

Relaciones intergubernamentales y descentralización: el papel de los mecanismos formales y fiscales de coordinación en la institucionalización de procesos descentralizadores

Mónica S. Cingolani

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Universidad Católica de Córdoba
Córdoba, Argentina

1. Introducción

Durante las décadas de los '80 y '90, en el marco de los procesos de Reforma del Estado, tanto en Argentina como en América Latina, la descentralización ha sido uno de los ejes centrales. Puede definirse la descentralización como la “transferencia de responsabilidades, competencias y capacidades desde unidades superiores a unidades de gobierno de menor dimensión territorial”¹. Entre las distintas perspectivas teóricas para analizar los procesos políticos, económicos y de gestión relacionados con la descentralización, la perspectiva institucional entiende a la misma como un proceso de reforma del Estado que conlleva una modificación de su estructura político-institucional y la redefinición de su correspondiente dinámica de incentivos. Las instituciones son entendidas como sistemas de reglas que estructuran los cursos de acción que un conjunto de actores puede elegir (Scharpf, 1997: 38); en este sentido, asignan capacidad de decisión, recursos e información, y desarrollan una cierta lógica de incentivos que orienta o condiciona el comportamiento de los actores.

Los procesos descentralizadores son intrínsecamente complejos y a menudo transcurre una década y más hasta que los sistemas descentralizados se estabilicen o, en otros términos, se institucionalicen. Es pertinente distinguir dos instancias de institucionalización de la descentralización; una de ellas refiere a la institucionalización en el plano de normativo, jurídico-legal (Constitución, leyes, decretos, reglamentos) que incluso en el presente caso de estudio ha experimentado reformas a lo largo de más de una década de implementación; a la vez, existe otro plano de institucionalización, infinitamente más complejo, que refiere a las dinámicas que se generan en los nuevos espacios de acción, a las prácticas, a las actuaciones de las organizaciones, a las conductas de los actores, que pueden orientarse o no a un afianzamiento del sistema descentralizado. Es decir, una vez implementados los procesos descentralizadores, estos pueden orientarse a la construcción de un “sistema” descentralizado, con las inherentes exigencias de organización, coordinación, control, etc., pero también pueden encaminarse a la fragmentación. En estos términos, los mecanismos de coordinación intergubernamental asumen un papel preponderante.

La descentralización, en tanto reformas en la distribución de competencias y en las transferencias fiscales de recursos por competencias asumidas, deriva en nuevos esquemas de vínculos intergubernamentales, puesto que las relaciones entre niveles de gobierno se ven alteradas por la descentralización. La necesidad de estrategias de coordinación se vuelve evidente cuando se trata de diseños institucionales de descentralización que implican un sistema de interdependencias entre actores autónomos, como en el caso de la descentralización del primer nivel de atención de la salud desde el gobierno provincial a los gobiernos locales, aquí estudiada. Lejos de una lógica de adaptación automática de mercado, demanda un complejo ajuste entre unidades prestacionales y entre instancias

¹ Hay coincidencia generalizada en esta definición de la descentralización; e incluso es similar a la vertida en la normativa que rige la descentralización en la Provincia de Córdoba, caso de estudio de esta investigación.

gubernamentales, y en esta dinámica, los arreglos institucionales que se establecen para la descentralización y los mecanismos de coordinación formales y fiscales –estos últimos, quizá el aspecto más delicado en todas las iniciativas descentralizadoras- creados para regular las relaciones intergubernamentales, juegan un rol primordial en la institucionalización y estabilización del sistema descentralizado, y por tanto también en su desestabilización, como se analiza en el presente trabajo.

2. Descentralización y relaciones intergubernamentales: la verticalidad como especificidad latinoamericana.

Dada la estrecha vinculación entre las políticas públicas y las relaciones intergubernamentales, puede decirse que los diseños institucionales de prestación de servicios tienen implicancias en la coordinación intergubernamental, y estas últimas sobre los escenarios de la descentralización. Del análisis de la dinámica de los procesos descentralizadores y las estructuras de las relaciones intergubernamentales en los países de Latinoamérica, se desprende cierta “especificidad” latinoamericana, orientada a la verticalidad, a la jerarquía, como característica recurrente y coincidente. Sucede que la descentralización y la estructura de las relaciones intergubernamentales, en cierta manera se condicionan recíprocamente. Por un lado, el grado de centralización/descentralización influye en la conformación de las relaciones intergubernamentales (Cameron, 2001), puesto que éstas son el resultado de una combinación de elementos, entre ellos los políticos, que crean un modelo de instituciones y de procesos intergubernamentales propios de cada sociedad, de cada país². Por el otro, las relaciones intergubernamentales moldean a su vez, las reformas administrativas en general, y los procesos descentralizadores.

En América Latina, los estudios de las iniciativas descentralizadoras consideran clave para entender estas estrategias su impulso desde el nivel central, con un planteamiento vertical, de arriba hacia abajo, a la vez que las enmarcan como un elemento destacado en los procesos de reestructuración del Estado en el contexto regional principalmente de los '90. La descentralización en Latinoamérica, como señala Rojas (2000), ha sido impulsada por los gobiernos centrales en forma reactiva, y no activa³; los problemas fiscales, las dificultades para dar respuesta a las demandas sociales en el contexto de crisis económica de los '80, junto a los consejos de los organismos multilaterales de cooperación, constituyeron el trasfondo de procesos acelerados de descentralización. De ahí que en casi todos los estudios relativos a la misma se advierten los riesgos que acarrea, además de las oportunidades que genera. Coincidente con aquella caracterización, describen con argumentos críticos Lo Vuolo y Barbeito (1998) que en Argentina, en la década del '90 –etapa que denominan de “retracción programática del Estado de Bienestar”- se observa una tendencia a privatizar la oferta o modificar las relaciones entre el Estado, las provincias y los municipios, sin un programa integral de reformas sino con acciones sectoriales y aisladas impulsadas por objetivos fiscales.

Por su parte, en cuanto a las relaciones intergubernamentales, también puede hablarse de

² Elementos demográficos, geográficos, sociales, culturales, históricos, constitucionales, institucionales y circunstanciales también influyen junto a los políticos, resultando en una particular conformación de las relaciones intergubernamentales característica de una sociedad determinada.

³ “... the common denominator across the LAC region is that national governments have faced a great of pressure –primarily political pressure- to do so. Decentralization in Latin America did not originate in a centrally organized fiscal rationale. In adopting decentralization from the top down, Latin American presidential regimes were in most case reactive, non proactive” (Rojas, 1999: 15).

