

“Descentralización de políticas sociales: ¿nueva institucionalidad social?
Un análisis de la coordinación intergubernamental en sistemas descentralizados”.

Mónica S. Cingolani

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Universidad Católica de Córdoba

Presentado ante el II Congreso Argentino de Administración Pública

Córdoba, 27, 28 y 29 de noviembre de 2003

I. Introducción.

Durante las décadas de los '80 y '90, en el marco de procesos de reforma del Estado en América Latina, la descentralización ha sido uno de los ejes centrales, particularmente en Argentina, Brasil, México y Chile, y en toda la región en general. En Argentina, la descentralización en el área de la política social de salud en particular –considerado a menudo el caso más intenso y de mayor trayectoria en el contexto latinoamericano- comenzó hace casi cinco décadas y fue progresivamente configurando a la salud de política pública nacional a política pública local, con la transferencia de establecimientos hospitalarios a las provincias, y algunas de éstas a su vez a los municipios. En la Provincia de Córdoba en particular, a fines de los '80 se diseñó el proceso descentralizador que, en el área de salud, se implementa con fuerza a mediados de la década siguiente. A partir de allí, la gestión local en salud se constituye en una práctica novedosa para la mayoría de los municipios y un importante desafío en términos de capacidad para tratar y gestionar las complejidades político-administrativas consiguientes.

Desde la perspectiva de los paradigmas en relación a los cuales son definidos los criterios para el diseño y puesta en práctica de las políticas sociales, algunos autores afirman precisamente un cambio de paradigma que implicaría a su vez una profunda *modificación de la institucionalidad estatal tradicional* (Franco, 1996); esto es, el surgimiento de una institucionalidad característica de un nuevo paradigma de políticas sociales que, entre otras características, implicaría el paso del monopolio estatal en las funciones de las políticas -diseño, implementación, financiamiento, control-, centralizadas y unificadas en el Estado (paradigma dominante), a una institucionalidad caracterizada por la separación de esas funciones (paradigma emergente) que serían llevadas a cabo por distintos niveles de gobierno en un marco de descentralización de políticas y con la participación de otros subsectores además del gubernamental –esto es, sectores privado, filantrópico, informal-.

La coordinación constituye uno de los posibles efectos institucionales de la descentralización, y por lo tanto uno de los factores constructores de “nueva institucionalidad”. Tratándose, la política de salud provincial, de una responsabilidad administrativa concurrente, la coordinación entre los niveles de gobierno es fundamental para garantizar la adecuada provisión del servicio. La necesidad de estrategias de coordinación se vuelve más evidente si se tiene en cuenta que el diseño institucional de descentralización del servicio de salud adoptado implica un sistema de interdependencias entre actores (autónomos éstos, aunque más política que fiscalmente): allí, la coordinación, en términos de armonización de expectativas divergentes y la maximización de la complementariedad, se vuelve un recurso de extraordinaria importancia e impacto. El proceso de descentralización así planteado, lejos está de la lógica de adaptación automática de mercado; más bien demanda un complejo ajuste entre unidades prestacionales e instancias gubernamentales.

Las problemáticas ligadas a los procesos descentralizadores son múltiples y variadas; este trabajo se orienta a analizar la coordinación intergubernamental emergente a partir del profundo cambio en el diseño institucional de prestación de servicios que implica la descentralización de servicios de salud y la construcción de un sistema descentralizado en la Provincia de Córdoba, en términos de su contribución a la generación de cierta “nueva institucionalidad”. En virtud del esquema escalonado e interdependiente que adopta el sector público de salud provincial a partir de la descentralización, el diseño institucional resulta en un conjunto de mecanismos de coordinación intergubernamental de distinta naturaleza –financiamiento y control de los servicios descentralizados, coordinación para la prestación de servicios públicos- en dos dimensiones de las relaciones intergubernamentales: central-locales (gobierno provincial y locales) e interlocales (niveles locales entre sí). Ello implica de suyo un cambio institucional radical respecto del diseño previo centralizado. Pero ¿en qué medida las prácticas surgidas a partir de este diseño institucional confirman o profundizan ese cambio en la institucionalidad tradicional?

Para el estudio se seleccionaron localidades de la Provincia de Córdoba (sean municipios o comunas) que hubieran descentralizado efectores de salud del mayor nivel de complejidad entre los descentralizables, esto es correspondientes a la categoría Hospital vecinal, y se aplicaron

cuestionarios semi-estructurados a Intendentes (en municipios) y Presidentes de Comisión Vecinal (en comunas). Los relevamientos de datos se realizaron sucesivamente en tres etapas: mayo/junio de 1999 (Relevamiento 1, N=33 casos), abril/mayo de 2001 (Relevamiento 2, N=14 casos), y octubre/noviembre de 2002 (Relevamiento 3, N=21 casos), a los fines de caracterizar la configuración de las relaciones intergubernamentales resultante, su desarrollo, los conflictos emergentes, su evolución, y de detectar posibles variaciones o redefiniciones en el sistema de relaciones ante el cambio de autoridades gubernamentales (elecciones mediante, tanto a nivel provincial como locales entre los dos primeros relevamientos), y frente a las modificaciones en el diseño institucional de la descentralización (recategorización de establecimientos, reformas en los mecanismos de financiación, etc.) introducidas en 2001. En el Apéndice: Ficha Técnica, se detallan la selección de los casos de estudio y las técnicas de recolección de datos para cada relevamiento.

II. Descentralización y transformaciones en la institucionalidad.

En primer lugar, es necesario precisar la propia noción de “institucionalidad”. Existen aproximaciones a una definición “mínima” de institucionalidad que atienden a las transformaciones en la composición del complejo de actores involucrados en las funciones de las políticas. Por caso, la Organización Panamericana de la Salud ha definido la institucionalidad social como el “conjunto de organizaciones estatales encargadas del diseño, coordinación, ejecución y financiamiento de las políticas sociales”¹. De acuerdo a esta conceptualización de institucionalidad, la descentralización, definida como la “transferencia de responsabilidades, competencias y capacidades desde unidades superiores a unidades de gobierno de menor dimensión territorial”², al incorporar a los actores gubernamentales de dimensión territorial inferior en alguna/s o todas las funciones de políticas - diseño, implementación, financiamiento, control- implica de suyo un cambio en la institucionalidad social, y por tanto una “nueva institucionalidad”. No obstante, cabe preguntarse: Y si en la construcción de esta nueva institucionalidad la lógica a la que obedecen los cursos de acción y relaciones en el nuevo conjunto de organizaciones responde a imperativos tradicionales, ¿igualmente se estará en presencia de una “nueva institucionalidad”?; en otras palabras, ¿es suficiente para hablar de una “nueva institucionalidad social” atender a la constatación de la modificación del conjunto de organizaciones –en el caso de estudio, su extensión a las estatales locales y eventualmente a otras no estatales- encargadas de determinadas funciones de políticas?.

Una perspectiva institucional más compleja para analizar los procesos políticos, económicos y de gestión relacionados con la descentralización, 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. Bajo esta perspectiva, *las instituciones son entendidas como sistemas de reglas que estructuran los cursos de acción que un conjunto de actores puede elegir* (Scharpf, 1997: 38); esas reglas *asignan capacidad de decisión, recursos e información, y desarrollan una cierta lógica de incentivos que orienta o condiciona el comportamiento de los actores*³. Además de los actores, contemplados en aquella conceptualización mínima, se agregan ahora como elementos relevantes para el análisis el sistema de reglas y los cursos de acción de aquellos actores.

Este trabajo se centra en las *relaciones* entre los actores involucrados en la descentralización, y dado que estos actores son esencialmente gubernamentales, el mismo se remite a la coordinación en el marco de las relaciones intergubernamentales, una de las aristas más importantes de

¹ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, II Conferencia Panamericana de educación en salud pública, reforma sectorial y funciones esenciales de salud pública, mayo de 1999.

² 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.

³ Esta definición incluiría no solamente las reglas formales sancionadas por el sistema judicial y la maquinaria del Estado, sino un abanico mucho más amplio de ellas, incluso las normas sociales que los actores generalmente respetan y cuya violación es sancionada con pérdida de reputación, desaprobación social y apartamiento de la cooperación y recompensas, o incluso el ostracismo.

transformación institucional expectable tras la descentralización. Esto es, la intensificación de la coordinación intergubernamental se plantea como uno de los posibles efectos institucionales de la descentralización. Esta se encuentra estrechamente vinculada con la coordinación intergubernamental, principalmente a partir de los requerimientos –en la mayoría de los casos no satisfechos- de coordinación intergubernamental, tanto al momento de la decisión, de la implementación y posteriormente durante la gestión descentralizada. La descentralización genera un aumento de la necesidad de cooperación y coordinación entre los diversos actores vinculados al servicio de que se trate, entre ellos -y muy importante- de los distintos niveles del Estado y jurisdicciones al mismo nivel, en tanto que la magnitud de las responsabilidades traspasadas y el consecuente diseño institucional del servicio influyen en la intensidad del vínculo entre el centro y las unidades subnacionales/locales y de estas últimas entre sí.

Interesa indagar ¿en qué medida los procesos descentralizadores –desde una consideración integral de estos que incluya el análisis del diseño e implementación de los mismos y la gestión descentralizada- impactan en la construcción de una “nueva institucionalidad social”? Es posible –y esta es la hipótesis de este trabajo- la presencia de imperativos propios de la institucionalidad tradicional en la implementación de los procesos descentralizadores que atenúen esa nueva institucionalidad que de suyo sería expectable tras la descentralización. Desde el diseño institucional y marco normativo de la descentralización se plantea una nueva institucionalidad –habilitación para una mutación respecto de la institucionalidad tradicional estatal, centralizada y vertical- (sección III); por su lado, la implementación y gestión descentralizada (sección IV) puede dar cuenta de limitaciones o atenuaciones en la construcción de la nueva institucionalidad. Las hipótesis que sustentan este estudio refieren a la presencia de imperativos propios del paradigma previo: por un lado, la aparente inmutabilidad de la condición primaria de las relaciones central-locales y dentro de ellas, las relaciones financieras. Los asuntos fiscales, por encima aquellos de carácter político y administrativo, tienen injerencia directa –a veces determinante- sobre las relaciones intergubernamentales en todas sus dimensiones: interlocales y central-locales, de manera que tanto los arreglos institucionales que regulan las transferencias financieras sectoriales como su comportamiento real tienen gran impacto en las relaciones entre los distintos niveles de gobierno y los tipos de conflictos emergentes entre ellos; los medios asociados a incentivos fiscales inciden prioritariamente tanto en la estabilización de dichas relaciones –más allá de los conflictos que encierre- como en su desestabilización. Por otro lado, la auto-coordinación horizontal autónoma (coordinación interlocal), estrategia privilegiada en el diseño institucional y en los discursos gubernamentales en el nivel provincial, presenta limitaciones para la coordinación de procesos complejos como es la descentralización de políticas.

En parte, lo anterior tiene relación con cierta “*especificidad*” latinoamericana, tanto en el desarrollo de la descentralización como de las relaciones intergubernamentales. En América Latina, los análisis 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 latinoamericano principalmente de los ‘90. La descentralización en América Latina, como señala F. Rojas (2000), ha sido impulsada por los gobiernos centrales en forma reactiva, y no activa⁴; 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 precipitados 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 la caracterización de las estrategias descentralizadoras latinoamericanas, describen con argumentos críticos R. Lo Vuolo y A. Barbeito que en Argentina, en la década del ‘90 –etapa de caracterizan como de “retracción programática del Estado de

⁴ “... 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).

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 de acciones sectoriales y aisladas impulsadas por objetivos fiscales.

En cuanto a las relaciones intergubernamentales, también puede hablarse de cierta especificidad común en la experiencia latinoamericana. J. 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 éste 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 se refiere entonces a relaciones o incluso asociaciones que involucran a entidades subnacionales, locales, etc.”. Por lo demás, estas dos dimensiones constituyen una distinción de utilidad analítica fundamental en el presente trabajo.

