

RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES Y GESTIÓN PÚBLICA DE SALUD: ARGENTINA Y EL CASO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

INTERGOVERNMENTAL RELATIONS AND HEALTH PUBLIC MANAGEMENT: ARGENTINA AND THE CASE OF CÓRDOBA

MARCELO BERNAL¹ - VALERIA BIZARRO²

Fecha de recepción: 05/02/2019

Fecha de aceptación: 05/06/2019

RESUMEN:

Las relaciones intergubernamentales resultan esenciales a la hora de examinar y definir los mecanismos de cooperación y de articulación entre los diferentes niveles de gobierno de un Estado federal, como es el caso argentino. En nuestro país podemos identificar dos fuertes movimientos descentralizadores de los aparatos de educación y de salud, el primero en los 70, y el segundo en los 90 del siglo pasado. Dicha descentralización se caracterizó por una escasa planificación, lo que implicó grandes complicaciones para las provincias que debieron gestionar y administrar miles de hospitales y escuelas sin una adecuada dotación de recursos, como así tampoco se tuvieron en cuenta mecanismos y agencias encargadas de coordinar esta trascendental reforma estatal. El principal objetivo de este trabajo es describir y analizar las relaciones intergubernamentales (RIGS) existentes en materia de políticas de salud en el eje Nación - provincias, sus principales características y las debilidades identificadas, con un anclaje específico en el caso de la Provincia de Córdoba. Para ello, se analizarán normas, instituciones y mecanismos de coordinación existentes en políticas de salud entre los gobiernos nacional y provinciales, con un especial acento en el caso de la Provincia de Córdoba.

1 Abogado (UNC). Magister en Relaciones Internacionales (UNC). Magister en Dirección y Gestión Pública Local (Univ. Carlos III de Madrid). Doctor en Derecho (Univ. Nacional de Cuyo). Profesor de Derecho Constitucional en las Facultades de Derecho y de Ciencias Económicas de la UNC. Profesor de Federalismo político y fiscal en Argentina (Univ. Siglo 21). Director de dos proyectos de investigación sobre federalismo, relaciones intergubernamentales y capacidades institucionales estatales. Es autor de numerosas publicaciones especializadas. Mail: bernalmarcelo@hotmail.com - ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7103-2243>.

2 Abogada (UNC). Diplomada en Tributos Ambientales, Responsabilidad Social y Desarrollo Sostenible (IEPFA). Doctoranda en Administración y Políticas Públicas (IIFAP-UNC). Becaria doctoral de CONICET con lugar de trabajo en el Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales (UNC-CONICET). Adscripta a las cátedras de Derecho Tributario y Derecho Público Provincial y Municipal. Integrante de proyectos de investigación vinculados a las siguientes temáticas: federalismo, relaciones intergubernamentales, tributación ambiental, política y gestión ambiental. Mail: valeriabizarro1@gmail.com - ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0571-1576>.

ABSTRACT

Intergovernmental relations are essential when analyzing and defining the mechanisms of cooperation and articulation between the different levels of government of a federal State, such as the Argentine case. In our country there were two strong decentralizing movements of education and health apparatuses, the first in the 70s, and the second in the 90s of the last century. The main characteristic of this decentralization was a poor planning, which resulted in complications for the provinces that received thousands of hospitals and schools without adequate resources, as well as mechanisms and agencies in charge of coordinating this transcendental state reform. This paper specifically analyzes norms, institutions and mechanisms of coordination existing in health policies between the national and provincial governments, with a special accent in the case of the Province of Córdoba.

PALABRAS CLAVE: Relaciones intergubernamentales; Federalismo; Políticas Públicas; Políticas de salud.

KEY WORDS: Intergovernmental relations; Federalism; Public politics; Health policies.

I. Presentación de la problemática

Argentina consolidó durante el Siglo XX un desarrollado Estado de Bienestar que alcanzó características únicas por su alcance en la región (Isuani, Nieto, y otros). Las políticas públicas en materia de salud y educación (en todos sus niveles) se caracterizaron por su universalidad y gratuidad, que junto a una red de institutos e instrumentos de la seguridad social (jubilaciones, pensiones, seguros de desempleo, políticas sociales compensatorias, políticas de vivienda, etc.) permitieron al país encabezar todos los índices de desarrollo socioeconómico en América Latina.

La crisis global del modelo de Estado de Bienestar producida en los albores de la década del 70 del Siglo pasado impactó con especial rigor en nuestro país. En consecuencia, en las postrimerías de dicha década, y bajo la última dictadura militar, se lleva adelante el primer movimiento descentralizador mediante transferencias de responsabilidades y funciones del Estado Central a las unidades político-territoriales subnacionales, a los fines de reducir en el marco de la crisis, las erogaciones fiscales del Estado nacional.

Un segundo movimiento descentralizador se lleva a cabo en la década de los 90, bajo la Presidencia de Carlos Menem. Bajo la lógica del Consenso de Washington y en el marco de una serie de reformas que implicaron un replanteo del rol del Estado, terminan de materializarse las transferencias de los establecimientos del sistema de salud y de educación inicial primaria, secundaria y técnica del Estado nacional hacia las provincias. El común denominador de ambos procesos fue la ausencia de planificación técnica y presupuestaria, lo que impactó fuertemente no sólo en lo financiero, ya que tales transferencias no fueron acompañadas de una adecuada reasignación de recursos a los gobiernos subnacionales, sino también en lo administrativo, por tratarse de burocracias escasamente especializadas para dar respuesta a la gestión de aparatos altamente complejos.