cierta especificidad común en la experiencia latinoamericana. Méndez (1988: 8-9) señala que estas relaciones reconocen dos dimensiones básicas: “En primer lugar, hace referencia a relaciones que se establecen entre distintas instancias u órdenes territoriales de gobierno. Al hablar de ‘gobierno’ se entiende que involucran entidades políticas con cierta autonomía. Por lo tanto, dichas relaciones no son esencial o necesariamente jerárquicas, aún cuando puedan ser asimétricas. (...) por ejemplo las relaciones entre la instancia nacional y la subnacional (v.g. un estado), entre ésta y la instancia local (v.g. un municipio) o entre la primera y la última. La segunda dimensión se refiere a que las relaciones no sólo se dan entre órdenes distintos de gobierno, sino también entre entidades gubernamentales al mismo nivel territorial (estado-estado; municipio-municipio, etc.). El concepto alude entonces a relaciones o incluso asociaciones que involucran a entidades subnacionales, locales, etc.”. Las relaciones intergubernamentales han sido usualmente estudiadas en su dimensión “vertical” (relaciones central-locales), y particularmente arraigadas al campo de las relaciones financieras. Señala Cameron (2001) en su estudio sobre las relaciones intergubernamentales en países federales, que las relaciones de importancia primordial son aquellas que existen entre las unidades de una federación y el gobierno central, y en segundo lugar se encuentran las relaciones entre las distintas unidades subnacionales. En el núcleo de las políticas de las relaciones intergubernamentales verticales están los problemas fiscales; éstos constituyen asuntos en los que rápidamente convergen, por lo general con gran fuerza, presiones políticas, económicas e ideológicas; la política, la ideología, la economía y la administración se combinan para colocar a las finanzas en el centro de aquellas relaciones (Wright, 1988: 85-86). No obstante, como señala Agranoff (1997), si bien la relación fiscal es fundamental - las cuestiones relativas a qué nivel de gobierno se ocupa de la captación de los recursos financieros y de su gasto, cuál realiza el mayor porcentaje de gasto y quién controla las decisiones relativas a la financiación de los programas, resultan básicas en la consideración de la actuación pública-, las determinaciones políticas y administrativas constituyen un medio importante para la comprensión de las mismas

Respecto de la mencionada especificidad de las relaciones intergubernamentales latinoamericanas, Méndez (1988: 9) sostiene que las mismas han sido ajenas a la mayoría de las sociedades latinoamericanas, no porque no hubiesen existido, sino porque “las arterias políticas latinoamericanas básicamente se han comunicado a un abultado órgano político central con disminuidos órganos periféricos; y mientras el líquido vital ha sido concentrado por el primero, ha sido escamoteado a los segundos”⁴. Tras advertir que los sistemas políticos latinoamericanos son y han sido muy variados y es difícil y riesgoso hacer generalizaciones, el autor los caracteriza como sistemas tradicionalmente autoritarios y verticales; ello en función de que frecuentemente han tenido estructuras formales autoritarias o porque, teniendo estructuras democrático-liberales y/o federales, su funcionamiento real ha sido de corte autoritario. También Jordana (2001) describe las relaciones intergubernamentales en América Latina en similares términos: “No se cuenta con la suficiente evidencia empírica para apuntar en forma concluyente qué modelo predomina actualmente en las relaciones entre niveles de gobierno en América Latina, aunque los indicios conducen a la hipótesis de que predomina la separación de poderes con reglas de delimitación y un escaso peso de los mecanismos de coordinación, estando muy presentes las relaciones de desconfianza entre niveles (también con intentos de algunos gobiernos subnacionales de aprovecharse de ciertas situaciones de descontrol, como ocurre en ocasiones con la deuda pública subnacional). Por otra parte, las formas de gobierno

⁴ Quizás en parte sea esta una de las razones de la escasez de literatura vinculada a las relaciones intergubernamentales en Latinoamérica, especialmente aquella que no enfatiza las relaciones financieras.

legalistas han predominado históricamente en la región, aunque la existencia de numerosos vacíos en la legislación, en algunos países, ha facilitado también la aparición de mecanismos de resolución de problemas basados en la práctica o la costumbre. Por el contrario, las fórmulas de relación entre los distintos niveles de gobierno basadas en la negociación o la consulta no han sido muy frecuentes en la región latinoamericana, aunque en los últimos años la complejidad creciente de la gestión pública y la presión por el desarrollo de fórmulas para promover la responsabilización de los actores públicos ha conllevado un mayor desarrollo de las relaciones entre niveles de gobierno en la región”.

A continuación, un análisis de los procesos descentralizador e intergubernamentales en relación al caso de la descentralización de servicios de salud en la Provincia de Córdoba, Argentina⁵.

3. La descentralización provincial (Córdoba, Argentina) en salud en el contexto de las reformas del Estado.

El caso argentino de descentralización de la salud, es a menudo considerado el más intenso y de mayor trayectoria en Latinoamérica, tanto por la cuantía de recursos ejecutados por los niveles subnacionales, como por las facultades y poder de decisión traspasados a las provincias (Di Gropello/Cominetti, 1998). En las últimas cinco décadas –desde 1955- se avanzó progresivamente hacia una salud pública descentralizada, con un amplio traspaso de facultades y competencias (normativas, operativas y programáticas) a todas las provincias, minimizando el papel del nivel central; a partir de 1978, se transfieren gradualmente los hospitales que aún quedaban en el ámbito de la nación a las provincias, principalmente por motivos fiscales. Más recientemente, en la década del '90 se retoma la política descentralizadora con la transferencia de los últimos establecimientos hospitalarios, también en esta oportunidad con predominio de objetivos financieros por sobre los requerimientos de la política sectorial. Se observa un triple fenómeno: la transferencia de los últimos hospitales de la nación a las provincias, casos de descentralización de las provincias a los municipios, y el inicio de cierta descentralización microeconómica impulsada por el gobierno central hacia el nivel de los hospitales, bajo la figura de hospitales de autogestión (Bisang/Cetrángolo, 1997).

La descentralización en salud en el nivel local (es decir, del nivel provincial al municipal) no ha formado parte del modelo de descentralización nacional explícito, sino que ha quedado a merced de la iniciativa y voluntad de cada provincia. Como resultado de la provincialización de la salud han surgido diferentes modelos de descentralización provincial, que se diferencian por el grado de descentralización que trasladan a los niveles locales, de ahí que suele afirmarse que se han generado 23 sistemas provinciales, en vez de un sistema nacional de salud. Existen modelos caracterizados por un papel más activo para los municipios, transfiriéndoles importantes grados de autonomía, tanto a éstos como a las unidades hospitalarias, y otros altamente centralizados en el nivel provincial. Entre los primeros se ubica claramente el caso de la descentralización en salud en la Provincia de Córdoba.

La Constitución de la Provincia de Córdoba reformada en 1987 establece entre sus principios fundamentales la satisfacción de las necesidades de la comunidad con eficacia, eficiencia, economicidad y oportunidad en el funcionamiento de la Administración Pública, cuyo logro la

⁵ Los datos en los que se basa este trabajo se encuentran en Cingolani (2003a) y más sintéticamente en Cingolani (2003b).

norma sujeta a la conjunción de -además de otros- los principios de centralización normativa, descentralización territorial y desconcentración operativa asociada a la regionalización de las políticas públicas⁶. A partir de estos enunciados, tanto las normas constitucionales como la legislación posterior reconocen amplias competencias a los municipios, generando el marco normativo necesario para el emprendimiento de procesos de descentralización de obras y servicios, entre ellos el de salud⁷.

Posteriormente a la reforma constitucional de 1987, en 1988 se procedió a poner en marcha la operatoria de la descentralización, que comienza a legislarse con el Decreto Reglamentario de la Descentralización 1174/88 y, a continuación, la Ley Provincial de Reforma del Estado 7850/89. El mencionado Decreto -y su Anexo Único, que establece las políticas generales y pautas normativas para la orientación de los programas de descentralización de la Provincia- contiene reiteradas referencias a la estrecha vinculación entre las ideas de regionalización, desconcentración administrativa, eficiencia en la prestación de servicios públicos y descentralización basada en la auténtica participación de los municipios y de la participación social. Conceptualmente, define la descentralización administrativa como el proceso de transformación de las estructuras del Estado, consistente en que un poder central transfiere un conjunto de competencias y recursos a los ámbitos territoriales menores del Estado, para que éstos los gestionen de forma autónoma; es decir que, en términos conceptuales, los ámbitos territoriales menores del Estado amplían su poder efectivo, receptando a la vez funciones y recursos.

