de modo concurrente con la Nación el poder legislativo en materia sanitaria (arts. 75, inc. 18).*

<sup>15</sup> *Representa un sistema conformado por normas y procedimientos basados en el principio de "unificación y coparticipación de impuestos", por el cual ciertos tributos son recaudados por el Estado Nacional y se distribuyen entre ésta y las administraciones provinciales de acuerdo a distintos regimenes que han ido cambiando con el tiempo. A la vez, cada una de las unidades provinciales tiene establecida el sistema de coparticipación provincial con los municipios de su jurisdicción. Los principios del federalismo financiero (recursos y gasto público) surgen de las disposiciones constitucionales (arts. 4, 9, 17, 67 inc. 1, 2, 9, y 104 y 108)*

distribución de impuestos coparticipados, y su estructura de recaudación,<sup>16</sup> aunque el marco en que se han consensuado dista de ser óptimo, logrando establecer solo acuerdos transitorios que deberán ser sometidos a nuevas negociaciones.

Resulta necesario remarcar que la problemática del rol del Estado<sup>17</sup>, tanto en el proceso de acumulación como en relación al gasto público social, no ha sido definido como una cuestión de índole local (municipal), sino como competencia reservada a las instancias mayores.<sup>18</sup> A la vez el criterio a adoptar para la distribución de recursos no resulta una tarea sencilla. Como ejemplo de ello, los conflictos que se originan dentro de la administración pública y sus dependencias referidos a la asignación de recursos entre los aparatos públicos y privados, da como resultado, grupos sociales que resultarán favorecidos o perjudicados por la distribución que se adopte.

Desde esta perspectiva, resulta ineludible analizar el concepto de descentralización en tanto proceso tendiente a modernizar el aparato estatal, y la implicancias de dicho proceso en el sector salud. Se acompaña el análisis con una breve exposición del comportamiento del sector salud en Argentina en general, y en Córdoba en particular, cuya evolución torna comprensible la instancia histórica en que los procesos de descentralización y municipalización en salud emergen. Ello también permite explicar los supuestos que se asumieron para enmarcar la comprensión del sentido histórico-político de los mismos y apoyar la pretensión de construir una lectura intersubjetiva de su concreción y desarrollo.

El interrogante que subyace, se refiere a si verdaderamente se conformó un proceso de reforma y modernización del Estado, en tanto imperativo de modernización, o simplemente se agruparon una serie de medidas tendientes a atemperar o “distraer” la crisis de financiamiento del sector salud.

---

<sup>16</sup> *En el pacto fiscal de Agosto de 1993, se establecen modificaciones respecto a: impuesto a los activos, retenciones del Impuesto al Valor Agregado, aportes patronales (para los impuestos nacionales) y para los provinciales, se establecen modificaciones respecto a impuesto a los sellos, impuestos provinciales sobre transferencia de combustibles, gas, energía eléctrica y servicios sanitarios, e impuestos provinciales sobre intereses y débitos bancarios, ingresos brutos y el nuevo tratamiento del impuesto inmobiliario (Cetrángolo, 1993). Para saldar la pérdida de ingresos implícita en la reducción de aportes patronales y el cambio del sistema previsional, en setiembre del mismo año se eliminó al mínimo no imponible del impuesto a las ganancias de la personas, permitiendo utilizar parte de los aportes jubilatorios como pago a cuenta (Lo Vuolo, 1994) (c).*

<sup>17</sup> *Las diferentes concepciones acerca del rol del Estado en la sociedad, y los resultados de las negociaciones de los distintos sectores sociales, junto a los cambios de regímenes regulatorios globales de la actividad económica tuvieron en la Argentina contemporánea, efectos a largo plazo sobre el modelo de organización social e industrial del país (Katz J., Kosacoff B., 1989) Sin entrar en el debate de la lógica de los procesos económicos, ni mucho menos a las distintas corrientes teóricas que dan cuenta de la dinámica de conformación de los mercados, el caso argentino resulta ilustrativo respecto a la presencia de distintos momentos idiosincráticos en toda la etapa de desarrollo económico, tanto en la etapa sustitutiva de importaciones, como "etapa del dualismo en la sustitución de importaciones" que conforman el "círculo vicioso del subdesarrollo".(Lo Vuolo R., 1991,(a))*

<sup>18</sup> *Hasta el momento, no se ha señalado cuál será la efectiva participación de las instancias menores en la definición y distribución de recursos, punto sobre el cual se plantean numerosos interrogantes. Considero que resulta necesario, al menos, incorporar algunas de estas problemáticas al debate sobre la descentralización.*

## I.1 Descentralización en Salud

En el **campo de la salud**, la descentralización política y administrativa es considerada como un instrumento adecuado para permitir mejorar la eficiencia y la accesibilidad de los servicios a toda la población de acuerdo a sus necesidades de salud<sup>19</sup>. La descentralización estaría fortaleciendo la estrategia de atención primaria de la salud y la universalización de la cobertura de los servicios<sup>20</sup>.

No pretendo abordar una discusión teórica-conceptual respecto al concepto de descentralización, en tanto existe literatura al respecto<sup>21</sup>. Lo que se trata, es de acordar aquí el sentido y el uso que se le otorgará a la descentralización, por cuanto a pesar de los esfuerzos de conceptualización, subsiste cierta confusión respecto a su significado y alcance.

El concepto que más se ajusta a nuestro sistema jurídico, es aquel -de raíz francesa- que considera que la **descentralización** significa el traspaso de poderes desde el nivel central a una autoridad de un área o función especializada, con distinta personería jurídica (Oszlak O. et. all., 1990; Boisier S., 1990).

A su vez se distingue de la **desconcentración**, que es el equivalente francés de lo que comúnmente se denomina descentralización administrativa, es decir: el traspaso de funciones, atribuciones y responsabilidades a niveles inferiores dentro del gobierno central y sus organismos. La desconcentración puede ser geográfica o funcional y otorga cierta discrecionalidad a los actores de los niveles locales.

Los programas de descentralización muchas veces se conforman a partir de la existencia de una o más agencias centrales de coordinación y una red de unidades periféricas que en función del programa en cuestión deberán hacerse cargo de tareas de gestión, asignación de recursos y

---

<sup>19</sup> Estas recomendaciones han sido formuladas tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y particularmente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al recomendar la "implantación de métodos más efectivos para planificar el desarrollo de los servicios de salud y mejorar su gestión en función de los requerimientos de programación local, objetivos que se pueden alcanzar mediante una efectiva descentralización política y administrativa" - XXII Conferencia Panamericana Sanitaria , 1987.

<sup>20</sup> Concretamente, se buscaría mejorar el modelo prestador en salud vigente en la actualidad, que presenta a la vez, diversas formas de iniquidad respecto al acceso a los servicios, e ineficiencia operativa del sistema en si mismo, dando lugar a la llamada "puja distributiva" (Katz J. y Muñoz A., 1989(a)) que se libera al interior de la esfera productiva por parte de los distintos núcleos prestadores de servicios y proveedores de bienes.

<sup>21</sup> Como suele suceder con un concepto de tanta relevancia política, las posiciones ideológicas y políticas en torno a esta cuestión, tienden a polarizarse entre quienes consideran a la descentralización como una "panacea", y los que la consideran como un último ataque sobre "lo que queda del Estado de Bienestar" o sobre un orden social condonado a su remplazo. Desde una perspectiva "intermedia" que busca la manera de organizar a la sociedad en algun punto intermedio del "continuo centralización-descentralización" se inscriben la mayoría de los trabajos, y -muchas de las experiencias descentralizadoras-, realizados en América Latina por la CEPAL, el ILPES, y algunos gobiernos regionales, considerando a la descentralización como instrumento para el logro de un desarrollo sustentable. Al respecto Boisier S. et all, 1991, Sojo A., 1990, Rufián D., 1991, etc.

fiscalización de los resultados que inicialmente ejercía la unidad central de coordinación.

La diferencia entre ambas figuras, no es una cuestión de grados. Boisier S.(1985) señala que la descentralización implica el establecimiento de órganos con personalidad jurídica, patrimonio y formas de funcionamiento propias y capacidad discrecional autónoma. Por el contrario, los órganos desconcentrados operan con la personalidad jurídica que corresponden al respectivo órgano central, sin haberseles derivado funciones específicas.

Para el caso específico de la salud, el empleo del término descentralización se acerca más al concepto francés que al anglosajón. El concepto anglosajón es más amplio, y comprende la transferencia de responsabilidad en materia de planificación, gestión, obtención y asignación de recursos del gobierno central a unidades menores, tanto a organismos públicos como a instituciones privadas o no gubernamentales. Es decir que también abarca fenómenos como la privatización, delegación, devolución, descencentración. (Oszlak O. et all, 1990).

Sintetizando, la descentralización, constituye un proceso de carácter global, que supone, por una parte el reacomodamiento de un sujeto con capacidad de decisión en un territorio determinado en condiciones de asumir la gestión de intereses colectivos y que se encuentre provisto de personería político-administrativa; y por otra parte, implica la transferencia a este sujeto de un conjunto de competencias y recursos (financieros, humanos y materiales) que deberá gestionar autónomamente en el marco de la legalidad vigente<sup>22</sup>. Esta medida de carácter global como lo es la descentralización, puede ser aplicada sectorialmente. Así en el campo de la salud, la descentralización se legitima en tanto instrumento adecuado para mejorar la eficiencia y la accesibilidad de los servicios a toda la población de acuerdo a sus necesidades de salud.<sup>23</sup>

En este marco general, se ubica el proceso descentralizador en Argentina. Las actuaciones estatales y de los actores sociales, en las provincias, en los municipios y en cada una de las esferas políticas, no se han desenvuelto de manera uniforme.<sup>24</sup> Estas variaciones en la provincia de Córdoba y en lo referente a los servicios de salud, conforman el foco de interés del presente trabajo.

---

<sup>22</sup> *La dificultad de acordar en un concepto de descentralización obedece a diversos factores. La experiencia internacional en la materia ha sido tan poco homogénea que no se puede homologar un concepto, ya que cada sistema político-constitucional adopta un mecanismo de transferencia de poder de acuerdo a su estructura jurídico-administrativa. En el caso europeo, los sistemas descentralizados de Francia, Inglaterra y Alemania son diferentes. En el caso de ésta última, con un sistema federal de gobierno, el sistema de salud descentralizado presenta varios puntos de contacto con el sistema argentino. Al respecto, Deppe H.(1992) Dab, Henrad (1991), Mc Carthy M (1991), entre otros.*

<sup>23</sup> *Estas recomendaciones han sido formuladas tanto por la O.M.S. como por O.P.S.: Programa de desarrollo de los servicios de salud. Documento elaborado sobre la base de las discusiones del Seminario sobre "Descentralización de los Servicios de Salud". Buenos Aires, 24-27 de mayo de 1987.*

<sup>24</sup> *Las experiencias descentralizadoras se han iniciado en las provincias de Córdoba, Buenos Aires, Mendoza, Neuquén y Capital Federal (para ésta última, Katz J. et al, 1990c). No dispongo de información de experiencias similares en otras provincias.*

## I.2 El sector salud en Argentina

El modelo de organización del sector salud en Argentina en general, y en la provincia de Córdoba en particular, presenta dos características principales. Una primera característica se refiere a la **estratificación de la población demandante** en sectores carenciados y bajos, quienes acuden al sector público; sectores bajos estructurados, medios y medios-altos, que tienen seguro social; y finalmente, los sectores altos que no están asegurados pero son usuarios del subsector privado. La segunda característica describe las **relaciones funcionales entre los diferentes subsectores** en lo que respecta a la seguridad social médica, destacándose tres roles básicos: la financiación que corresponde a las denominadas **obras sociales**, la prestación pertinente a los **prestadores privados** y la normatización, atribuida a la **autoridad pública**. (Navarro M. y Rosenfeld A., 1993).<sup>25</sup>

En la conformación histórica del Estado argentino, la salud, al igual que la mayoría de las políticas sociales, ha sido tradicionalmente definida por las administraciones centrales nacional o provincial e implementada por medio de sus órganos territoriales, desconcentrados en forma homogénea y programados con carácter universalista. Los factores que contribuyeron a este centralismo fueron de carácter político y económico, relacionados estrechamente con el desarrollo del Estado de Bienestar. Al movilizar las políticas sociales gran cantidad de recursos financieros y humanos, sobre todo en las áreas de salud, seguridad social y educación, determinaron la administración centralizada para la prestaciones de estos servicios, ya que los entes locales menores no disponían de los recursos financieros y carecían además de capacidad necesaria para manejar dichos recursos (Rufián D., 1991). De alguna manera la premisa era mejorar los servicios sociales, para resolver el déficit de cobertura, sin una programación en función de las diferencias y particularidades territoriales y regionales. Se buscaba mejorar los indicadores sociales nacionales y para ello la política social centralizada era mucho más eficaz, además de actuar como mecanismo de integración social.

Este modelo tradicional de provisión de la salud, en la que el Estado jugó un rol protagónico, ya sea regulando la actividad o como proveedor directo de los servicios, ha experimentado, en los últimos años, un creciente deterioro respecto a patrones de eficiencia operativa, eficacia y equidad distributiva. A ello se le suma la crisis de financiamiento que ha sufrido la economía argentina, repercutiendo directamente sobre el modelo prestador de servicios de atención médico-sanitaria, como también en la financiación de los mismos.

El modelo de financiamiento padece también de rasgos de iniquidad e ineficiencia en la

---

<sup>25</sup> *Por el crecimiento de su volumen, y por su expansión territorial y demográfica, la seguridad social médica se constituyó en el pilar dinámico del sector salud. En ella, es posible caracterizar el mayor acercamiento a un modelo neocorporativo, con diferentes vaivenes en la conformación de la estructura de poder: desde el "pacto constitutivo" básico del sector salud (Belmartino S., 1993) reflejando una estructura de poder equilibrada, hasta el proceso de desorganización de los actores se ha ido acentuando en estos últimos seis años. En la provincia de Córdoba, el proceso fue descrito hacia 1987 y 1988 como un "empate sectorial con una creciente e involuntaria centralidad del Estado" (Navarro M. y Rosenfeld A., 1993).*

captación y uso de los recursos por parte del sistema de obras sociales, manejo burocrático de los mismos e incapacidad de fiscalizar ex-post por parte de las entidades compradoras de servicios, impidiendo así mejorar los resultados globales alcanzados por el sistema. (Katz J. et all., 1990 (c)).

Lo señalado hasta el momento no agrega nada nuevo al debate. Son muchos los autores que a lo largo de estos años han detectado los signos de la crisis estructural del sector salud.<sup>26</sup> La diferencia radica en que los actores involucrados han tomado conciencia del carácter terminal de la misma y que "no se trata de una instancia más de negociación de la cual se habrá de salir sin que cambie nada" (Katz J. et all, 1990(c)).

La tendencia indica que, finalmente, los sectores involucrados en el cuidado y atención de la salud han comprendido que es necesaria una profunda reestructuración de la organización y funcionamiento del modelo prestador y por consiguiente de su modalidad de financiamiento. Sin embargo, este reconocimiento por parte de los actores no implica que se torne menos conflictiva la resolución de la situación de crisis, como tampoco se está ante la irrupción de una nueva conceptualización sobre un sistema de salud alternativo. Si existen medidas puntuales, como la descentralización y desconcentración de servicios, o la formación de hospitales de autogestión<sup>27</sup>, etc., pero de acuerdo a la forma con que se están implementando las mismas resultan solo soluciones parciales de la crisis global y generalizada del sistema.

En lo que se refiere al sector público, y a pesar de la crisis que ha sufrido por más de dos décadas, continúa reuniendo dos tercios de las camas sanatoriales disponibles, y produce más de la mitad de los egresos del sistema y de las prestaciones que recibe la comunidad.(Katz J. et all, 1990 (c)). Los hospitales públicos han comenzado a facturar con obras sociales como medida paliativa a la crisis financiera que tienen, lo cual les permite en forma relativa un desahogo financiero.

En el campo de la atención privada de la salud, las cosas no han marchado mejor que en el sector público. Por una parte, la crisis estructural ha impuesto cambios en el comportamiento tanto de lo prestacional como de lo financiero e institucional. Teniendo en cuenta el poder relativo del sector sanatorial, y por otro lado el poder creciente de la comunidad médica (Federación médica, colegios y consejos profesionales, etc.), la puja en torno al manejo de los

---

<sup>26</sup> Así los trabajos de Katz J. y Muñoz A., 1988; Neri A., 1988; los diversos informes de Fiel, los trabajos de Isuani A. y Mercer H., 1986; Barbeito A. y Lo Vuolo R., 1992, y para el caso del sector salud en Córdoba: Gagliano E. y Navarro M., 1989; Navarro M. y Rosenfeld A, 1993.

<sup>27</sup> El Decreto 578/93, denominado decreto de Autogestión Hospitalaria, sigue los lineamientos del Decreto 1269/92 donde se fija la política sustantiva de área salud, y se establece la facultad de cobrar servicios a los beneficiarios de obras sociales. El mismo fija la exigencia de constituir un "área social" que posibilite determinar la situación socioeconómica y el tipo de población que demande servicios, con incentivos a los profesionales de la salud, de "ingresos percibidos" al interior del hospital. Hasta el momento solo han adherido a éste decreto tres hospitales de la provincia de Buenos Aires, pero más allá de "declaraciones optimistas" de sus directores, se conoce muy poco acerca de la implementación de ésta nueva política, que más que una política de salud se asemeja a una refuncionalización del hospital, convirtiéndolo en cada vez más excluyente para el acceso de los sectores marginales.

convenios con obras sociales es de envergadura.<sup>28</sup>

Se registra también, una creciente tendencia hacia el desarrollo de prepagos privados, de contratos capitados de cartera cerrada, todo lo cual va minando la posibilidad de la continuidad del tradicional modelo de libre elección y pago por prestación, al que históricamente estaba acostumbrada la población (Katz J. et al, 1990(c)).

Ante este complejo fenómeno de cambio institucional, respecto al tradicional papel que han desempeñado las instituciones del Estado de Bienestar en Argentina, y en un contexto de crisis de financiamiento del sector público, surgen las medidas descentralizadoras como una vía posible para sortearla, las cuales conjuntamente con otras medidas institucionales, como la privatización, concesión, desregulación, etc. están dando lugar a una reconceptualización del papel del Estado en el funcionamiento de la vida de la sociedad.

Ahora bien, la reorientación de las políticas sociales que se ha agrupado en el paquete de "modernización y reforma de la administración del Estado", parte de aceptar que la escasez de recursos es un obstáculo para la práctica de políticas universalistas, lo cual conduce a restringir las prestaciones sociales. Por otra parte se habla de la necesidad de focalizar las prestaciones, es decir, optar por una población objetivo determinada teniendo en cuenta el monto de los recursos disponibles. A su vez, se trata de promover la participación de los ciudadanos/as, en términos de posibilitar a los usuarios/as la comunicación directa con los responsables del servicio o su intervención en la gestión de los mismos. Las formas de participación pueden ser múltiples, por un lado pueden consistir en la prestación de servicios por la comunidad (ya sea por medio de concesiones o de apropiación de espacios o "nichos" que el Estado no cubre), por otra, se participa en la comunicación de las necesidades básicas colectivas y sus prioridades. También los espacios de participación social pueden abrirse en la instancia de ejecución de las actividades de beneficio común, en la conducción de las empresas de servicios locales y/o en el control directo de la eficiencia, eficacia y honestidad con que se administran las entidades y recursos del Estado.