Por su parte, la reforma constitucional del año 1994 dispuso un capítulo federal que amplía considerablemente los niveles autónomos de gobierno; redistribuye competencias a las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y los gobiernos munici-

pales; y sienta las bases para un acuerdo fiscal federal aún trunco por la defeción del Congreso Nacional de dar sanción a una ley convenio de coparticipación de recursos. Incluso, el inciso segundo del artículo 75 blinda la posibilidad de efectuar transferencias de competencias y servicios sin un previo acuerdo entre partes, siendo un límite, y a la vez, una solución tardía al problema en ciernes.

Este nuevo diseño constitucional debiera haber permitido y canalizado el posterior surgimiento de numerosas normas, instituciones y procesos que den lugar a una equilibrada relación entre los diferentes niveles de gobierno; sin embargo, ello sigue siendo, quizás, la deuda más acuciante del federalismo argentino actual. Se sigue generando el vínculo entre presidentes y gobernadores, y entre estos últimos y sus intendentes, en base a normas e instituciones preexistentes y obsoletas, mientras que buena parte de los acuerdos tienen lugar a partir negociaciones informales y personalizadas, en donde algunos distritos resultan más beneficiados en desmedro de otros.

Por ello, resulta necesario trabajar en el desarrollo y formación de capacidades institucionales, recursos profesionales y técnicos, agencias y mecanismos de coordinación y concertación, de manera de hacerle frente a las principales problemáticas surgidas en torno a la descentralización de funciones, bienes y servicios en nuestro país: esto es, la ausencia de planificación técnica y presupuestaria, la escasa transmisión de recursos y la presencia de estructuras burocrático-administrativas desprovistas de una adecuada especialización. Todo ello, a los fines de brindar una mayor previsibilidad y equidad distributiva a las políticas y los bienes públicos en todo el territorio, dando vida a un federalismo que es aún pobre y asimétrico.

El propósito principal de este trabajo es describir y analizar las relaciones intergubernamentales (RIGS) existentes en materia de políticas de salud en el eje Nación - provincias, sus principales características y las debilidades identificadas, con un anclaje específico en el caso de la Provincia de Córdoba. Cabe destacar que estas reflexiones se originan en el marco del trabajo de un equipo de investigación radicado en el Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), titulado *“Características de las relaciones intergubernamentales provincia - municipios en el federalismo subnacional argentino”*.

II. Federalismo y relaciones intergubernamentales

Como punto de partida, el federalismo, en tanto sistema de gobierno, puede ser definido como aquella organización del Estado que garantiza la división del poder en el territorio en dos o más órdenes o niveles de gobierno que coexisten y actúan directa y simultáneamente sobre los ciudadanos. De acuerdo a Hernández (2008)³ se identifican entre los principales atributos del sistema federal de gobierno la existencia de una constitución en la que participan para su reforma los entes territoriales constitutivos de la federación; el reconocimiento de una genuina autonomía a los distintos órdenes de gobierno de la federación asegurada mediante la distribución constitucional de las respectivas competencias en materia legislativa, ejecutiva, administrativa, financiera, etc.; la participación de los estados miembros en los órganos de gobierno de la federación a través de una segunda cámara (senado); la existencia de un órgano judicial que posibilite dirimir los conflictos entre los integrantes de la federación y asegurar la supremacía de la constitución; y por último, la existencia de procesos e instituciones que faciliten la colaboración intergubernamental.

3 HERNÁNDEZ, Antonio María (coord.) (2008): Derecho Público Provincial, Ed. LexisNexis, Buenos Aires, Argentina, p. 325.

Este último aspecto es quizás el menos apreciado, pero en la actualidad existen consensos mayoritarios acerca de que la densidad y la calidad de estas normas, instituciones y procesos que facilitan la colaboración entre diferentes niveles de gobierno es uno de los principales indicadores de la fortaleza de un diseño estatal federal (Subirats, Gallego, Jordana, Ospina y otros).

Según el clásico trabajo de Wright (1978), el estudio y abordaje de las relaciones intergubernamentales se inicia en Estados Unidos en la década del treinta, de la mano de la implementación del New Deal impulsado por el presidente Roosevelt. En dicho trabajo son descritas como *“un cuerpo importante de actividades o de interacciones que ocurren entre unidades gubernamentales de todo tipo y niveles dentro de un sistema federal”*⁴.

Las relaciones intergubernamentales pueden ser definidas como aquellos vínculos de coordinación, cooperación, apoyo mutuo, e intercambio de acciones que se dan entre dos o más órdenes o niveles de gobierno, y que conforman los procesos de gestión política con modalidades que tienden a un esfuerzo de armonización, cooperación y concertación⁵.

Desde sus orígenes el término RIGS ha estado vinculado a la implementación de políticas públicas que demandan contactos interjurisdiccionales, tales como la provisión de bienes y servicios públicos, es decir, vinculado a la gestión pública en sí misma. En un sistema federal de gobierno en el que coexisten dos o más niveles u órdenes, donde las responsabilidades y competencias respecto de determinadas materias y tareas son compartidas, tales vínculos y contactos se tornan necesarios. Bajo tal esquema, el tejido de relaciones intergubernamentales opera como un almacén que permite y facilita a la vez que complejiza la formulación y el desarrollo de las políticas públicas en un entorno descentralizado con responsabilidades compartidas⁶.

En el caso de Argentina, la reforma constitucional del año 1994 sienta las bases de un modelo de gobierno multinivel complejo, donde conviven cuatro niveles de gobierno -el federal, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y los municipios- que cuentan con autonomía funcional y política, instituciones propias, y competencias financieras y tributarias originarias. Con la constitución reformada, el diseño tiende también a una gradual devolución de competencias hacia los niveles inferiores de gobierno.