Las relaciones intergubernamentales han sido usualmente estudiadas en su dimensión “*vertical*” (relaciones central-locales), y particularmente arraigadas al campo de las relaciones *financieras*. Señala D. 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 R. 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 mismas⁵.

Es necesario reparar en *cierta especificidad de las relaciones intergubernamentales latinoamericanas*⁶. J. 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”⁷. 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 J. 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

⁵ No obstante esto último, la mayor disponibilidad de datos fiscales –nivel nacional especialmente, y también subnacional- podría contribuir a la orientación mayoritaria hacia el estudio de las relaciones financieras.

⁶ Hay que destacar la escasez bibliográfica en relación a estudios de las relaciones intergubernamentales en América Latina, especialmente aquella que no focaliza las relaciones financieras.

⁷ Quizás en parte sea esta una de las razones de la escasez de literatura vinculada a las RIGs en Latinoamérica, que se ha observado previamente; es decir, la ausencia de una tradición de estudio en

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 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 se analiza la coordinación intergubernamental en el caso de estudio y su impacto en términos de transformaciones institucionales, en el proceso de descentralización y la construcción del sistema descentralizado de salud en la Provincia de Córdoba.

III. El diseño institucional de la descentralización provincial: del “monopolio” al “pluralismo” institucional.

En Latinoamérica, el caso argentino es considerado el más intenso y de mayor trayectoria de descentralización de la salud, 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 casi 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 nacional; 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, coincidente con la tendencia latinoamericana; la descentralización de servicios de salud en Argentina se encuadra en un contexto fuertemente marcado por las restricciones presupuestarias que han afectado al sector público. 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 no ha formado parte del modelo de descentralización 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.

En el contexto provincial, 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, posteriormente, la Ley Provincial de Reforma del Estado 7850/89⁸. El mencionado Decreto -y su Anexo Único, que establece las

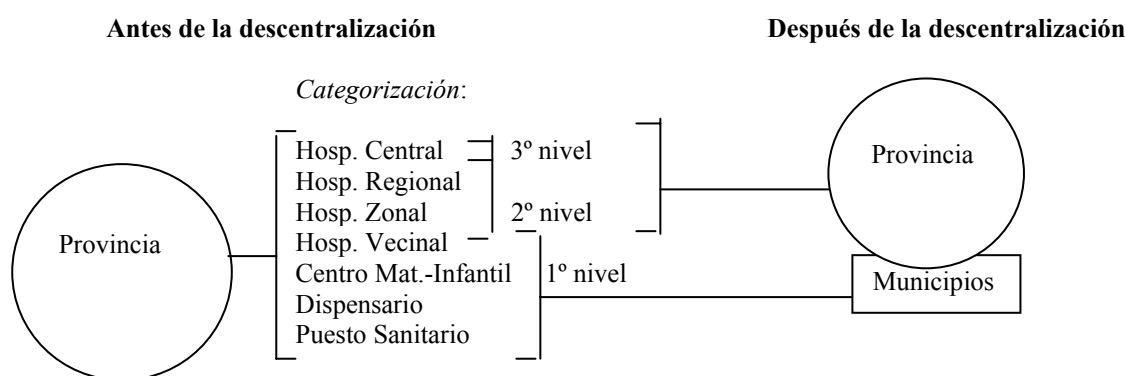
⁸ Conforman el corpus normativo de la descentralización: Constitución de la Provincia de Córdoba de 1987, Decreto Reglamentario de la Descentralización 1174/88, Ley Provincial de Reforma Administrativa y Económica del Estado 7850/89, Decreto Provincial 6453/89 sobre Programas Sectoriales de Descentralización y Decreto Provincial 6454/89 sobre Fondo de Financiamiento.

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 de 1987, la normativa autoriza la descentralización de efectores de complejidad menor (1° nivel de atención de la salud), categorizados como puestos sanitarios, dispensarios, centros materno-infantiles y hospitales vecinales -estos últimos con capacidad de internación-⁹. Los de mayor complejidad (2° y 3° nivel: hospitales zonales, regionales y centrales) quedaban bajo la competencia política y de gestión del Gobierno Provincial. 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, sino que se han remitido a una recategorización de los establecimientos (niveles 1AB, 2ABC y 3, en lugar de 1°, 2° y 3° niveles), vinculado ello a reformas en el método de asignación de las transferencias provinciales para el financiamiento de los servicios descentralizados, innovaciones que se analizarán posteriormente.

A continuación se expone una representación sintética de las transformaciones en la distribución de competencias territoriales para la prestación del servicio de salud a partir de la descentralización.

Figura 1: Redistribución de responsabilidades estatales en la provisión del servicio público de salud provincial (1995).



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. Lejos de constituir un 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) se caracterizó por una operatoria consensuada (los municipios y comunas podían aceptar o no los convenios de duración limitada,

⁹ 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).

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 (120/494 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 (Etapa II: 1995-1996, gestión del Gobernador R. Mestre) se propone profundizar y consumir el proceso tibiamente 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 (454/494).

La descentralización constituye una de las posibles modalidades que puede adoptar el diseño institucional de la provisión de bienes y servicios públicos; asimismo, el diseño de la descentralización puede adoptar distintas modalidades, que a su vez tienen implicancias variables en términos de la necesidad de sistemas de coordinación más o menos complejos. De acuerdo a J. Cohen y S. Peterson (2000) existen áreas de políticas públicas en las que predomina el monopolio institucional, otras en las que se establece un monopolio institucional distribuido y otras en las que existe un pluralismo institucional, distinción que se explicita a continuación.

Diseños institucionales de prestación de servicios

Monopolio institucional	Áreas reservadas con exclusividad por el gobierno central o instituciones centralizadas (nivel central: gestión, financiación y control centralizado de políticas, con posibilidad de desconcentración)
Monopolio institucional distribuido	Áreas distribuidas como responsabilidad exclusiva de los gobiernos subnacionales (niveles intermedio o local: gestión, financiación, y control de políticas en un sólo nivel, con posibilidad de participación marginal de otros niveles). Reproduce la lógica de concentración del monopolio institucional.
Pluralismo institucional	Áreas en las que distintos niveles de gobierno comparten responsabilidades (incluso pueden participar organizaciones públicas no estatales y el sector privado).

Fuente: Cohen/Peterson, 2000.

Más allá de la modalidad con la que se efectuaron las transferencias, el traspaso de (454) efectores a casi todos los municipios y comunas, ha implicado evidentemente un *cambio sustancial en la institucionalidad*, si se atiende a la conceptualización de la misma como “conjunto de organizaciones estatales encargadas del diseño, coordinación, ejecución y financiamiento de las políticas de salud” (sección II). Desde la perspectiva de su diseño institucional, de acuerdo a la sistematización de J. Cohen y S. Peterson, la descentralización provincial de servicios se vincula a la estrategia del *pluralismo institucional*, dado que las responsabilidades –gestión, regulación y financiación- no han sido transferidas completamente a los niveles locales (monopolio institucional distribuido). En la política descentralizadora adoptada, el Gobierno Provincial tiene una participación que de ninguna manera puede calificarse de marginal: planificación, regulación normativa y fiscalización de los servicios, obras y funciones descentralizados; asistencia técnica continua; financiamiento (ver Mecanismo 1, a continuación).

En el contexto de lo que aquí se ha caracterizado como pluralismo institucional, más allá de las relaciones entre niveles de gobierno, el marco normativo de la descentralización abre también otro espacio potencial de coordinación de acciones. De acuerdo al diseño institucional la transferencia de obras y servicios desde la jurisdicción provincial a las locales no implica que estas últimas deban prestar directamente los servicios: se establece constitucionalmente la capacidad de

¹⁰ Diaz de Landa/Cingolani, 2000.

los municipios para realizar contrataciones de servicios y otorgamiento de concesiones en favor de cooperativas, particulares, etc., dejando un amplio margen de autonomía en la instancia municipal, con las limitaciones relativas a que el procedimiento sea público, imparcial, resguarde la igualdad de los interesados y sea establecido mediante ordenanza por el Concejo Deliberante Municipal¹¹. En lo que sigue, el trabajo se concentrará en las relaciones intergubernamentales, aunque cuando sea pertinente se hará referencia a este espacio no intergubernamental de relacionamiento.

III.1. Los mecanismos de coordinación intergubernamental en el diseño institucional de la descentralización.

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 en el funcionamiento de la descentralización o en la construcción del sistema descentralizado. A la vez, hay que tener presente el peligro de una descentralización que requiera una intensa coordinación entre los distintos niveles de gobierno, ya que pueden aumentar en gran manera las posibilidades de que se produzcan bloqueos con respecto a decisiones claves, o se generen decisiones ineficientes o insuficientemente redistributivas, especialmente si los actores políticos y sociales no son capaces de contribuir al equilibrio del sistema político (Scharpf, 1997).

Recurrentemente se hace referencia a los beneficios del pluralismo institucional 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.

El esquema institucional escalonado de prestación pública de salud a partir de la descentralización plantea un sistema de interdependencias y, por lo tanto, exigencias de coordinación. La pregunta que sigue es ¿cuáles son precisamente los espacios de relacionamiento intergubernamental y los mecanismos de coordinación previstos y requeridos en el diseño institucional de la descentralización provincial?

Teniendo como referencia la mencionada 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 **dos mecanismos institucionales de coordinación de los sistemas de servicios y obras una vez descentralizados, no excluyentes entre sí**. Estos son:

¹¹ Constitución provincial, artículo 75 (servicios públicos): “Los servicios públicos corresponden originariamente, según su naturaleza y características a la Provincia o a los Municipios; pueden prestarse directamente o por medio de cooperativas o sociedades de economía mixta, y por particulares. En el control de su prestación participan los usuarios según lo establecen las leyes u ordenanzas respectivas”. Ley Orgánica Municipal 8102/91, artículo 66 (contrataciones): “Toda enajenación, adquisición, otorgamiento de concesiones y demás contratos, se hará mediante un procedimiento público de selección que garantice la imparcialidad de la administración y la igualdad de los interesados. El Concejo Deliberante establecerá por medio de Ordenanza general, el procedimiento que deberá seguirse y los casos en que podrá recurrirse a la contratación en forma directa. Las contrataciones que no se ajusten a las pautas establecidas en este artículo, serán nulas”.

Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración

Mecanismo 1. Taxativo, centralizado y de coordinación jerárquica. 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*. En cuanto a la calificación de los recursos humanos, el gobierno central prevé la *asistencia técnica* continua a su cargo, definida 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 descentralizados constituye uno de los principales mecanismos jerárquicos; para atender las erogaciones de las funciones y servicios descentralizados, la misma Ley creó el Fondo de Financiamiento de la Descentralización (en adelante, Fo.Fin.Des., Decreto 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. En la actualidad, el Fo.Fin.Des. continúa siendo el (principal) mecanismo central previsto para financiar los servicios descentralizados, si bien en 2001 se modificó tanto su constitución como el criterio de distribución, a la vez que se creó un mecanismo adicional compensador (Decreto provincial 2640/00), reforma asociada a la recategorización de los efectores, que se tratará más adelante.

Mecanismo 2. Implicito, facultativo de los niveles locales y de auto-coordinación. La cooperación intermunicipal se promueve legalmente –capacidad de los gobiernos locales para celebrar convenios intermunicipales, establecida constitucionalmente- en vista a institucionalizar *procesos “espontáneos” de coordinación generados desde los ámbitos locales*. El Anexo Único del Decreto Provincial 1174/88 -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: *a) los riesgos de incurrir en superposición de funciones entre distintas jurisdicciones del Estado; b) la escasa capacidad operativa de la mayoría de los municipios para la gestión de obras y servicios públicos; c) en el caso de los municipios más pequeños, el inconveniente de la escala técnica para la producción de obras y prestación de servicios*. A partir de lo expuesto, la coordinación horizontal aparece como un factor clave sino para superar, al menos para atenuar problemas de los sistemas descentralizados.

