

Departamento de Economía- Universidad Nacional del Sur  
Trabajo de Grado de la Licenciatura en Economía

**Análisis y propuesta de reforma del  
sistema de coparticipación por  
componente “salud” de la provincia  
de Buenos Aires**

---

**Alumno: Britos, Juan Federico**

**Director: Lago, Fernando**

28/09/2018

## **INDICE**

<b>1. Introducción</b>	<b>2</b>
<b>2. Objetivo y estructura del trabajo</b>	<b>3</b>
<b>3. El sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires</b>	<b>3</b>
<b>4. La salud como responsabilidad de los municipios</b>	<b>5</b>
<b>5. Medición de la desigualdad económica</b>	<b>12</b>
<b>6. El régimen de coparticipación municipal de la Provincia de Buenos Aires</b>	<b>16</b>
<b>7. Críticas al régimen salud de la coparticipación provincial</b>	<b>18</b>
<b>8. Lineamientos para una reforma del régimen salud del sistema de coparticipación municipal.</b>	<b>19</b>
<b>9. Análisis de desigualdad</b>	<b>23</b>
<b>10. Conclusión</b>	<b>26</b>
<b>11. Bibliografía</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El artículo primero de la constitución argentina establece que la nación Argentina adopta un gobierno de forma representativa, republicana y federal. Este sistema posee una organización jurídica que distingue tres niveles de gobierno: Nacional, Provincial y Municipal. La atribución de competencias entre ellos surge de una regla de distribución genérica contenida en la Constitución Nacional en atención a los servicios, funciones y competencias que cada uno de ellos asuman. (De la Cuadra, 2001).

Los procesos de descentralización de servicios y programas sociales operados en las últimas décadas han jerarquizado la importancia del nivel municipal como lugar político y de gestión. Tal descentralización se justifica por el hecho que, al ser el municipio el nivel del estado más cercano a los ciudadanos, se espera que buena parte de los gastos se ejecuten con mayor eficiencia y control (Cetrángolo y Devoto, 1998).

Cualquier estrategia de descentralización debe no solo asignar responsabilidades de gasto, sino también prever los medios de financiamiento de dicho gasto. En el caso particular de los municipios de la provincia de Buenos Aires, éstos financian sus gastos través de recursos propios y transferencias de los niveles superiores de gobierno, tanto nacional como provincial.

“En el sistema de coparticipación provincial, la distribución primaria es la parte de la recaudación total (que resulta de sumar los recursos provenientes de la coparticipación federal y los recursos provinciales propios) que la provincia va a distribuir entre los municipios. La distribución secundaria hace referencia a los criterios a través de los cuales se distribuyen esos recursos a cada uno de los municipios.” (Chiara, Di Virgilio y Ariovich ,2010).

La coparticipación es el factor más importante dentro de los ingresos que obtienen los municipios, es el más representativo en el total de ingresos percibidos por transferencias provinciales. En el acumulado del año 2016, la coparticipación sumada de los 135 municipios equivale al 60,75% del total de las transferencias realizadas por la provincia de Buenos Aires. (Ministerio de economía de la provincia de Buenos Aires).

La descentralización hacia los municipios de los servicios de salud realizada en la provincia de Buenos Aires a partir de la década de 1970 introdujo una dimensión

adicional al desafío de desarrollar un sistema de salud provincial eficaz y equitativa. La principal preocupación es que la descentralización del gasto en salud puedan incrementar las desigualdades en el financiamiento entre áreas geográficas, y por lo tanto, en la provisión y calidad de los servicios de salud. En este sentido, Collins, Araujo y Barbosa (2000), refiriéndose al caso de Brasil, concluyen que la descentralización "reproduce e intensifica las inequidades".

## **2. OBJETIVO Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO**

La presente tesis se propone evaluar el desempeño del Sistema de Coparticipación Municipal por componente Salud de la Provincia de Buenos Aires, tomando como criterios de evaluación la sustentabilidad del sistema, los incentivos a la eficiencia y la equidad en la distribución de los fondos. En función del diagnóstico realizado, se propondrán algunos ejes rectores para una potencial reforma del sistema tendiente a superar las deficiencias observadas.

El trabajo se dividirá en seis apartados. En el primero se presentan brevemente las principales características del sistema de salud de la provincia de Buenos Aires. En el segundo se estudian las justificaciones de i) la provisión pública de servicios de salud y ii) la descentralización de tal provisión a los niveles inferiores de gobierno. En el tercero se presentan los instrumentos conceptuales que serán utilizados para evaluar el grado de desigualdad en la distribución de fondos coparticipables por componente salud: la curva de Lorenz y el coeficiente de Gini. En el apartado cuatro se resumen los criterios utilizados para el reparto de fondos por el régimen de coparticipación municipal de la Provincia de Buenos Aires, con especial referencia al régimen de salud. En el quinto se detallan las críticas a régimen de coparticipación por salud, a partir de una revisión de la bibliografía especializada. En el apartado seis se presentan algunas recomendaciones para una hipotética reforma al régimen de coparticipación por salud. En particular, se proponen dos fórmulas de reparto alternativas y se analizan para cada una de ellas i) los municipios que se verían beneficiados y perjudicados con el cambio, y ii) el impacto de cada fórmula en términos de desigualdad en la distribución de fondos. Por último se exponen las conclusiones del trabajo.

### **3. EL SISTEMA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**

La provincia de Buenos Aires se encuentra en la región central este de Argentina. En vista de su población, el tamaño de su economía y área territorial, es considerado uno de los territorios argentinos más importantes.

Administrativamente, la provincia de Buenos Aires está dividida en 135 municipios, los cuales generalmente se dividen en dos grupos. El Gran Buenos Aires (GBA) está integrado por 24 municipios ubicados en los alrededores de la Ciudad de Buenos Aires. Esos distritos exhiben una dinámica demográfica y espacial diferente que sus contrapartes, los municipios del interior provincial. Por ejemplo, la densidad de población promedio en la región de GBA es de 2700 habitantes por km<sup>2</sup> frente a 20 habitantes por km<sup>2</sup> en el interior de la provincia. Además, la tasa de crecimiento demográfico del GBA supera en más de 3 puntos a la de los municipios del interior provincial (INDEC, 2010).

Este sistema de salud de la provincia de Buenos Aires tiene tres sectores (público, seguridad social y privado) que difieren en su población objetivo y en la forma en que se financian los servicios médicos. Según el Censo de población de 2010, estos sectores cubren el 37%, el 48% y el 15% de la población provincial, respectivamente.

a) El sector de salud pública proporciona servicios médicos a hogares de bajos ingresos sin seguro de salud, y se financia con impuestos. Los servicios se prestan en instalaciones públicas, incluidos hospitales y CAPS.

b) La seguridad social ofrece cobertura a los empleados formales y sus familias. Se financia a través de contribuciones sociales (impuestos sobre las nóminas salariales). Los servicios son prestados principalmente por médicos y hospitales privados.

c) El subsistema privado proporciona seguro de salud a los beneficiarios voluntarios con ingresos medios y altos a cambio de una prima. Los servicios son entregados por médicos privados y hospitales.

A fines de la década de 1970 se inició un proceso de descentralización de los servicios de salud en la provincia de Buenos Aires. Los municipios se responsabilizaron de proporcionar servicios de atención primaria de salud y otros servicios hospitalarios de

baja complejidad. Mientras tanto, el gobierno provincial retuvo la responsabilidad sobre los servicios de salud de alta complejidad.