Sin embargo, el eslabón débil de la cadena es la ausencia de un pacto fiscal federal que distribuya los recursos y las competencias tributarias y recaudadoras de acuerdo con los gastos que efectúa cada nivel de gobierno. Dicha distorsión facilita la acumulación de recursos en el gobierno federal, mientras que la mayoría del gasto público se ejecuta en las provincias y, en menor medida, en los municipios. Además de escasa, la distribución de esos recursos fue, por muchos años, principalmente discrecional, lo que contribuyó a la precariedad de los vínculos intergubernamentales y la ausencia de reglas claras.

Por lo mencionado anteriormente, es posible concluir que nuestro sistema federal de gobierno posee un estadio precario o de infradesarrollo de las pluri modalidades de relaciones intergubernamentales que caracterizan a todo federalismo moderno. Los mecanismos de vinculación son casi exclusivamente verticales, con un eje que impone claramente su preeminencia desde arriba hacia abajo. Por lo cual, resulta necesario hacer un mayor énfasis en dinámicas cooperativas y de coordinación, tal como propone el propio texto constitucional. Junto con ello, y como eje de reequilibrio del poder, debieran nacer

4 WRIGHT, Deli S. (1978): Para entender las relaciones intergubernamentales, Fondo de Cultura Económica de México, p. 71.

5 PONTIFES MARTINEZ, Arturo (2002): Relaciones intergubernamentales, Gaceta Mexicana de Administración, UNAM, México, p. 43.

6 ASTARITA, Martín, BONIFACINO, Santiago y DEL COGLIANO, Natalia (2012): “Relaciones intergubernamentales.

y consolidarse modalidades de RIG horizontales entre las provincias, los municipios e incluso las propias regiones.

En el próximo apartado se profundizará acerca del proceso por medio del cual se llevó adelante el traspaso de competencias, funciones y servicios a las provincias, la escasa planificación del proceso descentralizador y los problemas de coordinación y articulación emergentes entre burocracias que no estaban lo suficientemente preparadas ni capacitadas para gestionar, y que carecieron de los recursos materiales y financieros suficientes para llevar a buen puerto la tarea.

III. Principales características de la descentralización en argentina

En primera instancia, para referirse a la descentralización, es necesario pensarla como un proceso que procura distribuir de forma territorial el poder, transfiriendo competencias, y la titularidad de ellas, desde el gobierno nacional o central hacia los gobiernos locales. Cocorda y Berensztein aseveran que *“la decisión de descentralizar es de naturaleza intrínsecamente política”*, aunque se dé siempre, en el marco de un ordenamiento jurídico. Al margen de que sea posible calcular costos y beneficios, las decisiones políticas no se toman en el vacío, ni tienen resultados automáticos, sino que operan en el mundo real, impactando directamente en las estrategias de actores políticos y sociales de carne y hueso, quienes pueden poner en juego su destino, sus características, incluso su supervivencia como tales. Continúan afirmando que *“estos actores tienen capacidades y restricciones, se mueven en un mundo definido por instituciones formales e informales, tienen ambiciones y proyectos, manejan recursos que generalmente no quieren perder”*⁷. Los mismos autores, y otras voces, alertan contra una mirada ingenua de la descentralización, que asimila a la misma con prácticas estatales necesariamente virtuosas, sin analizar el contexto, las restricciones (financieras y de capacidades institucionales), la asimetría negociadora (quien decide y en qué condiciones) y de diálogo técnico entre las partes (capacidades estatales).

En nuestro país, si bien existieron anteriores estrategias de descentralización, fue el régimen militar que gobernó entre el 1976 y 1983 quien puso en marcha, a partir del año 1978, un gradual y sostenido proceso de descentralización de hospitales, escuelas de nivel inicial y primaria, en el marco de un redimensionamiento del sector público, y en un contexto de sobreendeudamiento.

Sin embargo, la mayor transferencia del estado central a las provincias tuvo lugar hacia el 1992 a partir de la reasignación de competencias y funciones en el sistema de educación -que implicó el traspaso de 1.905 escuelas con 112.000 docentes y 14.200 no docentes- y salud, minoridad y familia -19 establecimientos de salud con 92.000 agentes y 22 institutos de minoridad y familia con 1.700 empleados-⁸. Y como se señaló anteriormente, tales transferencias fueron efectivizadas de un modo no recomendable, con una escasa planificación técnica y presupuestaria, sin el correspondiente financiamiento, ni el establecimiento de los procedimientos de coordinación interjurisdiccional adecuados. Este proceso es llevado a cabo también en medio de una grave crisis económica y política, y con notables restricciones fiscales, en un contexto de tensión en la relación entre el gobierno central y los gobiernos provinciales, signada por el intercambio de favores,

7 COCORDA, Esteban y BERENSZTEIN, Sergio (2002): “Gestión pública y reformas sectoriales: un estudio de casos de dos provincias argentinas”, en OSPINA, Sonia y PENFOLD, Michael; Gerenciando las relaciones intergubernamentales, Nueva Sociedad, Caracas, p. 93.

8 *Ibidem*, p. 93.

9 REZK, Ernesto, PADRAJA CHAPARRO, Francisco y SUÁREZ PANDIELLO, Javier (eds.) (2011): Coparticipación impositiva argentina y financiación autonómica española: un estudio de federalismo fiscal comparado, Consejo de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, p. 218.

las estrategias para captar y reproducir las rentas y subsidios y una notable debilidad institucional y administrativa de los organismos y agendas estatales provinciales¹⁰.

Coincidentemente, Lo Vuolo y Barbeito señalan a la década del 90 como una etapa de retracción programática del Estado de Bienestar, en la cual se distribuyen principalmente responsabilidades en política social y se modifican las relaciones entre el estado central, las provincias y municipios, sin un programa integral de reformas, sino más bien a partir de acciones sectoriales y aisladas con una finalidad fiscal. Según los autores, dicha redistribución de responsabilidades en materia de salud implica una fuerte concentración en la órbita nacional del seguro social, y una transferencia casi absoluta de las políticas de acceso más universal a manos de las provincias y municipios¹¹.