En el área de salud en particular, hasta la década del '90 la prestación de este servicio público en el territorio de la provincia se encontraba casi exclusivamente bajo responsabilidad provincial y sólo los municipios de mayor tamaño poblacional contaban con efectores municipales que coexistían con los provinciales. A partir de la reforma constitucional, la normativa autoriza la descentralización de efectores de complejidad menor (1º nivel de atención de la salud), categorizados como puestos sanitarios, dispensarios, centros materno-infantiles y hospitales vecinales -estos últimos con capacidad de internación-⁸; los de mayor complejidad (2º y 3º nivel: hospitales zonales, regionales y centrales) quedaban bajo la competencia política y de gestión del Gobierno Provincial⁹.

La descentralización en salud adoptó la modalidad excluyente de "municipalización" de los efectores de menor complejidad en tanto no se dirigieron transferencias a organismos intermunicipales, aún cuando lo autoriza la legislación. La metodología establecida para las descentralizaciones, consistió -en su aspecto formal más general- en acuerdos de adhesión mediante convenios estándares (independientemente de las diferencias entre las localidades) y bilaterales entre cada gobierno municipal y el provincial. La implementación se inició en 1989 y se prolongó durante seis años. En 1995 se logró la transferencia de la casi totalidad de efectores de salud de menor complejidad. No obstante, lejos de constituir un

⁶ Constitución de la Provincia de Córdoba de 1987, artículos 174 y 175.

⁷ Conforman el corpus normativo de la descentralización: Constitución de la Provincia de Córdoba de 1987, Decreto Reglamentario de la Descentralización 1174/88, Ley Provincial de Reforma Administrativa y Económica del Estado 7850/89, Decreto Provincial 6453/89 sobre Programas Sectoriales de Descentralización y Decreto Provincial 6454/89 sobre Fondo de Financiamiento.

⁸ Excepcionalmente, también se transfirieron algunos efectores de complejidad mayor a la autorizada por la normativa, con acuerdo de los municipios interesados (de los 494 establecimientos descentralizados en 1998, se contaban 4 hospitales zonales, es decir, "no descentralizables" en principio).

⁹ Recientemente -a partir de 2001- el esquema de categorización de efectores públicos de salud en la Provincia ha experimentado modificaciones que, por lo que aquí interesa, no han afectado en mayor medida la distribución de responsabilidades jurisdiccionales territoriales entre provincia y municipios/comunas, constituyendo reformas vinculadas al método de asignación de las transferencias provinciales para el financiamiento de los servicios descentralizados, que se analizarán posteriormente.

proceso gradual y progresivo, el mismo reconoce claramente dos etapas de implementación, con modalidades diferentes tanto en la operatoria general como en las características de los convenios de transferencia y en los logros obtenidos en términos de la cantidad de efectores descentralizados. La primera etapa (1989-1995: gestión del Gobernador E. Angeloz, Unión Cívica Radical) se caracterizó por una operatoria consensuada (los municipios y comunas podían aceptar o no los convenios de duración limitada, aunque renovables automáticamente), y cierto margen de negociación sobre los costos municipales asumidos por las transferencias, particularmente en relación a la afectación presupuestaria (provincial o municipal) del personal de los efectores –aún cuando la normativa autorizaba la municipalización del mismo-; el porcentaje de efectores transferidos durante esta gestión, indicador del grado de interés de los municipios en la descentralización, apenas alcanzó al 24% de los efectores (120 de 494 establecimientos provinciales), mostrando claramente la limitada adhesión de los gobiernos locales al programa de descentralización en salud. En julio de 1995, en un contexto de crisis fiscal y emergencia económica provincial, el cambio de gobierno (1995, gestión del Gobernador R. Mestre, Unión Cívica Radical) se propone profundizar y consumir el proceso tíbiamente desarrollado hasta ese momento, reconociendo expresamente los objetivos fiscales de la descentralización¹⁰; bajo una modalidad de descentralización masiva (a todos los municipios y comunas), acelerada (poco menos de un año) y compulsiva (factores de presión financiera y amenaza de cierre de servicios), se transfiere el efector y su personal con carácter definitivo. En 1996, la Provincia había transferido a municipios y comunas el 91% de los efectores (454 de 494).

4. Los mecanismos institucionales para la coordinación del proceso descentralizador.

Si se pretende analizar las necesidades de coordinación en los procesos descentralizadores, corresponde reparar en la noción de “interdependencia” en el marco de la descentralización. Más allá de la a menudo aludida naturaleza cada vez más interdependiente de los procesos de políticas públicas –por caso, Parri (1990) enfatiza la interdependencia por sobre la dependencia y la indiferencia para caracterizar la política contemporánea-, la implementación de fórmulas descentralizadoras intrínsecamente genera interdependencia entre los niveles gubernamentales involucrados (descentralizador y receptor de los servicios descentralizados); es decir, plantea la existencia de áreas que implican la acción simultánea de unidades locales y centrales. Existe interdependencia cuando los recursos relevantes de coordinación están repartidos entre distintos actores, en este caso, niveles de gobierno.

Si un diseño institucional basado en alguna fórmula descentralizadora implica la existencia de una estructura de interdependencias entre niveles gubernamentales, las relaciones intergubernamentales estarán presentes, y cuanto más compleja sea aquella estructura, más intensas pueden llegar a ser estas o al menos los requerimientos de coordinación. Compartir responsabilidades sobre una misma área de política pública puede –y es presumible que así sea- en tanto uno de sus posibles efectos institucionales, estimular la coordinación; aunque también pueden darse importantes problemas de coordinación intergubernamental e incluso la ausencia de coordinación, constituyendo esto último un claro indicador de dificultades de funcionamiento de la descentralización.

¹⁰ Díaz de Landa/Cingolani, 2000.

Recurrentemente se hace referencia a los beneficios del pluralismo institucional¹¹ en términos de mejoras en la eficiencia y la responsabilización, su estímulo a la coordinación y al control mutuo entre los distintos niveles de gobierno. No obstante, ello debe ser congruente con las capacidades políticas y administrativas, de lo contrario la descentralización basada en el pluralismo institucional enfrentará probablemente dificultades importantes al tratar y gestionar, las unidades de gobierno, las complejidades político-administrativas. Si bien la literatura hace hincapié especialmente en las dificultades de la coordinación en contextos concretos cuando los niveles de complejidad de las fórmulas de coordinación son excesivos, debe repararse también en las dificultades emergentes por deficiencias en la aplicación de esquemas no complejos de coordinación; los problemas así definidos son más acordes para describir el caso de estudio que aquí se trata.

Obviamente, la alternativa del pluralismo institucional, con la que puede caracterizarse el diseño de la descentralización en salud provincial, implica una estructura de interdependencias entre los actores implicados, un aumento de las necesidades de coordinación entre los distintos niveles de gobierno (regulación, coordinación, financiación) y por lo tanto relaciones intergubernamentales más intensas. La ausencia de relaciones intergubernamentales o indiferencia indicaría dificultades en el funcionamiento de la descentralización. A continuación, un análisis de los mecanismos de coordinación previstos, su aplicación e impactos.