Según las cifras oficiales publicadas por el Ministerio de Salud Provincial, en 2016 había alrededor de 2221 centros de salud sin servicio de internación (en su gran mayoría CAPS) y 371 establecimientos hospitalarios de dependencia pública. En conjunto tales establecimientos totalizan 27.883 camas, de las cuales el 52% son de dependencia municipal, el 42% provincial y un 6% corresponde a instituciones de salud nacionales.

Los municipios de la provincia de Buenos Aires financian sus actividades través de recursos propios (tributarios y no tributarios) y transferencias de los niveles superiores de gobierno, tanto nacional como provincial. Considerando datos del año 2008, en promedio solo el 34% del gasto público municipal fue financiado mediante fondos propios, mientras que el porcentaje restante provino de niveles superiores de gobierno (Martino et al, 2012).

#### **4. LA SALUD COMO RESPONSABILIDAD DE LOS MUNICIPIOS**

En la presente sección se analizarán los argumentos que justifican (o desaconsejan) a) la provisión pública de los servicios de salud, y en especial los de baja complejidad, b) que tal provisión este en manos de gobiernos locales y c) el financiamiento del gasto en salud mediante transferencias.

##### **a. Justificaciones de la provisión pública de los servicios de salud.**

Desde la perspectiva de las Finanzas Públicas, los argumentos a favor o en contra de la provisión pública de servicios de salud debe analizarse en base a dos tipos de argumentos: relacionados con la eficiencia y en base a consideraciones de equidad.

Desde la perspectiva de la eficiencia, los servicios de salud presentan en gran medida las características de un bien privado, en tanto y en cuanto rige el principio de rivalidad en el consumo y posibilidad de exclusión por precio. Es por este motivo que los argumentos más fuertes para la provisión pública de este tipo de bienes radican en la equidad, y en particular en su carácter de bien meritario, particularmente en el caso de los servicios de baja complejidad.

Siguiendo a Saiz (1970) los bienes meritorios poseen 3 características fundamentales:

- a) Incapacidad de los individuos para valorar correctamente los beneficios que se derivan de los bienes de mérito.
- b) Influencia que su utilización puede ejercer sobre la mejor distribución de bienestar.
- c) Exhibición de algunas características de los bienes públicos, especialmente los externos.

“Los bienes meritorios son aquellos que los individuos pueden preferir consumir demasiado poco por causa de una valoración imperfecta, debiendo intervenir el Estado, en consecuencia, para impulsar el consumo de los mismos” (Saiz, 1970). Algunos ejemplos son los almuerzos escolares gratuitos y la educación obligatoria.

En el caso de los servicios de salud, puede argumentarse reúnen la características propuestas por Saiz (1970) dado que existe una cierta miopía en la población respecto de los beneficios de su consumo, especialmente en el caso de prácticas que tienen carácter preventivo. Asimismo, también existen externalidades asociadas al consumo de bienes y servicios medico sanitarios, como es el caso de las vacunas.

Si se acepta que los bienes y servicios medico sanitarios verifican las características de un bien meritorio, se concluye que se requerirá de algún tipo de regulación respecto de su financiamiento y provisión con el objetivo de asegurar un acceso igualitario a toda la población.

#### **b. ¿Qué nivel de gobierno debe proveer los servicios de salud?**

El sistema federal se entiende en dos sentidos. “La primera como una técnica de organización constitucional y la segunda como una ideología comparable a otros “ismos”, como el socialismo y el liberalismo. En el segundo sentido, el federalismo en esencia significa libertad y al mismo tiempo, orden y gobierno. En ambos conceptos subyace la idea de asociación voluntaria de varias entidades (estados, provincias, cantones) para formar un gobierno nacional u organizar un Estado que se encargue de ciertas funciones comunes: emisión de moneda, defensa nacional, representar al Estado ante el exterior, arbitrar conflictos entre dos o más estados y otras más de carácter general, pero sin que las instancias asociadas pierdan autonomía ni el

gobierno local se considere subordinado al nacional” (Levi, 1981).

El federalismo fiscal alude a las “relaciones hacendarias”, definida por Flores, como los ingresos, gastos y deudas que se establecen entre los diferentes centros de gobierno que integran el sistema federal. Las diferentes teorías de las ciencias políticas consideran como fundamental la autonomía institucional de los distintos niveles de gobierno. “El *estado federal* se intentara ubicar en una posición intermedia entre el *estado unitario* y la *confederación de estados*. El *estado unitario* solo posee un centro de decisión, es decir se carece de gobiernos locales o regionales autónomos, por otro lado la *confederación de estados* mantiene su autonomía y pueden poseer relaciones con el exterior.” (Flores, 2002).

La teoría tradicional del Federalismo fiscal analiza los diferentes problemas de asignación de funciones de gasto y fuentes de financiamiento entre los distintos niveles de gobierno. También analiza los distintos mecanismos de coordinación de decisiones fiscales. Dentro de estos se encuentran principalmente las transferencias intergubernamentales y los mecanismos de control de los gobiernos locales en determinadas acciones fiscales. Aquí se destacan como importantes “... el endeudamiento y el cumplimiento de las condiciones bajo las que el gobiernos central transfiere fondos o les regula alguna de sus actividades”. (Porto, A. 2003).

La elección de la forma de organización del gobierno en distintos niveles, cada uno con facultades diferenciadas, no resulta un tema menor, ya que afecta a dos objetivos primordiales: la participación política y la eficiencia económica.

El primero contempla la posibilidad que los ciudadanos puedan modificar e influir sobre los resultados políticos. Según Alberto Porto (1998), los beneficios de la participación política se pueden agrupar en tres categorías:

- Instrumental: para asegurar que el gobierno maximice la utilidad agregada y proteja a los ciudadanos de los abusos de políticos y/o burócratas.
- Educativo: resulta del aprendizaje de las personas para evaluar y computar no solo sus propios intereses, sino también del conjunto de sociedad.
- De consumo: utilidad directa que se obtiene por el hecho de participar de la actividad política.

La literatura sugiere que “cuanto mayor partición (en estructuras multinivel, con unidades de gobierno pequeñas) y mayores responsabilidades asignadas a los gobiernos locales democráticos, mayor será la participación política.” (Bird, 1996).

En relación al segundo objetivo, el de eficiencia económica, es pertinente diferenciar entre la eficiencia *intrajurisdiccional* y la eficiencia *interjurisdiccional*. Entre estas dos dimensiones se determina el tamaño óptimo de la jurisdicción. En particular, “a mayor tamaño, menor adaptación de la oferta de bienes públicos locales a la demanda de ciudadanos; mientras que a mayor tamaño, mayor posibilidad de internalizar las externalidades interjurisdiccionales.” (Porto, 2003).

La eficiencia *intrajurisdiccional* requiere que la oferta de los bienes provistos por el sector público se adapte a la demanda de la sociedad, tanto en relación al tipo de bienes provistos como a su cantidad. En el caso particular de los bienes públicos, esto solo se lograra si se cumple la condición de Samuelson de igualación de la suma de las tasas marginales de sustitución con el precio relativo del bien provisto. Por lo tanto, el tamaño eficiente de una jurisdicción estará condicionado por el tamaño de la población para el cual “el costo medio de provisión de los bienes sea mínimo” (Porto, 2003). Cabe destacar que, en esta lógica de razonamiento, el tamaño óptimo de la población a atender puede ser diferente para distintos bienes públicos, por lo que en teoría se podría implementar un nivel de gobierno separado para la provisión de cada bien.

