

PROVINCIA DE BUENOS AIRES



“ALTERNATIVAS PARA EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN LOS MUNICIPIOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES”

INFORME FINAL

Octubre, 2019



Coordinación general:

Sonia Tarragona

Coordinación técnica:

Sebastián Marotz

Equipo de investigación:

Mariano San Martín

Juan Manuel Prada

Julieta Parente

Irene Roccia

Emilia Ibáñez

Índice general

1. Resumen ejecutivo	1
2. Introducción	1
3. Marco teórico	4
3.1 Enfoque normativo: teoría del federalismo fiscal	5
3.2 Enfoque positivo: la teoría de la elección pública (“public choice”)	7
3.3 Asignación de responsabilidades de gasto y potestades tributarias	10
3.4 Federalismo fiscal y sanitario	10
3.5 Sistema de transferencias intergubernamentales	12
a) Criterios de reparto	14
b) Prorrrateadores utilizados para la distribución secundaria.....	15
4. La situación en Argentina y en el mundo	19
4.1 Experiencia internacional	19
4.2 Experiencia internacional: el caso específico de la distribución de recursos destinados al financiamiento de la salud pública.....	22
a) El caso británico.....	22
b) El caso escocés (SHARE).....	23
c) El caso gales (SCRAW)	23
d) El caso de Irlanda del Norte (PARR)	23
e) El caso de España	23
f) El caso de Italia	24
g) El caso de México.....	24
h) El Caso de Brasil	24
4.3 La coparticipación federal vigente en Argentina.....	24
4.4 Esquemas de coparticipación en las provincias argentinas.....	27
4.5 Asignación de responsabilidades, potestad tributaria y criterios para la distribución en las provincias argentinas	34
a) La distribución primaria	34
b) La distribución secundaria.....	36
4.6 Deformación de los regímenes de distribución de ingresos: el establecimiento de Fondos Especiales....	39
c) Criterios e indicadores más utilizados a nivel nacional.....	40
5. Transferencias a municipios en la Provincia de Buenos Aires	41
5.1 Fondos específicos	41
a) Juegos de azar	42
b) Fondo compensador de mantenimiento y obras viales.....	42
c) Fondo provincial compensador de mantenimiento de establecimientos educativos	43
d) Fondo de fortalecimiento de programas sociales y saneamiento ambiental.....	43
e) Fondo para el fortalecimiento de recursos municipales	45
f) Fondo municipal de inclusión social	45
g) Fondo de infraestructura municipal.....	46
h) Ley 14890.....	46
i) Fondo compensador Decreto PEN 836/2018.....	46
j) Descentralización tributaria	47
5.2 Transferencias automáticas: la coparticipación.....	48
a) Régimen general:.....	50
b) Régimen de salud.....	52
c) Régimen de acción social:.....	53

6.	Transferencias totales a municipios: coparticipación y fondos específicos.....	57
6.1	Distribución de las transferencias entre municipios.....	62
6.2	Coparticipación por componente salud.....	68
a)	Análisis de los flujos de la coparticipación en salud.....	69
7.	Caracterización de la oferta y utilización del subsector público de los servicios sanitarios de la provincia de Buenos Aires.....	73
7.1	Características generales de los municipios.....	73
7.2	Oferta y utilización.....	75
a)	Oferta de servicios de atención.....	76
b)	Utilización de servicios de salud: variables de producción hospitalaria.....	79
8.	Gasto público en salud (GPS): aspectos conceptuales, metodología de estimación y principales resultados... 82	82
8.1	Aspectos conceptuales del gasto público en salud.....	82
8.2	Asignación del gasto en salud según ocurrencia o residencia en los municipios.....	83
9.	Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en el tránsito hacia una reforma del régimen de coparticipación municipal.....	90
9.1	Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).....	90
	Fortalezas:.....	90
	Debilidades:.....	90
	Oportunidades:.....	91
	Amenazas:.....	91
10.	Revisión de propuestas alternativas para la coparticipación municipal en la Provincia de Buenos Aires..	92
10.1	Cuestiones generales.....	92
a)	Reformas del régimen general incluido salud.....	92
b)	Reforma del régimen salud, incluyendo o reemplazando variables.....	95
c)	Reforma de los coeficientes del régimen actual.....	97
10.2	Resultados de las alternativas analizadas.....	106
11.	Propuestas de modificación del actual sistema de coparticipación.....	109
11.1	Modificaciones a la fórmula actual:.....	112
a)	Propuesta 3 “Especificidad del nivel de complejidad y tope de cantidad de consultas”.....	113
11.2	Propuesta 7. Distribución en base a necesidad en salud o riesgo sanitario.....	114
11.3	Propuesta 12. Mix de propuestas.....	115
11.4	Reforma al modelo de financiamiento de la atención pública en salud.....	116
12.	Resultados.....	118
12.1	Modificaciones a la fórmula actual (propuesta 3).....	118
a)	Análisis de resultados.....	118
b)	Instrumentación Normativa.....	121
12.2	Nueva propuesta de distribución del coeficiente salud (propuesta 7).....	122
a)	Análisis de resultados.....	122
12.3	Nueva propuesta de distribución del coeficiente salud (propuesta 12).....	123
a)	Análisis de resultados.....	123
b)	Instrumentación Normativa.....	126
12.4	Comparación entre alternativas. Efectos sobre grupos y regiones sanitarias.....	128
13.	Conclusiones y aspectos a considerar para una eventual reforma.....	131
14.	Bibliografía.....	135
15.	Apéndices.....	140
16.	Anexo estadístico.....	224

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Federalismo fiscal.....	21
Cuadro 2. Comparación de regímenes de coparticipación a municipios. Provincias argentinas.....	28
Cuadro 3. Distribución primaria de ingresos	34
Cuadro 4. Distribuidores utilizados por las provincias argentinas para la distribución de coparticipación	36
Cuadro 5. Mapeo de fondos específicos en Argentina	39
Cuadro 6. Distribución de las variables de coparticipación en la Provincia de Buenos Aires.....	50
Cuadro 7. Clasificación de Municipios en grupos.....	58
Cuadro 8. Transferencias, ingresos y gastos municipales per cápita por grupos de municipios. (En \$ corrientes). Año 2017.	63
Cuadro 9. Máxima y mínima coparticipación total per cápita por grupo de municipios. (En \$ corrientes). Año 2017..	65
Cuadro 10. Ranking de los 10 municipios con mayor coparticipación total per cápita. Año 2017. En \$ corrientes	65
Cuadro 11. Ranking de los 10 municipios con menor coparticipación total per cápita. Año 2017	66
Cuadro 12. Coparticipación per cápita por régimen según grupo de municipios. (En \$ corrientes). Año 2017.....	69
Cuadro 13. Composición de la coparticipación régimen salud per cápita según grupos de municipios. En \$ corrientes. Año 2017.	72
Cuadro 14: Caracterización de los grupos de municipios. Año 2017	74
Cuadro 15. Tasa de mortalidad infantil por grupo de municipios. 2016.....	75
Cuadro 16. Establecimientos con y sin internación por dependencia. Año 2017.....	76
Cuadro 17. Cantidad de camas por grupo de municipios. Año 2017	78
Cuadro 18. Distribución de habitantes por camas municipales y participación de las camas municipales en el total. Año 2017	79
Cuadro 19. Producción hospitalaria por dependencia. Año 2017	80
Cuadro 20. Consultas y egresos por grupo de municipios y dependencia. 2017	81
Cuadro 21. Gasto Público Consolidado en Salud y coparticipación régimen salud por grupo de municipios. En \$ corrientes por habitante. Año 2017.....	89
Cuadro 22. Matriz de ajuste por riesgo.....	95
Cuadro 23. Nueva Escala de Complejidad para cada establecimiento	97
Cuadro 24. Nueva escala para la ponderación de egresos hospitalarios.....	98
Cuadro 25. Nueva escala para la ponderación de paciente día por tipo de cuidado	98
Cuadro 26. Nueva escala para la ponderación de camas ocupadas por tipo de cuidado	98
Cuadro 27. Comparación de propuestas alternativas a la coparticipación municipal. Provincia de Buenos Aires	101
Cuadro 28. Resultados de simulación de nueva redistribución de la coparticipación general y en salud de acuerdo a las alternativas analizadas	107
Cuadro 29. Propuestas evaluadas para la modificación de la coparticipación régimen salud.....	111
Cuadro 30. Costo relativo de la cama provincial según nivel de complejidad.	113
Cuadro 31. Variación porcentual en los recursos a percibir por coparticipación. Fórmula actual versus propuesta 3, por región sanitaria. Año 2017.....	120
Cuadro 32. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación según fórmula actual versus alternativa 12, por región sanitaria. Año 2017.....	125
Cuadro 33. Comparación de resultados de propuestas seleccionadas.....	129

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Evolución de las transferencias totales de provincia a municipios: fondos específicos y coparticipación total. 2012-2017	60
Gráfico 2: Variación porcentual anual de fondos específicos y coparticipación en relación al IPC GBA. 2012 - 2017	61
Gráfico 3: Evolución de la participación de la coparticipación bruta en las transferencias totales a los municipios bonaerenses 2008-2017	62
Gráfico 4: Distribución porcentual de la coparticipación total y de la población por grupos de municipios. Año 2017	62
Gráfico 5: Transferencias, recaudación y gastos municipales per cápita por grupos de municipios. (En \$ corrientes). Año 2017.	64
Gráfico 6. Curva de Lorenz para la distribución de la coparticipación total y régimen salud en relación a la distribución poblacional. Año 2017.....	70
Gráfico 7. Curva de Lorenz para la distribución de la coparticipación total y régimen salud en relación a la distribución de la población con NBI	71
Gráfico 8. Participación de los componentes en el total coparticipado por salud en cada grupo de municipios. En %. Año 2017	72
Gráfico 9: Distribución de niveles de complejidad de los establecimientos de salud entre Grupos de municipios. Año 2017	73
Gráfico 10: Distribución de camas por dependencia. 2017.....	77
Gráfico 11: Distribución de camas municipales. 2017	77
Gráfico 12: Porcentaje de consultas por dependencia. Año 2017.....	80
Gráfico 13: Porcentaje de egresos por dependencia. Año 2017	81
Gráfico 14: Estructura del Gasto Público Consolidado en Salud por ocurrencia y residencia. Año 2017.	84
Gráfico 15: Gasto Público en Salud Consolidado por Ocurrencia y Residencia per cápita según grupos de Municipios. Año 2017	85
Gráfico 16. Gasto Público en Salud de la CABA en residentes de la provincia de Buenos Aires sobre el Gasto Público Consolidado en Salud por Residencia según grupo de municipios. Año 2017.....	86
Gráfico 17: Porcentaje de egresos que se realizan fuera del propio municipio sobre cantidad total de egresos de sus residentes. Año 2017	87
Gráfico 18: Egresos de residentes de los municipios que ocurren fuera de su territorio y participación % sobre el total de egresos que ocurren fuera del municipio de residencia.....	88
Gráfico 19. Coparticipación total per cápita actual y según propuestas alternativas por grupos de municipios. Año 2017. En \$ corrientes.....	108
Gráfico 20. Variación porcentual en los recursos a percibir por coparticipación. Fórmula actual versus propuesta 3. Año 2017, por municipio.....	119
Gráfico 21. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación. Fórmula actual versus alternativa 3, por región sanitaria y municipio. Año 2017.	121
Gráfico 22. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación según fórmula actual versus (propuesta 7). Año 2017, por municipio.....	123
Gráfico 23. Variación porcentual en los recursos a percibir por coparticipación. Fórmula actual versus alternativa 12. Año 2017, por municipio.....	124
Gráfico 24. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación. Fórmula actual versus propuesta 12, por región sanitaria y municipio. Año 2017.	126
Gráfico 25. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación Fórmula actual versus alternativa 3, 7 y 12, por región sanitaria. Año 2017.	129
Gráfico 26. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación Fórmula actual versus alternativa 3, 7 y 12, por región sanitaria. Año 2017.	130

Índice de Apéndices

Apéndice 1. Experiencia internacional: modelos de distribución de ingresos y gastos en países desarrollados y en desarrollo.....	140
Apéndice 2. Coparticipación en las provincias argentinas: Marco normativo y particularidades	169
Apéndice 3. Metodología para la utilización de la clasificación de eventos por ocurrencia y por residencia	203
Apéndice 4. Metodología de estimación del Gasto Público Consolidado en Salud (GPCS) en la provincia de Buenos Aires	205
Apéndice 5. Metodología de cálculo de alternativas de modificación de la coparticipación	214

Índice de Anexos

Anexo 1. Gasto Público en Salud Consolidado por Ocurrencia. Provincia de Buenos Aires. Año 2017. En \$ corrientes	224
Anexo 2. Gasto Público en Salud Consolidado por Residencia. Provincia de Buenos Aires. Año 2017. En miles de \$ corrientes.....	227
Anexo 3. Composición de las transferencias totales a municipios. Provincia de Buenos Aires. Año 2017. En millones de \$ corrientes.....	231
Anexo 4. Composición de la coparticipación régimen salud. Provincia de Buenos Aires. Año 2017. En millones de \$ corrientes.....	235
Anexo 5. Coparticipación en salud per cápita por municipios según propuestas 3, 7 y 12. Año 2017. En \$ corrientes	239

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo busca aportar algunas reflexiones y propuestas respecto al financiamiento específico del sistema de salud en la provincia de Buenos Aires, que se realiza a partir de la coparticipación municipal. En este marco, se realiza una revisión de la bibliografía disponible en relación a la gestión de sistemas federales en otros países que tienen esa forma de organización y se revisan las experiencias de las provincias argentinas.

La provincia de Buenos Aires, es la única a nivel nacional que distribuye recursos en función a indicadores de oferta y producción sanitaria, generando comportamientos municipales que propician la obtención de dichos recursos.

En el presente trabajo se pone en evidencia que los indicadores empleados actualmente para la distribución de la coparticipación régimen salud generan efectos no deseados en relación a la eficiencia asignativa y la equidad distributiva en el nivel municipal.

La realidad sanitaria y fiscal por la que atraviesan los municipios de la provincia de Buenos Aires, imponen la necesidad de considerar alternativas diferentes que permitan ofrecer una mejor respuesta a los bonaerenses. Por esta razón, se revisan y proponen distintas alternativas para la distribución con diferentes grados y tiempos de implementación. Se analizaron y discutieron las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de realizar una reforma del esquema actual de coparticipación frente al *status quo*.

Las propuestas alternativas se presentan en tres grupos. El primero de ellos propone realizar modificaciones específicas sobre los indicadores actuales, buscando resolver problemas de registro de la información y especificidad en los componentes de la fórmula. El segundo grupo de propuestas, busca repensar el paradigma centrado en indicadores basados en la oferta y utilizar indicadores de necesidad o riesgo sanitario. Y el último grupo de alternativas que utiliza una combinación de ambos, buscando generar un cambio, pero de menor magnitud, mostrando la necesidad de considerar otros indicadores de necesidad.

Finalmente, se introduce y discute una propuesta de reforma integral del sistema sanitario provincial en base a un modelo de financiamiento diferente al vigente y la creación y diseño de un modelo institucional superador del actual.

2. INTRODUCCIÓN

El esquema de coparticipación municipal vigente en la provincia de Buenos Aires, y en particular la distribución que se realiza por el régimen salud, conduce a resultados inequitativos e ineficientes.

Las inequidades actuales en el sistema público de salud, justifican la creación y aplicación de estrategias de cambio estructural en lo político, en lo técnico y en lo

administrativo, dirigidas a lograr una más amplia cobertura de servicios de salud y una mayor eficiencia en la asignación de los recursos.

Un nuevo modelo de distribución de recursos entre los municipios debiera construirse de manera tal, que los roles jurisdiccionales y subsectoriales sean producto de un diseño financieramente sustentable. Este nuevo modelo, necesariamente articulado con un modelo de atención sanitaria, debiera estar orientado a incrementar la cobertura y la accesibilidad especialmente de la población con mayores necesidades sanitarias y a su vez, basarse en los conceptos y prácticas del cuidado preventivo de la salud.

Para determinar las particularidades y características que debiera contener una reforma del sistema actual y proponer alternativas de modificación, el presente estudio comienza por revisar en profundidad las corrientes del federalismo fiscal y sus principales proposiciones, los posibles mecanismos de transferencias que podrían ser adoptados en el diseño de los sistemas de distribución de recursos, los objetivos que se persiguen, los criterios de reparto a ser adoptados y finalmente los indicadores que pueden resultar útiles para el logro de los objetivos perseguidos.

Se realiza una revisión de la experiencia internacional en materia de coparticipación en comparación con el sistema argentino y una descripción, comparación y análisis de las características que presentan los regímenes adoptados por las provincias argentinas, focalizando especialmente en la asignación de responsabilidades de gasto y potestades tributarias, en particular en lo que refiere a provisión de los servicios de atención de la salud.

La provincia de Buenos Aires, presenta un sistema de coparticipación que no encuentra precedentes en la literatura, por lo que se destina un capítulo completo a la presentación del esquema de transferencias que se emplea para la distribución de fondos a los municipios, su composición, evolución, ventajas y desventajas. Dentro de este esquema se identifican tres regímenes: el régimen general, el de salud y el de acción social. Es particularmente en el régimen de salud, donde se concentra la presente investigación dada su estrecha relación con el logro de una mayor equidad y eficiencia entre municipios.

Para evaluar la factibilidad de reformar el régimen de coparticipación actual y dimensionar su impacto en relación a sus implicancias sanitarias, se requiere comprender adecuadamente el modo en que se compone la oferta de servicios sanitarios para los distintos niveles de atención y la utilización que los habitantes de la provincia hacen de ellos, considerando que en cada espacio territorial coexisten establecimientos, acciones y /o programas de salud de los tres niveles de gobierno, con diferentes niveles de participación de cada uno de ellos, particularidad fundamental para comprender la configuración del sistema sanitario de la provincia.

Con este propósito, se presenta la caracterización de la oferta y utilización de servicios sanitarios de la provincia de Buenos Aires, a partir de la conformación y análisis de grupos diferenciados de municipios.

A continuación, se analizan las transferencias efectivas que la provincia hace a los municipios y el gasto público en salud del que se benefician los bonaerenses. Para abordar este último análisis, se actualiza y estima una metodología de asignación del gasto de los tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal), que permite determinar diferenciadamente dos perspectivas del gasto público consolidado en salud: el gasto por ocurrencia y el gasto por residencia. El resultado de este análisis contribuye a dimensionar la movilidad de los residentes de cada municipio que reciben atención en otros municipios o en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta mirada, es determinante a la hora de evaluar el impacto que puede tener una modificación en la forma de financiamiento de los sistemas locales de salud.

Antes de avanzar en la presentación de propuestas de modificación del régimen actual de coparticipación, se presenta un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) que pretende delinear el panorama general del contexto en el que debería operar una posible reforma, a fin de evaluar su conveniencia.

Se presenta también un conjunto de propuestas extraídas de documentos publicados o difundidos, donde se hayan sugerido modificaciones totales o parciales a la coparticipación provincial vigente. A partir de la comparación de tales propuestas, se identifican ventajas y desventajas de su implementación tanto normativas como positivas, se avanza en el desarrollo metodológico necesario para su modelización y estimación y se anticipan algunos resultados preliminares con el fin de conocer ganadores y perdedores.

Finalmente, se desarrollan las propuestas exploradas y seleccionadas como más factibles con el fin de avanzar en la reforma del régimen salud de la coparticipación provincial, construidas sobre tres ejes: el primero, que presenta características que lo hacen aplicable a corto plazo, que sólo introduce modificaciones a los coeficientes de la fórmula actual de modo de dotarla de una mayor racionalidad, el segundo eje, que propone un cambio radical en la forma de distribuir los fondos del régimen salud atendiendo a las necesidades y riesgo sanitario y por último un tercer eje que presenta lineamientos para avanzar hacia una reforma integral al modelo de financiamiento de la atención pública en salud, aplicable a largo plazo. El análisis de los resultados que se obtienen de la estimación de cada una de las alternativas sumado a los requerimientos normativos necesarios para su implementación –que se presentan para las propuestas seleccionadas- permiten finalmente avanzar en las conclusiones y recomendaciones del estudio.

3. MARCO TEÓRICO

La existencia de fallas en los mercados justifica la necesidad de la intervención del estado para dar respuesta a la eficiente asignación de bienes y servicios¹ y para garantizar la equidad.

Según Piffano (1998) la teoría de las finanzas públicas plantea tres funciones principales del estado, para dar respuesta a las fallas del mercado.

1. La función de *estabilización*, que busca, a través del control de políticas fiscales y monetarias, dar estabilidad a la economía. Esta función debe, según la teoría normativa, estar en el nivel central de gobierno.

2. La función de *distribución*, se trata de la posibilidad que tiene el gobierno de disminuir la existencia de asimetrías entre jurisdicciones. Esta función es más eficiente cuando la presta el nivel central de gobierno. Esto es parte de lo que fundamenta la recaudación centralizada de los impuestos, en virtud de la existencia de economías de escala en la recaudación.

3. La función de *asignación*, se refiere al suministro de bienes y servicios públicos entre los consumidores. El autor entiende que esta facultad debiera estar en cabeza de los gobiernos sub nacionales, por estar más cercano a las demandas de la población y sus preferencias.

De esta forma se podría llegar a concebir la prestación del servicio de salud –en particular del primer nivel de atención- en los gobiernos locales, sin tener en cuenta las posibles externalidades positivas que producen ciertas acciones de salud como la vacunación (Piffano H. L., 1998). Según este enfoque entonces, las funciones de estabilización y distribución son más eficientes cuando son prestadas de manera centralizada, mientras que los niveles de gobierno sub-nacionales deberían asumir la función de la asignación vinculada a la provisión de bienes y servicios públicos (Piffano H. L., 2004).

La forma de organización de los estados puede ser federal o unitaria, dependiendo de dónde se concentre el poder, si en los gobiernos subnacionales o en el gobierno nacional. Esto no implica que todos los estados federales sean descentralizados en su organización fiscal y que los estados unitarios sean centralizados. El concepto de *unidad* implica la igualdad de leyes y derechos de los ciudadanos en un mismo estado, mientras que los conceptos de *centralismo* refieren a la concentración de funciones y competencias con intervenciones fiscales (Rufián & Palma, 1991). Los países unitarios,

¹ La teoría de las fallas de mercado y la intervención estatal en su regulación, no será desarrollada en el presente documento.

centralizan las decisiones a nivel nacional y pueden o no descentralizar la prestación de algunos servicios públicos que consideren pertinente. De igual forma, los países federales pueden, o no, acordar centralizar la prestación de ciertos servicios², o la descentralización cuando estiman que los servicios son más eficientes cuando se descentralizan, como fue en nuestro país con los servicios de salud.

De cada forma de organización de la administración del estado deriva un modo de arribar a los objetivos de eficiencia fiscal, en términos de composición de los ingresos y asignación del gasto y de equidad en la provisión de bienes y servicios públicos (definidos como prioritarios por cada gobierno).

En los estados con organización federal suelen existir asimetrías entre las jurisdicciones, que impactan tanto en la capacidad recaudatoria, como en las diferencias sociales para asignar recursos o preferencias asignativas respecto de qué bienes y servicios públicos se deberían proveer.

De acuerdo a Piffano H. L. (op.cit) y a Trujillo Salazar (op.cit), puede observarse que existen dos tipos de enfoques de federalismo fiscal: uno normativo y otro positivo.

El normativo está relacionado con el *deber ser*, y es por esto, más político o relacionado con los acuerdos que existen entre los distintos niveles de gobierno.

Por otro lado, el enfoque positivo surge de la teoría de la elección pública (*public choice*)³, y utiliza las herramientas de la microeconomía para analizar las decisiones de asignación de un “votante mediano”. (Piffano H. L., 1998)

3.1 Enfoque normativo: teoría del federalismo fiscal

Cohen & Peterson (1996) definen cuatro tipos de descentralización.

1. Se denomina descentralización política a aquellos casos en que se quiere democratizar la toma de decisiones mediante la descentralización y se redistribuye el poder en áreas subnacionales.
2. La descentralización espacial, refiere a la transferencia de recursos a algunos centros urbanos específicos para promover la actividad económica en ciertas regiones.
3. La descentralización de mercado es la referida a la privatización en la producción y asignación de bienes y servicios y finalmente,

² La centralización de la prestación de ciertos servicios puede responder a cuestiones de economías de escala en algunos casos.

³ Desarrollada por James M. Buchanan, la teoría de la elección pública (*public choice*) descubrió que era posible la aplicación y la extensión de la teoría económica a las elecciones políticas y gubernamentales, y que también era posible extenderla a las decisiones de los ciudadanos a efectos de hacer posible la elección entre las diversas opciones existentes en el mercado político. Dicho descubrimiento le valió el premio Nobel de economía en 1986.

4. La descentralización administrativa describe la distribución jerárquica y funcional de poderes y funciones entre las unidades gubernamentales centrales y no centrales.

Según este enfoque, en materia tributaria, los impuestos cuya administración implica economías de escala y gravan bases tributarias móviles, como el IVA y los internos al consumo, y los que persiguen fines redistributivos, como los impuestos progresivos (ganancias), deberían ser recaudados por los estados nacionales. Por otro lado, los impuestos a la riqueza no móvil (propiedad inmueble) o patrimonio en general serían potestades propias de los gobiernos locales (Piffano H. L., 1998).

Esto conlleva consecuencias en la asignación tributaria. Los impuestos de nivel central tienen una alta elasticidad ingreso, mientras que los impuestos que son potestad de los gobiernos locales son más inelásticos. La centralización tributaria puede generar un esquema con superávits a nivel central y déficit en los gobiernos locales. Estas brechas se deben resolver con algún mecanismo compensador, si se persigue el objetivo de igualar los ingresos entre los diferentes gobiernos subnacionales.

De acuerdo a la teoría normativa, el nivel de gasto local debería estar ligado a parámetros de crecimiento demográfico y a las necesidades de la población, por lo que debería depender de una fuente de financiamiento más estable o contra cíclica (Piffano H. L., 1998).

Los postulados del esquema normativo sostienen que las transferencias desde los niveles superiores de gobierno hacia los sub-nacionales, no incentivan al ahorro de recursos, por lo que el gasto se incrementa cada vez que se incrementan los ingresos, y esas mayores erogaciones se tornan inflexibles a la baja en períodos de recesión. Este fenómeno es conocido como *flypaper*⁴ en la literatura, y caracteriza al efecto mediante el cual “el dinero se adhiere a la jurisdicción a la que llega”, es decir que las transferencias terminan incrementando el gasto sin generar incentivos al ahorro y generando condiciones para que se produzcan ineficiencias en la asignación de recursos.

Dado que las transferencias son una forma de compensar las inequidades entre niveles de gobierno, serán consideradas beneficiosas siempre que el diseño del mecanismo de distribución asegure las condiciones para el cumplimiento de las tres funciones gubernamentales: estabilización, redistribución y asignación. Para esto es necesario conocer si los desequilibrios que se pretenden corregir se originan en la baja capacidad recaudatoria de las jurisdicciones o en el bajo esfuerzo y desempeño fiscal local. Esto se torna fundamental al momento de analizar la correspondencia entre ingresos y gastos; entre responsabilidades y prestación de servicios.

⁴ El concepto fue descrito inicialmente por Arthur Okun (1980) en respuesta a la investigación de Edward Gramlich, publicada en 1979 como “Los efectos estimulantes de las subvenciones intergubernamentales”.

3.2 Enfoque positivo: la teoría de la elección pública (“public choice”)

La teoría del *public choice*, se trata de la aplicación de la teoría económica clásica en el campo de las finanzas públicas, que supone que los gobiernos producirán los bienes y servicios que los ciudadanos demanden, estableciendo una relación directa entre los beneficios recibidos y los costos de proveer los servicios (Trujillo Salazar, 2008). Es decir, el ciudadano tiene en claro que mayores servicios implican, por consiguiente, mayores costos, y en consecuencia los ciudadanos toman sus decisiones en función de la cantidad de bienes y servicios públicos que pretenden que se provean, dada la necesidad de tributos para financiarlas. En esta teoría el sector público central es un agente maximizador de presupuestos.

La teoría del *public choice* favorece la descentralización como mecanismo efectivo de control de las tendencias expansivas del gobierno. Cuando las decisiones de gasto y financiación no recaen en el mismo nivel de gobierno, pueden existir incentivos a que sean “otros” quienes financien los gastos del territorio, generando un efecto de “ilusión fiscal”. Este es el mecanismo que -esta teoría entiende- ocurre en el caso de transferencias que buscan compensar las desigualdades de los gobiernos subnacionales, provocando un nivel de gasto superior al óptimo con el efecto *flypaper* (Piffano H. L., 1998).

La teoría del *votante mediano*⁵ está asociada al burócrata benevolente, y establece que, en este sentido, el gasto público refleja las demandas del votante mediano. Esta herramienta analítica permite estudiar las asignaciones de servicios como si fueran decisiones de un consumidor representativo de una canasta de consumo entre bienes públicos y bienes privados.

El burócrata maximizador, expuesto por Niskanen (1968), plantea que el gobernante actúa de forma racional maximizando el presupuesto de la jurisdicción, maximizando su utilidad y no la de los individuos de la comunidad. En este caso, el aumento de presupuesto local a través de transferencias promueve el aumento del gasto público en mayor proporción que si se tratará de un financiamiento de fuente propia (Trujillo Salazar, 2008).

El federalismo implica entonces, la necesidad de coordinar la distribución de las potestades tributarias con las competencias de gastos entre los tres niveles de gobierno. De este modo, el logro de un adecuado esquema federal, requiere necesariamente equilibrar dos tensiones en torno al logro de la eficiencia, la *centralización recaudatoria* y la *descentralización del gasto*. (Dirección de Análisis de Endeudamiento Provincial y Finanzas Municipales, 2014).

⁵ El teorema del votante mediano es uno de los resultados más conocidos en la teoría económica de las decisiones políticas y fue formalizado por el economista Duncan Black durante la década de 1940. Sin embargo, su origen se remonta a los supuestos iniciales de la teoría clásica en mercados imperfectos y oligopólicos (Black, 1948).

La centralización recaudatoria: El argumento más tradicional a favor de la eficiencia de la centralización recaudatoria está relacionado con la existencia de economías de escala en la administración tributaria. Este argumento se orienta en dos sentidos:

1. la reducción de costos asociados a la existencia de un único agente recaudador
2. los beneficios para los contribuyentes de vincularse fiscalmente con un solo fisco.

Desde esta óptica, el gobierno central tiene más posibilidades de concentrar el poder tributario, en especial al emplear impuestos progresivos redistributivos, mientras que los gobiernos municipales deben ejercer potestades tributarias a tributos que graven bases tributarias inmóviles o deben descansar sobre "cargos por utilización". No obstante, los gobiernos de nivel intermedio (provincias) tienen más espacio para maniobrar que los gobiernos municipales; pudiendo emplear impuestos sobre el ingreso y sobre las ventas, aunque tratándose de bases tributarias móviles, existirá cierto grado de restricción sobre la política impositiva sub-nacional. (Piffano H. , 2004)

La descentralización del gasto: Los argumentos a favor de la descentralización se concentran primordialmente en el logro de una más eficiente asignación de los recursos. Estos argumentos contienen cuatro postulados básicos.

1. Existe mayor capacidad de los gobiernos locales que de los niveles superiores de gobierno para adecuar la provisión de los bienes y servicios a las características y necesidades de sus territorios, lo que representa una ventaja frente a la centralización.
2. Los individuos pueden "elegir con los pies" y movilizarse hacia las jurisdicciones que les ofrezcan canastas de bienes y servicios más acordes a sus preferencias, lo que nuevamente incrementa las ganancias de la descentralización (Tiebut C. , 1956)
3. Al existir competencia con las jurisdicciones vecinas, los gobiernos locales se sienten presionados a ofrecer una provisión eficiente de bienes y servicios públicos de modo de "retener" a sus votantes.
4. La descentralización introduce incentivos al fomento de la innovación, en virtud de que las jurisdicciones locales poseen los suficientes grados de libertad como para desarrollar nuevos enfoques en las políticas públicas.

En teoría y para que el proceso de descentralización sea completo, los gobiernos subnacionales debieran ser autónomos, lo que supone disponer de los recursos que les permitan decidir la mejor forma de asignar el gasto de manera de atender las preferencias de los ciudadanos de su jurisdicción. Bajo ese esquema, los individuos pueden exigir rendición de cuentas al gobierno que les cobra los impuestos (Cetrángolo & Gomez Sabaíni, 2009).

La tensión entre descentralización del gasto y centralización de la recaudación resulta evidente, dado que la asignación de potestades tributarias no necesariamente va a ser

consistente con la financiación de los gastos que tiene a cargo cada nivel de gobierno. (Diaz Frers, 2013)

En general, ocurre que es el gobierno central quien recauda los tributos más significativos mientras que gran parte de las funciones de gasto están descentralizadas, generando en consecuencia que los gobiernos locales suelen gastar más de lo que recaudan. Esto se verifica tanto para las provincias como para los municipios y comunas de la Argentina. La brecha entre la recaudación y el gasto entre los distintos niveles de gobierno se conoce como “*desequilibrio fiscal vertical*” (Diaz Frers, 2013).

Por otro lado, también puede existir un “*desequilibrio fiscal horizontal*”, basado en la existencia de municipios con capacidades fiscales diferentes, lo que originaría variaciones en los niveles de provisión de ciertos servicios, situación que podría ser considerada socialmente inaceptable⁶.

Para hacer frente a tales desequilibrios, resultará necesario algún mecanismo de transferencias entre niveles de gobierno que deberá considerar dichas tensiones y procurar minimizarlas. Este mecanismo, deberá procurar ser eficiente y solidario de modo de compensar por un lado a los gobiernos que no disponen de los recursos o potestades recaudatorias en función de haberlas delegado a un nivel superior, sin desalentar el esfuerzo fiscal local, y por otro contribuir a cerrar las brechas de desigualdad entre jurisdicciones (Hernández & Iturrubarría, 2003).

En el contexto descripto, las transferencias entre niveles de gobierno se constituyen entonces en la principal y más significativa fuente de recursos en la mayoría de los países en desarrollo y esta particularidad genera importantes consecuencias tanto en la eficiencia como en la equidad fundamentalmente en lo relacionado con el suministro de bienes públicos locales (Sotelo, 2009).

Como se desprende de la literatura tradicional sobre el tema (Stiglitz, 1988) (Musgrave & Musgrave, 1992), las transferencias del gobierno central hacia los niveles inferiores de gobierno, pueden resumirse en los siguientes objetivos centrales:

1. corregir las externalidades producidas por una jurisdicción sobre otras a partir de los bienes y servicios que ofrece en su propio territorio;
2. reducir o minimizar los desequilibrios horizontales entre las jurisdicciones;
3. atenuar los desequilibrios verticales, (entre niveles de gobierno) y
4. asegurar la provisión mínima de ciertos bienes públicos en todas las jurisdicciones de la Nación (Capello, Airaudo, & De Giovani, 2015).

⁶ Este desequilibrio horizontal que se traduce resultados diferenciales entre distritos, es el que se prueba en los resultados del Proyecto “Eficiencia y equidad en la distribución del gasto en salud en los municipios de la Provincia de Buenos Aires” (2019)

3.3 Asignación de responsabilidades de gasto y potestades tributarias

La coparticipación de impuestos es entonces, una característica de los gobiernos multinivel. Existen como se ha desarrollado ampliamente, por un lado, las funciones (gastos) que debe realizar cada nivel de gobierno; y por otro, las fuentes tributarias que se requerirán para financiarlos. De este modo, un esquema de coparticipación como el de Argentina en general, y el bonaerense en particular, resulta de dos temas primordiales en los vínculos fiscales intergubernamentales: la asignación de funciones o responsabilidades de gasto, y la asignación de potestades tributarias.

a) Asignación de funciones o responsabilidades de gasto: Resulta fundamental determinar qué nivel de gobierno es (o debiera ser) responsable de las distintas funciones o de realizar los gastos necesarios para el desarrollo de la vida de un país. De esta definición de responsabilidades dependerá el monto de los recursos necesarios para llevarlas a cabo. En particular, en lo que refiere a la asignación de responsabilidades para la provisión de los servicios de atención de la salud, no hay claridad normativa y, en muchos casos, tampoco fáctica. Mientras que en algunos momentos del tiempo o en algunas provincias se toman decisiones en algún sentido, en otros momentos y en otras provincias se toman decisiones en sentido inverso. Se profundizarán estas discusiones relacionadas con la prestación de los servicios de salud al momento de presentar la propuesta alternativa a la coparticipación actual.

b) Asignación de potestades tributarias: De esta asignación depende el nivel de gobierno responsable de “recaudar” los impuestos necesarios para hacer frente a las responsabilidades de gastos ya asignadas. El inconveniente a resolver es qué nivel de gobierno legisla, administra y qué tipo de fuentes tributarias utiliza. Influyen los mismos factores que en la asignación de los gastos, aunque no necesariamente con la misma intensidad y con la misma dirección. Es aquí donde el sistema escogido por la provincia de Buenos Aires introduce variables – en especial en la coparticipación régimen de salud – que requieren reflexionar al respecto dada su significativa incidencia en la configuración del sistema de salud de la provincia, como se abordará en los capítulos siguientes.

Un mal diseño de políticas por parte de las instituciones fiscales sobre alguno de estos temas, repercutirá negativamente generando costos en términos económicos, sociales y políticos. Si bien estas cuestiones ya están resueltas en la constitución nacional, provincial y en las normas que determinan los esquemas de coparticipación, se hace imprescindible revisar los resultados a los que se ha arribado, a la luz de la evidencia.

3.4 Federalismo fiscal y sanitario

Lamentablemente, poco se ha dedicado en la literatura a reflexionar sobre el federalismo sanitario. Más aún, tampoco se avanzó en reconocer al derecho sanitario como una rama del derecho, necesidad planteada especialmente por quienes se desempeñan en el ámbito sanitario (González García, 2002), (Bonpland & Bozzolo, 2015) aun cuando la reforma constitucional de 1994, reconoce por primera vez el

derecho a la salud dando un paso fundamental en la definición de los derechos sanitarios que protegen a los habitantes de la Argentina.

Sabido es también que la salud es una competencia no delegada por las provincias a la Nación, por lo que la incorporación de este derecho con rango constitucional afecta el orden interno, por lo que su tratamiento requiere la búsqueda de equilibrios jurisdiccionales que aseguren un impacto positivo en materia sanitaria, antes que un conflicto de competencias, atribuciones y responsabilidades de ordenamiento federal (Bonpland & Bozzolo, 2015).

La particular configuración del sistema sanitario argentino, conduce a reflexionar, respecto de la forma en que los recursos debieran distribuirse entre provincias y de ellas a los municipios de modo de lograr garantizar un “nivel adecuado” de prestaciones destinadas a satisfacer esos derechos en el orden jurídico actual en todo el país y atender cuestiones vinculadas con la reducción de las diferencias horizontales y verticales en materia sanitaria que permitan lograr equidad.

En consecuencia, la forma que adopte el sistema de coparticipación bonaerense no resulta indiferente al logro de los objetivos de equidad y eficiencia en materia de salud.

La reducción de las asimetrías y la conquista de la equidad territorial, debiera ser entonces una prioridad para la agenda política del federalismo sanitario nacional en general y del bonaerense en particular.

De la revisión de las experiencias de modelos distributivos implementados tanto en otros países como en Argentina, se pueden identificar algunas lecciones aprendidas (Tobar & Rodríguez Ricchieri, 2004):

- Un tratamiento igualitario no siempre es un tratamiento equitativo, por tanto, es fundamental pensar en si lo que se pretende es la igualación de la oferta de servicios o la igualación de los resultados sanitarios obtenidos
- El diseño de un modelo de distribución de recursos solo será equitativo si contempla las necesidades de atención de la salud de la población.
- Cualquier fórmula que pretenda distribuir recursos para el financiamiento del sistema de salud, necesariamente deberá ser condicionada a la obtención de los resultados buscados, si se pretende la igualación del “nivel mínimo prestacional” que se debe garantizar (según lo establecido por la constitución nacional).
- Cualquiera sea el modelo instrumentado, deberá incorporar mecanismos de evaluación de resultados y de ajuste periódico en base a criterios objetivos, mensurables y apropiados de modo de corregir los eventuales desvíos de los objetivos planteados.
- Deben contemplar la dispersión geográfica, especialmente si se pretenden igualar ofertas de servicios, buscando compensar los mayores costos de atender poblaciones dispersas.
- Los prorrateadores que se incluyan en una fórmula de distribución deberán: priorizar variables que contengan grandes densidades de información, priorizar

variables socio-ambientales sobre las que exista evidencia empírica que guardan correlación positiva con las necesidades de salud, evitar la inclusión simultánea de dos o más variables independientes correlacionadas entre sí, excluir variables epidemiológicas cuya distribución espacial esté concentrada en algunas áreas, excluir variables sociales que expresan otros determinantes sociales de la oferta (Tarragona & de la Puente, 2004).

3.5 Sistema de transferencias intergubernamentales

Una vez aceptado que un sistema de transferencias puede contribuir a atender los objetivos mencionados en el apartado anterior, corresponde evaluar qué tipo de transferencias ofrece la mejor alternativa para atender a cada uno de ellos. Las transferencias pueden clasificarse como sigue (Musgrave & Musgrave, 1992):

Considerando la direccionalidad

Pueden tratarse de *transferencias verticales*, desde el gobierno central a los intermedios (caso de Argentina), o bien *sistemas de reparto horizontal*, es decir, entre gobiernos de un mismo nivel (como ocurre en Alemania).

Considerando la automaticidad o no en la remisión de los fondos

Las transferencias pueden ser *automáticas* o *discrecionales* (también llamadas *no automáticas*). Las primeras son aquellas que se calculan siguiendo una fórmula específica establecida previamente y con uso regular, normalmente a partir de la recaudación de ciertos impuestos, -ejemplo de ello lo constituyen los regímenes de coparticipación-, mientras que las discrecionales se determinan cada año en el presupuesto (y en su ejecución) sin sujetarse a leyes que regulen participaciones fijas u otras restricciones⁷. La fórmula utilizada en las transferencias automáticas idealmente incluirá las variables sobre las cuales se pretende influir con el reparto, acompañadas por el correspondiente ponderador, según el objetivo de las mismas.

Las transferencias *automáticas* aportan mayor previsibilidad para quienes reciben esos recursos, permitiendo mejorar la planificación de los gastos. Además, estas transferencias trascienden a los representantes que ocupen los distintos poderes, evitando las preferencias coyunturales.

Las transferencias *discrecionales*, aventajan a las automáticas en su mayor flexibilidad, lo que las hace deseables para enfrentar acontecimientos extraordinarios (por ejemplo, una catástrofe natural). Sin embargo, las críticas que suele recibir este tipo de transferencias consisten en que se las asocia a la indisciplina fiscal (si tienden a

⁷ Un ejemplo de ello se puede encontrar en países como EEUU donde las transferencias se establecen en proyectos específicos y finalizan con la culminación del objetivo buscado.

asignarse de manera recurrente a las jurisdicciones que se encuentran en dificultades financieras) o a la subordinación política.

Considerando la capacidad de decisión del gobierno receptor sobre el destino de los recursos recibidos.