En un sentido similar, Jordana caracteriza el proceso descentralizador dado en Argentina en las últimas décadas, como un proceso donde las políticas públicas se descentralizan hacia el nivel intermedio de gobierno, mientras que el sistema de RIGs apenas se transforma, quedando anclado en el modelo institucional definido por la Constitución, muy ajustado a un modelo de separación de poderes. Pero, por otro lado, dicho proceso de implementación de las políticas públicas en el nivel intermedio, es decir en las provincias, *“seguía un esquema más orientado por un modelo de entrelazamiento de políticas, lo que requería un sistema distinto de relaciones intergubernamentales y un juego más complejo entre sus distintas vías de articulación que, en pocos casos, llegó a ponerse en práctica”*¹².

La descentralización fue parte de una estrategia destinada a disminuir el Estado central, aunque esto significara incrementar las responsabilidades y el tamaño de los Estados provinciales. El resultado de estas experiencias desnudó la ausencia de una planificación racional, coherente y coordinada; orientada a definir los cursos de la acción de gobierno en el marco de un proceso gubernamental integrador, organizado y participativo. Lo que puso de manifiesto las asimetrías existentes en los entes receptores de las funciones descentralizadas, las provincias.

La necesaria complejización del sistema de distribución de competencias emergente de dichos procesos es todavía parte de un relato inacabado en donde existe una fuerte tensión entre las competencias descentralizadas, los mecanismos de recepción de las mismas y de articulación cooperativa de las nuevas funciones. Coexisten con un diseño arquitectónico basado en el viejo principio de división de poderes que resulta insuficiente y, aparentemente por su rigidez, también un obstáculo para la articulación de relaciones intergubernamentales multinivel que resulten eficaces en la tarea de la descentralización (Jordana, Benton, Lardone, *et al*).

IV. Las políticas de salud y la coordinación entre el gobierno nacional y las provincias

El proceso descentralizador en materia específica de salud implicó, de acuerdo con Cingolani y Lardone, la transferencia de los últimos hospitales de la Nación a las provincias y el inicio de cierta descentralización microeconómica impulsada por el estado central hacia el nivel de los hospitales bajo la figura de hospitales de autogestión. Algunas provincias por su parte descentralizaron y trasladaron también competencias y funciones a los niveles locales, lo que da lugar, al decir de los autores, al surgimiento de diferentes

10 COCORDA, Esteban y BERENSZTEIN, Sergio (2002): op. cit., p. 100.

11 LO VUOLO, Rubén y BARBEITO, Alberto (1998): La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador, Miño y Dávila Editores, CIEPP, Buenos Aires, p. 284.

12 JORDANA, Jacint (2002): Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina. Los Casos de Argentina y Bolivia. Documentos de trabajo, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), p. 29.

modelos de descentralización provincial que se diferencian entre sí por el grado de descentralización hacia los gobiernos locales. Por ello suele afirmarse que el sistema de salud se encuentra altamente fragmentado en 23 subsistemas provinciales donde coexisten modelos caracterizados por un papel más activo de los municipios, transfiriéndoles importantes grados de autonomía, tanto a éstos como a las unidades hospitalarias, y otros altamente centralizados en el nivel provincial¹³.

A nivel nacional, desde el año 2018 el país no cuenta con un Ministerio de Salud, sino con una Secretaría de Estado en la materia dependiente de la orgánica del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Del mismo solamente dependen seis hospitales¹⁴, cuatro institutos¹⁵ y cuatro agencias¹⁶.

Dado el proceso de descentralización a las provincias de la mayoría de las instituciones de salud, la actual Secretaría de Gobierno de Salud destina sus acciones a la coordinación con los gobiernos provinciales, gestión de programas y proyectos específicos, financiamiento de líneas de investigación estratégica, formulación de marcos regulatorios en la materia, acompañamiento a la formación de recursos humanos especializados, monitoreo del cumplimiento de la legislación específica, entre las más significativas.

En el ejercicio 2018 tuvo una afectación de \$ 46.414.583.477, el equivalente a US\$ 1.205 millones. Las partidas más importantes corresponden a las transferencias de recursos (internas y a las provincias), la gestión de los hospitales e institutos a cargo, y gastos de consumo y personal. Este monto equivale al 1,93% del presupuesto nacional¹⁷, quedando así demostrado el impacto del traslado de la responsabilidad sanitaria a las provincias, y a la salud privada.

Al carecer de hospitales y centros de salud, la Secretaría de Gobierno de Salud concentra su actuación en la gestión de programas, la mayoría de cobertura nacional. En materia de regulación, comparte la función de fiscalización o policía con otras reparticiones y son pocas las materias en las que posee una verdadera autonomía, ya que son muchas las funciones que finalmente asumen las provincias, en virtud de la concurrencia y subsidiariedad que caracterizan la materia de salud¹⁸.

En relación a la gestión de programas a cargo del estado central, según Ortega y Espósito, lo que efectivamente funciona es la ejecución de aquéllos a partir del establecimiento de una “unidad ejecutora” local mediante acuerdos interjurisdiccionales entre Nación y provincia. También inciden los convenios particulares y específicos entre las áreas gubernamentales correspondientes de la Nación y las provincias, aunque suelen responder a influencias coyunturales. Ello implica que, por un lado, existan notables colaboraciones en determinadas épocas y materias, y por el otro, una desatención y falta de cooperación entre la Nación y las demás jurisdicciones locales frente a determinadas temáticas en circunstancias particulares, que se traducen en una desinteligencia institucional y política que coloca como “únicos e irreversiblemente perjudicados a los cientos de miles de ciudadanos”¹⁹.

