



PROYECTO DE LEY

EL SENADO Y LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES SANCIONAN CON FUERZA DE

LEY

ARTÍCULO 1°: Créase una Comisión Especial integrada por los Ministerios de Hacienda y Finanzas, Gobierno y Salud, bajo la coordinación de este último, la que tendrá un plazo de 60 días a partir de la sanción de la presente ley, para establecer la distribución secundaria, del coeficiente de distribución establecido en el artículo 1°, inciso b), de la Ley 10.559.

ARTÍCULO 2°: La determinación de esta Comisión será sometida "ad referéndum" de la H. Legislatura.


ARTÍCULO 3°: A fin de establecer los distribuidores de los fondos de coparticipación se deberán tener en cuenta, de mínimo, las siguientes consideraciones:

- a) La desagregación por tipo de consulta, donde se premien financieramente las realizadas en los Centros de Atención Primaria de la Salud con el fin de corregir el uso ineficiente de la estructura vigente e incentivar el uso del primer nivel de atención;
- b) En los casos en los que en un municipio hubiere más de un establecimiento con internación y de diferente nivel de complejidad, se ajuste la asignación de recursos estrictamente al número de camas por el nivel de complejidad;
- c) Incorporar indicadores de riesgo sanitario poblacional, que capten necesidades de atención de salud en las diferentes zonas geográficas de la Provincia de Buenos Aires tales como:
 - i) Tasa de mortalidad infantil,
 - ii) Tasa de mortalidad materna,



- iii) Población sin cobertura formal en salud (obra social o medicina prepaga),
 - iv) Población con necesidades básicas insatisfechas,
 - v) Población que vive por debajo de los niveles de pobreza e indigencia,
 - vi) Producto bruto geográfico per cápita,
 - vii) Índices de desarrollo humano,
 - viii) Características demográficas (distribución de la población por grupo etáreo),
 - ix) Perfil epidemiológico (distribución estadística de la enfermedad por municipios).
- d) La implementación de una fórmula de distribución dinámica con ajustes anuales en función de los objetivos alcanzados en términos de capacidad instalada, capacidad de atención y resultados de salud obtenidos en el tiempo,
- e) Que las variables incluidas en la fórmula de distribución no sean susceptibles de manipular por los propios municipios o partidos, pues esto impide el monitoreo y control.

ARTICULO 4°: Comuníquese al Poder Ejecutivo.


Dra. Abigail Gómez
Diputada Provincial

FUNDAMENTOS:

Existe la imperiosa necesidad de reformar los parámetros que se tienen en cuenta para la distribución de los fondos coparticipables en la Provincia de Buenos Aires. En este sentido, el mundo tiende a premiar a los sistemas de salud que “previenen” enfermedades y no a los que más enfermos tienen, por ello, es necesario un replanteo del envío de los fondos a los Municipios de la Provincia de Buenos Aires en lo que respecta al parámetro de la Salud.

Para la creación de la propuesta que traemos a consideración, nos hemos basado en el Informe **“Diagnóstico y Propuesta de Reforma del Sistema de Coparticipación Municipal por Salud de la Provincia de Buenos Aires”** (Lago Fernando Pablo, Moscoso Nebel Silvana, Elorza María Eugenia, Ripari, Nadia Vanina, García Diéguez Marcelo, Ghigliani Maria Gisela), que adjuntamos como Anexo a la presente iniciativa.

Desde la economía, el concepto de salud no se analiza como la ausencia de enfermedad, sino como una noción de nivel asociado a un conjunto de factores que representan tanto las decisiones del propio individuo, como las decisiones que adopten las políticas gubernamentales con respecto a la atención y el cuidado de la salud.

Diferentes autores plantean una función de producción de salud en la cual la variable dependiente es el status de salud y las variables independientes son los bienes y servicios para el cuidado de la salud, el estilo de vida, el medio ambiente y la biología humana. Para las personas carentes de recursos, la oferta pública de servicios es



esencial para su bienestar, por ello la importancia que este tema reviste para la vida de los bonaerenses.

Según el informe anteriormente mencionado existen variables que impactan en la salud de la población y entre ellas podemos encontrar:

- Medio ambiente 20%
- Biología humana un 25%
- Sistema sanitario y la atención médica el 10%
- Estilo de vida un 45%.

Analizando estos datos, podemos inferir la importancia de las políticas sanitarias que lleven adelante los Municipios y más aún si las mismas están orientadas a reducir las desigualdades en salud. *“Bajo este enfoque, el acceso a los servicios de salud sería sólo una parte de los determinantes de la equidad en salud, o de los resultados obtenidos en salud.*

Sin embargo, bajo un criterio redistributivo de los recursos, es indiscutible que el Estado debe proveer la atención sanitaria a precio cero a los individuos que han deteriorado su stock de salud y carecen de recursos o cobertura. Además, se considera una incumbencia del Estado proveer la inversión necesaria que garantice los bienes y servicios mínimos que la medicina preventiva reconoce imprescindibles en toda la población a través de la atención primaria de la salud (en adelante APS).”¹

Los datos aseguran que en nuestro país la población de menor ingreso tiene menor acceso a la salud y los Hospitales Públicos y Centros de Atención Primaria de la Salud son su única opción de

¹ Barbieri N, De la Puente C, Tarragona S. La equidad del gasto público en salud. Instituto de Investigaciones de la Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales. (Serie de Estudios en Finanzas Públicas N° 9).



atención. Por lo cual resulta relevante hacer foco en cómo se asignan recursos al sector salud. Debemos tener en cuenta además que los recursos son de libre disponibilidad, lo que significa que pueden ser asignados a cualquier tipo de gasto.

La Provincia de Buenos Aires implementó en las últimas décadas un mecanismo de asignación de los recursos públicos a los municipios por salud. **Los criterios de distribución de estos fondos de coparticipación desde el Estado provincial hacia los municipios en lo referido al componente "salud" han derivado en inequidades en las posibilidades de acceso al sistema de salud de los ciudadanos bonaerenses sin cobertura y en una reducción de la eficiencia en la asignación de los recursos a nivel local.**

El proceso de descentralización del sistema de salud implementado en nuestra Provincia, tuvo sus fortalezas al acercar los niveles de decisión a las demandas regionales, y ciertas debilidades observadas en los criterios utilizados para la asignación de recursos coparticipables. Las decisiones tomadas desde los Municipios pueden responder a: i) los incentivos generados por los criterios de asignación de recursos, o ii) a reales necesidades de la población objetivo.

Lo que resulta claro es que los criterios de distribución no parecen haber beneficiado a los partidos en peor situación económica relativa reflejándose en la existencia de fuertes disparidades en los recursos recibidos entre los municipios. Según estudios realizados: *"Los valores de coparticipación y gasto*



finalidad salud municipal en términos per cápita aumentan a medida que crece la riqueza de los municipios.” El análisis de estas cifras sugiere que la riqueza relativa de cada municipio parece condicionar su nivel de gasto público en salud.

Como dije al principio de estos fundamentos, se reconoce la necesidad de diseñar un indicador de necesidad compuesto por otras variables sumamente sensibles tales como población con necesidades básicas insatisfechas, población sin cobertura de salud, entre muchas otras para que esto funcione como factor indicativo y de alerta para la asignación de recursos.

En vista de lo anterior, se sugiere modificar los ponderadores de las actividades de internación y las actividades de APS a fin de corregir los problemas de eficiencia. Si en un municipio hubiere más de un establecimiento con internación y de diferente nivel de complejidad, la actual fórmula de distribución de recursos pondera el total de las camas por el nivel de complejidad más alto. Este mecanismo generó que varios Municipios tengan en sus hospitales complejidad innecesaria, lo que resulta ineficiente en términos económicos y conlleva en muchos casos a salas de internación que en la realidad no funcionan ni son utilizadas, ejemplos de estos casos abundan en nuestra Provincia, así como también la manipulación de estas cifras por parte de los gobiernos municipales de turno. Asimismo, debemos tener en cuenta que los recursos enviados son de libre disponibilidad, por lo cual, pueden ser utilizados en diversas cuestiones que no tienen nada que ver con la salud.



Por ello, en la presente ley se han tenido en cuenta indicadores de riesgo sanitario poblacional, asumiendo que la equidad es el principal objetivo de las políticas públicas en el sector salud, **debemos interpretar la equidad como el objetivo de garantizar que cada individuo reciba el volumen de recursos requeridos para satisfacer sus necesidades.**

No se deben entremezclar las temáticas de financiamiento a los municipios y diseño de políticas en salud, si bien esto parece muy complejo, bajo la modalidad que en este proyecto se plantea se podría lograr sin problemas.

“El Estado tiene el desafío de dejar de ver como único objetivo el ofrecer sólo servicios de curación y la oportunidad de comenzar a establecer, a través de sus políticas de financiamiento, los incentivos necesarios para generar salud.”

Por todo lo expuesto, solicito a mis pares, me acompañen con el presente proyecto de Ley.



Dra. Abigail Gómez
Diputada Provincial



ANEXO

"Diagnóstico y Propuesta de Reforma del Sistema de Coparticipación Municipal por Salud de la Provincia de Buenos Aires"

Lago Fernando Pablo², Moscoso Nebel Silvana³, Elorza María Eugenia⁴, Ripari, Nadia Vanina⁵, García Diéguez Marcelo⁶, Ghigliani Maria Gisela⁷.

Introducción

Desde la economía, el concepto de salud no se analiza como la ausencia de enfermedad, sino como una noción de nivel asociado a un conjunto de factores que representan tanto las decisiones del propio individuo, como las decisiones que adopten las políticas gubernamentales con respecto a la atención y el cuidado de la salud.

Diferentes autores⁸ plantean una función de producción de salud en la cual la variable dependiente (el output) es el status de salud y las variables independientes (los inputs) son los bienes y servicios para el cuidado de la salud (cs), el estilo de vida (ev), el medio ambiente (ma) y la biología humana (bh). Bajo este argumento, y abusando levemente del lenguaje, se puede expresar la función de producción de salud como: $SS(cs, ev, ma, bh)$.

En particular, la variable que representa los bienes y servicios médicos - sanitarios que un individuo demanda, está asociada al acceso a la atención de la salud⁹, el cual está vinculado estrictamente con la oferta pública de servicios (para quienes no tienen recursos ni cobertura) y con la cobertura de las aseguradoras, para quienes pertenecen al sector formal de la economía.

Con relación al impacto de estos inputs en el status de salud de una población, algunos autores^{10,11} encontraron que el medio ambiente contribuye alrededor del 20% en la producción global de salud, la biología humana un 25%, el sistema sanitario y la atención médica el 10% y el estilo de vida un 45%. Estos estudios revelan que los "servicios médicos-sanitarios" contribuyen modestamente a la producción de salud, lo cual abre numerosos interrogantes acerca de qué tipo de servicios (asistenciales o preventivos) deben proveer los sistemas de salud¹².

² Doctor en Economía. Profesor de Finanzas Públicas. Universidad Nacional del Sur. Buenos Aires, Argentina: Tel: 54-291-4595101-2732. E-mail: 4595101-2732. E-mail: fiago@uns.edu.ar

³ Doctora en Economía. Profesora de Economía de la Salud. IIES (CONICET) - Universidad Nacional del Sur. Buenos Aires, Argentina. Tel: 54-291-4595101-2732. E-mail: moscoso@criba.com.ar

⁴ Licenciada en Economía. IIES (CONICET) - Universidad Nacional del Sur. Buenos Aires, Argentina. Tel: 54-291-4595101-2740. E-mail: meugilorz@hotmail.com

⁵ Licenciada en Economía. IIES (CONICET) - Universidad Nacional del Sur. Buenos Aires, Argentina. Tel: 54-291-4595101-2740. E-mail: n_ripari@yahoo.com.ar

⁶ Médico. Mg. En Educación Médica. Profesor del Epidemiología. Universidad Nacional del Sur. Departamento de Ciencias de la Salud. Tel: 54-291-154729091. E-mail: gdieguezm@gmail.com

⁷ Médica. Municipalidad de Bahía Blanca. Tel: 54-291-155055161. E-mail: mg_ghigliani@hotmail.com

⁸ Folland S., Goodman A., Stano M. The economics of Health and Health Care. Prentice Hall. Chapter 4, pp. 79-98, 1997.

⁹ Phelps Charles. Health Economics. Second edition. Addison-Wesley Educational Publishers Inc. New York. Chapter 1, pp. 10-26, 1997.

¹⁰ Dever A. Epidemiology in Health Services Management. Aspen Publisher, Inc. Chapter 2, pp. 25 – 44, 1984.

¹¹ Informe sobre Desarrollo Humano en la Provincia de Buenos Aires: condiciones de salud y educación. Buenos Aires; Senado de la Nación. Capítulo 7, 1999.

¹² Moscoso N., Lago F. Impacto del gasto en salud en el status de salud poblacional: el caso argentino. [Rev. Asoc. Med. Bahía Blanca](#); 16 (4): 110-116, oct.-dic, 2006.

En el mismo sentido, para Barbieri et al.¹³ las políticas orientadas a reducir las desigualdades en salud, requieren de una visión amplia de los determinantes de salud de la población ya que "la salud individual y colectiva es el resultado de procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos" donde no solamente los servicios de atención producen salud, sino también los individuos, las familias, y las comunidades (sociedad civil, organizada y el Estado). Bajo este enfoque, el acceso a los servicios de salud sería sólo una parte de los determinantes de la equidad en salud, o de los resultados obtenidos en salud.

Sin embargo, bajo un criterio redistributivo de los recursos, es indiscutible que el Estado debe proveer la atención sanitaria a precio cero a los individuos que han deteriorado su stock de salud y carecen de recursos o cobertura. Además, se considera una incumbencia del Estado proveer la inversión necesaria que garantice los bienes y servicios mínimos que la medicina preventiva reconoce imprescindibles en toda la población a través de la atención primaria de la salud¹⁴ (en adelante APS).

Entre las formas de implementar políticas públicas que mejoren la equidad en los sistemas de salud, diferentes autores plantean la descentralización en la prestación de algunos servicios estatales hacia los niveles inferiores de gobierno¹⁵. Así, la descentralización se considera como un mecanismo idóneo para aumentar la participación de la población en la solución de sus necesidades, optimizando la gestión pública al acercar las decisiones de gasto a los usuarios directos. Se espera que en este proceso los servicios públicos sean provistos con mayor eficiencia y en mayor concordancia con las necesidades de la población¹⁶.