En este caso, las transferencias pueden ser *condicionadas* (o de asignación específica) o *no condicionadas* (de libre disponibilidad).

Las transferencias condicionadas son aquellas que se otorgan para ser usadas en un fin específico, generalmente para financiar programas o inversiones regionales o locales que el nivel central desea promover. En este tipo de transferencias se determina previamente el destino que debe dar el gobierno receptor a los recursos recibidos. Generalmente, las transferencias condicionadas suelen dirigirse a gastos en materia de salud y educación (Capello, Airaud, & De Giovanni, 2015).

A su vez las transferencias condicionadas, pueden asumir dos modalidades: no compensatorias y compensatorias⁸. En las transferencias no compensatorias, el dador realiza la transferencia de un monto fijo de dinero para destinar a un determinado proyecto o emprendimiento, que es independiente del aporte que la jurisdicción receptora de los fondos pueda hacer, así el nivel de gobierno dador pone como condición solamente que el receptor gaste los recursos recibidos en un bien o servicio particular. En cambio, en las transferencias compensatorias, la transferencia que realiza el dador es una proporción del aporte que realice el beneficiario para el proyecto o emprendimiento; estableciendo anticipadamente la forma en que ambos niveles de gobierno participarán en la financiación del costo del proyecto en cuestión.

Las transferencias condicionadas pueden ser con contrapartida (*matching grants*) o sin contrapartida; las primeras son un tipo de aporte condicionado basados en el principio de la escasez y que tienen dos objetivos; buscar el esfuerzo local de la jurisdicción y hacer más transparente el presupuesto (*accountability*), buscando comprometer al nivel local que recibe los fondos en la concreción del objetivo de la transferencia.

Las transferencias no condicionadas o de libre disponibilidad, son montos de dinero que los niveles intermedios o inferiores de gobierno reciben y pueden utilizar sin restricciones, según sus objetivos propios; constituyéndose simplemente como un soporte presupuestario sin restricción sobre su uso por parte del gobierno receptor.

El diseño de las transferencias depende del objetivo que se persiga. Si compensan un desequilibrio vertical, se debería adoptar una transferencia no condicionada. Si se trata de compensar desequilibrios horizontales, lo apropiado son las transferencias no condicionadas. Si se trata de igualar oportunidades en cuanto a un bien público (o una canasta), debería condicionarse a ese tipo de gasto. Si compensan una externalidad,

⁸ También se las menciona como transferencias con o sin aporte local

debería condicionarse al gasto en el bien que origina dicha externalidad (Porto, Transferencias intergubernamentales y disparidades fiscales en Argentina, 2016).

Sean condicionadas o no, lo usual es recurrir a fórmulas en las que se incluyen las variables a considerar y las ponderaciones que se darán a cada variable. Por ejemplo, si la transferencia es no condicionada y se aplica el criterio devolutivo, se la puede asignar a cada gobierno local según la recaudación de los impuestos en su jurisdicción (o utilizar alguna proxy como el PBG, el valor de producción de los sectores gravados, etc.). Si la transferencia es compensatoria de la debilidad de la base tributaria de una región, se puede construir un indicador en base a la inversa del PBG per cápita, la inversa del nivel de desarrollo, la brecha de desarrollo, etc. Si la diferencia entre regiones no es de capacidad fiscal como antes, sino de necesidad de gasto, se utilizarán indicadores como superficie, dispersión de la población, número de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI), etc. Si se trata de compensar derrames entre jurisdicciones, se otorgarán para gastos en el bien que genere la externalidad y es probable que las transferencias estén atadas a lo que la jurisdicción gasta en ese bien (Porto, Transferencias intergubernamentales y disparidades fiscales en Argentina, 2016).

a) **Criterios de reparto**

Siguiendo a Sotelo (2009), los criterios que pueden orientar la distribución de los recursos entre niveles de gobierno pueden clasificarse principalmente en *devolutivos* o *distributivos*, aunque pueden mencionarse otros menos utilizados.

Criterio devolutivo

Basado en argumentos de eficiencia, la utilización de este criterio conduciría a que cada jurisdicción debiera recibir un volumen de fondos en relación directa a lo que fue recaudado en la misma. Según este argumento, un solo organismo recaudador es la forma más eficiente (con menor costo) de obtener un nivel dado de recaudación, sosteniendo entonces que la centralización de la administración tributaria es el esquema que permite minimizar costos, y la coparticipación del producido debe destinarse a devolver a las jurisdicciones lo que allí fue recaudado.

Criterio distributivo

En el otro extremo y basado en argumentos de equidad, el criterio distributivo debiera emplearse siempre que se pretenda asegurar la uniformidad de condiciones de vida en todo el territorio o niveles mínimos de ciertos bienes, servicios o ingresos con independencia de las bases tributarias (Porto, 2004).

La utilización de este criterio puede deberse a que el nivel superior de gobierno considera desfavorable la existencia de diferencias en la provisión de servicios en las jurisdicciones inferiores y, mediante el sistema de transferencias, procura que la provisión se realice de igual forma en todos los gobiernos subnacionales (Sotelo, 2009).

Este criterio puede tener como objetivo buscar equiparar una deficiencia parcial entre gobiernos locales o generar las condiciones para homogeneizar el gasto público entre jurisdicciones

Otros criterios

Entre estos se encuentran aquellos que por ejemplo persiguen el objetivo de solvencia o estabilización fiscal, por el cual el gobierno central utiliza las transferencias como mecanismo de ajuste para enfrentar situaciones económicas adversas en las unidades subnacionales. Sin embargo, estos criterios raramente son utilizados para la categoría de transferencias automáticas, dadas las circunstancias imprevisibles a las que deben adaptarse.

b) Prorratores utilizados para la distribución secundaria

Se denominan prorratores a los distintos indicadores que se utilizan para la distribución de la masa coparticipable entre los municipios.

Dichos prorratores pueden agruparse de acuerdo al objetivo para el que se utilizan (Sotelo R. , 2009). A continuación, se realiza dicho agrupamiento, señalando en cada caso sus ventajas y desventajas.

Incentivadores de eficiencia.

Con este tipo de indicadores se busca aproximar la eficiencia en los aspectos financieros y reales de la gestión.

Cantidad de agentes por habitante

Con este indicador se puede calificar el grado de eficiencia en el uso de los recursos humanos a la vez que limita la expansión de las plantas de empleados municipales. Cuanto menor resulte el cociente, se puede inferir una mayor eficiencia en la utilización de los mismos. Una desventaja de su utilización se puede producir si el gobierno municipal subdimensiona la planta de personal con el fin de obtener mayor participación por medio de este prorratores. Por otro lado, debe contemplarse el caso de capitales de provincia que reciben usuarios de otros municipios que usufructúan los servicios municipales.

Recaudación propia/erogaciones corrientes.

Este es un indicador que intenta promover el autofinanciamiento. Como todo indicador que implica una evaluación parcial de la política presupuestaria y su ejecución, puede generar distorsiones y alejarse del objetivo de un uso eficiente de los recursos públicos. En particular, puede generar incentivos a la realización de erogaciones de capital para incrementar las transferencias recibidas y no de acuerdo a las necesidades de la población que demanda servicios.

En proporción a los recursos propios.

El objetivo es incentivar a mantener una eficiente estructura administrativa en la cobranza de los recursos de la propia jurisdicción.

Erogaciones corrientes per cápita.

Considera la existencia de economías de escala en la prestación de servicios locales, tomando como indicador del costo de prestación a la población del municipio.

Erogaciones de capital/total de erogaciones.

Este cociente se supone que revela el interés del gobierno municipal en las inversiones de capital, y cuanto mayor sea su valor mayores serán los recursos que se transferirán. Como tiende a favorecer el gasto de capital respecto al corriente, es de utilidad si el aumento del gasto de capital figura entre los objetivos.

Basados en el nivel de gasto municipal.

Estos se basan en el supuesto de que el nivel de gasto es un indicador del compromiso del gobierno local con la provisión de los servicios requeridos por su comunidad. Pero esto puede generar ineficiencia en la asignación de recursos mediante el incentivo de aumentar los gastos con el fin de incrementar las transferencias recibidas.

Erogaciones totales.

Es el parámetro de distribución que más posibilidades tiene de reflejar las desventajas mencionadas dado que incentiva incrementos en las erogaciones.

Erogaciones corrientes o de personal.

Al utilizar este tipo de gastos, las desventajas se ven atenuadas. Sin perjuicio de ello, aparece el problema adicional de las ineficiencias en la asignación si, por ejemplo, se intentan asignar más recursos afectados a personal en detrimento del resto de las erogaciones corrientes o de capital para recibir un volumen mayor de recursos coparticipados.

Basados en el aporte a la base imponible de los impuestos que forman la masa coparticipable.

Este grupo está relacionado con la aplicación del criterio devolutivo en términos de los aportes de cada jurisdicción a la masa coparticipable. Sin embargo, no tiene en cuenta que la disparidad de las bases tributarias puede generar que las jurisdicciones con bases débiles pueden ser las que más necesitan transferencias para financiar los gastos locales. Además, no toman en cuenta aspectos de eficiencia en la recaudación perjudicando a las jurisdicciones con una pequeña base imponible, pero con un alto índice de cobrabilidad y favoreciendo a otro con base amplia pero ineficiente en la recaudación.

Acervo inmobiliario.

Se coparticipa en función del aporte a la base imponible del impuesto inmobiliario que realiza cada municipio. Se fundamenta en un criterio devolutivo, bajo el supuesto de que

el nivel de cumplimiento de las obligaciones tributarias es el adecuado. Claramente no cumple con criterios redistributivos dado que se premia con mayores recursos a quienes tienen mayor capacidad tributaria y no a quienes, por no contar con fuentes gravables para la generación de ingresos propios tienen una alta dependencia de los recursos delegados de las jurisdicciones superiores.

Devengado automotor.

Su adopción también se apoya en un criterio devolutivo, presenta las mismas desventajas que presenta el parámetro anterior.

En proporción directa a la facturación de los impuestos que forman la masa coparticipable.

Se trata de prorratores eminentemente devolutivos que surgen de relacionar el total facturado en cada municipio, respecto a los impuestos considerados, con el total facturado en toda la provincia por los mismos conceptos.

Producto Geográfico Bruto.

Este indicador se utiliza como un *proxy* de la contribución de cada jurisdicción a la masa coparticipable.

Relacionados al tamaño de la población

En proporción directa a la población.

Este indicador se sustenta en la idea de que todos los habitantes deberían recibir la misma cantidad de bienes públicos cualquiera sea su lugar de residencia. La aplicación de este indicador implica establecer una coparticipación per cápita uniforme entre todos los municipios, lo cual puede justificarse en la necesidad de garantizar para cada uno de ellos un nivel mínimo de gasto per cápita. Sin embargo, se considera implícitamente la existencia de un costo unitario constante para cualquier tamaño absoluto de población. Esto no es adecuado si se considera la menor carga per cápita de los costos fijos de los servicios (economías de escala), ante mayor población.

Población urbana.

Se suele aplicar con el mismo criterio que el anterior. Pero tiene la desventaja adicional de discriminar en contra de municipios con alta población rural o dispersa, los que se verán perjudicados con menores recursos transferidos.

Población rural.

Cada municipio recibe un monto de transferencia igual a la participación de su población rural en el total de la Provincia (a mayor población rural, mayores recursos). Garantiza un nivel mínimo de gasto a las poblaciones rurales, discriminando en contra de municipios con alta población urbana o concentrada.

Densidad de población⁹.

Con este prorrateador se intenta favorecer a municipios con baja densidad suponiendo que tienen mayores costos de infraestructura per cápita. Está relacionado con la ocupación del territorio y los mayores costos originados en la dispersión de población. A su utilización le caben los mismos interrogantes que el prorrateador en proporción directa a la población, con el adicional de que puede discriminar a favor de jurisdicciones con grandes extensiones de tierra inhabitables.

Distribuidores de equidad.

Entre los relacionados con la equidad se encuentran indicadores como los que miden las necesidades básicas insatisfechas (NBI), el desarrollo humano (IDH), la pobreza por ingresos (tasa de pobreza e indigencia) y la desocupación (tasa de desocupación).

En proporción a la población con NBI.

A través de este indicador redistributivo se intenta elevar el nivel de recursos de aquellos municipios más pobres. Compensa de esta manera las desigualdades existentes entre los municipios por la presencia, en mayor o menor grado, de personas en condiciones de pobreza extrema o marginalidad lo que se traduce en una mayor atención social por parte de los municipios. Una crítica que se le hace a este prorrateador es que podría castigar a aquellas jurisdicciones que realizaron mayor esfuerzo para combatir la pobreza.

Otros

Indicadores que distribuyen en partes iguales.

Esto consiste sólo en dividir la masa coparticipable entre el número de jurisdicciones receptoras. Su aplicación se fundamenta en la existencia de gastos fijos que se deben realizar independientemente del tamaño sin tener en cuenta las disparidades regionales.

Indicadores basados en diferencias de cobertura geográficas.

La idea de su aplicación es la existencia de diferencias en los costos de provisión. Un ejemplo de este tipo es la superficie del partido, que se basa en el supuesto de que mientras más extensa sea la localidad más dispersa estará su población, y mayores serán los gastos per cápita en que se incurrirá para la provisión de bienes públicos.

Indicadores basados en la oferta de servicios.

Se utilizan indicadores para determinar el costo de provisión, basado en el supuesto de que es un buen indicador de la necesidad de financiamiento para servicios determinados.

⁹ Se utiliza en otros países para establecer el costo de provisión de los servicios.

4. LA SITUACIÓN EN ARGENTINA Y EN EL MUNDO

4.1 Experiencia internacional

La revisión de la experiencia internacional se orienta a conocer la forma en que otros países han resuelto los problemas de distribución de recursos cuando existen gobiernos multinivel. Pero al hacerlo es necesario tener en cuenta algunos aspectos distintivos antes de intentar aplicar esas experiencias foráneas a nivel nacional o sugerir su implementación en la provincia de Buenos Aires.

Tanto en América Latina como en los países desarrollados, el problema fiscal es una preocupación que no termina en el hecho de establecer los criterios de distribución de ingresos y definir las responsabilidades fiscales sobre la prestación de servicios públicos por nivel de gobierno

Este es solo el punto de partida de la discusión. Varios autores han abordado este tema y han desarrollado opiniones contrapuestas, dejando de esta forma un final por definir en función de la cultura de cada nación y de las funciones que entienden como propias los distintos niveles de gobierno en los diferentes países.

Fretes Cibils, (2016), por ejemplo, entiende que el crecimiento de la población ocurrido en los últimos 30 años en centros urbanos genera una alerta en la provisión de bienes públicos y, en consecuencia, en la forma más adecuada para financiar la prestación de estos servicios. Esto es así, según Fretes Cibils, dado que el 85% de la población en América Latina vive en zonas urbanas y que esta tendencia fue acompañada por un bajo crecimiento económico que no ha generado los recursos necesarios para poder afrontar el incremento en las necesidades de los ciudadanos.

Al mismo tiempo que se produjo el crecimiento poblacional de los centros urbanos, también lo hizo la longevidad de la población y la concentración de la productividad de los países en dichos centros urbanos. Estas tres cuestiones, entiende Fretes Cibils son la causa para aumentar, de ahora y hacia el futuro, la cantidad de los servicios públicos que se prestan. Y, en consecuencia, sus fuentes de financiamiento.

Por su parte, los trabajos de Oates (1977) y de Tiebout (1961) sobre la descentralización del gasto y su eficiencia asignativa se desarrollaron en países avanzados, siendo relativa por ende su utilidad en países de América Latina, de la misma manera que los supuestos de transparencia y eficacia utilizados en la academia no necesariamente se verifican en países no desarrollados.

Algunos trabajos citados por Fretes Cibils (2016) -como el de Weingast (2009)- han puesto en duda el realismo de estos supuestos en países en desarrollo y entienden en cambio como más comprensivas de la realidad de estos países a las teorías de segunda generación sobre federalismo fiscal que hacen hincapié en la idea de “checks and balances”, donde un sistema federal para ser eficaz requiere:

- Alcance definido de la autoridad.
- Restricciones presupuestarias fuertes y creíbles

Es necesario tener en cuenta estos aspectos antes de realizar un análisis comparado o de aplicar experiencias de otros países en la provincia de Buenos Aires.

La revisión de la experiencia internacional se orienta a conocer la forma en que otros países han resuelto los problemas de distribución de recursos cuando existen gobiernos multinivel. Para ello se han revisado en profundidad los esquemas de coparticipación empleados en países federales¹⁰ con el objeto de reflexionar acerca de las limitaciones y posibles consecuencias que podrían sobrevenir, si se adoptaran las experiencias internacionales a la Argentina.

Asimismo, autores como Wilkins (2007) comparan a países como Australia con Argentina para poder entender el éxito de determinados modelos y los posibles caminos alternativos para su aplicación. En este sentido, el autor analiza la similitud poblacional entre ambos países y muestra que ambos poseen grandes conglomerados poblacionales y una población rural que es la fuente de su riqueza.

Para alcanzar el objetivo primordial de la política pública -buscar igualar los servicios que reciben los diferentes habitantes en todas las zonas del país- en Australia existe una comisión de subsidios¹¹ que arbitra y equilibra la distribución de los recursos a ser distribuidos entre los diferentes niveles de gobierno. Esta comisión estudia tanto la capacidad de los estados para recaudar como así también el costo en que se incurre en la prestación de los servicios, entendiendo que la mayor densidad poblacional implica mayores costos de prestación de los servicios.

La comisión se ha mantenido independiente con el correr del tiempo y la información que genera se publica de forma anual y analiza la situación de los servicios públicos de los diferentes estados, midiendo de esta forma servicios como salud y educación a nivel estadual. Dentro de esta comisión existe un órgano independiente denominado "comisión de productividad", que mide el desarrollo de los estados subnacionales en forma comparada.

Otros autores como García (2016) analizan y comparan la experiencia de varios países respecto a su responsabilidad de recaudar los fondos y gestionar los servicios públicos por nivel de gobierno. Con este objetivo, compara modelos con alto nivel de autonomía fiscal, como EEUU y Canadá, donde el nivel central y su inmediato inferior no poseen armonización alguna de sus bases imponibles, con modelos de otros países como Alemania y Australia¹², donde entiende que existe baja autonomía fiscal y ambos

¹⁰ No se han incluido los países unitarios

¹¹ Esta comisión de subsidios tiene la responsabilidad de realizar estudios que permitan analizar que todos los australianos puedan tener el mismo nivel de acceso a los servicios públicos.

¹² Estos países los agrupa en un modelo de compartición de rendimientos.

niveles de gobierno dependen de las transferencias para poder brindar los servicios públicos y otorgar los mismos servicios entre los diferentes estados que los conforman.

Por último, agrupa a países como Dinamarca, Noruega y Suecia que poseen una distribución impositiva de recargos y una fuerte administración federal y centralizada, pudiendo explicar esto su escasa población¹³ y su distribución geográfica.

En el cuadro siguiente se muestra el nivel de descentralización impositivo, de gasto, de transferencias y el grado de nivelación y correspondencia fiscal. Puede observarse gran disparidad entre todos los países federales en cuanto al grado de nivelación fiscal y correspondencia.

Cuadro 1. Federalismo fiscal

Países federales	EEUU	Canadá	Alemania	Suiza	Australia
Descentralización de ingresos	Sistemas impositivos independientes	Sistemas impositivos independientes	"Tax Sharing"	"Tax Sharing". Sistemas impositivos independientes	Sistemas independientes, pero débil a escala estatal
Descentralización de gasto	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
Transferencias interjurisdiccionales	Bajas	Altas	Altas	Bajas	Altas
Grado de nivelación	Escaso	Alto	Alto	Moderado	Muy alto
Correspondencia fiscal	Alta	Alta	Baja	Alta	Baja

Fuente: Extraído de García (2016)

Como se mencionó oportunamente, los trabajos de Oates (1977) y de Tiebout (1961) entienden que la descentralización del gasto en manos de los niveles inferiores de gobierno implica mayor eficiencia en la ejecución del mismo.

Mientras que, en lo referente a las competencias para la recaudación de ingresos, se identifican posturas diversas, a diferencia de lo que entienden autores como Fretes Cibils (2016).

Como puede verse en el Cuadro 1, todos los países analizados poseen como patrón común una alta descentralización del gasto público en los niveles subnacionales de gobierno. Por otro lado, al analizar la correspondencia fiscal, entre los diferentes niveles

¹³ Dinamarca y Suecia poseen 5 millones de habitantes para el 2019 y Suecia algo más de 10 millones. En comparación con Buenos Aires que tiene un estimado de más de 17 millones de habitantes.

de gobierno, se identifican tres países que poseen una alta correspondencia fiscal, indicando ello que los gastos y la recaudación poseen niveles sustentables entre sí. Salvo el caso de Alemania y Australia, donde la correspondencia fiscal es baja entre los niveles de gobierno.

4.2 Experiencia internacional: el caso específico de la distribución de recursos destinados al financiamiento de la salud pública

En términos de la distribución de recursos para el sistema de salud, se pueden sintetizar algunas experiencias instrumentadas con distinto grado de conocimiento respecto a los resultados obtenidos a partir de su aplicación (González García, 2002)¹⁴.

a) El caso británico

La metodología denominada RAWP (Resource Allocation Working Party) de 1970, distinguió criterios diferentes para orientar las inversiones y los gastos operativos. Las inversiones se orientaron de modo de igualar las camas por habitante de cada jurisdicción.

Para la distribución de recursos operativos se identificaron siete componentes:

- Internaciones no psiquiátricas
- Internaciones psiquiátricas
- Internación de discapacitados
- Servicios ambulatorios
- Servicios de salud colectiva
- Servicios de ambulancias
- Gastos administrativos

La base de cálculo ha sido siempre la población y para cada componente se definió un monto de recursos por habitante que luego se ajusta en base a diferentes criterios.

Posteriormente, a fines de la década de los '90 la fórmula para la distribución de recursos fue unificada para cubrir tres componentes:

- Hospitales y servicios de salud para la comunidad.
- Infraestructura de prácticas generales.
- Prescripciones.

Para cada componente, se consideran cuatro elementos en la distribución de los recursos:

- Distribución capitada ajustada en base a edad de la población, necesidades adicionales y la variación de costos de los servicios.

¹⁴ Estas experiencias fueron presentadas en el Congreso de la Asociación de Economía de la Salud 2002

- Línea de base recurrente, en función de la proporción histórica de recursos que recibió cada jurisdicción.
- Distancia del objetivo: Es la diferencia entre los dos primeros componentes.
- Velocidad de cambio: mide la rapidez en que las autoridades se mueven hacia el objetivo de la distribución capitada.

En la actualidad estos tres componentes se emplean en una única fórmula que se utiliza para ajustar a la población.

Entre las desventajas que se pueden identificar en este modelo, se encuentra el hecho que no incluye ningún mecanismo para asegurar la igualdad en el acceso, ni considera factores de morbilidad y socioeconómicos, que además se centra en la equidad geográfica más que en la social y la utilización y, finalmente, que no establece mecanismos que aseguren que los fondos se gasten de un modo específico.

b) El caso escocés (SHARE)

El modelo escocés, incorpora al modelo inglés las siguientes variaciones:

- Distingue dentro de las internaciones no psiquiátricas, a las obstétricas.
- No aplica la tasa de mortalidad según causas debido a que el número de muertes de cada alternativa sería pequeño.
- Ajusta la utilización por Tasa de Mortalidad sólo en menores de 65 años ya que en los grupos jóvenes se encuentra más asociada a la morbilidad.
- No incluye a los servicios para discapacitados dentro de los componentes.

c) El caso gales (SCRAW)

Las variaciones que se hacen en la formulación de Gales son las siguientes:

- En servicios de ambulancia corrige por dispersión de la población según millas de camino/habitantes.
- En servicios de internación no psiquiátrica se considera un costo medio anual del servicio ajustado por edad, sexo y tasa de mortalidad global.
- Para el cálculo de los montos de compensación por los flujos de pacientes se basa en una muestra.

d) El caso de Irlanda del Norte (PARR)

Es una combinación de los anteriores, aunque incorpora una innovación. Una vez sumados todos los componentes, además de incorporar el ajuste por formación y flujo interregional de casos agrega un ajuste adicional por servicios especializados.

e) El caso de España

En España se establece un modelo de distribución sobre bases poblacionales donde merecen destacarse las siguientes innovaciones:

- En el cálculo capitado se deducen aquellos ciudadanos que posean cobertura específica de seguros especiales (fuerzas armadas, poder judicial, etc.)

- Se deducen de los montos a ser transferidos los gastos de los servicios administrados centralmente desde el gobierno nacional.

f) **El caso de Italia**

Se define un modelo de distribución que distingue componentes relacionados con funciones de salud (servicios hospitalarios, servicios ambulatorios, programas de higiene y prevención, etc.)

g) **El caso de México**

Se considera únicamente el factor de equidad en la distribución desestimando el de eficiencia debido a la inexistencia de información. Así, se propuso distribuir los recursos entre los estados a través de una asignación per cápita ajustada por:

- Condiciones de salud: Se hace una aproximación a las condiciones de salud mediante una tasa de mortalidad infantil.
- Dificultad para otorgar servicios: Se mide a través de un indicador que mide la capacidad estatal para apoyar con recursos propios a los servicios de salud.

h) **El Caso de Brasil**

Se establece que la mitad de los recursos a ser transferidos a estados y municipios se distribuyen de acuerdo al número de habitantes sin ningún ajuste. Para el monto restante se establecen los siguientes criterios de distribución:

- Perfil demográfico de la región
- Perfil epidemiológico de la población a ser cubierta
- Características cuantitativas y cualitativas de la red
- Desempeño técnico y financiero en el periodo anterior
- Previsión de inversiones en el plan quinquenal.
- Reembolsos por servicios a otras jurisdicciones.

4.3 La coparticipación federal vigente en Argentina

El sistema de coparticipación vigente en Argentina está determinado por la Ley 23.54815 que establece la centralización de la recaudación de determinados impuestos y su distribución entre los distintos niveles de gobierno y que define principalmente tres aspectos fundamentales:

1. qué impuestos se distribuyen (determinación de la masa coparticipable bruta y neta)
2. qué proporción se distribuye entre la Nación y el conjunto de las provincias (distribución primaria)

¹⁵ Ley Convenio sancionada por el Congreso Nacional y a la que adhirieron las legislaturas provinciales.

3. qué proporción se distribuye entre las provincias (distribución secundaria)

1. Respecto a la definición de la masa coparticipable, la ley 23.548 estableció que el conjunto de los fondos a distribuir estuviera integrado por todos los impuestos nacionales existentes y los que se crearan posteriormente, quedando exceptuados los impuestos aduaneros, los impuestos que se distribuyan por algún otro mecanismo de coparticipación y los impuestos nacionales con afectación específica.

2. Distribución primaria: la ley establece que del total de fondos a distribuir el 42,34% corresponde a la Nación, el 56,66% restante al conjunto de provincias, el 2% al recupero relativo de algunas provincias (Buenos Aires, Chubut, Neuquén y Santa Cruz) y el restante 1% se destina a la conformación del Fondo de Aportes del Tesoro Nacional (ATN). Como consecuencia de posteriores transferencias de servicios públicos desde el nivel federal al nivel provincial (salud y educación), y las cada vez mayores necesidades de aumentar el financiamiento para la seguridad social, se acordaron cada vez más impuestos con afectación específica, detracciones, aumento en los fondos para ATN, etc. que culminaron en una masa coparticipable más restringida y una alteración en la distribución primaria que actualmente destina el 41,64% de la masa coparticipable neta al gobierno federal y un 57,36% al conjunto de provincias.

3. Distribución secundaria: aunque originalmente determinada en función del número de habitantes en cada provincia, la densidad poblacional y la inversa del número de casas y automóviles por habitante calculados al momento de sanción de la ley, en la actualidad la distribución de los recursos entre las Provincias se efectúa a partir de coeficientes fijos legalmente establecidos. De todos modos, más allá de los mencionados coeficientes, las modificaciones, sucesivos pactos, acuerdos y negociaciones que se sucedieron a lo largo de los años, condujeron a alteraciones sumamente complejas de los montos destinados a las provincias que transforman el sistema en un laberinto tan complejo como arbitrario de distribución de fondos, especialmente por el crecimiento de gran cantidad de transferencias por fuera del sistema de coparticipación.

No es objeto del presente estudio adentrarse en la discusión de la coparticipación federal, sino poder presentar el contexto nacional del que la provincia de Buenos Aires es parte.

La Constitución Nacional reformada en 1994, estableció un plazo de dos años para sancionar una nueva ley de coparticipación, entendiendo que la Ley 23548 ya no respondía a los criterios que originaron su sanción y que la realidad de las provincias había cambiado sustancialmente lo que ameritaba una revisión y adecuación.

Ante la inexistencia de una nueva ley y la necesidad de resolver dificultades de financiamiento, se fueron sucediendo numerosas modificaciones que acentuaron la complejidad del régimen y modificaron la distribución, tanto primaria como secundaria.

Este proceso fue acompañado por la transferencia desde las provincias al estado nacional de numerosas cajas previsionales provinciales y de parte de la deuda contraída por las mismas que condujo a que el estado nacional retenga un 15% de la masa

coparticipable para atender obligaciones previsionales y un monto fijo para distribuir entre los estados provinciales que, al no contemplar mecanismos de actualización, ha perdido importancia relativa¹⁶.

Por otra parte, la transferencia a las provincias de los servicios educativos y de salud se tradujo en el establecimiento de leyes con fondos específicos para su financiamiento. A su vez, la mayor parte de los tributos generados en los últimos años se coparticipan sólo en forma parcial, determinando un incremento en los recursos del estado Nacional respecto a las provincias¹⁷.

La suma de estos procesos, junto a la modificación de la estructura poblacional, de urbanización, migratoria, productiva y geopolítica que se ha producido en la Argentina en las últimas décadas, ha devenido en un sistema donde se verifica una pérdida de importancia relativa de los recursos coparticipados sobre el total de ingresos del estado nacional y a una configuración del sistema de distribución que ha menoscabado la pretendida correspondencia fiscal.

Para sintetizar los problemas que presenta el actual régimen, pueden puntualizarse los siguientes aspectos:

- Complejidad del esquema, lo que lo hace poco transparente y difícil de controlar.
- La existencia de impuestos coparticipables y otros que no lo son, condiciona el diseño de la política tributaria tanto nacional como provincial
- Los fondos con asignación específica se distribuyen en función de la recaudación de un impuesto específico y no de las necesidades de gasto en los distintos fines, problema que se agrava en muchas oportunidades por la inexistencia de adecuado control en el grado de eficiencia con el que se gasta.
- La distribución secundaria no responde hoy a ningún criterio racional: se ha generado un fuerte desequilibrio horizontal, que no puede ser explicado por diferencias en los costos de provisión de los servicios públicos.

¹⁶ Durante 2018 se firmó un nuevo Acuerdo Nación-Provincias que tiene por objeto reducir la detracción de los quince (15) puntos porcentuales de la masa de recursos coparticipables, con destino a obligaciones previsionales nacionales, previendo la posibilidad de que el Estado Nacional aplique hasta el cincuenta por ciento (50%) de las sumas adicionales que anualmente le corresponden a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en virtud de la reducción de la detracción del quince por ciento (15%) en los términos pactados, a compensar los créditos que tenga a su favor respecto de cada una de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, buscando de esta manera lograr el desendeudamiento de las provincias y mejorar su situación financiera y fiscal.

Adicionalmente, dicho acuerdo establece un préstamo a favor de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con recursos del Fondo de Garantía de Sustentabilidad del Sistema Integrado Previsional Argentino (FGS), equivalente a seis (6) puntos porcentuales en el año 2016 de los quince (15) puntos porcentuales de la masa de recursos coparticipables que le hubiera correspondido a cada una de las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires si no se aplicara la detracción del quince por ciento (15%) y de tres (3) puntos porcentuales para los períodos 2017, 2018 y 2019, previendo además que los intereses no se capitalizarán y se devengarán a partir del día de cada desembolso.

¹⁷ Uno de los ejemplos más importantes de esta situación lo constituye el impuesto a los débitos y créditos bancarios que coparticipa menos del 15% de lo recaudado, aunque no es el único

- Presencia de incentivos inadecuados sobre el comportamiento de los gobiernos provinciales, dado que la complejidad que presenta el esquema impide el control ciudadano sobre la gestión de gobierno.

4.4 Esquemas de coparticipación en las provincias argentinas

En Argentina cada jurisdicción provincial tiene la facultad de establecer su propio sistema de coparticipación de impuestos. Las particularidades y especificidades que cada régimen adopte estarán doblemente condicionadas: por un lado, por las potestades tributarias que cada jurisdicción provincial retenga o decida trasladar a sus municipios y, por el otro, por las funciones y, en consecuencia, las responsabilidades de gasto que recaigan en el nivel municipal.

A modo de resumen, se presenta a continuación un cuadro que sintetiza y compara las principales características de los esquemas de distribución de recursos en las provincias argentinas¹⁸. Por su parte, se ha incluido en el mismo una columna donde se consigna qué nivel de gobierno es responsable por la provisión de los servicios de salud, de modo de orientar el análisis a lo que se establece en el esquema escogido por la provincia de Buenos Aires.

¹⁸No se incluye a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por no poseer un sistema de coparticipación establecido por ley.

Cuadro 2. Comparación de regímenes de coparticipación a municipios. Provincias argentinas.

Provincia	Normativa Aplicable	Masa Coparticipable	Distribución Primaria (Provincia/conjunto de municipios) (en %)	Nivel de Gobierno responsable del Sector Salud	Periodicidad de las transferencias
Buenos Aires	Ley 10.559/87 (modificada por Ley 10.752/88 y Ley 10.820/89), modificadoras y complementarias.	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos no Descentralizado - Impuesto de Sellos - Impuesto a los Automotores - Impuesto Inmobiliario Urbano - Tasas Retributivas de Servicios - Coparticipación Federal de Impuestos 	83,86/16,14	Atención hospitalaria compartida Atención primaria municipal	Diaria y automáticamente
Catamarca	Ley 5174 (2006) Decreto Reglamentario N°175 (2006) Ley 5128 y Decretos 1686/2004, 2256/2004 y 202/2013	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto de Sellos - Impuesto Inmobiliario - Coparticipación Federal de Impuestos - Regalías Mineras 	75/25	Art. 252 CP.- Son atribuciones y deberes del Gobierno Municipal ... 10.- Proteger la salud pública.	Se transfieren de forma quincenal (cada 15 días)
Chaco	Ley N°3188 (1986), modificada por Leyes N°3741 (1992), N°3785 (1992), N°3974, N°4322.	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto de Sellos - Coparticipación Federal de Impuestos 	84,5/15,5	Art. 36.- Salud. La Provincia tiene a su cargo la promoción, protección y reparación de la salud Al efecto creará la organización técnica adecuada.	Se transfieren de forma decenal. (cada 10 días)

Provincia	Normativa Aplicable	Masa Coparticipable	Distribución Primaria (Provincia/conjunto de municipios) (en %)	Nivel de Gobierno responsable del Sector Salud	Periodicidad de las transferencias
Chubut	Ley II N°6 (modificada por Ley II N°177), artículo 106 de la Ley XVI N°46 y Decreto N°531/92. Ley XXIV N°47 y Resolución N°2/12 CECPI. Ley II N°7 y Decreto N°1509/13. Ley II N°25 (modificada por Ley II N°177) y Decreto N°1633/95.	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos Convenio Multilateral - Coparticipación Federal de Impuestos - Regalías 	<p>0/100 (IIBB) 84/16 Regalías hidroeléctricas. 84,9/15,1 Regalías Petróleo 89/11 Coparticipación federal</p>		Se acredita automáticamente y diariamente.
Córdoba	Ley N°8.663 y modificada por Leyes N°8.864 (2000), N°9.183 (2004), N°10.508 (2017), Decreto Reglamentario N°1973/1999.	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto Inmobiliario - Coparticipación Federal de Impuestos 	80/20	Art. 59 CP.- ... la Provincia garantiza este derecho mediante acciones y prestaciones Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud, integra todos los recursos y concerta la política sanitaria con ... Municipios ... Art. 186 CP.- Son ...competencia municipal : 7. Atender las siguientes materias: ... salud y centros asistenciales ...	Las transferencias son automáticas y quincenales
Corrientes	Ley N°6042 Orgánica de Municipalidades (Arts. 87 a 89 de la Ley N°4752 y sus modificatorias). Ley N°6311.	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto de Sellos y otros - Impuesto Inmobiliario Rural - Coparticipación Federal de Impuestos 	81/19	Art. 225 CP: Son atribuciones y deberes específicos del municipio : I) atención primaria de la salud y centros asistenciales;	La constitución establece la remisión de los fondos de manera diaria y automática.

Provincia	Normativa Aplicable	Masa Coparticipable	Distribución Primaria (Provincia/conjunto de municipios) (en %)	Nivel de Gobierno responsable del Sector Salud	Periodicidad de las transferencias
Entre Ríos	Ley Nº8.492/91 y modificatorias (Ley Nº9638 entre otras) Constitución Provincial del 2008. Decreto Nº1.768/10 MEHF y sus modificatorios y complementarios.	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto a los Automotores - Impuesto Inmobiliario Rural - Coparticipación Federal de Impuestos 	88/12 IIBB 40/60 Automotores 76/24 Inmobiliario 84,67/15,32 Coparticipación federal	Art. 240 CP: Los municipios tienen las siguientes competencias: 14. La atención primaria de la salud, a su expreso requerimiento , y con la consiguiente transferencia de recursos.	Los impuestos nacionales y los ingresos brutos de forma diaria. Los demás impuestos de acuerdo al art. 18 de la ley 8.492/91.
Formosa	Ley Nº766 (1988) y modifs. Leyes Nº1273 (1998) y Nº1275 (1998)	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Lotería - Impuesto Inmobiliario - Impuesto de Sellos - Coparticipación Federal de Impuestos 	85/15		Las transferencia se realizan en forma quincenal.
Jujuy	Acuerdo Relación Fiscal Provincia Municipios ratificado por Ley 5.329 (2002) Ley Provincial Nº5.435 de Fortalecimiento y Saneamiento Municipal	N/A	N/A		No establece periodicidad
La Pampa	Ley Nº1.065 (1988) y modif. Ley 1108, 1130, 1192, 1288, 2088, 2460, 2464 y Ley Nº2.477 (2009). Ley 2392 (2007) modif. por Ley 2691 y 2899.	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los Impuestos Provinciales - Coparticipación federal de Impuestos - Regalías Hidrocarburíferas 	74/26 Provinciales 49/51 Coparticipación federal 75/25 Regalías Hidrocarburíferas	Art. 81 CP.- El Gobernador tiene las siguientes atribuciones: 15) promover políticas de ejecución descentralizada , siempre que ello no implique delegar la responsabilidad primaria del Estado en lo relativo a educación, salud y seguridad.	La transferencia a los Municipios y Comisiones de Fomento debe realizarse en forma automática y semanalmente. Las transferencias a los diferentes fondos debe efectuarse en forma diaria.

Provincia	Normativa Aplicable	Masa Coparticipable	Distribución Primaria (Provincia/conjunto de municipios) (en %)	Nivel de Gobierno responsable del Sector Salud	Periodicidad de las transferencias
La Rioja	Ley N°9782 (sancionada el 19 de noviembre de 2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto a los Automotores - Coparticipación Federal de Impuestos 	50/50 Provinciales 85/15 Coparticipación federal	Art.172 CP.- Las Cartas Orgánicas Municipales establecerán las estructuras funcionales del municipio, ...incorporando los aspectos de salud publica...	No establece periodicidad
Mendoza	Ley N°6.396 (1996) y su modif. Leyes N°7620, N°8127	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto a los Automotores - Impuesto de Sellos - Impuesto inmobiliario - Coparticipación Federal de Impuestos - Regalías 	81,2/18,8 Coparticipación federal, IIBB, Sellos e Inmobiliario 30/70 Automotores 88/12 Regalías		Las transferencias se realizan en forma quincenal.
Misiones	Ley N°XV- N°10 (antes Ley N°2.535). Decreto 1799/17. Ley XV- N°12 (antes Ley N°3.875). Ley XXI- N°67	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto a los Automotores - Impuesto Inmobiliario - Coparticipación Federal de Impuestos 	88/12	Art. 39 CP.- La Provincia garantizará la atención de la salud de la población... el Gobierno podrá por medio de convenios, comprometer su colaboración con la nación, con otras provincias, asociaciones profesionales, entidades mutuales y cooperativas.	Son depositados diaria y automáticamente en las cuentas de cada municipio. Cada cuenta municipal genera un plazo fijo hasta ser efectivamente utilizado.
Neuquén	Ley N°2148 y Leyes complementarias N°1971, N°2.247, N°2.395, N°2615	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto de Sellos - Impuesto Inmobiliario - Coparticipación Federal de Impuestos - Regalías 	85/15	Art. 134 CP.- Es obligación ineludible de la Provincia velar por la salud ... poniendo a disposición de sus habitantes servicios gratuitos y obligatorios ...	Las transferencia se realizan en forma mensual.
Río Negro	Ley N°1946	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto Inmobiliario - Impuesto a los Automotores - Coparticipación Federal de Impuestos - Fondo de Desequilibrios Fiscales Provinciales - Regalías 	73,5/26,5 IIBB, Inmobiliario y Automotor 90/10 Coparticipación federal, FDFP y Regalías	Art. 59 CP.- el Estado Provincial garantiza la salud a través de un sistema integrador establecido por la ley	Las transferencia se realizan en forma mensual.

Provincia	Normativa Aplicable	Masa Coparticipable	Distribución Primaria (Provincia/conjunto de municipios) (en %)	Nivel de Gobierno responsable del Sector Salud	Periodicidad de las transferencias
Salta	Leyes N° 5.082 (1976), N° 6438 (1986), N° 6.648 (1991), N° 6.678 (1992), N° 7.223 (2003), N° 7.651 (2010)	Impuestos Provinciales (excepto Impuesto Inmobiliario Urbano y Automotor) Coparticipación Federal de Impuestos - Regalías	85/15 Provinciales y Copa 80/20 Mineras, Petrolíferas y Gasíferas 60/40 Hidroeléctricas		Inmediatas
San Juan	Ley N°1811-P (2018), con vigencia a partir del 1° de enero de 2019	- Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto de Sellos - Impuesto Inmobiliario - Impuesto a los Automotores - Coparticipación Federal de Impuestos	80/20 Impuestos provinciales 85,5/14,5 Coparticipación federal		Los fondos se transfieren de forma semenal.
San Luis	Ley N°5537	- Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto de Sellos - Impuesto Inmobiliario - Impuesto a los Automotores - Coparticipación Federal de Impuestos	80,5/19,5		Las transferencias se realizan en forma decenal. La capital, solicito transferencias diarias de la coparticipación.
Santa Cruz	Ley N°1.494 (1982) y modifs. Ley N°1.955 (1987) y Ley N°2.401 (1995)	- Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto de Sellos - Juegos de Azar - Coparticipación Federal de Impuestos - Regalías	60/40 (previa deducción del 20% destinado a la Caja Previsional) Provinciales 89/11 Coparticipación federal 93/7 Regalías	Art.150 CP.- el Municipio tendrá competencia en las siguientes materias: 8) Atender lo inherente a la salud pública y los centros asistenciales	Las transferencias se realizan los días 10, 20, 30. Lo percibido en regalías se remite una vez por mes y los impuestos provinciales se remiten una vez al mes.