Ahora bien, un programa de reforma del sector público no puede reducirse a medidas de tipo técnicas como desburocratizar o racionalizar, sin realizar un análisis político y económico de los contextos burocráticos en los que dichas medidas administrativas puedan prosperar. En el caso de los programas sociales en general, y particularmente en el caso de las políticas de salud, se requiere para su implementación de complejas estructuras gubernamentales y un número importante de unidades de decisión privadas. Es decir, cada unidad de decisión local (en este caso un municipio o una comuna) se verá sometida a una puja inherente a las decisiones tomadas en cada nivel y al consiguiente grado de incertidumbre derivado del impacto de dichas medidas. En el caso de la salud, el comportamiento histórico del sector lleva a suponer que la puja será aún mayor debido a la estructura de poder imperante y del comportamiento de los actores involucrados, o por el contrario podríamos estar ante la

---

<sup>28</sup> Un ejemplo es PAMI a nivel nacional y el caso IPAM (Instituto provincial de atención médica), en Córdoba.

presencia de un alto grado de desinstitucionalidad del sistema.<sup>29</sup> Es de suponer que dentro del proceso descentralizador, el elemento clave en ésta ¿nueva? institucionalidad será el grado de autonomía (política, financiera y burocrática) de cada municipio.

Lo que quiero señalar, y que no solo abarca al proceso de reforma de la administración provincial cordobesa, sino también las reformas implementadas en el actual sistema de políticas sociales argentino,<sup>30</sup> es que no se discute la iniquidad en el acceso y uso de los servicios, sino que se busca un mayor impacto del gasto social y sus efectos redistributivos.

En función de lo señalado, son múltiples los interrogantes que aún quedan sin responder y refieren concretamente a las consecuencias del proceso de descentralización en el sector salud. La imposibilidad de dar respuestas se debe, entre otras cosas, principalmente al carácter novedoso (en términos temporales) de la iniciativa de descentralización en salud, como también al dispar desarrollo del mismo (en términos de unidades descentralizadas) y a nivel nacional, debido a la pocas experiencias existentes.

### **I.3 El sector salud en la Provincia de Córdoba**

La provincia de Córdoba concentra en toda su extensión un total de 1150 establecimientos de atención médica, correspondiendo 566 al sector privado y 584 al sector público.<sup>31</sup> Entre 25 y 30% de la población de la provincia acude al hospital público por carecer de ingresos y/o cualquier tipo de cobertura, mientras que aproximadamente el 70% de la misma cuenta con cobertura de alguna obra social. Solo una proporción pequeña se atiende de manera privada o cuenta con cobertura de sistemas prepagos; se estima que éstos cubren entre el 3 y 5% de la población<sup>32</sup>.

El auge de la cobertura bajo las obras sociales se inicia en la década de los sesenta y se expande notablemente en los setenta. Una proporción muy significativa (16%) de la población de la provincia de Córdoba se encuentra en 1990, con cobertura del Instituto Provincial de Atención Médica (IPAM). El PAMI cubre el 12% de la población, mientras que el resto de las obras sociales cubren, al menos formalmente, entre 35 y 40% de la población provincial. El crecimiento de las dos obras sociales estatales (IPAM-PAMI) ha sido muy alto y notablemente superior al conjunto de las otras obras sociales en los últimos 15 años.<sup>33</sup>

---

<sup>29</sup> Para un análisis detallado ver Navarro M. y Rosenfeld A., 1993 y Navarro M. et al, 1994.

<sup>30</sup> Para un análisis global de las reformas implementadas en materia de políticas sociales, ver Lo Vuolo R. (b) 1994.

<sup>31</sup> Estos totales excluyen la capacidad instalada propia de las Obras Sociales. Fuente: Navarro M y Rosenfeld A., 1993.(pp.229 a 233).

<sup>32</sup> Navarro, M. y Rosenfeld A. (1993). *op. cit.*

<sup>33</sup> Navarro M. y Rosenfeld A.(1993) *op cit.*

En la década del 60 el sector público provincial fue segmentado, con la finalidad de descongestionar el nivel central a partir de la creación de “zonas sanitarias”, brindando una orientación regional a las políticas de salud. A principios de la década del 70, la capacidad instalada del sector público representaba el 71% del total de camas existentes en los departamentos del interior. La radicación de profesionales de la salud (médicos principalmente) en el interior provincial, se mantiene en escala creciente, aunque la magnitud de los mismos es menor que la producida en la ciudad capital. La distribución de los profesionales en el espacio geográfico, así como la localización de clínicas privadas, muestra una concordancia con los procesos de crecimiento regional y local. En áreas que se registra expulsión poblacional y pobreza relativa permanecerán casi exclusivamente establecimientos públicos (particularmente en la región NO), mientras que en zonas de crecimiento de la producción, empleo e ingreso, sumado al aumento de la urbanización, aparecerán nuevas clínicas privadas y crecerá el número de médicos.

Las diversas obras sociales y sus sistemas de cobertura de la atención, permitieron potenciar la capacidad de pago de la población y recurrir a diversos servicios especializados. Debido a las dificultades financieras del sector público, y a sucesivos recortes del gasto, sumado a políticas nacionales de descentralización que en materia de educación y salud, se aplicaron a fines de los setenta y principios de los ochenta, fueron deteriorando la capacidad del hospital público

En la década 1980-1989, el sector público siguió disminuyendo su peso relativo en el total de camas disponibles en el interior provincial y baja a poco más del 46%, como consecuencia de la disminución del propio sector público, en un 7% aproximadamente; y del surgimiento de las "microempresas médicas"<sup>34</sup> ampliando la oferta de camas disponibles en un 30%. La mayoría de las mismas se radican en ciudades intermedias.

El diagnóstico sobre la situación del sector en Córdoba, en términos de fundamentar la descentralización como herramienta de superación de los problemas en la atención de la salud en el territorio provincial, realizado por la entonces secretaria de la Función Pública, en 1988, enfatiza el juego de factores institucionales en la organización de la prestación del servicio. En particular, el diagnóstico coloca especial énfasis en el **alto grado de centralización** que por entonces observaba el sistema, como asimismo se detecta que “el elevado número de establecimientos no ha asegurado la cobertura a nivel local. Las deficiencias en los niveles de atención tampoco se deben a una insuficiente asignación de recursos”. Se recurre a dos variables explicativas: **el modelo de atención y de gestión administrativa y el comportamiento de los profesionales**. Respecto a la dedicación de los médicos se detecta, como nudo problemático, la dedicación parcial y un bajo nivel de compromiso, tanto respecto a la unidad de servicio como con la comunidad local que demanda atención<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Denominación propia de los autores, Navarro M. y Rosenfeld A, (1993)

<sup>35</sup> Provincia de Córdoba, Ministerio de la Función Pública y de la Reforma Administrativa.(1991) Cuadernos de la Reforma. Serie Descentralización , pp.48. Coincide con lo señalado en el diagnóstico de Furlán L.(1988).

#### I.4 Aspectos sustanciales del proceso de descentralización en salud

La estrategia de descentralización en salud iniciada por el gobierno provincial, tiene como objetivo primordial lograr un esquema de distribución territorial de establecimientos, que permita mejorar la eficiencia y eficacia de la atención primaria de la salud. Este objetivo tuvo como referente las estrategias de descentralización de atención a la salud internacionalmente reconocidas y recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La operatoria descentralizadora provincial para el área salud comenzó a funcionar en 1988, encuadrada en la normativa jurídica que comprende los decretos 1174/88, (políticas generales y pautas normativas, para los programas de descentralización en la provincia); la Ley Prov. 7850/89 (Ley de reforma del Estado) y los decretos provinciales N° 6454 y 3015/89.

El programa se inicia a partir de la formulación de un anteproyecto de Cooperación Técnica de Descentralización, quedando a cargo de la secretaría de la Función Pública, la elaboración de un diagnóstico sectorial en cooperación con la Organización Panamericana de Salud. En el mismo se establecieron las unidades a descentralizar y a desconcentrar.

Para ello se han determinado zonas sanitarias definidas por el ministerio de salud de la provincia de Córdoba, las que corresponden a nueve departamentos de la provincia.<sup>36</sup> Se definieron los siguientes niveles de complejidad de los establecimientos asistenciales:

Nivel de Complejidad I:	<b>PUESTO SANITARIO</b>
Nivel de Complejidad II:	<b>DISPENSARIOS</b>
Nivel de Complejidad III:	<b>CENTROS DE SALUD MATERNO-INFANTIL</b>
Nivel de Complejidad IV:	<b>HOSPITAL VECINAL</b>
Nivel de Complejidad V:	<b>HOSPITAL ZONAL</b>
Nivel de Complejidad VI:	<b>HOSPITAL REGIONAL</b>
Nivel de Complejidad VII:	<b>HOSPITAL BASE O CENTRAL</b>
Nivel de Complejidad VIII:	<b>ESPECIALIZADOS</b>

La normativa establece que serán **transferibles o descentralizables** los niveles de **complejidad I, II, III y IV** y como **desconcentrables** los correspondientes a los niveles **V, VI, VII y VIII**. (Cuadro N° 1).

---

<sup>36</sup> ZONA SANITARIA N° 1: JESUS MARIA: Colón (E), Ischilín, Río Primero, Río Seco, Sobremonte, Totoral y Tulumba. ZONA SANITARIA N° 2: VILLA DOLORES: Ischilín, Minas, Pocho, San Alberto y San Javier. ZONA SANITARIA N° 3 :VILLA CAEIRO: Calamuchita (N), Colón (O), Punilla y Santa María. ZONA SANITARIA N° 4: SAN FRANCISCO: San Justo. ZONA SANITARIA N° 5: VILLA MARIA: Gral San Martín, Río II y Tercero Arriba. ZONA SANITARIA N° 6: MARCOS JUAREZ: Juarez Celman, Marcos Juarez y Unión. ZONA SANITARIA N° 7: RIO CUARTO: Calamuchita (S) y Río IV. ZONA SANITARIA N° 8: LABOULAYE: Gral Roca y Pdte Roque Saénz Peña. ZONA SANITARIA N° 9: CAPITAL: Dpto Capital. ZONA SANITARIA N° 10: CRUZ DEL EJE (creada en 1990)

## Cuadro N° 1

### Cantidad de establecimientos por jurisdicción y nivel de complejidad en la provincia de Córdoba (1988)

Jurisdicción y Nivel de Complejidad	Localidades		
	Capital	Del Interior	Total
<b>Nacional</b>	4	-	4
Alta Complejidad	2	-	2
Baja Complejidad	2	-	2
<b>Provincial</b>	12	454	466
Alta Complejidad	11	37	48
Baja Complejidad	1	417	418
<b>Municipal</b>	58	58	116
Alta Complejidad	2	1	3
Baja Complejidad	56	57	113
<b>Total Sector Público</b>	72	512	584
Alta Complejidad	15	38	53
Baja Complejidad	57	474	531
<b>Total Sector Privado</b>	163	403	566
<b>Total Establecimientos</b>	325	915	1150

**Fuente:** Proyecto de Cooperación Técnica - Secretaría Salud de la Nación, Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba y Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1988

En el caso de la salud, fue difícil lograr cuantificar una serie de ítems, como gasto desagregado por efector, debido a impedimentos de programación presupuestaria, o falta de datos precisos sobre cantidad de personal por planta, cantidad de consultas y egresos, entre otros.

En forma paralela se inició la etapa de promoción y de difusión del programa, con actividades tendientes a la comunicación de los objetivos políticos de la descentralización y de los específicos a lograr con la implementación del mismo. Se realizó una consulta regional, mediante el diseño y aplicación de una encuesta a los municipios, cuyos objetivos fueron conocer la estructura y el funcionamiento de los gobiernos locales e identificar las áreas a incorporar en el programa. En una segunda etapa se realizaron reuniones con los dirigentes comunales a fin de intercambiar opiniones respecto a la descentralización. Estas acciones de promoción y difusión del programa descentralizador abarcaron a todas las áreas sujetas a procesos descentralizadores (obras públicas, vialidad, salud, acción social, etc.)

Se creó además un programa de asistencia técnica para apoyar el desarrollo de la capacidad de gestión de los municipios, el fortalecimiento y la jerarquización de las administraciones locales. La secuencia continúa con la firma de cartas de intención entre representantes del gobierno provincial y los de los gobiernos locales (municipios o comunas), por medio de las cuales éstos últimos manifestaron su adhesión a la política descentralizadora propuesta.<sup>37</sup> Para

---

<sup>37</sup> En la práctica, las buenas relaciones partidarias entre el intendente municipal y el ejecutivo provincial actuaron como variable independiente respecto a la adhesión a la descentralización.

la transferencia de los efectores de salud, se estableció un convenio marco, uniforme para todos los Municipios.

La ley 7850 establece en su art. 10 el **fondo de financiamiento de la descentralización (FOFINDES.)** para atender las erogaciones que resulten de las transferencias de los servicios, obras y funciones del estado provincial a municipios y comunas. Por ello la citada norma legal, en su art. 2 (modifica el art. 2 de la ley 7664 de coparticipación) destina al fondo, el 12,5% del total de la coparticipación provincial a municipios y comunas<sup>38</sup> Este fondo absorberá las erogaciones de los convenios ya celebrados entre la provincia y los municipios, estableciendo que en caso de excedentes se distribuirán de la siguiente manera: 90% para municipios y 10% para comunas y comisiones vecinales<sup>39</sup>. Asimismo la ley faculta al ejecutivo provincial a reglamentar la distribución de fondos en función de los convenios de descentralización celebrados, y de la efectiva transferencia de los servicios, funciones y obras incluidos en dichos convenios. El financiamiento previsto operará por vía de la afectación de reducciones presupuestarias efectuadas a raíz de las transferencias efectuadas (arts. 15 y 16 ley 7850).

Se creó además un Consejo Provincial de Descentralización, integrado por representantes de seis ministerios, además de cinco intendentes o sus representantes.

## **I.5 Los convenios descentralizadores**

La **Ley 7850/89**, ley de reforma del Estado, establece en su art. 9 que el **convenio-marco** de adhesión<sup>40</sup> será la modalidad instrumental del proceso descentralizador, debiendo celebrarse entre el gobierno local, previo a la "transferencia de una obra, servicio o función". En dicho convenio se pactó el modo de participación de cada jurisdicción, los costos, el financiamiento, la asistencia técnica y demás condiciones particulares de la transferencia.

Básicamente la descentralización diseñada consiste en el traspaso a los municipios de los efectores de baja complejidad por entonces a cargo del gobierno provincial, en carácter de donación, comprometiéndose el municipio o comuna, al mantenimiento del edificio y la

---

<sup>38</sup> La coparticipación provincial a municipios representa un 20% del total de sus ingresos presupuestarios.

<sup>39</sup> Los coeficientes respectivos se calcularán de acuerdo a un procedimiento establecido en la ley 7535 en art. 2 y que así calculados pasan a constituir el fondo propio de cada municipio o comuna para la descentralización.

<sup>40</sup> En el trabajo de Ahumada J.y Miretti L., *op cit*, se señala que los intendentes consultados manifestaron su conformidad respecto a la utilización del convenio, aunque se observó un conocimiento insuficiente del mismo y de los derechos y obligaciones en el contemplados. Asimismo no se utiliza al convenio como programa de gestión, lo cual repercute en una distorsión del perfil sanitario de los establecimientos una vez descentralizados, con una oferta reducida de acciones preventivas. Los autores señalan que no se han corregido las deficiencias de funcionamiento de los efectores, a lo que se le suma una tendencia de "costos crecientes" en materia de provisión de medicamentos, lo cual se podría haber evitado con estudios de factibilidad y viabilidad previos a la transferencia y una exhaustiva determinación de los costos de funcionamiento del efector, para poder anticipar concretamente la afectación necesaria del FO.FIN.DES.

provisión de insumos<sup>41</sup>.

Respecto a los **recursos humanos**, queda expresamente establecido que el personal de cada efector sigue bajo dependencia jurisdiccional del ministerio de salud de la provincia, regido por la ley de Equipos de Salud Humana. Se utiliza la figura de “pase en comisión” a su dependencia con la administración municipal. En caso de producirse una baja en el personal, debido a jubilación, renuncia o muerte, la restitución del mismo será a cargo del municipio. En la práctica, la incorporación de nuevo personal ha resultado compleja para las administraciones locales, ya que económicamente les resulta costoso soportar el agregado de nuevos empleados<sup>42</sup>.

La **descentralización de recursos** ha sido prevista de dos maneras, en relación a la situación financiera del municipio receptor. Si esta es buena, la transferencia se afectará al incremento de la coparticipación y se quitará de la partida presupuestaria del sector salud un monto equivalente. En caso que la situación financiera del municipio no fuera buena, y que las causales de la misma no consistan en mala gestión, se podrán efectuar transferencias específicas para sostener a la unidad descentralizada en un nivel óptimo de funcionamiento. En ese caso, la despresupuestación será menor al costo del efector.

Los porcentajes que el municipio asigne para cada área descentralizada, serán fijados en la firma del convenio. Es decir, se deja a la discrecionalidad del municipio, -o a su poder de negociación con el ejecutivo provincial-, la fijación del porcentaje de dinero que recibirá para el mantenimiento del efector. Por lo tanto, un municipio puede asignar el 20% que le corresponde para todas las áreas descentralizables, solamente a salud, o descentralizar por el 0% en salud y proveerse de los fondos para el mantenimiento de la unidad, de otras fuentes. En la práctica la mayoría de los convenios firmados han afectado el 20% a obras públicas, lo cual les impide descentralizar en salud, ya que carecen de recursos genuinos (presupuestarios o extrapresupuestarios) para atender las necesidades de un dispensario<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> En Ahumada J. y Miretti L., *op.cit.*, se comprueba que en todos los efectores analizados en dicho estudio, se ha mejorado la infraestructura edilicia, además de haber provisto, el municipio, el equipamiento necesario (balanzas, nebulizadores, etc). Se agrega que de acuerdo al relevamiento por ellos realizado, el edificio y equipamiento médico son suficientes para el funcionamiento adecuado del servicio, como también se detecta un alto grado de responsabilidad por parte de los municipios en la provisión de insumos y equipamiento.

<sup>42</sup> Todos los intendentes entrevistados por Ahumada J. y Miretti L. *op.cit.* manifestaron estar imposibilitados de cumplir con el reemplazo de bajas de personal. Asimismo los investigadores manifiestan que respecto a la gestión de personal no se manifiestan diferencias respecto a la situación anterior a la descentralización, argumentando los autores que se debe principalmente a la escasa intervención de los municipios en lo referido a recursos humanos. Esto evidencia, en mi opinión, que no se han comprendido los objetivos de la descentralización, ya que si el municipio no tiene competencia respecto al personal y no administra los fondos correspondientes no existiría una descentralización.

<sup>43</sup> Según Ahumada J.y Miretti L., *op.cit.*, los aspectos administrativos del FOFINDES han sido valorados positivamente por los intendentes, en cuanto se reciben los montos “en tiempo y forma”, aunque consideraron insuficiente el monto para atender las necesidades de los efectores. Si bien los intendentes identifican correctamente el monto del fondo correspondiente a salud, manifestaron en la mayoría de los casos no restringirse exclusivamente al porcentaje correspondiente a salud, sino que administran el monto del FOFINDES como una totalidad, presentándose casos de total indiscriminación entre el fondo y el presupuesto municipal.