13 CINGOLANI, Mónica y LARDONE, Martín (2006): *Gobiernos bajo presión. Relaciones Intergubernamentales y reforma del Estado. El caso Córdoba*, pp. 160 – 161.

14 Hospital de Pediatría Garrahan, Hospital Nacional Baldomero Sommer, Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte, Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, Hospital El Cruce, de alta complejidad en red y la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca.

15 Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación y Trasplantes (INCUCAI), Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMET), Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur Dr. Juan Otímio Tesone e Instituto Nacional del Cáncer.

16 Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos Malbrán (ANLIS), Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

17 Fuente: <https://www.presupuestoabierto.gob.ar>, consultada el 31/01/2019.

18 ORTEGA, José Emilio y ESPÓSITO, Santiago (2016): “El federalismo sanitario en la República Argentina. Un estudio de caso: la Provincia de Córdoba”, en HERNÁNDEZ, Antonio M. (coord.). *Cuadernos de Federalismo XXX*. Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba, pp. 41 – 42.

19 Ídem.

En el orden o nivel provincial, cada provincia y la CABA cuentan, a su vez, con un Ministerio de Salud encargado de la gestión integral de los servicios de salud pública, siendo dicho gasto uno de los más representativos en los presupuestos provinciales (junto con gastos de personal, gastos corrientes, y los afectados a educación y seguridad).

La necesaria coordinación entre estos dos niveles gubernamentales se lleva a cabo a través del Consejo Federal de Salud (COFESA), organismo creado por la Ley 22373, en enero de 1981. El organismo cuenta con una Secretaría Técnica y una dinámica de dos reuniones anuales. Puede constituir Comités específicos y su agenda de trabajo está orientada al debate, la coordinación y articulación de las políticas y programas, y la agregación de preferencias y prioridades en materia sanitaria.

En Argentina existen más de cuarenta Consejos Federales destinados a la coordinación de la intergubernamentalidad, principalmente vinculando al gobierno central con el de las provincias en problemáticas específicas. También han servido para mediar en los procesos de descentralización de funciones y servicios, condicionada por la centralización de recursos. Si bien coexisten con la coordinación que proponen los ámbitos de producción normativa (el Congreso Nacional y las legislaturas provinciales) y con los mecanismos informales de negociación entre dirigentes o burocracias especializadas, lo cierto es que son el único ámbito institucionalizado de coordinación intergubernamental vertical del país.

El desarrollo de los vínculos entre el gobierno federal y los gobiernos provinciales en el marco de organismos multilaterales de participación voluntaria destinados a la concertación técnica y administrativa de las políticas públicas, tales como los Consejos Federales, se explica según Escolar (2009), por la debilidad de los procesos de coordinación partidaria, dada por una débil integración del sistema político nacional, en el marco de una creciente fragmentación del sistema de partidos y su baja nacionalización²⁰.

Por último, y tomando un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud²¹ acerca del sistema de salud argentino, se concluye que nuestro sistema es uno de los más fragmentados de la región. Se encuentra compuesto por los sectores público, privado y de seguro social²². La fragmentación, según el informe, obedece en gran medida a la organización federal de nuestro país -lo que posibilitó a cada una de las 23 provincias la regulación de sus sistemas de salud-, y al desarrollo históricamente desintegrado de la seguridad social en un centenar de entidades. Dicha fragmentación se reproduce en tres niveles: 1) de cobertura, dado que no toda la población tiene acceso a prestaciones y beneficios de salud similares; 2) regulatoria, puesto que las capacidades de rectoría y regulación están repartidas en las 24 jurisdicciones y los diversos subsectores; y iii) territorial, debido a las marcadas diferencias de desarrollo económico entre las diversas

20 ESCOLAR, Marcelo (2009): "Integración del sistema político, coordinación de la gestión pública y relaciones intergubernamentales. Argentina en perspectiva comparada", Mimeo, Buenos Aires. Citado en ASTARITA, Martín, BONIFACINO, Santiago y DEL COGLIANO, Natalia: "Relaciones intergubernamentales (RIGS) en la administración pública Argentina", en ABAL MEDINA, Juan Manuel y CAO, Horacio (2012): Manual de la nueva administración pública argentina, Editorial Ariel, Buenos Aires, p. 235.

21 Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe Argentina 2017. <http://administracionsalud.com.ar/organizacion-mundial-de-la-salud-informe-argentina-2017/> Consulta realizada el 31/01/2019.

22 El sector público está conformado por los ministerios nacionales y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo necesite, especialmente a personas de los quintiles de ingresos más bajos, sin seguridad social ni capacidad de pago (36% de la población).

El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las obras sociales, nacionales y provinciales. Las obras sociales nacionales son más de 200, e implican un gasto de 1,59% del producto interno bruto (PIB), y las 23 obras sociales provinciales cubren a los empleados públicos de su jurisdicción, abarcando 0,74% del PIB.

Las obras sociales nacionales son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), cuyo principal objetivo es el de asegurar a sus afiliados el cumplimiento de las políticas y regulaciones vigentes. El sector privado está conformado por profesionales y establecimientos de salud que atienden a particulares y a los beneficiarios de las obras sociales y de los seguros privados. Este sector también incluye más de un centenar de entidades de seguro voluntario llamadas empresas de medicina prepaga, que se financian con primas pagadas por las familias o las empresas, con recursos derivados de los contratos con las obras sociales, alcanzando a 8% de la población. Fuente: OMS. 2017. op. cit.

regiones de la nación²³. Frente a este panorama, la autoridad sanitaria nacional, que como se dijo, se encuentra nucleada en la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, posee una limitada capacidad para influir en los poderes provinciales a la hora de imponer innovaciones legislativas nacionales que deriven en modificaciones estructurales²⁴. Cabe advertir que este trabajo indaga en las RIGs existentes en materia de políticas de salud en el eje Nación-provincias, sus principales características, las debilidades identificadas y los formatos de coordinación intergubernamental, por lo que obviaremos analizar la calidad del gasto público, el alcance de la oferta privada o de las obras sociales, o la cobertura, universalidad o calidad de los servicios médicos, ya que ello excedería en mucho las posibilidades de un trabajo de estas características.