Provincia	Normativa Aplicable	Masa Coparticipable	Distribución Primaria (Provincia/conjunto de municipios) (en %)	Nivel de Gobierno responsable del Sector Salud	Periodicidad de las transferencias
Santa Fe	Ley N°7.57 (1975), N°8345 (1979), Ley N°5110, Ley N°12.385, Ley N°12.744	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto Inmobiliario - Impuesto a los Automotores - Lotería y Casinos - Coparticipación Federal de Impuestos 	86,56/13,44 IIBB 50/50 Inmobiliario 10/90 Automotores 80/20 Lotería 90/10 Casinos 86,56/13,44 Coparticipación federal		Debe realizarse de forma automática y no puede exceder los 30 días de recibidos los fondos.
Santiago del Estero	Ley N°6426 (1998), Decreto N°1309/1998	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto Inmobiliario - Impuesto de Sellos - Impuesto a los Automotores - Coparticipación Federal de Impuestos 	75/25 Provinciales (salvo autom) 60/40 Automotores 85/15 Coparticipación federal		Las transferencia se realizan en forma mensual.
Tierra del Fuego	Ley N°191 (1983), Ley N°343 (1988), Ley 22 N°22 (1992), Ley N°702 (2006), Ley N°886 (2012), Ley N°892 (2012), Ley N°905 (2012), Ley 907 (2012), Ley N°959 (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Impuesto sobre los Ingresos Brutos - Impuesto de Sellos - Coparticipación Federal de Impuestos - Regalías 	55/45 Provinciales 75/25 Coparticipación federal 80/20 Regalías	Art.53 CP. El Estado Provincial garantiza el derecho a la salud mediante acciones y prestaciones Establece, regula y fiscaliza el sistema... Art. 64 CP. Es función primordial del Estado Provincial garantizar ... la salud.... A tal fin, dichas áreas dispondrán de presupuesto	Los fondos coparticipables de regalías son recibidos de forma mensual. Los coparticipables de impuestos nac. y prov. se transfieren de forma semanal.
Tucumán	Leyes 6316/1991; 6650, 8381 y modifs.	<ul style="list-style-type: none"> - Coparticipación Federal de Impuestos - Impuesto Inmobiliario - Impuesto a los Automotores 	88/12 Inmobiliario 15/85 Automotores 83,5/16,5 Coparticipación Federal de Impuesto		Las transferencias deben realizarse diaria y automática..

Fuente: Elaboración propia en base a las normativas provinciales

Como se desprende del Cuadro 2, la revisión de las leyes de coparticipación de las provincias argentinas arroja diferencias bien marcadas en cuanto a los criterios empleados para la distribución de ingresos tanto en relación con la distribución primaria como secundaria, así como respecto a las responsabilidades de gasto que se le asignan a las jurisdicciones municipales y lo que cada provincia conserva para sí. En el Apéndice 2 se detallan las características de cada provincia y se presenta una comparación de estas características diferenciales.

4.5 Asignación de responsabilidades, potestad tributaria y criterios para la distribución en las provincias argentinas

Como se desprende del Cuadro 8 la revisión de las leyes de coparticipación de las provincias argentinas arroja diferencias bien marcadas en cuanto a los criterios empleados para la distribución de ingresos tanto en relación con la distribución primaria como secundaria, así como respecto a las responsabilidades de gasto que se le asignan a las jurisdicciones municipales y lo que cada provincia conserva para sí. En los apartados que siguen se presenta una comparación de estas características diferenciales.

a) La distribución primaria

El conjunto de las provincias argentinas coparticipa a sus municipios una porción determinada de lo que obtienen en concepto de coparticipación federal. Dicha porción dista de ser homogénea entre las jurisdicciones; por el contrario, la distribución de este rubro varía en forma considerable entre las provincias, como se presenta en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Distribución primaria de ingresos

Provincia	Coparticipación Federal	Ingresos Brutos	Inmobiliario		Sellos	Automotores	Regalías			Otros
			Urbano	Rural			Petróleo	Hidrocarburos	Minería	
Buenos Aires	16,14	16,14	16,14		16,14	16,14				16,14
Catamarca	25	25	25	25	25				35	
Chaco	15,5	15,5	D		15,5	D				
Chubut	11	D	D	D		D	16	15,1		
Córdoba	20	20	20	20						
Corrientes	19	19	D	19	19	D				19
Entre Ríos	15,3	12	24	24		60				
Formosa	15	15	D	15	15	D				15
Jujuy						D				
La Pampa	11,73	26	26	26	26	26	25			26

Provincia	Coparticipación Federal	Ingresos Brutos	Inmobiliario		Sellos	Automotores	Regalías			Otros
			Urbano	Rural			Petróleo	Hidrocarburos	Minería	
La Rioja	15	50				50				
Mendoza	18,8	18,8	18,8	18,8	18,8	70	12	12		
Misiones	12	12	12	12		12				
Neuquén	15	15	30	30	15	D	15			
Río Negro	10	26	26	26		26	10	10		
Salta	15	15	D	15	15	D	17		50	15
San Juan	14,5		20	20	20	20				
San Luis	10	20	10	10	14	20				
Santa Cruz	11	32	D		32	D	7			32
Santa Fe	13,4	13,4	50	50	90					20
Santiago del Estero	15	25	25	25	25	40				25
Tierra del Fuego	26,1	46,1	D		46,1	D	20			
Tucumán	16,5		12	12		85				

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recopilados

De esta manera podemos observar que el 56% de las provincias distribuyen hasta el 15% de lo que reciben por coparticipación federal entre sus municipios, mientras que el 30% reparten entre un 15% y un 20% de los recursos y solo Catamarca y Tierra del Fuego destinan más de 20% a la conformación de la masa coparticipable.

En el caso de los tributos de origen provincial, la participación de los municipios es, en promedio, más elevada. En tal sentido, en el cuadro anterior se muestra –además de una considerable dispersión en cuanto a los porcentajes de cada uno de los tributos destinados a los municipios- que, en términos porcentuales, lo que reciben los municipios por impuestos locales es mayor que lo que reciben por coparticipación federal.

En cuanto a las provincias que cobran regalías, se observa también un grado dispersión de los porcentajes destinados a los municipios, que oscila entre el 7% (petrolíferas, Santa Cruz) hasta un 50% (minerías, Salta).

Pueden identificarse también dos grandes grupos de provincias, divididos según utilicen para la distribución un porcentaje uniforme, aplicado sobre la totalidad de los impuestos recaudados, y aquellas que aplican porcentajes diferenciales, que varían según cada impuesto cuya recaudación es objeto de distribución. Es decir, que existen provincias que discriminan los impuestos que son coparticipados a su nivel inferior de gobierno y otras distribuyen de forma unificada el total de su recaudación, no diferenciando impuestos que sean excluidos de la coparticipación.

Porcentaje uniforme: Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Corrientes, Formosa, Misiones

Porcentajes diferenciales: Resto de las provincias

b) La distribución secundaria

Las llamadas leyes de coparticipación municipal dictadas por las legislaturas provinciales establecen también la forma en que se realizará la distribución secundaria, esto es, cómo se realizará el reparto de la masa a distribuir entre los distintos municipios, y/o comunas, en los casos que corresponda.

A su vez, las leyes también prevén los indicadores que se utilizarán para realizar la distribución de los fondos. Estos indicadores, distribuidores o prorrateadores¹⁹, son los que, en líneas generales se individualizan en el Cuadro 4 a continuación:

Cuadro 4. Distribuidores utilizados por las provincias argentinas para la distribución de la coparticipación

	Buenos Aires	Catamarca	Córdoba	Corrientes	Chaco	Chubut	Entre Ríos	Formosa	Jujuy	La Pampa	La Rioja	Mendoza	Misiones	Neuquén	Río Negro	Salta	San Juan	San Luis	Santa Cruz	Santa Fe	Santiago del Estero	T. del Fuego	Tucumán
Población	x	x	x	x		x		x		x	x	x		x		x	x	x	x	X	x	x	
Partes iguales		x	x		X	x	x	x		x	x	x		x			x	x	x	X	x		
Recaudación propia		x			X		x	x		x				x						X	x		
Formación de fondos	x	x	x		X			x		x	x				x	x	x	x		X	x		x
Inversa población				x													x				x		
Cantidad teórica de empleados					X																		
Jurisdicción de Radicación de Automotores										x		x					x			X			
NBI						x	x				x						x	x				x	
Jurisdicción de impuesto inmobiliario										x							x						
Lejanía con la Capital											x						x	x					
Producción												x			x								
Inversa Capacidad Tributaria.	x																						

¹⁹ A lo largo del presente informe se utilizarán los términos indicadores, prorrateadores o distribuidores indistintamente para referirse a las variables empleadas para el reparto de fondos, en virtud de que las normativas de las provincias los utilizan para referirse a tales variables.

	Buenos Aires	Catamarca	Córdoba	Corrientes	Chaco	Chubut	Entre Ríos	Formosa	Jujuy	La Pampa	La Rioja	Mendoza	Misiones	Neuquén	Río Negro	Salta	San Juan	San Luis	Santa Cruz	Santa Fe	Santiago del Estero	T. del Fuego	Tucumán	
Inversa Población/ Planta Permanente		x																						
Superficie	x	x																						
Cantidad de Electores							x																	
Indicador de Pobreza							x																	
Coefficiente de desigualdad regional												x												
Gastos corrientes																x								
Desempleo											x													
Otros	RS												x	x	x	x					x	x	x	

Fuente: Elaboración propia en base a las Leyes provinciales

Otros: (RS) Régimen Especial de Salud; proporción directa gastos de capital/total erogaciones; coeficientes fijos; inversa al costo salarial total por habitante de cada comuna; costo por habitante de los servicios prestados por el municipio; población rural; proporción directa población sobre número de empleados;

Los dos criterios principales que se señalan desde la teoría para realizar la distribución secundaria de los fondos son los denominados criterio devolutivo y criterio redistributivo.

Como se observa del Cuadro 3, los prorrateadores más utilizados por las provincias para la distribución son: “% de población”, “por partes iguales” y “recaudación propia”.

El primero de ellos es utilizado por 18 de las 23 jurisdicciones (74%), y es un indicador de tipo devolutivo.

El criterio redistributivo más utilizado es “por partes iguales”, ya que lo prevén en sus legislaciones 15 de 23 (65%) provincias. Este indicador intenta darle al sistema un componente de equidad, garantizando un piso de coparticipación uniforme para todas las localidades.

Sin embargo, este criterio suele aplicarse sobre una porción menor de la masa coparticipable, por lo que el monto efectivamente distribuido resulta, en todos los casos, relativamente menor a los que se derivan de la aplicación de criterios devolutivos.

Al solo título ejemplificativo, se observan los siguientes casos:

- Córdoba: 79% por población, 21% por partes iguales;
- Corrientes: 98% por población;
- La Rioja: 50% por población, 5% por partes iguales;

- d) Neuquén: 65% por población, 5% por partes iguales;
- e) San Luis: 80% por población, 15% por partes iguales.

Por su parte, el 39% de los estados provinciales tienen en cuenta un criterio de eficiencia a la hora de distribuir los recursos. En tal sentido, 9 de las 23 provincias utilizan el indicador “recaudación propia”, mediante el cual se persigue el objetivo de incentivar a mantener una eficiente recaudación de los tributos locales en el propio ámbito municipal. Cuanto mayor sea la recaudación propia, mayor será el coeficiente que le corresponda al municipio.

Entre los indicadores que se destacan en función de su utilización se observa que aquel relativo a las “Necesidades Básicas Insatisfechas” está presente en 6 provincias (Chubut, Entre Ríos, La Rioja, San Luis, San Juan y Santiago de Estero).

El prorrateador vinculado a la “jurisdicción de radicación del automotor” –lo que incluye la recaudación por este impuesto efectuada en cada municipio-, está previsto en cuatro legislaciones provinciales –La Pampa, Mendoza, San Juan y Santa Fé- y el relacionado con el “impuesto inmobiliario” solamente en dos, la Pampa y San Juan.

Sólo tres provincias adoptan entre sus parámetros de distribución el de “inversa a la población” y “lejanía con la capital”. El primero es utilizado por Corrientes, San Juan y Santiago del Estero, aunque para una porción mínima de los recursos (2%, 1% y 1% respectivamente), y el segundo, por La Rioja, San Juan y Santa Fe.

De las provincias que obtienen parte de sus recursos en concepto de Regalías, sólo dos utilizan el distribuidor “producción” a los fines de transferir recursos a sus municipios, Mendoza y Río Negro.

Por último, se emplean también ciertos indicadores que responden a necesidades y características socio-económicas específicas de determinada jurisdicción, o a una fuerte decisión de dar relevancia a algún criterio de distribución.

En tal sentido, resaltan:

- a) Chaco, que distribuye el 60% de los recursos en proporción directa a la cantidad de empleados que cada municipio necesitaría teóricamente a los fines de prestar los servicios que le son propios;
- b) Entre Ríos, que reparte el 34% de los recursos que corresponden a los municipios por Coparticipación Federal en función de la cantidad de electores de cada municipio;
- c) La Rioja, que distribuye el 13% en proporción directa al desempleo relevado en cada municipio;
- d) y Mendoza, que utiliza para la distribución de una porción de los recursos, un coeficiente de desarrollo regional.

4.6 Deformación de los regímenes de distribución de ingresos: el establecimiento de Fondos Especiales

Del total de provincias argentinas, 15 (65%) utilizan el mecanismo de formación de fondos antes de proceder a aplicar los prorrateadores a la masa coparticipable.

Cuadro 5. Mapeo de fondos específicos en Argentina

Tipo de fondo	Bs. As.	Catamarca	Córdoba	Chaco	Formosa	La Pampa	La Rioja	Río Negro	Salta	San Juan	San Luis	Santa Fe	Santiago del Estero	T. del Fuego	Tucumán
Fondo para financiar gastos de capital		X	X								X				
Fondos para emergencia, desequilibrios financieros o desfinanciamiento		X	X	X	X	X	X			X	X		X		X
Fondo por Descentralización	X	X	X												
Fondos específicos para inversión y obras públicas – Vialidad – Infraestructura	X					X						X		X	
Fondo de Compensación o Convergencia Municipal								X	X						
Fondo Prestaciones Prioritarias y Bomberos Voluntarios														X	
Fondo de Desarrollo										X	X			X	X
Fondo de Financiamiento Servicios Sociales (salud y/o educación)	X													X	
Fondos para Fortalecimiento de Recursos Municipales	X														
Fondo Municipal de Inclusión Social y Programas Sociales y Saneamiento Ambiental.	X														
Fondo Provincial Solidario (Retenciones Soja)	X														

Fuente: Elaboración propia en base a leyes provinciales

Del Cuadro 5 se desprenden dos rápidas conclusiones: la primera es que el tipo de fondo más utilizado es aquel destinado a socorrer situaciones de emergencia, desequilibrios financieros o desfinanciamientos de los municipios; y la segunda, se refiere a que la provincia de Buenos Aires es la que más acude a esta forma de distribución de recursos entre los niveles inferiores de gobierno.

a) **Criterios e indicadores más utilizados a nivel nacional**

Los dos criterios principales que se señalan desde la teoría para realizar la distribución secundaria de los fondos son los denominados criterio devolutivo y criterio redistributivo como se menciona en el apartado 3.5. 3.5 Sistema de transferencias intergubernamentales.

Como se desprende del Cuadro 4, los tres prorrateadores más utilizados por las provincias para la distribución son: “% de población”, “por partes iguales” y “recaudación propia”.

El primero de ellos es utilizado por 18 de las 23 jurisdicciones (74%), y es un indicador de tipo devolutivo.

El criterio redistributivo más utilizado es “por partes iguales”, ya que lo prevén en sus legislaciones 15 de 23 (65%) provincias. Este indicador intenta darle al sistema un componente de equidad, garantizando un piso de coparticipación uniforme para todas las localidades.

Sin embargo, este criterio suele aplicarse sobre una porción menor de la masa coparticipable, por lo que el monto efectivamente distribuido resulta, en todos los casos, relativamente menor a los que se derivan de la aplicación de criterios devolutivos.

Al solo título ejemplificativo, se observan los siguientes casos: a) Córdoba: 79% por población, 21% por partes iguales; b) Corrientes: 98% por población; c) La Rioja: 50% por población, 5% por partes iguales; d) Neuquén: 65% por población, 5% por partes iguales; e) San Luis: 80% por población, 15% por partes iguales.

Por su parte, el 39% de los estados provinciales tienen en cuenta un criterio de eficiencia a la hora de distribuir los recursos. En tal sentido, 9 de las 23 provincias utilizan el indicador “recaudación propia”, mediante el cual se persigue el objetivo de incentivar a mantener una eficiente recaudación de los tributos locales en el propio ámbito municipal. Cuanto mayor sea la recaudación propia, mayor será el coeficiente que le corresponda al municipio.

Entre los indicadores que se destacan en función de su utilización se observa que aquel relativo a las “Necesidades Básicas Insatisfechas” está presente en 6 provincias (Chubut, Entre Ríos, La Rioja, San Luis, San Juan y Santiago de Estero).

El prorrateador vinculado a la “jurisdicción de radicación del automotor” –lo que incluye la recaudación por este impuesto efectuada en cada municipio-, está previsto en cuatro

legislaciones provinciales –La Pampa, Mendoza, San Juan y Santa Fé- y el relacionado con el “impuesto inmobiliario” solamente en dos, la Pampa y San Juan.

Sólo tres provincias adoptan entre sus parámetros de distribución el de “inversa a la población” y “lejanía con la capital”. El primero es utilizado por Corrientes, San Juan y Santiago del Estero, aunque para una porción mínima de los recursos (2%, 1% y 1% respectivamente), y el segundo, por La Rioja, San Juan y Santa Fe.

De las provincias que obtienen parte de sus recursos en concepto de Regalías, sólo dos utilizan el distribuidor “producción” a los fines de transferir recursos a sus municipios, Mendoza y Río Negro.

Por último, se emplean también ciertos indicadores que responden a necesidades y características socio-económicas específicas de determinada jurisdicción, o a una fuerte decisión de dar relevancia a algún criterio de distribución.

En tal sentido, resaltan: Chaco, que distribuye el 60% de los recursos en proporción directa a la cantidad de empleados que cada municipio necesitaría teóricamente a los fines de prestar los servicios que le son propios; Entre Ríos, que reparte el 34% de los recursos que corresponden a los municipios por Coparticipación Federal en función de la cantidad de electores de cada municipio; la Rioja, que distribuye el 13% en proporción directa al desempleo relevado en cada municipio; y Mendoza, que utiliza para la distribución de una porción de los recursos, un coeficiente de desarrollo regional.

5. TRANSFERENCIAS A MUNICIPIOS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Una particular característica de la estructura federal Argentina es que la Constitución Nacional otorga a cada provincia la potestad de definir su propio régimen municipal: “Cada provincia dicta su propia constitución, conforme a lo dispuesto por el artículo 5º asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo y financiero” (Art. 123, C.N. 1994).

El producto de esto ha sido la heterogeneidad en los regímenes de coparticipación de provincias a municipios a lo largo del territorio nacional, existiendo tantos regímenes de distribución como provincias.

Las provincias distribuyen a sus municipios una porción de lo que reciben por coparticipación federal de impuestos y un porcentaje de los recursos tributarios de origen provincial (impuesto a los ingresos brutos, impuesto inmobiliario, impuesto automotor, impuesto de sellos y, en algunos casos, regalías).

5.1 Fondos específicos

En la provincia de Buenos Aires, además de las transferencias automáticas establecidas en el régimen de coparticipación, existen mecanismos de distribución de recursos a las municipalidades que funcionan en forma paralela a la coparticipación y que como se presentará en el más adelante, han ido cobrando una creciente importancia

relativa a lo largo del tiempo. Tales fondos, creados para atender situaciones particulares, son los que se detallan a continuación:

a) **Juegos de azar**

Las leyes 11018 (1990) y 11536 (1993), ambas modificadas por la ley 14880 (2016) regulan lo atinente a juegos de azar en la provincia de Buenos Aires.

La primera de ellas, referida al juego de azar denominado “Lotería Familiar”, “Lotería Familiar Gigante” o “Bingo”, establece que de la recaudación que se obtenga de cada uno de los sorteos de dicho juego, los municipios de la provincia recibirán:

El 4%, aquel municipio en cuya jurisdicción esté ubicada la sala de juego. A su vez, se señala que tales municipalidades destinarán no menos del 50% de lo recaudado, a las partidas presupuestarias destinadas a gastos e inversiones en promoción y asistencia social y/o salud pública.

El 5%, aquellas municipalidades que no cuentan con salas habilitadas para el juego. En este caso, la distribución de los fondos se hará en la proporción que resulte de la aplicación de los coeficientes establecidos en la Ley 10559.

A su vez, se prevé la suma de \$20 (importe que será actualizado por la ley impositiva) en concepto de arancel de ingreso a las salas. El municipio en cuya jurisdicción esté ubicada la sala de juego recibirá el 50% de lo recaudado por dicho rubro y deberán destinar no menos del 50% de lo percibido, a la implementación de programas y medidas tendientes a la prevención de la ludopatía y otras adicciones.

La Ley 11536 establece que, del beneficio bruto del juego –constituido por la recaudación bruta menos el pago de fichas, excluidos los ingresos provenientes del arancel de ingreso-, los municipios recibirán:

El 2%, el municipio en cuya jurisdicción estén ubicados los casinos. Estos municipios deberán afectar el 50% de lo percibido a partidas presupuestarias destinadas a gastos e inversiones en promoción y asistencia social y/o salud pública.

El 20%, los municipios que no cuenten con salas de casino habilitadas. La distribución de estos fondos se hará en la proporción que resulte de la aplicación de los coeficientes establecidos en la ley 10.559.

También en este caso se prevé la suma de \$20 (actualizado por ley impositiva) en concepto de arancel ingreso y permanencia. La distribución y afectación de lo recaudado por este concepto se realiza en igual forma que la prevista en la ley 11018.

b) **Fondo compensador de mantenimiento y obras viales**

Mediante la Ley 13010 (2003), en el marco de la política de descentralización tributaria encarada por la provincia, se cedió a los Municipios que suscriban los convenios respectivos, la administración del impuesto inmobiliario rural y se creó el *Fondo compensador de mantenimiento y obras viales*. Dicho fondo se integra en la actualidad

con el 12% de lo recaudado en concepto del impuesto señalado (en su origen, dicho porcentaje ascendía al 25%).

Los recursos señalados están afectados al mantenimiento y realización de obras de la red vial provincial, y se distribuyen entre los municipios que posean red provincial de tierra, en proporción a la longitud de kilómetros de la misma correspondiente a cada distrito. Es decir, opera un criterio devolutivo de los gastos a realizar.

c) Fondo provincial compensador de mantenimiento de establecimientos educativos

En el esquema de descentralización tributaria antes señalado, la Ley 13010 (2003) puso en cabeza de los municipios que suscriban los convenios respectivos, la administración del Impuesto sobre los Ingresos Brutos referidos a aquellos contribuyentes que hayan tenido ingresos que no superen una suma determinada (\$144.000 en su origen, \$900.000 en la actualidad. Ley 14880 (2017)).

Asimismo, creó el *Fondo provincial compensador de mantenimiento de establecimientos educativos*, que se integra con el 25% de la recaudación del tributo descentralizado, y está destinado al mantenimiento de dichos establecimientos.

La distribución de dichos fondos se realiza entre los Consejos Escolares de los diferentes municipios, y es dispuesta por la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia. Excepcionalmente, tales recursos pueden ser girados a los municipios, previo acuerdo con la citada Dirección General.

d) Fondo de fortalecimiento de programas sociales y saneamiento ambiental

La Ley 13163 (2004), creó el *Fondo de fortalecimiento de programas sociales y saneamiento ambiental*, con destino a la atención de servicios de asistencia social y de tratamiento y disposición final de residuos.

Dicho fondo se integra con: a) los fondos que en concepto de impuestos provinciales recauden los municipios en su carácter de agentes de recaudación; b) los fondos que se le asignen en la distribución de la recaudación del impuesto inmobiliario rural (actualmente 3%, según Ley 13010, texto según Ley 13403); c) los fondos de la coparticipación correspondiente a las Municipios en el régimen de la Ley 10559 que anualmente se le asignen; d) los fondos que se le asignen por la distribución de los juegos de azar habilitados en la provincia (actualmente el 6% del beneficio bruto distribuible en el marco de la explotación de casinos. Ley 11536).

La forma de distribución de los recursos de este fondo es la siguiente:

El 80% con destino a la atención de los servicios de Asistencia Social, de acuerdo al Índice de Vulnerabilidad Social (IVS) en cuya composición deberá contemplarse de

manera relevante la cantidad de población bajo la línea de indigencia para cada caso, siendo esta distribución responsabilidad del Ministerio de Desarrollo Humano.

El 20% con destino al tratamiento y disposición final de residuos, en función de la población de cada distrito.

El Decreto 609/2004 dispone que el IVS al que se hace referencia en la Ley, se construirá sobre la base de los siguientes indicadores: a) 60% en relación directa a la cantidad de población en condiciones de NBI; b) 10% en relación a la mortalidad infantil; c) 10% en relación directa a los nacimientos de bajo peso; d) 10% en relación directa a las causas asistenciales iniciadas en el fuero de menores; e) 10% en relación directa a las defunciones por causas parasitarias e infecciosas. Para la construcción de este índice la fuente de información utilizada provendrá en todos los casos de organismos oficiales nacionales y/o provinciales.

También se dispone que los servicios de asistencia social que deberán atender los Municipios con los recursos distribuidos por el fondo, serán aquellos vinculados a la asistencia alimentaria y/o familiar u otros programas de asistencia social que resulten necesarios contemplar en función de las particulares necesidades sociales locales, que en acuerdo con los municipios determine el Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo.

A su vez, los municipios deberán demostrar ante el Ministerio de Desarrollo Humano dentro de los 45 días corridos de la recepción de los fondos (la distribución es mensual) que el destino dado a los recursos recibidos por la distribución del fondo se corresponde con lo señalado anteriormente; y en caso de incumplimiento de tal obligación, dicho Ministerio comunicará tal circunstancia al Ministerio de Economía, quien dispondrá la suspensión de la distribución de los recursos del fondo hasta la finalización de las causas que originaron la misma.

Como se observa, todos los indicadores utilizados para la distribución del presente fondo son de carácter fuertemente distributivo, destacando aquel que refiere al de población con NBI.

En cuanto al componente saneamiento ambiental el Decreto 1996 (1996) establece que el Ministerio de Economía elaborará anualmente los coeficientes de distribución sobre la base de los datos de población de cada Municipio suministrados por la Dirección Provincial de Estadísticas.

También se señala que, respecto de los Municipios afectados a la disposición final de residuos conforme el Decreto-ley 9111/78 - Vicente López, San Isidro, San Fernando, Tigre, General Sarmiento, General San Martín, Tres de Febrero, Morón, Merlo, Moreno, La Matanza, Esteban Echeverría, Almirante Brown, Lomas de Zamora, Quilmes, Avellaneda, Lanús, Florencio Varela, Berazategui, Berisso, Ensenada y La Plata-, los recursos determinados integrarán una masa especial de fondos que será asignada en función de la cantidad de residuos generadas; y los importes correspondientes serán transferidos directamente al CEAMSE.

En este caso, donde los fondos se transfieren directamente al CEAMSE como pago por el servicio que provee, se aplica un criterio devolutivo.

Por último, además de los recursos ya señalados, los municipios reciben el 5% de la recaudación referida al impuesto sobre los ingresos brutos descentralizado (contribuyentes con ingresos hasta \$900.000), con destino al tratamiento y disposición final de residuos. La distribución se realiza en función de la población de cada distrito (Ley 13010, texto según Ley 14880).

e) Fondo para el fortalecimiento de recursos municipales

En el año 2008 (Ley 13850) se crea el *Fondo para el fortalecimiento de recursos municipales*, que tiene como objetivos lograr la simplificación tributaria, la compensación y el incremento de los recursos asignados a los municipios que no apliquen gravámenes retributivos por los siguientes servicios y/o conceptos: a) faenamiento, inspección veterinaria y bromatológica, visado de certificados u otro tipo equivalente de tasa de abasto o derecho; b) publicidad y propaganda hecha en el interior de locales destinados al público.

El fondo se integra con el 2% del Impuesto sobre los Ingresos Brutos no descentralizado a los municipios con carácter previo a su coparticipación, y su distribución se realiza de acuerdo a las proporciones que le correspondan conforme la ley 10559 y modificatorias.

Se trata de un recurso de libre disponibilidad para las comunas, pero su percepción se encuentra condicionada a que dicho nivel de gobierno no aplique gravámenes retributivos por los servicios y/o conceptos señalados. Para ello, los municipios deberán, en adhesión, suscribir los convenios respectivos.

f) Fondo municipal de inclusión social

La ley 13863 (2008) crea el *Fondo Municipal de Inclusión Social*, integrado con el 1,5% del Impuesto sobre los Ingresos Brutos no descentralizado a los Municipios que perciba la provincia de Buenos Aires. Dicho fondo se financia íntegramente con recursos provinciales, es decir, el porcentaje señalado se extrae de la participación que le corresponde a la provincia.

Los recursos recibidos son de libre disponibilidad para los municipios, y respecto de la distribución cabe señalar que: a) se realiza solamente entre los municipios que se encuentren adheridos a lo dispuesto respecto al fondo de fortalecimiento de recursos municipales (ley 13850); b) se efectúa de acuerdo al Índice de Vulnerabilidad Social establecido en la ley 13.163 (Fondo de Fortalecimiento de Programas Sociales y Saneamiento Ambiental).

De esta forma se repotencia el rol de los indicadores distributivos en el esquema de distribución de recursos a los municipios. Este fondo, atento su modo de integración,

consiste enteramente en un incremento de los recursos que se transfiere de la Provincia a los municipios.

g) **Fondo de infraestructura municipal**

La Ley 14789 (2017) crea el *Fondo para infraestructura municipal* y tiene como objetivo financiar proyectos de mantenimiento y obras de infraestructura. Para acceder a este fondo, los municipios presentan ante el Ministerio de Infraestructura y Servicios Públicos el plan de obras, el detalle de los proyectos y el presupuesto necesario para su ejecución.

El fondo se conforma con:

- Un anticipo de \$2.550.000
- El 11,44% del monto total del endeudamiento previsto en el artículo 34 de la Ley y en la medida de su obtención (mediante dicha norma se autorizó al Poder Ejecutivo a tomar endeudamiento por hasta \$52.000.000.000).
- La asignación del Fondo se realizará a cada municipio conforme a la aplicación del Coeficiente Único de Distribución Ley 10.559 (de coparticipación municipal).

h) **Ley 14890**

La ley 14890 (2017) estableció un régimen de regularización de deudas para los agentes de recaudación de los Impuestos sobre los Ingresos Brutos y Sellos, por obligaciones vencidas al 30 de noviembre de 2016.

Del total recaudado en función de dicho régimen, las municipalidades de la Provincia reciben en concepto de coparticipación el 16,14%, y se distribuye entre ellas de acuerdo al Índice de Vulnerabilidad Social previsto en la Ley 13.163 (Fondo de Fortalecimiento de Programas Sociales y Saneamiento Ambiental).

i) **Fondo compensador Decreto PEN 836/2018**

En el año 2018 se eliminó el *Fondo federal solidario*, en virtud del cual las provincias y municipios recibían un determinado porcentaje de lo recaudado por retenciones a la exportación de soja y sus derivados, y cuya finalidad consistía en el financiamiento de obras de infraestructura.

A los fines de garantizar la continuidad de dicho financiamiento en aquellas jurisdicciones que se encontraban ejecutando obras, mediante el Decreto PEN N°836/2018 se creó el *Programa de asistencia financiera a provincias y municipios*. El monto total de fondos asignados fue de \$4.125.000.000.

En función de dicho programa, los municipios reciben el 50% del monto que se transfiera a la Provincia, y la distribución entre ellos se realiza conforme lo dispuesto en el Régimen de Coparticipación Municipal.

j) **Descentralización tributaria**

A partir del año 2003 (Ley 13010 y modificatorias) comienza en la provincia un proceso de descentralización tributaria, estableciendo que los Municipios realicen la gestión y cobro del Impuesto sobre los Ingresos Brutos correspondientes a contribuyentes que hayan tenido ingresos que no superen un determinado monto, del impuesto a los automotores correspondientes a vehículos con más de 10 años de antigüedad y del impuesto inmobiliario rural.

Impuesto sobre los Ingresos Brutos Descentralizado

En la actualidad, los municipios administran este impuesto correspondiente a contribuyentes que hayan tenido ingresos que no superen la suma de \$900.000 (Ley 14880).

La distribución de la recaudación por tal concepto, con impacto en el ámbito municipal, se realiza de la siguiente manera:

- a) No menos del 43,25% del total recaudado corresponderá a la Provincia, con destino a la atención de planes sociales y erogaciones con incidencia en los Municipios.
- b) El 25% será destinado al Fondo Provincial Compensador de Mantenimiento de Establecimientos Educativos.
- c) El 22,5% será asignado a los municipios en concepto de retribución por la administración del tributo.
- d) El 5% será distribuido a los municipios con destino al tratamiento y disposición final de residuos.

Como se observa, una parte (22,5%) se distribuye en función de la recaudación lograda por cada municipio y es de libre disponibilidad.

Impuesto Inmobiliario Rural

La distribución de la recaudación de este impuesto se realiza de la siguiente forma:

- a) El 65% corresponde la provincia.
- b) El 12% al Fondo Compensador de Mantenimiento y Obras Viales.
- c) El 3% al Fondo de Fortalecimiento de Programas Sociales y Saneamiento Ambiental.
- d) El 20% restante se distribuye entre los municipios en concepto de retribución por la administración del impuesto. Estos fondos son de libre disponibilidad para los municipios.

Impuesto a los Automotores

El impuesto a los automotores por vehículos de más de 10 años de antigüedad, fue transferido y asignado a los municipios de acuerdo al lugar de radicación.

La recaudación obtenida corresponderá íntegramente al municipio y constituye un recurso propio de libre disponibilidad.

Puede observarse que los indicadores utilizados para la distribución de estos tributos se basan en criterios devolutivos, específicamente los relacionados con la capacidad recaudatoria de cada comuna.

Puede concluirse que el presente esquema incrementa la brecha entre los recursos disponibles para gobiernos municipales que administran territorios ricos, respecto a los que están asentados en distritos pobres, ya que, independientemente de la afectación a otros fondos creados, los recursos logrados en razón de la recaudación local de impuestos provinciales descentralizados disminuyen las transferencias cruzadas.

5.2 Transferencias automáticas: la coparticipación

En la provincia de Buenos Aires, los municipios fueron recibiendo distintos tipos de aportes del gobierno provincial. En algunos casos, la provincia tomaba a su cargo un tributo hasta entonces municipal y en compensación, coparticipaba el producido del mismo. En un principio, la distribución de la masa global coparticipable entre los municipios se hizo con un criterio devolutivo, es decir, se asignaba a cada partido el mismo porcentaje con el que contribuía a la recaudación provincial del tributo coparticipado.

Sin embargo, la insuficiencia de recursos propios de algunos municipios generó una necesidad de transferir más fondos. Ello se realizó vía aumentos en la distribución primaria y en modificaciones en los coeficientes de distribución secundaria que favorecieran a los municipios con base económica más débil. Lo cual fue llevando a diferencias en el tratamiento de los fondos para el financiamiento. Con el objeto de eliminar dichas diferencias y para unificar el régimen, se modificó la legislación en 1987 a través de la ley 10.559 y sus modificatorias 10.752/89 y 10.820/89, donde se establece un régimen unificado de coparticipación impositiva municipal, derogando el decreto ley 9478/1980 y artículos pertinentes del decreto ley 9347/1979 (municipalización de funciones y servicios).

Los antecedentes legales de la coparticipación de impuestos en la provincia de Buenos Aires se sostienen en tres leyes: Ley 10.559/87, Ley 10.752/88, Ley 10.820/89.

La Ley 10.559 y sus modificatorias establecen los parámetros mediante los cuales se distribuyen los recursos fiscales desde el nivel provincial al nivel municipal. Cada uno de los indicadores se determina para cada municipio y se consolida en el denominado Coeficiente Único de Distribución (CUD), a través del cual se efectiviza la transferencia de recursos. 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 impuestos sobre los Ingresos Brutos no descentralizados al ámbito municipal, Impuesto Inmobiliario Urbano, 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:

- El 58% (cincuenta y ocho por ciento) entre todas las municipalidades de acuerdo a lo siguiente: El 62% (sesenta y dos por ciento) en proporción directa a la población²⁰. El 23% (veintitrés por ciento) en forma proporcional a la inversa de la capacidad tributaria "per cápita", ponderada por la población. El 15% (quince por ciento) en proporción directa a la superficie del Partido.
- 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 ley 10.820
- El 5% (cinco por ciento) entre las municipalidades que cubrieran 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 1.986, en la distribución de la coparticipación por tales servicios o funciones.

La Ley 10820, establece los parámetros de la distribución secundaria de los coeficientes de salud, donde se detalla lo siguiente:

- 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.
- El veinticinco por ciento (25%) en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos -con o sin internación- de cada partido.
- El diez por ciento (10%) en proporción directa al número de egresos registrado; en los establecimientos con internación de cada partido.
- El veinte por ciento (20%) en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- El diez por ciento (10%) en forma proporcional al número de establecimientos hospitalarios sin internación de cada partido

Considerando las modificaciones más importantes, podemos resumir las distribuciones de las variables de coparticipación municipal en el Cuadro 6:

²⁰ 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 del caudal turístico receptado 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.

Cuadro 6. Distribución de las variables de coparticipación en la Provincia de Buenos Aires

	Ley 10.559/87	Ley 10.752/88	Ley 10.820/89
DISTRIBUCIÓN PRIMARIA			
Coparticipación a Municipios	14,14%	16,14%	
Rentas Generales	85,86%	83,86%	
DISTRIBUCIÓN SECUNDARIA			
Todos los municipios	60,00%	58,00%	
Municipios con servicios transferidos excepto salud	5,00%	5,00%	
Municipios con establecimientos oficiales de salud	35,00%	37,00%	
TODOS LOS MUNICIPIOS			
Población	62,00%		
Inversa de la capacidad tributaria per cápita	23,00%		
Superficie	15,00%		
MUNICIPIOS CON ESTABLECIMIENTOS OFICIALES DE SALUD			
Producido resultante	100,00%		35,00%
Consultas médicas			25,00%
Egresos		Crea comisión especial	10,00%
Pacientes día			20,00%
Establecimientos sin internación			10,00%

Fuente: Extraído de Barbieri (2007)

Si analizamos las características y criterios en los cuales se basan los distribuidores del sistema de coparticipación en la provincia de Buenos Aires, podemos detallar lo siguiente (Consejo Provincial de Coordinación Presupuestaria y Fiscal, 2009):

a) Régimen general:

Población: El 36% de la masa coparticipable total se asigna a cada municipio, en términos uniformes, en función de la cantidad de habitantes. Este criterio se basa en garantizar una coparticipación per cápita igualitaria, permitiendo un mismo nivel de gasto para cada uno de los habitantes de la provincia. La fuente de información utilizada para su cálculo es la proyección elaborada por la Dirección Provincial de Estadística sobre la base de datos censales, con lo cual el indicador cuenta con datos actualizados anualmente Cabe destacar que el cálculo cuenta con una particularidad al momento de considerar la población de cuatro municipios costeros: Pinamar, Villa Gesell, La Costa y Monte Hermoso Para estas comunas la doceava parte del flujo turístico se adiciona a la población estable. Esto se fundamenta en la condición de municipios pequeños en términos de superficie y escasa población propia. La estimación de la doceava parte del caudal turístico que recibe cada municipio se realiza sobre la base de la información del tránsito vehicular, movimiento de aeronaves y trenes y de la cantidad de plazas de alojamiento que posee cada comuna, información que es elaborada por la Dirección Provincial de Turismo.

Superficie: el 8,7% de los recursos coparticipados totales se distribuye en función de la superficie de cada comuna. La fuente de información utilizada para su cálculo es proporcionada por la Dirección de Geodesia de la Provincia de Buenos Aires. Su inclusión obedece a la lógica de que una mayor superficie implica mayores costos en la provisión de bienes y servicios públicos. En contraposición al indicador población, la distribución a través de este parámetro beneficiaría a los municipios del interior de la provincia, por ser los más extensos, respecto a los que pertenecen al conurbano y poseen una superficie reducida.

Inversa de la capacidad tributaria per cápita: es considerado un prorratador redistributivo dentro del régimen general. Su existencia se fundamenta en la necesidad de mayor eficiencia en el reparto de recursos entre las distintas comunas. La distribución se realiza en forma inversa al potencial de recaudación por habitante de cada municipio. El artículo 2° de la Ley 10559 establece que 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.

Por su parte, el cálculo de la Capacidad Potencial se realiza de la siguiente manera:

a) Alumbrado, limpieza y conservación de la vía pública: Valuación Fiscal Urbana (suministrada por la Gerencia de Soluciones de Mejora de Servicios Catastrales de ARBA). Se determina el peso relativo que tiene la valuación Fiscal Urbana de cada municipio en el total Provincia y se pondera con la recaudación real de la Tasa de Alumbrado, Barrido y Limpieza de la Vía Pública del conjunto de municipios.

b) Conservación, reparación y mejorado de la red vial municipal: Valuación Fiscal Rural (suministrada por la Gerencia de Soluciones de Mejora de Servicios Catastrales de ARBA). Se determina el peso relativo que tiene la valuación Fiscal Rural de cada municipio en el total Provincia y se pondera con la recaudación real, de la Tasa de Conservación, Reparación y Mejorado de la Red Vial del conjunto de municipios.

c) Inspección de seguridad e higiene: N° de empleados (datos del Censo Económico Nacional, Dirección Provincial de Estadística). Se determina el peso relativo que tiene el número de empleados de Industria y Comercio de cada municipio en el total Provincia y se pondera con la recaudación real de la Tasa de Seguridad e Higiene del conjunto de municipios

d) Control de Marcas y Señales: Producto Bruto Ganadero (datos de la Dirección Provincial de Estadística). Se determina el peso relativo que tiene el número

de cabezas de ganado de cada municipio en el total provincia y se pondera con la recaudación real de la Tasa de Control de Marcas y Señales del conjunto de municipios.

La capacidad tributaria potencial Total surge de la sumatoria de cada una de las recaudaciones potenciales determinadas.

En el consolidado provincial, el total de recaudación de las cuatro tasas señaladas abarca más del 75% de los recursos de jurisdicción municipal, asumiéndose en consecuencia, como representativas para el cálculo del potencial recaudatorio de cada municipio. Partiendo de la Capacidad Tributaria Potencial y la Población se calcula la inversa de la capacidad tributaria per cápita.

b) Régimen de salud

Es el distribuidor que tiene asignado el mayor porcentaje, apenas por encima del porcentaje asignado a población (36%) ya que el 37% de los recursos se distribuye en función de la oferta sanitaria municipal. La inclusión de esta forma de distribución en el régimen de coparticipación a los municipios aparece unificando distintos tratamientos vigentes entre las comunas con establecimientos asistenciales propios y municipios con servicios de salud transferidos. Los indicadores que se emplean para la determinación de los montos a transferir, dependen directamente de información municipal suministrada al Ministerio de Salud. La Ley 10.820 establece y describe los parámetros que integran el coeficiente por régimen de salud. Además, en la Resolución ME N°198/89 se definían algunos conceptos como perfil de complejidad, consultas y camas disponibles que al momento de elaborar el coeficiente anual siguen siendo utilizados.