4.1. Los mecanismos formales de coordinación: las “funciones de coordinación, organización y control” del Estado.

Como se ha dicho, la descentralización del sistema público de salud, a tenor del tipo de descentralización de que da cuenta el caso de estudio, consiste básicamente en una reconfiguración de la distribución de las competencias territorialmente localizadas. La coordinación de un sistema de tal naturaleza se entiende como el conjunto de acciones intencionales ordenadas a la armonización de expectativas divergentes y a la maximización de la complementariedad entre acciones contingentes de múltiples actores autónomos en un sistema de relaciones interdependientes¹². Este área refiere a todas aquellas actividades tendientes a la coordinación y organización para la provisión del servicio a los fines de impulsar la solución conjunta de problemas con los otros actores (debe tenerse en cuenta que el nivel provincial es a la vez prestador de los servicios de mayor complejidad).

Una de las aristas más problemáticas en los escenarios pos-descentralización es la construcción de espacios integrales de coordinación en diferentes niveles que eviten procesos de fragmentación en escenarios descentralizados¹³. Al respecto, Lo Vuolo (1995)

¹¹ De acuerdo a Cohen y Peterson (2000), pluralismo institucional refiere a un diseño institucional de prestación de servicios en el que los distintos niveles de gobierno comparten responsabilidades (incluso pueden participar organizaciones públicas no estatales y el sector privado), y se diferencia del monopolio institucional distribuido (áreas distribuidas como responsabilidad exclusiva de los gobiernos subnacionales) y del monopolio institucional (áreas reservadas con exclusividad por el gobierno central o instituciones centralizadas). En relación a los requerimientos de relacionamiento y coordinación de cada diseño institucional, los mismos serán escasos o nulos en sistemas administrativos basados en monopolios institucionales centralizados; en cambio, los diseños basados en alguna fórmula de descentralización, sea ésta el monopolio institucional distribuido o el pluralismo institucional, requieren de sistemas de coordinación más complejos, especialmente este último esquema.

¹² Un concepto similar define F. Scharpf (1993).

¹³ La fragmentación institucional en tanto rasgo característico del sector salud en particular en Argentina, no es nuevo; tradicionalmente se ha insistido en la excesiva fragmentación de la organización institucional de la atención médica en el país: un sector público cuyos niveles nacional, provincial y municipal presentan un alto

advierte que para que una descentralización sea operativa y eficaz, el sistema en cuestión supone una trama institucional relativamente articulada de unidades responsables de la formulación y ejecución de políticas de salud, concibiendo a los sistemas en términos de interdependencia racional entre las unidades componentes. Otros autores también se han ocupado de este problema más en particular, proponiendo en general soluciones vinculadas a la coordinación de acciones. Oszlak (1991) advierte que descentralizar no es anarquizar ni tampoco estimular la proliferación errática de autonomías y reclama, entre otras tareas inéditas para los niveles centrales, la administración, la regulación, el monitoreo y el control del conjunto del proceso de descentralización, a la vez que la coordinación de la relación entre todos los sistemas locales de salud. También Badino (1993), remarca la falta de integralidad de la atención primaria de la salud en América Latina y las limitaciones que los procesos de fragmentación imponen a la construcción de sistemas descentralizados.

Teniendo como referencia la doble dimensión de las relaciones intergubernamentales: “verticales” para aludir a las relaciones local-centrales y “horizontales” en relación a las interlocales, y la interdependencia entre niveles y consiguiente necesidad de coordinación intergubernamental que la fórmula descentralizadora de prestación de servicios en sí misma implica, pueden desentrañarse del marco regulatorio de la descentralización la previsión de mecanismos institucionales jerárquicos y horizontales de coordinación de los sistemas de servicios y obras una vez descentralizados, no excluyentes entre sí.

4.1.1. Los mecanismos jerárquicos y centralizados de coordinación

Por la Ley de Reforma del Estado 7850/89, se establece este mecanismo al reservarse el Gobierno Provincial la planificación, regulación normativa y fiscalización de los servicios, obras y funciones descentralizados. Asimismo, dispone a cargo del gobierno provincial la asistencia técnica continua, definida esta como una cuestión recurrente en el desarrollo de la política descentralizada. Por su parte, la asignación de recursos centrales para el financiamiento de los servicios transferidos se prevé a través del Fo.Fin.Des. (Fondo de Financiamiento de la Descentralización), uno de los principales mecanismos jerárquicos, que se tratará más adelante.

4.1.2. Los mecanismos horizontales o de auto-coordinación

La cooperación interlocal se promueve legalmente a través de la capacidad de los gobiernos locales para celebrar convenios intermunicipales -establecida constitucionalmente- a los fines de institucionalizar procesos “espontáneos” de coordinación generados desde los ámbitos locales. El Anexo Único del Decreto Provincial 1174/88 –que contiene las pautas normativas de los programas de descentralización- fija como objetivo la promoción de la coordinación intermunicipal para superar inconvenientes que pueden derivarse de los procesos de descentralización. Tales inconvenientes, según el diagnóstico que acompaña la decisión legislativa, son: los riesgos de incurrir en superposición de funciones entre distintas jurisdicciones del Estado; la escasa capacidad operativa de la mayoría de los municipios para la gestión de obras y servicios públicos; y, en el caso de los municipios más pequeños, el inconveniente de la escala técnica para la producción de obras y prestación de servicios. A

grado de autonomía; un gran número de obras sociales sumamente heterogéneas que expresan la forma que adquirió, en la Argentina, la atención médica de la seguridad social y, por último, un importante sector privado distribuido en un amplio conjunto de mutualidades, seguros privados y establecimientos particulares. A esa complejidad se suma que la escasa coordinación existente dentro de cada uno de estos modelos hace más difícil la coordinación entre ellos (Isuani/Mercer, 1988; Bisang/Cetrángolo, 1997).

partir de lo expuesto, la coordinación horizontal, como mecanismo facultativo de los niveles de gobierno local, aparece como un factor clave sino para superar, al menos para atenuar problemas de los sistemas descentralizados.

4.1.3. Inacción central y apelación a la coordinación horizontal autónoma. Resultante: una “descentralización incontrolada”.

Luego de los vertiginosos traspasos con escasas negociaciones hacia fines del año 1996, sobreviene una etapa marcada por la conflictividad y los denodados esfuerzos locales por poner en funcionamiento el sistema de salud en sus ámbitos locales bajo la modalidad descentralizada. Las fuertes confrontaciones entre la Provincia y algunos municipios, en relación a la oportunidad y modalidad de las transferencias, se prolongaron por un tiempo considerable. Las particularidades que las distintas municipalidades y comunas de hecho presentan en su desarrollo económico, capacidades instaladas de gerenciamiento y prestación de servicios, la disponibilidad de recursos fiscales, la comprensión de su función en relación a servicios como la salud y percepción sobre la distribución de competencias en el área, así como su visión acerca de la metodología seguida en la implementación y el manejo de los tiempos políticos implicados en el proceso -teniendo en cuenta sus atribuciones autonómicas-, son aspectos que han incidido en resolver la transición entre el traspaso y la instalación de las nuevas funciones en los niveles locales.

Por otra parte, aspectos como la capacidad técnica y de gestión para la atención de la salud, no han merecido sistemática atención y su importancia se ha visto relegada por el carácter confrontativo que entre municipios/comunas y provincia ha tenido el proceso de implementación del sistema descentralizado, a raíz de desacuerdos entre los gobiernos en relación a la oportunidad y la capacidad de financiamiento del mismo. El descuido de la función de planificación y regulación por la esfera responsable provincial ha dejado librada la articulación del sistema a las iniciativas espontáneas de los gobiernos locales, y al juego de interacciones básicamente reactivas de éstos frente a las disposiciones del provincial.