V. Especificidades del caso de la Provincia de Córdoba

El proceso de descentralización del sistema público de salud en Córdoba se implementa con fuerza a fines de la década del 80' y mediados de los 90'. La importante reforma constitucional provincial de 1987 sienta las bases jurídicas de dicho proceso, con el reconocimiento de un derecho integral a la salud (Artículo 19) y la definición de la salud (en el Artículo 59) como *“un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social*. El mismo artículo dispone que le corresponde a la Provincia *“establecer, regular y fiscalizar el sistema de salud, integrando todos los recursos y concertando la política sanitaria con el Gobierno Federal, Gobiernos Provinciales, Municipios e instituciones sociales públicas y privadas”*²⁵.

Asegurar en dichos términos el acceso en todo el territorio provincial al derecho a la salud, supone una dinámica amplia y compleja, con adecuados mecanismos de coordinación entre los diversos actores que se desenvuelven en el territorio provincial.

En ese sentido, el artículo 174, referido a la administración pública provincial, buscó armonizar los principios de centralización normativa, descentralización territorial, desconcentración operativa, jerarquía, coordinación, imparcialidad, sujeción al orden jurídico y publicidad de normas y actos.

Por su parte, el capítulo municipal del cuerpo (Artículos 180 a 194) reconoce la autonomía plena de los municipios y amplía sustantivamente sus competencias y atribuciones, empoderando a los mismos para ser receptores de nuevas funciones específicas.

Según Cingolani, *“complementan el corpus normativo de la descentralización el Decreto Reglamentario de la Descentralización 1174/88, la Ley Provincial de Reforma Administrativa y Económica del Estado 7850/89, el Decreto Provincial 6453/89 sobre Programas Sectoriales de Descentralización y el Decreto Provincial 6454/89 sobre Fondo de Financiamiento”*²⁶.

En consecuencia, la incorporación de la política sanitaria en el campo de las administraciones públicas locales trajo aparejada una serie de desafíos en términos de capacidad institucional y técnica, y estrategias de coordinación y financiamiento.

Su implementación reconoce, según Cingolani, dos etapas con modalidades diferentes tanto en la operatoria general como en las características de los convenios de transferencias y en los logros obtenidos en términos de la cantidad de efectores descentralizados. La primera etapa, que según la autora va desde 1989 a 1995, se caracterizó por

23 Fuente: OMS. 2017. op. cit. <http://administracionsalud.com.ar/organizacion-mundial-de-la-salud-informe-argentina-2017/>.

24 Fuente: OMS. 2017. op. cit. <http://administracionsalud.com.ar/organizacion-mundial-de-la-salud-informe-argentina-2017/>.

25 ORTEGA, José Emilio y ESPÓSITO, Santiago (2016): Op. Cit., p. 38.

26 CINGOLANI, Mónica y LARDONE, Martín (2006): op. cit., p. 161.

una operatoria consensuada, ya que los municipios y comunas podían aceptar -o no- los convenios de transferencias. En este período, el número de efectores transferidos alcanzó un 24%. La segunda etapa, caracterizada por un contexto de crisis fiscal y emergencia económica, profundiza y termina consumando el proceso, tal es así, que para el año 1996 *“la Provincia había transferido a municipios y comunas el 91% de los efectores”*. En esta etapa, la descentralización adoptó una modalidad masiva, acelerada, ya que se dio en poco menos de un año, y compulsiva, dado por los factores de presión financiera y la amenaza de cierre de los servicios. Los convenios celebrados entre la provincia y los municipios mencionan de manera explícita la necesidad de destinar los recursos locales de estos últimos para el financiamiento de los servicios descentralizados, frente a la insuficiencia de las transferencias intergubernamentales.

La Ley de Reforma del Estado estipuló en el artículo 11 la creación del Fondo de Financiamiento de la Descentralización Provincial (Fo. Fin. Des.), con la finalidad de sufragar las erogaciones que resulten de las transferencias de obras, servicios y funciones del Estado Provincial a los municipios, comunas o comisiones vecinales. Este fondo, por su insuficiencia, estuvo siempre lejos de cubrir dicha finalidad, por lo que *“los gobiernos locales se vieron obligados a desplegar una serie de estrategias para incorporar nuevas fuentes de financiamiento local”*²⁷. La fuente principal se constituyó por medio de las transferencias intergubernamentales dirigidas a las administraciones locales en áreas específicas objeto de descentralización por parte del gobierno provincial, como así también a través de otros recursos del municipio. Una segunda fuente de financiamiento se originó en los aportes provenientes del sistema de obras sociales canalizados, por medio de los convenios con obras sociales en particular, y la conversión del efector en Hospital de Autogestión. Otros aportes vinieron de la mano del beneficiario de la prestación a través del pago de bonos (fijos o variables, dependiendo del tipo de prestaciones, voluntarios u obligatorios)²⁸.

Los municipios, en ejercicio de su autonomía económica - financiera y su limitada -en los hechos- potestad tributaria, practicaron nuevas imposiciones a la ciudadanía, en algunos casos, independientemente de su calidad de usuaria -o no- del servicio de salud. Se incrementaron algunos impuestos y tasas existentes, y se crearon nuevas, en la medida de las posibilidades.