Según datos del Ministerio de la Función Pública de 1991, son 48 los convenios de transferencia de establecimientos de baja complejidad que se han transferido, 8 a comunas y 40 restantes a municipios. En mayo de 1993 sumaban 96 establecimientos descentralizados, que representa un 23,5% del total de servicios a descentralizar (435).<sup>44</sup> La vigencia de los mismos se fijó en tres años, y a la fecha son muchos los municipios que han renovado sus convenios.

Por último y con el objetivo de elevar la productividad y eficiencia de las unidades transferidas, y de asegurar su coordinación con el resto del sistema, el Ministerio de la Función Pública, conjuntamente con el de Salud, establecieron un proceso de asistencia técnica y de capacitación a los municipios y comunas.<sup>45</sup> Queda previsto que los hospitales vecinales se conviertan en el eje de cada sistema de salud, a fines de lograr los objetivos de coordinación para un eficiente desempeño con consejos locales de salud.

## **II. ¿DESCENTRALIZACION, REGIONALIZACION O MUNICIPALIZACION? ESTUDIO DE CASOS EN LA PROVINCIA DE CORDOBA**

### **II.1 El municipio de San Francisco**

#### ***II.1.1 Características sociodemográficas***

El municipio de San Francisco, perteneciente al departamento San Justo, con 176.723 habitantes, según datos del Censo 1991. La ciudad de San Francisco, cabecera del departamento, tiene una participación del 32,5% del total de población del departamento, e incluye también una localidad compuesta que se extiende sobre Santa Fe, denominada San Francisco-Frontera. La ciudad registra un total de 55.828 habitantes (51.932 en 1980).

La ciudad de San Francisco se caracteriza por su perfil de ciudad industrial, con un 50% de la población ocupada en tareas en relación de dependencia en la industria manufacturera. La producción metalúrgica es mayoritariamente de máquina-herramienta, le siguen en menor escala, la fundición gris, motores, accesorios de plásticos, etc.<sup>46</sup> Existe asimismo una importante producción de muebles, aberturas de obras, calzados, industria frigorífica, fraccionadoras de vino, de bebidas sin alcohol, fábricas de embutidos, etc. No se puede dejar

---

<sup>44</sup> Fuente: Ahumada J. y Miretti L. *op. cit*

<sup>45</sup> En el estudio de Ahumada J. y Miretti L., se observó que las jefaturas de zona sanitaria no han incorporado mayormente a su actividad habitual aquellas obligaciones asignadas en los convenios, especialmente lo referido a un asesoramiento técnico continuo. Esto cobra importancia ya que la jefatura constituye la instancia del gobierno provincial que más puede colaborar con los gobiernos municipales.

<sup>46</sup> Cravero, Carlos "Una economía regional y la estrategia promotora para su desarrollo" en *Actualidad Profesional*. Consejo Profesional de Ciencias Económicas, Córdoba, N° 34-35, 1989.

de mencionar la industria de Fabricaciones Militares, en proceso de privatización.<sup>47</sup>

El municipio y el sector formal involucrados tienen antecedentes de convocatoria comunitaria, con delimitación de áreas consideradas como prioritarias, como el caso de salud y acción social. Otra característica es que éste municipio ha implementado una serie de acciones innovativas y de desarrollo social, especialmente en materia de salud. También se destaca una obra pública importante. Se atribuye gran mérito en el logro, a la denominada "administración Bucco".<sup>48</sup>

Lo enunciado, conduce a inferir que San Francisco conforma una suerte de "municipio rico", donde el mayor porcentaje de la población es de clase media, media-baja y trabajadora, no existiendo zonas carenciadas, ni asentamientos precarios, ni condiciones de hacinamiento (en referencia a la zona urbana, no a la rural). La desocupación no es un problema de magnitud y el sector informalizado es muchas veces ocupado (temporalmente) por el gobierno municipal, a través de convenios con los centros vecinales.<sup>49</sup>

### **II.1.2 El sector salud municipal**

En la ciudad de San Francisco se encuentra el hospital regional Iturraspe, (jurisdicción provincial) que constituye el establecimiento de mayor capacidad de internación. Comprende el hospital propiamente dicho -con capacidad de 100 camas- y el hogar de ancianos, dentro del mismo edificio, con 80 camas. La zona de influencia abarca el departamento San Justo y parte de la provincia de Santa Fe. No existen datos precisos sobre la población que concurre efectivamente, pero se estima que representa aproximadamente el 30% de una población de 180.000 habitantes localizada en su zona de influencia.<sup>50</sup>

La red del departamento San Justo está integrada por tres hospitales zonales y el hospital

---

<sup>47</sup> Fuente: "Programa de Planificación Micro-Regional" Departamento San Justo: Informe Agroindustrial (1990). Ministerio de la Función Pública. Gobierno de la Provincia de Córdoba.

<sup>48</sup> El intendente Bucco ha sido reelecto (Períodos 1987-1990 y 1990-1995. Pertenece al Partido Justicialista y configura el perfil del político joven, innovador y eficaz. Durante su primer mandato, redujo el gasto municipal, especialmente en personal en un 40% lo cual repercutió en su reelección (Díaz de Landa, 1990). Respecto a proyectos de desarrollo local en Scarponetti, P. (1993).

<sup>49</sup> Las entrevistas efectuadas tanto a funcionarios gubernamentales como a organizaciones de "ayuda social comunitaria", concuerdan en señalar que la pobreza no es un problema de magnitud en la ciudad, teniendo tanto el gobierno como las organizaciones de ayuda un "muestreo" de los pobres residentes en el municipio. El presidente del Concejo Deliberante manifestó que uno de los problemas que quieren erradicar es el "círculo de la mendicidad", a través de la confección de una base de datos de cada "beneficiario" a fin de saber si ya recibieron de otras instituciones prestaciones, de qué tipo fueron, etc., a fin de romper el "círculo vicioso" (presidente del Concejo Deliberante, Entrevista 3-5-1993)

<sup>50</sup> Según señalara el director del Hospital Iturraspe, entrevistado el 25-VI-93, "...en los últimos meses hemos atendido 25.000 consultas por consultorio externo y 670 cirugías, 800 partos y cesáreas y para todo el año 1992 el total de consultas generales fue de 68.000... (sic)".

regional. En la zona sanitaria N° 4 hay un hospital regional, 3 zonales y 6 puestos sanitarios<sup>51</sup> conformándose como una red de prestación a partir de la definición de cinco áreas programáticas, establecidas alrededor de un hospital grande: Arroyito, Las Varillas, San Francisco, Balnearia y Morteros; mejorando de ésta manera, en opinión del jefe de zona sanitaria, la derivación de pacientes.

### **Cuadro N° 3**

#### **Cantidad y Complejidad de Efectores de Salud - Zona sanitaria N° 4**

<b>NIVEL COMPLEJIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>DESCENTRALIZABLES</b>	<b>ESTADO ACTUAL (JULIO 1993)</b>
HOSPITAL REGIONAL	1	NO	PROVINCIAL
HOSPITALES ZONALES	3	NO	PROVINCIAL
HOSPITALES VECINALES	3	(en II Etapa)	PROVINCIAL
DISPENSARIOS	22	SI	19 DESCENTRAL
PUESTOS SANITARIOS	6	SI	3 DESCENTRAL

**Fuente:** Elaboración propia en base a Información Jefatura Zona Sanitaria N° 4 - Mayo 1993

La municipalidad de San Francisco presta anualmente cerca de 20.000 servicios de atención en consultorios externos (tres especialidades: obstetricia, ginecología y pediatría)<sup>52</sup> y los efectores se distribuyen de la siguiente manera:

<sup>51</sup> Fuente: entrevista al jefe de zona sanitaria N° 4, entrevistado el 3-4-93.

<sup>52</sup> Fuente: declaraciones del secretario de salud, municipalidad de San Francisco, entrevista efectuada el 3-5-93

## Cuadro N° 4

### Municipalidad de San Francisco. Efectores de Salud Municipales

COMPLEJIDAD	CANTIDAD	DISTRIBUCION
DISPENSARIOS	8	BARRIAL
ASISTENCIA PUBLICA	1	ZONA CENTRO

Fuente: Elaboración propia en base a información municipalidad ciudad de San Francisco - Mayo 1993

#### II.1.3 Una contra-propuesta "re-centralizadora"

En 1989, cuando comenzó la política descentralizadora provincial, el municipio firmó numerosos convenios de descentralización en el área de obras públicas y de saneamiento. Así, como consecuencia de ello, la ciudad cuenta con red de agua corriente, con reciente habilitación de la red de gas natural, nuevas obras de pavimentación (el 90% de la ciudad se encuentra pavimentada), etc.

En lo que se refiere a la salud, el gobierno municipal formuló una propuesta diferente a los lineamientos definidos por la provincia y encuadrados dentro del convenio - marco de transferencia de los efectores. La "contrapropuesta" local, establecía un sistema coordinado de la atención a la salud entre provincia y municipio. La provincia quedaría a cargo de la atención de mediana y alta complejidad e internaciones, del servicio de guardias externa e interna, y de la provisión de insumos a los efectores provinciales. A su vez la municipalidad proponía continuar con la Atención Primaria de la Salud en sus dispensarios, y aportaría al servicio de guardias del hospital, dos ambulancias, el mantenimiento y combustibles de las mismas, y cuatro choferes que seguirían en relación de dependencia con la municipalidad.

Es decir, el municipio renunciaba a uno de sus efectores: la asistencia pública municipal (la propuesta era cerrarla). El fundamento de la propuesta consistía en que el paciente que acudía a la asistencia municipal, salvo urgencias menores, era derivado al hospital para su internación o tratamiento, siendo innecesaria la coexistencia de dos tipos de asistencia (guardias) similares en la ciudad (una es la guardia del hospital Iturraspe y la otra la asistencia pública municipal ubicada en el centro de la ciudad).

La negociación comenzó en una primera instancia con el ministro de Salud y luego se llegaron a conversaciones con el gobernador, que por otra parte se encontraba muy interesado en la firma de un convenio de descentralización en salud debido a que San Francisco, fue uno de los municipios pioneros en materia de descentralización en obras públicas. Desde el punto de vista del "impacto político" San Francisco era un buen ejemplo de relaciones interpartidarias armónicas, entre el ejecutivo provincial (a cargo del Dr. Angeloz, UCR) y un intendente justicialista. La propuesta fue aceptada en una primera instancia por el ministerio de Salud provincial, se firmó un primer convenio, y tras el recambio de ministro de salud provincial, no

llegó a ratificarse por el gobernador y quedó sin efecto. En la actualidad no existe voluntad de las partes para retomarla.

En la práctica los problemas existentes respecto a las derivaciones son serios, no solamente en el caso de éste municipio, sino que constituye una problemática común en toda la provincia, incluido el municipio de la ciudad de Córdoba(capital). El hospital se encuentra, como casi todos los hospitales regionales, sobrecargado con pacientes de la región y con serios problemas por la falta de insumos y de personal. Desde las perspectiva de los actores, las derivaciones no se atienden por “razones políticas”. Los actores locales<sup>53</sup>, enfatizan que el problema es que "el municipio es peronista y el hospital y la zona sanitaria son radicales". Lo peculiar de esta descripción, que como ya señalé es común a la mayoría de las jurisdicciones, es el énfasis partidario señalado por los entrevistados/as, además del importante rol que le asignan a la presencia de un "médico o enfermera bisagra" quien actúa armonizando la relación entre ambas jurisdicciones y de esta manera los pacientes son atendidos. En cambio, los directamente responsables de las instituciones involucradas, (Director del hospital, jefe de zona sanitaria e intendente) negaron esta situación de hecho. Por el contrario, plantearon que a pesar de la "buena voluntad" de las partes, resulta difícil articular acciones conjuntas y las acciones de cooperación que han intentado en ésta dirección, por lo general han fracasado.<sup>54</sup>

En síntesis, la propuesta de las autoridades municipales a la iniciativa descentralizadora, consistía claramente en “centralizar” en el hospital las emergencias médicas.

#### **II.1.4 ¿Un nomenclador terapéutico local?**

No solo este municipio busca innovar la política provincial con una propuesta de descentralizadora propia, sino que además crearon una Farmacia Municipal. Esta iniciativa surge en San Francisco en 1989, con una primera experiencia de encapsulamiento de monodrogas para la provisión de medicamentos en los dispensarios y en la asistencia pública municipal y con carácter gratuito para los usuarios/as. Todo se realizaba en forma artesanal, y al irse comprobando los resultados favorables, se incrementó la demanda, por lo que debieron "tecnificarse".

En la actualidad trabajan con un vademécum de 45 productos y monodrogas. Fabrican cápsulas, cremas, jarabes, etc., con excepción de inyectables. El control de calidad de los productos los

---

<sup>53</sup> Aquí me refiero a que la mayoría de los entrevistados/as de éste municipio, tanto funcionarios municipales, como provinciales (médicos/as del hospital Iturraspe) como la gran mayoría de los usuarios/as de los servicios.

<sup>54</sup> Funcionarios de la secretaría de salud del municipio, por su parte manifestaron la existencia de problemas con respecto a las derivaciones, incluso se señaló que en conversaciones con el director del hospital, habrían sugerido que estaba interesado en plantear un nuevo sistema. En este sentido proponían que cada derivación efectuada por algún médico de la municipalidad, debía ser "devuelto" el rechazo "por escrito con copia y detallando porqué no se aceptó la misma" (Entrevista al secretario de salud municipal, 4-5-93)

realizan vía convenio, con la Universidad Nacional del Córdoba y con un centro de estudios bromatológicos de la universidad de Santa Fe.

A partir de una patología, que se radica en la zona, y debido a la campaña preventiva conjunta con varios municipios de la zona, comienza la farmacia municipal a proveer medicamentos a otros municipios. Ya han firmado convenios con siete municipios de la zona para proveerles medicamentos. Al precio de costo le agregan un costo operativo y un porcentaje para tener un fondo de provisión de stock de drogas.

Estos medicamentos se fabrican sin fines de lucro y pueden ser distribuidos únicamente en las dependencias municipales. Los municipios de la zona que los adquieren se comprometen a respetar dicha cláusula de no comercialización de los mismos. Son distribuidos por los médicos municipales o por las asistentes sociales municipales. Al principio existió una especie de rechazo de la población hacia estos remedios (sin "marcas", sin caja) pero en la actualidad gozan de total legitimidad, y los médicos señalan que se ha generado una "nueva cultura" ya que los pacientes no hablan mas de marcas sino utilizan el nombre de las monodrogas.<sup>55</sup> En todas las entrevistas efectuadas a los funcionarios participantes de esta iniciativa se visualiza una racionalidad de tipo económica, en tanto la fabricación de los medicamentos ha reducido fuertemente el gasto en salud.

Resulta sumamente extraño que ésta iniciativa municipal no generó mayores resistencias en el gremio farmacéutico, como tampoco por parte de los laboratorios<sup>56</sup>. Al menos en opinión de los entrevistados/as, y debido al "fin netamente social" de la distribución, no afecta a las farmacias municipales ya que los beneficiarios/as de los medicamentos municipales, no son clientes de las farmacias. Solo perdieron al "cliente municipio", que ahora solo compra los medicamentos que no son fabricados por ellos mismos.

### **II.1.5 Necesidades en salud y organizaciones no gubernamentales**

En un municipio "rico" como se caracteriza a San Francisco, en donde la pobreza no resulta un problema de gravedad, resultó interesante detectar la presencia de una serie de organizaciones no gubernamentales dedicadas a la satisfacción de necesidades en salud y alimentarias de personas de escasos recursos. Se seleccionó para el análisis una institución, de carácter netamente local, y que refleja una particular concepción de sus miembros respecto a salud y al rol del Estado en la satisfacción de necesidades sociales.

---

<sup>55</sup> *En opinión del director de Salud municipal, la aceptación es absoluta y ponderó la idea de la "nueva cultura en el uso de medicamentos" Entrevista 4-5-93*

<sup>56</sup> *Debo aclarar que las opiniones ante esta "pasiva aceptación" por parte de farmacéuticos, no fue corroborada con entrevistas al responsable porvincial del Colegio de Farmacéuticos, como tampoco se pudo entrevistar a ningún gerente comercial de un laboratorio. Al menos no hubo difusión periodística de esta iniciativa municipal, como tampoco de rechazo u aceptación por el cuerpo farmacéutico.*

Esta organización surge en San Francisco hace 15 años, a partir de la iniciativa de un grupo de "amigos" que comienza ayudando a un pequeño grupo de pobres del barrio, pidiendo entre los vecinos ropa, comestibles, etc. Luego de éstas primeras acciones, ..."empiezan a aparecer más carenciados..."<sup>57</sup> y este grupo originario de vecinos que no tenía por objetivo constituirse en una organización, se fue ampliando y al cabo de dos años de trabajo con los beneficiarios, decidieron conformarse como una asociación sin fines de lucro, ya que "...nos gustó la idea de ayudar.."(sic). En una segunda instancia, cuando la organización comienza a ser incipiente, generan la estrategia de "asociar" a vecinos, para comprometerlos en una cuota mensual de ayuda. Actualmente cuentan con más de 2000 socios, una sede propia, aparatología ortopédica para préstamo y/o alquiler, realizan dos veces por año campañas para recoger medicamentos usados, y cuentan con un idóneo farmacéutico que los clasifica y los entrega. El carácter de recursos "genuino" lo remarcan los integrantes de la comisión directiva: "...lo hicimos todo a pulmón, como buenos "piamonteses" cuando teníamos un pesito lo guardábamos y comprábamos una cama ortopédica u otra cosa..."(sic). Todos los miembros son voluntarios, solamente reciben remuneración la asistente social y el técnico farmacéutico.

La atención al "carenciado", es efectuada por una asistente social, quien atiende entre 30 a 40 personas diarias y decide si debe ser ayudado/a o no. Por norma no entregan dinero, las ayudas consisten en bolsones de mercadería, pasajes para derivación de pacientes a otros centros de mayor especialización, vestimenta, becas para alumnos, materiales para autoconstrucción, etc. Es muy marcada la desconfianza que existe ante la "respuesta" de los beneficiarios y la indigencia es siempre sospechosa, de allí es que adopten políticas como no entregarles dinero sino ayuda en especies: "...siempre nos engañan, nos pedían para una enfermedad y luego era para comprar vino, o la ropa que le entregamos al cambian por cigarrillos...(sic)...y con todo, muchos dicen por ahí que no los ayudamos, la gente miente, la gente que esté necesitada es muy mentirosa, ya porque nacieron así o por el ambiente en que están..."(sic).