Del monto total transferido por este régimen, el 35% se distribuye en proporción directa al "producido resultante" de computar el número de camas disponibles, el nivel de complejidad y el porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido:

- 1- 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. Lo constituye el promedio de camas que estuvieron disponibles durante el año de acuerdo a las declaraciones juradas remitidas por los municipios.
- 2- 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.
- 3- Porcentaje de ocupación 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-cama disponibles del período. Es el porcentaje de camas en promedio ocupadas durante un período. Días cama disponible: Es el período de 24 horas durante el cual una cama de hospital se mantiene a disposición para el uso de pacientes internados.

Un 25% se reparte en proporción directa al número de consultas médicas brindadas a paciente ambulatorio. La Resolución 198 estableció que se computarían también las consultas odontológicas.

El 10% en proporción directa al número de egresos. Considerando egreso a la salida del establecimiento de un paciente hospitalizado. Un egreso implica la conclusión de un período de hospitalización y la desocupación de una cama del establecimiento, ya sea por alta o por defunción.

El 20% en proporción directa al número de pacientes día. 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.

Un 10% en forma proporcional al número de establecimientos hospitalarios sin internación.

c) Régimen de acción social:

Este sistema surge a partir de la necesidad de financiamiento de diversos servicios transferidos de la órbita provincial a distintas municipalidades, con excepción de los establecimientos de salud que se rigen por el apartado anterior. Su incorporación en un régimen de coparticipación se basa, de acuerdo a los fundamentos legales, en la importancia relativa que tales servicios tienen dentro de los municipios y a la imposibilidad de absorberlos en el régimen general. Dentro de los servicios transferidos incorporados al Régimen de coparticipación se encuentran parques, lagunas, zoológicos, viveros, aeroestaciones y museos. Otros casos que sí constituyen transferencias relacionadas con la acción social, incluyen casas del niño, institutos relacionados con minoridad, y servicios de agua corriente y cloacas. Este prorratador es el único de los establecidos que no distribuye entre todos los municipios. El artículo 8º de la Ley establece que cuando se produzcan bajas de servicios o funciones, se reducirá la coparticipación de los municipios alcanzados destinándose las sumas excedentes resultantes a incrementar la coparticipación por Régimen de Salud, debiendo adecuarse los coeficientes a partir del 1º de enero del año siguiente al de producida la baja.

Por otro lado, si buscamos cual es el impacto que esta ley generó, pueden mencionarse varios autores que han realizado diferentes análisis cuantitativos y cualitativos del sistema actual de coparticipación en la provincia.

Prorratadores seleccionados

De acuerdo a Barbieri (2007), el método seleccionado por la provincia de Buenos Aires, consideró una variante normativa o un método de combinación de indicadores (prorratadores):

Indicadores que consideran objetivos redistributivos

En proporción a la población: no se considera los costos diferenciales, suponiendo un gasto por habitante constante.

En relación inversa a la capacidad tributaria: busca un objetivo redistributivo, donde cada jurisdicción pueda atender un nivel de servicios equivalentes.

Indicadores que pretenden resarcir gastos:

Según superficie geográfica: su objetivo es cubrir costos mayores ocasionados por una población dispersa territorialmente.

Según medidas cuantitativas de variables de los servicios descentralizados a los municipios. Este indicador resulta regresivo, ya que se observan gastos ineficientes, que difieren del socialmente óptimo.

El esquema de coparticipación de la provincia a los municipios se caracteriza por ser casi exclusivamente de corte devolutivo excepto por la porción que se distribuye en relación a la inversa de la capacidad tributaria per cápita. Este distribuidor favorece a los municipios de menor recaudación potencial. El componente salud que, como se detalló previamente, representa el 37% del total, siendo el de mayor envergadura. Es un componente que buscaba originalmente, resarcir el gasto sanitario realizado, y por tanto puede ser considerado como un criterio devolutivo, sin embargo, no contempla la totalidad de las erogaciones sanitarias ni tienen destino específico (transferencias no condicionadas).

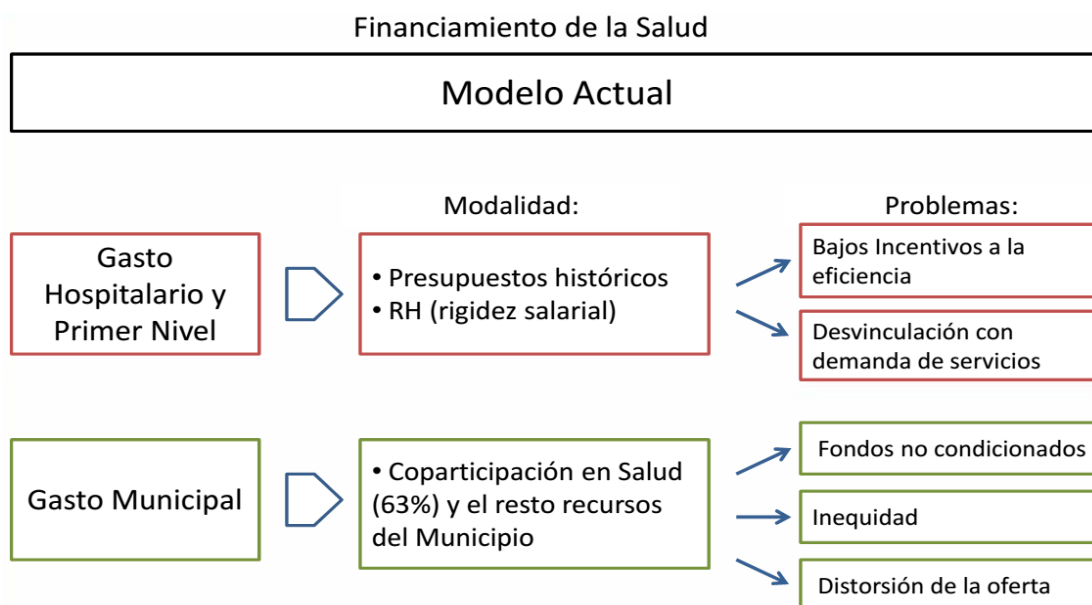
Sesgos de los indicadores actuales

Numerosos trabajos analizan los efectos del esquema de coparticipación (Garriga & Sanguinetti, 1995) (Barbieri, Tarragona, & de la Puente, 2002) (Sarghini, 2002) (Barbieri, 2007) (Chiara, Di Virgilio, & Ariovich, 2010) (Iarussi, 2008) (López Accotto, Martínez, & Grinberg, 2011). En general se le atribuye un sesgo en los incentivos hacia la hospitalización, dejando de lado la promoción y prevención de la salud; y una dependencia de la distribución de recursos en base a la capacidad instalada (subsidio a la oferta) y no contempla necesidades sanitarias locales, como por ejemplo la cantidad de habitantes sin cobertura explícita en salud (Barbieri, Tarragona, & de la Puente, 2002).

Adicionalmente, la provincia como los municipios, financian a sus efectores (hospitales y centros de atención primaria) considerando presupuestos históricos sin vinculación directa ni con la producción ni con los resultados sanitarios. La mayor proporción de esos recursos corresponden a recursos humanos, cuya forma de pago es a través del salario, con escasa relación con resultados o productos. En consecuencia, existen muy pocas alternativas para los gestores locales para aumentar los ingresos tributarios con el vigente ordenamiento jurídico-institucional y adicionalmente tienen limitada la capacidad de reducir gastos, especialmente por el fuerte peso de los salarios, dificultando considerablemente la toma de decisiones tanto de ingresos como de gastos.

Esta modalidad de financiamiento fragmentado (nación, provincia y municipios), basado en la oferta existente y la demanda efectiva, da como resultado una fuerte inequidad, con territorios que gastan en salud por habitantes varias veces más que otros (Tobar, Alternativas para la financiación hospitalaria en Argentina, 1998).

En el esquema a continuación se resume el modelo actual.



Fuente: Extraído de Costa, Montalvo, San Martín, Luzuriaga (2015) presentación de trabajos en Jornadas de Economía de la Salud (AES 2015)

De la revisión de la bibliografía disponible, pueden identificarse los siguientes problemas que presenta el sistema de coparticipación de la provincia de Buenos Aires en general y relacionada con el componente en salud en particular:

En general:

- Aunque existe visibilidad de la problemática en el ámbito académico, no ocurre lo mismo en la agenda política lo que conduce a que, si bien históricamente y de manera abundante se haya generado evidencia de los problemas que presenta el régimen, no ha sido modificado.
- Ausencia de potestades tributarias a nivel municipal que sumada a la elevada dependencia de los fondos provenientes de la coparticipación para financiar sus gastos, conduce a reducir los grados de libertad de los gestores locales a la hora de tomar decisiones.
- Aumento de la ponderación de los criterios devolutivos y simultáneamente pérdida de peso de los criterios distributivos en el régimen de reparto.
- Trato más favorable, al interior del conurbano los municipios con mayor capacidad recaudatoria y cuya población presenta los mejores valores en indicadores socioeconómicos y trato desfavorable a los municipios que

muestran mayores necesidades y poseen menos riqueza sobre la que tributar. (Barbieri, 2007)

- Importancia relativa creciente de los “fondos extra-coparticipación”, que desvirtúa y complejiza el esquema original (ver 4. Transferencias a municipios en la Provincia de Buenos Aires).
- Impacto regresivo en la distribución per cápita de los fondos coparticipables, provocado por el “componente salud”, con especial perjuicio para los municipios más pobres (Barbieri, Tarragona, & de la Puente, 2002).

En salud:

- Captura variables de un modelo de atención sesgado hacia la enfermedad. Desde la declaración de Alma Ata en 1978 (Organización Mundial de la Salud, 1978) es que todos los sistemas de salud han hecho esfuerzos para orientar el modelo de atención hacia la atención primaria y la prevención en enfermedades prevenibles que son las que generan la mayor carga de enfermedad a nivel global y Buenos Aires no ha sido en absoluto la excepción. Sin embargo, un esquema de distribución de recursos como el vigente genera exactamente los incentivos inversos, por lo que difícilmente se podrían mejorar los resultados en términos de morbimortalidad en la población bonaerense. Adicionalmente las modificaciones en los perfiles epidemiológicos, el envejecimiento poblacional y los avances en nuevos medicamentos y tecnologías requieren la revisión del sistema.
- Privilegia el fenómeno de la atención de mayor complejidad. En virtud de que no se discrimina entre camas agudas, asilares o crónicas, el “producto resultante” adopta el nivel de complejidad más alto que posee el municipio y todas las camas se ponderan como si tuvieran ese nivel de complejidad. Adicionalmente, la inexistencia de normativas que establezcan los estándares de acreditación de efectores públicos, la determinación del nivel de complejidad es en principio subjetivo.
- No genera incentivos para la prevención y promoción de la salud, porque claramente, los municipios -responsables de la atención primaria- que son quienes están en mejores condiciones de emprender estrategias de prevención, no encuentran incentivos para hacerlo, porque estrategias exitosas impactarían negativamente en la producción de consultas y egresos, lo que redundaría en una disminución de los fondos de coparticipación para ese distrito.
- No considera variables representativas de riesgo sanitario de la población. Al no incluir en el cálculo variables que permitan dimensionar el riesgo o la necesidad, hace que municipios que pudieran tener mayores necesidades sanitarias o encuentre una mayor exposición de sus habitantes a enfermar o

morir por causas evitables, se vea limitado a la hora de dar respuesta a esa demanda.

- Produce incentivos a prolongar la internación y los días de estada, operando como un premio a la ineficiencia del proceso de atención y por otro lado, la inclusión de los egresos dentro de la fórmula opera en sentido inverso.
- No diferencia las prestaciones con cobertura o aranceladas. Esto hace que aquéllos efectores que logran el recupero de costos de la atención brindada a los individuos con cobertura, reciban el reintegro por esa prestación y también el proporcional por coparticipación (los egresos y los días de internación mantienen una importante ponderación en la fórmula coeficiente de distribución por salud).
- Resulta de difícil fiscalización por el gran número de variables a considerar. Esta es quizás una de las características más notorias del sistema. Los propios municipios son responsables de informar regularmente a la provincia los datos que serán empleados para el cálculo de la coparticipación del régimen de salud. Ninguno de los datos es auditado ni controlado en modo alguno, generando incentivos a sobredeclarar la producción municipal, distorsionando no solo la asignación de recursos sino las estadísticas sanitarias provinciales.

Finalmente, las variables seleccionadas para determinar el componte de salud han sido un estímulo al crecimiento de la oferta y de la complejidad por el sólo hecho de redundar en mayor ingreso futuro de fondos coparticipables, este fenómeno ha evidenciado fluctuaciones a lo largo del tiempo, dado que las decisiones de oferta no dependen sólo de la coparticipación.

Las conclusiones extraídas ponen en evidencia que el sistema actualmente vigente presenta grandes sesgos y asimetrías en relación a los efectos redistributivos, favoreciendo a un grupo de municipios del interior de la provincia, cuya población es escasa y su actividad principalmente rural, perjudicando a los municipios del conurbano, en los cuales se concentra más de la mitad de la población bonaerense y en donde se produce más de la mitad de la riqueza provincial, aunque la realidad a nivel de cada municipio es de una altísima heterogeneidad.

6. TRANSFERENCIAS TOTALES A MUNICIPIOS: COPARTICIPACIÓN Y FONDOS ESPECÍFICOS

Debido a la cantidad de municipios que conforman la provincia como a sus características diferenciales, se requiere algún criterio de agrupamiento que permita un análisis más apropiado de la situación que se pretende describir. Tanto Barbieri (2007), que construye cuatro grupos a partir del criterio de densidad poblacional, como Cortes (2012), que estudia siete grupos, realizan una clasificación de municipios a fin de facilitar el análisis.

De igual forma, dado el enorme contraste existente entre los mismos y a los efectos de analizar la distribución territorial de las transferencias, en el presente proyecto se ha optado por realizar la siguiente clasificación:

Grupo 1 (G1): Conurbano: este primer grupo está integrado por los municipios del conurbano bonaerense. Son 24 municipios donde se concentra el 64% de la población provincial.

Grupo 2 (G2): Grandes conglomerados urbanos: este segundo grupo incluye los municipios periféricos al conurbano y que pertenecen al segundo cordón (Escobar, General Rodríguez, Pilar, San Vicente, Marcos Paz y Presidente Perón), más aquellos municipios con más de 300.000 habitantes (La Plata, General Pueyrredón y Bahía Blanca), incluyendo a Berisso y Ensenada que han clasificado dentro de este grupo por integrar el Gran La Plata. Está conformado por 11 municipios.

Grupo 3 (G3) Municipios medianos del Interior: integrado por los municipios cuya población se encuentra entre 50.000 y 155.000 habitantes. Incluye 18 municipios.

Grupo 4 (G4): Municipios rurales: el cuarto grupo lo componen los municipios del interior de la provincia con menos 50.000 habitantes. Ingresan 82 municipios.

Cuadro 7. Clasificación de Municipios en grupos

Grupo	Denominación	Municipios que lo conforman
G1	Conurbano	Almirante Brown; Avellaneda; Berazategui; Esteban Echeverría; Ezeiza; Florencio Varela; General San Martín; Hurlingham; Ituzaingó; José C. Paz; La Matanza; Lanús; Lomas de Zamora; Malvinas Argentinas; Merlo; Moreno; Morón; Quilmes; San Fernando; San Isidro; San Miguel; Tigre; Tres de Febrero; Vicente López
G2	Grandes conglomerados urbanos	Bahía Blanca; Berisso; Ensenada; Escobar; General Pueyrredón; General Rodríguez; La Plata; Marcos Paz; Pilar; Presidente Perón; San Vicente.
G3	Municipios Medianos del Interior	Azul; Campana; Cañuelas; Chacabuco; Chivilcoy; Coronel Rosales; Junín; La Costa; Luján; Mercedes; Necochea; Olavarría; Pergamino; San Nicolás; San Pedro; Tandil; Tres Arroyos; Zárate.

Grupo	Denominación	Municipios que lo conforman
G4	Municipios Rurales	25 de mayo; 9 de julio; Adolfo Alsina; Adolfo Gonzáles Chaves; Alberti; Arrecifes; Ayacucho; Balcarce; Baradero; Benito Juárez; Bolívar; Bragado; Brandsen; Capitán Sarmiento; Carlos Casares; Carlos Tejedor; Carmen de Areco; Castelli; Chascomús ; Colón; Coronel Dorrego; Coronel Pringles; Coronel Suárez; Daireaux; Dolores; Exaltación de la Cruz; Florentino Ameghino; General Alvarado; General Alvear; General Arenales; General Belgrano; General Guido; General Juan Madariaga; General Lamadrid; General Las Heras; General Lavalle; General Paz; General Pinto; General Viamonte; General Villegas; Guaminí; Hipólito Yrigoyen; Laprida; Las Flores; Leandro N. Alem; Lezama; Lincoln; Lobería; Lobos; Magdalena; Maipú; Mar Chiquita; Monte; Monte Hermoso; Navarro; Patagones; Pehuajó; Pellegrini; Pinamar; Pila; Puán; Punta Indio; Ramallo; Rauch; Rivadavia; Rojas; Roque Pérez; Saavedra; Saladillo; Salliqueló; Salto; San Andrés de Giles; San Antonio de Areco; San Cayetano; Suipacha; Tapalqué; Tordillo; Tornquist; Trenque Lauquen; Tres Lomas; Villa Gesell; Villarino

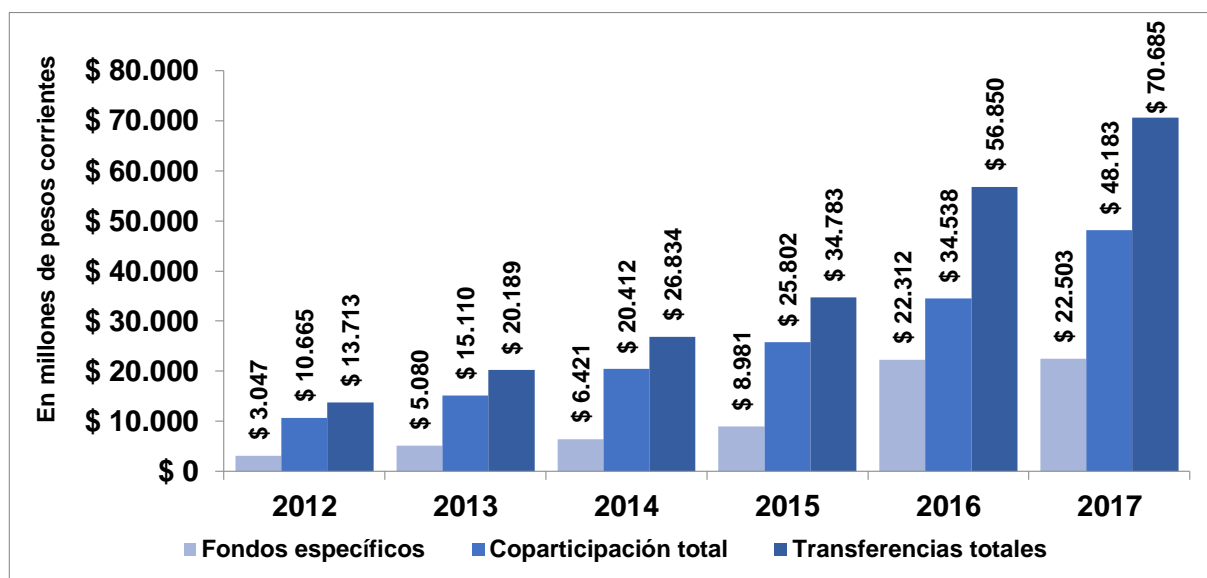
Fuente: Elaboración propia

Cada año, la administración provincial transfiere a todos los municipios un volumen de fondos compuesto básicamente por dos tipos: los de distribución automática (coparticipación) (ver apartado 4.2) y los correspondientes a los fondos específicos (ver apartado 5.1).

Cuando se hace referencia a las transferencias totales se incluyen ambos tipos de fondos, la evolución nominal de tales transferencias y sus componentes desde 2012 a 2017, se presentan en el Gráfico 1. La tasa media de variación anual de las transferencias totales fue del 35%, y de la coparticipación bruta fue del 34%, mientras que la variación del IPC-GBA²¹ en el mismo período fue de 23% anual en promedio para el mismo período, es decir que el crecimiento del total de las transferencias fue mayor a la inflación del período.

²¹ Índice de Precios al Consumidor. Provincia de Buenos Aires. INDEC, 2019.

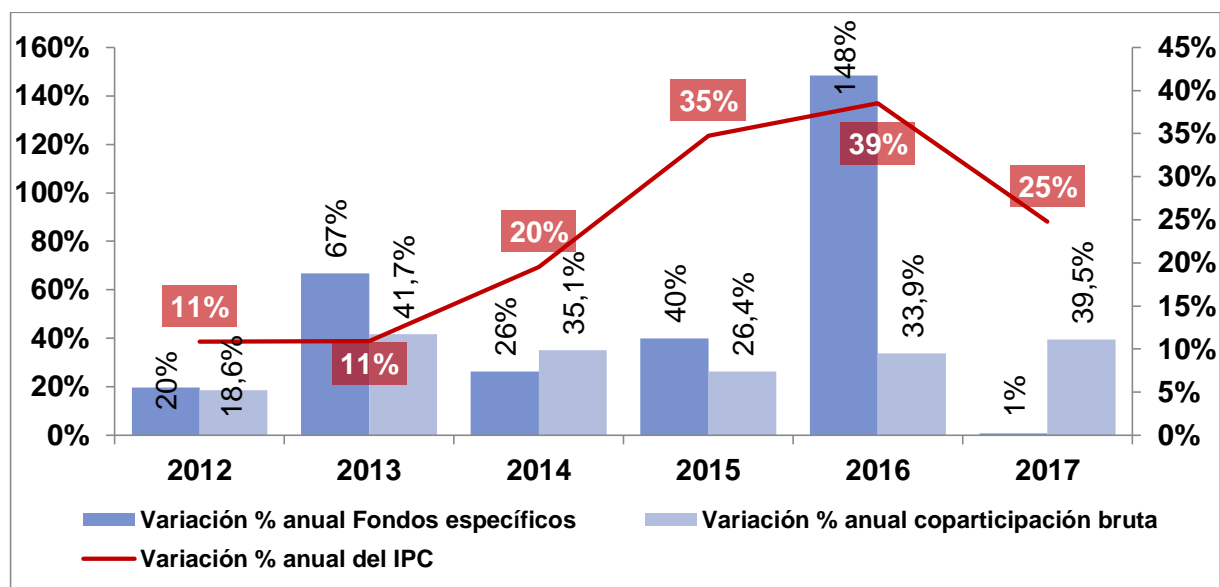
Gráfico 1: Evolución de las transferencias totales de provincia a municipios: fondos específicos y coparticipación total. 2012-2017



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

Sin embargo, al revisar el comportamiento de los componentes individualmente se observa que, si bien tanto la coparticipación como los fondos específicos crecieron en el período 2012 a 2017, la coparticipación creció a una tasa inferior que los segundos. La notoria variación de las transferencias por fuera de la coparticipación en 2016 responde a los fondos extraordinarios transferidos desde el gobierno nacional a la provincia de Buenos Aires, que fueron a la vez distribuidos parcialmente a los municipios. Esto puede verse en el Gráfico 2: Variación porcentual anual de fondos específicos y coparticipación en relación al IPC GBA. 2012 - 2017 con una variación anual del 148% de los fondos específicos.

Gráfico 2: Variación porcentual anual de fondos específicos y coparticipación en relación al IPC GBA. 2012 - 2017



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires e INDEC.

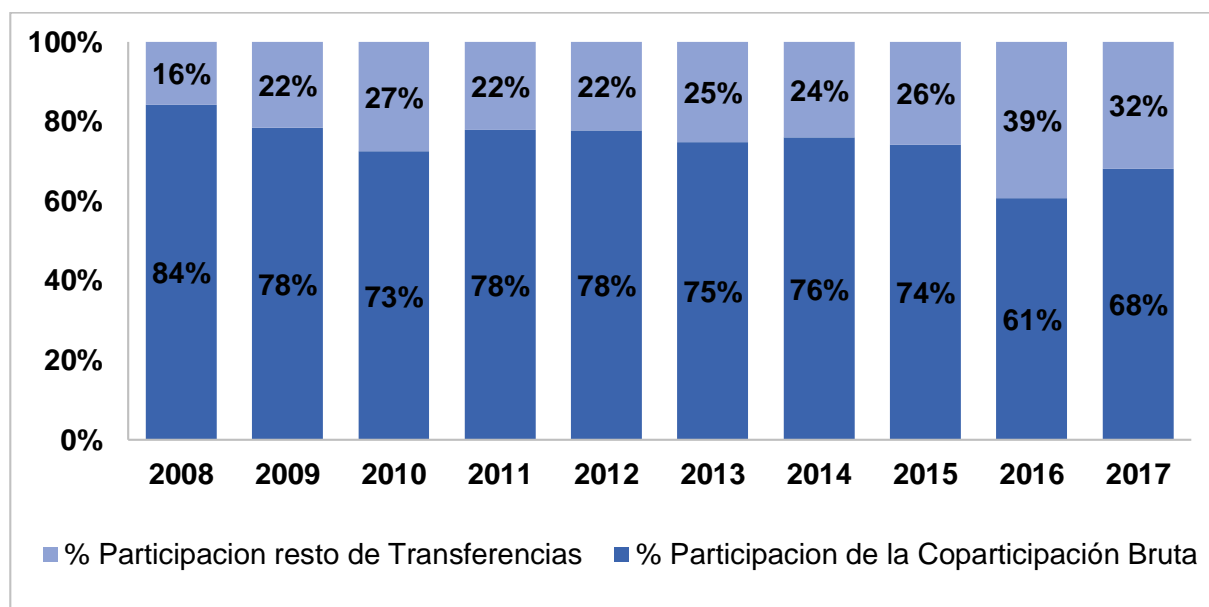
Si bien la coparticipación bruta acompañó el ritmo de crecimiento del IPC para GBA, su participación respecto del total de transferencias continúa disminuyendo. Esto se debe al crecimiento de los fondos especiales sea en cantidad como en número, que reducen la masa coparticipable.

En efecto, aun cuando el monto total de recursos transferidos a los municipios ha crecido a lo largo del tiempo, el total de fondos por coparticipación pasó de representar un 84% del total de fondos transferidos en 2008 a representar solo un 68% en 2017. Esta situación donde los fondos extra coparticipación empiezan a tener cada vez mayor importancia relativa²², hace que cualquier modificación que se pretenda introducir en el esquema de coparticipación, impacte en una proporción cada vez menor del total de fondos que se transfieren a los municipios bonaerenses.

En el Gráfico 3 se identifica claramente la reducción de la participación de la coparticipación bruta en el total de transferencias de la provincia a los municipios.

²² El crecimiento del volumen de fondos transferidos por fuera de la coparticipación se inicia a partir de 2002. (López Acotto, Grinberg, & Martínez, 2012).

Gráfico 3: Evolución de la participación de la coparticipación bruta en las transferencias totales a los municipios bonaerenses 2008-2017

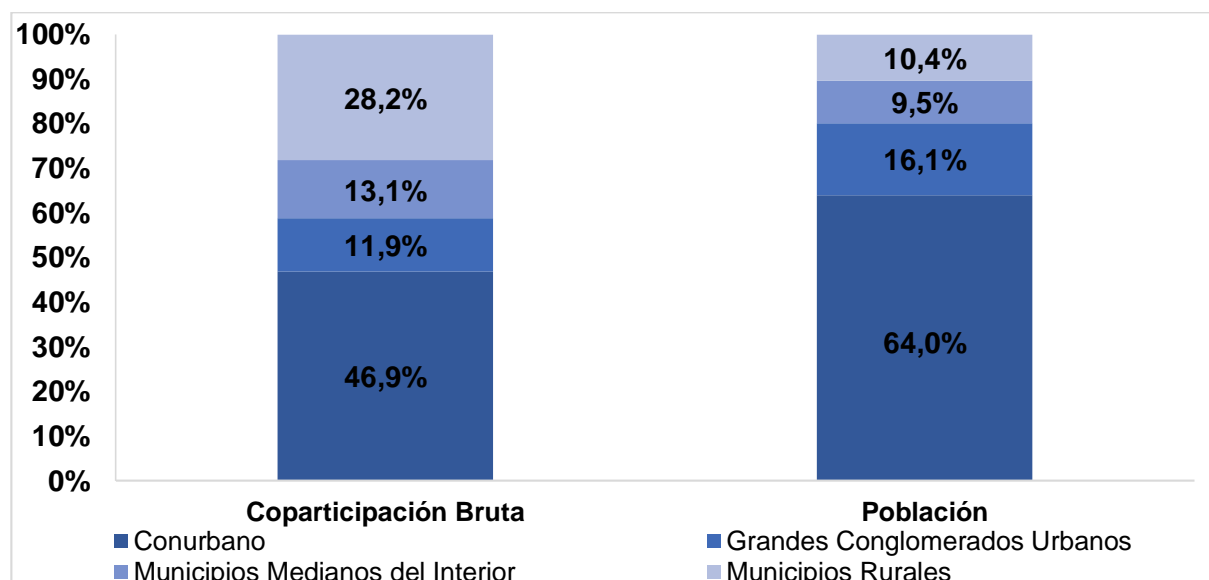


Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

6.1 Distribución de las transferencias entre municipios

Como ya se mencionó previamente, la gran heterogeneidad entre los municipios bonaerenses lleva a realizar un análisis más minucioso, a los efectos de poder reflejar tales diferencias. El análisis de las transferencias por grupo de municipio revela la desigual distribución de las transferencias per cápita entre los mismos.

Gráfico 4: Distribución porcentual de la coparticipación total y de la población por grupos de municipios. Año 2017



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires y Dirección Provincial de Estadística, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

Como se puede observar en el Gráfico 4, los municipios del G1 (Conurbano) captan el 47% de los recursos coparticipados a los gobiernos locales bonaerenses, mientras que concentran el 64% de la población provincial

Analizando los tributos recaudados para el año 2017, puede observarse que las tres variables tomadas per cápita, la recaudación tributaria municipal, las transferencias totales y el gasto per cápita son mayores en los municipios rurales, profundizando la desigualdad entre los que conforman este grupo y los municipios del conurbano. De todos modos, debe tenerse en cuenta que, cuando la diferencia en tamaño poblacional es tan grande entre localidades, las variables per cápita suelen sobrestimar a los municipios rurales.

En el Cuadro 8, puede observarse que la proporción del gasto municipal financiado con recursos locales representa el 38% en promedio para el total de municipios, mientras que en los municipios rurales (G4) apenas llega al 26% y en grandes municipios del interior (G2) es del 46%.

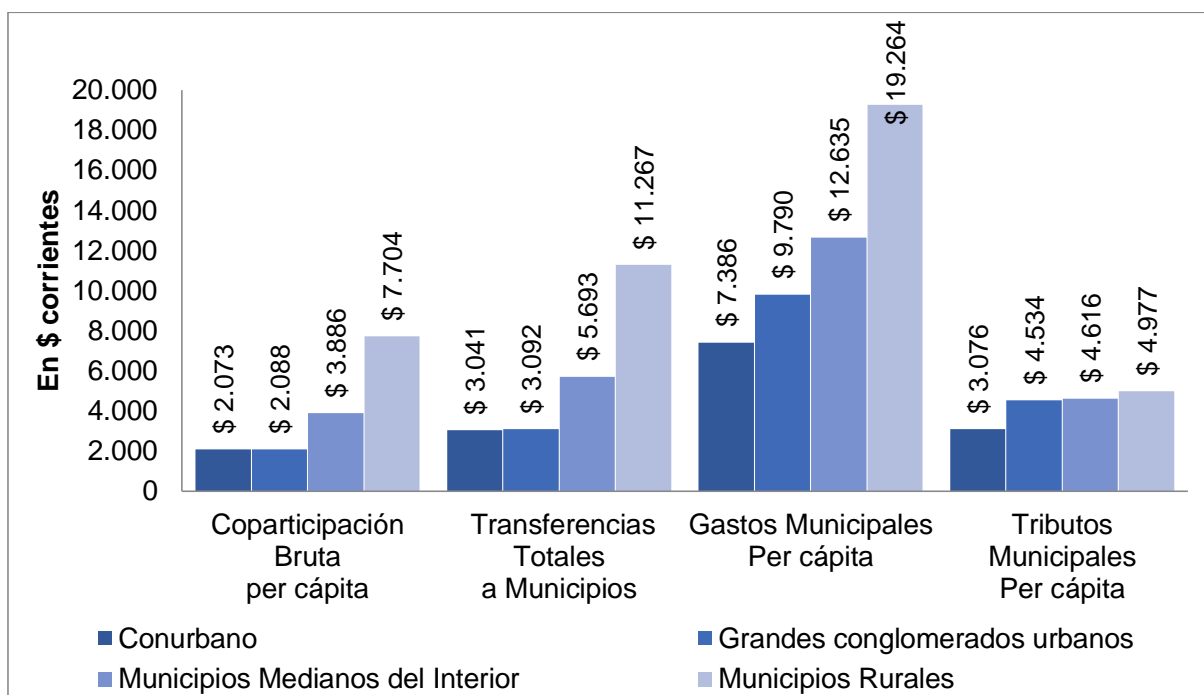
Cuadro 8. Transferencias, ingresos y gastos municipales per cápita por grupos de municipios. (En \$ corrientes). Año 2017.

Grupo	En \$ corrientes per cápita				% del gasto municipal financiado con recursos propios
	Coparticipación bruta	Transferencias totales	Gasto total municipal	Recaudación municipal total	
G1	2.073	3.041	7.386	3.076	42%
G2	2.088	3.092	9.790	4.534	46%
G3	3.886	5.693	12.635	4.616	37%
G4	7.704	11.267	19.264	4.977	26%
Total	2.831	4.153	9.502	3.654	38%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

Como se observa en el Cuadro 8, la coparticipación beneficia a los municipios de menor población que cuentan con un mayor nivel de gasto público municipal por habitante, mayor nivel de ingreso per cápita y por lo tanto reciben mayores transferencias por habitante del gobierno provincial, esto se ve acentuado por la descentralización tributaria de algunos tributos.

Gráfico 5: Transferencias, recaudación y gastos municipales per cápita por grupos de municipios. (En \$ corrientes). Año 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

El conurbano produce más de la mitad de la riqueza provincial, y tiene el mayor porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas, evidenciando un antagonismo muy fuerte entre producción de riqueza y población vulnerable. Del análisis de las transferencias por coparticipación en el año 2017, resulta que los municipios del Conurbano recibieron, en promedio, \$2000 por habitante contra \$7000 obtenidos por los municipios poco poblados del interior provincial. Es decir que los municipios menos poblados disponen de más del triple de recursos coparticipados que los municipios del conurbano para financiar los bienes y servicios públicos locales demandados por su población.

De este modo se plantea una tensión entre las necesidades de financiamiento locales a partir de las divergencias en las variables poblacionales, económicas, sociales y financieras presentes en el colectivo municipal bonaerense y los criterios que se han seleccionado al momento de distribuir los recursos tributarios entre los municipios (Lopez Acotto, Martínez, & Grinberg, 2011).

Un primer análisis de la situación al interior de cada grupo, es identificar del total de municipios aquellos casos que muestran los mayores y menores valores de coparticipación por habitante. En el Cuadro 9 se distinguen los municipios extremos de cada grupo.

Cuadro 9. Máxima y mínima coparticipación total per cápita por grupo de municipios. (En \$ corrientes). Año 2017

Grupo	Máxima		Mínima	
G1	4.466	Malvinas Argentinas	1.512	Ituzaingó
G2	3.666	Berisso	1.495	General Rodríguez
G3	8.951	La Costa	1.817	San Nicolás
G4	19.676	Pila	2.107	Lobos

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

En el Cuadro 10 se observa que los diez municipios que perciben la mayor coparticipación promedio por habitante, pertenecen al G4 (municipios rurales). En todos los casos, son municipios con menos de 20.000 habitantes, representan en conjunto el 0,48% de la población provincial y, en promedio el 6% de sus habitantes tiene necesidades básicas insatisfechas. De esta forma se puede evidenciar la falta de correlación entre necesidad de servicios y fondos transferidos para prestar dichos servicios.

Cuadro 10. Ranking de los 10 municipios con mayor coparticipación total per cápita. Año 2017. En \$ corrientes

Orden	Municipio	Grupo	Coparticipación bruta per cápita (en \$ corrientes)	% de población provincial	% de población con NBI
1	Pila	G4	\$19.675,5	0,02%	6%
2	Tordillo	G4	\$19.310,7	0,01%	11%
3	General Guido	G4	\$18.814,3	0,02%	5%
4	Tapalqué	G4	\$16.670,9	0,06%	5%
5	General Lamadrid	G4	\$16.204,9	0,06%	5%
6	Puán	G4	\$15.713,5	0,09%	1%
7	General Pinto	G4	\$14.607,0	0,07%	5%
8	Maipú	G4	\$13.804,6	0,06%	7%
9	Laprida	G4	\$13.801,8	0,06%	6%
10	General Lavalle	G4	\$13.784,2	0,02%	11%
	Promedio 10 municipios		\$16.238,7	0,48%	6%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía y Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de Buenos Aires.

Nota: Los datos de población corresponden a proyecciones de población para 2017 y los datos de población con NBI corresponden a información censal (2010)

En el otro extremo, como puede observarse en el Cuadro 11, se advierte que siete de los diez municipios que perciben una menor coparticipación per cápita promedio, pertenecen al conurbano (G1) y tres al grupo de grandes conglomerados urbanos (G2) de la provincia. Confirmando lo expuesto anteriormente en cuanto a la correlación de necesidades y transferencias de fondos.

Cuadro 11. Ranking de los 10 municipios con menor coparticipación total per cápita. Año 2017

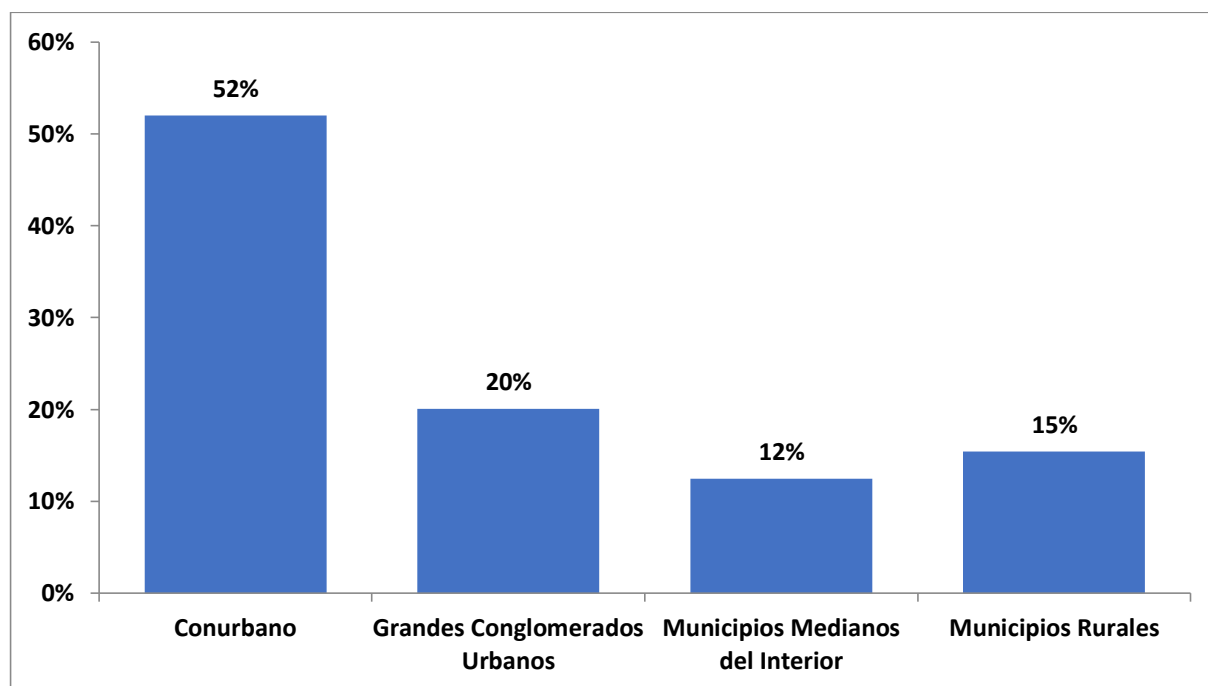
Orden	Municipio	Grupo	Coparticipación bruta per cápita (en \$ corrientes)	% de población provincial	% de población con NBI
135	General Rodríguez	G2	\$1.495,0	0,61%	18%
134	Ituzaingó	G1	\$1.512,0	1,04%	7%
133	Tres de febrero	G1	\$1.533,3	2,02%	6%
132	Escobar	G2	\$1.561,6	1,43%	15%
131	Quilmes	G1	\$1.641,3	3,77%	12%
130	Moreno	G1	\$1.652,6	3,03%	17%
129	Ezeiza	G1	\$1.666,2	1,19%	18%
128	Tigre	G1	\$1.681,3	2,58%	14%
127	General Pueyrredón	G2	\$1.685,2	3,80%	7%
126	Avellaneda	G1	\$1.719,6	2,08%	8%
	Promedio 10 municipios		\$1.614,8	21,56%	12%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía y Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de Buenos Aires.

Nota: Los datos de población corresponden a proyecciones de población para 2017 y los datos de población con NBI corresponden a información censal (2010)

A diferencia del Grupo 4, los diez municipios del Cuadro 7 tienen entre 100.000 y 600.000 habitantes cada uno, el grupo al que pertenecen concentra a más del 21% del total de los habitantes de la provincia y aporta el 20% de su Producto Bruto Geográfico (PBG), tal como se observa en el Gráfico 10.

Gráfico 10: Participación en el Producto Bruto Geográfico de los Grupos de municipios. Año 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires y Dirección Provincial de Estadística para 2017.

A su vez, si se comparan los dos grupos en términos de su población con necesidades básicas insatisfechas, se advierte una desproporción aún mayor que para el resto de las variables analizadas. Mientras los municipios que reciben mayores transferencias por habitante contienen en promedio un 6% de la población con NBI, aquellos que reciben menor coparticipación per cápita poseen en promedio un 12%, el doble. Este análisis nos permite evidenciar las profundas asimetrías en materia de recursos obtenidos por los municipios, que se producen como consecuencia de los criterios de asignación vigentes en la distribución secundaria del actual régimen de coparticipación municipal. Actualmente el municipio que más coparticipación per cápita recibe (Pila), obtiene trece veces lo que percibe el menos favorecido (General Rodríguez).