La eficiencia *interjurisdiccional* requiere que la mano de obra, junto con el resto de los factores productivos, se asigne eficientemente entre regiones. Porto (2003) afirma que tal concepto de eficiencia no se ve garantizado por la existencia de libre movilidad de factores, pudiéndose requerir la intervención del gobierno central para alcanzarla. De esta forma surge un *trade off* entre los objetivos de eficiencia *intrajurisdiccional*, que benefician la elección de formas de gobierno descentralizadas, y la eficiencia *interjurisdiccional*, que favorece la centralización.

Las principales ventajas de los modelos federales corresponden a su mayor capacidad de proveer en forma eficiente los bienes y servicios públicos deseados por la población, fomentando reducciones de costos, generando innovaciones como consecuencia de experimentos que promueve el ámbito competitivo, y promoviendo una mayor

transparencia y sensibilidad de los servidores públicos locales respecto a las preocupaciones y preferencias de los ciudadanos (Cabrero y García, 2001).

La idea primordial, es que la asignación de responsabilidades concretas de una variable de gasto en particular debería estar asignada a aquel nivel de gobierno que represente de forma más cercana a los beneficiarios de dicho gasto (Musgrave y Musgrave, 1973). En este sentido (y en un contexto federal) la provisión de los bienes y servicios ligados a la atención primaria de salud debería ser responsabilidad de los niveles inferiores de gobiernos, bajo el supuesto que estos gobiernos poseen una mayor comprensión de las preferencias y necesidades de sus habitantes, teniendo en cuenta que estas difieren entre los distintos municipios. (Oates, 1999).

Sin embargo, la literatura advierte que la descentralización no solo produce ganancias de eficiencia, sino también potenciales pérdidas, y estas pérdidas pueden estar relacionadas a restricciones institucionales, como:

- Escasa capacidad administrativa de los niveles inferiores de gobierno.
- Expansión del empleo público de manera poco eficiente con escasas capacidades técnicas
- Inexistencia de programas de administración modernos y transparentes a la hora de enfrentar el gasto público.

En el caso de la Provincia de Buenos Aires, la división de asignación de responsabilidades actualmente vigente en el sector salud responde al criterio de cercanía de los beneficiarios de los servicios con los agentes decisores. En efecto, los municipios bonaerenses son los responsables de proveer los servicios de atención primaria de la salud y los relacionados con la baja complejidad hospitalaria, cuya demanda es básicamente local. En cambio, la Provincia es responsable de los servicios de alta complejidad a través de su red de hospitales provinciales, en la cual sus usuarios provienen de un área de influencia mucho mayor que la de los servicios de baja complejidad

### **c. Financiamiento del gasto en salud de los gobiernos locales**

La asignación de facultades de gasto a niveles de gobierno locales debe contemplar la problemática de su financiamiento. Esto podría lograrse otorgando a tales gobiernos

competencias tributarias suficientes que permitan financiar el gasto a partir de la recaudación obtenida a nivel local, pero en el caso de no existir “correspondencia media perfecta como consecuencia de la distribución de gastos e impuestos, los superávits y déficits deben compensarse con transferencias intergubernamentales, en general del gobierno nacional a los provinciales y de estos a sus municipios” (Porto, 2003).

Tal falta de correspondencia perfecta puede justificarse por el deseo de evitar la denominada “competencia fiscal”. Albi, Contreras, González-Paramo y Zubiri (1992), Los autores desarrollan un argumento donde, partiendo de una situación inicial de cooperación, los distintos gobiernos locales tienen incentivos para reducir las alícuotas y tarifas de distintos tributos para atraer factores productivos a su región, y así incrementar las bases imponibles de los impuestos que recaudan. Los demás gobiernos locales no tendrán otra opción: deberán seguir el mismo camino si no desean experimentar una reducción de la actividad económica dentro de sus fronteras. Sin embargo, en el momento que todos los gobiernos concedan beneficios, dejaran de ser efectivos para atraer factores, pero con las desventaja de no poder eliminarlos en forma unilateral. “El resultado es una distribución espacial idéntica de los factores productivos a la que se producirá en ausencia de incentivos, pero con tributos más bajos que los óptimos en cada jurisdicción, lo cual impide proveer los niveles adecuados de gasto público local. Los únicos beneficiados de esta situación son los propietarios de los factores productivos, que ven disminuir su carga tributaria” (Albi, Contreras, González-Paramo, Zubiri, 1992).

El deseo de evitar esta competencia fiscal justifica que el nivel nacional (central) se arroge el derecho de centralizar el cobro de los tributos con mayor recaudación (IVA e impuestos sobre la renta personal y societaria, básicamente) dejando a los gobiernos locales tributos de menor importancia recaudatoria, pero menos susceptibles de generar competencia fiscal (como los impuestos sobre la propiedad inmueble y las tasas por la prestación de servicios públicos). Sin embargo, dado que una alta proporción de los gastos son realizados por los gobiernos locales, se observa un descalce entre la recaudación a nivel local y los gastos que deben ejecutarse también localmente.

Al momento de financiar los servicios de salud locales, es posible identificar diferentes métodos, los cuales se diferencian en el grado de influencia que ejerce el gobierno

central en las decisiones de los gobiernos locales.

Una primera alternativa es que el nivel central financie todas las actividades del sector salud mediante transferencias condicionadas (Lago F. P. et al., 2012). Su principal ventaja es que facilita (para el gobierno central) el cumplimiento de metas y resultados en indicadores de salud, dado que el monto a transferir estará sujeto a tales metas. Sin embargo, su principal debilidad es la información sobre los beneficiarios, dada su lejanía con la población entendiendo que cada región presenta necesidades diferentes. Otra gran desventaja es la función de auditor que deberá cumplir el estado para garantizar el cumplimiento de sus metas.

La segunda alternativa es una negociación del monto a transferir. Esta negociación se dará sobre la base en estándares o normas impuestas por el gobierno central. En este caso los recursos asignados a cada nivel subnacional dependerán de las variables consideradas y el peso relativo de cada una de ellas en el financiamiento total. Como principal ventaja, esta alternativa integra a todos los niveles de gobierno a la hora de definir criterio, es decir, que la negociación maximizaría la eficiencia del sistema. Sin embargo, presenta debilidades relacionadas con la dificultad de encontrar o diseñar indicadores capaces de representar las necesidades básicas de salud cada municipio. “Las variables habitualmente incluidas en este tipo de financiamiento son: población total, población sin cobertura de salud, grupos etarios, mortalidad infantil, mortalidad ajustada, entre otros” (Lago F. P. et al., 2012).

La última opción es transferir toda la responsabilidad al gobierno central para que financien y provean el sistema de salud. Es idéntico a la primera alternativa, solo se modifica que los gobiernos locales no tendrán la función de implementar ciertas políticas. Por lo tanto, los problemas de información que presenta la primera alternativa estarán presentes, concluyendo en problemas de garantizar accesos diferenciales ante necesidades de atención diferentes.