Sin embargo, a medida que la descentralización se impone en los niveles más bajos de gobierno, cobran relevancia las fuentes de financiamiento locales. En el sector salud específicamente, la literatura reconoce como uno de los potenciales efectos adversos de la descentralización, la posibilidad de un aumento en la inequidad del financiamiento del sector entre los distintos gobiernos locales¹⁷. Por lo tanto, si no existe un mecanismo efectivo que permita establecer subsidios cruzados entre las poblaciones "ricas" y "pobres", probablemente la inequidad en el financiamiento aumente¹⁸ y se requiera una mayor responsabilidad de los niveles superiores de gobierno para reducirla.

Si bien se observa que las respuestas gubernamentales al momento de elegir el tipo de sistema de salud difieren substancialmente entre países, el financiamiento público del sector se puede considerar una variable proxy de la intervención estatal en el mismo. Al comparar, en un grupo amplio de países, el financiamiento público del gasto total en salud (en adelante GTS) con los resultados obtenidos, Lago y Moscoso¹⁹ observan una correlación positiva entre dicho

¹³ Barbieri N, De la Puente C, Tarragona S. La equidad del gasto público en salud. Instituto de Investigaciones de la Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales. (Serie de Estudios en Finanzas Públicas Nº 9).

¹⁴ La intervención estatal en la financiación y provisión de bienes y servicios médicos sanitarios también se justifica por la existencia de numerosos fallos en los mercados del sector salud.

¹⁵ Brijjal V, Gilson L, Mahon J, McIntyre D and Thomas S. Key Issues in Decentralization: A Background Paper. Prepared for the EDI/World Bank Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing. Health Economics Unit, University of Cape Town and Centre for Health Policy, University of Witwatersrand, 1998.

¹⁶ Herrera Edgard. Descentralización: un nuevo intento, Documento de trabajo del Banco Mundial. Disponible en: http://info.worldbank.org/etools/docs/library/115401/sansalv/docs/sansalv/Herrera_DESCENTRALIZACION%20UN%20NUEVO%20INTENTO.pdf

¹⁷ Thomas S, Mbatsha S, Muirhead, D y Okorafor O. Primary Health Care Financing and Need Across Health Districts in South Africa. Health Economics Unit, University of Cape Town, 2004.

¹⁸ Collins C. Decentralisation. Janovsky K (ed.) Health Policy and Systems Development. An Agenda for Research. Geneva: World Health Organization (p 161-178).

¹⁹ Moscoso Nebel, Lago Fernando. Envejecimiento poblacional y composición público-privada del gasto total en salud en países con distintos niveles de ingreso. Anales de la Asociación de Economía Política, 2005.

financiamiento y la Esperanza de Vida al Nacer lo cual podría indicar que el financiamiento público estaría vinculado a una mejor performance en los indicadores de salud poblacional.

En Argentina los sectores poblacionales de menores ingresos tienen limitado el acceso a los servicios de atención por su escasa capacidad de pago y falta de cobertura médica (obra social o medicina prepaga). Dado que los hospitales públicos y centros de atención primaria de salud (en adelante CAPS) se convierten en la opción natural de atención, resulta relevante evaluar los criterios con los cuales se asignan los recursos públicos al sector salud en los diferentes niveles de gobierno.

En particular, la Provincia de Buenos Aires ha implementado en las últimas décadas un mecanismo de asignación de recursos públicos a los municipios por salud. La hipótesis de este trabajo es que los criterios de distribución de estos fondos (denominados de coparticipación) desde el Estado provincial hacia los municipios en lo referido al componente "salud" han derivado en inequidades en las posibilidades de acceso al sistema de salud de los ciudadanos bonaerenses sin cobertura y en una reducción de la eficiencia en la asignación de los recursos a nivel local.

Objetivo

El presente trabajo se propone diagnosticar el Sistema de Coparticipación Municipal por Salud de la Provincia de Buenos Aires y diseñar una potencial reforma en función de las deficiencias observadas. Para ello se propone, en primer lugar, describir los mecanismos de asignación de recursos públicos en salud implementados en diferentes países, en particular en aquellos países que tiene un sistema federal similar al mecanismo objeto de nuestro estudio.

En segundo lugar, se analiza y describe el funcionamiento del sistema de salud en la Provincia de Buenos Aires. En tercer lugar, se analizan los criterios del actual mecanismo de asignación de recursos coparticipables por salud a los municipios de la Provincia de Buenos Aires. En cuarto lugar, se evalúa el impacto de los criterios de distribución considerando los problemas de eficiencia, equidad y control.

En quinto lugar, se desarrolla un diagnóstico de la situación de los municipios, considerando la evolución del porcentaje de coparticipación en los últimos 10 años, y los niveles de gasto público per cápita en salud así como las necesidades en salud definidas según tasa de mortalidad infantil. Finalmente se presentan las recomendaciones diseñadas por los autores para mejorar los actuales criterios de asignación de recursos.

Metodología

La metodología propuesta para las dos primeras partes consiste en un análisis descriptivo. En la primera parte se realiza una descripción a modo de survey de los diferentes tipos de mecanismos de asignación de recursos públicos implementados en diferentes países que se proponen una distribución eficiente y equitativa de los recursos para la atención de la salud. En la segunda parte se caracteriza el sistema de salud provincial con datos que fueron obtenidos de organismos oficiales y otras fuentes secundarias. En la tercera parte, se describe el mecanismo de distribución de los fondos coparticipables por salud en base al análisis de la legislación provincial que regula en dicha materia. En la cuarta parte, se realiza una revisión bibliográfica de los principales problemas detectados en el actual sistema de coparticipación a partir de los incentivos generados por la fórmula de coparticipación expuesta en la tercera parte. Para el desarrollo de esta parte se

considera la evolución de algunos indicadores de demanda y oferta hospitalaria en el período 2001-2010.

Para la quinta parte se implementa una metodología cuantitativa y retrospectiva con el objetivo de: i) analizar la evolución de los porcentajes de coparticipación asignados a los municipios en el período 2001–2010, ii) describir la distribución de recursos de coparticipación por municipio, así como los niveles de gasto en salud municipal (en adelante GSM), gasto hospitalario provincial (en adelante GHP) y financiamiento público del sector salud incluidos el gasto en salud municipal y el gasto hospitalario provincial (en adelante GPS (m+p)). En todos los casos se emplean promedios de los valores per cápita.

Para este análisis se consideran agrupaciones de los municipios de acuerdo a dos clasificaciones alternativas: i) considerando su carácter de centro urbano del interior, rural, semi+rural o conurbano, y ii) de acuerdo a su nivel de riqueza relativa, para lo cual se agrupa a los municipios en 5 quintiles de acuerdo a su Producto Bruto Geográfico per cápita correspondiente al año 2003 (ver Anexo 1). Finalmente se analiza si la asignación de los recursos públicos está asociada a las necesidades de gasto, reflejadas en la Tasa de Mortalidad Infantil (en adelante TMI). La información utilizada en esta apartado se obtuvo en la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Dirección Provincial de Coordinación Federal y Municipal.

Parte I: Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires

La Provincia de Buenos Aires es la más extensa y poblada de la República Argentina. Posee una superficie de 307.571 km² que representa el 11,1% del territorio nacional. De acuerdo a los datos del Censo de Población 2001, vivían en la provincia aproximadamente 14.000.000 habitantes que representaban aproximadamente el 40% de la población argentina. De estos, el 62,8% –8.684.437 habitantes– vivía en el Conurbano Bonaerense y el 37,2% restante en el interior de la provincia²⁰.

El “Conurbano Bonaerense”, es una región densamente poblada que rodea a la Capital Federal y está formada por 24 municipios que se encuentran diferenciados por cordones. El primer cordón está compuesto por los municipios de Avellaneda, Gral. San Martín, Lanús, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López. El segundo cordón está integrado por los municipios de Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, San Miguel, Islas Malvinas, José C. Paz, Lomas de Zamora, La Matanza, Merlo, Quilmes, San Fernando y Tigre. El resto de los 134 municipios pertenecen al grupo que se conoce como “Interior Provincial”²¹. Este último, está compuesto por municipios que si bien se diferencian de los del conurbano, comparten algunas características presentando una importante heterogeneidad al interior del grupo. En particular, de acuerdo a la cantidad de habitantes se podrían diferenciar tres grandes grupos de municipios: urbanos, semi-rurales y rurales.

De acuerdo a Chiara et al. el primer cordón está integrado por los municipios lindantes a la Capital Federal, que presentan la mayor densidad poblacional, las menores tasas de crecimiento poblacional, la mejor provisión de servicios urbanos y sociales y los mejores indicadores de salud.

²⁰ Los resultados provisionales del censo 2010 arrojan que el 60,58% –9.448.040 personas– vive en el Conurbano Bonaerense y el 39,41% en el interior de la provincial –6.146.388 personas.

²¹ Barbieri N. C. Política fiscal y política sanitaria: tensiones evidentes a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia. Salud Colectiva. 2007; 3 (1):49-61.

Se caracterizan por tener una población con menor proporción de niños y jóvenes, bajas tasas de natalidad, alta mortalidad general y un saldo migratorio negativo²².

Los municipios del segundo cordón tienen características muy distintas a las del primer cordón y a las del interior de la provincia. En términos de su estructura demográfica, se caracterizan por tener poblaciones más jóvenes, con una tasa de natalidad aún alta o estable y una mortalidad general baja y mayores niveles de población con necesidades básicas insatisfechas. Un tercer grupo de municipios comienza a esbozar el denominado tercer cordón. Se trata de los municipios de Escobar, Pilar y Presidente Perón, cuyas características demográficas y epidemiológicas se asemejan a las del segundo cordón²³.

En el sistema de salud de la provincia de Buenos Aires se identifican tres subsectores: público, privado y de la seguridad social. En dicho ámbito, es el Ministerio de Salud de la Provincia el organismo que, de acuerdo a los lineamientos generales formulados por la autoridad nacional, ejecuta y decide las políticas de salud.

En particular, el sector público provee servicios sanitarios a través de una amplia red pública de establecimientos de salud (provinciales y municipales principalmente). Este subsector se ocupa de atender las demandas de salud de los grupos poblacionales de menores ingresos sin cobertura de seguros de salud, de quienes tienen limitaciones de acceso geográfico y de beneficiarios de obras sociales, emergencias y accidentes. Por otro lado, realiza actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud, además de los servicios de atención de menor nivel de complejidad a través de centros de atención primaria de la salud.

A partir de la década del setenta, se generó un intenso proceso de descentralización al interior de la provincia que ha afectado a los mecanismos de financiamiento y asignación de recursos del subsector público. Actualmente, como consecuencia del mismo, el gasto total en salud de la provincia es financiado en gran medida con recursos que provienen de los presupuestos municipales.

Una característica adicional en el sistema de salud de la provincia de Buenos Aires es la regionalización de la gestión establecida por la Ley 7.016 y reglamentada por el Decreto 805/67 de la legislación provincial^{24 25}. Este nivel intermedio de gobierno está constituido por las llamadas las Regiones Sanitarias que son delegaciones del Ministerio de Salud Provincial responsables de ejecutar los lineamientos generales adaptados a resolver las necesidades regionales. Por esto, las mismas fueron delimitadas de acuerdo a: a) factores geográficos; b) factores demográficos; c) factores socio-económicos; d) medios de comunicación y transportes; e) equipamiento sanitario; y f) características sanitarias. Sin embargo, en la práctica sólo realizan funciones de capacitación de recursos humanos, centralización de información de la región para remitir al nivel central, distribución de medicamentos, y coordinación de ciertos programas centrales con los municipios. Actualmente, los municipios se encuentran agrupados en las 12 regiones sanitarias que se presentan en la Figura N° 1 del Anexo.

²² Chiara M, Di Virgilio M, Ariovich A. La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: Reflexiones en torno a la política local (2000-2005). Salud Colectiva. 2010; 6(1):74-64.

²³ Chiara M, Di Virgilio M, Ariovich A. La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: Reflexiones en torno a la política local (2000-2005). Salud Colectiva. 2010; 6(1):74-64.

²⁴ Barbieri N. C. Política fiscal y política sanitaria: tensiones evidentes a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia. Salud Colectiva. 2007; 3 (1):49-61.

²⁵ Barbieri N, De la Puente C, Tarragona S. La equidad del gasto público en salud. Instituto de Investigaciones de la Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales.



Para avanzar en la descripción de la demanda de los servicios sanitarios es posible considerar el enfoque de necesidad-demanda-oferta, pues no necesariamente las necesidades de una población coinciden con la demanda de atención sanitaria²⁶. La estimación de la demanda se relaciona estrictamente con patrones de comportamiento de consumo de bienes y servicios sanitarios mientras que la de las necesidades se basan en condiciones socioeconómicas, de percepción del individuo, entre otras^{27 28}.

En primer lugar, en función de la descripción poblacional realizada en el apartado anterior, se puede analizar la demanda de los servicios sanitarios tanto por regiones sanitarias como por tipo de municipios (conurbano, urbano, semi-rural y rural). Entre los indicadores comúnmente utilizados para describir la demanda de servicios sanitarios se destacan el número de consultas y de egresos hospitalarios, entre otros. De acuerdo al número de consultas de los distintos tipos de municipios para el periodo 2009-2010 se observa que los municipios del conurbano son los que presentan el mayor número, seguido por los rurales, urbanos y los semi-rurales (24.340.741, 8.694.767, 4.492.559, 3.298.251 respectivamente). Sin embargo, en relación al número de egresos hospitalarios, si bien los municipios del conurbano y los rurales son los que evidencian los mayores valores, los semi-rurales registran mayores valores que los urbanos (196.126, 187.571, 49.314, 47.749 respectivamente). Realizando el mismo análisis para las regiones sanitarias, se observa que las regiones V, VI y XII presentan los principales valores en número de consultas mientras que son las regiones VII, V y VIII quienes registran mayor número de egresos.

Los resultados anteriores son esperables de acuerdo a los perfiles demográficos y epidemiológicos de las regiones V, VI, VII y XII. Estas regiones comprenden a municipios con amplias necesidades de salud pertenecientes al Conurbano. Además, una importante proporción de personas que vive en ellos no posee cobertura de seguro de salud por lo cual es esperable que la demanda de servicios sanitarios se oriente en gran medida al sector público, incrementando el número de consultas y egresos.

Maceira analiza las consultas y egresos demandados de acuerdo al nivel jurisdiccional (provincial o municipal) en el año 2008. Observa que el 69% de las consultas se realizaron a nivel municipal, mientras que el 55% de los egresos, se efectuaron en el nivel provincial²⁹. Esto se encuentra en consonancia con las distribuciones de complejidad entre jurisdicciones dado que los municipios son los encargados de la atención de menor complejidad.

En el Cuadro N° 1 se presenta el número de consultas y de egresos per capita³⁰ promedio por regiones sanitarias. Se aprecia una gran heterogeneidad en el número de consultas per cápita siendo 2,2 el menor valor registrado en la Región Sanitaria IV y 7,35 consultas per cápita el mayor valor registrado en la Región Sanitaria XI. Por otro lado, el número de egresos per cápita presenta valores inferiores a la unidad en todas las regiones. En particular, el valor máximo del periodo se registró en la Región Sanitaria II y el valor mínimo en la Región Sanitaria VI.