A continuación, el cuadro sistematiza los principales mecanismos de coordinación intergubernamental de acuerdo a su previsión en el diseño institucional de la descentralización, con referencia a su aplicación sectorial en salud en particular, y en cada una de las que se denominarán “áreas de interdependencia”.

Cuadro 1. Mecanismos de coordinación previstos en el diseño institucional y áreas de interdependencia.

Áreas de Interdependencia	RIGs-Verticales (local-centrales) (Mecanismo 1)	RIGs-Horizontales (interlocales) Auto-coordinación o coordinación horizontal autónoma (Mecanismo 2)
Organización para la provisión del servicio	Coordinación del sistema de efectores. Planificación. Asistencia técnica, capacitación (función de “coordinación y organización” del Estado)	Coordinación intermunicipal para la superación de inconvenientes que surgieran: (a) superposición funciones, (b) capacidad operativa y (c) escala técnica
Fiscalización/Control	Fiscalización y control del funcionamiento del sistema (función de “control” del Estado)	
Financiamiento	Asignación y distribución de recursos para financiar los servicios descentralizados (función “correctiva” del Estado)	

Corresponde aquí 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, L. Parri (1990) enfatiza la interdependencia por sobre la dependencia y la indiferencia para caracterizar la política contemporánea¹²-, la implementación de

¹² “In contemporary territorial politics the relations between the national and subnational governments can no longer be seen in terms of hierarchical subordination –in unitary settings- or indifference –in federal settings; rather, they must be understood as a reciprocal exchange of ‘possibilities for action’, just as in present functional politics. (...)”

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. Pueden definirse las *áreas de interdependencia* como campos de la gerencia pública en los que, independientemente de su carácter más económico, político, administrativo, etc., los intereses de los actores pertenecientes a los diversos niveles de gobierno confluyen con mayor frecuencia -más adelante se profundizará en cada una de las tres áreas de interdependencia definidas-. En ciertas áreas se priorizan los mecanismos verticales de coordinación y en otras los horizontales; a su vez, algunas áreas abren espacios de negociación entre los actores gubernamentales, mientras que otras actúan puramente como instrucciones, vetos u órdenes que un nivel impone sobre otro. A veces, con las negociaciones no se logra alcanzar acuerdos, por lo que las decisiones unilaterales impuestas por el centro hacia los niveles territoriales, o tomadas por los gobiernos subnacionales/locales autónomamente simplifican mucho la gestión de las relaciones intergubernamentales.

Obviamente, la alternativa del pluralismo institucional implica una estructura de interdependencias entre los actores implicados, un aumento de las necesidades de coordinación entre los distintos niveles de gobierno (en 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 la vez, los requerimientos de relacionamiento y coordinación serán escasos o nulos en sistemas administrativos basados en monopolios institucionales centralizados, donde las funciones están monopolizadas dentro de las instituciones centrales del sector público (el Estado mantiene en exclusividad las responsabilidades en sus órganos y departamentos centrales). En cambio, los diseños institucionales basados en alguna fórmula de descentralización, sea ésta el monopolio institucional distribuido o bien adopte la forma de pluralismo institucional, requieren de sistemas de coordinación más complejos, especialmente este último esquema.

IV. Implementación de la descentralización y construcción del sistema descentralizado: “atenuaciones” al pluralismo institucional.

En adelante, se analiza el comportamiento real de las interacciones dirigidas a la coordinación, y en particular las relaciones intergubernamentales a partir de la descentralización. Concretamente, y en relación al caso de estudio, sería expectable en tanto uno de los impactos institucionales de la descentralización –según el diseño de la misma que se ha expuesto- la estimulación de la coordinación, al menos en los siguientes sentidos: la redefinición de las relaciones local-centrales (verticales) y la emergencia de las relaciones interlocales (horizontales). Los datos en los que se apoya el análisis provienen de tres sucesivos relevamientos: en 1999 se consultó a los intendentes/presidentes de comuna de 33 localidades, se reiteró el trabajo de campo en 2001 y nuevamente en 2002, sobre la base de la misma muestra, obteniéndose N=14 casos en 2001 y N=21 casos en 2002 (ver Apéndice: Ficha Técnica).

There is no more intergovernmental indifference or dependence, but both in federal and unitary countries intergovernmental mutual involvement and interdependence. Given this interdependence, the goals of the different levels of government are partially different. A mixed-motive game based on both conflict and cooperation develops within intergovernmental interactions (Mény and Wright, 1985:5; Smith, 1985: 94). In such a situation, the central government has no possibility of unilaterally imposing its will on the peripheral governments, which in turn are neither defenseless nor passive: negotiating and compromising therefore becomes the only possible modus in intergovernmental interactions” (Parri, 1990: 211-13).

IV.1. La coordinación horizontal: “municipalización” y subsidiariedad de la coordinación interlocal.

Vinculado a la dimensión relaciones intergubernamentales en el mismo nivel territorial, caracterizada en este estudio como dimensión “horizontal”, un enfoque que está adquiriendo creciente relevancia es la participación a nivel de la implementación, en redes horizontales para contribuir a llevar a cabo programas y lograr propósitos comunes. Se plantean las redes intergubernamentales como mecanismos para gestionar la naturaleza altamente interdependiente del proceso de las políticas públicas (Parri, 1990), y en particular la cooperación horizontal constituye uno de los mecanismos relevantes de la gestión intergubernamental. Afirman B. Hjern y D. Porter (1993) que muchas políticas se desarrollan a través de estructuras horizontales, o grupos de organizaciones o de partes relevantes de organizaciones que, aún persiguiendo diversos objetivos individuales, actúan de forma no-jerárquica, siguiendo una racionalidad programática y motivadas por un propósito común. Se plantea la coordinación social mediante el desarrollo de redes para afrontar la crisis de capacidad de coordinación política en las sociedades modernas (Messner, 1988; Lechner, 1997).

Surgen nuevos conceptos teóricos de la coordinación social en torno a la idea de formas de organización mediante redes y las soluciones a los problemas existentes basadas en la “coordinación horizontal autónoma” (Marin, 1990; Scharpf, 1993). Una de las formas de esas estructuras refiere a las redes a nivel interlocal. En general, estas redes se presentan como estructuras muy flexibles para compensar las deficiencias de la coordinación vertical, permiten la interacción rápida y fluida entre los actores, intercambiar información, distribuir costos y beneficios, tomar decisiones conjuntas sobre la base de los compromisos contraídos entre los participantes, etc.. Se trata de un mecanismo de coordinación, más específicamente de *auto-coordinación* (no organizado jerárquicamente) por acuerdo voluntario y deliberado dirigido a un resultado intencional de interés compartido por todos, y sujetas a *permanentes redefiniciones*, dadas sus estructuras muy dinámicas (Lechner, 1997; Scharpf, 1993). Precisamente, bajo esta caracterización se abordan conceptualmente los procesos de coordinación interlocal abarcados en esta investigación.

IV.1.a. La “municipalización”.

Vinculado a lo anterior, desde distintos abordajes (teóricos, descripción de experiencias, etc.) se insiste en la probada capacidad de innovación en los espacios locales, sea para incrementar la eficiencia –en función de ello se proponen métodos alternativos para proveer el mismo servicio-, o bien para generar mayor consenso social, controlar las burocracias –por ej., a través de la coordinación de acciones con otros actores-, etc.. La articulación intermunicipal aparece conceptualmente como una de las propuestas para superar o contrarrestar el riesgo de la fragmentación de los sistemas descentralizados¹³, no sin advertencias acerca de su implementación. Por caso, O. Oszlak y S. Badino rescatan su capacidad potencial para conformar sistemas de salud más viables. O. Oszlak (1991) sostiene que “la municipalización de los servicios de salud puede ser adecuada en los municipios grandes y medianos, pero es discutible su conveniencia en los municipios pequeños. En este caso la restauración del poder local podría ser entendida como la posibilidad de organizar un nivel local con un conjunto de pequeños municipios, los cuales conformarían un módulo básico de salud, o sea un distrito sanitario”. S. Badino (1993) advierte que “la articulación de la red pública a nivel local representa uno de los primeros desafíos a enfrentar en la construcción de un sistema descentralizado (...) La situación puede ser particularmente crítica en municipios pobres con limitada capacidad de presión y escaso desarrollo del subsistema público que sólo podrá expandirse en la baja complejidad, pero no contar con programas de inversiones e

¹³ Acerca de ¿qué es un “sistema descentralizado”?, O. Oszlak dice: “la existencia de un *sistema descentralizado* supone una trama institucional relativamente articulada, de unidades responsables de la formulación e implementación de políticas de salud” (Oszlak y otros, 1991).

incorporación tecnológica en servicios de mediana y alta complejidad, y de ampliación y calificación de su fuerza de trabajo. De esta manera, la demanda generada a través del cuidado primario no podrá ser satisfecha en otros niveles, aumentando el descrédito y dejando una parte importante de problemas de salud sin solución. La asociación de municipios de distintos niveles de desarrollo puede representar una alternativa adecuada a esas situaciones”.

También R. Agranoff (1997), al analizar las relaciones intergubernamentales y específicamente los cambios organizativos en las estructuras gubernamentales (en un ámbito que excede la salud y el contexto latinoamericano), rescata la probada capacidad de las asociaciones de municipios para superar los retos en el campo de los servicios sociales¹⁴. La articulación intermunicipal para llevar a cabo programas, políticas y acciones, es entonces también rescatada conceptualmente como instrumento eficiente para la gestión en términos de eficiencia en el campo específico de las políticas sociales, y salud en particular.

Como se ha ya advertido, en el marco provincial tanto las normas constitucionales como la legislación posterior reconocen amplias competencias a los municipios¹⁵, entre ellas se les atribuye expresamente la capacidad para celebrar convenios intermunicipales para la prestación de servicios, realización de obras públicas, cooperación técnica y financiera o actividades de interés común de su competencia¹⁶. No obstante ello, en la práctica, 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 y la provincia contaba ya con varios entes intermunicipales. 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. No obstante esta restricción inicial, sí en cambio se generó un interesante proceso de multiplicación de iniciativas espontáneas de coordinación intermunicipal para la gestión de los servicios, que se tratarán a continuación.

En otro sentido, como ya se ha adelantado, dentro del amplio margen de autonomía en la instancia municipal, se establece constitucionalmente la capacidad de los municipios para realizar contrataciones de servicios y otorgamiento de concesiones en favor de cooperativas, particulares, etc., de manera que la transferencia de obras y servicios no constriñe a estas últimas a prestar directamente los servicios. A partir de esta habilitación constitucional cabe preguntarse ¿en qué medida los municipios han experimentado modalidades de prestación del servicio descentralizado distintas del monopolio estatal? De acuerdo a los relevamientos de 1999, 2001 y 2002, en el área de salud *si bien se han detectado algunas alternativas distintas a la tradicional de provisión pública del servicio descentralizado, las mismas no se han extendido en el territorio provincial*. Sólo algunos pocos municipios/comunas experimentaron modalidades de prestación que incorporen otras organizaciones o actores no estatales: concesión del servicio a prestadores privados (2 casos de 33 en 1999 que constituyeron S.R.L., uno de ellos se prolongaba también en 2002) y constitución de ente mixto autárquico (1 caso en 1999, ente conformado por el municipio, profesionales médicos del efector y vecinos). Si bien quizás en 1999, al detectarse la experimentación de modalidades alternativas de gestión, podría haberse previsto su multiplicación en otras localidades, los relevamientos posteriores muestran que las mismas no han proliferado -más bien se han reducido-, confirmando el dominio de la modalidad de responsabilidad estatal en todas las etapas de gestión¹⁷. De esta manera, este espacio potencial de coordinación para la agregación de actores -no gubernamentales- en el marco del “pluralismo institucional” no ha mostrado mayor relevancia, más

¹⁴ Al respecto, sostiene “Otros países han tenido dificultades para consolidar los gobiernos locales de tamaño reducido. Sin embargo, han logrado superar retos en el ámbito de los servicios sociales mediante la creación de asociaciones de municipios para ofrecer una gama de servicios. En muchos países, estas asociaciones intermunicipales son especialmente activas en las áreas de recursos hidrológicos, la protección contra incendios, la sanidad, los servicios de emergencia, los servicios sociales y la salud pública” (Agranoff, 1997).