La pobreza, para la casi totalidad de los miembros de la comisión directiva, aparece visualizada como una cuestión cultural: "... hay gente que vive en situaciones aberrantes porque su cultura lo llevó a eso, no porque el país esté mal, sino porque no tienen voluntad de salir de su condición de pobres, no quieren hacerlo..."(sic). Uno de los miembros, hizo una de las afirmaciones más fuertes ..."esa gente, los pobres no sientan cabeza, no quieren trabajar, y si más uno les paga es peor. Es gente semi-muerta...si uno no los agarra desde abajo, desde el nacimiento y los arranca de la familia, a lo mejor se revierte, pero hay que hacerlo uno por uno, si uno no los educa vienen acá como abejas a pedir...los enviamos de tanto que les damos"(sic). Estas opiniones no fueron compartidas por todos los miembros, se discutieron, pero el punto de partida de todos era la concepción de la pobreza como adscripta, "...ya nacen así..." o adquirida..."el ambiente los lleva a eso...", pero no hay asociación alguna con

---

<sup>57</sup> Todos los entrecorillados son relatos de los miembros de la comisión directiva de la organización. (entrevista día 5.VI.1993, San Francisco)

cuestiones estructurales, ni con problemas en el mercado de trabajo.<sup>58</sup> Ahora bien, es muy marcada la idea que quien quiera progresar puede, y que es "responsabilidad individual" la situación de pobreza, pero también es el Estado, y lo notorio es que se refieren al municipal, quien debe ocuparse de ellos "...el gobierno municipal debe dar las grandes respuestas, darles trabajo y educarlos. Si el gobierno se encargara de los carenciados, desapareceríamos nosotros...(sic)...el gobierno no hace nada en contra de la pobreza, está nulo..."(sic). Con respecto al trabajo con otras instituciones gubernamentales o no gubernamentales, solo lo hacen para casos muy extremos o puntuales (campana por transplantes de órganos) pero "... no queremos socios, nosotros trabajamos solos, ya que si nos ponemos de socios con otros vendrán más casos, y con el municipio tampoco, ya que el municipio para sacarse el problema te entrega un subsidio, te deriva gente y debés responder..(sic)..nosotros dentro de lo que podemos vamos a responder a la ciudad y a los carenciados..."(sic)

No han emprendido ningún programa de trabajo con los beneficiarios/as (bolsas de trabajo o similar) ya que consideran que "...la gente vienen a recibir, no quieren trabajar..." (sic) La percepción de la trabajadora social, que es quien está en contacto permanente con los beneficiarios/as, es diferente a la de los demás miembros: "...no se puede evaluar la respuesta a éste tipo de instituciones, ya que no existe ningún programa que pase el escalón del asistencialismo, así no es posible ninguna respuesta de la gente. El Estado debe brindar la satisfacción de necesidades básicas de la población (ese es además su rol) y estas instituciones surgen ante la falta o ineficiencia del Estado. A mi criterio, el Estado lo hace en forma clientelística, y no de manera de combinar la asistencia con otras formas como trabajo, y promoción de la educación, que son inseparables. Este proceso "asistencialista" no se puede revertir en la medida que no se cumpla con las condiciones de promoción. Desde estas instituciones se puede intentar algo, pero es muy difícil.. "(sic)<sup>59</sup>.

## **II. 1.6 La respuesta de los beneficiarios/as**

A continuación, analizaré algunas iniciativas de los beneficiarios/as de políticas sociales y la generación de programas "desde abajo", es decir a partir de una demanda de los usuarios que se terminaron en propuestas concretas llevadas a cabo por ellos mismos y solicitando el apoyo municipal. Es el caso de la iniciativa que surgió en uno de los barrios periféricos de San Francisco, ante la necesidad de viviendas: un grupo de vecinos, representados por el presidente del centro vecinal, se asociaron creando una cooperativa de vivienda. La propuesta, formulada a las autoridades municipales en septiembre de 1992, consistía en que el municipio les entregara 10 lotes y \$ 3000 para la autoconstrucción de viviendas, aportando los interesados/as mano de obra y una cuota de \$ 80 mensuales, pagaderos en dos años. El municipio aceptó y se construyeron de esta forma 10 viviendas. Desde esa primera iniciativa a la fecha ya llevan implementados tres programas de vivienda. El segundo de ellos, consiste en una iniciativa

---

<sup>58</sup> Conclusiones similares sobre representación, delegación y acción colectiva en comunidades urbanas pobres, puede verse en Golbert, Lumi y Tenti (1992) *op. cit.*, pp. 130-131 y Kesler, Minujin (1993)

<sup>59</sup> La entrevista fué realizada en la sede de la institución el 5.VI.1993.

únicamente vecinal. Los vecinos le compraron al municipio 14 lotes fiscales por medio de un sistema de "círculo cerrado", pagando una cuota de \$ 700 mensuales. Así lograron comprar un lote por mes. La cláusula principal consistió en que si al cabo de dos años no se había construido no se podía escriturar.

El tercer plan de reciente implementación, consiste en una estrategia "mixta", incorporando elementos de las dos modalidades anteriores. El municipio les vende tres manzanas (63 lotes en total) de los cuales 48 compra el centro vecinal por un plan de cuotas. Las cuotas son de \$ 15 mensuales y la edificación se hará bajo la modalidad de autoconstrucción. La negociación con el municipio se concretó por medio de la firma de un convenio (Mayo 1993), y en tres lotes que quedaron libres, el centro vecinal propuso que se construyera una guardería, un puesto policial y un dispensario. La municipalidad aporta para ello \$ 15.000. El dispensario queda bajo órbita municipal, y con la conformación de una cooperadora para su financiamiento. El presidente del centro vecinal, quien impulsó esta iniciativa, manifestó que fue difícil encarar estas acciones con éxito, ya que "...la gente del barrio no es participativa, no se acercan a ayudar, te apoyan pero no van a trabajar y a las asambleas tampoco..."(sic)<sup>60</sup>.

A partir del análisis efectuado en el primer estudio de caso, -el municipio de San Francisco-, quiero resaltar los siguientes aspectos: - es un municipio que goza de autonomía política y financiera, que le permite generar iniciativas "a contrapelo" de las propuestas provinciales, y hasta ir más allá, planteando "re-centralizar" servicios de salud, o instancias propias, como el caso de la Farmacia municipal, - respecto a la articulación entre las instancias gubernamentales (provinciales y municipales) y las no gubernamentales (municipio y ONG y ONGs entre si) es poco frecuente, caracterizándose en general, por la autonomía de gestión de cada una de ellas, y finalmente, -se registra capacidad de organización y gestión de propuestas por parte de los ciudadanos/as respecto a problemáticas concretas: como el caso de la vivienda, pero en el caso de salud, no se registran demandas activas por parte de los usuarios/as de los servicios, por el contrario existe una suerte de "resignación" ante las prestaciones, limitándose los reclamos a la crítica o a la ponderación del rol de algunos agentes de salud.

## **II.2 El municipio de Marcos Juarez**

### ***II.2.1 Características sociodemográficas***

Marcos Juarez, también constituye un municipio "rico", ubicado en el departamento del mismo nombre en el SE provincial. La población de acuerdo al Censo de 1991 es de 22.487 habitantes, con un total de 7.294 viviendas. La estratificación social es similar a la de San Francisco, no existen asentamientos precarios, ni casos de pobreza extrema. La mano de obra desocupada es absorbida, en gran parte, por la dirección de Obras Públicas municipal para tareas de

---

<sup>60</sup> *Presidente centro vecinal barrio La Milka. Entrevista 6-7-1993*

construcción y/o reparación.

La economía regional es netamente agrícola-ganadera, con predominio de la industria alimenticia. El intendente, Henry DellaRossa, ha sido reelecto, por tercer mandato. El mismo ocupó la cartera municipal en la última etapa del gobierno de facto, y con la apertura de la democracia, se conformó el partido político: "Unión Vecinal", que triunfó en los comicios locales desde 1983.

Otra característica interesante, es que en septiembre de 1992, se convocó a comicios para la elección de 14 representantes para integrar la convención municipal encargada de la redacción de la Carta Orgánica Municipal, que fue sancionada al cabo de tres meses, constituyendo una experiencia inédita en todo el territorio de la provincia para la normalización de las administraciones municipales. La Unión Vecinal obtuvo mayoría en las elecciones, ubicándose en segundo lugar el Partido Justicialista.

En el art. 1 establece que el "municipio es autónomo, independientemente de todo otro poder en el ejercicio de sus funciones institucionales, políticas, administrativas, económicas y financieras, de acuerdo a la constitución de la provincia de Córdoba y en la presente carta orgánica...". En la "sección II: políticas especiales", se establece que le corresponde a la municipalidad el control, promoción y protección de la salud, garantizando a sus habitantes el goce de mejores condiciones de prevención y asistencia, a través de la firma de convenios, acuerdos, gestiones necesarias para la elaboración, ejecución y control de planes y programas referidos a salud y asistencia social, realicen con organismos nacionales, provinciales o privados y del sistema de obras sociales; y una política de protección hacia la familia, maternidad, niñez, vejez y a discapacitados, por medio de establecimientos estatales, privados o mixtos en un proceso privado, coordinado y participativo (arts. 18 a 22). En lo referido a participación vecinal, existen en los trece sectores de la ciudad (asimilables a barrios), comisiones vecinales encargadas del desarrollo de iniciativas de los vecinos. Allí se canalizan las demandas vecinales, la atención a carenciados y el seguimiento de los beneficiarios de acción social municipal. Realizan mensualmente una reunión de todas las comisiones con las autoridades locales.

### ***II.2.2 El sector salud***

En materia de salud, el departamento Marcos Juárez, conforma la zona sanitaria N° 6, y en la misma ciudad se encuentra el hospital regional Dr. Abel Ayerza, de iguales características que el ubicado en San Francisco y con capacidad instalada de 107 camas.

El municipio cuenta con una asistencia pública dedicada a atención de urgencias y consultorios externos y un centro materno infantil.

Resulta interesante que éste municipio también presentó al gobierno provincial un proyecto de

descentralización en salud. Dicha propuesta consistía en crear una fundación (con personería propia) con la idea de "articular los sectores de prestación de salud". La misma se integraría con el sector público y privado. La finalidad consistía en promover una base de apoyo para un mejor cumplimiento de los programas y funciones inherentes a la salud, por lo que las prestaciones serían onerosas. El aporte inicial del patrimonio lo debía hacer la provincia, el municipio, la comunidad y el sector prestador. Esta propuesta no fue aceptada por la provincia, argumentando que la política descentralizadora solo abarcaba los niveles de baja complejidad, y para el caso del hospital, sería sujeto, en una segunda etapa, a desconcentración.

A partir de esta propuesta fracasada, las autoridades municipales modificaron el organigrama municipal reemplazando la subsecretaría de Salud y Acción Social por la Dirección de Asistencia Pública, quedando en la órbita de la secretaría de la Coordinación Municipal la secretaría de Salud y Acción Social. Es decir, la disminución jerárquica es importante, sin que los representantes comunales hayan justificado dicha modificación. Se puede inferir, que el rol de la antigua secretaría de Salud no estaba muy delimitado, por lo que su modificación no alteró en nada el desarrollo del área, al menos administrativamente.

El intendente, y a su vez presidente del partido vecinalista, opina que el Estado debería liberar el sistema de salud, y utilizando el ejemplo de la Fundación que propusieron en el marco del Convenio como un claro ejemplo de "...que el Estado es parte y a la vez garante de un sistema privado de salud..." (sic) También considera que la salud goza de un doble carácter: "...de necesidad y de demanda..." (sic),<sup>61</sup> lo cual refleja una vez más el carácter "mixto" que le atribuye el intendente, y gran parte de los actores locales a la salud y que quedó plasmado tanto en propuestas de convenios, como también en la Carta Orgánica.

### ***II.2.3 Descentralización y fortalecimiento de la autonomía local***

Este municipio, y de acuerdo con la voluntad de fortalecer la autonomía local, se impulsó una iniciativa descentralizadora ante el gobierno provincial: la creación de un **Laboratorio de Bromatología**.

La propuesta inicial presentada en 1991 ante el Foro de intendentes, consistía en que el municipio de Marcos Juárez creaba un departamento de Bromatología, Higiene y Control Ambiental, el cual estaría encargado de la realización de análisis, control de alimentos, bebidas, embutidos, etc., emisión de certificación de calidad de productos y autorización de establecimientos, etc. La iniciativa local buscaba "descentralizar" el control bromatológico y la facultad de decomiso, facultad privativa hasta entonces del gobierno provincial. La idea fuerza de la propuesta era lograr que el control bromatológico se realizara por las autoridades locales y con amplias facultades, generando una instancia de control bromatológico regional, lo cual

---

<sup>61</sup> Entrevista realizada el 9-9-93.

implica autonomía en la toma de decisiones respecto a política ambiental y bromatológica.

Los fondos para financiar la iniciativa los aportaba en su totalidad el municipio, sin solicitar apoyo, subsidio o mayor porcentaje de coparticipación a la provincia. El convenio con la provincia fue firmado en 1992, respetando en su totalidad la propuesta local. En forma paralela se firmaron diversos convenios con 16 municipios de la zona, dentro del marco del "Convenio Regional Intermunicipal de Bromatología Región Sudeste-Córdoba". Cada municipio aporta la suma de cien pesos mensuales para el mantenimiento de la infraestructura y el personal del laboratorio ubicado en la ciudad de Marcos Juárez. La unidad de bromatología se encuentra a cargo de un director técnico, en un laboratorio dotado de infraestructura y equipamiento tecnológico, instalado con fondos propios del municipio. En el mismo se prestan además servicios de análisis clínicos y vacunación para las personas de la zona, en forma gratuita y arancelada.

Las líneas generales de política ambiental y bromatológica las fija la provincia, pero las específicas son implementadas por la unidad regional, con criterio autónomos. Se ha implementado un sistema de consultas a los municipios, y una reunión mensual para delinear pautas de aplicación comunes, con el Ministerio de Agricultura y Ganadería de la provincia de Córdoba. La unidad posee una base de datos de la problemática de la región abierta a los interesados. Realizan un trabajo interdisciplinario de educación ambiental con los medios de comunicación, las escuelas, las madres, los centros de salud, a través de cartillas, gacetas periodísticas, charlas en las escuelas, etc. Además suministran información sobre los derechos del consumidor. Han firmado un convenio con la Universidad de Casilda (Santa Fe) para la formación de inspectores sanitarios.

En las dos propuestas descentralizadoras, -la fundación de salud y el laboratorio de bromatología-, se visualiza la política del gobierno local de fortalecimiento de la autonomía municipal, que forma parte de la plataforma política de la Unión Vecinal. Esto marca una línea de política institucional encarada por este municipio, que resulta novedosa en el contexto provincial. En un paralelo con San Francisco, y en relación con sus similitudes socioeconómicas y la presencia de intendentes con fuerte liderazgo, la diferencias en el tipo de política adoptadas resultan notorias. Mientras el primero establece límites jurisdiccionales respecto a los efectores de salud, en concordancia con una política global de reducción del gasto municipal; Marcos Juárez busca alternativas integracionistas de los distintos sectores comprometidos en la prestación de salud local, buscando expresamente legitimar las decisiones locales y hacer valer su autonomía.

Respecto a las acciones encaradas por organizaciones no gubernamentales y beneficiarios de políticas sociales, en comunidades con culturas similares y con población mayoritariamente de origen piamontés, las diferencias también son importantes.

## **II.2.4 La ayuda social, una cuestión coyuntural?**

En Marcos Juárez, hace 13 años surgió una organización local de ayuda a carenciados, como iniciativa de un grupo de mujeres, que comienzan a reunirse para ayudar a otras personas, principalmente a ancianos en el hospital. La gran mayoría de ellas trabajaban o en la cooperadora del hospital o atendiendo directamente a enfermos. Comienzan reuniéndose y organizando actividades para la ayuda, no a grupos determinados, sino a "carencias definidas", como por ejemplo al falta de sábanas para el hospital, la provisión de una silla de ruedas , etc.

La mecánica de "recolección de fondos" la hacían a través de rifas de automóviles, cenas, etc., es decir, que los contribuyentes a ésta organización eran personas de clase media, clase media alta. La convocatoria era abierta a toda la población pero la mayor cantidad de "colaboradores" eran amigos de los miembros de la organización. Incluso la adquisición de materiales o implementos para cubrir las carencias se hacía a través de esta "red informal". Los resultados que obtenían eran muy satisfactorios y eso que acá hay ..."muchos piemonteses..."(sic) Desde el punto de vista de la entrevistada<sup>62</sup> los resultados eran óptimos, ya que la "...comunidad de Marcos Juárez es muy solidaria y participativa..." También señaló referencia a que habían recibido fondos del municipio y que la colaboración del mismo era "...permanente y muy buena..."(sic). Al interrogarla acerca de la cooperación entre las distintas organizaciones comunitarias señaló que la actividad se realiza en forma conjunta, no existiendo problemas de "celos" o de "formas diferentes de trabajar" como el que se manifiesta en San Francisco. Además uno de los factores que influye en dichas prestaciones mancomunados, es que son las mismas personas las que trabajan en distintas organizaciones paralelamente, por lo cual se conforma una red de trabajadores voluntarios.

Desde hace tres años, la organización dejó de existir, suspendieron el trabajo y los motivos fueron "...con la hiperinflación nuestras rifas o cenas eran muy caras y era poner en compromiso a la gente que siempre colabora con nosotros, y nos pareció abusivo..."(sic) Así es como fueron dejando de organizar eventos y pensaron en un impasse de un año, pero hasta la fecha no han retomado la actividad. La entrevistada, al realizar la evaluación de la tarea que realizaron señala que fue ampliamente satisfactoria, y que su desaparición como tal no tiene gran repercusión ya que "...de todas maneras todas seguimos trabajando en otras instituciones, como en mi caso en la cooperadora del hospital, etc. Lo importante es hacer el bien..." (sic). Para la población, aún sigue vigente la imagen de "eficiencia" de dicha institución y nadie tiene muy claro los motivos de su desaparición.

De las dos organizaciones locales analizadas, con orígenes similares, insertas en medios con características estructurales similares, han tenido desarrollos diferentes. La organización de San Francisco, ha logrado tener un amplio reconocimiento por parte de las autoridades y de la población, posicionándose como "la más activa" y quizás más visible que la actividad

---

<sup>62</sup> *Entrevista efectuada el 9-9-93 en Marcos Juárez. La antigua presidenta de la organización, hoy es presidenta de la cooperadora del hospital y colabora con otra institución de ayuda a discapacitados.*

asistencial del gobierno municipal. Sus miembros han "fusionado" sus objetivos de vida con los de la organización, es "como su familia", pero no así con los carenciados, con los pobres. Lo que prima es el trabajo de ellos, la "efectividad" de carencias solucionadas, no las personas y familias atendidas. El trabajo es totalmente individual y ellos quieren además que así sea, trabajar conjuntamente con el gobierno u otras organizaciones les acarrearía problemas de superposición o de derivación de "clientela".

En la organización marcojuarence, los miembros no están consustanciados con la institución misma, como tampoco con los beneficiarios, sino con una actitud filantrópica: "lo importante es hacer el bien". La actividad voluntaria se basa en una actitud intrínseca, en adhesión a ciertos postulados de servicio, lo que explicaría que la ayuda social, encarada por todas las organizaciones en el interior del municipio sea realizada por las mismas personas que pertenecen simultáneamente a distintas organizaciones de ayuda. Por eso tres años de "inactividad" no alteraron en absoluto, desde la percepción de los miembros, la problemática social.

## ***II. 2.5 ¿Integrando la salud?***

En Marcos Juárez, un grupo de padres y "amigos/as" de discapacitados, decidieron reunirse y formar un grupo para trabajar sobre la problemática de la discapacidad. Propusieron al municipio la realización de un censo de la población para detectar cuántas personas sufrían algún tipo de discapacidad, sea ésta motriz, sensorial o combinada. El municipio prestó su colaboración y otorgó un subsidio para el mismo. Lo realizaron en forma conjunta con distintas instituciones locales: escuelas, parroquias, Caritas, etc. que prestaron una amplia colaboración. Censaron a la población, y resultó que el 1% de la misma (235 casos) presenta algún tipo de discapacidad. El censo actuó también como una herramienta de canalización de demandas, y entre las más notoria fue la falta de integración de muchos discapacitados en la escuela. Una vez obtenidos los resultados, y sorprendidos por el alto número de personas con discapacidades, se configuró un grupo que funciona en las instalaciones del municipio, financiado con aporte municipal. No tienen personería jurídica y por el momento no les interesa lograrla, se autodefinen como un grupo de personas preocupados por los problemas de discapacidad, y la mayoría de ellos tienen algún familiar directo discapacitado. A partir de la detección de los casos han logrado algunas instancias articuladoras, como por ejemplo, la inscripción de dos chicos en las escuelas municipales, con la presencia de maestras integradoras. Al comprobar la falta de información y de interés de la población por la problemática, decidieron iniciar una campaña de concientización, a partir de una programa radial.