Cuadro N° 1: Consultas y Egresos per cápita promedio por Región Sanitaria (Período 2009-2010)

²⁶ Desviat M, Delgado M, González C, Hernández M. Necesidad, demanda y representación social del trastorno mental en el sur de la región de Madrid. Publicación del Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain. España. 1993.

²⁷ Salinas MA, Muñoz MF, Barraza de León AR, Villarreal RE, Nuñez RG, Garza EME. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. Salud Pública de Méx. 2001; Vol. 43(4):324.335.

²⁸ Economics and Development Resource Division. Project Economic Evaluation Division. Analysis of Demand and Need. En: Handbook for the Economic Analysis of Health Sector Projects. Philippines: Asian development bank, 2000: 27 - 38.

²⁹ Maceira, Daniel "Gasto en Salud en un contexto descentralizado. La Provincia de Buenos Aires", Documento de Trabajo N° 19, Noviembre 2008.

³⁰ Se toma la población del año 2010 según resultados provisionales del Censo 2010.

Región Sanitaria	Consultas	Egresos
I	5,11	0,097
II	4,85	0,140
III	5,38	0,128
IV	3,17	0,082
V	3,90	0,046
VI	2,20	0,007
VII	2,70	0,030
VIII	6,92	0,090
IX	3,73	0,100
X	3,21	0,064
XI	7,35	0,054
XII	3,07	0,010

Fuente: elaboración propia sobre la base de información de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Dirección Provincial de Coordinación Federal y Municipal.

Otros indicadores susceptibles de analizar para comprender el comportamiento de la demanda de servicios son: i) los niveles ocupacionales de las instituciones hospitalarias y, ii) la rotación de pacientes (medida en función de la cantidad de días por estadía). Se puede observar que el porcentaje ocupacional es mayor en hospitales de jurisdicción provincial mientras que no se encuentra una clara diferencia con relación al índice de rotación³¹.

Con relación a las necesidades de la población, Maceira³² destaca la necesidad de incorporar al mismo indicadores tales como: nivel de ingresos (el PIB per cápita), necesidades básicas insatisfechas (porcentaje de personas con NBI) y una combinación de ambas para evaluar calidad de vida (el índice de desarrollo humano). Por otro lado, es posible tomar como una variable proxy de las necesidades sanitarias la Tasa de Mortalidad Infantil. Realizando un análisis por Regiones Sanitarias, se observa que para el periodo analizado son las regiones XI, VII, VI, VIII y V las que presentan los valores más altos (entre 12,13 y 15,00 cada 1000 nacimientos) mientras que las regiones IX, II, y I son las que se encuentran mejor relativamente.

La oferta prestacional del subsector público está compuesta por establecimientos con y sin internación nacionales, provinciales y municipales. Estos últimos son principalmente Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), los cuales dependen de los gobiernos locales en el 99% de los casos³³ ³⁴. El primer nivel de atención está compuesto por 1.750 establecimientos sin internación, de los cuales casi la totalidad (1.736) son municipales.

³¹ Maceira, Daniel "Gasto en Salud en un contexto descentralizado. La Provincia de Buenos Aires", Documento de Trabajo N° 19, Noviembre 2008.

³² Maceira, Daniel "Gasto en Salud en un contexto descentralizado. La Provincia de Buenos Aires", Documento de Trabajo N° 19, Noviembre 2008.

³³ Barbieri N. C. Política fiscal y política sanitaria: tensiones evidentes a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia. Salud Colectiva. 2007; 3 (1):49-61.

³⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos. Capítulo 3: "La salud en el largo plazo", 2010. Disponible en: <http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/idh2010-informe.html>.

El segundo nivel de atención dispone de 339 establecimientos hospitalarios que dependen de diferentes jurisdicciones tal como se muestra en el Cuadro N° 2. En el mismo se puede apreciar que los centros asistenciales públicos son principalmente provinciales y municipales. Además la relación entre ambos niveles ha sufrido modificaciones en los últimos años debido a la política de municipalización de los establecimientos de menor complejidad (de 41 establecimientos provinciales sin internación que existían en 1995 se pasó a un total de 12 en 1999). Al mismo tiempo, se ha incrementado la oferta de establecimientos provinciales de alta tecnología (de 61 establecimientos con internación en 1995 a 71 en 2001)³⁵.

Aunque en términos absolutos, el número de establecimientos con internación provinciales es reducido (69) respecto a los municipales (269), su participación dentro del sistema de salud es decisiva. Estos son en su mayoría de gran tamaño (disponen de mayor cantidad de camas por establecimiento) y presentan la mayor complejidad del sistema.

El argumento económico para que la provincia financie mayor complejidad (y por lo tanto mayor tecnología) son las altas economías de escala y el mayor alcance territorial de los servicios. De esta forma, el proceso de descentralización de establecimientos se realizó entre los distintos niveles jurisdiccionales bajo dos principios económicos sumamente relevantes para la organización de los servicios: el aprovechamiento de las economías de escala y la internalización del efecto derrame de los establecimientos con alta tecnología, quedando la mayoría de los establecimientos más complejos bajo la órbita provincial (hospitales zonales e interzonales) y los de mediana y baja complejidad en los niveles municipales³⁶.

Cuadro N° 2: Establecimientos y Camas del Subsector Público según jurisdicción por Regiones Sanitarias

Región Sanitaria	Total			Provinciales			Municipales			Nacionales		
	Establecimientos		Camas	Establecimientos		Camas	Establecimientos		Camas	Establecimientos		Camas
	Con Int.	Sin Int.		Con int.	Sin Int.		Con int.	Sin Int.		Con int.	Sin Int.	
I	50	144	2187	1	0	290	49	144	1897	0	0	0
II	35	75	1497	1	0	78	34	75	1419	0	0	0
III	22	63	975	1	0	156	21	63	819	0	0	0
IV	21	133	1503	3	0	441	18	133	1062	0	0	0
V	33	286	3228	8	1	1151	25	285	2077	0	0	0
VI	27	337	3844	17	1	3418	9	336	423	1	0	3
VII	22	175	4927	7	1	2156	12	174	841	3	0	1930
VIII	39	150	2182	3	3	619	35	146	1491	1	1	72
IX	24	87	1386	4	1	252	20	86	1134	0	0	0

³⁵ Cuaderno de Economía N° 63. Estado de situación y propuesta de reforma del sistema asistencial público de la provincia de Buenos Aires. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Argentina, enero de 2002.

³⁶ Cuaderno de Economía N° 63. Estado de situación y propuesta de reforma del sistema asistencial público de la provincia de Buenos Aires. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Argentina, enero de 2002.

X	21	85	950	3	2	271	18	83	679	0	0	0
XI	39	143	4137	19	4	3255	20	139	882	0	0	0
XII	6	72	814	2	0	450	4	72	364	0	0	0
Total	339	1750	27630	69	13	12537	265	1736	13088	5	1	2005

Fuente: Elaboración propia en base a Diagnóstico de las zonas sanitarias 2007-2008.

La distribución de los recursos físicos observada en el Cuadro N° 2 muestra una marcada heterogeneidad entre regiones. La dispersión es más marcada en el caso de los hospitales provinciales, lo cual podría explicarse porque muchos de estos centros (generalmente los de mayor tamaño) tienen alcance interzonal y se concentran en pocos núcleos urbanos. En cambio en el caso de los hospitales municipales, su distribución es más homogénea.

Parte II: Mecanismo de asignación de recursos coparticipables por salud en la Provincia de Buenos Aires

En la Provincia de Buenos Aires el régimen actual de Coparticipación impositiva se fundamenta en la Ley 10.559 del año 1987, modificada parcialmente por la Ley 10.752/88 y 10.820/88 (ver leyes en Anexos 2, 3 y 4). Este régimen establece qué porcentaje se destina al funcionamiento de provincia y cual a los municipios (distribución primaria de recursos públicos)³⁷. La recaudación total de la provincia, que resulta de sumar los recursos provenientes de la coparticipación federal y aquellos derivados de impuestos como ingresos brutos, inmobiliario, automotores, sellos, tasas retributivas de servicios, es distribuida entre los municipios. Actualmente la provincia de Buenos Aires destina por distribución primaria el 16,14% de sus ingresos al funcionamiento de los municipios³⁸.

Del total de fondos transferidos a los municipios, la distribución secundaria establece los criterios con los cuales se distribuyen los recursos entre municipios³⁹. Del total de fondos a distribuir, la provincia destina el 58% de acuerdo al "coeficiente único de distribución" (en adelante CUD). Este coeficiente se estima en función de: la población; la inversa de la capacidad tributaria; la superficie y la situación de salud del municipio. Este esquema surge de la ley 10.559 que es la que actualmente regula la distribución de fondos provinciales⁴⁰. Por otro lado, el 42% restante se distribuye según tengan servicios transferidos; 37,13% hacia los municipios con servicios de salud transferidos y 5% para los municipios con otros servicios transferidos.

Esta provincia se distingue por ser la única que destina un porcentaje fijo de la masa coparticipable para el financiamiento del sector salud municipal⁴¹, el cual se redistribuye en función de ciertos indicadores que intentan capturar la oferta del sistema público de salud local (en términos de la

³⁷ Chiara M, Di Virgilio M, Ariovich A. La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: Reflexiones en torno a la política local (2000-2005). Salud Colectiva. 2010; 6(1):74-64.

³⁸ Cuaderno de Economía N° 63. Estado de situación y propuesta de reforma del sistema asistencial público de la provincia de Buenos Aires. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Argentina, enero de 2002.

³⁹ Chiara M, Di Virgilio M, Ariovich A. La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: Reflexiones en torno a la política local (2000-2005). Salud Colectiva. 2010; 6(1):74-64.

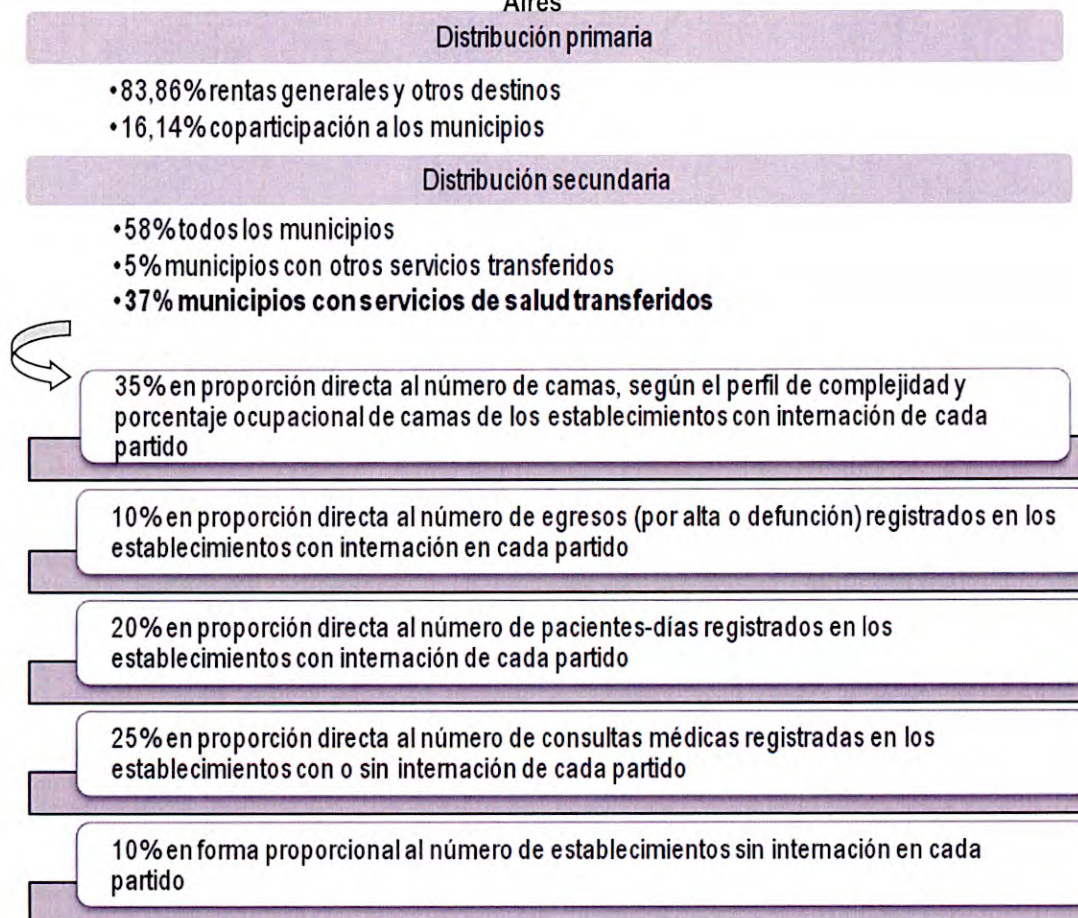
⁴⁰ Informe digital Metropolitano. Coparticipación municipal: números e inequidades. Fundación Metropolitana. N° 73. Junio de 2010. Disponible en: www.metropolitana.org.ar

⁴¹ Barbieri N. C. Política fiscal y política sanitaria: tensiones evidentes a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia. Salud Colectiva. 2007; 3 (1):49-61.

infraestructura disponible y su nivel de complejidad) y su producción (en términos de cantidad de prestaciones recibidas por la población).

En particular, la ley (adoptada en la provincia en el año 1987, vigente desde 1989) tiene como objetivo dar respuesta a los problemas financieros que acumulaban los municipios como consecuencia de las transferencias previas de los servicios de salud. Así, el objetivo de dicha legislación en cuanto a la distribución por salud parece responder al resarcimiento del gasto de los servicios municipales de salud⁴². Para determinar qué porcentaje de la coparticipación por salud corresponde a cada municipio, se calcula un ponderador sobre la base de los criterios presentados en el siguiente gráfico⁴³.

Figura N° 1: Distribución de las variables de coparticipación municipal de la Provincia de Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia

De esta forma, los 134 partidos bonaerenses obtienen recursos por dos vías: i) tasas municipales compuestas por fondos genuinos y, ii) los recursos provenientes de la coparticipación. Si dependieran sólo de las tasas, las municipalidades podrían afrontar poco más que el pago de salarios, que se llevan la mitad de las erogaciones actuales del sector salud. Por ello, las finanzas municipales se vuelven "muy dependientes de la recepción de ingresos extrajurisdiccionales que

⁴² Barbieri N. C. Política fiscal y política sanitaria: tensiones evidentes a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia. Salud Colectiva. 2007; 3 (1):49-61.