¹⁵ Respectivamente, los artículos 180 y 186 de la Constitución Provincial aseguran la autonomía política, administrativa, económica, financiera e institucional del régimen municipal y las competencias materiales de los municipios.

¹⁶ Constitución de la Provincia de Córdoba, artículo 190.

¹⁷ Un análisis más detallado en Cingolani, 2001.

allá del interés que puedan revelar estas experiencias en sí mismas. En adelante, este trabajo se concentrará en las relaciones intergubernamentales.

IV.1.b. Emergencia y limitaciones de la cooperación intermunicipal en salud.

Como ya se expuso previamente, la cooperación intermunicipal fue promovida legalmente para institucionalizar procesos espontáneos de coordinación desde los ámbitos locales. A la vez, como se verá posteriormente, por parte del nivel central descentralizador se hizo especial hincapié en sus capacidades: fuerte expectativa y permanente insistencia en la necesidad de regionalizar las acciones en salud desde la iniciativa municipal, en tanto responsabilidad de estos niveles para la articulación del sistema.

Ante el proceso de consumación de las transferencias de servicios de salud a los municipios en el marco de la crisis fiscal iniciada en 1995, comenzaron a desarrollarse las interacciones intermunicipales: la problemática principalmente referida al conflicto por la oportunidad y condiciones de transferencia de los servicios y de sus problemas inmediatos (financiamiento principalmente, también coordinación de derivaciones), se trató conjuntamente en los entes intermunicipales que ya estaban funcionando¹⁸; precisamente, desde principios de esa década, fueron proliferando los entes de cooperación intermunicipal dirigidos a una variedad de fines, entre cuyas principales potencialidades reconocidas precisamente se mencionaba el mejoramiento de la capacidad de negociación ante terceros -provincia, nación, instituciones financieras, etc.- (Cingolani, 1997). Paralelamente al tratamiento de la problemática de la descentralización en órganos de coordinación preexistentes, fueron generándose sistemas de cooperación sectorial específicamente para coordinar acciones en salud. De esta manera, la expansión progresiva de experiencias de sistemas de coordinación intermunicipal puede constituirse en un indicador de la relativa transformación en la institucionalidad estatal tradicional en los ámbitos locales¹⁹.

A continuación, el Cuadro 2 expone las principales características de los sistemas de cooperación detectados.

b.1. Actividades coordinadas

Cuadro 2: Caracterización de los sistemas de cooperación intermunicipal.

Relevamiento 1999 N= 33 municipios/comunas	Relevamiento 2001 N= 14 municipios/comunas	Relevamiento 2002 N= 21 municipios/comunas
n= 13/33 cooperan (Prop.=0.4) 9 sistemas de cooperación ²⁰	n= 3/14 cooperan (Prop.=0.2) 3 sistemas de cooperación	n= 15/21 cooperan (Prop.=0.7) 15 sistemas de cooperación
Asuntos(*): Adquisic. de medicamentos (0.4) Capacitación personal salud (0.2) Provisión servicios de salud (0.1) Planificación regional en salud (0.1) Salud rural (0.1) Bromatología 0.1)	Asuntos(*): Adquisic. de medicamentos (1.0)	Asuntos(*): Provisión servicios de salud (0.5) Adquisic. de medicamentos (0.3) Capacitación personal salud (0.1)

¹⁸ En los entes intermunicipales Eincor (Ente intermunicipal del Norte de Córdoba) y Adesur (Asociación para el Desarrollo del Centro-Sur de la Provincia de Córdoba) por entonces los más convocantes en el territorio provincial, en el Consejo del Partido Justicialista (opositor), en reuniones de municipios convocadas ad hoc, también en el Foro de Intendentes de la Provincia de Córdoba se instaló la problemática de los recursos para la atención primaria de la salud en razón de la insuficiencia de Fo.Fin.Des. y de que la red de derivaciones y alta complejidad era inaccesible para la mayoría de los municipios.

¹⁹ Cingolani, 2000.

²⁰ De manera más amplia que en los relevamientos posteriores, en 1999 se interrogó sobre acciones intermunicipales en el pasado, actuales y proyectadas, obteniéndose 18 sistemas de cooperación intermunicipal implementados o proyectados a partir de la recepción de los servicios descentralizados; de ellos, 9 se encontraban en funcionamiento – son los considerados en el Cuadro 2-, 5 en proyecto y 4 habían finalizado la acción.

(*) Asuntos que motivan las acciones de cooperación. Se indican entre paréntesis las proporciones de menciones del asunto sobre el total de municipios/comunas que cooperan en cada relevamiento (Fuente: Apéndice, Tabla 1). A continuación se explicitan estos asuntos.

La coordinación intermunicipal en el área de la salud, tal como muestra el cuadro, se dirige a propósitos diversos:

- Compra de medicamentos para abaratar los costos de adquisición. La coordinación de acciones en este sentido tiene una considerable importancia y sostenida a través del tiempo (presenta altas proporciones comparativamente con otros asuntos, en todos los relevamientos). Se detectaron sistemas de relaciones “radiales”, bilaterales, mediante los cuales un municipio grande (con laboratorio municipal) provee de medicamentos a municipios más pequeños, no necesariamente cercanos; y sistemas que realizan compras conjuntas de medicamentos, dentro de un marco de acciones más amplio que excede las acciones sectoriales en salud (ej.: Eincor).

- Provisión de servicios de salud del efector local a pacientes de otras localidades. Por su naturaleza, se trata de sistemas “radiales” con proximidad geográfica. Se hallaron sistemas mediante los cuales un efector municipal de complejidad mayor presta determinados servicios generalmente en forma gratuita a pacientes de municipios cercanos. Si bien los municipios “proveedores” han tenido el propósito –o al menos la expectativa- de constituir sistemas de aportes regulares entre los municipios para financiar dicha provisión, en general no han podido concretarse (ver sección siguiente).

- Planificación regional de salud. Este propósito, por su naturaleza, constituye el más complejo y ambicioso, dado que refiere a la coordinación para la organización de escalas prestacionales de alcance regional; quizás precisamente a ello se deba la escasez de iniciativas en este sentido. Sólo en 1999 se detectó una propuesta que estrictamente no ha tenido mayor impacto en términos de su implementación²¹. En ese mismo relevamiento se mencionaron otras dos iniciativas en proyecto (razón por la cual no fueron consideradas como sistemas en funcionamiento en 1999), que finalmente no prosperaron.

- Bromatología. Constitución de organismos intermunicipales de control bromatológico e higiene ambiental (control de alimentos, salud, tránsito, juzgado de faltas), generalmente con carácter intersectorial.

- Capacitación del personal de efectores. En general, estos sistemas se caracterizan por relaciones “radiales”, con un municipio más grande que convoca la acción de capacitación para personal de otros efectores.

- Salud rural. Implementación de programas regionales de salud rural por iniciativa intermunicipal, financiados por niveles centrales de gobierno (nacional).

- Otras acciones puntuales. Existe también un conjunto de otras acciones no institucionalizadas, que se fundan en relaciones amistosas entre los intendentes de distinta extracción partidaria y que no presuponen ningún tipo de contraprestación económica²².

b.2. Limitaciones de la cooperación intermunicipal.

No obstante la emergencia de procesos espontáneos de cooperación intermunicipal, pueden mencionarse algunos factores que limitan la extensión de las mismas y su potencial transformador de la institucionalidad social²³.

i) Falta de disposición para la cooperación en algunos municipios: Localismo y viabilidad autónoma del servicio.

No obstante el importante impulso que ha tomado la cooperación intermunicipal a partir de la descentralización, demás está decir que no todos los municipios participan de estas iniciativas. En

²¹ Cingolani, 2000.

²² Por ejemplo, en caso de suspensión temporaria de algún servicio de estudios complementarios (por caso, ecografías) un municipio recurre a otro; o bien intercambio de algunos profesionales.

²³ Algunas de estas limitaciones fueron analizadas inicialmente en Díaz de Landa/Cingolani, 2000.

1999, 2001 y 2002 respectivamente, 20/33 (prop.=0.6), 11/14 (prop.=0.8) y 6/21 (prop.=0.3) casos no participaban de experiencias de cooperación intermunicipal (Cuadro 2).

Ahora bien, la pregunta que surge es: ¿por qué no cooperan los que no cooperan? Ninguno de los entrevistados “no cooperadores” en los tres relevamientos respondió que no considerara positiva la cooperación intermunicipal como estrategia de gestión, o bien estimara que en general estas acciones tienden a fracasar o no logran los objetivos propuestos. Sí, en cambio, podrían sugerirse explicaciones vinculadas a la “viabilidad” autónoma del sistema local de salud y a las características de las localidades vecinas al municipio. Existen localidades donde su sistema público local de salud es “viable” por sí mismo y “no necesita” recurrir a la cooperación intermunicipal. Puede aludirse además a cierto localismo que tiende a hacer crecer el servicio “hacia dentro”, en algún caso incluso incorporando al sector privado a la gestión (caso de un municipio que ha concesionado su servicio de salud a prestadores privados y en el que simultáneamente no se establecieron relaciones intermunicipales). Por otro lado, se encuentran localidades con servicios quizás “menos viables”, pero próximas a municipios donde funcionan efectores provinciales de salud hacia los que pueden derivar pacientes, de manera que no necesitan -por ej.- generar sistemas de cooperación intermunicipal para incrementar la escala de complejidad en la atención de la salud.

Por otra parte, se advierte un considerable dinamismo en los procesos de auto-coordinación, en el sentido de la variación de comportamientos por parte de los gobiernos locales en cada relevamiento. En sí mismo, tal dinamismo no reviste obviamente carácter negativo; incluso desde el abordaje conceptual de las redes interlocales como forma de coordinación horizontal autónoma se destaca como una virtud tal condición, en términos de “interacción rápida y fluida entre los actores”, sujetas a “permanentes redefiniciones”, etc., sin embargo, en los escenarios concretos que aquí se estudian este dinamismo parece revelar cierta “volatilidad” de las acciones de coordinación interlocal, lo cual implicaría inestabilidad y no construcción de sistemas efectivos de coordinación.

ii) Movilidad interjurisdiccional de beneficiarios y dificultades para establecer acuerdos de carácter económico.

Las migraciones de pacientes entre efectores municipales, práctica muy extendida entre los casos estudiados, tiene amplias implicancias en términos de cooperación intermunicipal. En este sentido, es válido distinguir el alcance geográfico del bien público salud; aparecen claras las ventajas de descentralizar bienes públicos denominados a menudo como típicamente locales, cuyos beneficios son enteramente internalizados por los habitantes de una localidad, pero los servicios – como es el caso tratado aquí- cuyos beneficios abarcan un mayor radio geográfico, o presentan fuertes externalidades, requieren una coordinación apreciable entre diversos gobiernos locales. Precisamente, la coordinación intergubernamental constituye un recurso posible conducente al establecimiento de acuerdos económicos intermunicipales para enfrentar el problema de la movilidad interjurisdiccional de beneficiarios, en este caso, pacientes.