El escenario pos-descentralización se asienta en la voluntad de los municipios interesados en avanzar en la administración de la coordinación de servicios y no de la voluntad del poder central para coordinar el sistema descentralizado. A nivel del Gobierno Provincial se escuchaba la permanente insistencia en la necesidad de regionalizar las acciones en salud desde la iniciativa municipal para contribuir a coordinar el sistema de salud provincial, reconociendo los riesgos de atomización y fragmentación del sistema público provincial de salud a partir de la descentralización. La expectativa del Gobierno Provincial acerca de un proceso de regionalización, una vez cumplida la municipalización de los servicios de atención primaria de la salud, radica en que tal proceso debe iniciarse de inmediato de abajo hacia arriba, en tanto responsabilidad de los municipios para garantizar de articulación del sistema, contribuir a evitar una atomización de los servicios, propender a la optimización de esfuerzos y a la generación de mecanismos de control mediante sistemas de información, fundamentales para el monitoreo del sistema¹⁴. En 1998 los discursos oficiales tendieron a insistir en la revalorización de las iniciativas locales de cooperación y a apelar a las capacidades locales de coordinación del sistema de salud. Desde la esfera provincial, reiteradamente se les instaba, por un lado, a la regionalización, articulando el funcionamiento de los distintos efectores y buscando formas de coparticipación en salud, y acuerdo en pautas económicas y, por el otro, se justificaba el sentido de cooperación sobre la base de la

¹⁴ Discurso oficial del Ministro de Salud (Fuente: La Voz del Interior, 03/05/97).

solidaridad (responsabilidad moral) de los municipios mejor dotados¹⁵.

Más allá de la pretensión del nivel descentralizador de descansar automáticamente en la autonomía de los niveles estatales locales, en respuesta, los actores locales a través de estrategias de auto-coordinación han podido desarrollar algunos recursos de coordinación (capacidades para identificar problemas, desarrollar alternativas de solución, implementar políticas, etc.), que no obstante constituir interesantes innovaciones en la institucionalidad local, sus potenciales de creatividad y capacidad para solucionar problemas, encuentran limitaciones en los sistemas de cooperación concretos; entre éstas limitaciones pueden contarse la falta de disposición a la cooperación en no pocos municipios (por localismo y expectativas en la viabilidad autónoma individual), las dificultades para establecer acuerdos de carácter económico de los municipios entre sí (la importancia de estas estrategias deriva de la problemática de las migraciones interjurisdiccionales de pacientes, si no es compensada por la instancia descentralizadora de gobierno), y la incapacidad para coordinar acciones en relación a objetivos complejos, entre las principales limitaciones¹⁶.

Los problemas descritos derivan en una especie de escenario de descentralización “incontrolada”, a lo que se agrega la conflictividad en las relaciones financieras entre provincia y municipios/comunas.

4.2. Las relaciones fiscales de la descentralización. La “función correctiva” del Estado y la conflictividad emergente.

Esta área constituye el lugar privilegiado de estudio de las relaciones intergubernamentales verticales, como así también el núcleo problemático de las mismas; las transferencias entre gobiernos, los recursos fiscales, constituyen una arista en la que las relaciones intergubernamentales adquieren gran centralidad y allí radica el corazón de toda política pública (Wright, 1988). Incluso autores como Wiesner (1999: 41) afirman que: “El factor crucial que define la estrategia para hacer más eficiente el proceso de descentralización y para fortalecer la gobernabilidad es el cambiar las condiciones bajo las cuales se generan, utilizan y transfieren los recursos. Este enfoque parte de la premisa institucional de que es el origen del financiamiento el que determina, más que cualquier otro factor, si una estructura institucional tiende a ser positiva o adversa a la efectividad de políticas públicas dadas”.

En su relación con la descentralización, comprende las fórmulas implementadas para el financiamiento de los servicios descentralizados, que incluyen el método de distribución (fórmulas para la distribución, desde simple distribución porcentual según número de habitantes, hasta complejas fórmulas que integran variables socioeconómicamente territorializadas; o bien distribuir según los gastos efectuados por los gobiernos locales, ad-hoc, entre otros), y el método para la determinación del monto global de recursos financieros destinados por el nivel central a financiar los servicios descentralizados (determinado por ley o constitucionalmente, cantidad fija anual o reembolso por gastos puntuales). Obviamente, también admite la combinación de distintas estrategias.

En general, existen dos formas principales de subvención para los servicios descentralizados, que pueden identificarse entre los mecanismos utilizados en el caso de

¹⁵ En palabras del entonces Ministro de Salud provincial: “Las poblaciones más importantes tienen una responsabilidad moral, porque deben ser las ‘madres’ dentro de una planificación de los servicios de salud, como la función que cumple la Provincia de Córdoba con sus pares limítrofes del norte argentino”. (Fuente: La Voz del Interior, 17/05/97).

¹⁶ En Cingolani (2003a) (2003b) se detallan las potencialidades y limitaciones de la coordinación intermunicipal en el caso de estudio.

estudio: subvenciones dirigidas a actuaciones en áreas específicas sin necesidad de desglosar el gasto; y subvenciones con propósito restringido y controles legales estrictos. La primera modalidad es más pertinente para caracterizar la previsión del financiamiento de la descentralización provincial al momento de las transferencias. A los fines de atender las erogaciones de las funciones y servicios descentralizados, la Ley 7850 de 1989 creó el Fo.Fin.Des. (Decreto Provincial 6454/89), constituido por un 12% del monto correspondiente a la coparticipación provincia-municipios, transferible -a modo de incentivo positivo- en la medida en que los municipios/comunas accedieran a adherirse al programa de descentralización, tanto en salud como en otras áreas. Evidentemente, el mismo no constituyó incentivo suficiente a los fines de institucionalizar el proceso de descentralizador en salud, dicho esto en virtud de los escasos resultados obtenidos en la primera etapa de implementación (1989-1995).

Si bien el problema de la escasez de recursos de financiamiento, en tanto factor obstructivo de la capacidad operativa de los municipios para la gestión de obras y servicios públicos descentralizados, no constituyó una preocupación para el nivel descentralizador en el momento de la formulación de la normativa para la descentralización¹⁷, sí lo fue posteriormente. A diferencia de los primeros convenios de transferencia, en los que se menciona como única fuente de financiamiento al porcentaje de Fo.Fin.Des. convenido por cada municipio para el área de salud (que en la práctica pasaba a integrar los recursos generales del municipio y no se ejercía control central sobre los mismos), a partir de las transferencias masivas de 1995-96, los nuevos convenios prevén el financiamiento con “los propios recursos presupuestarios, coparticipación, Fo.Fin.Des. u otro fondo que lo sustituya”, reconociéndose así taxativamente la insuficiencia de las transferencias mediante Fo.Fin.Des., en el marco de la crisis fiscal y emergencia económica del Estado Provincial. A partir de la descentralización masiva, los problemas de financiamiento -derivados de la insuficiencia del Fo.Fin.Des. y de la demanda de erogaciones principalmente por la transferencia del personal de los establecimientos- se generalizaron y agravaron posteriormente por la retracción en las transferencias intergubernamentales -retenciones automáticas de la coparticipación por deudas de los municipios-, siendo esta una de las medidas de ordenamiento fiscal en que desembocó la crisis de 1995, y que repercutió fuertemente en las finanzas municipales, especialmente si se tiene en cuenta la alta dependencia de las transferencias centrales¹⁸.