⁴³ Cuaderno de Economía N° 63. Estado de situación y propuesta de reforma del sistema asistencial público de la provincia de Buenos Aires. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Argentina, enero de 2002.



proviene de la ley de coparticipación provincial cuyo coeficiente de distribución primario (16,14% del total) resulta escaso⁴⁴.

Los 134 partidos bonaerenses obtienen recursos por dos vías: i) tasas municipales compuestas por fondos genuinos, que significan en promedio alrededor del 58% del presupuesto local y, ii) los recursos provenientes de la coparticipación. Si dependieran sólo de las tasas, las municipalidades podrían afrontar poco más que el pago de salarios, que se llevan la mitad de las erogaciones actuales del sector salud. De esta forma, las finanzas municipales se vuelven “muy dependientes de la recepción de ingresos extrajurisdiccionales que provienen de la ley de coparticipación provincial cuyo coeficiente de distribución primario (16,14% del total) pareciera ser escaso⁴⁵.”

En el actual contexto de financiamiento, los fondos provenientes de los repartidores asociados a salud cobran una importancia vital. En el cuadro 3 se presenta el porcentaje de los fondos coparticipables que representa el componente salud para cada uno de los cuatro grupos de municipios: conurbano, rural, semi-rural y grandes centros urbanos del interior⁴⁶, en los años 2007 y 2011.

Cuadro 3: Promedio de los fondos de coparticipación bruta atribuibles al componente salud por grupo de municipio.

Clasificación de Municipios	Promedio de % del CUD atribuible al componente salud 2007	Promedio de % del CUD atribuible al componente salud 2011
Conurbano	28,40%	28,25%
Rural	50,11%	50,36%
Semi-rural	35,53%	34,43%
Urbano	26,26%	25,73%

Fuente: elaboración propia sobre la base de información de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Dirección Provincial de Coordinación Federal y Municipal.

Puede observarse que mientras que, en los partidos de mayor población (conurbano y urbano) los fondos por salud representan alrededor del 28% y 26% del total respectivamente, dicho porcentaje aumenta a medida que la población disminuye, siendo de aproximadamente 35% para los municipios semi-rurales y del 50,11% en los rurales. Asimismo, no existen variaciones sustanciales en el peso relativo de los recursos por salud respecto del total de recursos coparticipables en los años analizados.

Parte III: Falencias del actual criterio de distribución

Habiendo definido los actuales criterios de distribución de recursos coparticipables de la Provincia de Buenos Aires, a continuación se presentan ciertas consecuencias observadas en el sistema de

⁴⁴ Informe digital Metropolitano. Coparticipación municipal: números e inequidades. Fundación Metropolitana. N° 73. Junio de 2010. Disponible en: www.metropolitana.org.ar.

⁴⁵ Informe digital Metropolitano. Coparticipación municipal: números e inequidades. Fundación Metropolitana. N° 73. Junio de 2010. Disponible en: www.metropolitana.org.ar

⁴⁶ Se clasifican los partidos pertenecientes al conurbano según datos del INDEC. Los grandes centros urbanos del interior son aquellas ciudades con más de 100.000 habitantes, las poblaciones rurales son aquellas con una cantidad de habitantes comprendida entre 50.000 y 100.000, mientras que los municipios rurales son aquellos con menos de 50.000 habitantes.

salud provincial, las cuales pueden clasificarse en: problemas de sustentabilidad, de eficiencia, de equidad, de control, y de política.

- Problemas de sustentabilidad

Se observan en la medida que la masa de coparticipación aumenta o disminuye según los ciclos macroeconómicos, lo cual no asegura que se cubran los gastos derivados de la prestación de los servicios de salud. Chiara et al. observan que los recursos totales en concepto de coparticipación en salud que recibieron los municipios del conurbano muestran una tendencia bastante generalizada a la baja para los 24 municipios en el período 2000-2002, y una recuperación a partir de los años 2003-2004, momento en el que comienza a verificarse el impacto de la recuperación de la economía en la recaudación⁴⁷.

Este problema plantea como interrogante ¿por qué un porcentaje de la atención de la salud es financiada con recursos coparticipables en lugar de tener un financiamiento asegurado con partidas específicas dentro del presupuesto, en este caso provincial. De la misma forma que el financiamiento de la educación provincial no queda supeditado a los ciclos económicos, se esperaría que la atención y promoción de la salud no dependa del escenario recaudatorio.

- Problemas de eficiencia

Ocurren principalmente por la ponderación de actividades de atención de la enfermedad, ya que lo percibido por coparticipación corresponde en un 65% a los servicios de internación hospitalaria. Las señales de precios, derivadas de las variables y ponderadores utilizados en la determinación de la asignación de recursos por salud no generan incentivos para el desarrollo de las políticas públicas propuestas por expertos: prevención, promoción, nuevos modos de atención (internación domiciliaria, hospital de día, etc)⁴⁸. En este sentido, contrariamente a estas líneas de pensamiento que pregonan la importancia de la APS como puerta principal de acceso al sistema de salud, los actuales criterios incentivan el aumento de la internación y del promedio de días de estada, premiando en mayor medida el proceso de atención⁴⁹.

A su vez, cuando en el municipio hubiere más de un establecimiento con internación y de diferente nivel de complejidad, se pondera el total de las camas por el nivel de complejidad más alto, incluidas las camas de observación en CAPS y en asilos de ancianos, lo cual genera incentivos a recategorizar los establecimientos con mayores niveles de complejidad, no siempre necesarios de acuerdo a la red hospitalaria⁵⁰. Los municipios podrían sobredimensionar la oferta hospitalaria, generando en algunos casos un sobrefinanciamiento en relación al gasto⁵¹.

En el cuadro 4 se muestran los cambios en el máximo nivel de complejidad de las distintas categorías de municipios en el período 2001/2010. Se observa que un 14,18% de los municipios incrementaron su nivel de complejidad, mientras que el 83,58% no registró cambios. Los

⁴⁷ Chiara M, Di Virgilio M, Ariovich A. La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: Reflexiones en torno a la política local (2000-2005). Salud Colectiva. 2010; 6(1):74-64.

⁴⁸ Barbieri N, De la Puente C, Tarragona S. La equidad del gasto público en salud. Instituto de Investigaciones de la Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales. (Serie de Estudios en Finanzas Públicas N° 9).

⁴⁹ Cuaderno de Economía N° 63. Estado de situación y propuesta de reforma del sistema asistencial público de la provincia de Buenos Aires. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Argentina, enero de 2002.

⁵⁰ Chiara M, Di Virgilio M, Ariovich A. La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: Reflexiones en torno a la política local (2000-2005). Salud Colectiva. 2010; 6(1):74-64.

⁵¹ Barbieri N, De la Puente C, Tarragona S. La equidad del gasto público en salud. Instituto de Investigaciones de la Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales. (Serie de Estudios en Finanzas Públicas N° 9).

incrementos se focalizaron en los municipios del conurbano y rurales, con un 20,83% y un 16,47% respectivamente del total de establecimientos de su grupo.

Cuadro 4: Cambios en el máximo nivel de complejidad por grupos de municipios (período 2001/2010)

Nivel de complejidad	Clasificación del Municipio				Total general
	Conurbano	Rural	Semi-rural	Urbano	
Aumentó	20,83%	16,47%	0,00%	0,00%	14,18%
Disminuyó	4,17%	1,18%	0,00%	10,00%	2,24%
Sin variación	75,00%	82,35%	100,00%	90,00%	83,58%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: elaboración propia sobre la base de información de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Paralelamente la incorporación de complejidad innecesaria podría redundar en otra ineficiencia del sistema de atención de la salud conocida como “filtraciones”. Se entiende por filtración una mala asignación del usuario a algún tipo de servicio. Un filtrado es aquella persona que accede a determinado servicio o financiamiento cuando en realidad no debería recibirlo, ya sea porque está fuera del grupo objetivo de la política considerada o porque no necesita las prestaciones recibidas.

En base a esta definición amplia pueden distinguirse dos tipos de “filtraciones”: i) filtraciones de tipo “general”, que ocurren cuando una persona recibe gratuitamente un servicio público (consulta, análisis clínico, etc.) que no debería recibir sin costo, ya sea porque posee cobertura social o porque posee recursos para financiar la atención, ii) filtraciones entre “niveles de atención pública”, que ocurren cuando una persona asiste a un hospital público cuando podría haberse atendido en un CAPS o cuando asiste a un hospital provincial pudiendo haber asistido a uno municipal⁵².

La expansión de la infraestructura hospitalaria puede analizarse observando los cambios en las camas disponibles cada 10.000 habitantes (cuadro 4). En consonancia con los incentivos planteados por la actual fórmula de distribución de recursos, se observa un incremento en el número de camas, tanto en términos absolutos como cada 10.000 habitantes donde la mayor variación se observa en los centros urbanos del interior (12,47%) y en los municipios del conurbano (7%).

Sin embargo, se evidencian grandes disparidades entre las categorías de municipios: mientras que en el conurbano y centros urbanos del interior la cantidad de camas promedio se ubica aproximadamente en 0,3 cada mil habitantes, en los partidos rurales dicho promedio llega a 4,3. Tanto en el 2001 como en 2010, los valores de ocupación promedio de camas más altos se encuentran en el conurbano y el más bajo en los municipios rurales.

Con excepción de los centros urbanos del interior (que registraron la mayor expansión porcentual en el número de camas por cada 10.000 habitantes), todas las categorías de municipios aumentaron su porcentaje de ocupación en el período analizado, lo cual indica un incremento en

⁵² Cuaderno de Economía N° 63. Estado de situación y propuesta de reforma del sistema asistencial público de la provincia de Buenos Aires. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Argentina, enero de 2002.

el uso de la capacidad hospitalaria. Sin embargo, resulta llamativo observar que si bien la mayoría de los municipios ha aumentado el número de camas, persiste la capacidad ociosa.

Cuadro 5: Camas totales disponibles, porcentaje de ocupación y promedio cada 10.000 hab. por grupo de municipio (2000-2010).

Partidos	Camas 2000 – 2001			Camas 2009-2010			% variación camas x 10.000 hab
	disponibles	% ocupación	x 10.000 hab	disponibles	% de ocupación	x 10.000 hab	
Conurbano	2641	74,47%	2,97	3146,63	76,14%	3,18	6,88%
Rural	7456	65,62%	42,69	8283,67	67,50%	44,26	3,67%
Semi-rural	1224	67,34%	11,64	1269,23	70,81%	11,12	-4,48%
Urbano	693	72,65%	2,80	839,87	69,65%	3,14	12,47%
Total provincial	12014	68,15%	8,48	13539,40	69,95%	8,68	2,38%

Fuente: elaboración propia sobre la base de información de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El incremento de camas se correlaciona con la cantidad de pacientes día por cada 1000 habitantes, en el sentido que los municipios que más aumentaron las camas, también registraron el mayor incremento en este indicador (cuadro 5). En el mismo sentido se observan aumentos en los egresos cada 1.000 habitantes. Ambos indicadores demuestran que la expansión del número de camas estuvo acompañada de incrementos en el uso de las mismas.

Cuadro 6: Promedio de pacientes día y egresos cada 1000 habitantes por grupo de municipio (2001 – 2010)

Partidos	Pacientes día x 1000 hab.			Egresos x 1000 hab.		
	2000-2001	2009-2010	% incremento 2001-2010	2000-2001	2009-2010	% incremento 2001-2010
Conurbano	79,19	87,90	11,00%	16,02	20,11	20,32%
Rural	1019,85	1089,40	6,82%	85,64	100,22	14,55%
Semi-rural	285,79	287,29	0,53%	34,80	43,19	19,42%
Urbano	73,95	89,84	21,49%	11,26	16,71	32,60%
Total general	209,57	223,03	6,42%	25,16	30,83	18,38%

Fuente: elaboración propia sobre la base de información de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

- Problemas de equidad

Actualmente se acepta que la equidad es el principal objetivo de las políticas públicas en el sector salud. Las medidas de política pública destinadas a reducir las inequidades en salud pueden orientarse en diversas dimensiones. La empleada en el desarrollo de modelos de distribución es el logro de *equidad en la asignación de los recursos financieros*. Esta dimensión de la equidad puede ser interpretada en distintas formas.

- Lograr que el gasto per cápita sea igual para todas las personas.
- Vincular estos recursos per cápita al cumplimiento de metas de acceso y cobertura.
- Garantizar que cada individuo reciba el volumen de recursos requeridos para satisfacer sus necesidades.

Ciertos problemas de equidad se observan porque los criterios de asignación de recursos coparticipables privilegian la demanda efectiva de servicios (medida en consultas, días de internación y egresos), más allá de las potenciales necesidades según el riesgo sanitario de la población objetivo. Para Barbieri et al. la necesidad puede ser percibida o no, puede expresarse en demanda o no, y puede generar utilización o no. Para la autora este planteo es el origen de tres posibles desequilibrios del sistema de salud originados por las brechas entre: necesidad y demanda, demanda y oferta, y necesidad y oferta⁵³.

Un antecedente que podría estar comprobando la ausencia de correlación entre gasto público y necesidades se observa en el estado de situación del sector público de la Provincia de Buenos Aires desarrollado por el Ministerio de Economía donde se analiza la distribución del gasto público, provincial y municipal, per cápita, y la relaciona con el PIB per cápita municipal. Se observa que los municipios con mayores ingresos poseen mayor gasto per cápita que los municipios más pobres, lo cual implica que el gasto en salud en la provincia no parecería ser redistribuido entre regiones ricas y pobres⁵⁴.

Otra ineficiencia se detecta en los municipios que asisten a beneficiarios con cobertura (o capacidad de pago) quienes tendrían una mayor capacidad de financiar su sistema de salud con un menor esfuerzo de recursos locales, en relación a municipios donde su población tiene menores recursos y/o cobertura en salud. Sin embargo, en el criterio de asignación de recursos por coparticipación no se diferencian las prestaciones otorgadas y financiadas por pacientes con cobertura.

Es de suma relevancia considerar la población sin cobertura o con ciertas necesidades socioeconómicas ya que si la asignación de recursos se examina considerando un criterio puramente capitativo, implícitamente se está asumiendo que todos los individuos tienen semejante necesidad de asistencia sanitaria *sin existir diferencias en la demanda*.

Si bien es cierto que la población puede ser una variable relevante para determinar la necesidad de servicios sanitarios (sobre todo en las necesidades de atención primaria donde la población objetivo debería ser toda la sociedad), hay otros factores que deberían considerarse para alcanzar una distribución equitativa tales como: la estructura demográfica, la morbilidad, mortalidad y las diferencias en cada región de los precios relativos de los *inputs*.