Es interesante destacar que si bien la descentralización puede –y de hecho lo hace- impulsar los procesos de cooperación intermunicipal, en otros casos las migraciones de beneficiarios hacia donde se ofrecen mayores o mejores beneficios o menores exigencias, pueden provocar la emergencia de posibles conflictos. Al respecto, las prácticas de intervención por parte de la instancia descentralizadora, a través de la “función de compensación” (Cuadro 1), mecanismo de coordinación jerárquico, puede tener un importante impacto. Por caso, la aplicación del programa provincial de “Cobertura de servicios de salud para familias de escasos recursos”, cuya implementación permitía a los municipios el recupero de gastos por facturación a la obra social provincial, de acuerdo a la mención de algunos responsables locales en 1999 contribuyó a la eliminación de los pocos sistemas de aportes conjuntos para la atención de pacientes de otras localidades; así también probablemente haya debilitado conflictos intermunicipales en ese sentido. De la misma manera, la modificación a partir de 2001 en el régimen general de asignaciones de recursos financieros centrales para los servicios de salud descentralizados, estableciendo específicamente un mecanismo compensador adicional al Fo.Fin.Des. posiblemente debilite potenciales conflictos intermunicipales por migraciones de pacientes.

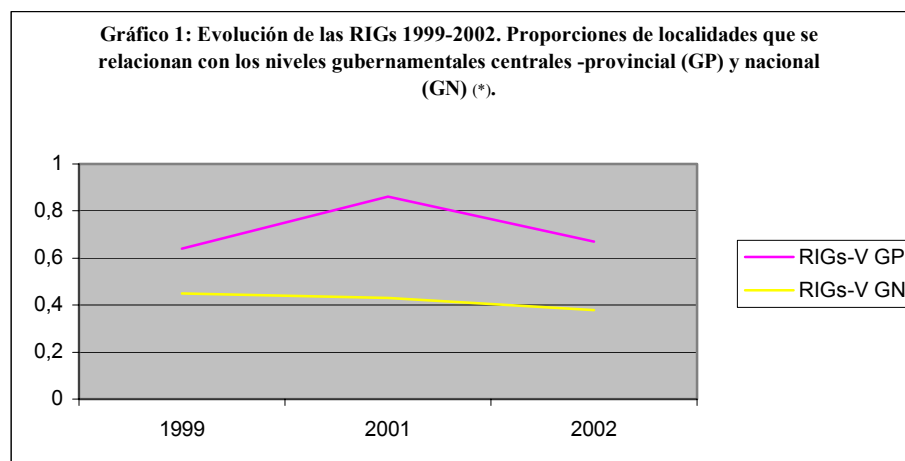
iii) La dificultad para coordinar acciones en relación a objetos complejos.

Si bien la proporción de municipios cooperadores se ha incrementado notablemente en 2002 de acuerdo a las menciones de los entrevistados, puede aseverarse que *la complejidad de los sistemas de coordinación se ha visto progresivamente reducida*. La gama de asuntos/actividades objeto de coordinación en 1999 era más variada (Cuadro 2), sino también inclusiva de actividades de mayor complejidad, como la denominada “Planificación regional en salud”; las que podrían en 2002 asimilarse a ello: acciones municipales dirigidas a la conformación de las Unidades Regional de Gestión (se tratará en la sección IV.2), además de incipientes, no son caracterizadas por los entrevistados como interacciones intermunicipales. Se trata más bien –al menos en su estado de desarrollo actual- de iniciativas jerárquicas, con el objetivo de intercambiar o brindar información y/o construir consensos²⁴. Ello se relaciona con la dificultad para coordinar acciones en relación a objetos complejos, y salud en particular constituye un servicio y una política de carácter complejo – incluso porque requiere de elevadas inversiones- por lo que es más apropiada la acción conjunta entre diferentes niveles o al mismo nivel del poder público.

IV.2. La dominancia de la coordinación intergubernamental vertical (local-provincial) y el área de financiamiento.

IV.2.a. La modificación del diseño institucional del sistema descentralizado de salud (2001).

Los Intendentes fueron consultados acerca de las relaciones que mantenían con las jurisdicciones centrales de gobierno nacional y provincial en virtud de los servicios descentralizados de salud; a continuación, el gráfico presenta las proporciones de localidades que sobre la muestra manifestaron mantener relaciones con otros niveles gubernamentales –nacional (GN) y provincial(GP)- en los relevamientos realizados en 1999, 2001 y 2002.



(*) Fuente: Apéndice, Tabla 1.

Más allá de la sostenida prominencia en la evolución temporal de las relaciones local-provinciales –previsible ello, por ser la jurisdicción descentralizadora- en relación a las mismas con el nacional, hay un hecho que explica la *concentración de las relaciones con el nivel provincial en 2001: la modificación en el diseño institucional de la descentralización* (o relativa a los servicios descentralizados) en salud. En 1999 se produce un cambio en la dirección del Gobierno Provincial (Gobernador J. M. de la Sota) y la nueva gestión, además de reafirmar la política de descentralización en salud -podría decirse confirmándola como “política de Estado” no sometida a

²⁴ Incluso prácticamente no asisten a las reuniones miembros del Poder Ejecutivo Municipal (denominada “mesa política”), sino los responsables (Directores/Administradores) de los establecimientos de salud (“mesa técnica”), a veces acompañados por los primeros.

Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración

la voluntad política del gobierno en ejercicio-, introdujo en 2001 importantes modificaciones al marco institucional de la descentralización, las que parecen abrir un nuevo momento en la organización del sistema descentralizado de salud provincial. El Gobierno Provincial diseña e implementa el nuevo Plan de Salud Municipal (en adelante, PSM) a través de la Unidad Central de Gestión (Ministerio de Gobierno). Dado su diseño institucional, el PSM debiera impactar en la práctica de las relaciones intergubernamentales en todas sus dimensiones, en tanto contiene modificaciones inherentes a todas las áreas de interdependencia definidas –de hecho el alcance de ello queda ilustrado en la concentración de las relaciones evidenciado el gráfico anterior-.

El cuadro siguiente muestra esquemáticamente las innovaciones introducidas en el diseño institucional en 2001, respecto de la práctica previa de las relaciones intergubernamentales en cada área de interdependencia.

Cuadro 3. El rediseño del sistema descentralizado de salud (2001): su impacto en las áreas de interdependencia.

Áreas de Interdependencia	2001: Modificaciones en el diseño institucional
Organización para la provisión del servicio	Diseño de un sistema integral de derivación de pacientes. Conformación de Unidades Regionales de Gestión
Fiscalización/Control	Sistema de Control y Red Informática de Salud, a través de la Unidad Central de Gestión
Financiamiento	Relaciones financieras: Fo.Fin.Des. y Fo.C.A.De.S. (Decreto Provincial 2640/00, modificación Decreto Provincial 6454/89)

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 (en adelante, Uni.Ce.Ge.) a nivel provincial con participación de representantes de municipios y comunas -en el marco de la denominada “política de consenso”²⁵, 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, que atañen a todas las áreas de interdependencia, son (artículo 7, Decreto Prov. 2640/00): a) planificar el mejoramiento y desarrollo del sistema; b) suscribir acuerdos para afectar fondos; c) impulsar sistemas de referencia y contrarreferencia asistencial; d) coordinar los mecanismos de integración y coordinación asistencial de los efectores municipales y provinciales/nacionales; e) fiscalizar la prestación efectiva de los servicios y su correspondencia con los importes de financiamiento; f) determinar los indicadores de proceso, resultado e impacto para evaluar las acciones de los efectores; g) ajustar y variar los índices de asignación de Fo.Fin.Des.; h) resolver la asignación por mayor complejidad en efectores locales, en el marco de una política de complementariedad y colaboración intermunicipal; i) capacitación asistencial y de gestión; j) asesorar y colaborar técnicamente con los efectores locales para el recupero de recursos; k) impulsar el desarrollo de convenios con otros organismos y entidades, entre las principales funciones.

Al menos desde el punto de vista de su enunciación, el PSM tendría presumiblemente impacto también en términos de coordinación horizontal, aspecto mencionado en b.2.iii. Esto es, además de la creación de la Uni.Ce.Ge., el mismo decreto establece las Unidades Regionales de Gestión (en adelante, 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

²⁵ 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.

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 terciarizar los servicios complementarios y comunes a los efectores municipales²⁶. De cualquier manera no se han evidenciado avances importantes en la constitución de las mismas, esto es en términos del impacto que el rediseño del esquema institucional ha tenido en términos de coordinación horizontal.

Coincidentemente con esta modificación del diseño institucional, es interesante observar cierto proceso de diferenciación en las relaciones local-provinciales. Una revisión de los asuntos motivo de las interacciones con los niveles centrales de gobierno –nacional y provincial, Apéndice: Gráfico 2)- muestra que en 1999 los asuntos que motivaban las interacciones con las jurisdicciones centrales de gobierno no variaban en relación a una u otra jurisdicción (provincial y nacional), es decir los municipios trataban a *ambas jurisdicciones de gobierno indistintamente como fuentes alternativas o conjuntas de provisión de los mismos recursos*: medicamentos (de alto costo o en grandes cantidades), equipamiento (instrumental, prótesis, ambulancia, camas ortopédicas, etc.), recursos financieros, etc.. Si bien esta observación no tendría connotaciones inherentemente negativas, algunas implicancias de la misma son susceptibles de crítica: en el lustro inmediato posterior a las transferencias masivas *no habría generado la jurisdicción descentralizadora (provincial) capacidades nuevas o diferentes, en especial las relativas a la coordinación general de un proceso complejo como es la descentralización*. Entonces, si en 1999 los asuntos que motivaban los contactos municipales con el gobierno provincial –e igualmente con el gobierno nacional- se remitían básicamente a la provisión de recursos (medicamentos, equipamiento, recursos financieros, etc.), en 2001 los contenidos *se concentran sólo en un asunto con el gobierno provincial: el tratamiento de la nueva Red de Salud Municipal* (interacciones clasificadas genéricamente como “gestión” en el Gráfico); todas las menciones refieren a relaciones con la misma dependencia provincial –Uni.Ce.Ge.- por la misma temática –regulación y coordinación del sistema descentralizado de salud provincial-. *La aludida diferenciación refiere a la posibilidad plausible de que el nivel central descentralizador esté comenzando a desarrollar capacidades nuevas –respecto de 1999- y diferenciadas –respecto del otro nivel central de gobierno, el nacional-*. El último relevamiento (2002) muestra la sostenida concentración en los mismos asuntos: gestión y programas nacionales, a los que se agrega la provisión de medicamentos, asunto este último de gran importancia actual, no sólo en las relaciones verticales, sino también en las horizontales (Cuadro 2).

Expuesta ya en términos generales la innovación en el diseño institucional original del sistema descentralizado, a continuación se analizan las relaciones intergubernamentales local-centrales en relación a cada una de las áreas de interdependencia en particular: organización/coordinación para la provisión del servicio, fiscalización/control y financiamiento, desde la implementación de la descentralización en adelante.

IV.2.b. Área de organización/coordinación para la provisión del servicio: Inacción y apelación a la coordinación horizontal autónoma.

Una de las aristas más expectables ligadas a esta “nueva institucionalidad” es la construcción de espacios integrales de coordinación en diferentes niveles que eviten procesos de *fragmentación* en escenarios descentralizados²⁷. Al respecto, R. Lo Vuolo (1995) advierte que para que una

²⁶ 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).

²⁷ 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 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

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. O. 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 S. Badino, 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 (Badino, 1993). Ya se ha tratado las capacidades de la coordinación interlocal en relación a la coordinación en sistemas descentralizados, pero también sus limitaciones. Ahora se repasa en las acciones que en este sentido tienen o no lugar desde el espacio de las relaciones entre el nivel descentralizador y los receptores.

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). La descentralización del sistema público de salud, a tenor del tipo de descentralización de que da cuenta el caso de estudio y todo otro similar a éste, 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 interdependientes²⁸. Aquí, la coordinación no jerárquica debería ser especialmente dinámica: ofrecer incentivos para el diálogo frecuente, esclarecer confusiones, precisar términos de colaboración, homogeneizar procedimientos, etc.. En su lugar, han aparecido síntomas de fragmentación institucional que se manifiestan en problemas de coordinación de los servicios descentralizados: falta de organización para derivaciones entre establecimientos prestacionales públicos, reclamo por parte de la instancia provincial descentralizadora de un papel más activo de las instancias locales en la articulación del sistema descentralizado, etc., todo ello en el marco de fuertes confrontaciones entre provincia y municipios. La coordinación de los servicios descentralizados –conjuntamente con la financiación- ha sido uno de los principales problemas para el desenvolvimiento del servicio en los ámbitos locales.