Este municipio, a diferencia de San Francisco, ha logrado en las tres esferas analizadas (gobierno municipal, ONG y ciudadanos/as), acciones conjuntas, con un alto grado de articulación, para el tratamiento de cuestiones comunales generales, y particulares, como las acciones en materia de salud. Esta "armonía" les lleva a plantear propuestas "idealistas", -la conformación de una

“fundación de salud”-, intentando articular e integrar al sector público, privado y las obras sociales. Además es visible el grado de autonomía política alcanzado por el mismo, encauzando la mayoría de las acciones hacia la consolidación de dicha autonomía.

## **II.3 El municipio de Villa Dolores**

### ***II.3.1 Características sociodemográficas***

Villa Dolores, ubicado en el NO de la provincia, perteneciente al departamento San Javier, con una superficie territorial de 9.490 kilómetros (total departamental) y una población de 22.487 habitantes. Su situación económica difiere totalmente de la de los otros dos municipios considerados.

La economía regional es netamente agrícola-ganadera, de pequeña escala. El cultivo de la papa es el de mayor importancia, incluso provincial, conformando un polo atractivo de mano de obra temporaria ("peones golondrinas") en los meses de verano. Le siguen en orden de importancia, algunos cultivos de olivares, tomates y alguna fruta de estación. La producción agropecuaria es netamente de origen vacuno y ganado equino y asnal.

No existe prácticamente industria, salvo pequeñas industrias manufactureras del sector alimenticio, como dulces y alfajores, pero no aportan mayormente a la economía local. El sector comercio y servicios tiene un desarrollo importante, produciéndose una sobreterciarización de la economía. El mercado laboral se encuentra prácticamente polarizado entre una fuerte captación de mano de obra del sector público y el otro segmento lo constituyen los trabajadores rurales, aunque su inserción es temporaria.

El ejecutivo municipal se encuentra a cargo de un intendente de la UCR, quien ha priorizado la obra pública, incluso el mayor porcentaje de coparticipación del FOFINDES lo afectó para obras de construcción y saneamiento, especialmente para la instalación de la red de agua potable. Para el funcionario "...el gasto en obra pública se ve, todos lo ven en Villa Dolores, en salud y acción social en cambio nadie ve cuanto se gasta..."(sic)<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Entrevista realizada en Villa Dolores, 17-2-94.

### **II.3.2 El sector salud municipal**

El sector salud municipal está conformado por el hospital regional Villa Dolores, de alta complejidad y con una capacidad instalada de 120 camas, con un radio de influencia que abarca no solo el departamento San Javier, sino parte de la provincia de La Rioja. En materia de recursos humanos, entre médicos de planta y residentes, suman aproximadamente 50, y los mismos no alcanzan a abastecer la creciente demanda de atención médica. Existe una cooperadora del hospital, la que es presidida por una concejal de la Unión Cívica Radical, y que como organización es muy activa y logra cubrir alguna de las múltiples carencias de medicamentos y equipamiento que tienen el hospital. A la vez, existen seis dispensarios diseminados por los barrios periféricos. Estos dispensarios originariamente eran algunos municipales y otros provinciales.

### **I.3.3 Iniciativas frente a la descentralización**

En respuesta a la política descentralizadora impulsada por la provincia, el municipio presentó un proyecto, -iniciativa del presidente del concejo deliberante-, por el cual se convoca al director del hospital, al jefe de zona sanitaria y al director de salud municipal para generar una propuesta "articulada" de trabajo en el área de salud.

La misma consistió en "descentralizar" la provisión de medicamentos e insumos en los dispensarios, quedando cada una de las tres entidades, con dos dispensarios para realizar la provisión. Asimismo se establece "áreas programáticas" dentro del municipio de Villa Dolores, por las que se diseñó un sistema de derivaciones racionalizado. La idea genuina es que el hospital se "libere" de consultorios externos y de emergencias, además de la ya mencionada provisión de insumos, especialmente medicamentos.

El convenio antes referido, se elevó al Ministerio de Salud de la provincia, para su ratificación. Con el transcurso del tiempo, y al no tener respuesta del ministro, decidieron firmar el convenio e implementarlo, sin esperar la respuesta oficial.

Es destacable cómo la "racionalidad práctica" y la necesidad de implementarlo inmediatamente, debido a la sobrecarga del hospital, primó sobre la "racionalidad burocrática" y si se quiere de oportunidad política, y se implementó en forma inmediata.

El convenio lleva más de un año de vigencia, y los resultados son notorios: se ha logrado mejorar, aunque los niveles de calidad de atención distan de ser los óptimos, pero al menos se ha logrado descomprimir al hospital del exceso de pacientes. El incremento del gasto municipal en salud se ha debido a la incorporación de nuevo personal, médicos y enfermeras. El porcentaje que recibe el municipio por coparticipación es del 15,80%<sup>64</sup> el que es destinado

---

<sup>64</sup> Fuente: secretario de hacienda, entrevista 17-2-94.

mayormente a obras públicas. Del presupuesto municipal, el 12% es destinado a Salud y Acción Social. Los beneficiarios/as notan mejorías, principalmente en el acceso, ya que los centros están ubicados en barrios periféricos, produciéndose por un lado un cuestionamiento de los pacientes respecto a la calidad de atención, principalmente debido a las "largas esperas", pero a la vez sienten que se "compensa" ya que les entregan medicamentos.

A diferencia de los casos anteriores (San Francisco y Marcos Juárez), el municipio de Villa Dolores generó una instancia novedosa en materia de definición de políticas de salud, a partir de la articulación de tres ámbitos, -históricamente desarticulados-, a partir del propio consenso de las partes, sin esperar el referéndum del ministerio de salud provincial para su implementación. El pragmatismo que se refleja en acciones como éstas, guarda relación con la austeridad de la situación fiscal del municipio, siendo necesarias acciones de extrema urgencia para resolver la situación de crisis del sector salud. Asimismo este convenio no se realizó a instancias del ejecutivo municipal, sino por la acción de los concejales locales, quienes muestran una marcada inclinación por promover las acciones en materia de salud.

Esta estrategia gubernamental ha tenido amplia repercusión comunitaria, y los usuarios perciben que se ha "descentralizado" la atención, aunque todavía ".hay que generar una cultura de descentralización. La gente debe acostumbrarse a ir al dispensario de su zona, es decir al que le corresponde por domicilio..." (sic)<sup>65</sup>.

### ***1.3.4 Austeridad y ayuda social***

En este municipio, en el cual se estima que 20% de la población está en situaciones de pobreza extrema, donde no existen fuentes de trabajo y con una economía muy deprimida, donde no se fomentan ni existen al menos "bolsas de trabajo" y existe una emigración de jóvenes, debido a la falta de trabajo, y donde la necesidad de ayuda es mayor, paradójicamente no existen organizaciones de ayuda social. La pobreza es "asistida" mayormente por la dirección de Acción Social de la municipalidad y los beneficiarios acuden espontáneamente "...porque saben que aquí les solucionamos los problemas..."(sic)<sup>66</sup>. Es decir, que no solo a nivel de empleo, sino también a nivel de "asistencia" es el Estado quien "debe impartirla". La visualización de los actores locales respecto al Estado subsidiario es muy marcada, refiriéndose al Estado municipal<sup>67</sup>, ya que por falta de respuestas, han descartado totalmente la posibilidad que tanto el Estado provincial como el nacional satisfagan sus demandas.

Las organizaciones existentes, además de Caritas y Rotary Club que trabajan principalmente

---

<sup>65</sup> *Entrevista concejal U.C.R. - Villa Dolores, 18-2-1994*

<sup>66</sup> *Entrevista director de Acción Social, municipalidad de Villa Dolores, 18-2-94.*

<sup>67</sup> *Esta opinión respecto al Estado municipal se ha encontrado en la mayoría de los entrevistados/as de los cinco municipios.*

proveyendo vestimenta y medicamentos a carenciados o a instituciones, se encuentran dos hogares de ancianos, debido a que la problemática de la vejez en la región es seria. Uno de ellos es religioso (perteneciente a la iglesia católica) y el otro no confesional, que surgió por un grupo de personas que se agruparon para conseguir albergue y alimentos para un grupo de viejos de la ciudad, y se fue ampliando el número de beneficiarios/as y actualmente tienen cerca de 50 ancianos/as. El local en donde funciona fue donado por una "notable" del lugar, y se mantienen a partir de donaciones de particulares, el Rotary Club les provee la carne y la municipalidad bolsones de alimentos. Es una de las instituciones más reconocidas por el cuidado y dedicación hacia los ancianos/as y dos concejales donaron su dieta para la institución.

### ***II.3.4 Acciones de apoyo a la descentralización***

En este municipio no existen iniciativas por parte de los beneficiarios/as tan "organizadas" ni con tanta capacidad de movilización como en los casos anteriores. Lo que sí existe, son acciones individuales o grupales de tipo "paliativas" respecto a la pobreza. Es así como la colaboración en los programas de erradicación de viviendas-rancho dentro del marco del programa de lucha contra el chagas, tienen una recepción muy grande dentro de la población.

Existe una iniciativa por parte de algunos miembros de la cooperadora del hospital regional y vecinos de los barrios periféricos para constituir cooperadoras similares a la del hospital que ayuden y colaboren con los dispensarios. Han solicitado apoyo a la cooperadora del hospital y ya han logrado la personería jurídica para una que atiende a uno de los dispensarios. Las mentoras de la idea, que son en general mujeres trabajadoras y enfermeras del hospital, señalan que hay "...que colaborar con la salud, la gente debe aprender a concurrir al dispensario de su barrio y no ir al hospital que está repleto de gente..." Es decir, ésta iniciativa es netamente de "apoyo" a un proceso descentralizador en salud, y los participantes y vecinos en general, visualizan claramente que es una acción necesaria para mejorar la calidad de la atención.<sup>68</sup>

De acuerdo a lo analizado, Villa Dolores, con una situación socioeconómica crítica, que afecta a la población por igual, ha buscado alternativas ante la ausencia de respuestas del gobierno provincial, buscando coordinar acciones comunes en materia de salud con los representantes provinciales (director del hospital, jefe de zona sanitaria) y los médicos/as y enfermeras municipales. A diferencia de los otros dos municipios analizados, el liderazgo para generar instancias articuladoras en salud, no es del intendente, sino de los concejales municipales, que por otra parte, son médicos/as o "personas de bien" de la ciudad, que cuentan con el respeto de la población. Por esta razón, el apoyo y participación vecinal hacia las acciones piloteadas por

---

<sup>68</sup> *Los pacientes marcaron que ante la larga espera que deben realizar en el hospital para ser atendidos (punto marcado en general por todos los pacientes de los cinco municipios analizados) se contraponen una mejoría en términos de agilidad en la atención, como también en el acceso al efector al concurrir los mismos al dispensario, por lo que están dispuestos a colaborar con acciones de apoyo a cada dispensario.*

algunos concejales, es bastante fluida.

## **II.4 El municipio de Cruz del Eje**

### ***II.4.1 Características sociodemográficas y situación política***

El municipio de Cruz del Eje, ubicado en el NO provincial, con una población de 26.852 habitantes conforma el departamento del mismo nombre, contando el departamento con 48.481 habitantes y una superficie de 6653 kilómetros (Censo 1991).

La economía regional queda básicamente reducida al sector primario, predominantemente cultivo del olivo, tanto para la fabricación de aceitunas de conserva como de aceite de oliva. También es importante el cultivo del tomate y de frutas de estación comercializados en toda la provincia, en La Rioja y Catamarca.

Este municipio tuvo un lugar relevante en la década del '50, debido a la instalación de los talleres de Ferrocarriles Argentinos, lo cual le dio un impulso de crecimiento importante. Los talleres, de armado y reparación de unidades ferroviarias, fueron cerrados a fines de los años 70, afectando seriamente la economía de la región. La mayoría de los empleados/as fueron jubilados, y muchos pasaron a engrosar el sector comercio y servicios. Actualmente la población tiene serios problemas de inserción ocupacional, encontrándose dividida entre los empleados de la administración pública, nacional o provincial, y los ocupados en la actividad agrícola. La situación es altamente conflictiva, ya que no existen posibilidades de nuevas fuentes de trabajo. La erradicación de empresas, como el caso del nombrado proyecto Honda, no se concretaron y tampoco se vislumbra la posibilidad de obtenerlas.

El municipio, tradicionalmente un "bastión radical", ha impulsado la obra pública y una política de difusión del municipio, en búsqueda de promoción y de captación de recursos, como el caso de la promoción de la Fiesta del Olivo.

El hecho de que Cruz del Eje, al igual que la mayoría de los municipios del NO cordobés reciben un menor porcentaje de los índices de coparticipación municipal (estimados por variables demográficas y de presupuesto provincial), se observa en la mayor presencia dentro del ámbito local del sector público provincial en términos de establecimientos transferibles y es donde los municipios tienen mayores limitaciones financieras para la gestión autónoma.

### ***II.4. 2. El sector salud municipal***

Este municipio que conforma la zona sanitaria N° 10, creada como tal en abril de 1990 (previo a la fijación de áreas programáticas, integraba la zona sanitaria N° 2). La decisión de delimitar

el territorio del municipio como zona desconcentrada se basó, entre otras cosas, en la posibilidad de una mayor celeridad en el proceso de descentralización, además de permitir reconocer las particularidades y problemática de la región.

El sector salud municipal se encuentra conformado por la presencia de cuatro dispensarios municipales, cuatro puestos sanitarios y el hospital regional Aurelio Crespo -de jurisdicción provincial- con una capacidad instalada de 110 camas. En el sector privado se registran cuatro clínicas, con nivel de complejidad dos.

Los dispensarios son desde su fundación, hace más de 20 años, mixtos; es decir, en algunos casos, la infraestructura es municipal pero el personal es provincial y viceversa. La atención, dentro de la situación de crisis fiscal que vive el municipio, en opinión de los usuarios/as, es satisfactoria, complementándose con la atención del hospital. No se ha producido ninguna propuesta descentralizadora, ya que el total del FOFINDES ha sido asignado para obra pública, por lo que en los próximos tres años no habrá ninguna novedad al respecto.

En materia de salud, lo único que se ha descentralizado es dentro del programa de lucha contra el chagas, y se trabaja de manera conjunta con el gobierno nacional, que provee los insumos, la provincia los inspectores y demás recursos humanos y el municipio los costos de mantenimiento del parque automotor, viáticos, etc. El convenio es por un año y se lo está realizando como prueba piloto.

Respecto al personal ocupado en el sector, entre el sector municipal y provincial suman un total de 227, y pertenecientes al sector privado 160 entre médicos, enfermeras y personal administrativo.<sup>69</sup> El hospital Aurelio Crespo, tiene un gran radio de influencia, con derivaciones provenientes de La Rioja y Catamarca, contando con un total de 50 médicos, de los cuales 35 son residentes y el total de personal del hospital es de 185 empleados.<sup>70</sup> Debido a la falta de personal, se encuentra en análisis un proyecto para privatizar la limpieza del hospital, pero aún no se han establecidos las condiciones para los adjudicatarios de la misma. El hospital tiene un promedio de 50.000 consultas anuales, con una infraestructura de consultorios externos e internación. En principio, y debido al quiebre de las obras sociales, lo cual actúa como disparador del aumento de demanda en los hospitales, y con el consiguiente aumento del gasto hospitalario, es que comenzaron a facturar con obras sociales, principalmente con IPAM y PAMI<sup>71</sup>. Las derivaciones de los dispensarios son atendidas sin problemas, y no existen conflictos entre ambas esferas. Hay quejas de los usuarios/as respecto a las "largas esperas" para ser atendidos, pero al ser interrogados respecto a la atención es en sí misma se muestran conformes y además señalan que se les provee de leche y medicamentos en ambas esferas. A la vez los médicos/as, principalmente los residentes, cubren la asistencia en

---

<sup>69</sup> Fuente.: información suministrada por la Jefatura de la Zona Sanitaria N° 10, Cruz del Eje

<sup>70</sup> Fuente: información suministrada por departamento de administración del hospital Aurelio Crespo.

<sup>71</sup> Fuente: información suministrada por departamento de administración del hospital Aurelio Crespo

dos puestos sanitarios, de los cuatro que existen.

La cooperadora del hospital es bastante activa, y han conseguido con el aporte de los asociados, que es mínimo, y la realización de eventos, la provisión de colchones, medicamentos, material quirúrgico, etc. para el hospital.

Dentro de zona sanitaria N° 10, solo se ha firmado un convenio, en octubre de 1993 de transferencia del dispensario del **municipio de San Marcos Sierra**. El intendente manifestó<sup>72</sup> una clara voluntad de realizar dicho convenio, sustentando sus razones en que, al descentralizar tendría en forma permanente un médico y una enfermera. Para lograr la radicación del médico en el municipio solicitó ayuda a la provincia para el alquiler de una vivienda y en éste momento se encuentran en la tramitación del arreglo de una pequeña vivienda para lograr también que la enfermera se quede a vivir allí.

A partir de la descentralización del dispensario la atención no solo mejoró por la permanencia del médico, sino también en la calidad de la misma. La mayoría de la población (aproximadamente 900 habitantes) se encuentran ampliamente satisfechos: "...ahora ante una emergencia podemos acudir al médico, no hay que ir a otra parte..". El alivio de derivaciones ha sido bien importante, permaneciendo lógicamente vigentes las derivaciones de alta complejidad que se realizan en su mayoría hacia el hospital regional Aurelio Crespo, de Cruz del Eje, y en una segunda instancia a Córdoba.

El intendente, del Partido Justicialista, comenzó las negociaciones con el jefe de zona sanitaria N° 10, tendientes a lograr la descentralización. Se fijaron las pautas mínimas, y en seis meses se firmó el convenio, a pesar de la voluntad expresa del intendente de querer realizarlo en forma más rápida. La evaluación que realiza el responsable comunal del proceso descentralizador, es que en términos de atención a la salud y accesibilidad al servicio, la misma ha mejorado sobremanera, además de la posibilidad de "fiscalizar" la actividad del médico y de la enfermera. En relación al gasto, el mismo se ha incrementado, ya que de coparticipación solo reciben de la provincia, ochocientos pesos, los cuales no alcanza a cubrir los mínimos insumos que se requieren para la provisión de medicamentos y mantenimiento de la infraestructura.

En consecuencia en toda la zona sanitaria N° 10 sólo se ha descentralizado un dispensario (en San Marcos Sierra). Se está negociando la descentralización de otro dispensario en la comuna de Guanaco Muerto pero el problema es la vivienda del médico. La dirección de la zona sanitaria ha encarado la construcción de una vivienda para el mismo. Una vez solucionado éste problema, se espera que se firme el convenio.

---

<sup>72</sup> Entrevista realizada al intendente, el 20-2-94 en San Marcos Sierra.