⁵³ Barbieri N, De la Puente C, Tarragona S. La equidad del gasto público en salud. Instituto de Investigaciones de la Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales (Serie de Estudios en Finanzas Públicas N° 9).

⁵⁴ Cuaderno de Economía N° 63. Estado de situación y propuesta de reforma del sistema asistencial público de la provincia de Buenos Aires. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Argentina, enero de 2002.



- Problemas de control

Dado que la distribución de recursos se realiza en función de la información provista por los establecimientos municipales, es poco viable el monitoreo de las potenciales sobreprestaciones. Dado que el pago es por producción, podrían darse situaciones de sobredeclaración de prestaciones o sobreprestaciones (prestaciones innecesarias)⁵⁵.

A su vez, dado que los recursos recibidos por cada municipio en concepto de coparticipación en salud son de libre disponibilidad⁵⁶ (lo que implica que pueden destinarse a cualquier finalidad), esta autonomía municipal podría estar dando lugar a distintos niveles de equidad en el acceso a la atención de la salud, difícilmente monitoreados por el nivel provincial o nacional⁵⁷.

Un posible monitoreo podría implementarse mediante contratos similares a los que la Provincia de Buenos Aires celebró a través del Ministerio de Salud (y la Dirección Provincial de Hospitales) con ciertos hospitales provinciales en los cuales la asignación presupuestaria está sujeta al cumplimiento de ciertas metas. Así como la provincia puede establecer indicadores de eficiencia de sus hospitales medidos a través de: gasto total del hospital por consulta y por egreso realizado, egresos en relación a las camas y proporción del gasto total que se destina al personal, sería relevante diseñar indicadores similares para los municipios que reciben recursos de la coparticipación⁵⁸.

- Problemas para el diseño de políticas públicas

Los criterios de distribución secundaria de recursos públicos propuestos en la Ley 10.820 no promueven el diseño independiente de las políticas sanitarias en los niveles locales dado que dicha legislación no es más que un sistema de transferencias de carácter devolutivo a las instancias responsables de los servicios⁵⁹. En este sentido, la legislación promueve el incremento de las variables de oferta prestacional más que el diseño de políticas sanitarias⁶⁰.

Este criterio de asignación de recursos impide el diseño de políticas públicas acorde a las recomendaciones de expertos (básicamente priorizar las acciones de APS) y termina ponderando excesivamente la atención de la enfermedad, lo que induce a una distorsión en la asignación de recursos municipales, por cuanto lo percibido por coparticipación corresponde preponderantemente a la actividad de internación (el 65% se distribuye por la actividad de internación hospitalaria). Un ejemplo de esta situación se observa en el municipio de Malvinas Argentinas que apostó a incrementar sus ingresos por coparticipación incrementando el número

⁵⁵ Cuaderno de Economía N° 63. Estado de situación y propuesta de reforma del sistema asistencial público de la provincia de Buenos Aires. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Argentina, enero de 2002.

⁵⁶ En la provincia de Buenos Aires la coparticipación por salud reviste el carácter de transferencia no condicionada y por lo tanto no es vinculable con ningún gasto en particular.

⁵⁷ Barbieri N, De la Puente C, Tarragona S. La equidad del gasto público en salud. Instituto de Investigaciones de la Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales. (Serie de Estudios en Finanzas Públicas N° 9).

⁵⁸ El objetivo de estos contratos, denominados "Compromiso de Gestión", es aumentar la eficiencia y la calidad en la producción hospitalaria, al tiempo que se propicia mayor descentralización y autonomía para el hospital. Para ello, el hospital se compromete a poner en ejecución las acciones necesarias para solucionar los problemas que hayan sido detectados en su funcionamiento (para lo cual el Ministerio realiza un diagnóstico previo de la situación de cada hospital) Ver Cuaderno de Economía N 63, 2002.

⁵⁹ Chiara M, Di Virgilio M, Ariovich A. La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: Reflexiones en torno a la política local (2000-2005). Salud Colectiva. 2010; 6 (1):74-64.

⁶⁰ Informe sobre Desarrollo Humano en la Provincia de Buenos Aires: condiciones de salud y educación. Buenos Aires; Senado de la Nación. Capítulo 7, 1999.

de camas municipales (como única dotación pública) pasando de 160 camas en 2001 a 388 camas en 2006⁶¹.

Otra inconsistencia se observa en relación a las políticas de descentralización implementadas en las últimas décadas, las cuales se propusieron, entre otros aspectos, dejar en manos de la provincia los establecimientos de alta complejidad. Sin embargo, la fórmula para el reparto de la coparticipación por salud pondera las camas de cada municipio según el mayor nivel de complejidad obtenido, incentivando a los municipios a incluir mayores niveles de complejidad, en contraposición con los argumentos originales de las políticas de descentralización.

Parte IV: Diagnóstico de situación de los recursos públicos asignados al sector salud por regiones y municipios de la Provincia de Buenos Aires

Para iniciar el diagnóstico de situación en el Cuadro 7 se describen las principales fuentes de financiamiento público de las doce regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires.

Cuadro 7: Financiamiento público del gasto en salud según fuente de financiamiento (por regiones sanitarias)

Región Sanitaria	CSM per cápita (2007)	GFSM per cápita (2007)	% Financiamiento GFSM por CSM (2007)	GHP per cápita (2007)	GPS (m+p) per cápita (2007)
I	\$ 177,86	\$ 216,87	82%	\$ 69,88	\$ 286,75
II	\$ 342,38	\$ 292,72	117%	\$ 64,23	\$ 356,94
III	\$ 212,70	\$ 195,31	109%	\$ 108,78	\$ 304,09
IV	\$ 132,93	\$ 164,27	81%	\$ 100,63	\$ 264,89
V	\$ 86,27	\$ 147,61	58%	\$ 72,24	\$ 219,85
VI	\$ 27,56	\$ 58,40	47%	\$ 119,82	\$ 178,22
VII	\$ 48,63	\$ 82,78	59%	\$ 80,48	\$ 163,26
VIII	\$ 100,65	\$ 167,75	60%	\$ 96,08	\$ 263,83
IX	\$ 262,75	\$ 320,88	82%	\$ 104,60	\$ 425,49
X	\$ 146,14	\$ 169,95	86%	\$ 135,52	\$ 305,47
XI	\$ 69,27	\$ 86,01	81%	\$ 345,26	\$ 431,27
XII	\$ 48,69	\$ 108,66	45%	\$ 60,75	\$ 169,41
Diferencia valor max - min	12,42	5,5		5,68	2,64

Fuente: elaboración propia sobre la base de información publicada en el "Diagnóstico de las regiones sanitarias 2007-2008".

CSM: Coparticipación por salud municipal, GFSM: gasto finalidad salud municipal, GHP: Gasto hospitalario provincial, GPS (m+p): Gasto público en salud municipal y provincial.

⁶¹ Paralelamente en otros municipios, se apostó a reducir el gasto municipal, como el municipio de Florencio Varela que si bien incrementó el número de camas de 216 en 2002 a 233 en 2005, 185 quedaron bajo jurisdicción provincial y sólo 48 bajo la órbita municipal (Chiara, 2010).



Se observa gran disparidad en la proporción que representan los recursos asignados por el componente salud en el financiamiento de los gastos en salud de los municipios. Así como en la región sanitaria XII este porcentaje es sólo el 45%, en la región sanitaria II los recursos recibidos por el componente salud son mayores a las erogaciones municipales en ese sector (por un 17%).

Luego, al incluir en el análisis el gasto hospitalario provincial, se observa que el mismo actuaría como un efecto compensatorio del gasto municipal en diferentes regiones, ya que las diferencias entre los valores mínimos y máximos observadas en las columnas 1 y 4, se reducen notablemente cuando analizamos el gasto público agregado, municipal y provincial, en la columna 5.

En el Cuadro 8 se identifican, sobre la base de datos de los recursos provistos por la coparticipación correspondiente a los años 2000-2001 y 2009-2010, aquellos municipios que han incrementado su porcentaje de coparticipación por salud. Luego, en el Cuadro 8, se analiza con datos de 2008 la distribución del gasto público per cápita en salud (municipal y provincial), con el objetivo de determinar si existe a nivel municipal alguna asociación entre necesidades de gasto en salud, aproximadas por la Tasa de Mortalidad Infantil, y el gasto público en salud per cápita.

En ambos casos se utilizan dos clasificaciones alternativas de los municipios que componen la provincia: a) Por densidad poblacional, distinguiendo entre municipios del conurbano, urbano, semi rurales y rurales, y b) Por riqueza relativa, identificando el quintil del Producto Bruto Geográfico (en adelante PBG) per cápita (correspondiente al año 2003) al cual pertenecen.

Cuadro 8: Municipios que aumentaron/disminuyeron el porcentaje de coparticipación por salud (período 2001-2010).

Clasificación de los municipios	Aumento			Disminuyo			Total variación % coparticipación salud 2001-2010
	Cantidad de municipios	% del total municipios	Variación absoluta % coparticipación salud	Cantidad de municipios	% del total municipios	Variación absoluta % coparticipación salud	
Conurbano	9	6,7%	8,45%	15	11,2%	-6,15%	2,30%
Rural	42	31,3%	4,00%	43	32,1%	-4,43%	-0,43%
Semi-rural	4	3,0%	0,21%	11	8,2%	-1,30%	-1,09%
Urbano	2	1,5%	1,16%	8	6,0%	-1,94%	-0,78%
Total general	57	42,5%	13,82%	77	57,5%	-13,82%	0,00%

Fuente: elaboración propia sobre base de datos de la Dirección de Información Sistematizada del ministerio de salud de la provincia de buenos aires y de la Dirección de Estadística Provincial.

En términos agregados 57 municipios incrementaron su participación y 77 la disminuyeron. Puede observarse que los municipios más beneficiados por incrementos en la coparticipación por salud son aquellos del grupo "rurales" que representa el 31,3% del total de municipios, seguido por los municipios del conurbano, con un 6,7% del total. Si se analizan los cambios absolutos en los porcentajes de coparticipación, los más beneficiados han sido los partidos del conurbano representando un incremento de 8,45% en los fondos recibidos, seguido por los rurales con un 4% de incremento absoluto.

Del grupo de partidos que vieron disminuir su porcentaje de coparticipación entre 2001 y 2010, el más numeroso es nuevamente el de los partidos rurales (32,1% del total de municipios) seguido por los partidos del conurbano, que representan un 11,2% del total. Analizando las caídas en los puntos de coparticipación, la pérdida más alta corresponde a los partidos del conurbano (6,15%) seguido por los municipios rurales con un 4,43%.

A nivel agregado se observa que el conurbano fue el más beneficiado por los cambios en los porcentajes de coparticipación, habiendo registrado un incremento de 2,30% en los fondos recibidos entre 2001 y 2010. Tal incremento tiene como contrapartida una reducción de igual magnitud en los porcentajes de coparticipación del resto de las categorías de municipios, siendo el grupo semi-rural el que tuvo mayor pérdida relativa.

Si se incluye en el análisis el nivel de riqueza relativa de cada municipio a través de la clasificación por quintiles de PBG per cápita (Cuadro 9), se observa que los quintiles más favorecidos por los cambios en los porcentajes de coparticipación son el primer quintil (ingreso bajos) y el cuarto (ingresos medio - alto), mientras que los quintiles 2 (medio - bajo) y 3 (medio) son los mayores perdedores. Asimismo, el porcentaje recibido por el quintil de mayores ingresos ha experimentado un leve cambio positivo en el período.

Cuadro 9: Variación absoluta del porcentaje de coparticipación por salud (por grupos de municipios y por quintiles de PBG per cápita, periodo 2001-2010)

Partido	Quintil PBG per cápita					Total
	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto	Alto	
Conurbano	3,32%	0,05%	0,20%	-0,72%	-0,56%	2,30%
Rural	-0,44%	-0,60%	-0,39%	0,58%	0,42%	-0,43%
Semi-rural	-0,62%	-0,49%	-0,02%	-0,11%	0,16%	-1,09%
Urbano		-1,00%	-0,94%	1,16%		-0,78%
Total general	2,26%	-2,05%	-1,14%	0,93%	0,02%	0,00%

Fuente: elaboración propia sobre base de datos de la Dirección de Información Sistematizada del ministerio de salud de la provincia de buenos aires y de la Dirección de Estadística Provincial.

El hecho que, el mayor incremento haya ocurrido en el quintil más bajo puede ser considerado positivo desde el punto de vista de la equidad en la asignación de los recursos de coparticipación por salud, pero tal aumento se logra a costa principalmente de los municipios de los dos siguientes quintiles de menor PBG per cápita, mientras que los dos de ingresos más altos registran aumentos (0,93 en el cuarto quintil y 0,02 en el quinto quintil).

Asimismo, la situación dentro de cada quintil, considerando cada grupo de municipios muestra fuertes disparidades. Resulta especialmente llamativo el hecho que, en el primer quintil de PBG per cápita, sólo los partidos del conurbano mejoran su situación relativa, mientras que los rurales y semi rurales empeoran. Sumado esto a la caída en los porcentajes de los quintiles 2 y 3 mencionada anteriormente, la evaluación general parece indicar que los cambios en los distribuidores registrados el período 2001-2010 no han beneficiado especialmente a los partidos más pobres del interior de la provincia.

Un dato interesante para destacar resulta de las variaciones observadas en el financiamiento entre grupo de municipios del conurbano donde los municipios de ingresos medio alto y alto han reducido

su participación relativa a costa de incrementarse el porcentaje de coparticipación por salud en los municipios de ingresos bajo, medio bajo y medio. Sin embargo, esto no nos permitiría concluir acerca de la equidad/inequidad en los criterios de asignación de recursos sin antes revisar las necesidades en salud asociadas a cada grupo de municipios.

En el siguiente cuadro se analiza para cada grupo de municipios los valores per cápita de: i) los recursos que recibió por coparticipación y, ii) los recursos municipales destinados a salud. Se observan fuertes disparidades tanto entre los municipios del mismo grupo de PBG, como entre municipios de similar densidad poblacional.

Cuadro 10: Coparticipación por salud y gasto finalidad salud municipal (valores en pesos per cápita por grupos de municipios y por quintiles de PBG per cápita, año 2008)

Quintil PBG per cápita	Nivel Municipal	Conurbano	Rural	Semi rural	Urbano	Total general
Bajo	Coparticipación por Salud	44,9	179,4	96,7		50,5
	Gasto Finalidad Salud Municipal	79,0	215,2	113,5		83,7
Medio bajo	Coparticipación por Salud	30,8	261,4	111,2	32,9	62,8
	Gasto Finalidad Salud Municipal	99,4	292,4	171,2	85,4	119,5
Medio	Coparticipación por Salud	79,1	240,0	108,6	48,3	96,0
	Gasto Finalidad Salud Municipal	144,4	278,5	165,9	83,0	143,9
Medio alto	Coparticipación por Salud	55,5	300,6	184,9	20,7	85,2
	Gasto Finalidad Salud Municipal	110,8	288,9	243,1	35,5	103,9
Alto	Coparticipación por Salud	130,5	380,8	104,6		248,2
	Gasto Finalidad Salud Municipal	255,6	351,5	148,4		283,5

Fuente: elaboración propia en base a datos del Diagnóstico de las zonas sanitarias 2007-2008 y la Dirección Provincial de Estadísticas.