Luego de los vertiginosos trasposos 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 trasposo y la instalación de las nuevas funciones en los niveles locales. En este sentido, algunos ámbitos locales han demorado más que otros en estabilizar relativamente la modalidad descentralizadora.

existente dentro de cada uno de estos modelos hace más difícil la coordinación entre ellos (Isuani/Mercer, 1988; Bisang/Cetrángolo, 1997). En este trabajo, la referencia a la fragmentación se circunscribe a uno de estos sectores institucionales: el sector público.

²⁸ Un concepto similar define F. Scharpf (1993).

En relación a la organización/coordinación para la provisión del servicio, el sistema descentralizado sufrió inmediatamente a las transferencias de los servicios el impacto de la eliminación del Plan Provincial de Salud Rural (atención en pequeñas localidades, parajes y zona rural)²⁹. Su suspensión, de manera simultánea a la implementación de la descentralización, instala el tema de la salud rural como una “zona gris” en la demarcación de responsabilidades provinciales y municipales, y a la vez entre las propias jurisdicciones locales. A partir de esta medida provincial, la atención de la salud rural quedó supeditada a esfuerzos discontinuos por parte de los municipios y comunas, limitados además por las dificultades para obtener fuentes de financiamiento. A partir de la descentralización, las áreas rurales presentan dificultades especiales: municipios y comunas pobres sólo pueden ofrecer atención primaria de la salud en el efector (con recursos de Fo.Fin.Des.) y deben resolver el problema de la derivación de pacientes para acceder a mayores niveles de complejidad. Desde el Gobierno Provincial se entendía que el problema sólo afectaba a una escasa población (rural, ubicada en parajes) y que la atención primaria de salud se estaba cumpliendo tal cual se lo estableció al realizar el traspaso. Respecto de los puestos que se cerraron en distintos puntos del interior, sobre todo en el norte, entendía que era responsabilidad de las comunas cercanas hacer extensión de servicios llevando profesionales a esos lugares con periodicidad, para cubrir las necesidades básicas (expresiones del Titular de la Dirección de Planificación y Coordinación Sanitaria de la Provincia)³⁰.

Por otra parte, el Gobierno Provincial, dentro de sus competencias en relación a los niveles de mayor complejidad del sistema, adoptó una serie de medidas de austeridad y reordenamiento de estos efectores; en 1998 el escenario estuvo dominado por la intensificación del conflicto entre los equipos de salud de los hospitales provinciales y el gobierno, por las condiciones laborales y de atención de pacientes –se denuncia falta de personal e insumos, demanda creciente de atención- en casi todos los hospitales públicos, sumado al masivo incremento de pacientes. Esta disminución de la capacidad operativa de los efectores provinciales también repercutió en un incremento de la actividad en los establecimientos municipales en ciudades grandes donde coexisten efectores provinciales y municipales, a lo que se sumaba el incremento de la demanda de salud pública gratuita por la situación de crisis económica.

También en ese año se hicieron marcadamente notorias las dificultades del sistema provincial de derivación de pacientes³¹. 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

²⁹ El Plan de Salud Rural era un esquema epidemiológico preventivo en zonas rurales, mediante el cual los agentes rurales (ejecutores) realizaban tareas sanitarias en viviendas de zonas rurales (inmunización, control de nutrición y del embarazo y detección de vectores productores de endemias, producción de información censal actualizada). En general, los resultados del Plan fueron evaluados en términos de: disminución del parto domiciliario, de la mortalidad materna, de la mortalidad y desnutrición infantil, implementación de un plan de inmunizaciones para la población, información del grado de insectación de las viviendas y campañas de educación sanitaria en las escuelas primarias y secundarias.

³⁰ En 1997, una evaluación realizada por la Gremial Interhospitalaria denunció una “pérdida de constancia” en la atención luego de la descentralización, argumentando que había dejado de funcionar el 45% de los puestos sanitarios, siendo el norte provincial el más afectado, dado que las comunas y municipios no son lo suficientemente solventes para afrontar el traspaso. También indica el informe que las consultas disminuyeron, por la falta de recursos de la gente para llegar a los puestos sanitarios de las localidades más cercanas, reducción que es menor en el caso de consultas por los niños (La Mañana de Córdoba, 11/11/97).

³¹ . Las falencias del sistema de salud en este aspecto quedaron especialmente de manifiesto en varios sucesos de enfermos que sufrieron graves consecuencias por problemas de derivación. En la interpelación parlamentaria al Ministro de Salud, el mismo admitió los retrasos en la prometida red informática para que el sistema de derivación de pacientes funcione en forma óptima, mientras tanto, el sistema funciona telefónicamente. Afirmó que *“los entes municipales a cargo tienen la obligación de coordinar su labor con los hospitales provinciales”*. Los legisladores opositores por su parte remarcaron la falta de articulación existente entre los efectores descentralizados y el sistema sanitario provincial (Fuente: La Voz del Interior, 01/07/98).

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 sistema³². 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. Los funcionarios locales por su parte se inclinaron en favor de establecer jerarquías en la oferta médica dentro de los distritos, centrandose sus ideas en regionalizar la salud, descartando que ello coincida con una división política y departamental. 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 solidaridad (responsabilidad moral) de los municipios mejor dotados³³.

Por otra parte, temas como la capacidad técnica y de gestión para la atención de la salud, han sido recurrentemente referidos como obstáculo para la organización y eficiencia del sistema descentralizado. Sin embargo, estos aspectos 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. La capacitación conforma el núcleo de compromisos que la Provincia asumió al establecer su política de descentralización. Hasta 1999, sólo se habían detectado acciones puntuales, algunas de ellas, por otra parte, han consistido más en reuniones de esclarecimiento y construcción de consensos que en programas ordenados para mejorar la calidad de los recursos humanos del sistema, particularmente los locales³⁴. 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.

Como se ha ya adelantado, en relación a esta área de organización/coordinación para la provisión del servicio 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) que innova sobre aquél en base al cual se implementa la descentralización (Figura 1)³⁵; 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. En relación a esta área, otra innovación institucional es la creación de las Unidades Regionales de Gestión que, como se ha dicho, no ha mostrado avances en su constitución.

³² Discurso oficial del Ministro de Salud (Fuente: La Voz del Interior, 03/05/97).

³³ 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).

³⁴ Por ej.: reuniones con directores de hospitales públicos para aunar criterios sobre planificación, organización y coordinación ante posibles situaciones de emergencia, zonas de riesgo, catástrofes o accidentología; jornadas de capacitación para representantes de los municipios y comunas de los diversos departamentos y otras similares, sobre cuestiones vinculadas a la atención primaria luego de la descentralización, capacitación de funcionarios municipales y comunales, médicos, enfermeras y agentes sanitarios públicos y privados de un grupo de municipios.

³⁵ De acuerdo a tal recategorización, los efectores que al momento de la descentralización clasificaban como hospitales vecinales –categoría que constituyó condición para la selección de casos de la muestra- experimentaron importantes variaciones de categorización. Los hospitales resultantes en la muestra del relevamiento en 1999 (N=33 casos) actualmente se distribuyen entre los niveles 1 (AB) y 2 (AB). Fuente: Sistema Integral de Derivación de Pacientes, elaborado por la Unidad Central de Gestión del Ministerio de Gobierno, 2001.

IV.2.c. Área de control/fiscalización.

La descentralización exige como contrapartida la aplicación de medidas de control y supervisión de los servicios transferidos. Entre sus principales medios normalmente se incluyen: exigencia de ciertos flujos de información, vigilancia regular de ciertos indicadores, celebración de reuniones, emisión de directrices de gobierno y orientaciones generales de política, etc.. A pesar de que la Ley de Reforma del Estado Provincial (7850/89) expresamente establece la responsabilidad del Gobierno Provincial respecto a la planificación, regulación normativa y fiscalización de los servicios, obras y funciones descentralizados, no hubo seguimiento de los servicios descentralizados. La innovación institucional introducida en 2001 consiste en un *sistema de control de gestión* que incluye la informatización del sistema de atenciones de la salud, ligado ello a las nuevas modalidades de financiamiento; el énfasis en esta actividad deviene en gran parte de requerimientos de naturaleza financiera, y ello queda explicitado en una de las funciones de la Unidad Central de Gestión: “fiscalizar la prestación efectiva de los servicios y su correspondencia con los importes de financiamiento”.

IV.2.d. Área de financiación.

Esta área ha sido el lugar privilegiado de estudio de las relaciones intergubernamentales verticales, como así también –y en gran parte en razón de esto- el núcleo problemático de las mismas. En su relación con la descentralización, el área comprende las fórmulas implementadas para el financiamiento de los servicios descentralizados, que incluyen el método de distribución y el método para la determinación del monto global de recursos financieros destinados por el nivel central a financiar los servicios descentralizados.

En el escenario inmediato de la descentralización provincial (1996/1999), uno de los principales problemas fue el financiamiento de los servicios descentralizados. La insuficiencia de los fondos de financiamiento intergubernamental previstos (Fo.Fin.Des.); el impacto en las finanzas locales de la retracción en las transferencias intergubernamentales –retenciones automáticas de las transferencias fiscales (coparticipación) por deudas municipales con el fisco provincial- asociado a una importante dependencia de la participación fiscal –financia en promedio aproximadamente el 45% de los gastos municipales totales (incluido salud)-; y la imposibilidad de reducir egresos en el área, dada la insensibilidad del gasto municipal en salud respecto de alteraciones en los ingresos municipales –a diferencia del gasto en otras áreas-. Aún considerando las nuevas fuentes de financiamiento introducidas en el marco de innovaciones institucionales (incorporación del sector de obras sociales, por ej.), todas estas cuestiones se tradujeron en términos de “inestabilidad” de los sistemas municipales de salud y plantearon serios problemas para la viabilidad de la municipalización³⁶.

Si la recepción de fondos coparticipables 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 y, no obstante ello, el servicio local en general se había expandido –según apreciación de los propios intendentes-, fue la capacidad innovadora de las administraciones locales para generar fondos frente al desafío la que permitía al menos mantener, y en algunos casos mejorar, el servicio para sus poblaciones. Entre las principales fuentes de financiamiento para los servicios de salud descentralizados se cuentan: los fondos gubernamentales -Fo.Fin.Des. y otros recursos del municipio en general genuinos o provenientes de transferencias no condicionadas- que constituye la más importante fuente de financiamiento; los aportes del sistema de obras sociales –por *convenios con obras sociales* en particular o bien por conversión del efector en *Hospital de Autogestión*; otros aportes (no obra social) 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

³⁶ Un análisis más detallado de estos problemas en Diaz de Landa/Cingolani, 2000.

prepagos”-, nuevas imposiciones a la población, sea o no usuaria del servicio, y cuya recaudación tiene afectación específica para el financiamiento del servicio de salud (incremento de los recursos genuinos del municipio); también puede mencionarse como otra fuente la incorporación del sector privado, aspecto que se ha analizado en términos de relaciones horizontales interinstitucionales (ej.; concesión del servicio de salud pública local).

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, problema de coordinación horizontal enunciado precedentemente. La innovación alude 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”; la asignación de un Fondo Compensador Adicional de Descentralización de Servicios (Fo.C.A.De.S) por mayor complejidad o presupuesto; y el 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 (control de gestión, mencionado en las innovaciones del área tratada precedentemente). Obviamente, la introducción de un esquema de financiamiento de estas características requiere de sistemas de derivaciones de pacientes y, especialmente, de información a través del sistema de control de gestión, esto es, de la implementación de las reformas en las otras dos áreas de interdependencia.