### **II.4.3 ¿Una "cruzada" de ayuda social?**

Cruz del Eje, con una realidad socioeconómica similar a la de Villa Dolores, con un índice mayor de pobreza, -aproximadamente el 30% de la población se encuentra en situaciones de extrema pobreza-, no existen, en general, organizaciones de ayuda social.

La institución que fue mayormente reconocida por los actores locales, fue la Iglesia Católica por medio de las prestaciones de Caritas (que son las mismas en todo el país). En segundo lugar fue nombrado el Club de Leones, pero no han innovado en mecanismos de atención a las situaciones de carencia, como tampoco han encarado acciones conjuntas con los beneficiarios/as. Se percibe una suerte de "resignación" ante el fenómeno de la pobreza, complementado con la idea de "hacemos lo que se puede, pero nadie nos ayuda para ayudar..."(sic)<sup>73</sup>. Tampoco existe un estigma fuerte con respecto al pobre, sino que se asume que el problema de la falta de recursos y de oportunidades de progreso les toca a todos por igual, algunos más y a otros menos.

Hace dos años, y a instancias de la dirección de acción social municipal, se convocaron a los centros vecinales barriales para crear una comisión conjunta que recaude los fondos de la Fiesta Nacional del Olivo, que desde hace 20 años es una tradición en la ciudad. La convocatoria resultó muy exitosa, y comenzaron a trabajar todas las organizaciones interesadas, para impartirle un nuevo impulso a la fiesta. Dicha empresa resultó exitosa, y en 1993, con lo recaudado, lograron atender a familias de extrema pobreza que vivían en vagones de ferrocarriles, asignándoles terrenos para autoconstrucción.

En Febrero de 1994, fecha en la que se realiza la Fiesta, y con motivo del 20<sup>a</sup> aniversario, la estrategia fue mayor y se extendió la duración de la misma, a dos semanas. Se instalaron numerosos puestos de venta de productos regionales, resultando beneficiados numerosos productores zonales. Se incrementó el turismo y las recaudaciones de la comisión de la Fiesta del Olivo aumentaron considerablemente<sup>74</sup>. Lo interesante de ésta iniciativa, es que un evento, como la Fiesta del Olivo, cuyo objetivo es "celebrar una buena cosecha" ha funcionado como articuladora para la formación de una comisión de trabajo permanente de ayuda a sectores carenciados. Además es el municipio quien actuó como órgano formador de consenso para ésta iniciativa.

Es de destacar la importancia de los centros vecinales, existiendo mas de 30 en todo el municipio, con personería jurídica y sumamente activos. Dichos centros poseen en su mayoría sede propia, y organizan eventos sociales para las personas del barrio, actividades gremiales,

---

<sup>73</sup> Responsable de Caritas, entrevista 19-2-94

<sup>74</sup> A la fecha de la realización del trabajo de campo, no había concluido la fiesta, por lo tanto no se había resuelto respecto al destino de los fondos.

que les ha quedado como "herencia" de las épocas de luchas en los talleres de Ferrocarriles. Ante la convocatoria del municipio para formar la comisión de la Fiesta del Olivo, la respuesta de los centros fue importante, integrando dicha comisión más de diez centros vecinales, y recibiendo el apoyo y colaboración del resto.

Cruz del Eje, se asemeja más a la media de los otros municipios del noroeste provincial, marcado por una fuerte recesión económica, acompañada por la "desprotección" del Estado provincial y del nacional (en el caso de éste último comenzó con el cierre de los talleres de ferrocarriles), y con escasa capacidad de convocatoria ciudadana, lo cual genera poca "innovación" en materia de políticas sociales. Las iniciativas se circunscriben a mantener lo existente o a lo sumo, distribuir ganancias de una fiesta netamente local (Fiesta del Olivo).

## **II.5 El municipio de Jesús María**

### ***II.5.1 Características sociodemográficas***

El municipio de Jesús María, situado en el NO provincial, con una población de 31.465 habitantes (incluyendo el municipio colindante: Colonia Caroya, datos censo 1991). Forma parte del departamento Colón, el que tiene una superficie de 2588 km<sup>2</sup> y un total poblacional de 125.420 habitantes.

La economía regional en gran parte está dedicada a la actividad agrícola-ganadera, principalmente a la invernada, cría y remate de ganado vacuno. Además existen bodegas, ya que la región se caracteriza por el cultivo de vid y, dentro de la industria alimenticia, se destaca la manufactura de chazinados caseros, tanto artesanales como industrializados. Los frigoríficos, y la radicación de fábricas como el caso de Eveready aportan a la constitución de una economía regional más desarrollada que la de los municipios de Villa Dolores y Cruz del Eje.

De todas maneras, no ha escapado a la crisis que viven en general los productores agrícola ganaderos y su economía se encuentra actualmente muy deprimida. La intendencia está ocupada por un médico, perteneciente al partido justicialista.

El municipio cuenta con una dirección de Calidad de Vida, que depende directamente del secretario de gobierno e incluida dentro del presupuesto municipal. La función principal es canalizar las demandas de ayuda social por medio de trabajadoras sociales. Ante las demandas concretas, se realiza un estudio de la familia demandante y se busca brindar la solución en forma conjunta con las organizaciones locales (ONG) y los centros vecinales.

### ***II.5.2 El sector salud municipal***

El sector salud, conforma la zona sanitaria N° 1. Existen cuatro dispensarios municipales, y en estos momentos hay un quinto en construcción. Los mismos se encuentran desbordados de demandas atendiendo un número elevado de personas, que desborda toda capacidad de atención municipal.

Según su intendente, la descentralización que ocurrió en Jesús María fue "de prepo" (sic)<sup>75</sup> ya que la misma no es formal, ni realizada en el marco de un convenio. Se reduce a que en el caso de todos aquellos servicios en que el hospital se encuentra desbordado, se recurre al gobierno municipal. El intendente agrega que todos los municipios tienen escasos recursos, principalmente respecto a obras sociales y el hecho de privilegiar la salud y no reducir los gastos en ésta área no permite la canalización de fondos hacia otros sectores, como por ejemplo el mejoramiento de viviendas, etc.

Para el intendente, no existe "...qué descentralizar en salud en Jesús María..." (sic), y el gobierno municipal considera necesario un mayor aporte del gobierno provincial en lo referido al mantenimiento de personal, denominándolo como el "...talón de Aquiles..." (sic) de la descentralización en salud.

Respecto a las relaciones con el gobierno provincial, el intendente afirma haber intentado distintas vías (Ministerio de Salud y de Acción Social entre otros) para concretar convenios de cooperación pero sin resultado alguno. Además señala que existe una discriminación respecto a la filiación partidaria del intendente de cada municipio, que impide generar relaciones ágiles con el ámbito provincial, lo cual también atañe al gobierno nacional.

Sólo existe un anteproyecto por el cual el gobierno provincial utilizaría la infraestructura municipal para la instalación de agentes sanitarios locales, pero el mismo se reduce a conversaciones, aún no hay nada consolidado.

El gobierno municipal es bastante activo respecto al cuidado y prevención de la salud, a través de campañas para la prevención del SIDA, y programas de salud materno-infantil. Ha trabajado en forma conjunta con grupos de jóvenes de la comunidad y escuelas para el dictado de charlas y conferencias sobre atención primaria de la salud, etc.

En el departamento se encuentra el hospital regional Vicente Agüero, con un área de cobertura que abarca todo el departamento Colón, norte y sur de Santiago del Estero. Los recursos del mismo provienen del gobierno provincial, y en menor medida los aportes de la cooperadora del hospital. Se ha firmado un convenio con el ejecutivo provincial, en el cual se descentraliza el mantenimiento del hospital regional, en el marco de una política de desconcentración de fondos, y la dirección y el personal del mismo sigue a cargo de la provincia. No es una descentralización del servicio, sino sólo la transferencia del mantenimiento del edificio del hospital. El municipio recibe el total del FOFINDES, es decir el 20% que representa pesos

---

<sup>75</sup> *Intendente municipal, entrevista: 5-3-94.*

ocho mil (\$ 8000) para la manutención del mismo. Asimismo reciben el apoyo de la cooperativa hospitalaria.

En general la dotación de médicos es suficiente, la atención es buena y la mayoría de las derivaciones se realizan a Córdoba. Esta perspectiva cambia de acuerdo a la visión del actor, y así como el intendente se manifiesta disconforme y reticente respecto a las relaciones entre dispensarios y hospitales, concejales de la UCR manifiestan que, debido a su vinculación política con el gobierno provincial, logran acercar soluciones a los problemas de salud.<sup>76</sup>

La Zona sanitaria N° 1 concentra en toda su extensión a un hospital regional, que es el de Jesús María, y otro regional en Deán Funes. Además cuenta con tres hospitales zonales (Villa María del Río Seco, hospital Trejo y hospital Santa Rosa, ambos en departamento de Río Primero, 16 hospitales vecinales, 82 dispensarios y 92 puestos sanitarios<sup>77</sup>. Hasta la fecha se ha descentralizado el hospital vecinal de Río I, 14 puestos sanitarios, principalmente en el dpto. Río I, Sobremonte, Tulumba y Río Seco. Se encuentran en tratativas la descentralización de 12 efectores más.

Respecto a la firma de los convenios, los intendentes locales se han mostrado interesados, siendo ellos mismos quienes han gestionado la firma del mismo, motivados por la necesidad de mejorar la oferta. De acuerdo a la evaluación que realiza el jefe de zona sanitaria, no ha variado sobremanera la atención en los dispensarios, las mejoras no son sustantivas, aunque agrega que hace poco tiempo que se encuentran descentralizados. Se observa una preocupación de todos los sectores comunitarios para que la atención alcance un mejor nivel.<sup>78</sup>

La zona sanitaria del N° 1, Jesús María constituye uno de los casos más típicos de la descentralización tomada como una "transferencia" de responsabilidades, sin el consiguiente acompañamiento de recursos suficientes y con un escaso margen en función de la toma de decisiones. No se descentralizó nada en salud, porque "no hay qué descentralizar"; la provincia sigue a cargo del hospital pero es el municipio el que debe mantener la infraestructura, además de seguir atendiendo los dispensarios existentes, y tratar de construir nuevos efectores para paliar los problemas de salud que van en crecimiento.

En el caso específico del municipio de la ciudad de Jesús María, debido principalmente a la necesidad de dotación de recursos, se han realizado acciones por parte del gobierno municipal tendientes a la búsqueda de mayores fondos para cubrir las demandas de salud. Es así como el gasto en salud ha aumentado, gracias a ingresos "extrapresupuestarios" provenientes del juego de bingo municipal, de lo recaudado en operativos de tránsito, de lo recaudado por infracciones al sistema de pesas y medidas (control de balanzas comerciales). Además se está pensando en incorporar dos nuevas fuentes de ingresos para el área: realizar una concesión del

---

<sup>76</sup> Se entrevistaron dos concejales de la UCR, 5-3-94

<sup>77</sup> Fuente: Jefatura de Zona Sanitaria N° 1, Jesús María

<sup>78</sup> Similares conclusiones Ilegan Ahumada J. y Miretti L. op. cit.

corralón municipal y la otra propuesta es implementar un bono voluntario (valor \$ 1) que abonaría directamente el beneficiario directo del hospital (actualmente la cooperadora cobra \$ 5).

En este municipio, no se ha logrado mejorar la atención en salud a partir de obtener nuevos efectores (ya sea por construcción de nuevos o por descentralización), ni tampoco aumentar el porcentaje presupuestario para salud, pero se han utilizado mecanismos informales para percibir nuevos fondos. La incorporación de la salud como prioritaria en la agenda municipal obedece en gran parte en que el intendente es médico.

### ***II.5.3 Microemprendimientos productivos***

Jesús María con una situación económica difícil, pero no de la magnitud de Villa Dolores o Cruz del Eje, no cuenta con gran cantidad de instituciones de ayuda social. Por una parte, se menciona como la más activa a Rotary Club y a Caritas. En general no existe trabajo mancomunado entre estas organizaciones, ni tampoco con el municipio. El único evento que resulta convocante es la Fiesta Nacional de Doma y Folklore, con una comisión de organización de la fiesta, integrada por representantes del municipio, de las organizaciones locales y de los centros vecinales, distribuyendo lo recaudado principalmente entre las escuelas. A diferencia de la Fiesta del Olivo en Cruz del Eje, no fue el municipio quien convocó a las organizaciones, sino que los propios interesados conformaron esta comisión.

El caso de Jesús María, nos encontramos ante la presencia de una comunidad poco solidaria y muy fragmentada, con pocas acciones por parte de los beneficiario/as. Sin embargo se iniciaron una serie de proyectos de microemprendimientos productivos, como el caso de la fabricación de pan casero. La iniciativa partió principalmente de mujeres que contaban con hornos a leña y amasaban pan por encargo, y a medida que fue creciendo la demanda, decidieron agruparse, para no entrar "a competir entre nosotras" y formaron una cooperativa. Solicitaron auspicio y apoyo al municipio, y les otorgaron subsidios y ayuda para la comercialización. Similares experiencias ocurrieron con los chazinados y quesos de la zona.

Finalmente, el último municipio analizado, refleja la situación de otro grupo de municipios cordobeses, en el sentido que no se encuentran en situación extremadamente crítica (como los del Noroeste provincial) pero tampoco han logrado articular acciones comunitarias. Se percibe una falta de voluntad colectiva (tanto gubernamental como de organizaciones sociales) para encarar acciones en materia de salud y políticas sociales, como también una ausencia, o deficiencia, de las relaciones con el ejecutiva provincial, tendientes a concretar la firma de los convenios de descentralización..

### III. DESCENTRALIZACION Y ACTORES LOCALES

#### III.1. ¿Nuevos procesos de reforma estatal?

Una primera conclusión, de acuerdo a las experiencias aquí analizadas, es la disparidad en la conformación y desarrollo de los sistemas de salud locales, como asimismo respecto a los sistemas de prestación de políticas sociales. Como lo manifesté al comienzo del presente trabajo, se debe diferenciar los diversos procesos que los municipios han desarrollado.

De acuerdo a la muestra seleccionada, son escasos los procesos de “descentralización” que se han producido, -en el marco de la propuesta descentralizadora de la provincia-, y concretados por medio de la firma de un convenio tipo de transferencia.<sup>79</sup>

En la mayoría de los casos se ha producido, -o legitimado-, una **municipalización** de los servicios de salud, entendiéndolo por aquellas acciones o servicios llevadas a cabo por los municipios en forma autónoma, y no como consecuencia de una transferencia o delegación de funciones por parte de una jurisdicción mayor. La municipalización no constituye un proceso complementario de la descentralización, sino se realiza en forma independiente y como consecuencia, por una parte, de la voluntad del municipio de ejecutar determinadas acciones o prestar servicios, y por otra parte, de la inacción de las jurisdicciones mayores (en este caso provincial o nacional).

Este fenómeno ha ocurrido principalmente en los dos municipios grandes (San Francisco y Marcos Juárez) que han logrado establecer un sistema ordenado en el área de salud. Además, y como consecuencia de las dos experiencias locales, la farmacia y el laboratorio de bromatología, han posibilitado la organización a nivel local, con un conjunto de municipios pequeños, una red de salud. Esto ha sucedido, a mi entender, como una consecuencia de la restauración del poder local de estos municipios, que han convocado a distintos municipios en la implementación de medidas sanitarias regionales.

La conformación de la red regional se ha realizado sin la presencia de la zona sanitaria, buscando diferenciar la instancia provincial de la municipal. Los municipios adherentes han hecho valer la autonomía local, generando una vía natural de cooperación de acciones, sin necesidad de acudir a la vía creada por el ministerio de salud provincial. Esta actitud se refleja también en el accionar de los actores locales y el tipo de instituciones existentes, como también en la respuesta de los usuarios/as o beneficiarios/as.

En el caso de Villa Dolores, no solo hizo valer la autonomía local, sino que los directivos del hospital provincial y de la zona sanitaria, también hicieron valer su autonomía respecto a las

---

<sup>79</sup> El caso del municipio de San Marcos Sierra.

decisiones del ministerio de salud provincial firmando un convenio articulador local. Esta modalidad adoptada se puede encuadrar como una **horizontalización**, que a diferencia de la descentralización, implica una modalidad asistencial, una forma organizacional de afrontar los problemas de salud, que apunta a integrar la atención a totalizarla, sin enfatizar a priori grupos de riesgo o determinadas patologías, en desmedro de otras.

Finalmente, en el caso del municipio de Cruz del Eje y de Jesus María, se encuentran en un estadio intermedio hacia la concreción de la descentralización, con algunos rasgos de **verticalización**, en el sentido de la existencia de instancias hegemónicas dentro del sistema local de salud, que parcelan el proceso de trabajo y de organización de la red local de salud.

Estos ejemplos muestran, cómo a partir de la iniciativa de modernización del estado provincial, se pueden producir diversos procesos de reforma, algunos complementarios de la descentralización (como la regionalización) y otros que conforman figuras diferentes (como la municipalización). Esto señala la importancia que reviste para la implementación de cualquier reforma o política pública, el contexto local (en términos socioeconómicos), la relación existente entre las esferas burocráticas y políticas (tanto provinciales como locales) y las culturas comunitarias.

En el estudio de casos realizado, se puede visualizar las diferentes respuestas ante una única propuesta de reforma provincial en el área de salud: la descentralización de efectores de baja complejidad, por medio de la firma de un convenio-marco de transferencia. La diversidad de procesos que tuvieron lugar en cada uno de los municipios, tanto respecto a las relaciones con el ejecutivo provincial, como a las articulaciones locales, señalan la multiplicidad de propuestas e instancias que el proceso de modernización del Estado ha generado. Es muy probable que estas modalidades de reforma continúen desarrollándose, adaptando propuestas a realidades locales, o generando nuevas instancias articuladoras.

Conforme a ello, es que propuso un estudio "**desde los actores locales**," quienes en primera y en última instancia, son quienes toman las decisiones o ven afectados sus espacios de decisión respecto a las políticas sociales a implementar. Por eso considero que es fundamental el conocimiento de las singularidades de las comunidades y de sus actores. La reconstrucción de algunos datos a partir de las descripciones de los propios actores tiene sólo un valor exploratorio para emprender esfuerzos más sistemáticos y estrategias de análisis e información más controladas<sup>80</sup>.

---

<sup>80</sup> *Ciertos indicadores de variabilidad entre los casos estudiados tienen la exclusiva función de contextualizar las definiciones de situación y evaluaciones de los entrevistados/as. No hay en ello intentos de tornarlas en dimensiones explicativas de los procesos locales frente a la propuesta e implementación de la descentralización en salud que se está llevando a cabo, con impulso variado según es dable observar en las descripciones presentadas.*

### III.2 Sistemas de políticas sociales locales

En los municipios analizados, tanto entre los que gozan de una situación financiera holgada, como en los que no la tienen, la participación de los actores locales, especialmente en las áreas de políticas sociales, ha aumentado en los últimos años, y en algunos casos ha resultado eficaz, principalmente respecto a la generación de algunos recursos de aprovisionamiento del sistema de atención. También se percibe, en algunos municipios, un mejoramiento en la calidad de las prestaciones efectuadas por los propios gobiernos locales y una preocupación creciente en la racionalidad del gasto.<sup>81</sup> En otros casos la participación social es prácticamente inexistente y en otros, sólo existe participación acorde con esferas partidarias.