La desigualdad en la coparticipación hace que los municipios que reciben menos fondos per cápita, tengan un menor nivel de recursos disponibles, lo que genera limitaciones a la hora de decidir el tamaño del gasto, conformando una relación circular en donde las brechas se amplían de forma continua. Esto tiene una relación directa con el tipo de política sanitaria local que puede implementar cada municipio, como parte de los instrumentos que tiene el Estado para mejorar la distribución del bienestar de su población. (Barbieri, Iacobucci, & Rocha, 1998) han mostrado el vínculo existente entre la coparticipación por variables de salud y el gasto municipal en salud y la inequidad en la distribución del gasto en salud ha sido demostrada ampliamente en el trabajo de (Barbieri, Tarragona, & de la Puente, 2002)

6.2 Coparticipación por componente salud

En el apartado 4.1 b) se describe en detalle la forma en que se determinan los fondos que deben transferirse considerando variables sanitarias. Se debe tener en cuenta que, si bien la determinación del volumen de fondos se realiza por variables sanitarias, no existe ninguna condición para que esos fondos sean destinados a financiar los gastos que demanda la prestación de servicios de atención de salud²³.

Del análisis detallado de la fórmula del "componente salud", se pueden identificar fallas en cuanto a la eficiencia y a la equidad que este sistema introduce, y que tienen su origen en las variables empleadas por el método de reparto. De este modo, el componente salud incluido en la coparticipación, genera un impacto regresivo que se contrapone al modelo de atención de la salud promovido, apoyado e impulsado por la autoridad sanitaria provincial, en cuanto a priorizar y privilegiar un modelo centrado en la atención primaria de la salud.

Estos impactos negativos en el modelo de atención se producen porque el actual régimen:

- No incentiva la prevención ni promoción de la salud, porque introduce variables propias de un modelo orientado a la atención de la enfermedad que es más costoso –tanto en términos económicos como sanitarios- que un modelo orientado a la prevención, a la vez que retrasa la migración hacia nuevos modos de atención (internación domiciliaria, hospital de día, telemedicina, etc.).
- Distribuye en favor de la mayor complejidad, introduciendo incentivos a que cada municipio desee poseer en su territorio y bajo su dependencia al menos un efector de mayor complejidad, aun cuando no fuera necesario desde una perspectiva sanitaria.
- Genera incentivos a la ineficiencia, aumentando tanto la cantidad de internaciones como su duración, porque cuanto mayor sea el porcentaje de ocupación de las camas de internación, mayores serán los recursos que percibirán
- Premia la ineficiencia, en virtud de que no se privilegia la calidad de la atención, ni los resultados obtenidos, porque se financia la oferta (que no necesariamente acompaña a las necesidades sanitarias de la población).
- No diferencia prestaciones que se recuperan a través de los sistemas de recupero de costos que muchos hospitales poseen. Esto podría significar que un efector perciba de un financiador (obra social o prepaga) el monto correspondiente por la atención brindada a un beneficiario con cobertura explícita, pero también esa consulta o egreso, sea incluida en el cálculo de la

²³ Se utiliza atención de la salud (que es la manera en la que se presenta en el ministerio de salud de la nación (incluye acciones de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación de la salud).

coparticipación. En los municipios que asisten a beneficiarios con cobertura o mayor capacidad de pago, se genera mayor capacidad de financiar el sistema de salud local con un menor esfuerzo de recursos propios, en relación a municipios donde su población es carente de recursos y/o de cobertura (Barbieri, 2007).

- No discrimina camas (crónicas, agudas o críticas) cuando el costo de cada una de ellas presenta diferenciales altamente significativos.
- Pondera las camas de todo el municipio por la complejidad del efector con mayor nivel de complejidad.
- Incentiva el crecimiento de la oferta pública y no atiende la demanda orientada a la necesidad y el riesgo sanitario de las poblaciones del distrito
- El sistema de información, del que surgen los datos, es el declarado por los municipios, no estando sujeto a auditoría ni a topes de producción. Esto puede generar incentivos al sobre registro de prestaciones brindadas, haciendo que los datos sanitarios pierdan rigurosidad estadística.

a) Análisis de los flujos de la coparticipación en salud

El componente salud de la coparticipación represente el 37% de los fondos coparticipados pero su peso relativo en cada uno de los grupos de municipios es bastante dispar.

En relación a su población, la participación del componente salud en la coparticipación bruta varía mucho entre grupos de municipios. En los incluidos en el Conurbano, el componente salud representa el 30,5% de la coparticipación bruta per cápita, mientras que en los municipios Rurales representa el 51,4%.

**Cuadro 12. Coparticipación per cápita por régimen según grupo de municipios.
(En \$ corrientes). Año 2017**

Grupo de Municipios	Coparticipación total	Coparticipación régimen salud	Resto de coparticipación
G1	2.073	633	1.441
G2	2.088	512	1.576
G3	3.886	1.619	2.268
G4	7.704	3.956	3.748

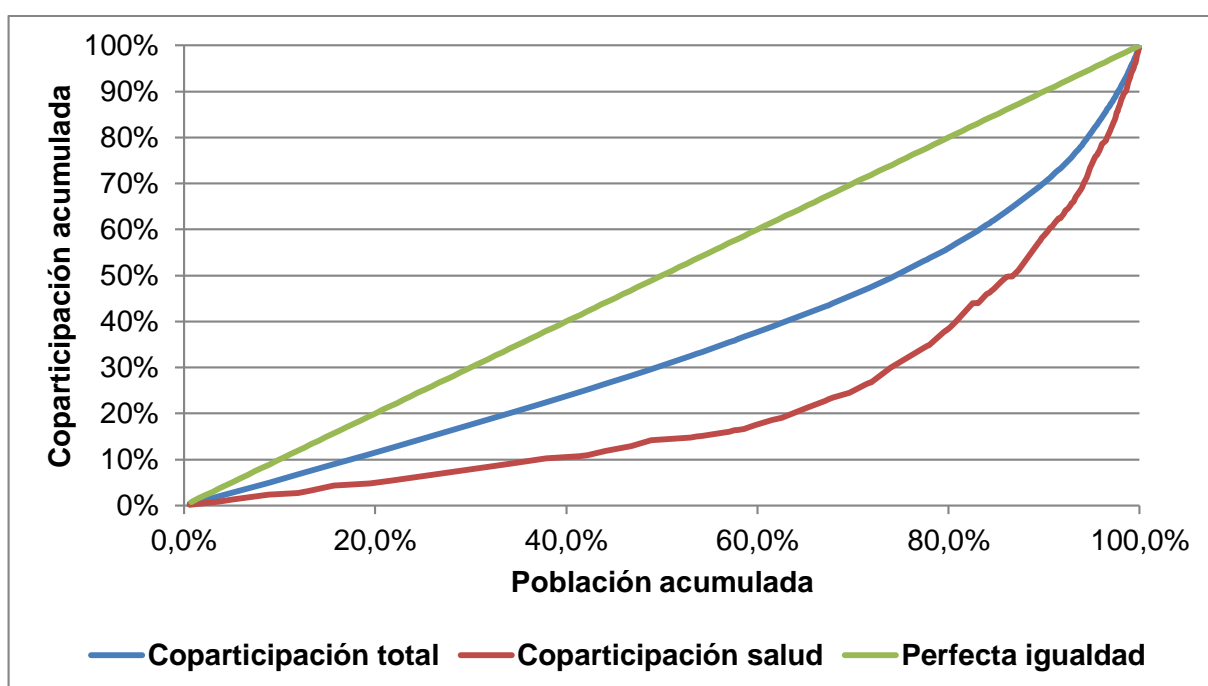
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Economía y Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de Buenos Aires.

En el Gráfico 6 se muestra la relación entre la distribución acumulada de recursos y la coparticipación total y en salud, en base a la proyección de población para el año 2017. Puede observarse que la distribución de recursos según población es más desigual para el régimen salud que para el total de fondos coparticipables. De este modo, los 32

municipios que acumulan el 70% de la población de la provincia, reciben el 45,5% de la coparticipación total y sólo el 24,5% de la coparticipación del régimen salud. Dentro de este grupo, 18 municipios pertenecen al conurbano (52% de la población de la provincia), 8 a grandes conglomerados urbanos y los restantes al interior.

El 20% de la coparticipación bruta en el año 2017 se transfiere a 64 municipios que representan el 6,2% de la población de la provincia. En relación a la coparticipación régimen salud, se observa que es más desigual aún que la coparticipación general, ya que el 20% de la misma se transfiere a 47 municipios que concentran apenas el 3,6% de la población total de la provincia.

Gráfico 6. Curva de Lorenz para la distribución de la coparticipación total y régimen salud en relación a la distribución poblacional. Año 2017



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dirección de Información en Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

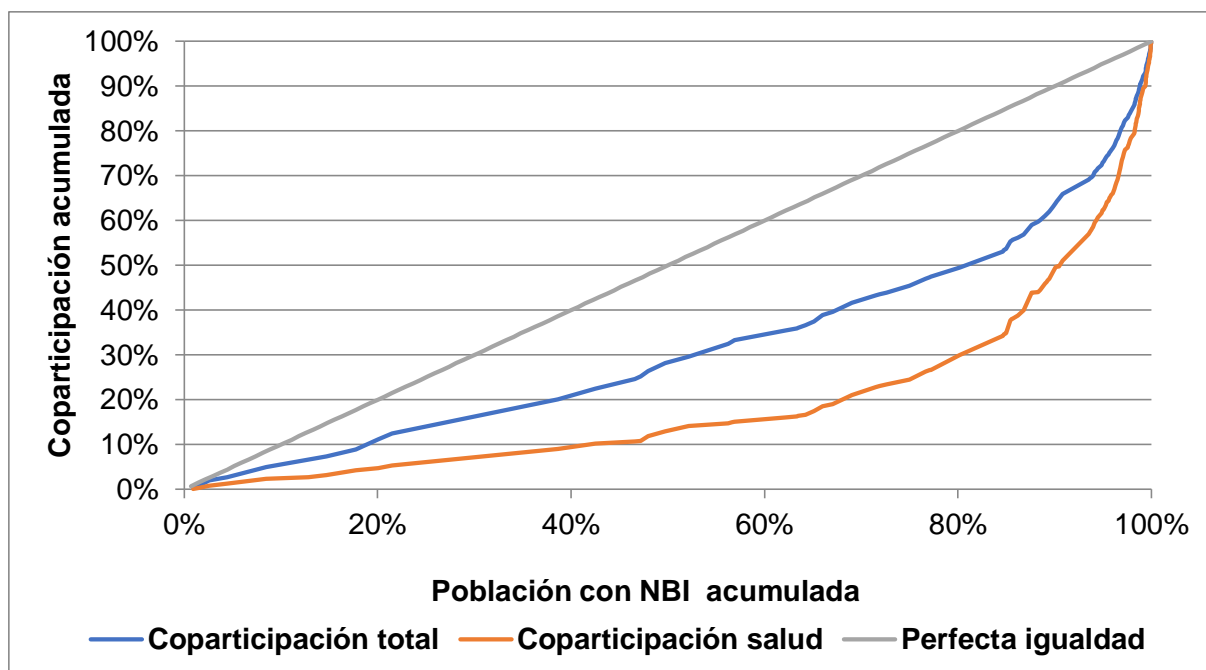
Nota: Los datos de población se realizaron en función de la proyección para el año 2017 de la Dirección Provincial de Estadísticas de la Provincia de Buenos Aires.

Se debe considerar que uno de los objetivos que persigue el sistema de coparticipación de la provincia, es el de atender las necesidades de los municipios y en tanto incorpora un componente con criterio redistributivo, es que se diseñó el régimen de coparticipación por salud.

Aun cuando es discutible que el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) sea el más apropiado para identificar las necesidades de atención en el sistema público, es innegable y ha sido probado en numerosos trabajos que poblaciones que presentan condiciones de pobreza estructural, tienen una mayor probabilidad de enfermar. Por ello se construyó una nueva curva de Lorenz, que acumula población con NBI en lugar de

población total, para evaluar cuán orientada está la coparticipación a la atención de las necesidades poblacionales (Gráfico 7).

Gráfico 7. Curva de Lorenz para la distribución de la coparticipación total y régimen salud en relación a la distribución de la población con NBI



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dirección de Información en Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

Nota: Los datos de población con NBI se realizaron en función de la proyección de población para el año 2017 de la Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de Buenos Aires.

Claramente, las transferencias a municipios no logran cumplir con la reducción de las desigualdades estructurales que presentan los municipios y se orientan en sentido contrario. Así, los 28 municipios de menor coparticipación por habitante que concentran el 70% de la población con NBI y el 62% de la población total, reciben el 41% de la coparticipación total y apenas el 21% de la coparticipación por régimen salud.

Si se profundiza en la estructura de la coparticipación del régimen salud, se observa que si bien en los municipios rurales todos los componentes per cápita son más altos, la mayor retribución la reciben por “producido resultante”²⁴. Mientras que en los municipios del conurbano la mayor retribución está dada por las consultas. En el Cuadro 13 puede observarse la coparticipación per cápita por tipo de componente de la coparticipación en salud.

²⁴Categoría de los establecimientos (nivel de complejidad establecido por el Ministerio de Salud de acuerdo a las tecnologías de los establecimientos), la cantidad promedio de camas y el porcentaje de ocupación de las mismas.

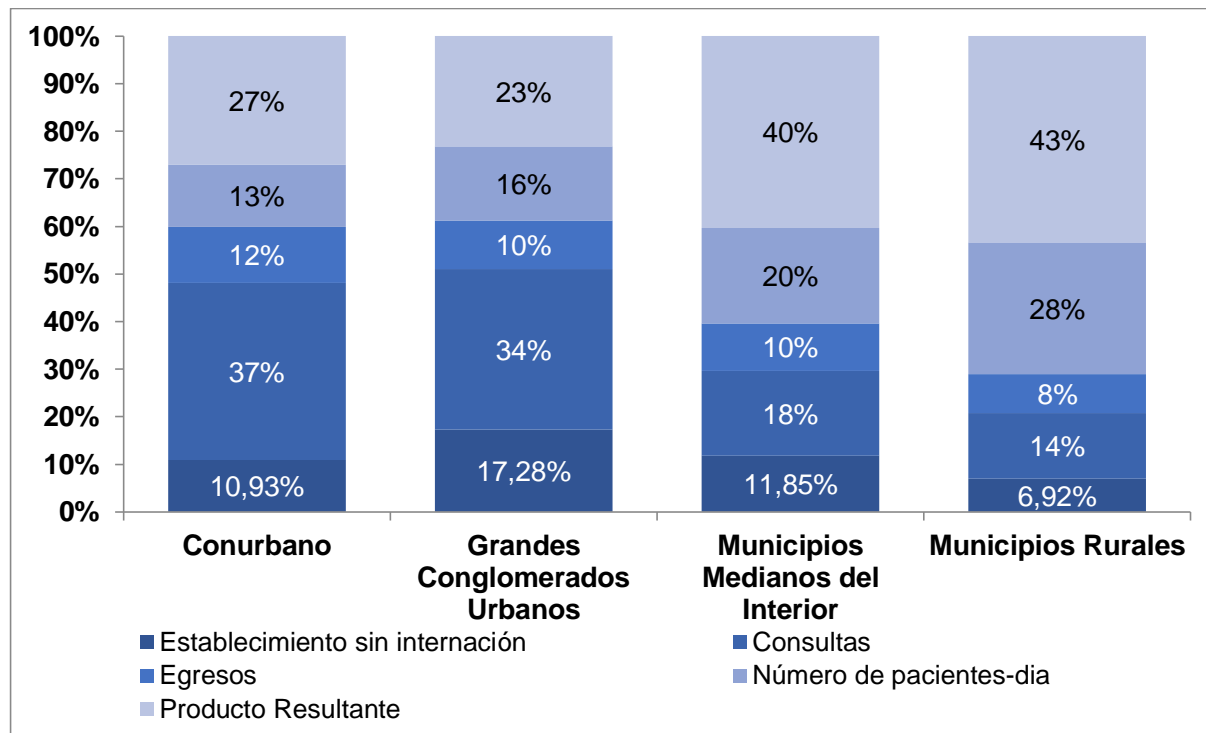
Cuadro 13. Composición de la coparticipación régimen salud per cápita según grupos de municipios. En \$ corrientes. Año 2017.

Grupo	Coparticipación régimen salud per cápita	Composición de la Coparticipación régimen salud per cápita				
		Establecimientos sin internación	Consultas	Egresos	Número de pacientes-día	Producido Resultante
G1	\$ 632,82	\$ 69,17	\$ 235,66	\$ 74,36	\$ 82,99	\$ 170,64
G2	\$ 511,57	\$ 88,40	\$ 172,57	\$ 52,16	\$ 79,96	\$ 118,48
G3	\$ 1.618,53	\$ 191,72	\$ 288,30	\$ 161,13	\$ 325,54	\$ 651,84
G4	\$ 3.956,36	\$ 273,74	\$ 547,37	\$ 326,25	\$ 1.093,89	\$ 1.715,11

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dirección de Información en Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

El peso relativo de cada uno de los componentes de la coparticipación por salud per cápita varía de acuerdo a la estructura sanitaria de cada municipio. En el Gráfico 8 puede observarse que mientras para los municipios del conurbano las consultas significan el 37% del monto coparticipado por salud, en los municipios medianos del interior y en los municipios rurales la mayor retribución proviene del producido resultante, representando el 40% y 43% respectivamente.

Gráfico 8. Participación de los componentes en el total coparticipado por salud en cada grupo de municipios. En %. Año 2017



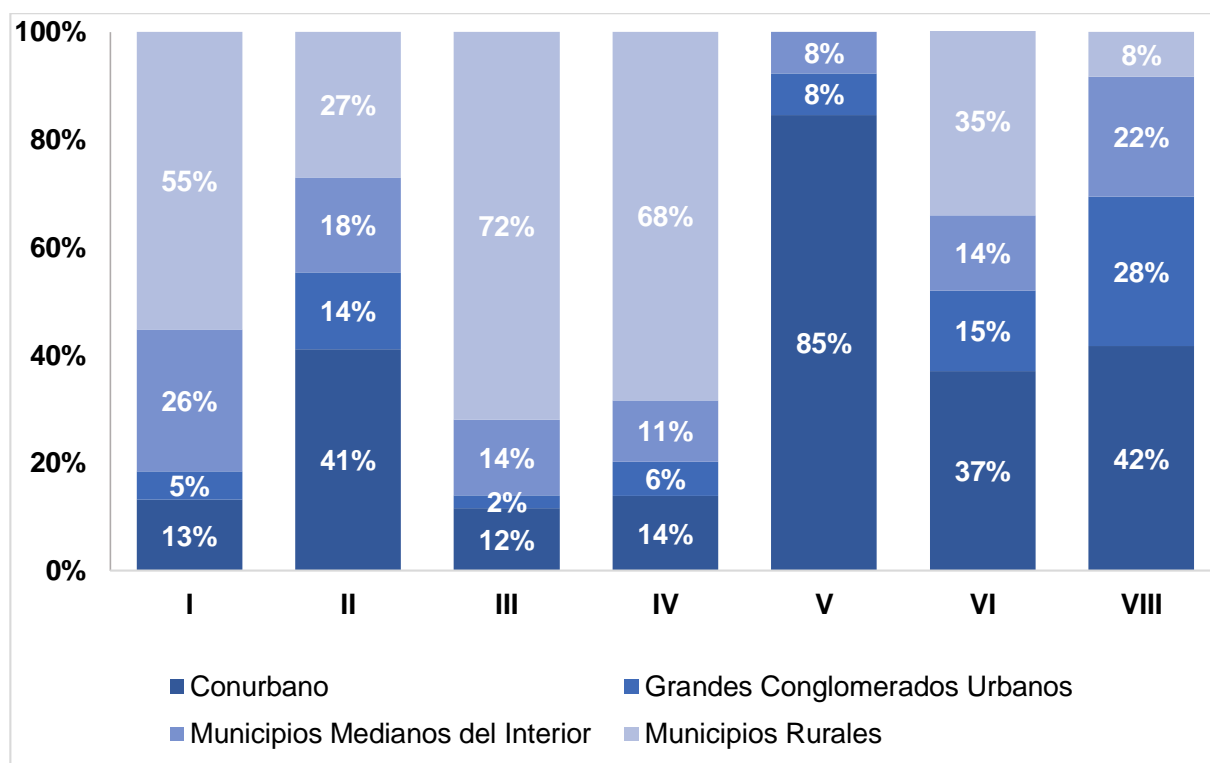
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dirección de Información en Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

La participación de los componentes relacionados con el primer nivel de atención (consultas y establecimientos sin internación) es mayor para los municipios del

conurbano y grandes aglomerados urbanos. Mientras que los municipios del interior y los rurales reciben mayor cantidad de recursos por su participación en los componentes que ponderan el segundo nivel de atención.

Los efectores provinciales que son de mayor complejidad se localizan mayoritariamente en el conurbano, dejando a los municipios del interior con una significativa menor oferta de atención de mayor complejidad, obligando a su población a trasladarse para recibir la atención requerida. Parte de esta concentración se asocia con la mayor cantidad de población que se localiza en el conurbano (economías de escala en la utilización), aunque la red provincial no ha logrado establecerse como red organizada en el territorio provincial.

Gráfico 9: Distribución de niveles de complejidad de los establecimientos de salud entre Grupos de municipios. Año 2017



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dirección de Información en Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

7. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA Y UTILIZACIÓN DEL SUBSECTOR PÚBLICO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

7.1 Características generales de los municipios

La provincia de Buenos Aires es el principal distrito de la Argentina tanto en términos de cantidad de población como en cuanto al aporte a la generación de riqueza a nivel

nacional. Hacia el interior de la provincia existe una alta heterogeneidad en cuanto a la dimensión de los gobiernos locales.

Para poder ordenar el análisis y unificar la información, se ha determinado como año base de análisis de la información el año 2017, dado que se cuenta con la mayor cantidad de información.

El territorio está compuesto por 135 municipios, algunos con una población que supera a la de varias provincias argentinas, sobre todo los situados en el conurbano bonaerense, y otros con una menor cantidad de población y con mayor proporción de población dispersa o rural.

Cuadro 14: Caracterización de los grupos de municipios. Año 2017

Grupo	Densidad poblacional promedio 2017	Población total	Población sin cobertura (Proy. 2017)¹	% de Población sin cobertura¹ (2010)	% de NBI (2010)
G1	4.896	10.894.664	4.333.630	40%	32%
G2	518	2.745.203	930.241	34%	35%
G3	71	1.618.281	491.083	30%	26%
G4	19	1.761.864	555.200	32%	23%
Total	56	17.020.012	6.310.154	37%	31%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Censo Nacional de Población y Vivienda (2010) y Proyecciones de población de la Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de Buenos Aires

1. Proyectada en base a población sin cobertura 2010 y proyecciones de población para 2017.

Adicionalmente, cada unidad territorial presenta diferentes perfiles sanitarios que están condicionados y determinados por la estructura demográfica (edad, sexo, tasa de ancianidad), las características ambientales y de saneamiento, las condiciones socioeconómicas de su población y que se traducen en diferentes resultados sanitarios (tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna, perfiles de morbilidad, etc.).

Estos perfiles particulares de cada municipio determinan las necesidades en salud que potencialmente podrían traducirse en demanda de atención en el sistema público. De este modo, son las mujeres en edad fértil las que suelen tener una tasa de utilización del sistema de salud más alta que los varones, y dentro de la población general, la tasa de demanda de servicios es mayor en la primera infancia y en los adultos mayores, mostrando de esta forma que esos grupos son los que más necesitan y utilizan el sistema de salud.

Al mismo tiempo, aquellos municipios que presenten mayor proporción de población con viviendas deficitarias, falta de acceso a agua potable y cloacas, falta de recolección

de residuos o mayor cantidad de población sin cobertura de obra social o sin ingresos suficientes, serán quienes potencialmente demandarán atención en el sector público.

En el Cuadro 14 se observa que el 18% de los municipios de la provincia, perteneciente al conurbano (G1) acumula el 64% de la población total y es sin duda el más densamente poblado, mientras que el 61% de los municipios incluidos en el G4 (municipios rurales), acumula tan solo el 10% de la población total. También es el G1 el que posee la mayor cantidad de población sin cobertura explícita -casi el 40%- y los mayores niveles de necesidades básicas insatisfechas (32%).

Al mismo tiempo puede observarse que la tasa de mortalidad infantil también presenta un comportamiento bastante homogéneo entre grupos de municipios. De todos modos, el grupo de municipios que tiene en promedio una TMI más alta a la provincial es el de grandes conglomerados urbanos (G2), y el que presenta la más baja es el de Municipios Medianos del Interior (G3).

Cuadro 15. Tasa de mortalidad infantil por grupo de municipios. 2016

Grupo de Municipios	Promedio de Tasa de Mortalidad Infantil
G1	10,0
G2	10,5
G3	9,7
G4	10,1

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

7.2 Oferta y utilización

Antes de avanzar en la caracterización de la oferta y la utilización de los servicios de atención de la salud, se introducen dos conceptos de suma importancia para comprender la configuración del sistema y luego la metodología que se adoptará para la estimación del gasto en salud para cada municipio.

Estos son los conceptos de ocurrencia y residencia que se pueden aplicar tanto a las consultas como a los egresos de los efectores de salud, en adelante “eventos”.

Se entiende por **evento por ocurrencia** a todos aquéllos que ocurren dentro de los límites geográficos de un municipio, independientemente del lugar donde vivan quienes los realizan.

Se entiende por **evento por residencia** a todos aquéllos que efectúan los residentes de un municipio, independientemente del lugar en que las realicen.

De este modo, se producen configuraciones diferentes entre partidos según sea el flujo de población que se moviliza hacia o desde ellos en busca de atención. Así, gran parte de los municipios se convierten en “expulsores o receptores *involuntarios* netos” de usuarios, y este efecto no es captado por las metodologías convencionales de asignación. A fin de ver los detalles del cálculo para la asignación del Gasto Público en Salud, ver

Apéndice 4.

En el presente capítulo, la descripción de la oferta y la producción se hará en base al concepto de ocurrencia.

a) Oferta de servicios de atención

En la prestación de servicios públicos de salud en la Provincia de Buenos Aires coexisten los tres niveles de gobiernos (nacional, provincial y municipal). En el Cuadro 16 se presenta la oferta total de establecimientos públicos con y sin internación y la cantidad de camas disponibles, para el año 2017.

Cuadro 16. Establecimientos con y sin internación por dependencia. Año 2017

Dependencia	Establecimientos			Camas
	Con internación	Sin internación ⁽²⁾	Total	
Municipal	297	2.063	2.360	14.934
Provincial	72 ⁽¹⁾	201	273	11.601
Nacional	5	3	8	1.560
Total	374	2.267	2.641	28.095

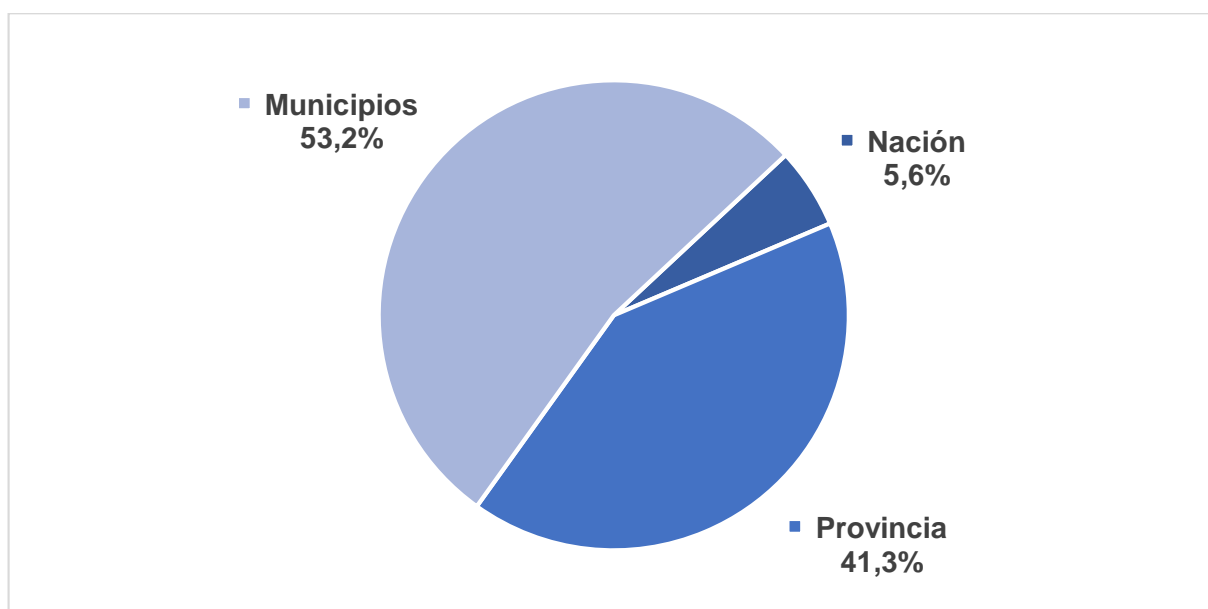
Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Notas: (1) Dentro de los establecimientos con internación provinciales se incluyen dos hospitales cuya dependencia es compartida con la Nación: SAMIC: Hospital "El Cruce" de Florencio Varela y SAMIC Hospital "Cuenca Alta" de Cañuelas

(2) Dentro de los establecimientos sin internación y según la guía de establecimientos de la provincia de Buenos Aires se incluyen numerosas dependencias administrativas del Ministerio de Salud provincial que no realizan trabajo asistencial. Lo mismo ocurre con los establecimientos municipales.

Como puede observarse en el Cuadro 16, la mayor parte de los establecimientos con y sin internación corresponden al nivel municipal (89,3%), al mismo tiempo, del total de camas, los hospitales municipales poseen el 53,2%. Esto da cuenta de que los hospitales municipales, al ser en general de menor complejidad tienen un número de camas promedio muy por debajo de las que se observan en los hospitales provinciales.

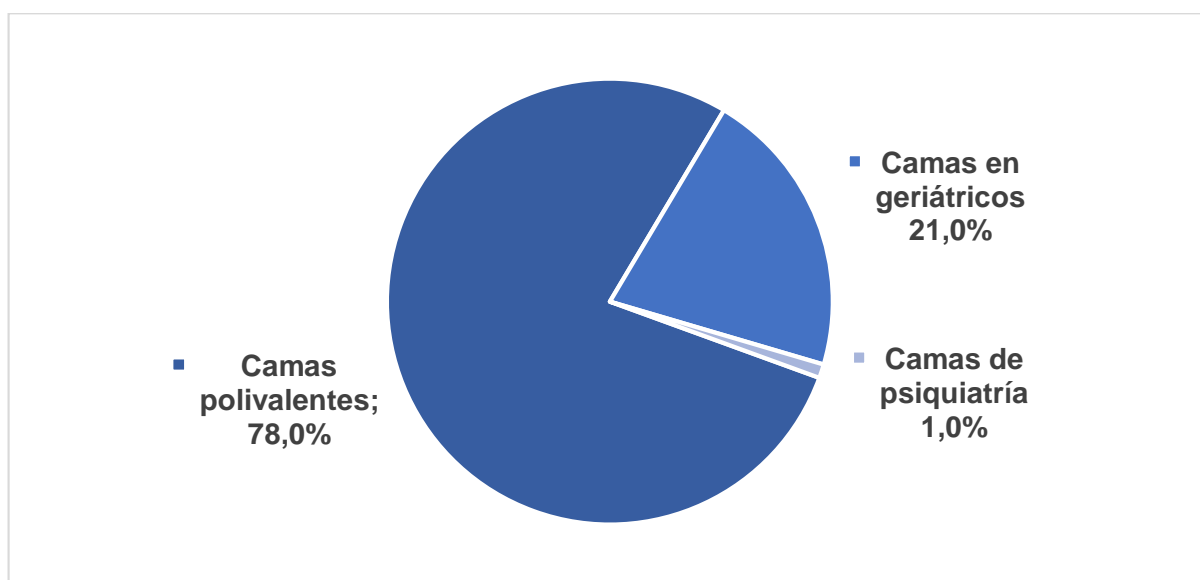
Gráfico 10: Distribución de camas por dependencia. 2017



Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

El 41,3% del total de camas de internación corresponden al nivel provincial y solo el 5,6% al nivel nacional. Si en el análisis consideramos los tipos de camas, se ve que el 22% de las camas municipales corresponden a camas asilares y psiquiátricas, que insumen un menor costo para quien las financian.

Gráfico 11: Distribución de camas municipales. 2017



Fuente: Elaboración propia en base a Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Si se realiza el mismo análisis, pero por grupo de municipios, se observa que el 38% del total de establecimientos se encuentran ubicados en el Conurbano, el 31% en municipios Rurales, y solo un 13% en grandes conglomerados urbanos. Si solo se considera los establecimientos con internación se ve que el 55% se concentran en los

municipios rurales, mientras que el 42% de los establecimientos sin internación en el Conurbano.

Cuadro 17. Cantidad de camas por grupo de municipios. Año 2017

Grupo	Municipal	Provincial	Nacional	Total
G1	3.608	5.720	483	9.811
G2	785	3.595	546	4.926
G3	2.159	1.708	531	4.398
G4	8.382	578		8.960
Total	14.934	11.601	1.560	28.095

Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

En cuanto a las camas, el 35% se encuentran radicadas en el Conurbano (G1) y el 32% se concentran en Municipios Rurales (G4). De las camas del Conurbano (G1) el 58% son provinciales, mientras que en los Municipios Rurales (G4), el 94% de las camas son municipales. Esto hace una estructura de distribución de camas y establecimientos muy distintos entre los municipios de la provincia de Buenos Aires. Si se calcula la cantidad de habitantes por cama, se observa que en el conurbano hay una cama cada 1.110 habitantes, mientras que en los municipios rurales se observa solo 197 habitantes por cama. Esto también está vinculado con la complejidad de los establecimientos y los tipos de cama.

Se observa también que el grupo de municipios del conurbano son los que tienen más habitantes por cama disponible y en promedio tienen similar número de establecimientos con internación que los municipios medianos y rurales del interior. En este sentido es importante destacar que, algunos municipios no cuentan con efectores privados en la localidad, por lo que el total de servicios sanitarios se brindan por efectores públicos.

Las camas se clasifican en agudas, crónicas y críticas²⁵, de acuerdo al tipo de cuidado y/o atención. En el Cuadro 18 se puede observar que las camas municipales tienen mayor participación relativa, en término del total de camas en los municipios con menor población, alcanzando el 92% de las camas totales en el grupo de municipios rurales.

²⁵ Según las definiciones del Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires, se definen: Camas críticas: a las de terapia intensiva y cuidados intensivos tanto de adultos como infantiles y neonatológicas, además las de unidad coronaria y las de quemados. Camas agudas: a las que el promedio de días de estada es menor a 30 días. Camas crónicas: a las que el promedio de días de estada es mayor o igual a 30 días

También surge que, de las camas municipales, la mayoría se trata de camas agudas, siendo las camas críticas mayoritariamente provinciales.

Este resultado se debe a que, en general, los establecimientos provinciales presentan mayor complejidad que los municipales. Quizá relacionado con la existencia de economías de escala para la producción de servicios de mayor complejidad sanitaria.

Si se analizan las camas municipales por grupo de municipio se observa que el G2 es el que presenta mayor número de camas críticas en relación a la cantidad de camas agudas, mientras que del total de camas son los municipios rurales los que presentan mayor proporción de camas crónicas llegando al 47%.

Cuadro 18. Distribución de habitantes por camas municipales y participación de las camas municipales en el total. Año 2017

Grupos	Habitantes por cama municipal			Camas agudas/camas totales		Camas críticas/ camas agudas
	Aguda	Crónica	Crítica	Agudas	Crónicas	
G1	3.253,11	36.559,28	36.559,28	92%	8%	9%
G2	3.910,55	14.006,14	39.785,55	78%	22%	10%
G3	1.000,17	2.266,50	16.513,07	69%	31%	6%
G4	396,55	443,79	8.310,68	53%	47%	5%

Fuente: Elaboración propia en base a Datos de la Dirección de Estadística Sanitaria

Nota: Las camas totales se dividen en agudas y crónicas. Las críticas son una proporción de las agudas

Al analizar la cantidad de habitantes por cada tipo de camas se observa que, en los municipios rurales existe más disponibilidad de camas por habitante para todos los tipos de camas, con una mayor participación de camas agudas municipales.

El Conurbano (G1) es el grupo de municipios con mayor cantidad de habitantes por cama, cualquiera sea el tipo. La oferta de camas críticas es de aproximadamente una (1) cama cada 36.000 personas mientras que para los municipios rurales esa relación cae a poco más de 8.300 habitantes por cada cama crítica. Esta composición de la oferta de camas municipales es la que conduce a que en las grandes urbanizaciones (G1 y G2) el racionamiento se produzca por colas. La población, con mayores necesidades de atención es justamente la que menos oferta de servicios públicos de atención posee.

b) Utilización de servicios de salud: variables de producción hospitalaria

La situación actual de la producción de servicios hospitalarios se puede observar analizando el comportamiento de la cantidad de egresos y consultas. El número de consultas (médicas y odontológicas) en efectores públicos para 2017 por habitante asciende a 4,3 consultas por habitante por año, esto significaría que en promedio todos los habitantes (con y sin cobertura) de la provincia estarían haciendo entre 6 y 7

consultas al año en establecimientos oficiales, mientras que se registran 6 egresos cada 100 habitantes.

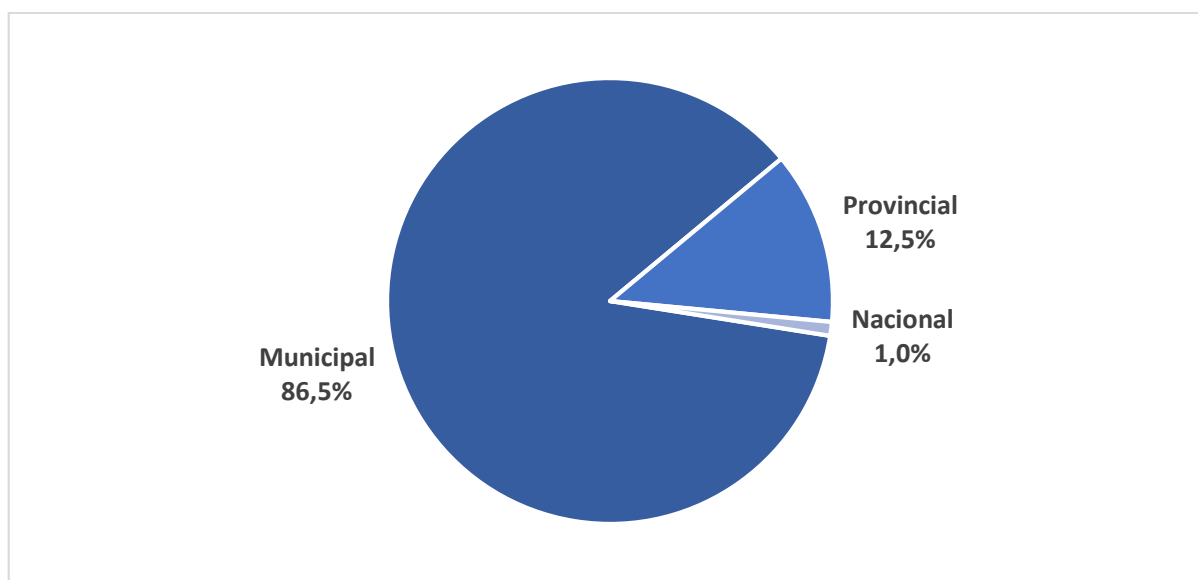
Cuadro 19. Producción hospitalaria por dependencia. Año 2017

Variable	Dependencia			Total
	Municipal	Provincial	Nacional	
Consultas	63.385.492	9.209.122	732.165	73.326.779
Egresos	712.465	358.122	19.146	1.089.733

Fuente: Rendimientos hospitalarios 2017. Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

La mayor parte de las consultas, se realizan en los establecimientos de dependencia municipal que absorben 86,5% del total. Se debe tener en cuenta que el 92% de los establecimientos sin internación de la provincia son municipales. Si bien lo esperable es que la mayoría de las consultas se realizan en efectores sin internación (Centros de Atención Primaria, mayoritariamente municipales) se puede inferir que hay un porcentaje de consultas que siguen efectuándose en los hospitales provinciales, que son los de mayor complejidad.

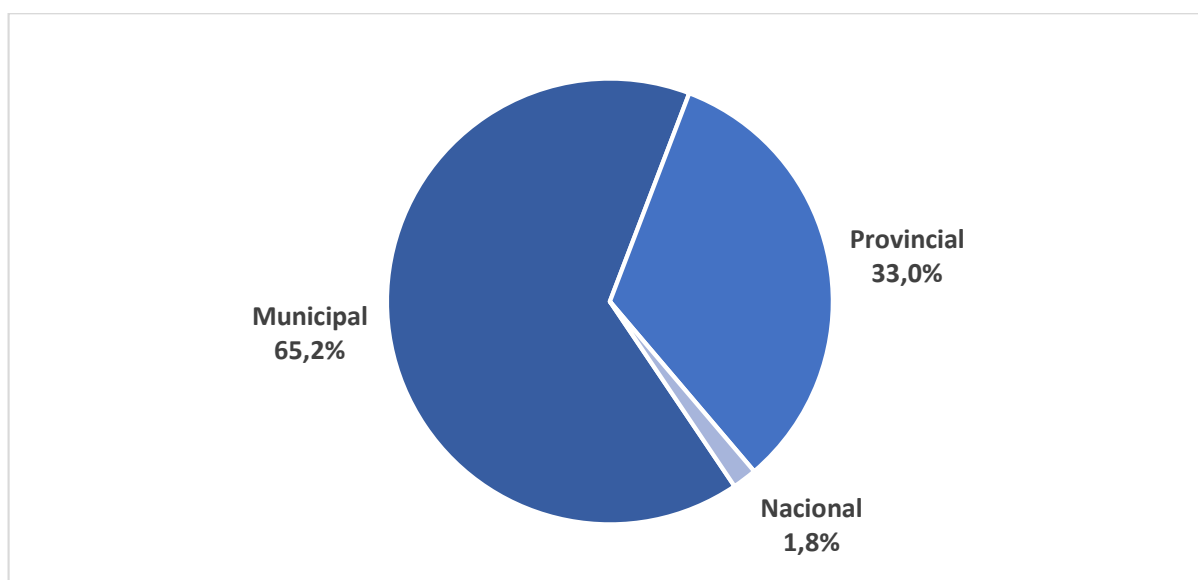
Gráfico 12: Porcentaje de consultas por dependencia. Año 2017



Fuente: Elaboración propia en base a Rendimientos hospitalarios 2017. Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Del total de egresos que se realizan en los efectores localizados en la provincia, el 33% se concentra en los hospitales de dependencia provincial, como se muestra en el Gráfico 13: Porcentaje de egresos por dependencia. Año 2017.