## **5. MEDICION DE LA DESIGUALDAD ECONÓMICA**

Un índice de desigualdad “se refiere habitualmente a las diferencias de renta entre ciudadanos, y se mide mediante la comparación entre la renta percibida por

determinados porcentajes de la población de mayor y menor renta” (Cinca, A. N., 2011).

Las diferentes mediciones de desigualdad económica se clasifican en dos, medidas positivas y medidas normativas. “Las medidas positivas, que son aquellas que no hacen referencia explícita a ningún concepto de bienestar social” (Medina, 2001), en esta primera clasificación se concentra en la distribución de frecuencias. “Las medidas normativas son las que sí están basadas en una función de bienestar” (Medina, 2001).

A lo largo de la historia del análisis económico, se han propuesto diversos indicadores para el estudio de la desigualdad; sin embargo, parece existir consenso en el hecho de que el indicador que ha tenido mayor aceptación en los trabajos empíricos es el denominado “coeficiente de concentración de Gini” (Medina, 2001). La mayoría de los economistas coincide en que la principal ventaja de este índice es la facilidad para interpretar los resultados (Gisbert y Notario, 2009). Asimismo, se diferencia de los indicadores de frecuencia en que no utiliza como principal comparación el ingreso medio, sino que utiliza la curva de Lorenz.

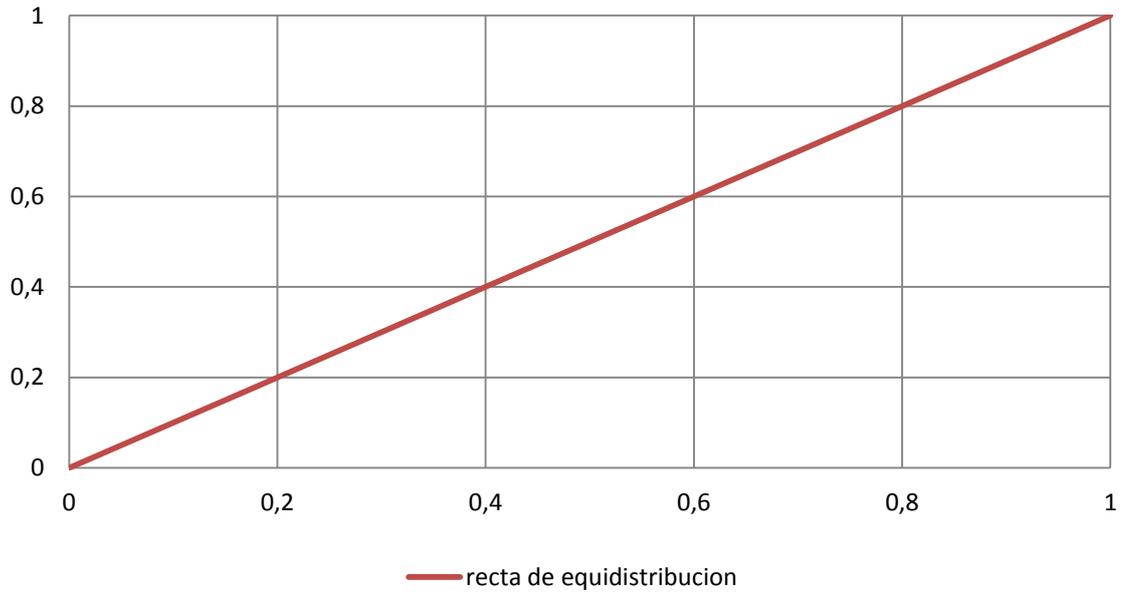
La curva de Lorenz fue creada en 1905 por Max Otto Lorenz, con el objetivo de representar en forma gráfica la desigualdad en la distribución de alguna variable o magnitud, especialmente el ingreso. En sus ejes encontramos el porcentaje acumulado de ingreso y el porcentaje acumulado de población, la población esta ordenada en forma ascendente de acuerdo al valor de sus ingresos. A su vez, para facilitar su implementación y su análisis se dispone de dividir a la población en grupos de igual tamaño, llamados percentiles. Las formas más comunes de dividir a la población es en cinco grupos (quintiles) o diez (déciles).

“En caso que a cada porcentaje de la población le corresponda el mismo porcentaje de ingresos, de tal manera se conforma una línea de 45<sup>o</sup>” (Medina, 2001). Esta línea de 45 grados divide el área del gráfico en dos partes iguales, como se puede ver en el grafico 1. A esta diagonal, Lorenz la denomino recta de equidistribución o línea de equidad perfecta, que como su nombre lo indica representa una situación de ausencia de desigualdad en la distribución de la variable analizada.

En presencia de desigualdad la curva de Lorenz siempre se ubicara por debajo de la

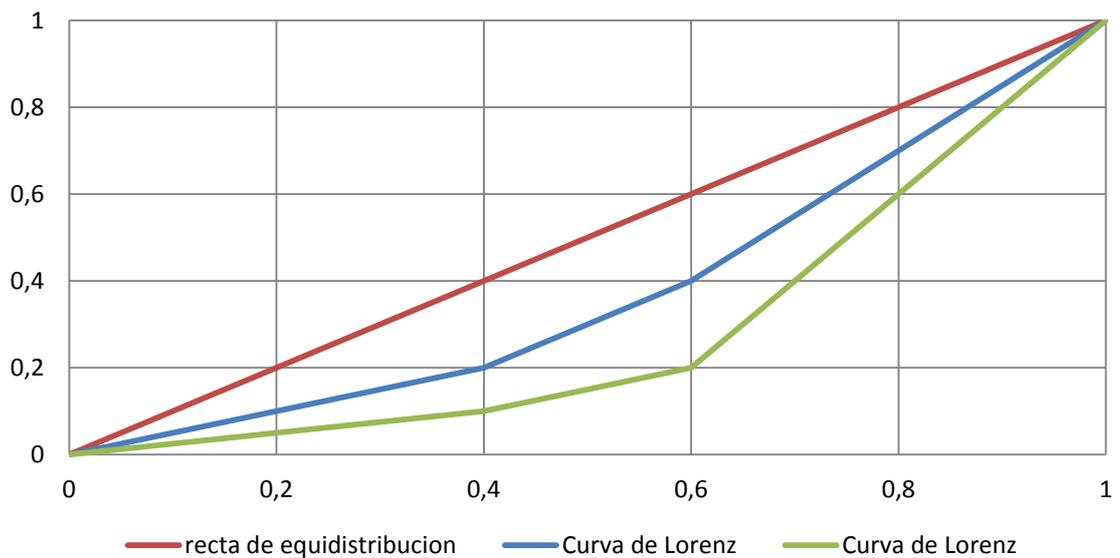
recta de equidistribución, en el caso de que se haya ordenado a la población de manera creciente. A medida que la curva de Lorenz se aleja o se aproxima a esta recta podremos observar mayor o menor desigualdad, tal como se indica en el gráfico 2.