Ahora bien, no es la mayoría de la población, aún en municipios demográficamente menores, la que participa en la "cruzada" del mejoramiento de la calidad de vida y el consiguiente desarrollo local de la salud. Siguen existiendo defectos de percepción, de canalización de demandas y un marcado apego a una cultura "demandista".<sup>82</sup> Por un lado, persiste la creencia de que los esfuerzos locales no son relevantes y que la participación no alcanza ni podría hacerlo para revertir situaciones ya dadas. Hay una cierta apatía y un mito de incompetencia acerca de lo municipal.

Es decir, las opiniones, -como también las acciones-, de los actores locales, son contradictorias. Por una parte, al referirse al Estado o al gobierno, es solo el municipal, no hay referencias a las otras dos esferas de gobierno. En estas menciones, se perciben expectativas de colaboración y construcción de un espacio "de todos", resaltando el rol protagónico de cada ciudadano/a, y por otra parte, dejan entrever, la mayoría de los entrevistados/as (incluso los responsables gubernamentales), una desconfianza respecto a la efectividad de las acciones y políticas propuestas.

De acuerdo a lo señalado, se pueden agrupar, -con fines analíticos-, los distintos **sistemas de políticas sociales**, los cuales consisten, en su gran mayoría, en prestaciones de salud, tanto realizadas por instancias gubernamentales como no gubernamentales.

El primer sistema, que denomino sistema de **tutelaje estatal**, en el que el municipio posee un rol excluyente en la detección de las necesidades y selectividad de los beneficiarios/as, como también en su programación y gestión. En general la política de las administraciones locales es de tipo asistencialista, subsidiando y apoyando las iniciativas de cada una que así lo requiera. Las diferencias se dan en el tipo de interrelaciones entre ellas. Existe consenso por parte de la población en que es "...lo que el Estado debe hacer...". Este sistema, se visualiza en todos los escenarios locales analizados, con la particularidad que es el Estado municipal quien debe

---

<sup>81</sup> *En el estudio precitado, se señala la existencia de un "vínculo de servicios" manifestado por el alto grado de conocimiento de los médicos respecto a la población atendida, concluyendo los autores que de esta manera se logra disminuir la fragmentación entre lo público, privado y la cobertura de obrs sociales (Ahumada J. y Miretti L., 1993)*

<sup>82</sup> *Esto se comprueba además por la existencia de "usuarios múltiples" (Kesler G. y Minujin A, 1993) de servicios de salud.*

encargarse de ello, visualizándose un desprendimiento de la idea del "Estado" como el nacional o provincial. Otra característica es que este tutelaje no guarda una relación estrecha con la situación fiscal del Municipio, ya que en municipios con una situación fiscal holgada, las prestaciones estatales aparecen fuertemente dirigidas e impulsadas por el Estado municipal.

Un segundo sistema, denominado de **tutelaje social**, en el que la función estatal de focalización y gestión de servicios sociales es encauzada por o a través de organizaciones no gubernamentales, con o sin apoyo estatal. Este sería el caso de la mayoría de las instituciones de la comunidad, pero aquí se manifiesta como determinante el factor socioeconómico. Es así que a mayor bienestar local, mejor desarrollo del sistema de tutelaje social, en cambio en municipios pobres, las redes de ayuda social no se organizan por medio de instituciones locales. Es decir, existe una simetría respecto a situación económica y capacidad participativa se mantiene.

Un tercer sistema, de tipo **personal y clientelar**, que consiste en la satisfacción de demandas puntuales, que es llevada a cabo por los funcionarios gubernamentales, (los concejales, por ejemplo, tienen asignados un monto de dinero para dichos fines) o por partidos políticos. Este sistema coexiste conjuntamente con los otros sistemas, aunque se ha debilitado mucho en el transcurso de los últimos años. La gente ya no quiere participar en el "canje: ayuda por un voto". Las mayores prestaciones que se otorgan consisten en pasajes para la ciudad de Córdoba (los motivos de solicitud pueden ser varios: derivaciones médicas, trámites judiciales o administrativos, etc.) bolsones de comida, materiales para vivienda, vestimenta, una "recomendación" para trabajo, etc.

Un último sistema observado, es el de tipo **participativo**, como producto de capacidad organizativa de los beneficiarios. Lo interesante aquí es que en todas las instancias locales, la participación no fue promovida por el Estado, sino únicamente como iniciativa de los vecinos, y luego solicitaron la ayuda municipal. Es el caso del plan de viviendas en San Francisco, la acción en favor de los discapacitados en Marcos Juárez, las cooperadoras de los dispensarios en Villa Dolores y en Cruz del Eje el crecimiento y desarrollo de los centros vecinales. No considero que sean excepciones a la regla, sino quiero remarcar que se comienzan a incorporar acciones participativas como una manera de apropiación del espacio común, que hoy se visualiza claramente como municipal. Ya no se trata de "esperar" a que la "ayuda venga del gobierno provincial, y en menor escala del nacional, sino que hoy es tarea del gobierno municipal".

En general, la idea estatista históricamente vigente en nuestra país respecto a la resolución de la vida política y social, sigue vigente, aunque ya no se espera de las jurisdicciones mayores, sino "es el gobierno municipal" quien se debe ocupar del mejoramiento de la calidad de vida. Así como resulta difícil estandarizar necesidades y prioridades, también lo es definir satisfactores, pero ante problemáticas tan diferentes, como salud, vejez, discapacidad, vivienda, es interesante la manera que desarrollaron propuestas para canalizar sus demandas.

A su vez, y a nivel de implementación de políticas sociales, subsisten superposiciones entre programas y acciones de ambas esferas. Es así que existe el Programa Asistencial Integral Córdoba (PAICOR)<sup>83</sup>, dependiente del gobierno provincial y que se imparte desde 1984, comprendiendo asistencia odontológica, comedores escolares, hogares de día para tercera edad, guarderías, etc. El PAICOR "convive" en cada municipio con los programas municipales (cuando existen, generalmente consisten en guarderías materno-infantiles, copa de leche, etc.) y se entremezclan, a veces, con programas nacionales. En éste sentido se deben dedicar más esfuerzos para impedir ésta yuxtaposición de funciones, que resultan onerosas y dispersan esfuerzos.

### **III.3 Capacidad político-organizacional de los municipios para descentralizar en salud**

Retomando el eje de análisis propuesto en el presente trabajo, y en relación a los tres aspectos del proceso de reforma del estado provincial y descentralización: el **tecnológico**, el **cultural** y el **político-social**, se ha podido comprobar a lo largo de las experiencias analizadas, que existen potencialidades ciertas de los municipios para desarrollar estos aspectos.

En primer lugar, las estrategias adoptadas por los municipios pueden, en algunos casos, mejorar la productividad de los servicios, y en la mayoría de los municipios, utilizan estrategias para sortear la crisis fiscal y buscando mayor impacto sobre la población e incrementado la capacidad de resolver los problemas que el ajuste, y el mismo proceso de modernización del Estado ha generado en la provincia, y en todo el país. Es decir, se pueden considerar nuevas formas de organización para hacer un uso mas eficiente, y en algunos casos, -los menos-, mas equitativo de los escasos recursos económicos.

Respecto al segundo aspecto, el cultural, en tanto modificación de las culturas burocráticas comunitarias, se visualiza un principio de agilización de la resolución de conflictos, como también una incipiente participación de nuevos actores, los locales, en la gestión y el control de las acciones en salud. Es decir, existe una tendencia reciente de incorporación de nuevas cuestiones y actores a la agenda de toma de decisiones municipal.

Queda aún por resolver, mas allá de la fuerte voluntad política por implementar el proceso de descentralización, como sucedió en la provincia de Córdoba, qué dimensiones significativas acotan y determinan la posibilidad de congruencia o de conflicto en el amplio proceso de

---

<sup>83</sup> Sin pretender realizar una evaluación del PAICOR, que por otra parte es lo suficientemente complejo y extenso para realizarla aquí, la "performance" del mismo, en términos de cobertura y población atendida es de alto rendimiento. Debido a su continuidad temporal (casi diez años) y la continuidad en la prestación, ha quedado incorporado dentro de la dinámica misma de las comunidades, y ya no existen, a nivel comunitario, ni "reconocimientos", ni "críticas" al mismo. Habría que reevaluar porque se perpetuó como programa "asistencial" y no generó su propio proceso tendiente a abandonar su política asistencialista.

implementación de la política de salud. Algunas aproximaciones en ésta línea fueron señaladas al desarrollar las relaciones de interdependencia con los estilos de gestión local.

Ya que la descentralización supone adoptar un conjunto de decisiones políticas y técnicas a través de tres dimensiones: la jerárquica, la funcional y el vínculo presupuestario (Oszlak et al, 1990) la pregunta en relación al presente estudio, y a acciones futuras de descentralización, es cómo se compatibilizará el estilo de gestión local respecto al modelo organizacional propuesto por las instancias centrales. Es decir, se trata de prever una adecuación entre criterios técnico-organizacionales y político-institucionales y burocráticos, que no fueron previstos en la política descentralizadora adoptada.

De acuerdo a lo sugerido por el análisis de casos, en el marco de las relaciones burocráticas-políticas interjurisdiccionales, se debe considerar, por un lado, los problemas que presenta el actual sistema en relación a la cohabitación interpartidaria y por el otro a la dificultad de comunicación entre la instancia política local y la instancia burocrática provincial. El ejemplo típico de cohabitación interpartidaria que afecta en sentido negativo la articulación del sistema, en parte descentralizado y en parte desconcentrado, cuando los ámbitos jurisdiccionales están atravesados por dimensiones políticas partidarias, es el caso de San Francisco. Los efectos no son despreciables en un servicio en el que el grado de integración de sus componentes es condición indispensable de calidad (problemas de derivaciones y fragmentaciones en la atención son consecuencias aquí visibles). La importancia de como se resuelve la cohabitación interpartidaria en un sentido positivo lo presenta Marcos Juárez. Sin embargo, el elemento que pareciera ser decisivo en este caso es el grado de integración social que la propia comunidad manifiesta, el fuerte y probado liderazgo de quien conduce el gobierno municipal y la superposición de una parte importante del personal profesional en ambos subsistemas de salud en la localidad: el municipal y el provincial. Los casos de Jesus María y Villa Dolores, a su vez plantean la segunda situación destacada relativa a la comunicación entre las instancias burocráticas y políticas.

Los intentos ensayados en el caso de Jesus María sin poder aún resolver la configuración de un sistema de salud transparente en término de las competencias del municipio -por el lado negativo- y la resolución de Villa Dolores de "instalar" su propio proceso de descentralización ante la ausencia de respuestas de los órganos provinciales.

Resulta imprescindible considerar los grados de libertad de los actores locales, determinados principalmente por su legitimidad y capacidad de movilizar recursos. En los municipios analizados, se pudo visualizar, que el grado de discrecionalidad de cada actor local, sus posibilidades objetivas diferentes en cuanto a observar o no las normas y procedimientos prescriptos, ha condicionado fuertemente la adhesión a la propuesta descentralizadora, generando a su vez, asimetrías en las interacciones dentro del sistema, obstaculizando el esquema organizativo formalmente establecido por el nivel central.

La discrecionalidad se manifiesta también en el caso de las políticas asistenciales. La simetría

entre: -mejores condiciones socioeconómicas de los municipios -mayor estigmatización de la pobreza, -implementación de mayor cantidad de políticas asistenciales, se mantiene en los municipios ricos (San Francisco) siendo un indicador de ello, la creciente demanda de "control de la mendicidad" para una mayor seguridad ciudadana<sup>84</sup>. Como contraparte, ante una situación fiscal desfavorable, la racionalidad es de tipo "operativa", primando la resolución de necesidades puntuales sobre la conceptualización misma de la política social. Este es el caso de Cruz del Eje, Villa Dolores y Jesús María, en donde se combinan criterios asistencialistas y una mínima capacidad de decisión por parte de los actores locales.

No obstante estas conclusiones, de hecho la municipalización y la descentralización, en sentido amplio, han "mejorado", al menos en los municipios analizados el acceso a la salud, la racionalidad del sistema de derivaciones hospitalarias (en ciertos casos), los conocimientos epidemiológicos de los departamentos y ha generado la movilización de los actores en busca de la consecución de mejor calidad de vida de la comunidad. Es decir, respecto a los niveles recomendables de participación que reclama la descentralización, en los municipios analizados, los mismos serían buenos, pero no llegan a conformar una dinámica usual dentro de la comunidad. Se han producido asimismo, cambios importantes en la representación ciudadana, pero aún existen problemas no resueltos de organización y delegación que se transforman en obstáculos para emprender acciones estables y exitosas.

En el Cuadro N° 5 se puede sintetizar los diferentes procesos que han ocurrido en los municipios analizados.

**Cuadro N° 5**  
**PARTICULARIDADES DE LOS MUNICIPIOS ANALIZADOS**

Municipio	Grado de Autonomía	Situación fiscal	Adhesión convenios	Otras propuestas	Racionalidad	Innovación en materia de salud	Tipo de proceso de reforma	sistemas de política social	Articulación Estado-sociedad
San Francisco	alta	buena	no	"re-centralización"	económica	Farmacia municipal	municipalización	tutelaje estatal y participativo	desarticulado
Marcos Juárez	mayor grado: Carta Orgánica	buena	no	Fundación para Salud	política	Laboratorio de Bromatología	municipalización	tutelaje social	articulado
Villa Dolores	relativa	mala	no	Convenio entre municipio, hospital y zona Sanitaria	práctica	Convenios de derivaciones entre efectores	horizontalización	personal y clientelar y en menor grado participativo	articulado
Cruz del Eje	relativa	mala	no (excepto en municipio San Marcos Sierra)	ninguna	operativa	ninguna	verticalización	personal y clientelar, en menor grado participativo	desarticulado
Jesús María	relativa	regular	no (sólo en Zona)	ninguna	operativa	ninguna	verticalización	personal y clientelar, en menor grado	desarticulado

<sup>84</sup> Los ejemplos de la "necesidad de registrar los que reciben ayuda, a fin de no duplicar acciones" y en el caso de Marcos Juárez, la incorporación en la Carta Orgánica de los "derechos de los ciudadanos

			Sanitaria)					participa-tivo	
--	--	--	------------	--	--	--	--	----------------	--

### III.4 Descentralización en salud: ¿nuevos protagonistas?

El análisis de las particularidades que los municipios han presentado frente a la propuesta de descentralización refleja todavía ciertas dificultades para articular las esferas burocráticas y políticas en las relaciones interjurisdiccionales.

La descentralización del sistema de salud, mixto en su contextura en tanto combina las estrategias de la desconcentración de servicios en ciertos niveles de prestadores (de alta complejidad) y de municipalización en los de baja complejidad, ha sido diseñado a través de los convenios de adhesión desde una perspectiva prácticamente "universalista" con limitada flexibilidad. Si bien en el comportamiento del provincial, respetuoso de la autonomía municipal, ha predominado la negociación sobre la imposición en marcada señal de diferenciación de lo actuado en experiencias pasadas de descentralización forzosa (de la Nación a las Provincias, por ejemplo), es inevitable no visualizar que las negociaciones, al menos en salud, tenían como techo su aplicación a lo ya definido como "descentralizable".

Esta estrategia ha tenido en función de los casos estudiados dos efectos que considero deberían ser profundizados, tanto en su análisis como en relación a una evaluación informada que podría lograr revertirlos, profundizando a partir de este intento el acceso más amplio de la población provincial al servicio de la salud. Considero que debería reconsiderarse la estrategia descentralizadora en relación a "universalizar el acceso" versus "universalizar la estrategia de organización de la prestación".

Los efectos posibles serían los siguientes:

a) los municipios presentan importantes variaciones tanto en la capacidad de gestión de sus servicios como en las potencialidades de sus poblaciones para financiar sus sistemas de salud, a la vez que varían los desarrollos e inversiones en infraestructura asistencial, en gran parte por la acción directa del mismo gobierno provincial<sup>85</sup>. La operatoria descentralizadora actual pareciera haber considerado solo tangencialmente estos aspectos y tanto desconcentra - convenio mediante- donde se puede, como donde no se puede avanzar hacia la municipalización. A la vez que la propuesta descentralizante, deja fuera a aquellos que ya tienen descentralizados los servicios "descentralizables".

b) relacionado con lo anterior, el avance de la descentralización y el flujo de apoyo y recursos para la desconcentración se torna dificultoso donde menor es la capacidad de gestión, financiamiento y desarrollo de infraestructura sanitaria. La carencia o limitado acceso de las

---

<sup>85</sup> Los ejemplos que hemos descripto (San Francisco y Marcos Juárez) presentan una gama suficientemente ilustrativa de ello.

poblaciones en municipios con estas características,<sup>86</sup> necesita en forma urgente el esfuerzo provincial, aún cuando el actual sistema ha mostrado su capacidad de generar nuevos impulsos a las iniciativas locales y brindar un poco más algunas alternativas de adecuación a las necesidades locales.

Finalmente, la relación entre "cultura y pobreza" contradictoria entre lo definicional y actitudinal de los individuos y la activación colectiva para su atención, es un aspecto importante a considerar y evaluar en un intento de descentralización y/o municipalización del servicio de salud, en el que la población más inmediatamente y en general favorecida, es precisamente el segmento social de menores recursos. Sin información al respecto, aquellos que promuevan la municipalización enfatizarán la manifiesta capacidad de organización comunitaria para atención de este segmento y sus necesidades de salud; los menos propensos a esta estrategia enfatizarán las virtudes de cierto centralismo cuando de favorecer a estos sectores se trata.

En un contexto de crisis, donde las desigualdades se agravan, aparentemente quienes están más capacitados para conocer las heterogeneidades y las desigualdades sociales son los gobiernos locales, pudiendo configurarse como instancias "ágiles" (O'Donnell, G., 1993) y creativas por su mayor proximidad con los problemas y gracias a sus estructuras burocráticas más flexibles, por dimensión y menor grado de formalización.

Incluso el estudio de los distintos casos sugiere que la municipalización de algunos servicios y aún limitada, ha ampliado la cobertura, noción extensiva al mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de la población, como la provisión de agua potable, gas natural, higiene urbana, recreación, parques y paseos, etc. Si bien éstos no son componentes específicos de servicios de atención a la salud, en términos de la diferenciación funcional gubernamental, su impacto en la misma tomando a la población en su conjunto es considerable.

Aquí es donde cobra sentido conceptos como "participación" y "universalidad" siendo los mismos necesarios para generar la convicción de que la totalidad de los ciudadanos participa de la preocupación por la provisión de buenos servicios públicos. Para ello es fundamental una definición clara del componente universal de la política social, y a partir de allí orientar las prestaciones sectoriales (salud, previsión social, educación, etc.).

Por ello, en el caso de políticas orientadas a grupos específicos, como lo son la mayoría de las políticas que implementan las comunidades locales, y en particular hacia situaciones de pobreza, los criterios prioritarios que se deberían incluir dentro de la "agenda" municipal, deberían dirigirse a asegurar a los ciudadanos elementos básicos para que tengan posibilidades de mejorar autónomamente su situación, y que se complementen (no superpongan), con políticas provinciales y nacionales que vayan en la misma dirección. En términos de Sen, 1985, se debe buscar conjugar la posibilidad de ser de las personas y su capacidad de hacer

---

<sup>86</sup> Es el caso de Villa Dolores, Cruz del Eje y en cierto sentido Jesús María.

dentro de un sistema social estratificado.