Gráfico 13: Porcentaje de egresos por dependencia. Año 2017



Fuente: Elaboración propia en base a Rendimientos hospitalarios 2017. Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Analizando las mismas variables de acuerdo a los grupos de municipios, se observa la siguiente distribución:

Cuadro 20. Consultas y egresos por grupo de municipios y dependencia. 2017

Grupo	Consultas				Egresos			
	Total	Municipal	Provincial	Nacional	Total	Municipal	Provincial	Nacional
G1	42.358.245	36.490.647	681.764	5.185.834	551.474	343.704	190.044	17.726
G2	10.692.427	8.036.864	39.640	2.615.923	169.143	55.852	112.691	600
G3	6.744.268	5.860.399	10.761	873.108	134.727	97.233	36.674	820
G4	13.531.839	12.997.582	-	534.257	234.389	215.676	18.713	-
Total	73.326.779	63.385.492	732.165	9.209.122	1.089.733	712.465	358.122	19.146

Fuente: Elaboración propia en base a Rendimientos hospitalarios 2017. Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Más del 50% de las consultas que tienen lugar en la provincia de Buenos Aires se realizan en el conurbano, y de ellas el 86% se realiza en establecimientos municipales. La cantidad de consultas por habitante en el conurbano, en grandes urbes y municipios medianos asciende a 4 consultas por habitante por año para 2017. Es llamativo que en los municipios rurales esa cantidad es el doble del promedio ya que asciende a 8 consultas per cápita por año. Esto significaría que las personas que poseen cobertura explícita (obra social, mutual o prepaga), también son atendidas, en promedio, 4 veces al año en establecimientos municipales. Este resultado se asocia con que las consultas

forman parte de las variables que intervienen en el cálculo de la coparticipación por salud, por lo que se generan presiones a la sobre declaración²⁶. También puede estar relacionado con la falta de efectores privados de salud en los centros de menor cantidad de población. La coparticipación no tiene en cuenta el recupero de fondos que se hace a través del Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO).

Con respecto a los egresos, también el 50% se producen en los municipios del Conurbano (G1) y de ellos el 62% se realizan en establecimientos de dependencia municipal. Solo en el grupo grandes conglomerados urbanos (G2) la mayor cantidad de egresos se realiza en establecimientos provinciales (67%). El 40% de los egresos municipales se concentran en solo 6 municipios (Malvinas Argentinas, San Isidro, Vicente López, Merlo y General San Martín).

8. GASTO PÚBLICO EN SALUD (GPS): ASPECTOS CONCEPTUALES, METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN Y PRINCIPALES RESULTADOS

En el siguiente apartado se define y detallan los aspectos metodológicos considerados en la estimación del gasto público en salud (GPS), el indicador objeto de evaluación para el análisis del grado de equidad y eficiencia asociado a su distribución entre los municipios de la provincia de Buenos Aires.

8.1 Aspectos conceptuales del gasto público en salud

El gasto público, según lo define el Ministerio de Hacienda de la Nación (Ministerio de Hacienda de la Nación Presupuesto Abierto, 2019), constituye las transacciones financieras que realizan las jurisdicciones y entidades públicas para adquirir los bienes y servicios que requiere la producción de otros bienes y servicios.

Para el presente análisis importa el gasto público en salud (GPS), y es necesario agregar el gasto realizado por el sector público nacional, provincial y el municipal, con el objeto de obtener el gasto público total destinado a salud en la provincia de Buenos Aires.

Para ello se utiliza la clasificación del gasto según finalidad y función, definida por el Ministerio de Hacienda de la Nación en presupuesto abierto, como aquella que presenta el gasto público según la naturaleza de los servicios que las instituciones públicas brindan a la comunidad, permitiendo determinar los objetivos generales y los medios a través de los cuales se estiman alcanzar estos. La clasificación de gasto por finalidad función, se compone de diferentes categorías, a saber:

²⁶ Es fundamental contar con algún sistema de registro único, para poder confirmar las consultas informadas por los municipios.

Servicios Sociales: Comprende las acciones inherentes a la prestación de servicios de salud, promoción y asistencia social, seguridad social, educación, cultura, ciencia y técnica, trabajo, vivienda, agua potable, alcantarillado y otros servicios urbanos.

Deuda pública - Intereses y Gastos: Comprende las erogaciones destinadas a atender los gastos e intereses de la deuda interna y externa.

Administración Gubernamental: Comprende las acciones propias al Estado destinadas al cumplimiento de funciones tales como la legislativa, justicia, relaciones interiores y exteriores, administración fiscal, control de la gestión pública e información estadística básica.

Servicios de Defensa y Seguridad: Comprende las acciones inherentes a la defensa nacional, al mantenimiento del orden público interno y en las fronteras, costas y espacio aéreo y acciones relacionadas con el sistema penal.

Servicios Económicos: Comprende las acciones de apoyo a la producción de bienes y servicios significativos para el desarrollo económico. Incluye energía, combustibles, minería, comunicaciones, transporte, ecología y medio ambiente, agricultura, industria, comercio y turismo. Esta clasificación comprende acciones de fomento, regulación y control del sector privado y público.

Para satisfacer el objetivo del presente trabajo, se utiliza únicamente la finalidad servicios sociales y la función salud, perteneciente a la citada categoría. Adicionalmente, y para el caso del gasto de los mayores niveles de gobierno (Nacional y Provincial) se contempla, para la finalidad función salud, la jurisdicción y el programa de cada jurisdicción mediante el cual se hace efectiva la ejecución presupuestaria, permitiendo así obtener mayor detalle de la localidad de la Provincia donde se realizan las erogaciones.

Se entiende por jurisdicción, las organizaciones públicas sin personalidad jurídica ni patrimonio propio, que integran la Administración Central y representan los Poderes (Legislativo, Judicial y Ejecutivo) establecidos por la Constitución Nacional. Por Programa, según las clasificaciones presupuestarias, se define a las unidades básicas de asignación presupuestaria. Programa es un conjunto organizado de medios para conseguir satisfacer determinadas demandas de la comunidad dentro de una política presupuestaria específica.

8.2 Asignación del gasto en salud según ocurrencia o residencia en los municipios

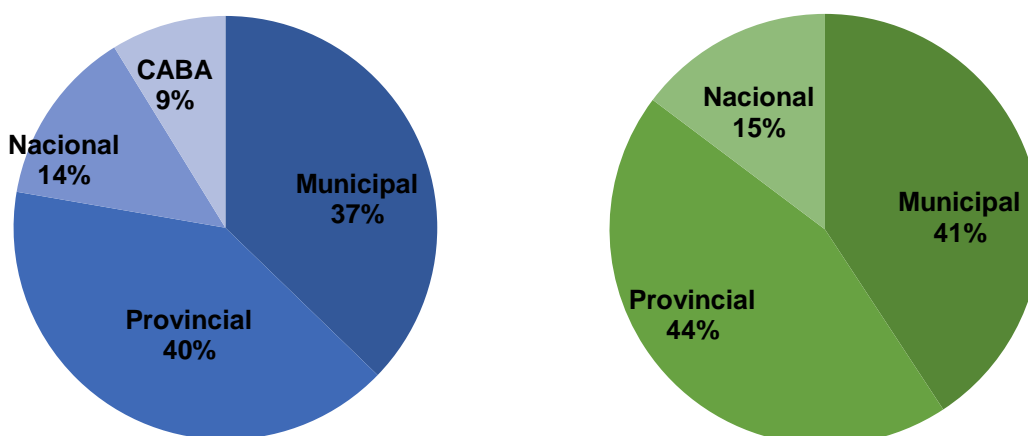
A nivel consolidado, la provincia de Buenos Aires presenta una estructura de gasto público en salud por ocurrencia donde el gasto municipal y provincial, se equilibran, ya que ambos representan el 41% y 44 % respectivamente en el total.

El Gasto por Residencia es el gasto real del que se beneficia la población de cada región o municipio. Para el total de la provincia, el Gasto por Ocurrencia resulta inferior

que el Gasto por Residencia, la razón de esta diferencia radica en que una porción de las erogaciones (\$7.033.170.354) se destina a financiar la asistencia sanitaria a habitantes de la provincia de Buenos Aires en la Ciudad de Buenos Aires. Contrariamente la cantidad de residentes de la Ciudad de Buenos Aires que se atiende en la provincia es poco significativa.

El Gasto Público en Salud por Residencia del que se benefician los habitantes de la Provincia de Buenos Aires está compuesto por un 40% de gasto provincial, por un 37% de gasto municipal, un 14% de gasto nacional y un 9 % de gasto de la ciudad de Buenos Aires, tal como se observa en el Gráfico 14.

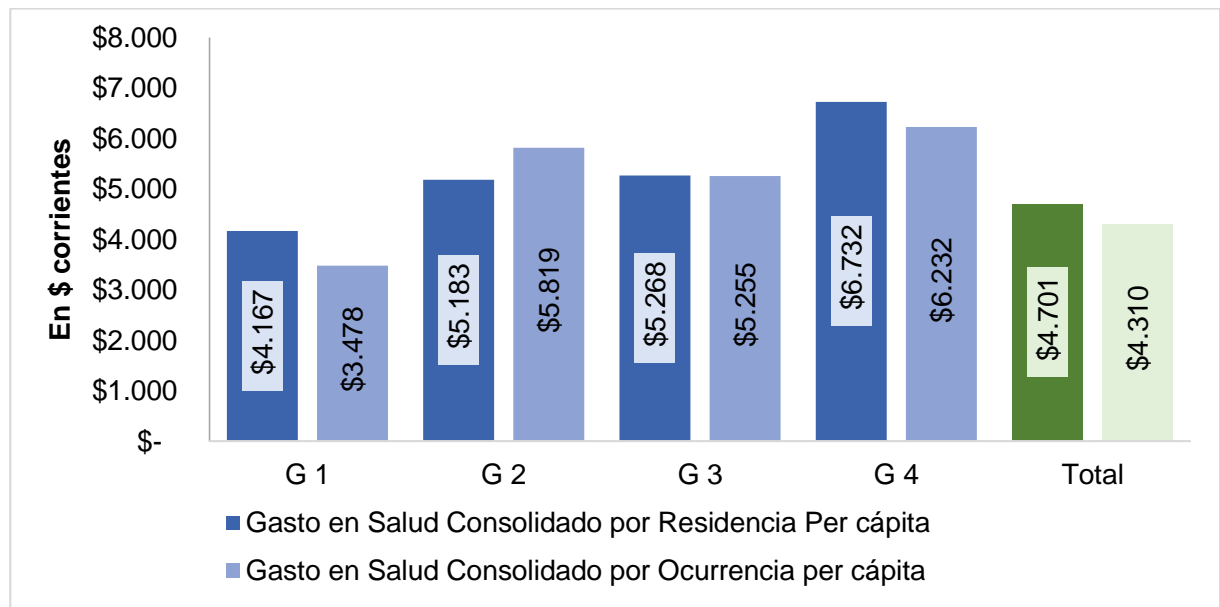
Gráfico 14: Estructura del Gasto Público Consolidado en Salud por ocurrencia y residencia. Año 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Hacienda de la Nación, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos, Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Al analizar el gasto en salud de todos los niveles de gobierno, con los criterios de residencia y ocurrencia por grupos de municipios, puede observarse en el Gráfico 15 que el único grupo de municipios donde su gasto per cápita por residencia es inferior al gasto por ocurrencia es el G2 (grandes conglomerados urbanos), esto puede deberse a que cuentan con efectores que reciben residentes de otros municipios porque en ellos se localiza la mayor parte de los hospitales provinciales, que tal cómo se señaló anteriormente, tienen mayor complejidad de atención.

Gráfico 15: Gasto Público en Salud Consolidado por Ocurrencia y Residencia per cápita según grupos de Municipios. Año 2017

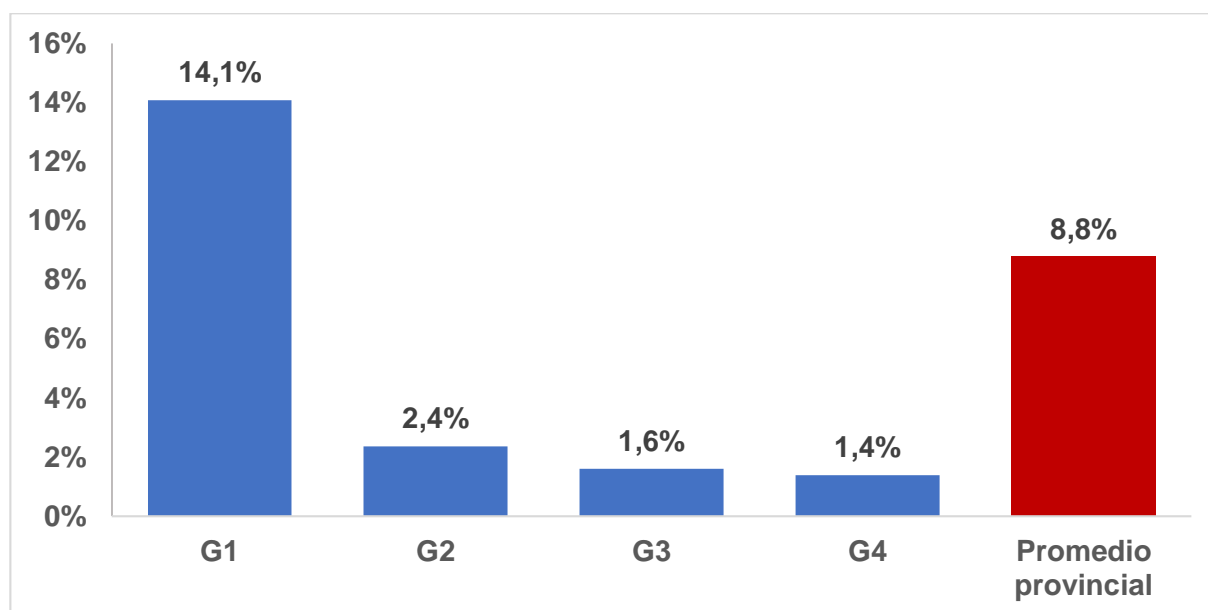


Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Hacienda de la Nación, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos y Secretaría de Salud del Gobierno de la CABA.

Los movimientos poblacionales en busca de atención pueden originarse, tal como se mencionó previamente, en cuestiones de acceso a medios de transporte, proximidad geográfica, necesidad de atención especializada, o también en cuestiones vinculadas a la calidad de la atención. Lamentablemente no se conocen las razones ciertas por las que las personas se desplazan, sin embargo, estos traslados impactan significativamente en los sistemas de salud locales. Conocida es la situación de la población bonaerense que se traslada a la CABA buscando atención. Prueba de ello es que cuando se analiza el gasto en salud por residencia, se observa que el 14% del gasto del que se benefician los residentes del conurbano es financiado por el gobierno de la CABA a través de la atención que los bonaerenses reciben en los hospitales porteños, superando al promedio provincial del 9%.

Esta proporción es significativamente inferior a medida que se incrementa la distancia a la CABA como puede observarse en el Gráfico 16.

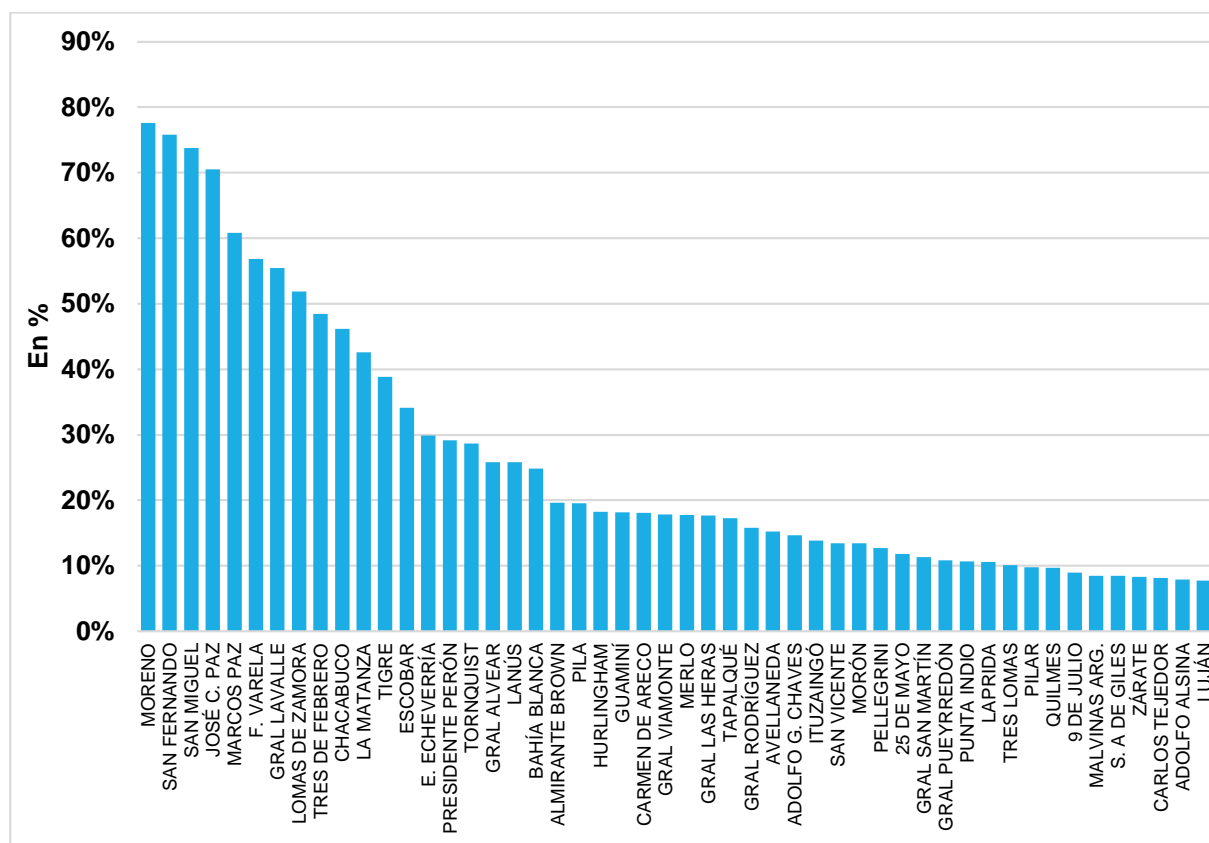
Gráfico 16. Gasto Público en Salud de la CABA en residentes de la provincia de Buenos Aires sobre el Gasto Público Consolidado en Salud por Residencia según grupo de municipios. Año 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Hacienda de la Nación, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos y Secretaría de Salud del Gobierno de la CABA.

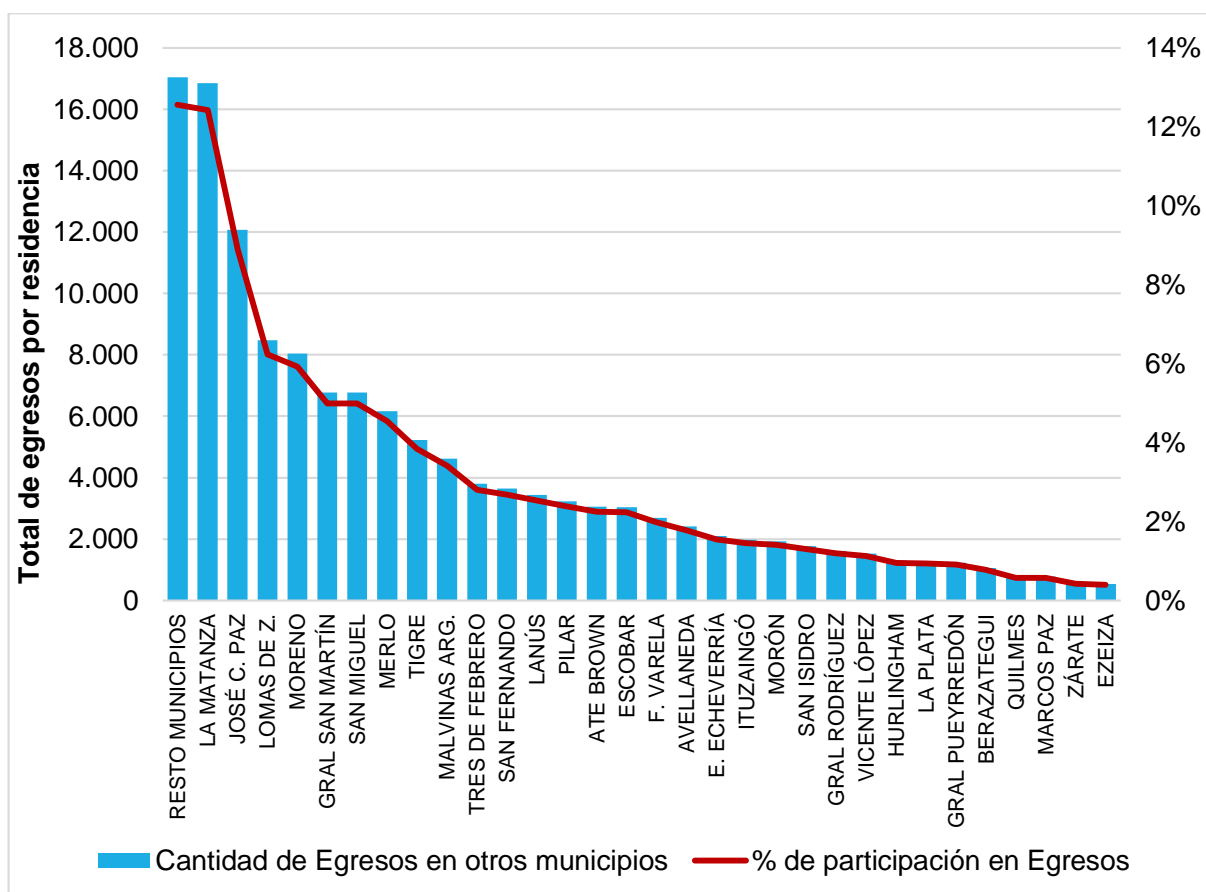
Si se observan los movimientos de aquellos pacientes que se atienden en un municipio diferente a su residencia, podemos ver que la mayor movilidad se identifica en Moreno, San Fernando, San Miguel, José C. Paz y Marcos Paz donde más del 60% de los egresos de sus habitantes ocurren fuera del municipio. En el otro extremo, los municipios con menor movilidad de habitantes son los de Luján, Adolfo Alsina, Carlos Tejedor y Zárate, donde menos del 8% de la población se traslada para recibir atención.

Gráfico 17: Porcentaje de egresos que se realizan fuera del propio municipio sobre cantidad total de egresos de sus residentes. Año 2017



Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Hacienda de la Nación, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos y Secretaría de Salud del Gobierno de la CABA.

Gráfico 18: Egresos de residentes de los municipios que ocurren fuera de su territorio y participación % sobre el total de egresos que ocurren fuera del municipio de residencia.



Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Hacienda de la Nación, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos y Secretaría de Salud del Gobierno de la CABA.

En los Gráfico 17 y 18, se presenta adicionalmente la distribución de los egresos de los habitantes fuera de su territorio de residencia. Se incluyen sólo aquellos municipios en los que los movimientos resultan significativos.

La interpretación es la siguiente, por ejemplo, en el gráfico 18 se observa que 16.859 personas residentes en el municipio de La Matanza, fueron internados en efectores localizados fuera de su territorio, eso representa del 42,6% del total de egresos de los residentes en La Matanza (ver gráfico 17) y este número representa un 12,4% del total de egresos que ocurren en un municipio diferente al de residencia habitual para toda la provincia.

Si se analiza el gasto público en salud consolidado por grupo de municipios y su financiamiento, se observa que la coparticipación por salud cubre en promedio el 30%, del mismo. Pero vemos que dentro de cada grupo esto difiere en gran medida, ya que el grupo que menos cubre sus gastos es el grupo de grandes conglomerados urbanos con solo 9% mientras que el grupo 4 (municipios rurales) cubre el 63% del GPSCO con la coparticipación.

Cuadro 21. Gasto Público Consolidado en Salud y coparticipación régimen salud por grupo de municipios. En \$ corrientes por habitante. Año 2017

Grupo	Gasto Consolidado en Salud por Ocurrencia (1)	Gasto Consolidado en Salud por Residencia (2)	Coparticipación régimen salud (3)	(3)/(1) En %	(3)/(2) En %
G1	3.478	4.167	633	18%	15%
G2	5.819	5.183	512	9%	10%
G3	5.255	5.268	1.619	31%	31%
G4	6.232	6.732	3.959	63%	59%

Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Hacienda de la Nación, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos y Secretaría de Salud del Gobierno de la CABA.

Sin embargo, cuando se analiza la situación particular de cada municipio relacionando solo el gasto público municipal en salud con los recursos transferidos por coparticipación régimen salud se observa que:

- 20 municipios reciben más por coparticipación régimen salud de lo que efectivamente destinan a salud pública municipal.
- 34 municipios cubren más del 70% de su gasto municipal en salud
- 81 municipios restantes alcanzan a financiar menos del 70% del gasto en salud municipal. La información detallada a nivel de municipios se presenta en los anexos.

De esta manera, existen incentivos a sobredimensionar la oferta municipal, con el único objetivo de incrementar el volumen de recursos a recibir por el régimen salud de la coparticipación. Lo mismo sucede con la ausencia de condicionalidad en el uso de los fondos recibidos. Como menciona Sotelo (2009), parecen existir entonces por lo menos dos problemas en el componente salud: 1) un municipio tiene incentivos a incrementar innecesariamente cierto tipo de gasto en salud (el relacionado con los indicadores utilizados en la coparticipación) para provocar un aumento de los recursos recibidos y 2) el incremento de este gasto en salud le permite financiar cualquier otra finalidad.

9. FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS EN EL TRÁNSITO HACIA UNA REFORMA DEL RÉGIMEN DE COPARTICIPACIÓN MUNICIPAL

La adopción de cualquier esquema alternativo de transferencias intergubernamentales genera consecuencias que deben ser evaluadas a la hora de determinar la factibilidad de su implementación.

En el caso de la provincia de Buenos Aires la situación es aún más desafiante considerando que la misma es la jurisdicción provincial más importante en todo respecto: actividad económica, transferencias de recursos fiscales federales, recaudación impositiva provincial, etc. A ello se suma la complejidad derivada de la conformación política, con actores, intereses y necesidades muy disímiles entre sí.

En definitiva, un análisis de cualquier modificación al régimen de transferencias de recursos entre distintos niveles de gobierno dentro de cualquier jurisdicción resultará incompleto si no considera las naturales pujas distributivas -y sus impactos políticos- que ocurren al momento de establecer un cambio en el *status quo* institucional. En tal sentido, pueden identificarse factores internos (fortalezas y debilidades) y externos (oportunidades y amenazas) que podrían condicionar el éxito de cualquier proceso de reforma tales como los sugeridos en el presente trabajo y que pueden resumirse como sigue:

9.1 Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas)

Fortalezas: atributos o capacidades especiales con que cuenta el gobierno a los fines de encarar una reforma del Régimen de Coparticipación Municipal

Alternativas superadoras: Todas las iniciativas propuestas en el presente trabajo, sean propias como las analizadas con anterioridad, en tanto desarrolladas para sortear los obstáculos del régimen actual, se presentan como alternativas superadoras tanto en términos de eficiencia como de equidad.

Consenso: Existe consenso académico en que el actual régimen, especialmente el régimen de salud, tiene serias deficiencias, tal como se desarrolla a lo largo del presente trabajo.

Necesidad de reforma: Sucesivas administraciones provinciales han manifestado la necesidad de avanzar en el rediseño del actual esquema de distribución, de forma tal que pueda captar las verdaderas necesidades de bienes y servicios, así como las diferencias socioeconómicas de la población de cada municipio.

Debilidades: factores que provocan una posición desfavorable de la propia administración de gobierno.

Visibilidad del problema: Lo anterior se refuerza por el hecho que existe escasa o nula visibilidad de la problemática en el marco de la agenda política en particular y en la ciudadanía en general, lo cual requiere de actores políticos que tomen el tema como

bandera y lo defiendan en la arena mediática. En cualquier proceso electoral esto es complicado de lograr, en un contexto como el que atraviesa la actual administración las dificultades se multiplican.

Transferencias por fuera de la coparticipación: La existencia de una cantidad de “fondos extra-coparticipación”, aun cuando no han logrado revertir las asimetrías existentes en la distribución de los recursos entre los municipios, han operado como parches parciales de las debilidades del actual esquema, lo cual le resta impacto a cualquier cambio en el sistema de transferencias automáticas.

Oportunidades: factores que resultan positivos o explotables en el entorno de la administración a los fines de propiciar un cambio del actual esquema distributivo.

Grados de libertad en la instrumentación: Dado que la coparticipación municipal se encuentra fuertemente condicionada a lo que recibe la provincia en concepto de coparticipación federal, tal limitación “impone” que la solución a los actuales problemas se canalice a través de instrumentos independientes del gobierno nacional.

Necesidad de una reforma: Hay coincidencia en la literatura que se ha dedicado al tema, en que resulta necesario modificar el actual esquema de distribución de recursos, en tanto conduce a un resultado ineficiente e inequitativo.

Amenazas: Situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar contra la idea de modificar el actual estado de situación.

Situaciones coyunturales: El contexto político en general, genera incertidumbre tanto en los actores políticos como económicos y “sesga” la agenda mediática hacia temas relacionados con las preocupaciones más inmediatas de la sociedad, lo cual no sólo hace difícil instalar una discusión política, y más aún, mediática, respecto a una reforma como la que se sugiere, sino que además podría producir una reacción contraria a la deseada fundada en torno a conveniencias coyunturales de actores relevantes, más que en argumentos basados en hechos concretos.

Actores relevantes influyentes: Dado que la conformación institucional de la provincia refleja la sobre representación política en la Legislatura Provincial de un grupo de municipios por sobre otro grupo y en función que algunas de las alternativas propuestas benefician al grupo menos representado en desmedro del otro, el proyecto de reforma podría verse amenazado por los cuestionamientos de estos últimos y esos cuestionamientos reflejarse en las votaciones que tengan lugar.

Eventualmente, los municipios que resulten “perdedores” podrían iniciar acciones legales argumentando que la nueva regulación no garantiza la autonomía municipal, generando un conflicto de poderes.

10. REVISIÓN DE PROPUESTAS ALTERNATIVAS PARA LA COPARTICIPACIÓN MUNICIPAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

10.1 Cuestiones generales

Esta sección presenta una revisión de propuestas alternativas a la distribución de la coparticipación municipal. Algunas han sido identificadas a partir del relevamiento bibliográfico y otras han sido desarrolladas en el marco de este estudio. Se identificaron propuestas de diferente magnitud y que operan sobre diferentes dimensiones:

- a) Reformas del régimen general de coparticipación a municipios incluido salud
- b) Reforma del régimen salud, incluyendo o reemplazando variables
- c) Reforma de coeficientes de la fórmula actual

a) Reformas del régimen general incluido salud

Dentro de las propuestas de reforma al régimen general encontramos variantes. Por un lado, Sarghini (2002) propone una reforma general al sistema de atención de la salud. A partir de tres etapas diferenciadas y progresivas argumentando que no resultaría viable una reforma de “shock”, atendiendo a las complejidades propias del sector salud (dadas por aspectos sindicales, tecnológicos, etc.) y que afectarían directamente la prestación de servicios sanitarios en el nivel local, perjudicando a la población usuaria del sistema público, que en general es la que presenta mayores necesidades sanitarias.

Propone una reorganización sectorial del sistema público, asignando responsabilidades, a las diversas instancias jurisdiccionales y atribuyéndoles facultades para la decisión en materia de gasto en salud, de la siguiente manera:

- a los municipios les correspondería la organización y provisión del primer nivel de atención,
- a las regiones sanitarias el segundo nivel y
- a la provincia las prestaciones asociadas a la alta complejidad.

El financiamiento del sistema sanitario se generaría a partir de la conformación de un fondo integrado con recursos provinciales y municipales, eliminando el componente salud de la coparticipación. Para la distribución de los recursos de ese fondo, se propone un mecanismo de transferencias prospectivas a municipios, a través de cápitas ajustadas por riesgo sanitario (mortalidad infantil) y/o socioeconómico (NBI, u otras) y con ajuste retroactivo (ex post), por la atención de pacientes que se movilizan (derivaciones) desde y hacia otros municipios (los fondos seguirían al paciente en ese caso).

Por su parte, en la etapa final se propone que los hospitales reciban financiamiento en función de la atención (producción) dejando de lado progresivamente el modelo de financiamiento presupuestario (este es quizás un punto que merecería un mayor desarrollo dados los efectos que pudieran derivarse de su implementación). Los fondos además se completarían con lo percibido por el mecanismo de cobro de prestaciones a

pacientes con obra social u otras entidades aseguradoras de salud (en la actualidad denominado SAMO).

Dentro de las propuestas analizadas, la de Sarghini (2002) es la que mayor desarrollo teórico desde el punto de vista sanitario presenta, y por lo tanto, mayores dificultades técnicas para su implementación. Debe alinearse con una fuerte rectoría sanitaria de la provincia y equipos técnicos altamente especializados capaces de conducir la reforma, monitorear las acciones, identificar desvíos y proponer correcciones. Adicionalmente por haberse publicado en 2002, requeriría ajustes en función de los cambios epidemiológicos, sanitarios, tecnológicos y las nuevas modalidades de atención que se presentan en la actualidad. Implicaría también una reformulación legislativa, lo que implicaría un consenso sobre el nuevo sistema de salud de la provincia.

Entre las principales fortalezas encontramos un diagnóstico de situación claro y una propuesta técnica de reforma ampliamente desarrollada.

Por su parte López Accotto, Martínez, & Grinberg (2011), analizan el régimen general de coparticipación en salud proponiendo modificaciones, y al “componente salud” reemplazarlo por nuevas variables. En su diagnóstico especifican que *“el sistema actualmente vigente presenta grandes sesgos y asimetrías en relación a los efectos redistributivos, favoreciendo a un grupo de municipios del interior de la provincia, cuya población es escasa y su actividad principalmente rural, y perjudicando a los municipios del conurbano, en los cuales se concentra más de la mitad de la población bonaerense y en donde se produce más de la mitad de la riqueza provincial”*.

Los autores proponen:

- Abandonar el componente de salud en el esquema de reparto, ya que genera sesgos distributivos y no resulta eficiente para financiar el sistema de salud.
- Considerar la distribución de recursos para gastos sectoriales (salud), a partir de una estrategia global de provisión de bienes y servicios públicos de tales sectores (aunque en el documento no está establecida la propuesta de referencia).
- Redefinir el mecanismo para financiar el sistema de salud provincial mediante variables y ponderadores eficientes.

En sintonía con el diagnóstico, los indicadores propuestos que reemplazarían a los actualmente vigentes (incluidos los de salud), son de carácter distributivo y toman en cuenta dos indicadores vinculados a salud: Población sin cobertura y defunciones neonatales: la distribución queda definida de la siguiente manera.

- 35% por población
- 10% por población sin cobertura
- 15% por Necesidades Básicas Insatisfechas
- 10% por Defunciones Neonatales
- 30% por Inversa del Producto Bruto Geográfico

Sostienen que al anular al interior del componente salud, los incentivos a la oferta de servicios, que pueden estar incluso desvinculados de su demanda, se evita estimular situaciones de sobreoferta por parte de algunos distritos, que pueden convivir con una relativa carencia de servicios sanitarios en otras comunas.

La principal limitación de la propuesta es que no considera la inversión sanitaria actual de la provincia para la distribución de los recursos, ya que el objetivo es igualar las capacidades de gasto de los municipios. Este es un punto clave y que aparece en otras propuestas, y que se contrapone con la idea original de la Ley que era compensar en parte el gasto de los municipios en los cuales la oferta provincial es relativamente escasa o nula, o había sido transferida por la provincia sin su contraparte financiera.

En el caso de salud se reduce casi en un 50% la participación de los coeficientes que distribuyen según esta realidad sectorial (que pasan de poco más del 37% al 20%) por entender que pueden generar incentivos que potencien, en algún grado, la ineficiencia global en la asignación de recursos.

Finalmente, la propuesta desarrollada por Del Prete & Álvaro (2012)²⁷ se organiza a partir de la creación de un Fondo Único conformado por recursos provinciales más los fondos que se distribuyen actualmente por coparticipación (régimen salud). La idea es que se distribuyan para atención primaria y hospitalaria, eliminando el componente de salud a todos los municipios en función de una cápita ajustada por riesgo.

Para el primer nivel de atención la cápita para toda la población, se calcula tomando como referencia un equipo básico de salud (siendo casi exclusivamente el gasto en Recursos Humanos) tomando como referencia para las tasas de uso, los valores estimados para el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio empleado por los agentes del Seguro de Salud y definido por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud).

Menciona además que de los Recursos destinados a APS, deberían aplicarse el 80% a los equipos de salud y el 20% a promoción y prevención.

Propone la creación de una cuenta especial de asignación específica a salud en cada municipio y que los fondos estén condicionados al cumplimiento de resultados.

Para alcanzar este fin se requeriría una ley de salud donde se identifiquen responsabilidades para los municipios y los recursos se establezcan a esos fines. De igual forma a la propuesta por López Accotto, Martínez, & Grinberg (2011).

²⁷ La propuesta fue extraída de la presentación realizada por los autores en el 5to Congreso Provincial de Atención Primaria de la Salud, en el año 2012.

b) Reforma del régimen salud, incluyendo o reemplazando variables

Entre las reformas que proponen cambios en el componente salud, pero que presentan variación sobre el régimen general encontramos las desarrolladas por Costa, Montalvo, Alvaro, & San Martín, (2013), donde se evalúan alternativas de fácil implementación técnica que modifican sustancialmente el mecanismo de distribución como la redistribución en función de la población (con y sin cobertura de salud) de cada municipio. En línea con esta idea, en este estudio se han analizado los resultados a partir de la distribución por población, y por población ajustada por riesgo sanitario (criterios de necesidad).

Más allá de la sencillez del cálculo, las fórmulas tienen como limitación que no considera la distribución actual de la oferta provincial, y como se ha dicho, precisamente la fórmula actual intentaba compensar el gasto en aquellas regiones donde no hay oferta pública provincial de segundo nivel y financiar por otra parte el primer nivel de atención. Adicionalmente al utilizar la población sin cobertura, sólo puede actualizarse cada 10 años, cuando ocurren los Censos de Población y Vivienda. La distribución ajustada por riesgo es una variante algo más sofisticada, pero es importante mencionar que los ponderadores utilizados para calcular el riesgo son tomados de los que utiliza la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) para redistribuir entre Obras Sociales Nacionales y se calculan a partir de grandes grupos etarios tal como se muestra a continuación.

Cuadro 22. Matriz de ajuste por riesgo

Edad	Sexo	
	Masculino	Femenino
0-14	369,64	369,84
15-49	581,19	683,48
50-64	683,48	683,48
65 o más	1511,1	1511,1

Fuente Superintendencia de Servicios de Salud. 2017

Por su parte Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012) en una de sus alternativas (A1), evalúan la inclusión de nuevos indicadores, y para establecer su peso relativo realiza un cálculo matemático de “programación no lineal”, y los indicadores que proponen son:

- 33,4% desocupación
- 29,3% analfabetismo
- 15,3% necesidades básicas insatisfechas,
- 8,6% muy bajo peso al nacer
- 7,3% mortalidad menores de 5 años,
- 1,8% mortalidad neonatal por causas reducibles.
- 1,2% altas,

- 0,9% pacientes día,
- 0,9% consultas
- 0,9% madres adolescentes,
- 0,4% mortalidad materna.

De esta manera intentan aproximarse a una mejor detección de población en situación de riesgo y mayores necesidades de atención de la salud. Luego a partir de un modelo matemático realizan una simulación que logre minimizar el coeficiente de Gini²⁸ y la diferencia entre el municipio que más fondos recibe por habitante y el que menos. Así mismo, menciona que el modelo matemático mejora cuando se consideran más de 10 variables para distribuir los fondos. Vale aclarar que en este caso tampoco se toma en cuenta la inversión sanitaria actual de la provincia ni de la nación (aunque en el documento lo aclaran y sugieren alternativas para avanzar secuencialmente).

En esta misma línea Sotelo (2009), evalúa el régimen general y el de salud, elaborando una propuesta que incluye nuevos indicadores para el régimen de salud. Por un lado, limita el carácter devolutivo del gasto y el financiamiento al nivel municipal poniendo como tope el 70% del Gasto Público Finalidad Salud Municipal (GPSM) del año anterior. Aduce que cuando fue sancionada la Ley se explicitó que el régimen de salud cubría aproximadamente ese porcentaje. Por otro lado, como hemos visto anteriormente, existen municipios que reciben por coparticipación más recursos de lo que gastan como finalidad salud y otros que no alcanzan a cubrirlos. Por ello, incluye nuevos indicadores de demanda potencial para el caso de los municipios que no lo alcancen, la distribución queda establecida de la siguiente manera:

- El 50% se distribuye por indicadores de oferta (actual)
- El 25% se distribuye de acuerdo a la demanda potencial medida a través de la población sin cobertura de seguro de salud.
- El 25% por riesgo sanitario medido por la tasa de mortalidad infantil
- Los recursos distribuidos por estos indicadores no pueden exceder el 70% del gasto en esa finalidad del año anterior en cada partido.
- El excedente se distribuye entre los municipios según el coeficiente del régimen general

En este caso tampoco se ha tomado en cuenta la inversión de la provincia ni la nacional.

Marotz (2005), también propone una distribución orientada a financiar hasta el 70% del GPMS. Esta propuesta requeriría recursos adicionales ya que en la actualidad la coparticipación régimen salud cubre el 60% Gasto Público Municipal en Salud. Por otra

²⁸ Vale aclarar que de buscar particularmente mejorar el coeficiente de Gini podríamos lograrlo simplemente distribuyendo los recursos por habitante, y esto no garantizaría de suyo una eficiente distribución de los servicios sanitarios.

parte, no toma en cuenta la inversión actual de Provincia y Nación. Entre las ventajas encontramos la simplicidad del cálculo. Se entiende que el crecimiento de la oferta sanitaria, tanto provincial como municipal debiera ser consensuada, ya que ambos niveles financiarían a cada efector. Se explora adicionalmente una segunda alternativa, que propone otorgar más recursos a los municipios de mayor riesgo sanitario y modificar parcialmente el componente de complejidad.