### Grafico 1: Recta de equidistribución



*Fuente: Grafico de elaboración propia.*

### Grafico 2: Curva de Lorenz



*Fuente: Grafico de elaboración propia.*

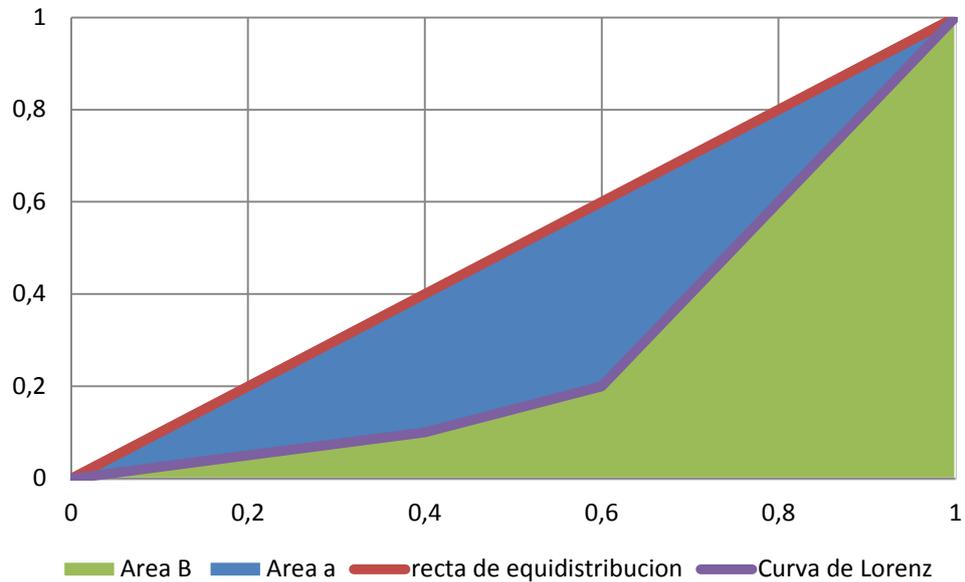
El gráfico de la curva de Lorenz puede utilizarse para comparar los niveles de desigualdad de dos distribuciones alternativas de la variable analizada. En el gráfico 2 podemos ver que la curva de Lorenz de color verde es la que demuestra mayor desigualdad, ya que se encuentra a mayor distancia de la recta de equidistribución. Por el contrario, la curva de Lorenz de color azul se encuentra a una menor distancia de la diagonal, por lo tanto se define como la curva con menor desigualdad.

“El hecho de que para la construcción de la curva intervengan únicamente los porcentajes de población e ingresos, aísla el efecto del ingreso total y, por lo tanto, ésta sólo refleja la estructura y forma de la distribución. A su vez, cuando dos curvas de Lorenz se intersectan, es posible demostrar que una distribución puede obtenerse de la otra a partir de transferencias regresivas o progresivas de ingresos. Consecuentemente, en esta situación no se puede concluir cuál de las distribuciones comparadas tiene un mayor grado de desigualdad”. (Medina, 2001).

A principios de 1912, Corrado Gini, propone como medición de desigualdad un índice llamado índice de Gini o coeficiente de Gini. La gran mayoría dentro del ámbito aplicado utiliza este método a la hora de debatir acerca de desigualdad económica, sin embargo, “sus propiedades no justifican su popularidad, que probablemente se debe a que el índice de Gini puede *visualizarse* fácilmente una vez hemos entendido la curva de Lorenz.” (Gisbert y Notario, 2009).

El cálculo del mismo puede realizarse de muchas maneras, y cada una de ellas cuenta con propiedades diferentes, es decir, las ventajas de un método son las desventajas de otros y viceversa. La más famosa e intuitiva es la “geométrica” que se realiza a partir de la curva de Lorenz y es la aplicada en este trabajo. Con este método el índice de Gini es igual al cociente entre el área que forman la distancia entre recta de equidistribución y la curva de Lorenz, y el área triangular bajo la diagonal. En el gráfico 3 se expone cada área.

### Grafico 3: Coeficiente de Gini



*Fuente: Grafico de elaboración propia.*

En base a esto, el coeficiente de Gini calcula como se indica a continuación:

$$GINI = \frac{Area A}{Area A + Area B}$$

El coeficiente de Gini, estará acotado entre el intervalo [0, 1], donde cero indicara que todos los individuos tienen el mismo ingreso y uno indica que solo un individuo o un grupo de ellos obtienen todo el ingreso. Gráficamente puede verse que entre más cerca este la curva de Lorenz de la recta de equidistribución, más cercano a 0 estará el coeficiente de Gini. Por lo tanto, en el grafico 2 la curva de Lorenz azul tendrá un coeficiente de Gini más cercano a cero a la hora de compararla con la curva de Lorenz verde.

## **6. EL REGIMEN DE COPARTICIPACIÓN MUNICIPAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**

La provincia de Buenos Aires posee 135 municipios en los cuales distribuye recursos. La mayor cantidad de dichos recursos son distribuidos de manera no discrecional y en función de variables objetivas de manera diaria y automática. Los conceptos que integran dichas transferencias son los siguientes:

1. *Coparticipación municipal, en el agregado del 2015 fue del 74.17% del total de las transferencias.*
2. *Fondo Solidario Provincial, 2.87% en 2015*
3. *Fondo de Financiamiento Educativo, 10.02% en 2015.*

Asimismo, existen también ítems de transferencias que se distribuyen en forma mensual, entre los cuales se encuentra lo correspondiente al producido por:

4. *Juegos de Azar, 1.21% en 2015*
5. *Descentralización Administrativa Tributaria, 2.95% en 2015*

Por último, lo asignado a cada Municipio a través de diferentes Fondos:

6. *Fondo para el Fortalecimiento de Programas Sociales y Saneamiento Ambiental, 2.03% y 0.69% en 2015 respectivamente.*
7. *Fondo para el Fortalecimiento de los Recursos Municipales, 3.83% en 2015.*
8. *Fondo Municipal de Inclusión Social, 2.19% en 2015.*

### **Régimen de Coparticipación**

En el año 1987, se dictó la Ley N° 10.559 establecen el Régimen de Coparticipación de la Provincia de Buenos Aires, determinando, de acuerdo al artículo 1º, la siguiente Masa de Recursos a distribuir entre Municipios:

*“Monto Total Coparticipable = 16,14% de los siguientes recursos: Coparticipación Federal de Impuestos, Impuesto Inmobiliario Urbano, Impuesto a los Ingresos Brutos No Descentralizados, Impuesto a los Automotores, Impuestos de Sellos y Tasas*

*Retributivas de Servicios. Aunque cabe señalar, que si bien el Régimen de Coparticipación establece un 16,14% de transferencias a los Municipios, este porcentual se incrementa al 20%, aproximadamente si consideramos la totalidad de los fondos transferidos”.*

Según un documento elaborado en el año 2014, que tiene como autores a la Mesa de Asuntos Municipales y a la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, la distribución de la coparticipación se realiza de acuerdo al porcentaje que le corresponde a cada Municipio según el Coeficiente Único de Distribución (C.U.D.).