El cuadro pone en evidencia el fuerte impacto del traspaso de la responsabilidad sanitaria desde el gobierno provincial a los gobiernos locales, junto con la emergencia de un sistema de salud crecientemente complejo en donde participan gobiernos, cooperativas, universidades y actores particulares provenientes del sector privado. Dicha heterogeneidad es hoy una característica de la salud en la provincia de Córdoba.

Al margen del proceso de descentralización antes reseñado, y a los fines de asegurar el funcionamiento de la estructura estatal de prestación del servicio de salud en la Provincia, se dictaron por parte del gobierno provincial leyes específicas, destinadas a regir una patología o conjunto de patologías en particular, o segmentos específicos del campo de la salud; regulaciones particulares actualizando temas ya tratados, o bien efectuando innovaciones profundas y sustantivas en determinadas materias, leyes novedosas sobre temas no regulado; adhesiones a leyes y programas federales. Incluso, participó la Provincia de una serie de acuerdos interjurisdiccionales y convenios particulares y específicos con el Estado nacional a los fines de desempeñarse como *“unidad ejecutora”* local de leyes y programas federales²⁹. Lo que evidencia la concurrencia en

27 CINGOLANI, Mónica y LARDONE, Martín (2006): op. cit., p. 174.

28 CINGOLANI, Mónica y LARDONE, Martín (2006): op. cit., pp. 174-176.

29 Para un análisis detallado de la legislación provincial en materia de salud, ver: ORTEGA, José Emilio y ESPÓSITO, Santiago (2016): op. cit., pp. 48-52.

la materia y la necesidad de instancias permanentes de coordinación y concertación entre el Estado central y las jurisdicciones provinciales, y de estas con sus municipios y comunas.

En torno a la coordinación del sistema de salud en la Provincia, no es posible pasar por el alto las particularidades y heterogeneidad que caracterizan a nuestros municipios y comunas. Los gobiernos locales presentan los más variados matices en su tamaño, desarrollo económico y social, capacidades técnicas y de gerenciamiento, disponibilidad de recursos y en su dimensión política-partidaria. Todos esos aspectos fueron incidiendo de manera directa en la eficacia y eficiencia de la prestación del servicio de salud.

Dicha heterogeneidad, se refleja en una multiplicidad de esquemas municipales que contribuye a la fragmentación institucional, como rasgo característico del sector salud. La fragmentación local que caracteriza a las políticas públicas en materia de salud requiere que sea abordada de manera integral por medio de la coordinación y articulación de los diversos niveles de gobierno y actores implicados³⁰.

La naturaleza de las problemáticas citadas anteriormente, y que en la actualidad siguen caracterizando el sistema de salud cordobés, pone de manifiesto que las particularidades del proceso descentralizador del nivel central a las subunidades provinciales, esto es, la escasa planificación técnica y presupuestaria, la deficiente reasignación de recursos a los gobiernos subnacionales y la exigua especialización de las burocracias locales para dar respuesta a la gestión del aparato de salud; se replican en el nivel local en la descentralización de segundo grado, ejercida por las provincias hacia sus gobiernos locales.

Todo ello, lleva a afirmar la estrecha vinculación existente entre la coordinación intergubernamental y la gestión del sistema de salud, frente a lo cual, persiste la necesidad de diseñar estrategias de coordinación y concertación intergubernamentales que permitan lograr un sistema que opere de manera integrada, eficiente, coordinada y armónica; y que se traduzca en mayores posibilidades y oportunidades para los ciudadanos a los fines de acceder al derecho a la salud, de raigambre constitucional.

VI. Breves consideraciones finales

Partiendo del análisis desarrollado, podemos identificar múltiples dimensiones relacionadas con la descentralización de los aparatos de salud y educación desde la Nación a las provincias que, tras casi tres décadas, quedan pendientes de abordar y resolver.

Según Cingolani, *“existe coincidencia generalizada acerca de que un buen proceso de descentralización debe incluir un sistema de incentivos adecuados para la provisión de servicios sociales, cuyos principales componentes sean: esquema de transferencia, desarrollo de un marco de regulación y supervisión de los servicios, y flujo de relaciones entre los distintos niveles de gobierno. En este sentido, la dependencia de recursos del nivel descentralizador para el financiamiento de los servicios descentralizados, y el papel regulador de aquél, proponen espacios de interacción intergubernamental necesaria, dirigidos especialmente al desafío de dar coherencia global a los esquemas institucionales y su funcionamiento real”*³¹.

Sin pretender ser exhaustivos, señalamos algunos de los nudos problemáticos de la coordinación intergubernamental multinivel en materia de salud:

- Sin dudas que el punto inicial de ruptura tiene que ver con el contexto y los condicio-

30 DIAZ 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 del CLAD. Santo Domingo, República Dominicana. p. 7.

31 CINGOLANI, Mónica y LARDONE, Martín (2006): op. cit., p. 210.

namientos con que se llevan a cabo estas transferencias. Las restricciones financieras y los condicionamientos emergentes de los organismos multilaterales de crédito hicieron que los traspasos carecieran de adecuada planificación, se decidieran de manera unilateral e incondicionada, y no tuvieran el correlativo soporte financiero propio de la envergadura del proceso de reforma estatal emprendido.

- Las provincias recibieron, sin posibilidades reales de oponerse, enormes infraestructuras edilicias y de servicios de salud, junto con decenas de miles de agentes que cambiaron de empleador y que contaban incluso, con disímiles ingresos y estatutos de derechos laborales. Tuvieron que adaptarse para la convivencia, en tiempo récord, dos burocracias con asimétricos niveles de formación, diferentes capacidades institucionales y casi nulos mecanismos de coordinación. La ausencia de movimientos o secuencias planificadas a nivel central impactaron en diferentes modos en las provincias, y cada una llevó adelante sus propias estrategias de funcionamiento, convirtiendo al sistema en heterogéneo, fragmentado y dispar.