Todo lo enumerado conduce a afirmar que los próximos años serán definitivos en la consolidación de las autonomías locales, ya sea porque se "imponga" su protagonismo, porque se "negocie" la transferencia de responsabilidades o servicios o en el mejor de los casos, se logre el consenso necesario para que todas las jurisdicciones asuman sus responsabilidades.

En cualquier caso, dicha consolidación será "*desde los actores locales*", ya que por primera vez ellos mismos han asumido un carácter activo, a lo cual se le suma una voluntad de "gestión" de los funcionarios que ha producido una modificación a las tradicionales formas de actuación política

Ahora bien, no considero que el carácter de "novedoso" sea un atributo del protagonismo. Actores sociales locales han existido desde hace mucho tiempo, lo que resulta novedoso es la importancia y mayor competencia que han adquirido los mismos en los últimos años, debido a múltiples factores: la crisis económica, el surgimiento de nuevos pobres, el cierre de numerosas fuentes de trabajo, etc. En el caso de la salud, la toma de conciencia, por primera vez, del **carácter terminal de la crisis del sistema de salud**.

Cabe una última aclaración: bajo ningún punto de vista intento con el presente trabajo señalar que la descentralización en salud (en el marco de la operatoria señalada) y respecto a las políticas sociales resulta una "panacea". Un sistema descentralizado totalmente sería tanto más caótico que el centralismo que vivió nuestro país. No solo desde el punto de vista de los recursos financieros y económicos, en el cual no se puede pretender que los municipios pasen a ser entes de gestión de finanzas municipales para poder afrontar con los gastos que les demanda la satisfacción de las necesidades locales, tarea que le compete por otra parte al gobierno nacional. A la vez el problema puede presentarse si en forma desarticulada con la política global de salud, cada uno de los municipios comienza a realizar acciones autónomas o a no prestar determinados servicios básicos.

En éste punto es donde radica la importancia de la participación comunitaria en el resguardo de sus propios intereses. Los actores locales, visualizan el proceso de cambio y de alguna manera han internalizado que los escenarios se han modificado. Se percibe la "comercialización de la medicina", ya que visualizan que la salud no es considerada como un "derecho social" sino como un "derecho individual".

Las experiencias aquí expuestas, pretenden prestar una contribución modesta a la problemática local en las áreas de salud y de las políticas sociales en general. Sin desconocer que las comunidades locales no están exentas de corrupción, engaño e individualismo, como así también que las mismas están sujetas a las condiciones estructurales que escapan a la labor de los actores locales.

Entonces, a varios años de iniciado el proceso de reforma del Estado, de la aplicación de

políticas de descentralización, privatización y concesión, aún quedan por definirse las funciones indelegables del Estado, tanto nacional, provincial como municipal.

Por lo tanto, y considerando que el principal objetivo de la descentralización es la institucionalización de la **autonomía local**, uno de los caminos para lograrlo es a partir de la valorización del **poder-hacer** de cada comunidad.

A mi entender, el desafío consiste en compatibilizar el interés público con el privado en la consecución del bienestar de toda la comunidad. Como todo proceso la maduración es lenta y compleja. Debemos estar atentos al desarrollo del mismo.

## APENDICE METODOLOGICO

La *estrategia metodológica* adoptada es de tipo cualitativa, constituyendo un “**estudio de casos**”. Se inscribe en la línea de la denominada "**metodología de triangulación de datos**"<sup>87</sup>, ya que el análisis cualitativo estuvo estrechamente vinculado con la información cuantitativa disponible: datos censales, epidemiológicos, diversos estudios realizados por los Ministerios de Salud y de la Función Pública, como así también por datos obtenidos en cada una de las municipalidades estudiadas. La misma ha sido combinada con el "**estilo microsocioal**", entendiéndose por "microsocial" se refiere al funcionamiento de los agentes o actores dentro de una estructura social, no a la lógica de ésta. Estos actores están constreñidos por dicha estructura y dentro de ese marco de relaciones sociales es donde se elaboran las opciones..."<sup>88</sup>.

El **universo de estudio** consistió en analizar la serie temporal de acciones relativas al proceso de descentralización en salud iniciado en la provincia de Córdoba a partir de la ley de reforma del Estado (1987). Se intentó detectar los actores intervinientes (gubernamentales y no gubernamentales), demandantes y oferentes (públicos y privados) y las medidas adoptadas para descentralizar y/o municipalizar los servicios de salud locales.

La **muestra** quedó conformada por cinco municipios de la provincia de Córdoba, con distinta ubicación departamental. La selección de los mismos se realizó de acuerdo a indicadores socioeconómicos, a la cantidad e importancia de los efectores locales. Además se tuvo especial cuidado en seleccionar municipios en cuya jurisdicción existiese un hospital regional (no descentralizable). Otra de las variables que se tuvo en cuenta para la selección fue el partido político de los intendentes, buscando la representatividad del mayor número de partidos políticos (Partido Justicialista, Unión Cívica Radical, Unión Vecinal).

La escasa información existente al momento de diseñar la investigación (noviembre 1992) respecto a la firma efectiva de convenios descentralizadores, impidió conocer la presencia de unidades descentralizadas en los municipios seleccionados. Por ello, el diseño muestral no utilizó como variable independiente la adhesión a los convenios, sino las particularidades de los municipios mencionadas anteriormente.

La técnica de recolección de datos fue la **entrevista en profundidad**. Para la elección de las personas, se trató de contar con representantes de los distintos sectores institucionales. Se clasificó a estos en: **político-gubernamental** (que incluye a intendente/a, concejales, secretarios/as y/o directores/as de Salud y Acción Social, secretarios/as de hacienda, jefes/as de zona sanitaria, directores/as de los hospitales regionales, médicos/as y enfermeras de los

---

<sup>87</sup> Forni F., Gallart M. et al (1992) *Métodos cualitativos II - Centro Editor de América Latina*

<sup>88</sup> Jelin E., Lovet J y Ramos S. (1982) *Un estilo de trabajo: la investigación microsocioal, Documento del Seminario sobre la Integración del Análisis Demográfico en la Investigación Social*, PIPSAL, Belo Horizonte. Pág. 6

efectores; **socio-cultural** (organizaciones filantrópicas de ayuda a beneficiarios/as, clubes y asociaciones), **sindical** (médicos/as agrupados en los sindicatos gremiales médicos, representantes de gremios de la salud) **profesional** (miembros de colegios médicos, federaciones médicas y colegio de farmacéuticos, etc) **religioso** (Iglesia Católica, Cáritas) **medios de comunicación social** (periodistas de los medios de comunicación locales). Finalmente se realizaron entrevistas a los **beneficiarios/as**, (pacientes) de los hospitales regionales y dispensarios municipales, como también a los beneficiarios/as de programas sociales.

Cada una de las entrevistas tuvo una duración de 45 minutos aproximadamente, y fueron realizadas en las sedes de las distintas organizaciones gubernamentales o no gubernamentales. Los beneficiarios/as fueron entrevistados en los mismos centros de atención de la salud (dispensarios u hospitales regionales) o en las sedes de las instituciones. Para la selección de las organizaciones no gubernamentales, se utilizaron informantes claves, aplicándose la técnica de bola de nieve (de acuerdo a la mención de los actores locales respecto a la participación de cada entidad. De acuerdo a la presencia de pocas instituciones locales, no fue necesario aplicar más de una rodada).

La descripción de los cinco escenarios locales, y la definición e implementación de políticas sociales, especialmente en las áreas de salud y acción social, dista de ser completa y exhaustiva. Cabe aclarar que dos ejemplos no son válidos como para inferir generalizaciones acerca de la viabilidad de la municipalización de los servicios sociales, pero resultan esclarecedores y problematizadores a partir de experiencias concretas.

Finalmente, el presente trabajo no se podría haber realizado sin la colaboración de los funcionarios municipales, miembros de organizaciones no gubernamentales, y ciudadanos, quienes diligente y pacientemente se "sometieron" a las exhaustivas entrevistas efectuadas. A todos ellos, y en reconocimiento a su labor cotidiana y anónima, en contextos y tiempos difíciles, expreso mi profundo agradecimiento<sup>89</sup>

---

<sup>89</sup> *Asimismo agradezco la colaboración de Ana Carolina Diaz, como asistente de investigación en la última etapa del trabajo de campo. Por último, el posgrado: "Especialización en Planificación y Gestión en Políticas Sociales" (UBA - Marzo 1993-Febrero 1994) significó una valiosa contribución en la discusión teórica y operativa de las políticas sociales.*

## BIBLIOGRAFIA

ALBER, Jens (1989) *Vom Armerhaus zum Wohlfahrtstaat* - Campus Verlag, Frankfurt an Main, Alemania.

AHUMADA Jorge, BURIJOVICH Jacinta (1994) *Las políticas de salud y educación en Córdoba. La percepción de los usuarios*. Ponencia presentada a las II Jornadas de Políticas Sociales: La familia, el regreso de un sujeto. Secretaría de Desarrollo Social, Provincia de Córdoba, Córdoba, Noviembre 1994, mimeo.

AHUMADA, Jorge y MIRETTI, Laura (1993) *Seguimiento de servicios de salud descentralizados en 1990* - Ministerio de Coordinación, Subsecretaría de la Función Pública, provincia de Córdoba, Córdoba, Agosto 1993. mimeo.

BARBEITO Alberto, LO VUOLO Rubén (1992) *La Modernización Excluyente*. - UNICEF, Losada, Buenos Aires.

BELMARTINO, Susana (1993) *La Seguridad Social Médica en Argentina: Crisis y Reformulación de los Pactos Constitutivos*, trabajo presentado al II Seminario Latinoamericano de Política Sanitaria, México, mimeo.

BORJA Jordi, PERDIGO Jorge, CASTELLS Manuel, et all (1987) *Organización y descentralización municipal* - Fondo Editorial de la Cooperación - Colección Urbanismo y Administración Local - EUDEBA, Buenos Aires.

BOISIER Sergio (1985) *Centralización y descentralización territorial en el proceso decisorio del sector público* ILPES - Programa de Capacitación, Santiago, Chile. (Doc. CPRD-95)

BOISIER Sergio, SILVA Verónica(1989) *Descentralización de políticas sociales y descentralización territorial: puntos de intersección para investigación acción*. ILPES, Santiago, Chile.

BOISIER Sergio, SABATINI Francisco, SILVA Verónica, SOJO Ana y VERGARA Patricio (1991) *La descentralización: el eslabón perdido de la cadena transformación productiva con equidad y sustentabilidad*. DOC. 91/8, ILPES, Santiago, Chile.

BRUSA Jorge, JASIF C. (1992) "*La política de descentralización en la Provincia de Córdoba. Una experiencia transformadora del Estado*" Ponencia de IX Congreso de Administración Pública, Mendoza, Noviembre 1992, mimeo.

CASTEL, Robert (1991) *La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión* En: El espacio Institucional , Lugar Editorial, Buenos Aires.

CETRANGOLO Oscar (1993) *El Pacto Fiscal y las relaciones financieras entre la Nación y las Provincias* Instituto para el Desarrollo Industrial, Unión Industrial Argentina, Doc. de Trabajo N° 38, Buenos Aires, Agosto 1993.

CONFEDERACION GENERAL ECONOMICA (1993) *El libro azul de las Provincias* - Instituto de Investigaciones Económicas y Financieras, Confederación General Económica (CGE), Buenos Aires

DAB W - HENRAD J (1991) *Situación de la salud pública en el sistema de salud francés* En Gaceta Sanitaria N° 1, Masson, Madrid, España.

DEPPE Hans Ulrich (1992) *German Unification and European Integration* . Paper presentado a la Conferencia Internacional de la Asociación Internacional de Salud Pública (IAHP- Europe) Berlin 1991, mimeo.

DIAZ de LANDA Martha (1993) *Tendencias actuales en el liderazgo local: explorando la emergencia de la cultura del nuevo populismo fiscal en los municipios de Córdoba*. En: Anuario 1993 - Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

DIAZ de LANDA Martha (1991) *El empleo público como recurso electoral y la cultura política fiscal a nivel municipal. Recambio político y evolución del gasto en personal* En: Revista de la Universidad Blas Pascal . Córdoba, Vol 1, N° 1: 51-67.

DIAZ de LANDA Martha, et all (1989) *Crisis Fiscal e innovación municipal* - Informe CONICET , Córdoba, mimeo.

ESPING ANDERSEN Gosta (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism* - Princeton University Press.

FORNI Floreal, GALLART María, et all (1992) *Métodos Cualitativos II* , Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

GAGLIANO Ernesto, ROSENFELD Arnoldo, TILLEA Teresa, (1988) *"Fundamentos de la Propuesta de descentralización de la atención estatal en salud en Córdoba"* - Revista Administración Pública y Sociedad, IIFAP, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, N° 3.

GAGLIANO Ernesto y NAVARRO Mario (1989) *¿Porqué descentralizar en salud?* en Administración Pública y sociedad, IIFAP, Córdoba, N° II, Julio 1988.

GOLBERT, Laura, LUMI Susana, TENTI Emilio (1992) *La mano izquierda del Estado: la asistencia social según los beneficiarios* - CIEPP - Mino y Dávila, Buenos Aires.

HELM Dieter y SMITH Stephen (1992) *The decentralized state: the Economic Borders of Local Government*. En: HELM D. (De.) The Economic Borders of the State, Oxford University Press. Págs. 275-290

HIMMELFARB, Gertrude (1983) *La idea de la pobreza* -Fondo de Cultura Económica, México

ISUANI Aldo, MERCER Hugo (1986) *La fragmentación Institucional del sector salud en Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad?* en Boletín Informativo Techint, N° 244, Buenos Aires, Diciembre 1986.

JELIN Elizabeth, LLOVET Juan y RAMOS Silvina (1982) *Un estilo de trabajo: la investigación microsocia*l Doc. de Trabajo, Seminario de Integración y Análisis Demográfico. PIPSAL; Belo Horizonte, Brasil.

KATZ Jorge y MUÑOZ Alberto (1988)(a) *Organización del Sector Salud: puja distributiva y equidad* - Centro Editor de América Latina, Buenos Aires

KATZ Jorge, CETRANGOLO Oscar, DAMILL Mario, LERNER Laura, RAMOS Silvina, (1992)(b) *Desregulación y Salud. Un análisis de la reforma del sistema de Obras Sociales*, Instituto para el Desarrollo Industrial, U.I.A., Doc. de Trabajo N° 2, Buenos Aires, Agosto 1992.

KATZ Jorge, RUBILAR A, ROSSI T (1990)(c) *Crisis financiera y esfuerzos recientes de descentralización del sistema hospitalario"*, CEPAL, Buenos Aires. Mimeo.

KATZ Jorge, et all. (1993)(d) *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento* - Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

KATZ, Jorge y KOSACOFF Bernardo (1989) *El proceso de industrialización en la Argentina: evolución, retroceso y prospectiva* - Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

KESLER Gabriel, MINUJIN Alberto(1993) *Del progreso al abandono. Demandas y carencias de la nueva pobreza* UNICEF, Doc. de Trabajo N° 16 , Buenos Aires.

LABISCH, A (1991) *El servicio de salud pública en la República Federal Alemana*. en Gaceta Sanitaria N° 1, Masson, Madrid, España.

LO VUOLO, Rubén (1991)(a) *Economía política del Estado de Bienestar. Mitología neoliberal y keynesianismo populista*. En el Estado Benefactor. Un paradigma en crisis. CIEPP, Miño y Dávila Editores, Buenos Aires.

LO VUOLO, Rubén (1994) (b) *Estabilización, ajuste estructural y política social: Los inocentes son los culpables*: - En: Más allá de la estabilidad. Fundación F. Ebert (en prensa).

Mc CARTHY M. (1991) *La salud Pública en el Reino Unido* en Gaceta Sanitaria N° 1, Masson, Madrid, España.

NAVARRO Mario, ROSENFELD Arnoldo (1993) *El sector salud de la Provincia de Córdoba*. En KATZ Jorge, et all. El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento - Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. Págs.221-271.

NAVARRO Mario, LO VUOLO Rubén, PAUTASSI Laura, ROSENFELD Arnoldo (1994) *La transformación del sector salud en Córdoba, Argentina, ¿Hacia la anomia o a una nueva institucionalidad?* Proyecto de investigación, programa CLACSO - OPS, Buenos Aires, mimeo.

NUN, J (1991) *La democracia y la Modernización 30 años después*. En Desarrollo Económico, V. 31 N° 123, Octubre- Diciembre 1993 - Págs 374-392.

O'DONELL, Guillermo (1992) "*Delegative Democracy?*", Working Paper # 172, Marzo 1992, Kellogg Institute, Notre Dame., USA. Págs.12-13.

O'DONELL, Guillermo (1993) "*Acerca del Estado, la democratización y algunos problemas conceptuales. Una perspectiva latinoamericana con referencia a países poscomunistas*" En Desarrollo Económico, N° 130, Vol. 33, Bs As, julio-septiembre. Págs. 167-168.

OFFE, Claus (1982) **La democracia contra el Estado Benefactor?** En Revista Doxa, Madrid, Octubre-Diciembre 1982.

OFFE, Claus (1984) Politische Legitimation durch Mehrheitsentscheidung? En: Guggenberger/Offe (comp) An den Grenzen der Meheheitsdemokratie - Opladen, Westdeutscher Verlag, Alemania .Págs 150- 56.

ORGANIZACION PANAMERICANA de la SALUD - SECRETARIA DE SALUD DE LA NACION - MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CORDOBA (1988) *Proyecto de Cooperación Técnica*, Córdoba, 1988.

ORGANIZACION PANAMERICANA de la SALUD (1990) *Sistemas Locales de Salud*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

OSZLAK, Oscar, BONEO Horacio, GARCIA de FANELLI Ana, LLOVET Juan(1990) "*Descentralización de los Sistemas de Salud. El Estado y la Salud*" - En S.I.L.O.S., OPS, Washington, DC Págs 59-82.

PAUTASSI, Laura (1993) *Actores sociales locales. ¿Los nuevos protagonistas de la Política Social?* Ponencia presentada al Primer Congreso de la Sociedad Argentina de Análisis Político (SAAP) Huerta Grande, Córdoba, Noviembre 1993. mimeo.

PAUTASSI, Laura (1993) *La Facultad de medicina: Institución formadora o reproductora de Recursos Humanos?* Posgrado Políticas Sociales, Universidad de Buenos Aires, mimeo.

PIREZ, Pedro (1986) *Coparticipación Federal y descentralización del Estado*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

PIREZ, Pedro (1991) "*Municipio, Necesidades Sociales y Política local*" IIED, Grupo Editor, Buenos Aires. Págs. 11-25.

RUFIAN, Dolores (1991) "*Descentralización y desconcentración de la Política Social. Análisis de Experiencias y Recomendaciones*" ILPES, Santiago, Chile. Págs. 8-12.

SOJO, Ana (1990) *Lo regional, lo comunal y la descentralización en América Latina: problemas actuales de la política social selectiva*. Documento CEPAL LC/ 913 mimeo.

SOJO, Ana (1990) *Naturaleza y selectividad de la política social*. Revista de la CEPAL N° 41, Agosto, Santiago de Chile.

SEN, Amartya (1984) *Resources, Values and Development* - Frances Printer, USA.

SEN, Amartya (1992) *Inequality Reexamined* Harvard University Press - Cambridge.

SCARPONETTI, Patricia (1993) *Participación comunitaria y Desarrollo Local: estudios de casos*. CIJS, Tesis Doctoral, Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Córdoba, mimeo.