El valor del C.U.D surge a partir de lo especificado en tres regímenes de transferencias:

- **58%** correspondiente al Régimen General, distribuido de la siguiente manera:
  - ✓ 62% en proporción directa a la población de cada Municipio.
  - ✓ 23% en forma proporcional a la inversa de la capacidad tributaria potencial per cápita ponderada por la población de cada Municipio.
  - ✓ 15% en proporción directa a la superficie de cada Municipio.
- **5%** correspondiente al **Régimen de Acción Social** (Servicios Transferidos).
- **37%** correspondiente al **Régimen de Salud**, distribuido entre las Municipalidades que posean establecimientos municipales asistenciales de salud en función a las siguientes variables:
  - ✓ 10% correspondiente a cantidad de establecimientos asistenciales de salud sin internación, por ejemplo, unidades sanitarias.
  - ✓ 25% según la cantidad de consultas médicas ambulatorias.
  - ✓ 20% respecto a la cantidad de pacientes registrados en los establecimientos con internación.
  - ✓ 10% según cantidad de egresos o altas de los hospitales.
  - ✓ 35% resultante de considerar la categoría de los establecimientos (nivel de complejidad establecido por el Ministerio de Salud de acuerdo a las tecnologías de los establecimientos), la cantidad promedio de camas y el porcentaje de ocupación de las mismas.

Los Municipios presentan mensualmente una Declaración Jurada a la Región Sanitaria a la cual pertenecen, información que el Ministerio de Salud le proporciona al Ministerio de Economía y que sirve para la elaboración del CUD.

## **7. CRITICAS AL REGIMEN SALUD DE LA COPARTICIPACION PROVINCIAL**

El Régimen Salud de la coparticipación municipal de la provincia de Buenos Aires ha recibido diversas críticas. En particular, Chiara, Di Virgilio y Ariovich (2010) destacan las siguientes falencias de este sistema:

1. La existencia de problemas en el financiamiento: exponen que la masa coparticipable no necesariamente será suficiente para garantizar el financiamiento de los servicios de salud requeridos de acuerdo a las necesidades de cada población.
2. El hecho de que un régimen salud sea incorporado dentro de un régimen general de coparticipación que persigue otros objetivos: entendiéndose que la salud es un criterio sumamente importante y no debería estar supeditada a cambios en la masa coparticipable.
3. La asignación de porcentajes fijos a las variables integrantes de la fórmula implica que el pago unitario por variable será menor toda vez que la producción crezca a mayor tasa que la Masa coparticipable. Este fenómeno se ve claramente en el valor transferido por consulta que es cada vez menor.
4. Los incentivos implícitos en los indicadores instituidos desde la ley, parecen haberse profundizado a partir de una Resolución del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, la cual determina que el "perfil de complejidad" es la máxima complejidad existente en el municipio. Esta normativa genera que las camas ocupadas de la misma complejidad resulten valorizadas de manera diferente en distintos municipios, al mismo tiempo que se incentiva aumentos en los niveles de complejidad hospitalaria no siempre necesarios de acuerdo a las características de la demanda.
5. La existencia de problemas de sobre declaración de prestaciones, derivaciones de patologías costosas, equipamiento no necesario y estrategias de elevación de la complejidad.

Por otro lado, a simple vista y previo a cualquier análisis podemos encontrar otros “errores” del sistema.

- Los recursos obtenidos mediante este criterio son de libre disponibilidad, pueden ser usados con otros objetivos. Es decir, son transferencias incondicionadas.
- Las diferentes variables que se encuentran en la formula solo hacen hincapié en la oferta y su producción. Tiene en cuenta solo los recursos físicos, dejando de lado los humanos y las necesidades.
- La fórmula introduce incentivos que no son acordes con la distribución eficiente de los recursos, esto puede verse al tener en cuenta solo la atención hospitalaria y la inclusión de “pacientes-día”.

## **8. LINEAMIENTOS PARA UNA REFORMA DEL REGIMEN SALUD DEL SISTEMA DE COPARTICIPACION MUNICIPAL.**

A raíz de las críticas expuestas, se resumen una serie de propuestas que podrían ser consideradas en una hipotética reforma del sistema de coparticipación por el régimen salud.

1. La primera recomendación, atendiendo a las críticas de Chiara, Di Virgili y Ariovich, es intentar desvincular a la salud de los recursos coparticipables. Es decir, que posea una partida específica como es la educación y los programas sociales.
2. Se propone transformar a las transferencias por régimen salud, en una transferencia condicionada. Es decir, que sea exclusivamente para gastos en salud.
3. Establecer criterios igualitarios y claros a la hora de definir la necesidad de incrementar “el perfil de complejidad” de las camas hospitalaria municipales, evitando asimismo valorizar todas las camas municipales al máximo nivel de complejidad, sino que se considere la verdadera disponibilidad de camas de cada tipo (asilares, baja complejidad, etc.).
4. Incluir indicadores sanitarios (mortalidad infantil, mortalidad materna, etc.) en la fórmula, fundamentales para poder asegurar que los municipios con mayores

necesidades en salud reciban mayor cantidad de recursos.

5. Incluir variables que no estén relacionados directamente con la salud, pero pueden ser la causa de los malos resultados en diferentes indicadores. Un ejemplo de esto puede ser la necesidad insatisfecha básica.
6. Incrementar la ponderación de las variables relacionadas con la estrategia de atención primaria de la salud (consultas y número de CAPS). Esto podría incentivar a la creación unidades sanitarias previniendo futuras enfermedades. En contrapartida, se propone eliminar o reducir la ponderación de las variables relacionadas con la atención hospitalaria (categoría de los establecimientos, la cantidad promedio de camas y el porcentaje de ocupación de las mismas), ya que las mismas están premiando la oferta sobre la necesidad, introduciendo incentivos erróneos en los gestores municipales deseosos de obtener más fondos.

Por último, se realiza una serie de simulaciones con algunas hipotéticas modificaciones en las variables y ponderadores en la fórmula del régimen salud de coparticipación municipal, que siguen los lineamientos de reforma analizados. En todos los casos se utiliza información brindada por el Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires correspondiente al año 2015, exceptuando la “máxima complejidad hospitalaria” y “egresos hospitalarios” del Municipio General Guido en los cual se utilizaron datos del año 2010. En la simulación se tiene en cuenta nuevas variables y cambios en su ponderación.

Una primera reforma (Alternativa 1) del indicador establece:

- 10% según el número de mortalidad infantil en cada municipio entre los años 2010-2015.
- 10% al número correspondiente a la mortalidad neonatal de cada municipio a lo largo del periodo 2010-2015.
- 20% correspondiente al número de hogares que presentan necesidades básicas insatisfechas.
- 20% a la cantidad de establecimientos sin internación. Esta ponderación se aumentó con el fin de incentivar la atención primaria.
- 10% al número de pacientes-día de los hospitales.

- 10% según la cantidad de egresos de los hospitales. Los últimos dos se pusieron la misma ponderación para evitar incentivos a mantener pacientes en el hospital o darles el alta.
- 20% referido a las consultas médicas ambulatorias. Este fue disminuido solo por el hecho desincentivar algún intento de fraude en el número.