Si la recepción de fondos coparticipados había disminuido progresivamente, con el agravante de su alto grado de fluctuación, y si el Fo.Fin.Des. previsto para financiar la descentralización resultaba altamente insuficiente, fue la capacidad innovadora de las administraciones locales para generar fondos la que permitía al menos mantener el servicio. La estructura de financiamiento de los servicios descentralizados resultante se conformó de la siguiente manera: a) fondos gubernamentales -Fo.Fin.Des. y otros recursos del municipio en general genuinos o provenientes de transferencias no condicionadas-; b) aportes del sistema de obras sociales -por convenios con obras sociales en particular o bien por conversión del efector en Hospital de Autogestión; c) aportes por parte de los beneficiarios -como el arancelamiento de las prestaciones a través de bonos fijos o variables según tipo de prestaciones, voluntarios u obligatorios e incluso sistemas de aportes mensuales de los beneficiarios a la manera de “sistemas prepagos”-; d) nuevas imposiciones a la población,

¹⁷ Ello se explica en parte porque correlativamente a la decisión de transferir obras y servicios a los gobiernos locales, se incrementó la cuota de coparticipación hacia los municipios.

¹⁸ A modo ilustrativo, entre los municipios estudiados, entre 1994 y 1997, la participación o transferencia fiscal financiaba en promedio aproximadamente el 45% de los gastos municipales, con valores extremos de 20% y 80% (Cingolani, 2003a).

sea o no usuaria del servicio, y cuya recaudación tiene afectación específica para el financiamiento del servicio de salud; e) en algunos casos, incorporación del sector privado para la prestación del servicio (ej.; concesión del servicio de salud pública local). No obstante, estas estrategias innovadoras alternativas para financiar la salud descentralizada, lejos estuvieron de generalizarse en el territorio provincial y de solucionar los problemas financieros emergentes de la descentralización¹⁹.

Es un lugar común decir que la descentralización de servicios no estuvo acompañada de los recursos financieros necesarios, tanto en esta, como en la mayoría de las experiencias descentralizadoras en el contexto latinoamericano. Lo que aquí interesa destacar es la importancia que los mecanismos fiscales tienen en términos de la estabilización-desestabilización del sistema, en la institucionalización de los procesos descentralizadores. En el caso de estudio, más allá de que algunos ámbitos locales han demorado más que otros en estabilizar relativamente la modalidad descentralizadora, los problemas vinculados a las relaciones fiscales se tradujeron en términos de inestabilidad de los sistemas municipales de salud, y plantearon serios problemas para la viabilidad de la descentralización, especialmente en algunas zonas –las más postergadas- de la provincia.

5. La necesidad de reformas. El rediseño del sistema de salud y de los mecanismos formales y fiscales de coordinación (2001-04): la “función de control” del Estado.

En 1999 se produce un cambio en la dirección del gobierno provincial (Gobernador J. M. de la Sota, Partido Justicialista) y se reafirma la política de descentralización en salud. No obstante esta definición política, se introdujeron importantes modificaciones al marco institucional de la descentralización que abren una nueva etapa en la organización del sistema descentralizado de salud provincial: reaparece el actor gubernamental central –descentralizador- en reacción a los problemas más críticos de la descentralización, coordinación y financiamiento. Sobre la base de un diagnóstico gubernamental provincial que sintetizó la situación del sistema descentralizado de salud a fines de 2000 en términos de “anarquía del sistema”²⁰, se propone e implementa un nuevo esquema interconectado de atención entre municipios y comunas, y la modificación en el esquema de financiamiento de la atención de la salud local, a través de la reasignación de recursos.

¹⁹ En general, las dificultades impactaron en la prestación de los servicios descentralizados en términos de suspensión de servicios de mayor complejidad, incremento de las derivaciones, suspensión de guardias, arancelamiento de las prestaciones, e incluso el cierre de algunos efectores de salud, etc..

²⁰ Del diagnóstico elaborado por el Ministerio de Gobierno, surge: falta de referencia en la derivación de pacientes; inversión descoordinada en tecnología y ambulancias; desarrollo de infraestructura asistencial sin un criterio de demanda y complementariedad del servicio; atención de pacientes con cobertura de obras sociales sin recupero; y falta de capacitación en la administración de los recursos asistenciales y financieros descentralizados. A la vez, se reconoce el reclamo de los intendentes en relación al sistema –especialmente en hospitales con internación y mayor cobertura de servicios- en relación a: pacientes de localidades vecinas que solicitan atención sin la transferencia de fondos, presupuesto insuficiente, que no se planifica o coordina la actuación bajo ningún sistema u organismo provincial que los contenga, ni se supervisan los servicios que prestan, entre las cuestiones más importantes (Fuente: “Bases para un sistema de atención médica asistencial de las municipalidades y comunas del interior de la Provincia de Córdoba”, Ministerio de Gobierno/Ministerio de Salud/Ministerio de Finanzas, Gobierno de la Provincia de Córdoba, diciembre de 2000).

5.1. La reforma en los instrumentos institucionales formales de coordinación: regionalización, unidades de gestión y sistema integrado provincial de salud.

En 2001, la nueva gestión en el Gobierno Provincial diseña un sistema de categorización (según niveles de complejidad –planta física, recursos humanos y equipamiento existente- y de riesgo –estimación de la demanda y capacidad para responder a la misma-) y referencia por complejidad (que incluye hospitales municipales y provinciales); a partir de tal recategorización y la cantidad de pacientes a asistir propios y derivados se realiza una estimación del presupuesto de salud para cada localidad y se genera un sistema de control de gestión, ligado a las nuevas modalidades de financiamiento²¹.

El Decreto Provincial 2640/00, además de constituir el marco legal de la modificación en el sistema de financiamiento de los servicios descentralizados, crea la Unidad Central de Gestión (Uni.Ce.Ge) a nivel provincial con participación de representantes de municipios y comunas -en el marco de la denominada “política de consenso”²², así aludida en el mencionado decreto-, y cuya función principal es la fiscalización y regulación de la aplicación y distribución de los fondos descentralizados, a partir de la verificación de los servicios brindados localmente. Taxativamente, sus funciones son (artículo 7, Decreto Prov. 2640/00): planificar el mejoramiento y desarrollo del sistema; suscribir acuerdos para afectar fondos; impulsar sistemas de referencia y contrarreferencia asistencial; coordinar los mecanismos de integración y coordinación asistencial de los efectores municipales y provinciales/nacionales; fiscalizar la prestación efectiva de los servicios y su correspondencia con los importes de financiamiento; determinar los indicadores de proceso, resultado e impacto para evaluar las acciones de los efectores; ajustar y variar los índices de asignación de Fo.Fin.Des.; resolver la asignación por mayor complejidad en efectores locales, en el marco de una política de complementariedad y colaboración intermunicipal; capacitación asistencia y de gestión; asesorar y colaborar técnicamente con los efectores locales para el recupero de recursos; impulsar el desarrollo de convenios con otros organismos y entidades, entre las principales funciones.