Es notorio el aumento en los valores per cápita (tanto de coparticipación por salud como de gasto finalidad salud municipal) a medida que aumenta la riqueza de los municipios. Así, mientras los partidos del quintil más bajo reciben en concepto de coparticipación por salud un promedio de \$50 per cápita, los del quintil más alto reciben \$248,20. Con respecto al gasto finalidad salud municipal, los municipios del quintil más bajo gastan en promedio \$83, y tal suma asciende a \$248 en aquellos del quintil más alto.

En términos de coparticipación por salud per cápita, los municipios que reciben los promedios más bajos son los del conurbano del segundo quintil de PBG per cápita (con \$30,48) y el grupo urbano del quintil medio-alto (con \$20,7). El valor más alto lo encontramos en los municipios rurales del quinto quintil, con un valor promedio de \$380,8. Realizando el mismo análisis para el gasto finalidad salud municipal per cápita, encontramos el promedio más alto en los municipios rurales



del quintil más rico, mientras que el menor valor se obtiene en los municipios urbanos de ingresos medio-altos.

Estas cifras sugieren que la riqueza relativa de cada partido estaría condicionando su nivel de gasto público en salud, cualquiera sea la fuente de financiamiento. Sin embargo, una vez más es controvertido concluir cuestiones vinculadas con la equidad en la asignación de recursos públicos ya que no hemos incorporado indicadores de necesidad en salud para cada grupo de municipios.

En el Cuadro 11 se observa el promedio de gasto hospitalario provincial y la sumatoria del gasto público hospitalario provincial y gasto público municipal, en términos per cápita, por quintil de PBG per cápita y tipo de municipio. No resulta claro que el gasto hospitalario provincial se concentre en los municipios de menor riqueza relativa ya que el quintil ingresos mas bajos realiza un gasto provincial per cápita de \$93,3 y el mayor nivel se registra en el tercer quintil (PGB per cápita medio), con un gasto promedio per cápita de \$190,80, mientras que el más bajo se da en el cuarto quintil con \$49,7, seguido por el quinto quintil, con \$63 en promedio.

Si se considera la clasificación por tipo de municipios, el mayor gasto hospitalario provincial per cápita se registra en los centros urbanos del tercer quintil (\$322,3), mientras que el más bajo es en los partidos urbanos del cuarto quintil (\$16,8).

Cuadro 11: Gasto hospitalario provincial y gasto público en salud (municipal y provincial) por quintil de PBG per cápita y tipo de municipio (valores en pesos per cápita)

Quintil PBG per cápita	Nivel Provincial y Municipal (en pesos - valores per cápita)	Nivel Provincial y Municipal				Total general
		Conurbano	Rural	Semi rural	Urbano	
Bajo	Gasto Hospitalario Provincial	87,1	118,1	193,2		93,3
	Gasto Público Provincial y Municipal	166,0	333,4	306,8		177,0
Medio bajo	Gasto Hospitalario Provincial	91,8	109,8	109,6	122,0	108,6
	Gasto Público Provincial y Municipal	191,2	402,2	280,8	207,4	228,1
Medio	Gasto Hospitalario Provincial	102,5	93,5	124,6	322,3	190,8
	Gasto Público Provincial y Municipal	246,8	372,0	290,6	405,3	334,7
Medio alto	Gasto Hospitalario Provincial	154,8	50,8	19,8	16,8	49,7
	Gasto Público Provincial y Municipal	265,6	339,7	262,9	52,3	153,5
Alto	Gasto Hospitalario Provincial	44,5	33,7	179,0		63,0
	Gasto Público Provincial y Municipal	300,0	385,2	327,4		346,5

Fuente: elaboración propia sobre base de datos publicados en el Diagnóstico de las zonas sanitarias 2007-2008"

Analizando el gasto público total (municipal y hospitalario provincial), puede observarse que con excepción del cuarto quintil se registra un incremento del gasto a medida que aumenta la riqueza relativa de los municipios: mientras que el gasto total es en promedio \$177 en el quintil más bajo,



los partidos del quintil más alto registran en promedio prácticamente el doble (\$346,5) de gasto total en salud.

Por último, en el Cuadro 12 se presentan los recursos provistos a cada grupo de municipios por la Coparticipación en Salud según Tasa de Mortalidad Infantil, la cual es utilizada como variable proxy de las necesidades de salud. En esta clasificación de necesidades el primer quintil está integrado por los municipios con las tasas de mortalidad infantil más bajas, mientras que el último quintil está conformado por los municipios con los valores más altos y de acuerdo a nuestro supuesto, con mayores necesidades de atención pública. Sin embargo no se observa que mayor tasa de mortalidad se relacione con mas recursos coparticipables, por ejemplo, los municipios del cuarto quintil registran como grupo, los menores valores promedio de coparticipación municipal (\$55,16)

Cuadro 12: Recursos asignados por coparticipación según quintil de Tasa de Mortalidad Infantil

Recursos asignados por Coparticipación		Condición				Total general
TMI	(en pesos - valores per cápita)	Conurbano	Rural	Semi rural	Urbano	
1	Coparticipación Salud Municipal	54,37	320,24	162,08	16,23	76,03
2	Coparticipación Salud Municipal	75,81	252,7	41,87	152,4	100,06
3	Coparticipación Salud Municipal	48,1	246,81	95,28	38,79	67,06
4	Coparticipación Salud Municipal	24,45	408,36	202,9	24,09	55,16
5	Coparticipación Salud Municipal	52,87	257,61	117,76	24,47	91,97

Fuente: elaboración propia sobre base de datos publicados en el Diagnóstico de las Zonas Sanitarias 2007-2008.

A continuación se presentan las diferentes fuentes de financiamiento públicas para cada grupo de municipios según tasa de mortalidad infantil.

Quintil	Gasto Nivel Provincial y Municipal (en pesos - valores per cápita)	Condición				Total general	total
		Conurbano	Rural	Semi rural	Urbano		
1	Gasto Finalidad Salud Municipal	123,79	321,56	248,15	41,4	119,84	304,7
	Gasto Público Provincial y Municipal	192,23	387,58	291,42	104,21	184,86	
2	Gasto Finalidad Salud Municipal	136,89	265,88	61,1	238,28	153,28	400,4
	Gasto Público Provincial y Municipal	209,8	346,49	313,31	304,65	247,13	
3	Gasto Finalidad Salud Municipal	85,4	261,58	152,84	77,21	104,23	350,0
	Gasto Público Provincial y Municipal	186,17	348,47	261,69	335,81	245,85	
4	Gasto Finalidad Salud Municipal	46,82	404,88	215,2	86,74	78,92	

	Gasto Público Provincial y Municipal	161,46	436,34	319,5	178,76	186,33	265,2
	Gasto Finalidad Salud Municipal	91,7	270,34	146,62	32,8	122,07	
5	Gasto Público Provincial y Municipal	177,91	355,04	330,32	218,87	229,59	351,6

Cuadro 13: Gasto Finalidad Salud Municipal y Gasto Hospitalario Provincial y Municipal según quintiles de tasa de Mortalidad Infantil

Fuente: elaboración propia sobre base de datos publicados en el Diagnóstico de las zonas sanitarias 2007-2008.

Nuevamente se observa que los municipios con mayores tasas de mortalidad no han sido los mayores beneficiarios de asignación de recursos públicos. En particular el grupo de municipios del cuarto quintil es el que recibe menor cantidad de recursos públicos per cápita siendo uno de los grupos con mayores necesidades de atención pública.

Parte V: Recomendaciones finales

El proceso de descentralización del sistema de salud implementado en la provincia de Buenos Aires tuvo sus fortalezas al acercar los niveles de decisión a las demandas regionales, y ciertas debilidades observadas en los criterios utilizados para la asignación de recursos coparticipables.

Se observó una expansión: i) en la oferta de servicios hospitalarios (medida con el número de camas), principalmente en los partidos del conurbano y urbanos, y ii) en los niveles de complejidad (medidos con los establecimientos que aumentaron su nivel entre 2001 y 2010, particularmente en los municipios del conurbano y rurales. Esta situación podría responder a: i) los incentivos generados por los criterios de asignación de recursos, o ii) a reales necesidades de la población objetivo. Sin embargo la escasa información acerca las variables representativas del riesgo sanitario de la población por municipio nos ha impedido dar una respuesta absoluta.

Lo que resulta claro es que los criterios de distribución no parecen haber beneficiado a los partidos en peor situación económica relativa reflejándose en la existencia de fuertes disparidades en los recursos recibidos entre los municipios. Los valores de coparticipación y gasto finalidad salud municipal en términos per cápita aumentan a medida que crece la riqueza de los municipios. El análisis de estas cifras sugiere que la riqueza relativa de cada municipio parece condicionar su nivel de gasto público en salud.

Asimismo, los grupos de municipios con mayores necesidades de salud (medidas en términos de TMI) tampoco reciben los mayores niveles de recursos per cápita ni tienen los mayores niveles de gasto público municipal y total en salud. Sin embargo, se reconoce la necesidad de diseñar un indicador de necesidad compuesto por otras variables sumamente sensibles tales como población con necesidades básicas insatisfechas, población sin cobertura de salud, entre muchas otras. Estas variables no pudieron ser incorporadas por ausencia de información actualizada y desagregada.

En vista de lo anterior se expresarán algunas sugerencias. La primera recomendación está vinculada con la necesidad de desvincular el financiamiento de la salud de la recaudación de la economía, de los recursos coparticipables y por ende de los ciclos macroeconómicos. Resulta imperante asegurar el financiamiento de la atención de la salud (al igual que el financiamiento de la educación) con partidas específicas dentro del presupuesto provincial.



En segundo lugar, se sugiere modificar los ponderadores de las actividades de internación y las actividades de APS a fin de corregir los problemas de eficiencia. Si bien la fórmula actual pondera la cantidad de consultas, esta variable incluye tanto consultas en hospitales como en CAPS. Recomendamos la desagregación por tipo de consulta, donde se premien financieramente las realizadas en CAPS lo cual podría corregir la "señal de precios" vigente e incentivar el uso del primer nivel de atención.

Si en un municipio hubiere más de un establecimiento con internación y de diferente nivel de complejidad, la actual fórmula de distribución de recursos pondera el total de las camas por el nivel de complejidad más alto (incluidas las camas de observación en CAPS y en asilos de ancianos). Dado que este mecanismo de precios podría incentivar el incremento de complejidad innecesaria (y distorsiona las reales necesidades de financiamiento según el tipo de cama), se recomienda ajustar la asignación de recursos estrictamente al número de camas por el nivel de complejidad.

A continuación, en los siguientes cuadros presenta qué sucedería con la asignación de los recursos de la coparticipación si las camas de cada partido se ponderaran por su complejidad real. En primer lugar se presentan los diez municipios que encabezarían el listado de quienes verían reducidos los recursos con esta reforma.

Cuadro N° 13: Municipios que encabezarían el listado de quienes perderían recursos con esta reforma

	Partido	Cambio % coparticipación por salud	Valores nominales en pesos (2008)
1	Malvinas Argentinas	-0,38%	-4.614.145,34
2	Chascomus	-0,15%	-1.843.576,23
3	Coronel Suárez	-0,14%	-1.721.580,26
4	Vicente López	-0,13%	-1.556.060,61
5	Trenque Lauquen	-0,12%	-1.397.336,67
6	Ayacucho	-0,10%	-1.250.913,02
7	San Andrés De Giles	-0,09%	-1.083.182,61
8	Bragado	-0,09%	-1.043.808,42
9	Balcarce	-0,06%	-734.320,05
10	Pehuajo	-0,06%	-713.741,54

Fuente: elaboración propia.

De la misma forma, se presentan los primeros diez municipios que mejorarían su financiamiento si las camas de cada partido se ponderan por su complejidad real.

Cuadro N° 14: Municipios que encabezarían el listado de quienes aumentarían recursos con esta reforma

	Partido	Cambio % coparticipación por salud	Valores nominales (2008)
1	La Matanza	0,15%	\$ 1.815.449,25
2	San Miguel	0,13%	\$ 1.510.053,97
3	Pilar	0,11%	\$ 1.290.901,92
4	San Isidro	0,09%	\$ 1.115.425,23

5	Morón	0,09%	\$ 1.096.154,67
6	Esteban Echeverría	0,08%	\$976.641,84
7	Bahía Blanca	0,07%	\$852.614,61
8	Tres Arroyos	0,07%	\$ 795.372,81
9	Coronel Pringles	0,06%	\$ 762.328,72
10	Laprida	0,06%	\$ 729.590,58

Fuente: elaboración propia.

A continuación se presenta el nuevo escenario, esto es, si las camas de cada partido se ponderan por su complejidad real pero en este caso se agrupan por tipo de municipio. Se observa que, los municipios del conurbano y del sector rural, serían los más beneficiados ya que tienen el mayor porcentaje de municipios que vería aumentados los recursos por coparticipación.

Cuadro N° 15: Municipios que aumentarían/reducirían los recursos con esta reforma por tipo de municipio

Clasificación del partido - datos 2001	Nueva situación con el ajuste de camas por nivel de complejidad			Total general
	aumenta	disminuye	no varía	
Conurbano	58%	17%	25%	100%
rural	56%	39%	5%	100%
semi-rural	20%	47%	33%	100%
urbano	30%	20%	50%	100%
Total general	51%	34%	15%	100%

Fuente: elaboración propia.

Se recomienda incorporar indicadores de riesgo sanitario poblacional. Asumiendo que la equidad es el principal objetivo de las políticas públicas en el sector salud, recomendamos interpretar la equidad como el objetivo de garantizar que cada individuo reciba el volumen de recursos requeridos para satisfacer sus necesidades. Para ello será necesario involucrar indicadores que capten necesidades de atención de salud en las diferentes zonas geográficas de la Provincia de Buenos Aires tales como: i) Tasa de mortalidad infantil, ii) Tasa de mortalidad materna, iii) Población sin cobertura formal en salud (obra social o medicina prepaga), iv) Población con necesidades básicas insatisfechas, v) Población que vive por debajo de los niveles de pobreza e indigencia, vi) Producto bruto geográfico per cápita, vii) Índices de desarrollo humano, viii) Características demográficas (distribución de la población por grupo etáreo), ix) Perfil epidemiológico (distribución estadística de la enfermedad por municipios).