V. Palabras finales.

El análisis de las relaciones intergubernamentales en la construcción del sistema descentralizado parece confirmar la condición “primaria” de las relaciones verticales, y dentro de ellas la dominancia de las financieras. El factor financiero no sólo ha intervenido de manera esencial en la racionalidad de la descentralización –objetivos fiscales de la descentralización, presentes en toda Latinoamérica en general-; ha sido además la arista conflictiva y arena fundamental sobre la que se construyeron las relaciones intergubernamentales luego de implementada la descentralización provincial; y finalmente parece constituirse en el área predominante, en torno a la cual se organizaron/planificaron las demás áreas (sistema de control de gestión y organización de derivaciones de pacientes) a partir de la reforma institucional introducida en 2001. En otras palabras, así como los conflictos en torno a este factor desestabilizaron las relaciones verticales después de la implementación de la descentralización (1996/1999), en 2001 medios asociados a incentivos fiscales han incidido en el incremento de las relaciones local-centrales, concentradas esencialmente en la reforma del diseño institucional. La generación de este espacio de coordinación provincia-municipios ha sido especialmente reconocido por estos últimos (el asunto monopolizó las interacciones verticales con el Gobierno Provincial en 2001, Gráfico 2), especialmente si se tiene en cuenta que precisamente el nivel central reaparece con un recurso –el financiero- altamente valorado por los gobiernos locales; en la dimensión horizontal, en la que el rediseño tiene potencial incidencia (conformación de Unidades Regionales de Gestión), no obstante, aún no se observan impactos importantes.

En este contexto, las relaciones intergubernamentales interlocales parecen revestir el carácter de subsidiariedad respecto de las primeras. En los años inmediatos a la descentralización, se

observó la pretensión del nivel descentralizador de descansar automáticamente en la autonomía de los niveles estatales locales; en respuesta, los actores locales no han podido desarrollar más recursos de coordinación (capacidades para identificar problemas, desarrollar alternativas de solución, implementar políticas, etc.) que los que aquí se expusieron, que si bien constituyen interesantes innovaciones en la institucionalidad local, sus potenciales de creatividad y capacidad para solucionar problemas, encuentran limitaciones en los sistemas de cooperación concretos. Y en cierta manera, cierto carácter “subsidiario” fue previsto en la normativa de la descentralización que propone la cooperación intermunicipal para “superar inconvenientes que pueden derivarse del proceso descentralizador”, y en gran parte de la literatura relativa a la coordinación horizontal autónoma en redes interlocales, que refiere a la potencialidad de las mismas “para compensar deficiencias de la coordinación vertical” en el marco de la creciente interdependencia entre políticas y actores. La pretensión de otro rol para éstas provino fundamentalmente de instancias político-gubernamentales, en medio de un escenario de “vacío vertical” sin fiscalización ni control del sistema. Esta descripción lejos está de la a veces aludida declinación de los mecanismos de coordinación centralizada y su superación por modalidades alternativas de coordinación, como la autoorganización a nivel de redes interlocales.

Como se ha reiterado a lo largo de este trabajo, la coordinación constituye uno de los posibles efectos institucionales de la descentralización, y por lo tanto uno de los factores constructores de “nueva institucionalidad”; como contrapartida, los problemas de financiamiento han concentrado en el área de interdependencias –como se la ha denominado aquí- financieras las interacciones intergubernamentales verticales, a la vez que la escasez de relaciones significativas orientadas al control/fiscalización de los servicios descentralizados y a la organización/ coordinación para la provisión del servicio, reafirman la dominancia del área de financiamiento. Pero a la vez, las interacciones que se han desarrollado en esta área pueden ser mejor caracterizadas por el conflicto, la dependencia y la jerarquía que por la interdependencia –y sus implicancias en términos de coordinación-, más allá de la denominación que haya recibido en este trabajo.

VI. Bibliografía.

- Agranoff, R. (1997) “Las relaciones y la gestión intergubernamentales”. En *La nueva administración pública*. Bañón, R. y Carnillo, E. (comps.). Alianza Universidad Textos.
- Badino, S. (1993) “El proceso de descentralización en la organización de la salud”. En Cuadernos Médico Sociales n° 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. Marzo de 2001.
- Cingolani, M. (2001) “Innovaciones en la gestión local en municipios cordobeses. ¿Hacia una nueva institucionalidad estatal municipal?”. III Seminario de la Red Nacional de Centros Académicos dedicados al estudio de la gestión en gobiernos locales. Rosario, 21 y 22 de junio de 2001.
- ____ (2000) “La cooperación intermunicipal después de la descentralización en la Provincia de Córdoba: oportunidades y restricciones”. II Seminario de la Red Nacional de Centros Académicos dedicados al estudio de la gestión en gobiernos locales. Quilmes, 11 y 12 de mayo de 2000.
- ____ (1997) “La cooperación intermunicipal como instrumento de la política de desarrollo. Estudios de casos de dos entes de cooperación intermunicipal en la Provincia de Córdoba”, en García Delgado, D. (comp.) *Hacia un nuevo modelo de gestión local. Municipio y sociedad civil en Argentina*. FLACSO, Oficina de Publicaciones del CBC, Universidad Católica de Córdoba. Buenos Aires.
- 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”. 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 del 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.
- Díaz de Landa, M. (1991) “Descentralización nacional y provincial en el marco de la Reforma del Estado en Argentina”, Nolhen, D. (Ed.) en *Descentralización política y consolidación democrática. Europa-América del Sur*. Síntesis Editorial Nueva Sociedad.
- Di Gropello, E. y Cominetti, R. (1998) (comp.) *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*. CEPAL.
- Franco, R. (1996) “Los paradigmas de la política social en América Latina” en Revista de la CEPAL 58, abril de 1996.
- Gagliano, E. y Navarro, M. (1988) “¿Por qué descentralizar en salud?” en Administración Pública y Sociedad. Año, n° 1. IIFAP, Universidad Nacional de Córdoba.
- Hjern, B. y Porter, D. (1993) “Implementation structures: A new unit of administrative analysis”. En *The policy process: a reader*. Edited by Michel Hill. University of Newcastle upon Tyne.

- Isuani, E. y Mercer, H. (1988) “La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿Pluralismo o irracionalidad?”. Centro Editor de América Latina. Biblioteca Política Argentina N° 241. Buenos Aires.
- Jordana, J. (2001) *Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina*. Serie Documentos de Trabajo I-22UE. Proyecto conjunto INDES-Unión Europea. Washington D.C.
- Lechner, R. (1997) “Tres formas de coordinación social” en Revista de la CEPAL N° 61. Abril de 1997.
- Lo Vuolo, R. y Barbeito, A. (1998) *La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador*. Miño y Dávila Editores. Ciepp.
- Lo Vuolo, R. (1995) “Estabilización, ajuste estructural y política social. Los inocentes son los culpables”, en Bustos, P. (comp.) *Más allá de la estabilidad. Argentina en la época de la globalización y la regionalización*. Buenos Aires, Fundación Friedrich Ebert.
- Marin, B. (Ed.) (1990) *Generalized Political Exchange*. Westview Press. Boulder, Colorado.
- Méndez, J. L. (1988) “Estudio Introductorio”, en Wright, D. S. *Para entender las relaciones intergubernamentales*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Oszlak, O. (1991) “Descentralización de los sistemas de salud. El Estado y la salud”, en Oszlak y otros *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos y experiencias*. Organización Panamericana de la Salud.
- Messner, D. (1988) “Del Estado céntrico a la ‘sociedad de redes’. Nuevas exigencias a la coordinación social”, en Lechner, N. y otros (coord.) *Reforma del Estado y coordinación social*. P y V Ed., México.
- Organización Panamericana de la Salud (1999) II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, Reforma sectorial y funciones esenciales de salud pública.
- Parri, L. (1990) “Territorial politics and political exchange: American federalism and french unitarism reconsidered”, en Marin, B. (Ed.) *Generalized Political Exchange*. Westview Press. Boulder, Colorado.
- Rojas, F. (2000) “The political context of decentralization in Latin America”, en Burki, S. / Perry, G. (eds.), *Decentralization and accountability of the public sector*, Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean, Washington DC: Banco Mundial.
- Scharpf, F. (1993) “Coordination in hierarchies and networks”. En *Games in hierarchies and networks. Analytical and empirical approaches to the study of governance institutions*. Westview Press. Boulder, Colorado.
- Scharpf, F. (1997) *Games real actors play*. Westview Press, Boulder, Colorado.
- Tecco, C. (1994) “Los Municipios y la gestión del Desarrollo Local y Regional”. En Administración Pública y Sociedad. Año VI, n° 9. IIFAP, Universidad Nacional de Córdoba.
- Wright, D. S. (1988) *Para entender las relaciones intergubernamentales*. Fondo de Cultura Económica. México.

VII. Apéndice

VII.1. Ficha Técnica

Selección de los casos de estudio y técnicas de recolección de los datos.

Para el estudio se seleccionaron localidades de la Provincia de Córdoba (sean municipios o comunas) que hubieran descentralizado efectores de salud, correspondientes a la siguiente complejidad: Hospital vecinal, comunal o municipal (Figura 2), esto es el nivel de complejidad mayor entre los descentralizables (Puesto sanitario, Dispensario, Centro materno-infantil). El relevamiento de los datos se realizó sucesivamente en tres etapas: mayo/junio de 1999 (Relevamiento 1), abril/mayo de 2001 (Relevamiento 2), y octubre/noviembre de 2002 (Relevamiento 3). La técnica de recolección de datos en todos los relevamientos ha sido la aplicación de cuestionarios semi-estructurados a Intendentes (en municipios) y Presidentes de Comisión Vecinal (en comunas) –excepcionalmente, a principales responsables del área de salud en casos que aquéllos así lo indicaran, y con la modalidad que se detalla a continuación.

Relevamiento 1 (mayo/junio de 1999). Encuesta aplicada a una muestra de 33 municipios y comunas en la provincia de Córdoba, extraída de 82 localidades (78 municipios y 4 comunas) que receptaron efectores de salud clasificados como “hospital vecinal, comunal o municipal”. El listado de todos los efectores públicos de salud (provinciales y municipales) localizados en la provincia, fue suministrado por la Subdirección de Estadística y Planeamiento del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba y corresponde a información del año 1998. Sobre dicho listado se tomó una muestra aleatoria simple.

El tamaño de la población correspondiente a las localidades que conformaban la muestra variaba entre aproximadamente 150 y 15000 habitantes, según Censo Nacional de 1991, variabilidad representativa de la distribución poblacional que presentaba el conjunto de municipios que tenían la categoría de efectores hospitalarios descentralizados adoptado como criterio para la selección del universo de estudio.

De la variabilidad del tamaño poblacional pueden deducirse las dificultades de algunas pequeñas comunas para gestionar unidades prestacionales de cierta complejidad (ello explica, por ejemplo, que en 1999, a pocos años de la descentralización, 2 de 33 hospitales vecinales incluidos en esta muestra habían perdido su condición de tales, disminuyendo su complejidad).

Aplicación del cuestionario por entrevistas personales. El mismo indagó, además de las preguntas estrictamente relativas a las relaciones intergubernamentales –que se presentan a continuación, y se reiteran para todos los relevamientos posteriores (2001 y 2002)-, algunas cuestiones generales sobre las problemática de la gestión descentralizada, que alimentan la sección I.2.4.