A continuación se detallan los municipios favorecidos y desfavorecidos con la nueva fórmula, la variación se refiere a los fondos que reciben los municipios en términos per cápita:

**CUADRO 1: Municipios favorecidos con la Alternativa 1 de reforma. Variación de los fondos por componente salud en términos per cápita**

<b>MUNICIPIOS</b>	<b>VAR %</b>
<b>Moreno</b>	<b>171%</b>
<b>Almirante Brown</b>	<b>103%</b>
<b>Berisso</b>	<b>101%</b>
<b>Quilmes</b>	<b>94%</b>
<b>Tres de febrero</b>	<b>90%</b>

**Fuente:** elaboración propia sobre la base de información del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

**CUADRO 2: Municipios perjudicados con la Alternativa 1 de reforma Variación de los fondos por componente salud en términos per cápita.**

<b>MUNICIPIOS</b>	<b>VAR%</b>
<b>Lujan</b>	-66%
<b>Saavedra</b>	-55%
<b>Púan</b>	-55%
<b>Ayacucho</b>	-54%
<b>Tapalque</b>	-53%

**Fuente:** elaboración propia sobre la base de información del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

Luego se planteó una segunda alternativa de reforma (Alternativa 2), con las mismas variables pero con cambios en las ponderaciones:

- 15% correspondiente al número de mortalidad infantil dentro del periodo 2010-2015.
- 15% según el número de mortalidad neonatal en el periodo 2010-2015.
- 30% correspondiente al número de hogares con necesidades insatisfechas básicas.
- 10% a establecimiento sin internación.
- 10% según la cantidad de pacientes-día dentro de los hospitales.
- 10% en concepto del número de egresos de los hospitales.
- 10% sobre el número de consultas ambulatorias de las localidades.

A continuación se detallan los municipios favorecidos y desfavorecidos con la nueva fórmula:

**CUADRO 3: Municipios favorecidos con la Alternativa 2 de reforma. Variación de los fondos por componente salud en términos per cápita.**

<b>MUNICIPIO</b>	<b>VAR %</b>
<b>Moreno</b>	222%
<b>Almirante Brown</b>	139%
<b>Quilmes</b>	113%
<b>Tres de Febrero</b>	111%
<b>Berisso</b>	110%

**Fuente:** elaboración propia sobre la base de información del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

**CUADRO 4: Municipios favorecidos con la Alternativa 2 de reforma. Variación de los fondos por componente salud en términos per cápita.**

<b>MUNICIPIO</b>	<b>VAR %</b>
<b>Tapalque</b>	-58%
<b>Laprida</b>	-58%
<b>Púan</b>	-58%
<b>Saavedra</b>	-61%
<b>Lujan</b>	-70%

**Fuente:** elaboración propia sobre la base de información del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

## 9. ANALISIS DE DESIGUALDAD

En este apartado se realiza un análisis de desigualdad económica de la fórmula del sistema de coparticipación por régimen salud actual y las dos propuestas detalladas para los municipios de la provincia de Buenos Aires, a partir del coeficiente de Gini.

Con la finalidad de mejorar el análisis de datos, se separaron los 135 municipios de la Provincia de Buenos Aires en quintiles, es decir 5 grupos. Estos grupos fueron divididos por la cantidad de población y fueron ordenados de manera ascendente de acuerdo al ingreso percibido por el régimen salud de la coparticipación.

Por lo tanto, para cada fórmula tanto actual como las dos propuestas, la división de los quintiles será diferente.

A la hora de comparar las tres fórmulas vemos que, tanto del análisis gráfico a partir de las curvas de Lorenz como numérico a partir del Gini, cualquier de las dos propuestas de cambio son ampliamente mejores en términos de desigualdad que la actual. Más específicamente, la segunda propuesta obtiene un menor índice de Gini.

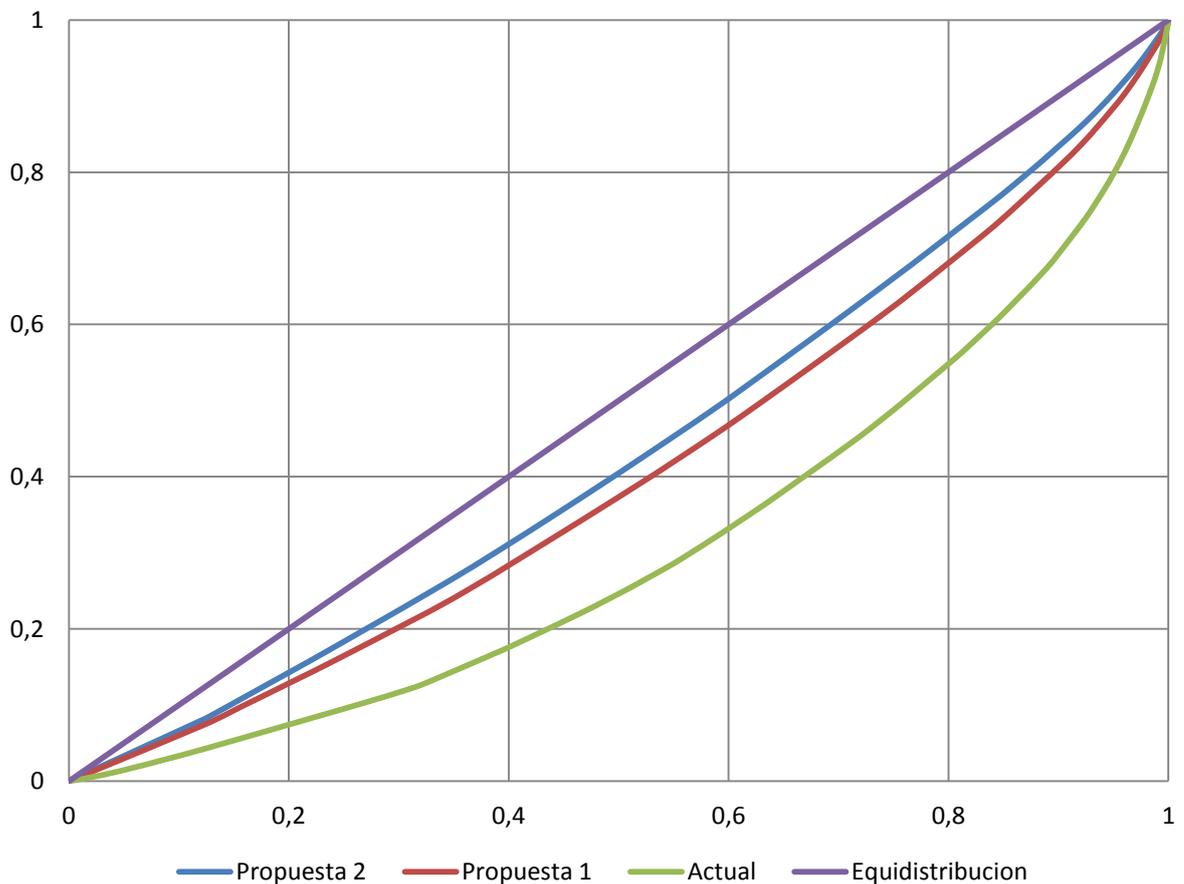
**CUADRO 5: Comparación de coeficiente de Gini.**

<b>Fórmula</b>	<b>Coeficiente de Gini</b>
<b>Fórmula actual</b>	0.22553342
<b>Fórmula de la primera propuesta</b>	0.0976050
<b>Fórmula de la segunda propuesta</b>	0.07266477

*Fuente: Cuadro de elaboración propia*

En el gráfico 7 podemos ver las curvas de Lorenz de las tres fórmulas, se nota que la distancia de la segunda propuesta con la recta de equidistribución es menor con respecto a las otras dos, por lo tanto es la que genera menor desigualdad, coincidiendo con el coeficiente de Gini.