- La dimensión financiera del traspaso fue de una gran magnitud, provocando en algunas provincias profundas crisis del sistema sanitario y un fuerte impacto en la cobertura, frecuencia y calidad de los servicios brindados a la población. El proceso de descentralización en salud llevado a cabo hacia las provincias es el mayor de todo Latinoamérica, cambiando de manera definitiva la matriz del gasto público y de la dotación de personal del Estado provincial a lo largo del país.

- Algunas provincias, como Córdoba, extendieron el proceso descentralizador hacia los gobiernos municipales, delegando en ellos la atención de los niveles de baja y media complejidad, y concentrando la complejidad alta, generando esquemas de coordinación, derivaciones de pacientes y cofinanciamiento de las prestaciones. Sin embargo, la reproducción mimética de algunos de los desaciertos del gobierno central, impactaron fuertemente en la agenda local de gobierno, la que ha sido fuertemente afectada por la disminución de recursos provenientes de las jurisdicciones nacional y provincial. Aún en dicha situación, el colectivo de los gobiernos municipales del país supera al gobierno nacional en cuanto al gasto público total en materia de salud, dando cuenta de la enorme dimensión del traspaso y de las deudas pendientes en la materia.

- Las iniciativas como la creación del CO.FE.SA., en 1981, han sido insuficientes para articular la relación entre el gobierno central y las diferentes jurisdicciones provinciales. No existen relaciones intergubernamentales institucionalizadas entre las provincias y, solamente algunas de ellas, coordinan la prestación de servicios sanitarios con sus municipios. El Estado nacional, por su parte, no cuenta con las herramientas que le permitan officiar como instancia de regulación y de planificación, como sucede al contrario, en materia educativa.

- Finalmente, en términos más generales se identifican muchos problemas de gestión hospitalaria, de servicios y de recursos destinados al rubro salud que hacen que los sistemas provinciales de salud sean profundamente desiguales. El porcentaje del presupuesto destinado a salud varía en relación de 1 a 3 según las provincias. Consecuencia de ello, muchas provincias son receptores permanentes de pacientes de complejidad media y alta que viajan a recibir atención, siendo este elemento fuertemente distorsivo, por no existir mecanismos de compensación interprovinciales.

- Sumado a ello, la formación de médicos generalistas y especialistas está fuertemente concentrada en algunas universidades y ciudades del país. Ello provoca que en algunos lugares (generalmente los lugares de formación, de realización de prácticas y residencias, y las capitales provinciales) alcancen, o incluso, exista una sobreoferta de profesionales de la salud, mientras que en muchas provincias e innumerables localidades del

interior la atención sea escasa o nula, desnudando ello una enorme improvisación en la planificación de la formación profesional.

El agregado de estos factores pone al desnudo la escasa densidad y planificación de la coordinación intergubernamental, siendo quizás una de las principales deudas pendientes del federalismo y de la política en Argentina. La reflexión sobre estas problemáticas no es habitual ni sistemática entre los decisores públicos, siendo un tema a priorizar y analizar con mucho mayor atención y profundidad en las agendas científicas y de gestión que enfrentaremos en el futuro inmediato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASTARITA, Martín, BONIFACINO, Santiago y DEL COGLIANO, Natalia (2012): "Relaciones intergubernamentales (RIGS) en la administración pública Argentina", en ABAL MEDINA, Juan Manuel y CAO, Horacio: Manual de la nueva administración pública argentina. Editorial Ariel, Buenos Aires.
- CINGOLANI, Mónica y LARDONE, Martín (2006): Gobiernos bajo presión. Relaciones Intergubernamentales y reforma del Estado. El caso Córdoba.
- COCORDA, Esteban y BERENSZTEIN, Sergio (2002): "Gestión pública y reformas sectoriales: un estudio de casos de dos provincias argentinas", en OSPINA, Sonia y PENFOLD, Michael: Gerenciando las relaciones intergubernamentales, Nueva Sociedad, Caracas.
- DIAZ 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 CLAD. Santo Domingo, Dominicana. <https://cladista.clad.org/bitstream/handle/123456789/1330/0039207.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Consulta: 03/02/2019).
- ESCOLAR, Marcelo (2009): Integración del sistema político, coordinación de la gestión pública y relaciones intergubernamentales. Argentina en perspectiva comparada, Mimeo, Buenos Aires.
- HERNÁNDEZ, Antonio María (coord.) (2008): Derecho Público Provincial, Ed. Lexis-Nexis, Buenos Aires, Argentina.
- JORDANA, Jacint (2002): Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina. Los Casos de Argentina y Bolivia. Documentos de trabajo, Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- LO VUOLO, Rubén y BARBEITO, Alberto (1998): La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador. Miño y Dávila Editores, CIEPP, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud. Informe Argentina 2017. <http://administracionsalud.com.ar/organizacion-mundial-de-la-salud-informe-argentina-2017/> Consulta realizada el 31/01/2019.
- ORTEGA, José Emilio y ESPÓSITO, Santiago (2016): "El federalismo sanitario en la República Argentina. Un estudio de caso: la Provincia de Córdoba", en HERNÁNDEZ, Antonio M. (coord.): Cuadernos de Federalismo XXX, Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba.

- PONTIFES MARTÍNEZ, Arturo (2002) Relaciones Intergubernamentales, Gaceta Mexicana de Administración, UNAM, México.
- REZK, Ernesto, PADRAJA CHAPARRO, Francisco y SUÁREZ PANDIELLO, Javier (eds.) (2011): Coparticipación impositiva argentina y financiación autonómica española: un estudio de federalismo fiscal comparado, Consejo de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- WRIGHT, Deil S. (1978): Para entender las relaciones intergubernamentales, Fondo de Cultura Económica de México.