Dado que los recursos recibidos por cada municipio en concepto de coparticipación en salud son de libre disponibilidad, es decir, revisten el carácter de transferencia no condicionada y por lo tanto no es vinculable con ningún gasto en particular, se recomienda la implementación de una fórmula de distribución dinámica con ajustes anuales en función de los objetivos alcanzados en términos de capacidad instalada, capacidad de atención y resultados de salud obtenidos en el tiempo. Adicionalmente, se propone que las variables incluidas en la fórmula de distribución no sean susceptibles de manipular por los propios municipios o partidos, pues esto impide el monitoreo y control.



En vista de lo anterior, parece que el actual mecanismo de distribución por coparticipación responde a los problemas de financiamiento de los municipios más que a un diseño deliberado de políticas de salud pública. El Estado tiene el desafío de dejar de ver como único objetivo el ofrecer sólo servicios de curación y la oportunidad de comenzar a establecer, a través de sus políticas de financiamiento, los incentivos necesarios para generar salud. Es incuestionable la necesidad de replantear los criterios que condicionan la transferencia de fondos coparticipables a los municipios a fin de lograr una mayor asociación entre el financiamiento y las necesidades de gasto sanitario, a la vez que se eliminen los incentivos negativos observados en este trabajo.

Glosario

APS: atención primaria de la salud

GTS: gasto total en salud

Pacientes – día: cantidad de días de internación registrados en los establecimientos de cada municipio

EVN: Esperanza de Vida al Nacer

CAPS: centros de atención primaria de salud

TMI: tasa de mortalidad infantil en menores de un año

GPS: Gasto público en salud

PBG: Producto Bruto Geográfico

GHP: Gasto hospitalario provincial

GPT: Gasto público total (municipal y provincial)

Anexos

Anexo 1: Clasificación de municipios bonaerenses por quintil de PBG per cápita

Partidos que pertenecen al primer quintil (ingresos per capita bajos)



JOSE C. PAZ
PRESIDENTE PERON
MORENO
SAN MIGUEL
ALMIRANTE BROWN
FLORENCIO VARELA
ITUZAINGO
CORONEL DE MARINA L.
ROSALES
LA MATANZA

SAN VICENTE
HURLINGHAM
BERISSO
LOMAS DE ZAMORA
MALVINAS ARGENTINAS
BERAZATEGUI
MERLO
MERCEDES
QUILMES
LANUS

GRAL PAZ
DOLORES
PUNTA INDIO
SAN PEDRO
CAÑUELAS
ESTEBAN ECHEVERRIA
MAGDALENA
LAS FLORES
MARCOS PAZ

Partidos que pertenecen al segundo quintil (ingresos per cápita medio- bajos)

GRAL RODRIGUEZ
LUJAN
GRAL MADARIAGA
EZEIZA
LOBOS
TIGRE
CHIVILCOY
BRANDSEN
MAIPU

VEINTICINCO DE MAYO
GRAL ALVARADO
SAN NICOLAS
GRAL BELGRANO
MORON
TRES DE FEBRERO
CASTELLI
EXALTACION DE LA CRUZ
TAPALQUE

MONTE
BRAGADO
BAHIA BLANCA
GRAL PUEYRREDON
BOLIVAR
MAR CHIQUITA
ESCOBAR
RAUCH
NECOCHEA

Partidos que pertenecen al tercer quintil (ingresos per cápita medios)

BARADERO
NAVARRO
SALADILLO
HIPOLITO IRIGOYEN
GRAL ALVEAR
LA COSTA
VILLA GESELL
OLAVARRIA
ROQUE PEREZ

BALCARCE
SAN FERNANDO
AYACUCHO
CORONEL PRINGLES
ARRECIFES
NUEVE DE JULIO
SAN ANDRES DE GILES
PATAGONES
AZUL

SAN ISIDRO
TANDIL
SUIPACHA
BENITO JUAREZ
PERGAMINO
LA PLATA
VILLARINO
AVELLANEDA
JUNIN

Partidos que pertenecen al cuarto quintil (ingresos per cápita medio alto)

CAPITAN SARMIENTO
PEHUAJO
GRAL VIAMONTE
TRES LOMAS
LAPRIDA
LINCOLN
CARMEN DE ARECO
MONTE HERMOSO
CHASCOMUS

SAN ANTONIO DE ARECO
CHACABUCO
SALLIQUELO
GRAL LAS HERAS
GRAL GUIDO
TRES ARROYOS
ZARATE
GRAL SAN MARTIN
RAMALLO

COLON
TORDILLO
GRAL LAMADRID
SALTO
LEANDRO N. ALEM
PILAR
PILA
LOBERIA

Partidos que pertenecen al quinto quintil (ingresos per cápita altos)

CARLOS CASARES
DAIREAUX
CORONEL SUAREZ

ALBERTI
SAAVEDRA
TRENQUE LAUQUEN

CORONEL DORREGO
GRAL LAVALLE
ADOLFO ALSINA

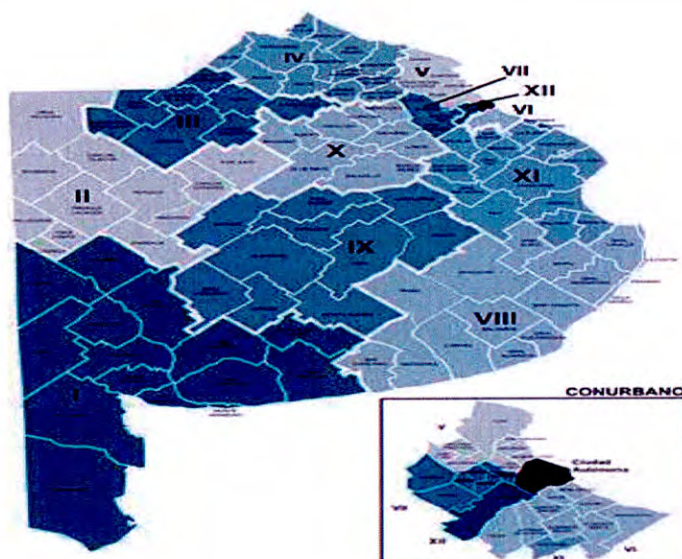
EXPTE. D- 1704 /24-25



GRAL ARENALES
ADOLFO GONZALES
CHAVES
CARLOS TEJEDOR
FLORENTINO AMEGHINO
VICENTE LOPEZ
SAN CAYETANO
PUAN
PELLEGRINI
TORNQUIST
GRAL VILLEGAS
GUAMINI
GRAL PINTO
RIVADAVIA
ROJAS
PINAMAR
CAMPANA
ENSENADA



Figura N° 1: Mapa de regionalización sanitaria de la Provincia de Buenos Aires



Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
<http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/regiones.html>

Región Sanitaria I: Comprende los municipios de Carmen de Patagones, Adolfo Alsina, Gonzáles Chávez, Bahía Blanca, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Rosales, Coronel Suárez, Guaminí, Monte Hermoso, Puan, Saavedra, Torquinst, Tres Arroyos y Villarino.

Región Sanitaria II: Comprende los municipios de Carlos Tejedor, Pehuajó, Daireaux, General Villegas, 9 de Julio, Carlos Casares, Trenque Lauquen, Rivadavia, Pellegrini, Tres Lomas, Saliquelo e Hipólito Irigoyen.

Región Sanitaria III: Comprende los municipios de General Viamonte, Chacabuco, Junín, General Arenales, Leandro N. Alem, General Pinto, F. Ameghino y Lincoln.

Región Sanitaria VI: Comprende los municipios de Capitán Sarmiento, Carmen de Areco, San Andrés de Giles, San Antonio de Areco, Baradero, San Pedro, Ramallo, San Nicolás, Arrecifes, Salto, Pergamino, Colón, Rojas.

Región Sanitaria V: Comprende los municipios de Exaltación de la Cruz, Zárate, Campana, Pilar, Escobar, Tigre, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Fernando, San Isidro, Vicente López, Gral. San Martín, San Miguel e Isla Martín García.

Región Sanitaria VI: Comprende los municipios de Avellaneda, Lanús, Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lomas de Zamora y Quilmes.



Honorable Cámara de Diputados
Provincia de Buenos Aires

EXPTE. D- 1704

124-25



Región Sanitaria VII: Comprende los municipios de Moreno, Hurlingham, Morón, Ituzaingo, Tres de Febrero, Merlo, General Las Heras, Gral. Rodríguez, Marcos Paz y Luján.

Región Sanitaria VIII: Comprende los municipios de General Lavalle, Maipú, Partido de La Costa, Pinamar, Villa Gesell, General Madariaga, General Guido, Ayacucho, Tandil, Balcarce, Mar Chiquita, General Pueyrredón, General Alvarado, Lobería, Necochea, San Cayetano.

Región Sanitaria IX: Comprende los municipios de Las Flores, General Alvear, Tapalqué, Bolívar, Azul, Benito Juárez, Laprida, Olavarría, Lamadrid y Rauch.

Región Sanitaria X: Comprende los municipios de: Mercedes, Lobos, Suipacha, Bragado, Alberti, Chivilcoy, Navarro, Roque, Pérez, 25 de Mayo y Saladillo.

Región Sanitaria XI: Comprende los municipios de Pila, Dolores, Tordillo, Castelli, General Belgrano, Chascomús, Punta Indio, Monte, General Paz, Brandsen, Berisso, La Plata, Ensenada, San Vicente, Cañuelas, Presidente Perón y Magdalena.

Región Sanitaria XII: Comprende el municipio de La Matanza.

Anexo 2: LEY 10559/87

Art. 1°.- Las Municipalidades de la Provincia recibirán en concepto de coparticipación, el catorce con catorce (14,14) por ciento del total de los ingresos que perciba la Provincia en concepto de Impuestos sobre los Ingresos Brutos, Impuesto Inmobiliario, Impuesto a los Automotores, Impuestos de Sellos, Tasas Retributivas de Servicios y Coparticipación Federal de Impuestos, previa deducción del importe que corresponda en concepto de Aporte por Seguridad Social al Instituto de Previsión Social de la Provincia, de acuerdo a lo que disponga anualmente la Ley de Presupuesto. El importe resultante de la aplicación de dicho porcentaje será distribuido:

- a) El sesenta (60) por ciento entre todas las Municipalidades de acuerdo a los siguientes:
1. El sesenta y dos (62) por ciento en proporción directa a la población.
 2. El veintitrés (23) por ciento en forma proporcional a la inversa de la capacidad tributaria "per cápita", ponderada por la población.
 3. El quince (15) por ciento en proporción directa a la superficie del Partido.
- b) El treinta y cinco (35) por ciento entre las Municipalidades que posean establecimientos oficiales para la atención de la salud - con o sin internación - en proporción directa al producto resultante de computar los siguientes parámetros:
1. Perfil de complejidad.
 2. Número de camas.
 3. Factor de ocupación.



Honorable Cámara de Diputados
Provincia de Buenos Aires

EXPTE. D- 1704 124-25



La Autoridad de Aplicación, previa intervención de los organismos técnicos pertinentes, establecerá las equivalencias correspondientes para los establecimientos que carezcan de uno o más de los parámetros señalados.

b) El cinco (5) por ciento entre las Municipalidades que tuvieren servicios o funciones transferidas por aplicación del Decreto - Ley 9347/79 y sus modificatorias, excepto del sector de salud pública, en función de la participación relativa que cada Comuna tuvo en el Ejercicio 1986, en la distribución de la coparticipación por tales servicios o funciones.

Art. 2°.- A los efectos de la aplicación del inciso a) del artículo 1°, se entiende por capacidad tributaria a cada Municipalidad, la suma de las recaudaciones potenciales que resulte de aplicar las bases imponibles y alícuotas homogéneas, que determine la Autoridad de Aplicación de las siguientes Tasas, o las que las suplanten:

- a) Alumbrado, limpieza y conservación de la vía pública.
- b) Conservación, reparación y mejorado de la red vial municipal.
- c) Inspección de seguridad e higiene.
- d) Control de marcas y señales.

Art. 3°.- El producido de la explotación de Casinos que le corresponda a la Provincia por aplicación de los Convenios vigentes entre ésta y la Lotería Nacional se distribuirá de la siguiente forma:

- a) El seis (6) por ciento del total de los beneficios brutos obtenidos por las respectivas salas de juegos, a las Municipalidades donde se encuentren ubicadas las mencionadas Salas, en forma directamente proporcional a los beneficios brutos obtenidos por los Casinos ubicados en las respectivas jurisdicciones durante el trimestre inmediato anterior.
- b) El dieciocho (18) por ciento del total de los beneficios brutos obtenidos por las respectivas salas de juegos, a la Administración Central, y
- c) La diferencia entre el monto del producido a que hace referencia el primer párrafo del presente artículo y los importes provenientes de la aplicación de los incisos a) y b) precedentes, a las Municipalidades de acuerdo a lo prescripto por el artículo 4° de la presente Ley.

Los porcentajes establecidos se ajustarán proporcionalmente, en los incisos a) y b) que anteceden, en la medida en que los recursos que perciba la Provincia en virtud de la suscripción de nuevos Convenios no satisfagan la distribución secundaria entre dichos incisos.

Art. 4°.- El importe resultante de lo establecido en el inciso c) del artículo precedente más el cien (100) por ciento del producido de la participación del Concurso de Pronósticos Deportivos (PRODE) se distribuirá entre las Municipalidades conforme a los parámetros establecidos en el artículo 1°, inciso b), de la presente Ley.

Art. 5°.- La aplicación de las disposiciones de los artículos precedentes, implicará para el presente Ejercicio, que las sumas que correspondan a cada Comuna, en función del Decreto-Ley 9347/79 y del Decreto-Ley 9478/80 y sus respectivas modificaciones, se acrecentarán como mínimo en un cinco (5) por ciento, y como máximo en un cuarenta y seis (46) por ciento, previo ajuste cuando se hubieran producido provincializaciones de servicios. A los fines del párrafo anterior se determinarán los pertinentes coeficientes correctores - positivos o negativos - para los Municipios alcanzados. A los efectos de lo señalado en el presente artículo se computarán los datos que surjan de las estimaciones originales del Cálculo de Recursos



Honorable Cámara de Diputados
Provincia de Buenos Aires

EXPTE. D- 1704 /24-25



de la Provincia sancionado para 1987 y se excluirá en todos los casos la coparticipación en el producido de la explotación de Casinos que corresponda a las Comunas en virtud de lo establecido en el artículo 3° inciso a), de la presente Ley.

Art. 6°.- En función de lo dispuesto en los artículos precedentes, la Autoridad de Aplicación aprobará los coeficientes únicos de distribución entre las Municipalidades, dentro de los treinta (30) días de promulgada la presente.