- 70% en función a los indicadores actuales, modificando el perfil de complejidad por establecimiento y no por el máximo del municipio.
- 30% en función del riesgo sanitario (defunciones neonatales y adultos mayores)

c) **Reforma de los coeficientes del régimen actual**

En el marco de las reformas que no modifican los indicadores actuales, pero si sus porcentajes o establecen modificaciones en su definición se analizan otras variantes propuestas por Costa, Montalvo, Alvaro, & San Martín (2013), que procuran modificar las categorizaciones de los efectores y los pacientes, en virtud de su infraestructura y complejidad de atención. Además, limitan el número de consultas al tamaño del municipio, permitiendo un mayor número a los más pequeños ya que en muchos casos no cuentan con otra oferta más que la del sector público. En el primer caso los indicadores que se modifican son los siguientes

- Nueva escala de Complejidad por cada establecimiento
- Ponderación de consultas con el 1,5 para las del primer nivel
- Tope de 5 consultas por habitantes por año para Municipios con más de 70.000 habitantes
- Tope de 10 consultas por habitante por año para Municipios con menos de 70.000 habitantes

La segunda propuesta de modificación de la fórmula se realiza aplicando una nueva clasificación de los efectores, tipos de cama, de pacientes y cuidados, valorándolos por su nivel de complejidad. También distingue entre topes a consultas según tamaño de la población. Entre las dificultades de esta propuesta encontramos que requiere conocer el tipo de egreso y asignarle a cada uno un peso relativo diferente por tipo de cuidado, información que no siempre se encuentra disponible. Intenta acercarse a la idea de Grupo Relacionado por el Diagnostico, que es un modelo de pago a efectores de salud utilizado en algunos países europeos y latinoamericanos. Los indicadores y ponderadores propuestos se definen de la siguiente manera:

Cuadro 23. Nueva Escala de Complejidad para cada establecimiento

Nivel de Complejidad de los Establecimientos	Ponderadores
1	0,0
2	0,0
3	1,0

4	1,2
5	1,0
6	1,7
8	2,2

Fuente: Elaborado en base a propuesta de Costa, Montalvo, Alvaro, & San Martin, (2013)

Cuadro 24. Nueva escala para la ponderación de egresos hospitalarios

Egresos por tipo de Cuidado	Ponderadores
Clínico	1,0
Quirúrgico	1,6
Parto	0,8
Guardia	0,5
Crónicos	0,0

Fuente: Elaborado en base a propuesta de Costa, Montalvo, Alvaro, & San Martin, (2013)

Cuadro 25. Nueva escala para la ponderación de paciente día por tipo de cuidado

Pacientes días por tipo de Cuidado	Ponderadores
Clínico	1,0
Quirúrgico	1,6
Parto	1,2
Guardia	0,5
Crónicos	0,3
Críticos	2,0

Fuente: Elaborado en base a propuesta de Costa, Montalvo, Alvaro, & San Martin, (2013)

Cuadro 26. Nueva escala para la ponderación de camas ocupadas por tipo de cuidado

Camas por tipo de Cuidado	Ponderadores
Clínico	1,0
Quirúrgico	1,6
Parto	1,2
Guardia	0,5
Crónicos	0,3
Críticos	2,0

Fuente: Elaborado en base a propuesta de Costa, Montalvo, Alvaro, & San Martin, (2013)

Por su parte Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012), a partir de la programación matemática simulan dos modelos de minimización del coeficiente de GINI y el cociente entre la máxima y la mínima asignación de fondos de coparticipación per cápita.

Un primer modelo (A2), que propone minimizar el cociente entre la máxima y mínima asignación de fondos de coparticipación per cápita a los municipios. La resultante de la fórmula quedaría de la de la siguiente manera:

- 13,5% egresos
- 86,5% establecimientos sin internación
- 0% pacientes día
- 0% cama disponible x cama ocupada/cama disponible por perfil de complejidad
- 0% consultas

Un segundo modelo (A3), ordena a los municipios en quintiles de acuerdo al monto de coparticipación per cápita de cada uno, y busca maximizar el número de habitantes que caen dentro de los tres quintiles intermedios (2, 3 y 4). El modelo es uno del tipo Mixto Entero Lineal de gran tamaño cuya solución óptima ubica al 61,3% de la población en los tres quintiles intermedios de municipios ordenados según su coparticipación per cápita (en relación al 51,5% con la fórmula original). En este caso el valor de los ponderadores da como resultado:

- 100% para egresos
- 0% para todos los demás

El Cuadro 27 resume las propuestas analizadas e incorpora comentarios, ventajas y desventajas de cada una de ellas en el siguiente orden.

1. Sarghini (2002)
2. López Acotto, Martínez y Grinberg (2011)
3. Del Prete & Álvaro (2012)
4. Costa, Montalvo, San Martín, Álvaro (2013). A1
5. Costa, Montalvo, San Martín, Álvaro (2013). A2
6. Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012) A1
7. Sotelo, Rodrigo (2009)
8. Marotz (2005), A1
9. Marotz (2005), A2
10. Costa, Montalvo, San Martín, Álvaro (2013). A3
11. Costa, Montalvo, San Martín, Álvaro (2013). A4
12. Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012) A2

13. Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012) A3

Cuadro 27. Comparación de propuestas alternativas a la coparticipación municipal. Provincia de Buenos Aires

Fuente u origen	Criterio y objetivo	Fórmula: Indicadores	Ventajas y oportunidades	Desventajas y debilidades	Fuente y frecuencia de los Indicadores
1. Sarghini (2002)	Reformar el sistema en 3 etapas. Municipalización definitiva de la baja complejidad, hospitales regionales para el segundo nivel y alta complejidad nivel provincial.	Población sin cobertura (ajustada por edad y condición socioeconómica) para el primer nivel y segundo por cápitas (con clearing por origen de los pacientes). Con tendencia al modelo de autogestión hospitalaria	Propone un nuevo modelo de atención y organización del sistema poniendo de relevancia la necesidad de nuevas regulaciones. Propone una mirada más amplia a la estrictamente financiera	Son las derivadas de una reforma de esta magnitud. Las considera ya que la propuesta es avanzar en pasos, pero no queda del todo claro cómo será la financiación y los efectos de la autogestión No menciona como realizar el cálculo de las capitas.	INDEC-DPE DIS
2. López Acotto, Martínez y Grinberg (2011)	Nueva distribución del régimen general (además de salud	35% Población 15% NBI 10% PSC 10% DefNN 30% INVERSA PBG	Simplicidad del cálculo. Rediscute el régimen general, aunque excede los objetivos de este documento.	Requiere la sanción de una nueva ley. No toma en cuenta la inversión actual en salud de la provincia. PBG es estimado cada un número determinado de años NBI (CENSOS) cada 10 años.	DNN (DIS) Población (DPE). Inversa PBG (DPE)
3. Del Prete & Montalvo (2012)	Criterio: Distributivo	Índice de Riesgo Sanitario: NBI, PSC, TMI y AVPP	Intenta fortalecer la APS. Aporta una mirada sanitaria más amplia, no solo enfocada en el financiamiento	Requiere la sanción de una nueva ley No menciona como actualizar los costos de APS para el cálculo de la cápita ajustada por riesgo	NBI (INDEC), PSC (censo), TMI y AVPP (DIS - Mrio de Salud). Costos del PMO (estimaciones no oficiales)

Fuente u origen	Criterio y objetivo	Fórmula: Indicadores	Ventajas y oportunidades	Desventajas y debilidades	Fuente y frecuencia de los Indicadores
4. Costa, Montalvo, San Martín, Alvaro (2013). A1	Criterio. Redistributivo, La población total es una proxy de demanda potencial	población total por municipio	Facilidad en el cálculo, monitoreo y control. Escasa capacidad de manipulación de la fórmula	No toma en cuenta la inversión actual de la provincia (aunque menciona que habría que considerarla), no contempla las diferencias entre municipios (socioeconómicas y epidemiológicas), dificultad para actualizar la población (migraciones)	CENSO y Proyecciones (INDEC - DPE)
5. Costa, Montalvo, San Martín, Alvaro	Criterio. Redistributivo, Es una proxy de la demanda potencial.	población sin cobertura por municipio	Facilidad del cálculo y monitoreo y control. escasa capacidad de manipulación de la fórmula	Idem anterior, más la estimación de cobertura de salud por municipio	CENSO y Proyecciones (INDEC - DPE) Estimaciones para cobertura de salud
6. Lago, Moscoso y Elorza (2012)	Criterio: Igualdad. Minimiza el coeficiente de Gini de la población de la provincia ordenados según los fondos de coparticipación per cápita que reciben.	Caso de Programación Lineal (LP): Consultas, 0.9%; altas, 1.2%; pacientes-día, 0.9%; NBI, 15.3%; muy bajo peso al nacer, 8.6%; mortalidad neonatal por causas reducibles, 1.8%; mortalidad menores de 5 años, 7.3%; madres adolescentes, 0.9%; mortalidad materna, 0.4%; analfabetismo, 29.3% y desocupación, 33.4%.	Simplicidad para el cálculo. Incluye variables de demanda potencial y riesgo sanitario	No considera el gasto provincial actual (aunque menciona que debería considerarse al momento de implementar una reforma).	MBPN, DNNR, MM5, Madres Adolescentes, MM (DIS-Mrío de Salud). NBI (Censo cada 10 años)

Fuente u origen	Criterio y objetivo	Fórmula: Indicadores	Ventajas y oportunidades	Desventajas y debilidades	Fuente y frecuencia de los Indicadores
7. Sotelo, Rodrigo (2009)	Criterio. Mix. devolutivo y redistributivo (demanda potencial). Con tope de 70% de GFSM _{t-1} .	<ol style="list-style-type: none"> 1. El 50% se distribuye por los indicadores actuales. 2. El 25% se distribuye de acuerdo a la demanda potencial medida a través de la población sin cobertura. 3. El 25% por riesgo sanitario medido por la tasa de mortalidad infantil 4. Tope del 70% del gasto en esa finalidad del año anterior en cada partido. 5. El excedente se distribuye según el coeficiente del régimen general 	Incluye indicadores de demanda y de riesgo epidemiológico. Recupera la idea original de la Ley de financiar el 70% del gasto municipal.	<p>Asume que todos los municipios son capaces de aportar el 30% del financiamiento.</p> <p>La redistribución de recursos "excedentes" por régimen general puede cambiar los incentivos a financiar servicios.</p> <p>No tiene en cuenta la inversión provincial ni nacional.</p> <p>La tasa de mortalidad infantil es un indicador muy sensible en los municipios con pocos habitantes.</p>	<p>DIS. Ministerio de Salud. Ministerio de Economía (GFSM). PSC (estimaciones)</p>
8. Marotz (2005), A1	Costo compartido de la prestación del servicio. Porcentaje del gasto en salud de cada municipio	70% del gasto de cada localidad	Recupera la idea original de la ley de financiar el 70% del gasto municipal.	<p>Asume que todos los municipios son igualmente capaces de aportar el 30% restante del financiamiento.</p> <p>No tiene en cuenta la inversión provincial ni nacional.</p> <p>La coparticipación actual no alcanza a cubrir el 70%</p> <p>No menciona como se ajustaría por inflación.</p>	Gasto Finalidad Salud Municipal. Ministerio de Economía

Fuente u origen	Criterio y objetivo	Fórmula: Indicadores	Ventajas y oportunidades	Desventajas y debilidades	Fuente y frecuencia de los Indicadores
9. Marotz (2005), A2	Mix. Devolutivo y redistributivo:	70% en función a los indicadores actuales, modificando el perfil de complejidad por Establecimiento y no por el máximo del Municipio. 20% mayores de 65 años 10% defunciones neonatales	Incorpora nuevos indicadores de riesgo sanitario o demanda potencial	Las defunciones neonatales tiene mucha variabilidad en municipios de menor tamaño	CENSO y proyecciones DNN Dirección de Información Sistematizada (Ministerio de Salud) Gasto Finalidad Salud Municipal. Ministerio de Economía
10. Costa, Montalvo, San Martín, Alvaro (2013). A3	Criterio: Devolutivo. Nueva Escala de Complejidad por cada establecimiento y consultas según nivel de atención y población.	Complejidad utiliza la correspondiente al efector (II a VIII) Ponderación de consultas: 1,5 para las del primer nivel Tope de 5 consultas por hab. por año para Municipios con más de 70.000 hab. Tope de 10 consultas por hab. por año para Municipios con menos de 70.000 hab.	Da una señal en dirección a un reclamo histórico Simplicidad del calculo	Los ponderadores de complejidad no se adecuan a los costos. No resuelve la mayoría de las dificultades actuales	Ídem actual. DIS Ministerio de Salud
11. Costa, Montalvo, San Martín, Alvaro	Criterio: Devolutiva. Mejoraría la eficiencia asignativa en función de una mejor identificación de la producción	Ver en texto tablas de referencia	Mejora la actual formula en una mejor clasificación de los indicadores de oferta según tipo de cuidado.	Los ponderadores son discrecionales, no responden a costos. Puede ser complejo el monitoreo y control	DIS. Ministerio de Salud.

Fuente u origen	Criterio y objetivo	Fórmula: Indicadores	Ventajas y oportunidades	Desventajas y debilidades	Fuente y frecuencia de los Indicadores
12. Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012) A1	Criterio: Igualdad El modelo se propone minimizar el cociente entre la máxima y mínima asignación de fondos de coparticipación per cápita a los municipios	Modelo de tipo Programación No Lineal (NLP) que plantea la fórmula: 13,5% para egresos, 86;5% para unidades de cuidado primario y 0% para los demás	Simplicidad para el cálculo. Orientado exclusivamente a reducir la desigualdad. Casi no distribuye recursos en función de internación, lo que desfinanciaría municipios donde la oferta provincia es escasa o nula	Los actuales de la fórmula. No toma en cuenta la inversión actual de la provincia (aunque menciona que debería hacerse en caso de plantearse una reforma). Los resultados implican que el 87% de los recursos se distribuirían en función de la capacidad instalada de CAPS	Idem actual. DIS Ministerio de Salud
13. Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012) A2	Criterio: Igualdad Ordena a los municipios en quintiles de acuerdo al monto de coparticipación per cápita de cada uno, y busca maximizar el número de habitantes que caen dentro de los tres quintiles intermedios (2, 3 y 4).	El modelo es un MILP de gran tamaño cuya solución óptima ubica al 61.3% de la población en los tres quintiles intermedios de municipios ordenados según su coparticipación per cápita (en relación al 51,5% con la fórmula original). En este caso los valores de los ponderadores del 100% egresos 0% para los demás	Simplicidad para el calculo Está orientado exclusivamente a reducir la desigualdad	Idem anterior Los resultados implican que solo deberían distribuirse en función de los egresos	Idem actual. DIS Ministerio de Salud

Fuente: Elaboración propia sobre propuestas analizadas

10.2 Resultados de las alternativas analizadas

Con el objeto de evaluar los resultados de las alternativas analizadas, se realizaron los cálculos y estimaciones de cada una para 2017.

En algunos casos, la complejidad de las estimaciones y la falta de precisión de la metodología descrita en los documentos que las presentan no han permitido el cálculo, por lo que solo han quedado planteadas.

Se presentan entonces los resultados de la aplicación de las diferentes alternativas considerando tres dimensiones, el porcentaje de masa coparticipable que se distribuye, los municipios ganadores y perdedores y la cantidad de población que vive en esos municipios, en función de conocer la cantidad de personas que se verán beneficiadas o perjudicadas con la nueva distribución.

Se puede observar que el mayor impacto se logra, como era esperable, en aquella propuesta que modifica el régimen general de coparticipación, siendo la de López Acotto (2011), la más significativa.

Es notorio que cuando la distribución se realiza por población, con y sin cobertura y ajustada por riesgo, los resultados son similares (aunque en esta última opción como se menciona en el Cuadro 27, los recursos actuales resultarían insuficientes) y generan un fuerte cambio en la redistribución de recursos, que supera al 45% en relación a la situación actual. Del mismo modo, en estas alternativas, resultan beneficiados 39 municipios donde habitan más de 12 millones de habitantes.

En orden de magnitud le sigue la propuesta 8. La alternativa 7 es similar a la 8 como hemos mencionado, aunque tiene un mayor impacto. De similar alcance es la alternativa 10, siendo la 11 la de menor impacto en términos redistributivos.

Debido a las limitaciones mencionadas, las alternativas (1, 3, 6, 12 y 13) no pudieron ser replicadas hasta el momento.

Cuadro 28. Resultados de simulación de nueva redistribución de la coparticipación general y en salud de acuerdo a las alternativas analizadas

Fuente u origen	Redistribución		Población beneficiada		Municipios beneficiados	
	total (en \$)	%	total	%	total de municipios	%
1. Sarghini (2002)	no es suficiente la información para realizar la simulación					
2. López Acotto, Martínez y Grinberg (2011)	11.518	64%	13.163.093	77%	36	27%
3. Del Prete & Alvaro (2012)	no es suficiente la información para realizar la simulación					
4. Costa, Montalvo, San Martín, Álvaro (2013). A1	8.287	46%	12.169.844	72%	39	29%
5. Costa, Montalvo, San Martín, Álvaro (2013). A2	8.736	49%	12.169.844	72%	39	29%
6. Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012)	no es suficiente la información para realizar la simulación					
7. Sotelo, Rodrigo (2009)	3.373	19%	11.709.009	69%	53	39%
8. Marotz (2005), A1	5.416	30%	3.168.591	19%	59	44%
9. Marotz (2005), A2	2.440	14%	4.861.384	29%	96	71%
10. Costa, Montalvo, San Martín, Álvaro (2013). A3	3.244	18%	7.793.626	46%	48	36%
11. Costa, Montalvo, San Martín, Álvaro (2013). A4	1.258	7%	11.433.144	67%	71	53%
12. Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012) A1	no es suficiente la información para realizar la simulación					
13. Durand, Fernando, Blanco, Moscoso, & Bandoni (2012) A2	no es suficiente la información para realizar la simulación					

Fuente: Elaboración propia sobre bibliografía de referencia.

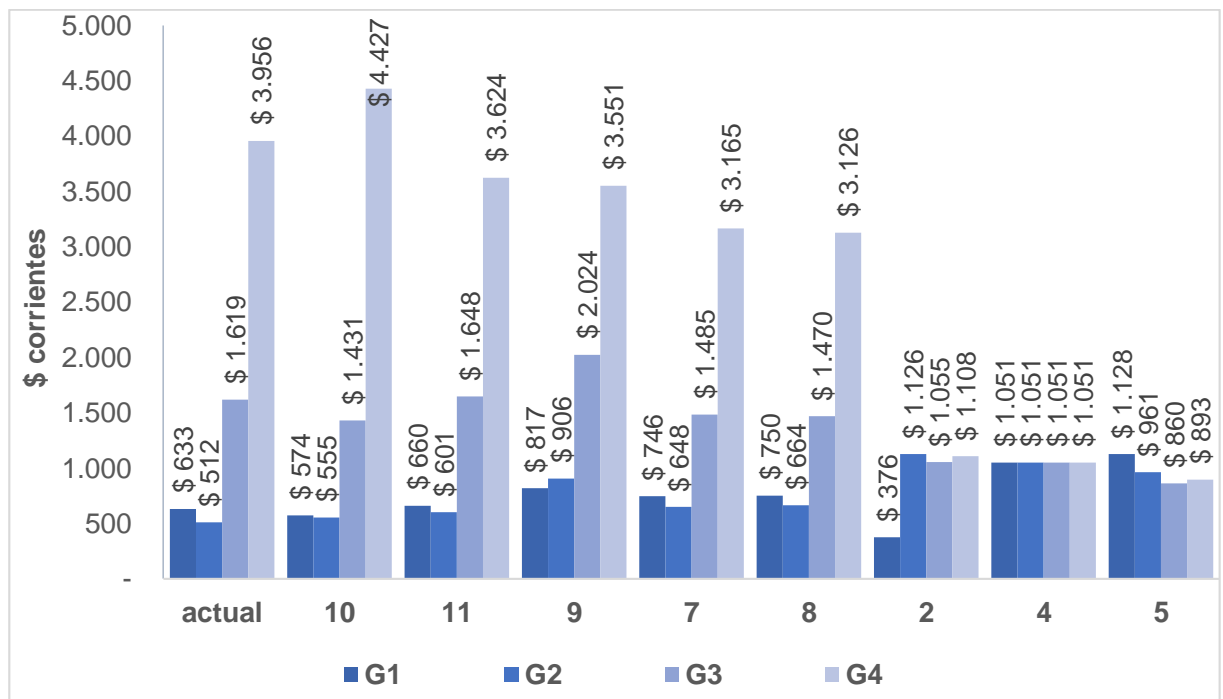
Un primer análisis de los resultados tomando como referencia los grupos de municipios definidos previamente permite visualizar que las alternativas 4 y 5 son las que generan mayor igualdad en la distribución de los recursos, por la lógica razón de utilizar a la población como indicador de referencia y en el caso de población sin cobertura (Alt. 5), es similar su composición en la mayoría de los municipios.

En el caso de la alternativa 2²⁹, es perjudicado notablemente el Grupo 2, siendo igualitaria para los otros tres grupos, las condiciones socioeconómicas son las que explican estos resultados.

Las alternativas 7, 8 y 9 que se sostienen en esquemas con algún grado de similitud, como ha sido explicado, distribuyen los recursos con una proporción similar a la actual, aunque recortan la asignación al Grupo 4 (el más beneficiado en la actualidad).

Finalmente, las alternativas 10 y 11 que no modifican los indicadores actuales salvo en la ponderación, son las que tienen un menor impacto relativo en la distribución entre grupos. Siendo similar su reparto a la composición actual.

Gráfico 19. Coparticipación total per cápita actual y según propuestas alternativas por grupos de municipios. Año 2017. En \$ corrientes.



Fuente: Elaboración propia sobre estadísticas de salud, Ministerio de Salud y gasto en salud Ministerio de Economía de la provincia de Buenos Aires.

²⁹ Para poder hacer comparable esta alternativa se utilizó como referencia el 37% y se aplicó a la coparticipación total.

11. PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN DEL ACTUAL SISTEMA DE COPARTICIPACIÓN

En esta sección del trabajo se presentan tres grupos de propuestas de modificación del actual sistema de coparticipación, sólo en lo que refiere al régimen salud (37% del total).

Se han ordenado las diferentes alternativas desde las más simples hasta la más compleja, que implica reformular todo el sistema de financiamiento de la atención pública de la salud de la provincia de Buenos Aires.

1. Modificaciones a los coeficientes de la fórmula
2. Nueva propuesta de distribución del coeficiente salud
3. Reforma al modelo de financiamiento de la atención pública en salud

La discusión acerca de la forma en que se debe modificar el sistema de coparticipación supone dos perspectivas: la sanitaria y la fiscal.

Desde la perspectiva sanitaria, se requiere un sistema que permita estructurar un modelo de atención en el que cada nivel de gobierno tenga definidas claramente sus responsabilidades. En este sentido, los municipios debieran asumir la atención primaria de la salud, la provincia la responsabilidad de proveer el segundo nivel de atención y el logro de la equidad entre municipios y la nación la responsabilidad del mayor nivel de complejidad y la equidad interprovincial.

Desde la perspectiva fiscal, la coparticipación debiera contribuir a un modo más apropiado de distribuir recursos entre municipios, que muchas veces puede o no adecuarse a las necesidades sanitarias, sin embargo, no pueden desconocerse las implicancias de una perspectiva sobre la otra.

En la construcción de las alternativas, los dos primeros grupos de propuestas se orientan a mejorar la distribución de recursos desde una perspectiva fiscal, aunque modificando los incentivos y las señales que pueden afectar la toma de decisiones en el sector salud para lograr mejores resultados.

La tercera alternativa, pone el acento en la perspectiva sanitaria y probablemente requiera un diseño fiscal que escapa a los objetivos del presente estudio, aunque se introducen algunos lineamientos.

Al momento de relevarse los antecedentes de la organización del sistema de salud en la provincia de Buenos Aires se ha observado que la “coparticipación en salud” surge como una respuesta a un sistema sanitario financiado principalmente por la provincia que, por diferentes decisiones a lo largo de la historia, había quedado establecido con un alcance geográfico limitado (muy dispar entre municipios) y con un eje preponderante en el segundo nivel de atención (hospitales). El primer nivel de atención se encontraba bajo la responsabilidad de los municipios, que a su vez desarrollaron, en algunos casos, estructuras de efectores con internación y en algunos casos especiales, además, de alto nivel de complejidad.

También se ha discutido en el desarrollo de este estudio acerca de la autonomía de los municipios para la ejecución de los recursos provenientes de la coparticipación versus la asignación específica en bienes y servicios sanitarios. Si bien no se encuentra una prohibición explícita a la implementación de asignaciones de tal naturaleza, ello no implica, en función de los recursos que podrían verse desafectados del régimen general de distribución, descartar de plano planteos de los niveles inferiores de gobierno relativos al vaciamiento de su autonomía (Art. 123 CN) o bien al incumplimiento por parte de la provincia en cuanto a su obligación referida al aseguramiento del régimen municipal (Art. 5 CN).

Adicionalmente, en los mecanismos de transferencias de recursos de otras provincias a municipios y en la experiencia internacional revisada, no se utilizan variables de oferta y producción de salud, siendo la provincia de Buenos Aires un caso único en este sentido.

Estos puntos generan cierto tipo de controversia dado que por un lado se ideó una fórmula³⁰ para transferir recursos a los sistemas de atención de la salud municipales, pero no fueron condicionados en su utilización. Esta no es una consideración neutral dado que parte del debate es hasta qué punto la fórmula debe funcionar a través de indicadores que permitan transferir recursos a municipios para compensar diferencias y hasta qué punto debe, además, enfocarse en la determinación de la eficiencia de la asignación a nivel local (gestión hospitalaria y del primer nivel). Aspecto revisado en el análisis de los antecedentes de propuestas de reforma.

Por otro lado, el capítulo correspondiente a la experiencia internacional demuestra que no existe un único modelo de financiamiento para el sector salud. Generalmente en los sistemas de servicios nacionales de salud³¹, la dimensión per cápita (más algún factor de corrección) es utilizada para la asignación de recursos para el primer nivel de atención y en algunos casos se introducen incentivos relacionados con el logro de resultados sanitarios, eficiencia en la asignación u organización del sistema, mientras que el financiamiento de los efectores con internación se realiza a través de presupuestos por programa con algún tipo de ajuste en función de la casuística y producto hospitalario (Grupos Relacionados por el Diagnóstico), resultados sanitarios o dimensiones relacionadas a la calidad de la atención.

De acuerdo a estas consideraciones, en el presente documento se presentan opciones, que podrían evaluarse además en función del impacto económico y las dificultades técnico-políticas que generan, como de corto, mediano y largo plazo.

En cada propuesta seleccionada, se han estudiado las herramientas legales necesarias para su implementación.

³⁰ Las dificultades generadas en torno a las variables incluidas en la fórmula han sido discutidas previamente.

³¹ Financiados con rentas generales y de acceso universal al estilo Beveridge.

A continuación, se presenta un detalle de las propuestas evaluadas.

Cuadro 29. Propuestas evaluadas para la modificación de la coparticipación régimen salud

PROPUESTA 1	Se ponderan las camas de cada efector por el nivel actual de complejidad (1 a 9) y se limita el número de consultas municipales a 6 por habitante por año.
PROPUESTA 2	Se ponderan las camas de cada efector por el nivel de complejidad previsto en el Decreto 3280/90 (1 a 4) y se limita el número de consultas municipales a 6 por habitante por año.
PROPUESTA 3	Se multiplican las camas por un ponderador para darle distinto peso relativo a las camas según nivel de complejidad (1 a 4) y se limita el número de consultas municipales a 6 por habitante por año, descontando las consultas en establecimientos provinciales.
PROPUESTA 4	Distribuye el 37% de la coparticipación en salud en base al Índice de Riesgo Sanitario (IRS).
PROPUESTA 5	Distribuye el 37% de la coparticipación en salud en base al Índice de Riesgo Sanitario demográfico (IRS).
PROPUESTA 6	Distribuye el 37% de la coparticipación en salud en base al componente demográfico del Índice de Riesgo Sanitario (IRS) ponderado por egresos.
PROPUESTA 7	Distribuye el 37% de la coparticipación en salud en base al Índice de Riesgo Sanitario demográfico (IRS), restando egresos
PROPUESTA 8	Distribuye el 37% de la coparticipación en salud en base al Índice de Riesgo Sanitario demográfico (IRS) ponderado por egresos per cápita.
PROPUESTA 9	Distribuye el 37% en base al IRS ponderando por la estructura relativa del gasto provincial por residencia.
PROPUESTA <u>10</u>	Esta alternativa plantea un 70% de redistribución según propuesta 1 y un 30% de acuerdo a la propuesta 7.
PROPUESTA 11	Esta alternativa plantea un 70% de redistribución según propuesta 1 y un 30% de acuerdo a la propuesta 8.
PROPUESTA 12	Esta alternativa plantea un 70% de redistribución según propuesta 3 y un 30% de acuerdo a la propuesta 7.

Luego de realizadas las estimaciones, se han seleccionado tres propuestas que resultan ser las que recogen los resultados que mejor se adecuan a los objetivos planteados por el presente estudio y son las que se profundizan en los próximos

apartados. En el Apéndice 5 se presenta el detalle de cálculo de cada una de las propuestas analizadas y en anexo estadístico los resultados obtenidos por municipios.

11.1 **Modificaciones a la fórmula actual:**

La actual fórmula de coparticipación se muestra a continuación:

$$CS_i = 0,35 \frac{PR_i}{\sum_{i=1}^n PR_i} + 0,25 \frac{C_i}{\sum_{i=1}^n C_i} + 0,1 \frac{E_i}{\sum_{i=1}^n E_i} + 0,2 \frac{PD_i}{\sum_{i=1}^n PC_i} + 0,1 \frac{ESI_i}{\sum_{i=1}^n ESI_i}$$

Siendo;

$$PR_i = \frac{Ca_i * O * NC}{100}$$

Dónde:

CS_i : Coparticipación por el componente de salud del i ésimo municipio

PR_i : Producido Resultante

C_i : Cantidad de consultas del i ésimo municipio

E_i : Egresos de hospitales municipales del i ésimo municipio

PD_i : Pacientes día en efectores municipales con internación del i ésimo municipio

ESI_i : Establecimientos sin internación municipales del i ésimo municipio

Ca_i : Camas totales del i ésimo municipio

O : Porcentaje de ocupación

NC : Nivel de complejidad más alto alcanzado en el municipio en escala del 1 al 9.

Las primeras alternativas que se plantean, no son sustancialmente diferentes en cuanto al modelo de financiamiento actual del componente salud (37% del total), ya que continúan financiando a los municipios a partir de indicadores de producción y oferta y, además, no impactan sobre el total del componente salud sino sólo respecto al 60% del mismo (35% correspondiente al parámetro “Producido Resultante” y 25% a “Consultas”), lo cual implica que actúan sobre el 22% del total de los recursos coparticipados a municipios. Por ende, las tres propuestas que se detallan en este apartado, sólo operan sobre dos de los parámetros de la fórmula, a saber:

- Consultas médicas y odontológicas
- Producido resultante

Antes de describir sus alcances y efectos, ténganse presente que la fórmula de coparticipación por salud, considera variables relacionadas con el primer nivel de atención (a través de las consultas y establecimientos sin internación), y con el segundo nivel de atención a través de variables que recogen tres dimensiones,

- egresos.

- pacientes día.
- producido resultante (camas disponibles x porcentaje ocupacional x máximo nivel de complejidad).

a) Propuesta 3 “Especificidad del nivel de complejidad y tope de cantidad de consultas”

Esta propuesta sugiere la modificación en el producido resultante tomando como referencia la complejidad del efector donde se produjo la atención para cada caso, sin posibilidad de extrapolar el factor complejidad a otros efectores, a diferencia de la práctica vigente según la cual todas las camas del municipio son ponderadas por la complejidad del efector de mayor perfil del municipio.

Lo anterior, pretende dar una clara señal en el sentido de comenzar a transitar un sendero de reformas en el cual las transferencias se apareen a los costos en los que se incurre para la prestación de los servicios.

La modificación propuesta sugiere entonces por un lado adecuar el nivel de complejidad al que le corresponde a cada efector, y propone emplear la escala de 1 a 4, tal cual lo establece el decreto N°3280/90. Esta escala tampoco responde a un criterio de costos, aunque quizás sea más razonable en virtud de que el decreto que la define es el utilizado por la provincia para la categorización de los efectores privados.

Con el objetivo de aproximar mejor los costos, se introduce una estimación del costo promedio de cada cama provincial según nivel de complejidad y se asigna una estructura relativa a cada establecimiento municipal asociado a su nivel de complejidad.

El resultado de este cálculo es el siguiente:

Cuadro 30. Costo relativo de la cama provincial según nivel de complejidad.

Nivel de complejidad	Ponderación por cama
2	1
3	1,69
4	2,03

Estos valores de ponderación establecen una relación entre el costo de una cama correspondiente al nivel 3 o 4 de complejidad con el costo de una cama del nivel 2. Así, se estima que una cama en un efector de complejidad 4 es 2,03 veces el costo de una cama en un establecimiento de nivel 2.

Adicionalmente, se limita el número total de consultas a un estándar máximo de 6 consultas por habitante por año ajustando el valor informado mediante la deducción de las consultas realizadas en efectores provinciales. La adopción de este criterio se entiende razonable y encuentra su fundamento en determinados estudios realizados por

especialistas en la materia, entre los que se destaca el de Marracino, Abadie, & Vera Figueroa (2000) donde se determinan los límites máximos y mínimos de tasas de uso para la población general.

Establecer un tope máximo de consultas permite disminuir los incentivos a la sobre declaración de este tipo de prestaciones y orientar los recursos especialmente hacia aquellos municipios donde la oferta provincial es muy reducida o inexistente. El valor seleccionado es el máximo promedio de utilización de consultas por habitante por año según la bibliografía citada.

Este límite no condiciona la prestación sanitaria de los efectores municipales, sino que se emplea al solo efecto de la distribución de recursos, e implica que se financiará hasta seis consultas por habitante por año en efectores municipales.

De esta forma se busca mejorar la equidad intermunicipal, lo cual deberá ser acompañado por la introducción de un mecanismo de registro y auditoría más eficiente de forma tal de propender a la mejora de la calidad, cobertura y oportunidad de la información, requisito indispensable para la planificación y evaluación de las políticas sanitarias de la provincia.

11.2 Propuesta 7. Distribución en base a necesidad en salud o riesgo sanitario

La segunda propuesta seleccionada se concentra en la distribución del régimen salud a partir de la introducción del concepto de riesgo sanitario.

A fin de aproximar las necesidades sanitarias en cada municipio se analiza un grupo de variables seleccionadas, para la construcción de un índice de Riesgo Sanitario. Se entiende, en línea con la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud³², que existen una serie de variables demográficas (edad y sexo), socio económicas (nivel de educación como proxy de nivel de ingresos) y estructurales (acceso a servicios básicos y material de construcción de las viviendas) que dan cuenta de las mayores necesidades de atención sanitaria.

Esta modificación implica un cambio sustancial en el concepto de transferencia realizado hasta el momento, pasando de un modelo centrado en la oferta a uno centrado en la demanda.

Para la cuantificación de la necesidad y el riesgo en salud, se emplea un Índice de Riesgo Sanitario (IRS)³³ en el que se incorporan cuatro dimensiones especialmente relevantes, a las que se denominó componentes:

³² Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. En https://www.who.int/social_determinants/es/

³³ Para un detalle pormenorizado y metodología de construcción del IRS ver los resultados del Proyecto “Eficiencia y equidad en la distribución de recursos y de gastos en los municipios de la provincia de Buenos Aires” CFI. Octubre 2019 desarrollado en simultáneo y de manera complementaria y simultánea con este proyecto.

- demográfico: incluye a la población menor de 15 años, mayores de 64 años, mujeres en edad fértil y personas con discapacidad de 15 a 64 años
- socioeconómico: identifica a la población que reside en hogares donde el jefe del hogar y/o su cónyuge tiene bajo nivel de instrucción. Se define como bajo nivel de instrucción a las personas con nivel primario completo o menos.
- precariedad de la vivienda: identifica a la población que reside en viviendas con baja calidad de materiales.
- servicios de saneamiento: incluye a la población que residen en viviendas con

El índice empleado tiene sus limitaciones, dado que no es exactamente un predictor de gasto sino una forma de aproximar la necesidad de atención sanitaria que podría potencialmente traducirse en demanda. Sin embargo, por la metodología que se emplea para su cálculo y el objetivo que persigue, resulta ser adecuado para los fines del presente trabajo. Se reconoce que es sumamente complejo estimar la necesidad de atención de salud y más aún, hacer que esas estimaciones sean operativas en términos económicos.

Por último, si bien es cierto que a nivel poblacional en algunos casos son conocidas las situaciones epidemiológicas y las principales causas de internación o consulta, esta información en general no está disponible en todos los municipios, y la calidad de la información es heterogénea entre municipios y regiones, por lo que no es posible emplearla como prorrateador. Menos aún están disponibles estudios de costos para brindar esta atención.

La propuesta entonces, utiliza por un lado el porcentaje de población con riesgo sanitario por municipios de modo de establecer la estructura relativa que permita dimensionar esa variable en la provincia. Adicionalmente, dado que la oferta municipal se complementa con la presencia de oferta provincial en cada territorio, se introduce un ajuste según la residencia de los egresos realizados en efectores provinciales, de modo de compensar a aquéllos municipios en que no existe oferta provincial y toda la demanda debe ser atendida por el nivel municipal. Así, se asume que el total de personas que requieren atención del sistema público de salud pueden recibir tal atención en los efectores municipales con internación, o en los efectores provinciales localizados en el mismo territorio. En consecuencia, los municipios en los que no existe oferta provincial de internación deberán destinar una mayor cantidad de recursos para atender a su población en riesgo y esta situación se introduce a partir de la deducción de los egresos que los habitantes de cada municipio realizan en los efectores provinciales.

11.3 Propuesta 12. Mix de propuestas

Esta alternativa propone una síntesis entre las que modifican la fórmula actual, orientadas en la oferta prestacional y desarrolladas en la propuesta 3, y las que distribuyen según el riesgo sanitario (propuesta 7).

La alternativa de síntesis propone la distribución del 70% conforme la modificación de la fórmula de distribución (propuesta 3) y 30% en base a IRS ajustado por egresos (propuesta 7).

La idea de introducir una combinación de ambas propuestas, persigue un doble objetivo: por un lado, disminuir el impacto financiero de la modificación del sistema actual que podría obstaculizar su implementación (perspectiva fiscal) y por el otro la incorporación de un criterio redistributivo que atienda las necesidades de la población (perspectiva sanitaria).

11.4 Reforma al modelo de financiamiento de la atención pública en salud

Las alternativas de modificación de fórmulas ya sean parciales o de mayor alcance solo generan impactos marginales, y la fragmentación sistémica como la falta de articulación que redundan en ineficiencias e inequidades, no son posibles de abordar por completo desde esa lógica.

Es por ello que se considera como alternativa superadora la creación de un Fondo Provincial para la Atención Pública de la Salud (FoPAPS), como una alternativa deseable. Esta es la propuesta de mayor alcance y que por sus impactos económicos e institucionales, requiere de la participación de diversas esferas y actores sociales del sector salud, y análisis políticos institucionales y técnicos-administrativos más profundos que el que se puede realizar en el marco de este informe.

Más allá de esta condición, se considera necesario a mediano – largo plazo ir hacia una reforma de tipo integral que pueda orientar el sistema hacia una organización en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), con un fuerte anclaje en el primer nivel de atención siguiendo los preceptos de la atención primaria de la salud como estrategia sanitaria.

El ordenamiento del sistema requiere replantearse la participación de otros actores clave en el financiamiento integral del sistema sanitario como la propia obra social provincial (Instituto Obra Médico Asistencial – IOMA-), el PAMI (Programa de Atención Médico Integral provisto por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y Pensionados), y el resto de las Obras Sociales, mutuales y Empresas de Medicina Prepaga.

El sistema de financiamiento podría organizarse en un fondo mancomunado tomando como referencia lo relevado en la experiencia internacional, en función de que los sistemas únicos de salud suelen tener un mejor desempeño tanto en términos de eficiencia como de equidad. La idea es que este fondo consolide los ingresos provinciales y municipales, y transfiera luego los recursos tomando como referencia los siguientes ejes:

- Primer nivel de atención
- Establecimientos con internación de mediana complejidad

- Establecimientos con internación de alta complejidad
- Programas de salud
- Administración del sistema
- Fondo de compensación de asimetrías en función de los niveles de riesgo y necesidad

Un tema de especial importancia es si los recursos a transferir se calcularán a partir de esquemas de costos totales o proporcionales y el modo en que se llevarán adelante esas estimaciones de costos dada la escasa experiencia en la materia en el sector público. Por otra parte, es necesario distinguir si los recursos serán orientados hacia los efectores o hacia los presupuestos municipales, que luego transfieren a los efectores.

La definición o no de una cartera de servicios a garantizar y las condiciones de calidad para su prestación no deben quedar excluidas del debate en el proceso de reforma. Dado que la organización federal del país con su consecuente impacto en la organización de los sistemas de salud de cada provincia, y la segmentación del sistema de seguros de salud, hacen imposible que en el corto plazo pueda establecerse una canasta universal y homogénea (aunque diferenciada por cuestiones epidemiológicas) puede convertirse en un impedimento.

La falta de determinación de prioridades sanitarias genera dificultades a la hora de organizar redes de servicios de complejidad creciente, asignar responsabilidades y contener gastos.

En el caso del primer nivel de atención las transferencias per cápita son en general el esquema más utilizado, aunque para ello es necesario contar con la nominalización de la población y la definición de un equipo de salud que pueda dar atención integral. En este caso los mecanismos de costeo son más sencillos, dado que la mayor parte de los costos corresponde a recursos humanos, y por otro lado la variabilidad en la atención (por lo tanto, en los costos) es mucho menor que en los efectores de mayor complejidad.

Para los casos de efectores con internación, la experiencia internacional indica que la transferencia en función de presupuestos globales, y sus costos medidos a partir del producto hospitalario (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) es el método más utilizado.

Una condición indispensable es pensar los mecanismos de financiamiento de atención de los pacientes que requieren internación de cuidados crónicos (psiquiatría y geriatría, por ejemplo).

Para las otras categorías Programas de Salud deberá analizarse con cuidado cada uno de ellos, especialmente teniendo en cuenta que algunos de los programas como los de lucha contra el cáncer o de medicamentos de alto costo, son de un alto nivel presupuestario.

Para los gastos de administración en general se utiliza un coeficiente fijo del presupuesto que puede variar entre el 5 y 10% del mismo.

Se cree conveniente que este fondo (FoPAPS) destine recursos a compensar las diferencias actuales especialmente en materia de efectores con internación y otras obras de infraestructura, para ello se proponen la creación de un fondo de compensación, especialmente considerando que la oferta sanitaria de establecimientos con internación se distribuye de manera desigual entre los municipios de la provincia considerando los niveles de riesgo y necesidad, cualquiera sea la forma de medirlos.

Debe considerarse especialmente la situación de los recursos humanos, categoría principal del gasto del sistema hospitalario. Las actuales legislaciones de contratación deberán adecuarse de modo tal de mejorar la productividad de los recursos, pero a la vez los incentivos deberán ser claros y potentes, con salarios acordes a los desempeños y competencias profesionales. Esta transición de un modelo de pago basado en el salario a otro que incluya incentivos no es sencilla, y la experiencia del SAMO y otros programas nacionales (por ejemplo, SUMAR) son referencias apropiadas de cómo dos modelos de distribución de fondos –aunque marginales- pueden generar conductas diferentes.

Lo que de ninguna manera debe soslayarse y deberá repensarse no es solo el rol de cada uno de los actores intervinientes en la prestación de los servicios, sino también la conducción y gobernanza del sistema. Los dispositivos de gobierno y los procesos de decisión sobre cómo deberá operar el fondo provincial deberán estar alineados a las necesidades de los municipios y por ello resulta clave la participación en la instancia de gobierno que se cree a tal fin.

12. RESULTADOS

Se presentan los resultados de las tres alternativas seleccionadas, los resultados correspondientes al resto de las alternativas probadas han sido incorporadas en el anexo estadístico.