Las mencionadas funciones de la Uni.Ce.Ge. refieren en términos generales a acciones de coordinación vertical, no obstante, el nuevo sistema se propone impactar también en términos de coordinación horizontal. Para ello, el mismo decreto establece las Unidades Regionales de Gestión (Uni.Re.Ge) que funcionarían en el ámbito de los Entes Intermunicipales integradas por intendentes, jefes comunales, y/o directores/secretarios de salud, con los objetivos de coordinar las acciones de complementariedad, colaboración y el desarrollo de mayor infraestructura y recursos tecnológicos y humanos de salud adecuados para la región, instrumentar el sistema de recupero con apoyo de la Uni.Ce.Ge., coordinar el correcto funcionamiento del sistema de derivación de pacientes de su región, implementar el sistema de compra de insumos hospitalarios, y contratar y/o tercerizar los servicios complementarios y comunes a los efectores municipales²³, conjuntamente con la regionalización del territorio provincial en 9 regiones sanitarias.

Recientemente, en 2004, la Ley Provincial de garantías saludables N° 9133, reforzando las reformas anteriores, crea el “sistema integrado provincial de atención de la salud”, que pretende integrar y articular la totalidad de la estructura sanitaria, es decir, los prestadores habilitados, públicos y privados de todos los niveles de complejidad asistencial, a través de

²¹ Fuente: “Plan de Salud Municipal”, Ministerio de Gobierno, 2001.

²² En el marco de esta política, pueden mencionarse los encuentros de directores y secretarios de salud municipales y comunales de la Provincia para debatir la instrumentación del Plan y sentar las bases de la nueva Red de Salud Municipal (La Voz del Interior, 07/12/00, 02/02/01, 26/01/01).

²³ Fuente: “Bases para un sistema...” (diciembre de 2000), mencionado previamente.

redes de derivación de complejidad creciente (artículo 2)²⁴.

5.2. Los mecanismos fiscales: reforma del financiamiento.

La modificación en el diseño institucional introducida en 2001 es particularmente trascendente en lo que refiere a la propuesta de financiamiento, vinculado en parte a los problemas derivados de la migración interjurisdiccional de pacientes que impacta en términos de inconvenientes de coordinación horizontal interlocal²⁵.

Las innovaciones aluden a la distribución de Fo.Fin.Des. con asignación para la atención asistencial de salud, con la intención de “reflejar la real contención asistencial de los servicios de salud que brindan los gobiernos locales en favor de las personas que carezcan de cobertura social”; a la asignación de un Fondo Compensador Adicional de Descentralización de Servicios (Fo.C.A.De.S) por mayor complejidad o presupuesto; y al recupero de atención a beneficiarios de obras sociales, mutuales, PAMI, A.R.T., Compañías de seguro, etc.. Concretamente, se distribuye a cada localidad el 90% del Fo.Fin.Des. que percibía, considerado como “holgadamente suficiente para la atención primaria de la salud”; el 10% restante, conjuntamente con un aporte adicional del Gobierno Provincial, pasa a constituir el Fo.C.A.De.S. para ser distribuido entre efectores municipales de mayor complejidad (superior a la primaria) a los fines de atender la demanda propia o por derivación de otras localidades. Los fondos mensuales destinados al financiamiento de la descentralización, se distribuyen de acuerdo a índices ajustables (que incluyen la asignación por compensación por mayor complejidad asistencial), y su ajuste y acreditación se sujetan a un mecanismo de verificación consistente en la previa presentación por parte de los municipios y comunas de los informes mensuales de los servicios brindados. Obviamente, la introducción de un esquema de financiamiento de estas características requiere de un sistema de derivación de pacientes y, especialmente, de información a través del control de gestión, esto es, de la implementación de las reformas mencionadas en el apartado precedente.

En términos generales, más allá de precisiones respecto de la nueva modalidad de financiamiento, las reformas en las relaciones fiscales de la descentralización podrían haber asumido alternativamente una de las siguientes orientaciones: un reforzamiento de la autonomía financiera vía descentralización de recursos fiscales, o bien acentuar la función compensadora con la implementación de sistemas de incentivos fiscales, siendo al parecer esta última la alternativa; podría decirse que las alternativas planteadas implican respectivamente, el debilitamiento o el reforzamiento del control del sistema descentralizado de salud. De alguna manera, la alternativa privilegiada en la reforma plantea una acentuación de las ataduras a las transferencias fiscales.

²⁴ Entre los pilares fundamentales del sistema se encuentran la estrategia de atención primaria de la salud; la determinación de una cobertura básica universal a través de una canasta básica de prestaciones; y acciones de salud mediante el criterio de población bajo responsabilidad nominada (Ley 9133/04, artículo 2).

²⁵ En el informe de diagnóstico mencionado previamente, se destacan problemas específicos relativos al financiamiento en salud local: una “injusta distribución” de Fo.Fin.Des. (que se realiza según el índice de coparticipación, beneficiándose económicamente los que menos servicios de salud prestan; e ignorando la complejidad del servicio transferido) y la ineficiencia en la aplicación de recursos financieros (referido a la cantidad de personal, servicios y consultas, honorarios profesionales, compra de medicamentos, contratación de servicios, recupero de gastos, etc.). Fuente: “Bases para un sistema...” (diciembre de 2000), mencionado previamente

6. Conclusiones

Para que las relaciones intergubernamentales a partir de la descentralización se fortalezcan y por lo tanto contribuyan a institucionalizar el sistema descentralizado, es necesaria la existencia de mecanismos coordinadores y reguladores eficaces. Los mecanismos privilegiados para estabilizar-desestabilizar la descentralización y los procesos intergubernamentales son los mecanismos fiscales y formales verticales, relaciones que implican la intervención del nivel gubernamental descentralizador además de los actores gubernamentales locales involucrados.

En particular, la transferencia de recursos fiscales aparece como una dimensión sobresaliente. El factor financiero ha incidido de manera esencial en la racionalidad de la descentralización –objetivos fiscales de la descentralización, presentes en toda Latinoamérica en general-. Del análisis del caso de estudio se desprende que la consideración de la descentralización como un medio para lograr una mejor prestación de servicios mediante una mayor coordinación intergubernamental lejos estuvo de constituir una prioridad frente a la urgencia financiera. Este factor ha sido, además, la arista conflictiva y elemento desestabilizador luego de implementada la descentralización provincial; y también parece constituirse en el eje predominante (reformas que introducen esquemas de compensación a través de incentivos fiscales) en torno al cual se planificaron las reformas institucionales del sistema de salud a partir de 2001, y que reordenan las relaciones central-locales. Los mecanismos fiscales tienen importancia crucial en la creación de pautas institucionales y normativas para el desarrollo de las relaciones intergubernamentales y tienen capacidad directa y efectiva para institucionalizar el proceso descentralizador.