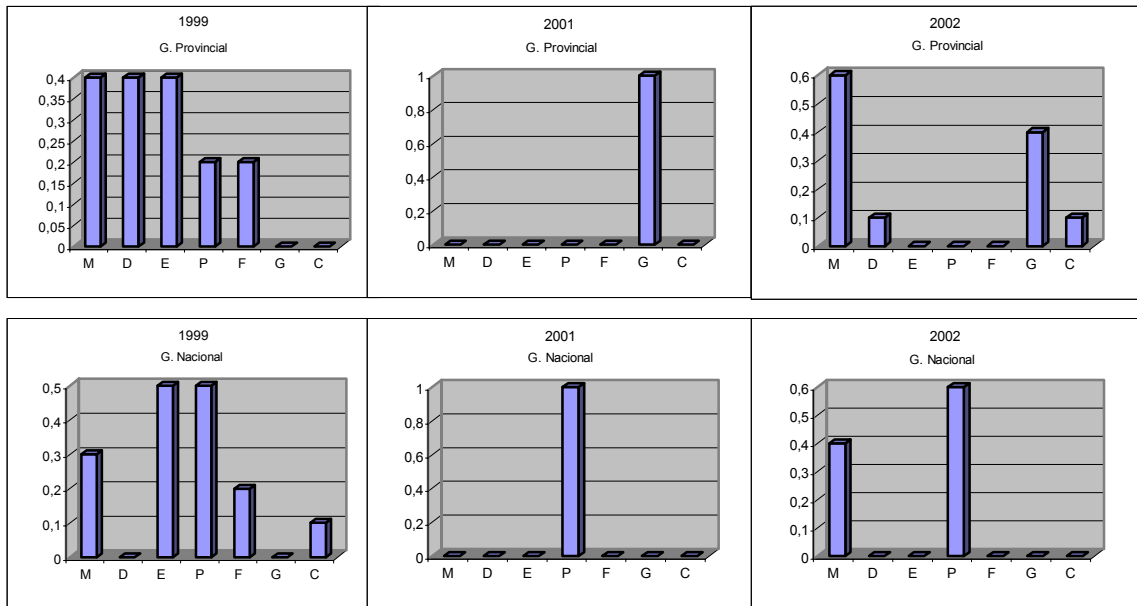
Relevamiento 2 (abril/mayo de 2001). Encuesta aplicada a la misma muestra de municipios y comunas del Relevamiento 1 (1999, N=33 casos), obteniéndose respuesta de N=14 casos (porcentaje de respuesta del 42%: 14/33 casos). (Apéndice: Tabla 1).

Aplicación de cuestionario autoadministrado.

Relevamiento 3 (octubre/noviembre de 2002). Encuesta aplicada a la misma muestra de municipios y comunas del Relevamiento 1 (1999, N=33 casos), obteniéndose respuesta de N=21 casos (porcentaje de respuesta del 63%: 21/33 casos) (Apéndice: Tabla 1).

Aplicación de cuestionario mediante entrevistas telefónicas.

Gráfico 2: Asuntos que motivan las interacciones local-centrales con los Gobiernos Provincial y Nacional en 1999, 2001 y 2002 (en proporciones)(*)



(*) Proporciones de municipios/comunas que mencionaron el asunto sobre el total de localidades que mantienen relaciones con cada nivel jurisdiccional en cada uno de los relevamientos.

Referencias:

M=Medicamentos **D**=Derivaciones **E**=Equipamiento **P**=Programas provinciales/nacionales de salud

F=Financiamiento **G**=Gestión (Plan de Salud Municipal) **C**=Capacitación

Fuente: Apéndice, Tabla 1.

Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración

Tabla 1. Las Relaciones Intergubernamentales Horizontales (interlocales) y Verticales (local-centrales) en 1999, 2001 y 2002, según la perspectiva de los responsables locales.

Localidad (1)	RIG-Horizontales			RIG-Verticales (2)					
	1999	2001	2002	GOBIERNO PROVINCIAL			GOBIERNO NACIONAL		
				1999 (UCR)	2001(PJ)	2002 (PJ)	1999 (PJ)	2001(UCR)	2002 (PJ)
CASO 1 (R. IV) (6508 hab.) (PJ-/PJ)	SI (M - PRS)	(sin dato)	SI (C)	SI (M - D)	(sin dato)	SI (M - D)	SI (E - P:A)	(sin dato)	NO
CASO 2 (R. IV) (6171 hab.) (UCR/PJ/PJ)	SI (M - O)	SI (M)	SI (O)	SI (F)	SI (G)	SI (C - M - G)	NO	SI (sin dato)	SI (M)
CASO 3 (M. Juárez) (3740 hab.) (PJ*/PJ*/PJ*)	NO	NO	NO	NO	SI (G)	SI (M)	NO	SI (P:A)	NO
CASO 4 (San Justo) (18767 hab.) (PJ*/PJ*/-)	NO	NO	(sin dato)	SI (D)	SI (G)	(sin dato)	SI (F - E)	NO	(sin dato)
CASO 5 (R. IV) (7114 hab.) (PJ*/PJ*/-)	SI (M)	SI (M)	(sin dato)	SI (M)	SI (G)	(sin dato)	SI (M - E)	NO	(sin dato)
CASO 6 (J. Celman) (10378 hab.) (UCR/-/-)	SI (M)	(sin dato)	(sin dato)	SI (I)	(sin dato)	(sin dato)	NO	(sin dato)	(sin dato)
CASO 7 (M. Juárez) (2839 hab.) (UCR/-/UCR)	NO	(sin dato)	SI (M)	SI (D)	(sin dato)	NO	SI (M)	(sin dato)	SI (M)
CASO 8 (Terc. Arriba) (11153 hab.) (UV*/UV*/UV*)	NO	NO	SI (PS)	SI (M - D)	NO	SI (M)	NO	NO	NO
CASO 9 (Ter. Arriba) (4756 hab.) (UCR/-/UCR)	NO	(sin dato)	SI (PS)	SI (M)	(sin dato)	SI (M)	SI (M - P:A)	(sin dato)	SI (P:A)
CASO 10 (Punilla) (14761 hab.) (UCR/-/-)	SI (C)	(sin dato)	(sin dato)	SI (M - E)	(sin dato)	(sin dato)	SI (M - E - P:A)	(sin dato)	(sin dato)
CASO 11 (G. S. Martín) (1419 hab.) (UCR/PJ*/PJ*)	NO	NO	SI (M)	SI (M - E - D)	SI (G)	NO	NO	SI (P:A)	SI (P:A)
CASO 12 (Río Primero) (3869 hab.) (UCR/-/UCR)	NO	(sin dato)	SI (M)	SI (M - D)	(sin dato)	SI (G)	NO	(sin dato)	NO
CASO 13 (San Javier) (2499 hab.) (PJ*/PJ*/PJ*)	NO	NO	SI (PS)	NO	SI (G)	SI (G)	NO	SI (P:APS)	NO
CASO 14 (Gral. S. Martín) (2257 hab.) (PJ*/PJ*/PJ*)	NO	NO	SI (M)	SI (E)	NO	SI (M)	SI (E)	NO	NO
CASO 15 (Terc. Arriba) (4880 hab.) (PJ/PJ/-)	NO	SI (M)	(sin dato)	SI (M - D)	SI (G)	(sin dato)	NO	NO	(sin dato)
CASO 16 (M. Juárez) (3095 hab.) (PJ*/-/PJ*)	NO	(sin dato)	SI (M)	NO	(sin dato)	NO	SI (F - E)	(sin dato)	NO
CASO 17 (Santa María) (10597 hab.) (PJ/-/-)	NO	(sin dato)	(sin dato)	NO	(sin dato)	(sin dato)	NO	(sin dato)	(sin dato)

Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración

CASO 18 (San Alberto) (7368 hab.) (PJ/-/UCR)	NO	(sin dato)	SI (PS)	SI (E)	(sin dato)	SI (G)	SI (C)	(sin dato)	SI (P:MC)
CASO 19 (M. Juárez) (5670 hab.) (PJ*/PJ*/PJ*)	NO	NO	SI (PS)	NO	SI (G)	NO	NO	NO	NO
CASO 20 (Unión) (7665 hab.) (PJ/PJ*/PJ*)	NO	NO	NO	(sin dato)	SI (G)	SI (M - O)	NO	NO	SI (M)
CASO 21 (Río Primero) (2343 hab.) (PJ*/PJ*/PJ*)	SI (PS)	NO	SI (PS)	(sin dato)	SI (G)	SI (M)	SI (E - P:SR)	NO	SI (P:MC)
CASO 22 (Río II) (5672 hab.) (UCR*/UCR*/UCR)	NO	NO	NO	SI (E - D)	SI (G)	NO	NO	SI (P:MC)	NO
CASO 23 (Calamuchita) (2710 hab.) (UCR*/UCR*/UCR*)	NO	NO	SI (O)	SI (E - I)	SI (G)	SI (M)	NO	SI (P:MC)	SI (P:MC)
CASO 24 (Unión) (2946 hab.) (UCR/-/UCR)	NO	(sin dato)	NO	NO	(sin dato)	NO	NO	(sin dato)	NO
CASO 25 (Colón) (20451 hab.) (UCR/-/-)	SI (O)	(sin dato)	(sin dato)	(sin dato)	(sin dato)	(sin dato)	(sin dato)	(sin dato)	(sin dato)
CASO 26 (Río Seco) (4590 hab.) (PJ/-/PJ)	SI (M - C)	(sin dato)	NO	SI	(sin dato)	SI (G)	SI (P:SR)	(sin dato)	NO
CASO 27 (Cruz del Eje) (8155 hab.) (PJ/-/-)	SI (SR)	(sin dato)	(sin dato)	NO	(sin dato)	(sin dato)	SI (F)	(sin dato)	(sin dato)
CASO 28 (Totoral) (7134 hab.) (UCR/-/-)	NO	(sin dato)	(sin dato)	NO	(sin dato)	(sin dato)	NO	(sin dato)	(sin dato)
CASO 29 (Gral. Roca) (6003 hab.) (UCR/-/UCR)	SI (B)	(sin dato)	NO	SI (E)	(sin dato)	NO	NO	(sin dato)	NO
CASO 30 (Tulumba) (2204 hab.) (PJ/-/-)	NO	(sin dato)	(sin dato)	SI (SR)	(sin dato)	(sin dato)	SI (P:SR)	(sin dato)	(sin dato)
CASO 31 (Gral. Roca) (2688 hab.) (PJ/-/PJ)	NO	(sin dato)	SI (PS - C)	SI (sin dato)	(sin dato)	SI (G)	SI (sin dato)	(sin dato)	NO
CASO 32 (Minas) (762 hab.) (UCR/-/-)	NO	(sin dato)	(sin dato)	NO	(sin dato)	(sin dato)	NO	(sin dato)	(sin dato)
CASO 33 (Río Seco) (239 hab.) (UCR/-/-)	NO	(sin dato)	(sin dato)	SI (F - E)	(sin dato)	(sin dato)	SI (P:SR)	(sin dato)	(sin dato)

(1) Se indica entre paréntesis la jurisdicción departamental, el tamaño poblacional y el partido político gobernante en la localidad (Unión por Córdoba=PJ) en cada uno de los 3 cortes: 1999, 2001 y 2002, excepto en los casos en los que no se obtuvo respuesta de la localidad (-). Los asteriscos (*) indican que hubo reelección.

(2) Se indica entre paréntesis el partido político gobernante a nivel provincial y nacional, en cada período.

Referencias (se indica entre paréntesis en cada celda los asuntos que se tratan en los contactos/relaciones interlocales y con los Gobiernos Nacional y Provincial):

- **RIGs-H:** PS= Provisión de servicios M= Medicamentos C= Capacitación/Prevención B= Control bromatológico SR= Salud Rural PRS= Planificación regional en salud O= Otras (necesidades puntuales).

- **RIGs-V (GP):** M= Medicamentos/Insumos (para tratamientos prolongados, chagas, etc.) C= Capacitación G= Cuestiones vinculadas a la gestión del servicio de acuerdo al nuevo plan de salud municipal (Unidad Central de Gestión): control de gestión, red informática hospitalaria, financiamiento, reorganización del sistema provincial de salud O= Otras (gestiones ante el GN, etc.) D= Derivaciones de pacientes a hospitales provinciales de alta complejidad localizados en la capital provincial

- **RIGs-V (GN):** P= Programas Nacionales. Se indica a qué programa en particular refiere: MC= Médico de Cabecera; A= Autogestión Hospitalaria; APS: Atención primaria de la salud; SR= Salud Rural. M= Medicamentos, insumos, prótesis