Tales coeficientes se modificarán cuando se produzcan variaciones en los parámetros previstos en el artículo 1°, inciso b) y a partir del Ejercicio siguiente al que se comuniquen tales alteraciones a la Autoridad de Aplicación.

Los parámetros previstos en el artículo 1° - incisos a) y c) - se mantendrán constantes por el período 1987-1990 inclusive.

Los coeficientes correctores mencionados en el artículo 5° - segundo párrafo - se mantendrán también constantes por el período 1987-1990, excepto cuando por aplicación de lo establecido en el segundo párrafo del presente artículo, en el artículo 8° y en el artículo 11°, se produzcan incrementos para las Comunas con coeficientes positivos. En tales circunstancias los aumentos se aplicarán a disminuir el coeficiente corrector hasta su eliminación, adecuándose en igual medida los datos de los Municipios con coeficientes negativos.

Art. 7°.- En base a los coeficientes resultantes de la presente ley el Banco de la Provincia de Buenos Aires transferirá diariamente a cada Municipalidad el monto de coparticipación correspondiente.

Art.8°.- Establécese un régimen especial compensatorio de coparticipación Consistente en el cero con ochenta y seis (0,86) por ciento del total de ingresos netos que perciba la Provincia detallados en el primer párrafo del artículo 1° de la presente, a distribuir entre las Municipalidades en base a los inmuebles de propiedad y posesión de la Provincia, ubicados en cada Partido. La Autoridad de Aplicación determinará los coeficientes de distribución.

Art.9°.- Los recursos que correspondan a las Municipalidades por aplicación del artículo anterior se considerarán retributivos de todo servicio, derecho a contribución comunal que afecte a los referidos inmuebles de la Provincia con excepción de las Contribuciones de Mejoras.

Art.10°.- La vigencia efectiva del régimen especial que prevé el artículo 8° operará previa adhesión expresa que formula cada Comuna a dicho sistema y a partir del Ejercicio siguiente al que tal circunstancia se comunique a la Autoridad de Aplicación. Los montos que correspondan a las Comunas no adheridas reducirán automáticamente el total a distribuir.

Art.11°.- Establécese que cuando se produzcan bajas de servicios o funciones de los que se hace referencia en el artículo 1° inciso c) se reducirá la coparticipación de las Comunas alcanzadas destinándose las sumas excedentes resultantes a incrementar la coparticipación del artículo 1° inciso b). La Autoridad de Aplicación determinará la oportunidad de la adecuación, la que no podrá exceder del 1° de Enero del año siguiente al de producida la baja.



Honorable Cámara de Diputados
Provincia de Buenos Aires

EXPTE. D- 1707

/24-25



Art.12°.- La determinación anual de los distribuidores a que se refiere el artículo 1°, de la capacidad tributaria consignada en el artículo 2° y de los demás parámetros que prevé la presente ley se hará, cuando corresponda, en función de las informaciones suministradas por las dependencias oficiales pertinentes, según lo determine la Autoridad de Aplicación.

Art.13°.- Los Municipios de la Provincia no podrán establecer ningún tipo de gravamen a determinarse sobre los Ingresos Brutos o Netos, gastos o inversiones de la industria, el comercio y los servicios. Se excluyen de la presente disposición la Tasa por derecho de construcción de inmuebles o delineación, la Tasa por derecho a los espectáculos públicos, la Tasa por habilitación de comercio e industria, la Tasa por inspección de seguridad e higiene y la Tasa por extracción de minerales.

Cuando la base de medición que se determine sean los Ingresos Brutos devengados o percibidos, las mismas se establecerán a conformidad con lo dispuesto en el artículo 35° del Convenio Multilateral.

Art.14°.- Establécese que mientras no exista Ley de Coparticipación Federal de Impuestos, los conceptos que ingresan a la Provincia, sustitutivos del aludido régimen, serán recursos coparticipables a las Municipalidades, con excepción de los fondos que tengan destinos específicos.

Art.15°.- El Ministerio de Economía será la Autoridad de Aplicación de la presente Ley.

Art.16°.- Las disposiciones de la presente Ley serán aplicables desde el 1° de Enero de 1987, con excepción de lo establecido en los artículos 8°, 9° y 10° que regirá desde el 1° de Enero de 1988.

Art.17°.- Derogase el Decreto - Ley 9478/80, los artículos pertinentes del Decreto - Ley 9347/79 y toda otra disposición que se oponga a la presente ley.

Art.18°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata, a quince días del mes de octubre de mil novecientos ochenta y siete.

Anexo 3: LEY 10752

ARTÍCULO 1.- Modifícase el artículo 1° de la Ley 10559, el que quedará redactado de la siguiente manera:
Artículo 1.- Las Municipalidades de la Provincia recibirán en concepto de coparticipación el 16,14% (dieciséis con catorce por ciento) del total de ingresos que percibe la Provincia en concepto de impuesto sobre los Ingresos Brutos, Impuesto Inmobiliario, Impuesto a los Automotores, Impuesto de Sellos, Tasas Retributivas de Servicios y Coparticipación Federal de Impuestos. El importe resultante de la aplicación de dicho porcentaje será distribuido:

a) El 58% (cincuenta y ocho por ciento) entre todas las Municipalidades de acuerdo a lo siguiente:

1. El 62% (sesenta y dos por ciento) en proporción directa a la población. Para los Municipios de la Costa, Pinamar, Villa Gesell y Monte Hermoso, a los efectos de la aplicación del presente apartado, se tomará como población la resultante de la suma de los residentes permanentes en el lugar, más la doceava parte



Honorable Cámara de Diputados
Provincia de Buenos Aires

EXPTE. D- 1707 124-25



del caudal turístico receiptado en cada uno de los Municipios a lo largo del año base, el que se calculará de acuerdo a los datos suministrados por la Subsecretaría de Turismo, dependiente del Ministerio de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

2. El 23% (veintitrés por ciento) en forma proporcional a la inversa de la capacidad tributaria "per cápita", ponderada por la población.

3. El 15% (quince por ciento) en proporción directa a la superficie del Partido.

b. El 37% (treinta y siete por ciento) entre las Municipalidades que posean establecimientos oficiales para la atención de la salud -con o sin internación-, de acuerdo a lo establecido por el artículo 2° de la presente ley.

c. El 5% (cinco por ciento) entre las Municipalidades que cubrieren servicios o funciones transferidas por aplicación del Decreto-Ley 9.347/79 y sus modificatorias, excepto del sector Salud Pública, en función de la participación relativa que cada Comuna tuvo en el Ejercicio 1986, en la distribución de la coparticipación por tales servicios o funciones".

ARTICULO 2.- Créase una Comisión Especial integrada por los Ministerios de Economía, Gobierno y Salud, bajo la coordinación de este último, la que tendrá un plazo de 60 días a partir de la sanción de la presente ley, para establecer la distribución secundaria, del coeficiente de distribución establecido en el artículo 1°, inciso b), de la Ley 10.559.

La determinación de esta Comisión será sometida "ad referéndum" de la H. Legislatura.

Para la confección de los distribuidores mencionados deberá tenerse en cuenta, entre otros, los siguientes parámetros: producción, nivel de complejidad, y establecimientos con o sin internación.

ARTÍCULO 3.- La presente ley se aplicará a partir del 1° de abril de 1989, con efecto retroactivo al 1° de Enero del mismo año.

Hasta tanto la distribución de los fondos que correspondan a cada Municipio, se hará de acuerdo a lo establecido por el régimen determinado en la Ley 10.559.

ARTICULO 4.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Anexo 4: LEY 10820

ARTICULO 1.- Apruébese lo determinado por la Comisión Especial creada por el artículo 2°, de la ley 10.752, que como Anexo I forma parte de la presente.

ARTICULO 2.- Establécese que los importes resultantes de la determinación aprobada por el artículo anterior y devengados entre el 1° de enero y el 31 de agosto de 1989, deberán ser actualizados por el coeficiente que surja de la sumatoria de un medio del Índice de Precios al Consumidor Nivel General, más un medio del índice de Precios al Por Mayor Nivel General, ambos elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, hasta la fecha del efectivo pago.

ARTICULO 3.- Autorízase al Ministerio de Economía a descontar de los importes antes citado, los anticipos de Coparticipación y/o Préstamos vencidos, actualizados por el mismo método, y hasta el máximo del saldo total a favor del Municipio resultante del artículo anterior.



Honorable Cámara de Diputados
Provincia de Buenos Aires

EXPTE. D- 1704 /24-25



ARTICULO 4.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

En cumplimiento de lo establecido en el ARTICULO 2º de la LEY Nº 10.752 y en nuestro carácter de integrantes de la Comisión Especial creada al efecto nos dirigimos a la Honorable Legislatura con el objeto de elevarle una propuesta de distribución secundaria de la coparticipación a los municipios que prevé la LEY Nº 10.559, en este caso referida a las comunas con establecimientos oficiales para la atención de la salud para su consideración.

En lo atinente a los parámetros seleccionados para distribuir los fondos coparticipables en función del sector salud de cada comuna y de la incidencia relativa de cada uno de ellos cabe señalar, en orden a lo consignado en los incisos del Apartado 1º de la propuesta, lo siguiente:

A) Se incluye en esta distribución los parámetros que contemplaba la LEY Nº 10.559 (Número de camas, Perfil, de complejidad del establecimiento y porcentaje ocupacional de camas) y, que constituyen una medida del gasto de infraestructura de los establecimientos con internación expresada esencialmente por las camas disponibles y por la complejidad, siempre corregida en función de un dato dinámico representado por la ocupación de las camas.

B) El cómputo de las consultas médicas que se hace en este caso permite dar representatividad a una parte de la actividad de los establecimientos en los aspectos no incluidos en el apartado anterior, tales como: Atenciones en consultorios externos de los establecimientos con internación (incluidas las unidades y salas con cama) y, consultas atendidas en unidades sanitarias, salas, etc. Constituye este parámetro, al igual que los incorporados en los dos apartados siguientes, una medida de la productividad de los establecimientos, aspecto que especialmente prevé el ARTICULO 2º de la LEY Nº 10.752.

C) Complementariamente a lo considerado en el apartado anterior se ha tomado el número de egresos de pacientes internados en cada establecimiento elemento que refleja con mayor precisión la productividad de los establecimientos con acción preponderante de pacientes con patologías agudas.

D) La incorporación de este parámetro es producto esencialmente de no producir una brusca caída de los coeficientes de los establecimientos con internación importante de pacientes con patologías crónicas. Ello se logra considerando el promedio de días que una misma persona estuvo internada circunstancia no tomada a través del total de egresos.

E) Por último, se tiene en cuenta el Número de establecimientos hospitalarios sin internación con un nivel de complejidad II, según pautas proporcionadas por la Dirección de Medicina Asistencial.

Respecto a lo previsto en el Apartado 2º de la prepueta, su inclusión obedece a la necesidad de dar mayor transparencia al sistema a través de la definición expresa de los principales conceptos utilizados, sin perjuicio de las eventuales interpretaciones de aspectos secundarios o de aplicación práctica que corresponden naturalmente a la Autoridad de Aplicación.

Por último y, en función de todo lo expuesto esta Comisión opina que existen sobre el tema tratado muchos aspectos a mejorar que requieren una dedicación preferencial a través del seguimiento permanente y con la participación activa de las comunas, considerando fundamentalmente que con la evolución de los últimos años la asignación de fondos de coparticipación en función del sector salud reviste gran importancia dentro del total coparticipable.



Honorable Cámara de Diputados
Provincia de Buenos Aires

EXPTE. D- 1707 124-25



PROPUESTA DE DISTRIBUCION SECUNDARIA COEFICIENTES DE SALUD

APARTADO 1.- Los coeficientes de distribución aplicables a los fines de lo previsto en el ARTICULO 1º Inciso b) de la LEY Nº 10.559 -según texto de la LEY Nº 10.752- se elaborarán en función de los parámetros indicados a continuación, en la proporción que en cada caso se detalla:

- a) EL TREINTA Y CINCO POR CIENTO (35%) en proporción directa al producto resultante de computar el número de camas disponibles, el perfil de complejidad y, el porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.
- b) EL VEINTICINCO POR CIENTO (25%) en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos -con o sin internación- de cada partido.
- c) EL DIEZ POR CIENTO (10%) en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- d) EL VEINTE POR CIENTO (20 %) en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- e) EL DIEZ POR CIENTO (10 %) en forma proporcional al número de establecimientos hospitalarios sin internación de cada partido.

Los datos arriba citados se tomarán en términos anuales excepto cuando se produzcan incorporaciones, bajas o transferencias de servicios que por su naturaleza justifique un tratamiento específico. En tales casos la Autoridad de Aplicación con intervención previa del Ministerio de Salud y de la Comisión Especial determinará el criterio a aplicar.

APARTADO 2.- A los efectos de la aplicación del ARTÍCULO precedente la definición conceptual de cada parámetro será:

- 1) ESTABLECIMIENTO: Son los establecimientos municipales oficiales destinados a la atención de la salud existentes en cada partido.
- 2) CONSULTA MÉDICA: Es la atención brindada por el médico a un paciente ambulatorio.
- 3) EGRESO: Es la salida del establecimiento de un paciente hospitalizado. Un egreso implica siempre la conclusión de un período de hospitalización y, la desocupación de una cama del establecimiento, ya sea por alta o por defunción.
- 4) PACIENTE-DIA: Es el conjunto de servicios brindados a un paciente internado en el período comprendido entre las 00.00 y las 24.00 horas de un día censal.
- 5) CAMAS DISPONIBLES: Es el número de camas realmente instaladas en el establecimiento en condiciones de uso para la atención de pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.
- 6) PORCENTAJE OCUPACIONAL DE CAMAS: Es el porcentaje de camas disponibles que en promedio estuvieron ocupadas durante un período. Se obtiene dividiendo el total de paciente-día del período por el total de días-camas disponibles del período.
- 7) DIA-CAMA DISPONIBLE: Es el período de 24.00 horas durante el cual una cama de hospital se mantiene a disposición para el uso de pacientes internados.
- 8) PERFIL DE COMPLEJIDAD: Es el que determine el Ministerio de Salud, para cada establecimiento en función de sus características y de los servicios para cuya prestación resulte apto.



*Honorable Cámara de Diputados
Provincia de Buenos Aires*

EXPTE. D- 1707 /24-25



APARTADO 3.- La información a utilizar para la aplicación del ARTÍCULO 1º de la LEY Nº 10.752 será la última disponible al mes de Septiembre del año anterior al que correspondan los prorratadores respectivos. Excepcionalmente y, por razones fundadas se podrán computar variaciones que se operen hasta el día 15 del mes de Diciembre del citado año anterior.