Por su lado, como se ha visto, los mecanismos formales institucionales generados para coordinar el proceso descentralizador e institucionalizar un nuevo tipo de relaciones intergubernamentales -de coordinación jerárquica y centralizada y de auto-coordinación, descritos en el apartado 4.1- no contribuyeron a impulsar el proceso descentralizador en la etapa inmediata pos-descentralización. La incapacidad de la instancia descentralizadora para desplegar un papel organizador dentro del proceso, generando cierto vacío respecto de sus funciones de organización, coordinación y control, y las limitaciones en relación a la auto-coordinación horizontal autónoma intermunicipal para estabilizar e institucionalizar el sistema, derivaron en un escenario que puede caracterizarse como de “descentralización incontrolada”. Y esto último era previsible, en un contexto histórico (como se describió en el apartado 2) de relaciones intergubernamentales característicamente verticales entre niveles de gobierno, aún cuando el diseño institucional de la descentralización facultara a los niveles locales para generar estrategias de coordinación. Es decir, no es posible pretender la institucionalización de un proceso descentralizador, si la expectativa de coordinación del mismo descansa en las relaciones intergubernamentales horizontales, en un contexto en donde históricamente aquellas han estado ausentes. Si bien la transferencia de competencias y recursos deriva en nuevos esquemas de vínculos intergubernamentales, estos no son automáticos, la estructura de las relaciones intergubernamentales está relacionada con estilos de gobierno, con contenidos históricos, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Agranoff, R. (1997), “Las relaciones y la gestión intergubernamentales”, en *La nueva administración pública*, R. Bañón y E. Carnillo (comps.), Alianza Universidad Textos.
- Badino, S. (1993), “El proceso de descentralización en la organización de la salud”, en Cuadernos Médico Sociales nº 65-66.

- Barbará, M. C. (2001) *Estado, sociedad y región. Un análisis neoinstitucional de la Región Centro de la República Argentina*. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba.
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997) “Descentralización de los servicios de salud en la Argentina”. *Serie Reformas de Política Pública* n° 47. Proyecto Regional CEPAL. Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Cameron, D. (2001), “Las estructuras de las relaciones intergubernamentales”, en *Revista Internacional de Ciencias Sociales* n° 167: El Federalismo.
- Cingolani, M. (2003a), *Relaciones intergubernamentales y descentralización de políticas sociales. El caso de la descentralización en salud en la Provincia de Córdoba*. (mimeo)
- Cingolani, M. (2003b), *Descentralización de políticas sociales: ¿nueva institucionalidad social? Un análisis de la coordinación intergubernamental en sistemas descentralizados*. Ponencia presentada ante el II Congreso Argentino de Administración Pública. Córdoba, 27 al 29 de noviembre de 2003.
- Cohen, J. y Peterson, S. (2000) *Administrative Decentralization Strategies*. www.einaudi.cornell.edu/Africa/publications/africa_notes/march_2000. Síntesis de Cohen, J. y Peterson, S. (1997) “Administrative Decentralization: a New Framework for Improved Governance, Accountability and Performance”, *Development Discussion Paper 582*, Harvard Institute for International Development.
- Díaz de Landa, M. y Cingolani, M. (2000), “Oportunidades y restricciones para la cooperación intermunicipal en los servicios descentralizados. El caso del sistema de salud en Córdoba, Argentina”. Ponencia presentada ante el V Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santo Domingo, República Dominicana, 24 al 27 de octubre de 2000.
- Díaz de Landa, M., Parmigiani de Barbará, C. y otros (1996), *En lo pequeño y lo pobre... ¿Qué pasa con la salud? Un estudio sobre la descentralización en salud en comunas de la Provincia de Córdoba*, Editorial Alberoni, Universidad Católica de Córdoba. Córdoba.
- Di Gropello, E. y Cominetti, R. (comp.) (1998), *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*. CEPAL.
- Isuani, E. y Mercer, H. (1988), “La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿Pluralismo o irracionalidad?”, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina. Biblioteca Política Argentina N° 241.
- Jordana, J. (2001), *Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina*. Serie Documentos de Trabajo I-22UE. Proyecto conjunto INDES-Unión Europea. Washington D.C.
- Lo Vuolo, R. y Barbeito, A. (1998), *La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador*, Buenos Aires, Miño y Dávila Editores, Ciepp.
- Lo Vuolo, R. (1995), “Estabilización, ajuste estructural y política social. Los inocentes son los culpables”, en *Más allá de la estabilidad. Argentina en la época de la globalización y la regionalización*, P. Bustos (comp.), Buenos Aires, Fundación Friedrich Ebert.
- Méndez, J. L. (1988), “Estudio Introductorio”, en *Para entender las relaciones intergubernamentales*, D. S. Wright, México, Fondo de Cultura Económica.
- Ospina Bozzi, S. y Penfold-Becerra, M. (eds.) (2002), *Gerenciando las relaciones intergubernamentales. Experiencias en América Latina*, Caracas, National Association of Schools of Public Affairs and Administration, Naspaa, Nueva Sociedad.
- Osizlak, O. (1991), “Descentralización de los sistemas de salud. El Estado y la salud”, en *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos y experiencias*, O. Osizlak y otros Organización Panamericana de la Salud.

- Parri, L. (1990), "Territorial politics and political exchange: American federalism and french unitarism reconsidered", en *Generalized Political Exchange*, B. Marin (Ed.) Boulder, Colorado, Westview Press.
- Rojas, F. (2000), "The political context of decentralization in Latin America", en *Decentralization and accountability of the public sector*, S. Burki y G. Perry (eds.), Washington DC: Banco Mundial, Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean.
- Scharpf, F. (1993), "Coordination in hierarchies and networks", en *Games in hierarchies and networks. Analytical and empirical approaches to the study of governance institutions*, Boulder, Colorado, Westview Press.
- Scharpf, F. (1997), *Games real actors play*. Boulder, Colorado, Westview Press.
- Wiesner, E. (1999), "La economía neoinstitucional, la descentralización y la gobernabilidad local", documento para ser publicado en el libro *Descentralización fiscal en América Latina: Nuevos desafíos y agenda de trabajo*, del proyecto CEPAL/GTZ de descentralización fiscal en América Latina.
- Wright, D. S. (1988), *Para entender las relaciones intergubernamentales*, México, Fondo de Cultura Económica.

Documentos Oficiales

Constitución de la Provincia de Córdoba 1987 y 2001

Ley Provincial de Reforma Administrativa y Económica del Estado 7850/89

Ley Orgánica Municipal 8102/91

Ley Provincial de Garantías Saludables 9133/04

Decreto Reglamentario de la Descentralización 1174/88

Decretos Provincial sobre Programas Sectoriales de Descentralización 6453/89

Decreto Provincial sobre Fondo de Financiamiento 6454/89

Decreto provincial 2640/00

Documento: Plan de Salud Municipal. Ministerio de Gobierno. Gobierno de la Provincia de Córdoba. 2001

Documento: Bases para un sistema de atención médica asistencial de las municipalidades y comunas del interior de la Provincia de Córdoba. Ministerio de Gobierno, Ministerio de Salud y Ministerio de Finanzas. Gobierno de la Provincia de Córdoba. 2000.

Hemerografía

Diario La Voz del Interior. Córdoba. Argentina. Consulta 1995-2005.

RESEÑA BIOGRÁFICA

Licenciada en Ciencia Política (Universidad Católica de Córdoba). Magíster en Ciencias Sociales (Universidad Nacional de Córdoba). Actualmente cursa Posgrado en Estadística Aplicada a la Investigación (Universidad Nacional de Córdoba). Profesora Titular de Teoría Política III, Profesora Adjunta de Teoría Política II y Miembro Investigador en la Facultad de Ciencia Política de la Universidad Católica de Córdoba. En los últimos años, ha publicado artículos y presentado trabajos en seminarios y congresos nacionales e internacionales en el área de la gestión local y las relaciones intergubernamentales.

Dirección postal: Campus UCC. Camino a Alta Gracia Km. 10. C.P. 5000. Córdoba. Argentina. Te./Fax: (0351) 4938000 Int. 500

E-mail: mcingolani@campus1.uccor.edu.ar