### Grafico 7: Curvas de Lorenz. Situacion actual y alternativas de reforma 1 y 2.



*Fuente: Grafico de elaboración propia*

En el siguiente cuadro se representa la información agrupada en quintiles, con el fin de analizar cuanto porcentaje de las transferencias por salud le corresponde a cada proporción de la población total de la provincia de Buenos Aires ordenadas de acuerdo al monto de coparticipación por salud per cápita, para los tres modelos. (Cuadro 6).

**CUADRO 6: Transferencias por quintiles.**

<b>% Población</b>	<b>% Transferencias actual</b>	<b>% Transferencias Alternativa 1</b>	<b>% Transferencias Alternativa 2</b>
<b>0</b>	0	0	0
<b>0,2</b>	0,074266479	0,128519728	0,142673354380
<b>0,4</b>	0,175872056	0,283542845	0,311317628320
<b>0,6</b>	0,331830551	0,467761386	0,502342349927
<b>0,8</b>	0,548204489	0,680693444	0,716035122791
<b>1</b>	1	1	1

*Fuente: Cuadro de elaboración propia*

Se aprecia que en ambas propuestas de reforma, todos los quintiles de población con excepción del más alto se ven beneficiados.

## **10. CONCLUSIÓN**

El sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires se encuentra altamente descentralizado. En particular, la provisión de servicios de bajo nivel de complejidad (vinculados a la estrategia de atención primaria de la salud así como servicios hospitalarios) es responsabilidad de los municipios, mientras que la provincia retiene la responsabilidad sobre los servicios de alta complejidad.

La estrategia de descentralización puede ser justificada en base a argumentos de eficiencia: en efecto, dado que los demandantes de tales servicios son usuarios de cada localidad, en principio puede argumentarse que la provisión a nivel local favorece un mayor nivel de adaptación de los servicios prestados a las necesidades de los residentes de cada localidad, al mismo tiempo que se propicia un mayor nivel de participación de los ciudadanos en las decisiones.

La descentralización de los servicios de salud plantea la problemática de su financiamiento, más en un contexto donde los recursos generados a nivel local pueden ser insuficientes. La solución adoptada en la Provincia de Buenos Aires fue introducir un régimen especial para tales servicios de salud dentro del mecanismo de coparticipación municipal, a partir de una fórmula explícita de reparto de fondos.

Las fórmulas de financiación tienen grandes ventajas para la financiación de los servicios públicos descentralizados con respecto a otros métodos, ofreciendo un mecanismo ampliamente aceptado para financiar los presupuestos de las organizaciones descentralizadas. El uso de fórmulas permite la presentación explícita de los criterios de financiación, que permite a las distintas partes a entrar en un diálogo informado. Por otra parte, mediante la vinculación de las manos de los políticos y burócratas, puede reducir las posibilidades de un trato justo.

Sin embargo, después de algunos años de estar en funcionamiento, se hizo evidente que la fórmula adoptada presenta una serie de inconvenientes, tanto en términos de eficiencia como de equidad.

Desde la perspectiva de la eficiencia, los criterios utilizados para asignar el componente salud de la coparticipación no premian (y por lo tanto no incentivan) las actividades de APS. Por el contrario, el mayor peso lo tienen las actividades vinculadas con el nivel secundario, con lo cual se privilegia su expansión. Cabe destacar la total ausencia de variables que reflejen necesidades de gasto en el primer nivel de atención, básicamente aquellas de prevención y promoción de la salud.

Desde la perspectiva de la equidad, la fórmula ha dado lugar a grandes diferencias en la cantidad de recursos per cápita disponibles en cada municipio, lo cual atenta contra el ejercicio igualitario del derecho a la salud.

En este trabajo se analizaron dos criterios alternativos al actualmente vigente para asignar los recursos del régimen salud de la coparticipación municipal, introduciendo variables en la fórmula de reparto que reflejan las necesidades de gasto sanitario de cada población, y modificando los ponderadores de las variables existentes de forma tal de introducir incentivos pro eficiencia. Tales fórmulas alternativas fueron evaluadas desde la perspectiva de la igualdad, a partir del uso de la curva de Lorenz y el coeficiente de

Gini. En ambos casos se obtienen mejoras en términos de una reducción de este coeficiente.

## 11. BIBLIOGRAFIA

Albi, E., Contreras, C., González-Páramo, J. M., & Zubiri, I. (1992). Teoría de la hacienda pública. Ariel. Barcelona.

Bird R. M. (1996): “Descentralización Fiscal. Una Revisión”, en Seminario Internacional sobre Descentralización Fiscal y Regímenes de Coparticipación Impositivos”, Departamento de Economía, UNLP, La Plata.

Cabrero, E., & García, R. (2001). Relaciones intergubernamentales. Algunas reflexiones para su estudio. In Documento Congreso IGLOM, Querétaro, México, abril.

Cetrángolo, O., & Devoto, F. (1998). Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa con especial referencia a la equidad: parte I. Nexo Rev. Hosp. Ital. B. Aires, 18(3), 65-76.

Chiara, M., Di Virgilio, M., & Ariovich, A. (2010). La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005). Salud colectiva, 6(1), 47-64.

Cinca, A. N. (2011). Crecimiento económico, desigualdad y pobreza. In Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas (No. 88, pp. 419-434). Academia de Ciencias Morales y Políticas.

Collins CG, Araujo J, & Barbosa J. Decentralizing the Health Sector: Issues in Brazil. Health Policy. 2000; 52(2):113-127.)

Flores, M. D. (2002). Federalismo fiscal y asignación de competencias: una perspectiva teórica. Economía Sociedad y Territorio.

Gisbert, F. J. G., & Notario, A. V. (2009). Desigualdad y bienestar social: de la teoría a la práctica. Fundación BBVA.

INDEC. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. (2010). Censo nacional de población, hogares y vivienda.

- Jorge M. de la Cuadra (2001). El sistema tributario Argentino. Organización y características. Principales gravámenes en vigencia.
- Lago F. P., Moscoso N. S., Elorza M. E., Ripari, N.V., García Diéguez M., Ghigliani M. G.(2012). Diagnóstico y propuesta de reforma del sistema de coparticipación municipal por salud de la provincia de Buenos Aires.
- Levi, L. (1981). Federalismo. En N. Bobbio y N. Matteucci, Diccionario de Política (pp. 681-694). México: Siglo XXI.
- Martino G, Romero F y Cadelli E. (2012). Los sistemas tributarios municipales de la Provincia de Buenos Aires. Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Economía - Dirección Provincial de Estudios y Proyecciones Económicas, Documento de Trabajo DPEPE N° 03/2012
- Medina, H. (2001). Consideraciones sobre el índice de Gini para medir la concentración del ingreso. Cepal.
- Musgrave, R. A., & Musgrave, P. B. (1973). Public finance in theory and practice.
- Oates, W. E. (1999). An essay on fiscal federalism. *Journal of economic literature*, 37(3), 1120-1149.
- Porto, A. (1998). Nacimiento, evolución, crisis y necesidad de un replanteo de la Coparticipación Federal de Impuestos. *Aportes*, 5(11).
- Porto, A. (2003). La teoría económica del federalismo fiscal. Porto A (director) *Disparidades regionales y federalismo fiscal*, EDULP, La Plata.
- Saiz, R. C. (1970). Los bienes públicos, los bienes de mérito y los bienes de demérito. *Revista de Economía Política*, (55).