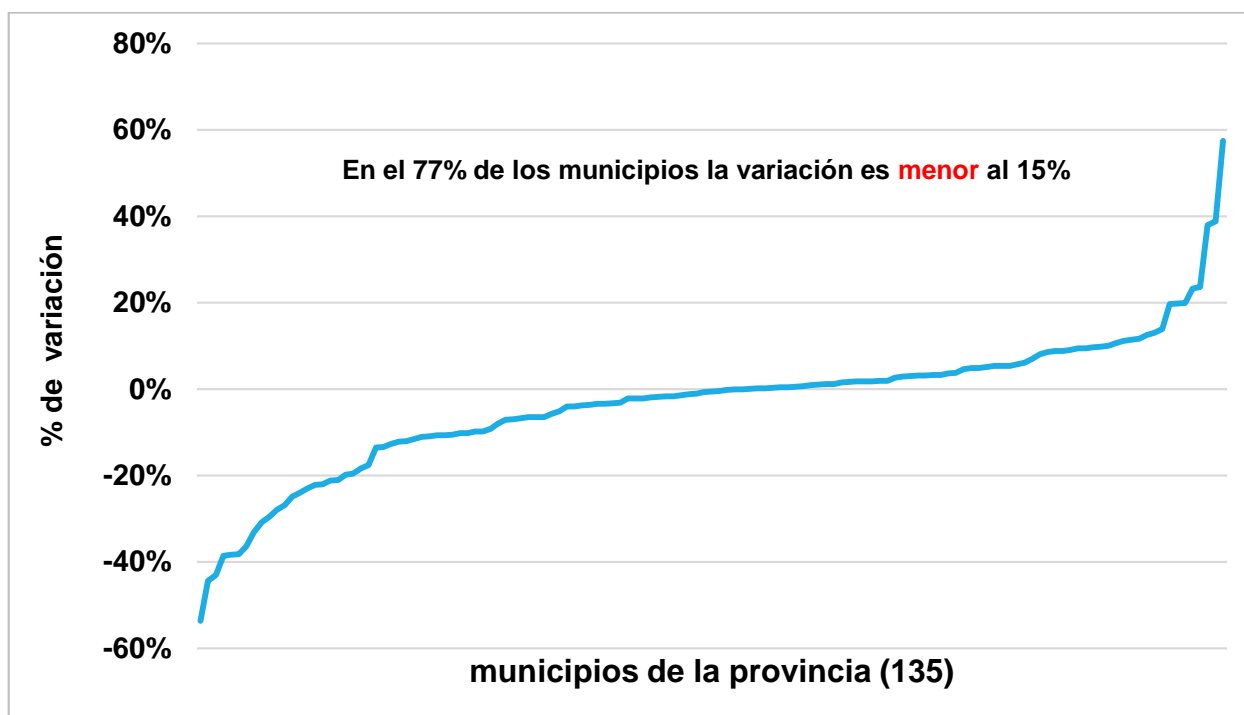
12.1 Modificaciones a la fórmula actual (propuesta 3)

a) Análisis de resultados

La implementación de esta propuesta generaría una redistribución global de los recursos a coparticipar por el régimen salud, del 4,1% comparado con el sistema actual para el año 2017, produciendo en consecuencia un impacto relativamente bajo. En términos poblacionales el 61% de los habitantes reside en los municipios que percibirían más recursos. En términos poblacionales el 62% de los habitantes reside en municipios que percibirían más recursos.

El análisis a nivel municipal muestra variaciones significativas, con valores extremos que van desde el 57% de recursos adicionales hasta pedidas del 54%. En 83 de los 135 municipios la variación es menor al 10% (47 positiva y 36 negativa) y en 104 menor al 15% (56 positiva y 48 negativa).

Gráfico 20. Variación porcentual en los recursos a percibir por coparticipación. Fórmula actual versus propuesta 3. Año 2017, por municipio



Fuente: Elaboración propia en base a información de los Ministerios de Salud y de Economía de la Provincia de Buenos y propuestas desarrolladas en el marco de este informe.

La redistribución es explicada prácticamente en partes iguales por cada una de las variaciones en los componentes de la fórmula, en algunos municipios los efectos se compensan.

En el componente del producido resultante (118 municipios son los que reciben fondos por este componente porque poseen establecimientos con internación), la redistribución alcanzaría al 2,4% del total de la coparticipación y 6,9% hacia el interior del mismo; habiendo municipios que dejan de percibir por este componente hasta 28% y otros percibirían hasta un 162% adicional. Un total de 61 recibirían más recursos que en la actualidad.

En el caso de componente consultas la redistribución global de recursos es 3,2%, y hacia el interior del mismo de 12,8%. Algunos municipios pierden hasta el 100% de este componente, mientras que en el otro extremo la ganancia es del 32%. Un total de 72 municipios recibirían más recursos que en la actualidad.

Dada las condiciones establecidas para el cálculo, no existe un único patrón para explicar las variaciones, en algunos casos la pérdida de recursos obedece a la limitación de las consultas al máximo de 6 (incluidas las provinciales) y en otros casos por el cambio en la complejidad y la forma de valorar la cama (en función del costo estimado).

Al realizar el análisis por región sanitaria (cuadro 31) se aprecia que la RS 12 (La Matanza) es la más beneficiada, recibe un 9,5% de recursos adicionales, mientras que en las otras regiones más pobladas del conurbano V, VI y VII el comportamiento es del

mismo signo, aunque de menor intensidad. Las otras regiones con mayor tamaño de población (XI y VIII) son las más perjudicadas (-5,4 y -7,1%, respectivamente). El resto de las regiones, las de menor tamaño de población, recibirían menos recursos, desde la I (-0,8%) hasta la III (-4,5%).

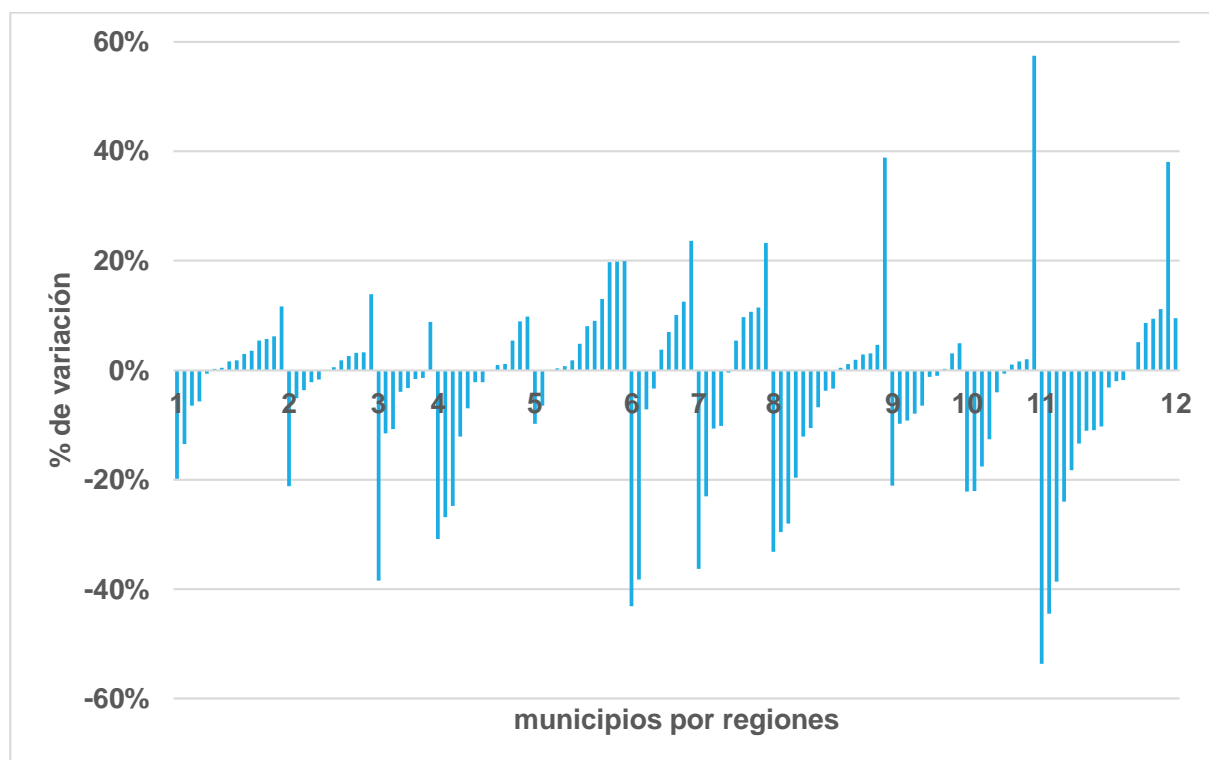
Cuadro 31. Variación porcentual en los recursos a percibir por coparticipación. Fórmula actual versus propuesta 3, por región sanitaria. Año 2017.

Región	Proyección Población 2017	Coparticipación en salud 2017	Propuesta 3	Propuesta - Coparticipación	Var. %
12	2.136.695	\$660.944.694	\$723.556.701	\$62.612.007	9,5%
5	3.399.719	\$4.488.906.005	\$4.712.225.679	\$223.319.674	5,0%
7	2.431.596	\$1.707.039.735	\$1.782.545.127	\$75.505.391	4,4%
6	4.086.484	\$1.545.106.504	\$1.563.193.800	\$18.087.296	1,2%
1	672.925	\$1.599.880.868	\$1.586.357.452	-\$13.523.416	-0,8%
2	271.415	\$1.319.904.243	\$1.280.652.931	-\$39.251.313	-3,0%
10	339.530	\$ 699.491.043	\$674.518.652	-\$24.972.391	-3,6%
4	593.899	\$ 999.820.140	\$963.766.168	-\$36.053.972	-3,6%
9	324.087	\$1.110.636.090	\$1.067.908.201	-\$42.727.889	-3,8%
3	258.989	\$ 964.135.854	\$920.561.230	-\$43.574.624	-4,5%
11	1.285.856	\$1.061.137.751	\$1.004.033.959	-\$57.103.792	-5,4%
8	1.218.817	\$1.731.545.575	\$1.609.228.603	-\$122.316.972	-7,1%

Fuente: Elaboración propia en base a información de los Ministerios de Salud y de Economía de la Provincia de Buenos y propuestas desarrolladas en el marco de este informe.

El Gráfico 21 a continuación nos permite apreciar que no existe un único patrón como respuesta a la implementación de la propuesta. Al interior de cada región resultarían beneficiados algunos municipios y perjudicados otros, con diferentes órdenes de magnitud.

Gráfico 21. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación. Fórmula actual versus alternativa 3, por región sanitaria y municipio. Año 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a información de los Ministerios de Salud y de Economía de la Provincia de Buenos y propuestas desarrolladas en el marco de este informe.

b) Instrumentación Normativa

A los fines de la implementación normativa de esta propuesta, se consideran los siguientes instrumentos legales:

a) Ley modificatoria de la actualmente vigente N°10.820

- a) Con relación al parámetro “producido resultante”, contemplado en el inciso a) del Apartado 1 del Anexo I de la Ley 10.820, a los fines de dejar claramente establecido que tanto el “número de camas disponibles” a computar como “el perfil de complejidad”, se refieren a cada establecimiento individualmente considerado.
- b) Con respecto al parámetro “consultas”, contemplado en el inciso b) del Apartado 1 del Anexo I de la ley N°10.820, atento que la propuesta implica la creación de un nuevo parámetro. Y ello así, por lo siguiente: i) la legislación vigente, a efectos de la elaboración del coeficiente distributivo, por un lado, no establece límites al número de consultas que se tendrán en cuenta y, por otro, prescinde, en su cómputo, de las realizadas en establecimientos provinciales; ii) se está mutando el sentido de la ley vigente, ya que mientras esta se refiere al número de consultas registradas por establecimiento –donde juegan dos variables: consultas y establecimiento-, la propuesta se desinteresa de ese

parámetro para pasar a tener solamente en cuenta una determinada cantidad de consultas por habitante por año, sin importar si las mismas fueron realizadas en uno o más establecimientos hospitalarios.

- b) Resolución conjunta del Ministerio de Economía y del Ministerio de Salud mediante la cual se defina una estructura relativa de costos por cama por establecimiento-asociado a su nivel de complejidad-.
- c) Resolución del Ministerio de Salud, a través de la cual se categoricen los establecimientos hospitalarios municipales en función del gasto de infraestructura que demanda cada uno de ellos y en base a la estructura relativa aprobada por la Resolución Conjunta a que se hace referencia en el párrafo anterior.

A continuación, se acompaña una posible redacción al proyecto de ley al que se ha hecho referencia:

Artículo 1º: Sustitúyanse los incisos a) y b) del Apartado 1 del Anexo I de la ley N° 10.820 por los siguientes:

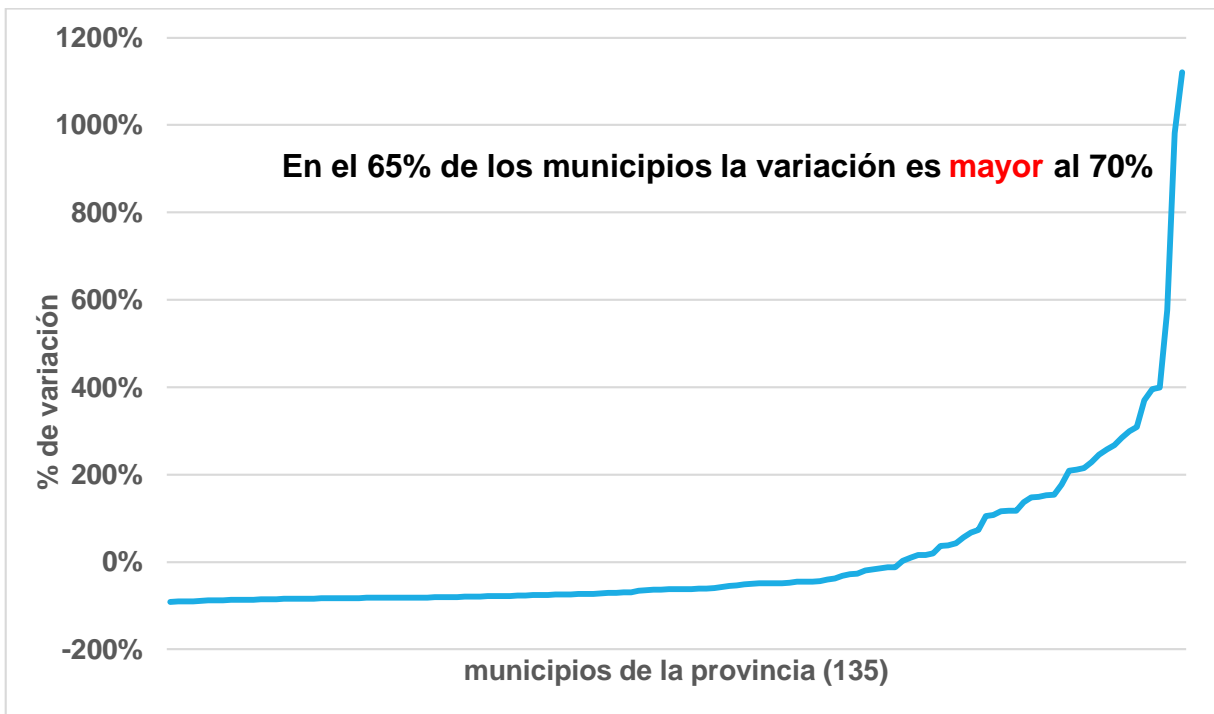
- a) *El TREINTA Y CINCO POR CIENTO (35%), en proporción directa al producto resultante de computar el número de camas disponibles en cada establecimiento, el perfil de complejidad de cada establecimiento y el porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.*
- b) *El VEINTICINCO POR CIENTO (25%), en proporción directa al número de consultas médicas y odontológicas registradas en los establecimientos municipales o provinciales –con o sin internación-, las que no podrán exceder – considerando las efectuadas en un año calendario en la totalidad de dichos establecimientos- el número de seis (6) por habitante”.*

12.2 Nueva propuesta de distribución del coeficiente salud (propuesta 7)

a) Análisis de resultados

En este caso se ha utilizado la fórmula de IRS ajustada por egresos (propuesta 7), en reemplazo de la fórmula actual. Los resultados globales muestran que se generaría una redistribución del 45% de los recursos, con más de 60 municipios que dejarían de recibir el 70% de los recursos que perciben en la actualidad. Por otro lado, un grupo de dieciséis municipios recibiría entre un 209% y 1120% adicional. Esto se debe a las desventajas del empleo de una fórmula que contemple solo la necesidad como ya ha sido explicado, dado que el sistema de coparticipación en salud fue concebido para compensar la oferta deficiente en algunos municipios.

Gráfico 22. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación según fórmula actual versus (propuesta 7). Año 2017, por municipio



Fuente: Elaboración propia en base a información de los Ministerios de Salud y de Economía de la Provincia de Buenos y propuestas desarrolladas en el marco de este informe.

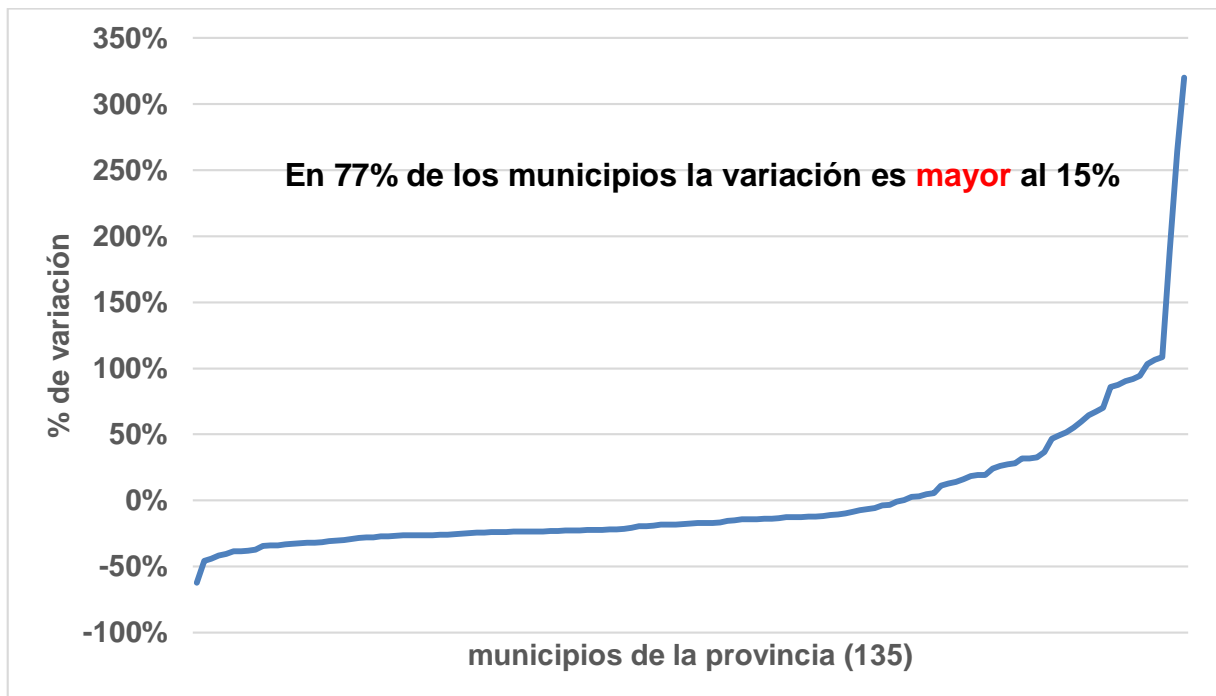
Los resultados de esta fórmula tornan por lo tanto inviable esta alternativa. Por ello se ha realizado una estimación adicional, suponiendo que el 70% de los recursos se distribuyen con la nueva fórmula (propuesta 3), ajustando las consultas al tope de 6, descontando las consultas provinciales y mejorando la definición del producido resultante y el 30% restante en función del IRS, corregido por la residencia del egreso, tal como se explicara en el capítulo metodológico.

12.3 Nueva propuesta de distribución del coeficiente salud (propuesta 12)

a) Análisis de resultados

En este caso los resultados medidos en términos de la redistribución global de recursos alcanzan al 14,6% aunque las variaciones en las puntas son de 320% el que más gana y -62% el que más pierde. Seis municipios reciben más que el doble comparando con la actualidad, mientras que cinco reciben un 40% menos. En términos poblacionales el 72% de los habitantes reside en municipios que percibirían más recursos.

Gráfico 23. Variación porcentual en los recursos a percibir por coparticipación. Fórmula actual versus alternativa 12. Año 2017, por municipio.



Fuente: Elaboración propia en base a información de los Ministerios de Salud y de Economía de la Provincia de Buenos Aires y propuestas desarrolladas en el marco de este informe.

Al realizar el análisis por región sanitaria se aprecia que las tres regiones más beneficiadas corresponden a aquellas en las que se encuentran municipios del conurbano. En el caso de la región sanitaria XII (La Matanza), los fondos a percibir prácticamente se duplicarían (92%). En el caso de la región VI supera el 55,8% y en la VII llega al 22,6%. De las otras regiones más pobladas, en la V, la variación es insignificante, mientras que la XI y la VIII, perderían 5,5 y 17,7% respectivamente.

Las regiones de menor tamaño poblacional son todas perdedoras netas, con valores que fluctúan entre -16,1% (RS IV) y -26,3% (RS III).

Cuadro 32. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación según fórmula actual versus alternativa 12, por región sanitaria. Año 2017.

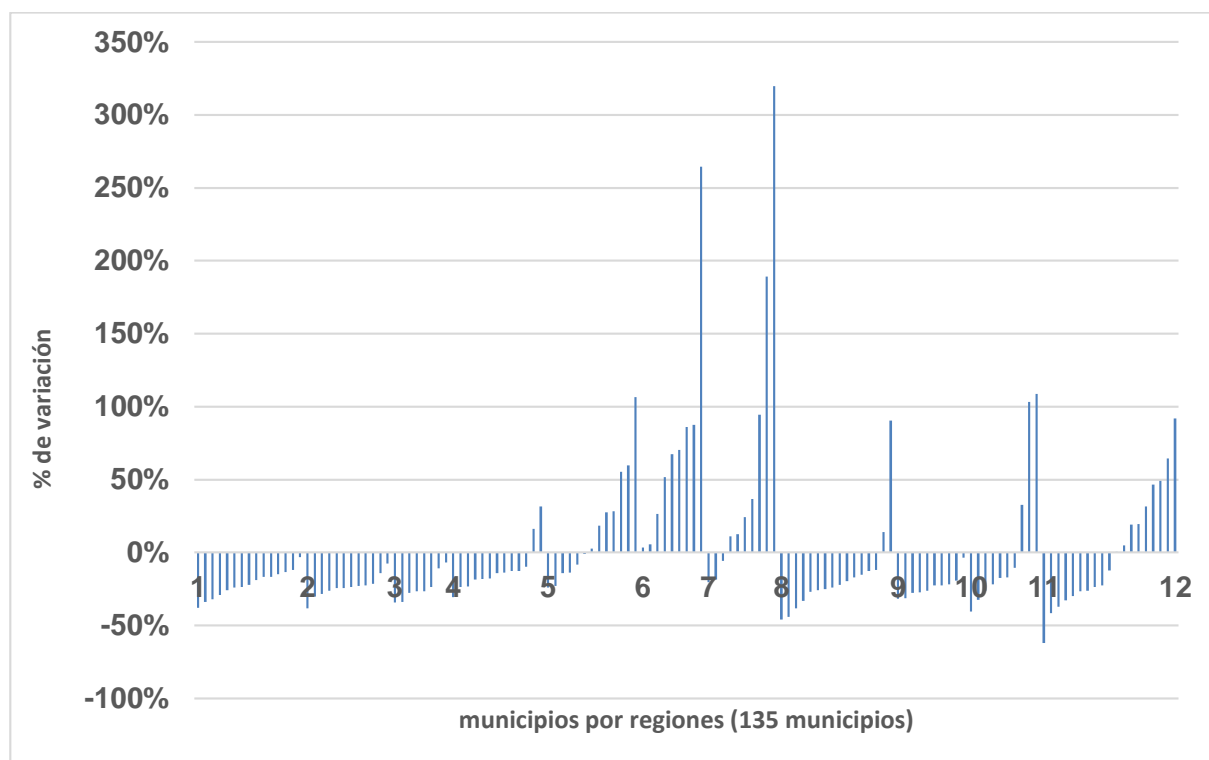
Región	Proyección Población 2017	Coparticipación en salud 2017	Propuesta 3	Propuesta - Coparticipación	Var. %
12	2.136.695	\$660.944.694	\$1.269.228.066	\$608.283.372	92,0%
6	4.086.484	\$1.545.106.504	\$2.407.144.819	\$862.038.315	55,8%
7	2.431.596	\$1.707.039.735	\$2.092.995.823	\$385.956.088	22,6%
5	3.399.719	\$4.488.906.005	\$4.494.891.711	\$5.985.706	0,1%
11	1.285.856	\$1.061.137.751	\$1.002.336.312	-\$58.801.438	-5,5%
4	593.899	\$999.820.140	\$838.488.737	-\$161.331.403	-16,1%
8	1.218.817	\$1.731.545.575	\$1.425.388.278	-\$306.157.297	-17,7%
10	339.530	\$699.491.043	\$569.589.492	-\$129.901.551	-18,6%
1	672.925	\$1.599.880.868	\$1.262.406.670	-\$337.474.198	-21,1%
9	324.087	\$1.110.636.090	\$835.882.833	-\$274.753.257	-24,7%
2	271.415	\$1.319.904.243	\$979.601.621	-\$340.302.623	-25,8%
3	258.989	\$964.135.854	\$710.594.142	-\$253.541.713	-26,3%

Fuente: Elaboración propia en base a información de los Ministerios de Salud y de Economía de la Provincia de Buenos y propuestas desarrolladas en el marco de este informe.

El gráfico a continuación nos permite apreciar la variación entre municipios al interior de cada una de las regiones. Todos los municipios de las regiones I a III y los de la RS IX recibirían menos recursos, en la IV y VIII ocurre algo similar, a excepción de Pergamino y San Nicolás (RS IV) y Pinamar y General Pueyrredón, en la VIII.

En las regiones V, X y XI hay ganadores y perdedores, la RS XII, compuesta por un solo municipio (La Matanza) recibiría un 92% adicional. Finalmente, en la Región VI todos los municipios se verían beneficiados y en la VII ocurre algo similar, con la excepción de Lujan Marcos, Paz y General Las Heras.

Gráfico 24. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación. Fórmula actual versus propuesta 12, por región sanitaria y municipio. Año 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a información de los Ministerios de Salud y de Economía de la Provincia de Buenos y propuestas desarrolladas en el marco de este informe.

b) Instrumentación Normativa

a) Propuesta “Índice de Riesgo Sanitario” menos “Egresos Provinciales”

b) Propuesta 70% según “Nueva Fórmula” (propuesta 3) y 30% según “Índice de Riesgo Sanitario” menos “Egresos Provinciales” (propuesta 12)

A los fines de la implementación normativa de cualquiera de las dos (2) propuestas antes enunciadas, se considera que las mismas deberían implementarse mediante el dictado de una ley.

Ello así, atento que, mediante las mismas, se propone abandonar –total o parcialmente- los cinco (5) distribuidores actualmente previstos en los incisos a) a e) del Apartado 1 del Anexo I de la Ley N° 10.820.

El reemplazo de dichos distribuidores –en forma total o parcial, según la propuesta de que se trate-, por un “Índice de Riesgo Sanitario” menos los “Egresos Provinciales”, importa no solo la modificación de la letra de la legislación vigente, sino también un giro copernicano respecto de la concepción que inspira el actual régimen, orientando el sistema no ya a la oferta de servicios de salud sino hacia la atención de las necesidades sanitarias reales de los habitantes de la provincia.

A continuación, se acompaña para cada una de las propuestas antes mencionadas, una posible redacción del proyecto de ley que debería aprobarse en la legislatura provincial a los fines de instrumentar cada una de ellas:

a) Respecto de la propuesta a la que se ha hecho alusión en punto a) anterior:

Artículo 1°: A los fines de la aplicación de lo dispuesto en el inciso b) del artículo 1° de la Ley 10.559 (texto según ley 10.572 y modifs.), créase el “Índice de Riesgo Sanitario de la provincia de Buenos Aires”.

Artículo 2°: El “Índice de Riesgo Sanitario de la provincia de Buenos Aires” para cada Municipio será el que resulte de la aplicación de la siguiente fórmula:

$$IRS_{iM} = 0,25 * CPV_{iM} + 0,25 * CSS_{iM} + 0,5 * CD_{iM} * CSE_{iM}$$

Donde:

- CPV_{iM} es el componente de precariedad de la vivienda
 $(CPV_{iM} = \sum_{i=1}^n P_{iHINMAT3} P_{iHINMAT4}) / \sum_{i=1}^n P_{Hi}$
- CSS_{iM} es el componente de servicios sanitarios
 $(CSS_{iM} = \sum_{i=1}^n P_{iHINCALSERVinsuf}) / \sum_{i=1}^n P_{Hi}$
- CD_{iM} es el componente demográfico del indicador
 $(CD_{iM} = (\sum_{i=0}^n P_{0-14} + P_{65 \text{ y más}} + F_{15-49} + Dv_{15-64} + Df_{50-64}) / \sum_{i=1}^n P_{Ti})$
- CSE_{iM} es el componente socioeconómico del indicador
 $(CSE_{iM} = \sum_{i=1}^n P_{HiJBNI}) / \sum_{i=1}^n P_{Hi}$

Artículo 3°: Sustituyese el inciso b) del artículo 1° de la Ley 10.559 (texto según ley 10.752 y modifs) por el siguiente:

b) El 37% (treinta y siete por ciento) entre todas las Municipalidades en función del “Índice de Riesgo sanitario de la provincia de Buenos Aires” creado por Ley XXX, conforme el cálculo que a tal efecto realice la autoridad de aplicación”.

b) Respecto de la propuesta a la que se ha hecho alusión en punto b) anterior:

Artículo 1°: A los fines de la aplicación de lo dispuesto en el subinciso 2) del inciso b) del artículo 1° de la Ley 10.559 (texto según ley 10.572 y modifs.), créase el “Índice de Riesgo Sanitario de la Provincia de Buenos Aires”.

Artículo 2°: El “Índice de Riesgo Sanitario de la Provincia de Buenos Aires” para cada Municipio será el que resulte de la aplicación de la siguiente fórmula:

$$IRS_{iM} = 0,25 * CPV_{iM} + 0,25 * CSS_{iM} + 0,5 * CD_{iM} * CSE_{iM}$$

Donde:

- CPV_{iM} es el componente de precariedad de la vivienda
 $(CPV_{iM} = \sum_{i=1}^n P_{iHINMAT3} P_{iHINMAT4}) / \sum_{i=1}^n P_{Hi}$
- CSS_{iM} es el componente de servicios sanitarios
 $(CSS_{iM} = \sum_{i=1}^n P_{iHINCALSERVinsuf}) / \sum_{i=1}^n P_{Hi}$

– CD_{iM} es el componente demográfico del indicador

$$(CD_{iM} = (\sum_{i=0}^n P_{0-14} + P_{65 \text{ y más}} + F_{15-49} + Dv_{15-64} + Df_{50-64}) / \sum_{i=1}^n P_{Ti})$$

– CSE_{iM} es el componente socioeconómico del indicador

$$(CSE_{iM} = \sum_{i=1}^n P_{HiJBNi} / \sum_{i=1}^n P_{Hi})$$

Artículo 3°: Sustituyese el inciso b) del artículo 1° de la Ley 10.559 (texto según ley 10.752 y modifs) por el siguiente:

“b) El 37% (TREINTA Y SIETE POR CIENTO) entre las Municipalidades conforme los porcentajes que se indican a continuación:

1) El SETENTA POR CIENTO (70%), en función de los coeficientes de distribución que se elaborarán teniendo en cuenta los parámetros que a continuación se indican, 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 de cada establecimiento y, el porcentaje ocupacional de camas de cada establecimiento con internación de cada partido.*
- b. El VEINTICINCO POR CIENTO (25%), en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos municipales o provinciales –con o sin internación-, las que no podrán exceder –considerando las efectuadas en un año calendario en la totalidad de dichos establecimientos- el número de seis (6) por habitante”.*
- 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”.*

2) El TREINTA POR CIENTO (30%), en función del “Índice de Riesgo Sanitario de la provincia de Buenos Aires “creado por Ley XXX, conforme el cálculo que a tal efecto efectúe la autoridad de aplicación”.

Respecto de esta última propuesta, en lo que se refiere a los parámetros “Producido Resultante” y “Consultas”, resultan de aplicación las consideraciones realizadas previamente, sobre las Resoluciones Ministeriales que se estima necesario dictar a los fines reglamentarios de las cuestiones allí previstas.

12.4 Comparación entre alternativas. Efectos sobre grupos y regiones sanitarias

El Cuadro 33 a continuación muestra el impacto de cada una de las alternativas sobre la redistribución de recursos que genera y los municipios y población que vive en los “ganadores” y “perdedores”, tanto en términos absolutos como porcentuales.

Claramente la alternativa 7 es la de mayor impacto en términos de distribución de recursos, luego la 12 y finalmente la alternativa 3. En términos de población los resultados son similares, mientras que en el caso de los municipios “ganadores” y “perdedores”, la alternativa 3 es la que genera mayores beneficios.

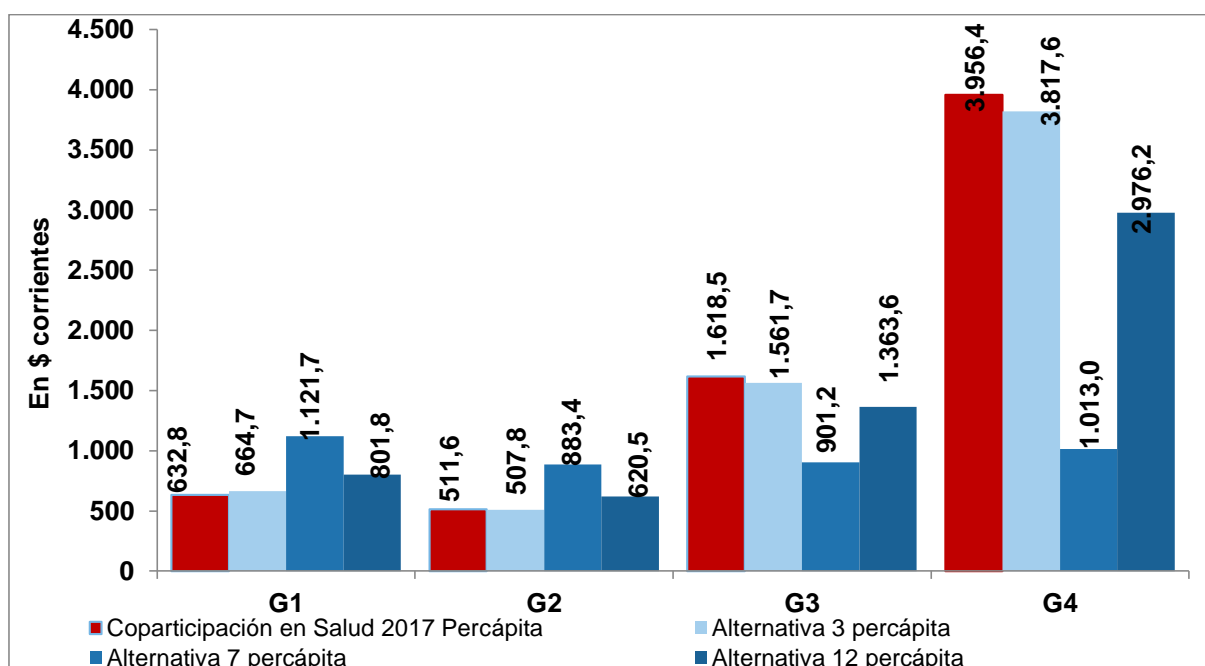
Cuadro 33. Comparación de resultados de propuestas seleccionadas.

Fuente	Redistribución		Población beneficiada		Municipios beneficiados	
	Total (en millones de \$)	%	Habitantes	%	Total	%
Propuesta 3	736,8	4,1%	10.487.802	62%	63	47%
Propuesta 7	8.059,2	45,1%	12.258.954	72%	38	28%
Propuesta 12	2.603,8	14,6%	12.580.868	74%	39	29%

Fuente: Elaboración propia en base a información de los Ministerios de Salud y de Economía de la Provincia de Buenos y propuestas desarrolladas en el marco de este informe.

El siguiente gráfico combina el impacto de la implementación de las alternativas sobre los grupos definidos en el capítulo 4, comparada con la situación actual. La alternativa 3 es la de menor impacto al interior de cada uno de los grupos. La 7 es la que genera los mayores cambios, mientras que la 12 se comporta similar a la 3 (salvo para el grupo 2, aunque el efecto es muy similar) con cambios de mismo signo aunque de mayor efecto, esto se debe a la manera en la cual fue construida la formula.

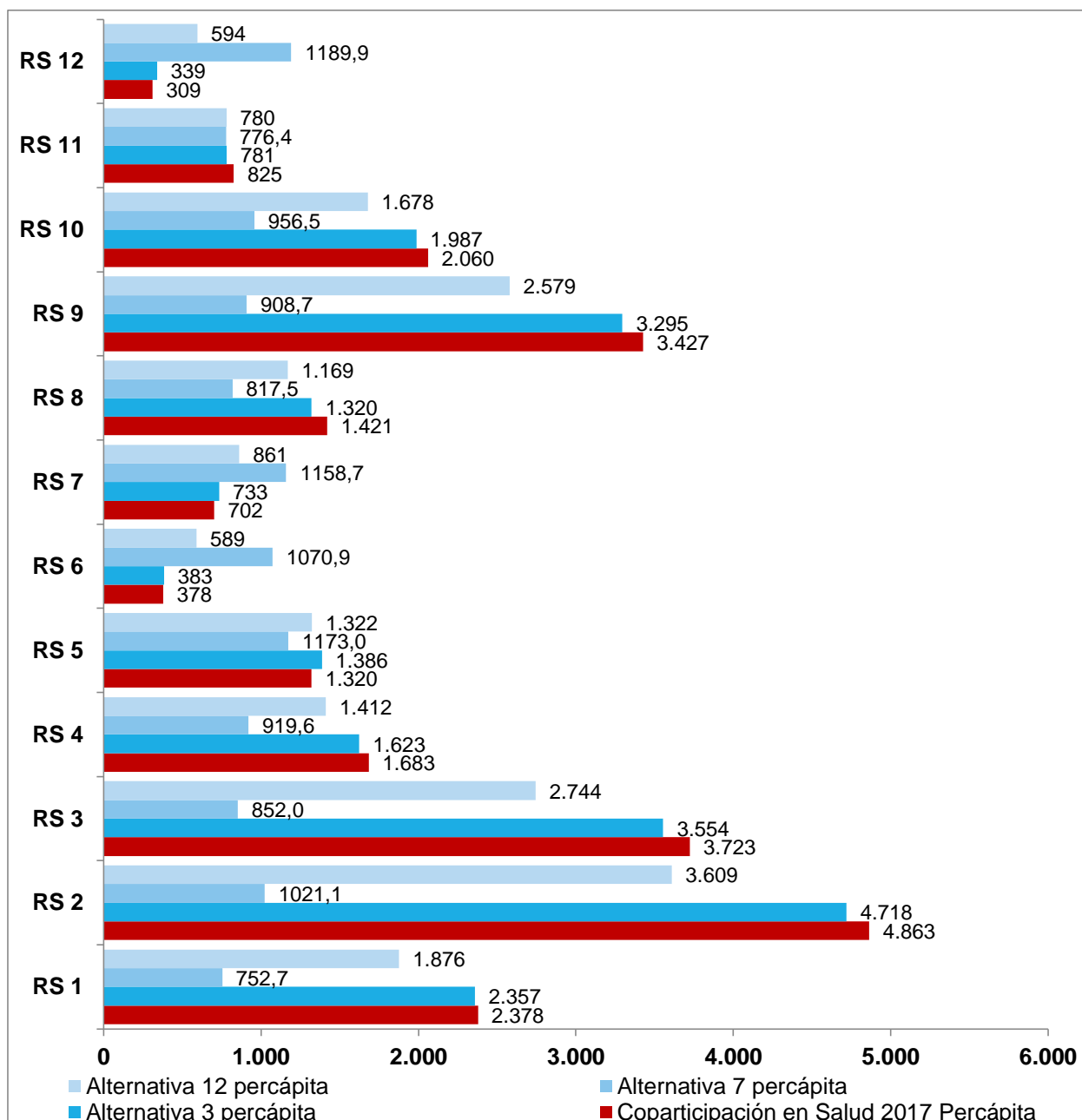
Gráfico 25. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación Formula actual versus alternativa 3, 7 y 12, por región sanitaria. Año 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a información de los Ministerios de Salud y de Economía de la Provincia de Buenos y propuestas desarrolladas en el marco de este informe.

El Gráfico 26 combina el impacto de la implementación de las alternativas comparada con la situación actual, en cada una de las regiones sanitarias.

Gráfico 26. Variación porcentual en los recursos a percibir, por coparticipación Formula actual versus alternativa 3, 7 y 12, por región sanitaria. Año 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a información de los Ministerios de Salud y de Economía de la Provincia de Buenos Aires y propuestas desarrolladas en el marco de este informe.

Se verifica que la alternativa 7 es la que genera mayores efectos, la alternativa 3 es la que produce los menores, y la 12, al combinar las alternativas 3 y 7, produce resultados intermedios, aunque debido a los coeficientes utilizados para la ponderación de cada una los resultados son similares en términos relativos a los de la 3, con excepción de la región sanitaria 12 (La Matanza), donde el impacto resulta mayor.

13. CONCLUSIONES Y ASPECTOS A CONSIDERAR PARA UNA EVENTUAL REFORMA

El presente proyecto, se propuso desarrollar, dimensionar y estimar modelos alternativos de distribución de recursos que contribuyan a mejorar el financiamiento de los servicios municipales de salud de manera de facilitar la toma de decisiones ante una eventual reforma del régimen de coparticipación municipal en la Provincia de Buenos Aires.

Para atender a tal objetivo, se avanzó no solo sobre los aspectos teóricos, conceptuales y contextuales que permitieron delinear las características del sistema actual sino también en lo relacionado con las transferencias intergubernamentales y sus efectos sobre la configuración, características y particularidades del sistema sanitario municipal.

En cuanto a la revisión de la experiencia internacional, se han incluido y sintetizado aquéllas que contienen cuestiones vinculadas a la distribución de fondos para financiar los sistemas de salud y en lo local, se han ajustado las comparaciones entre las provincias argentinas, de modo de mencionar aquellos aspectos que pueden resultar de interés para el desarrollo de la propuesta futura.

Adicionalmente se desarrolló y estimó una metodología innovadora de asignación del Gasto Público en Salud por ocurrencia y residencia para los tres niveles de gobierno, y sus relaciones con los recursos transferidos y las finanzas municipales.

Se presentaron argumentos que permiten identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que podrían tener lugar al pretender modificar la situación actual del régimen de coparticipación.

El análisis de distintas metodologías presentadas por diferentes propuestas alternativas para la distribución de los fondos coparticipables, permitieron hacer una adecuada selección de instrumentos a la hora de elaborar una propuesta final propia atendiendo a las ventajas y desventajas de la utilización de distintos prorrateadores y variables.

Paralelamente, a la elaboración de los capítulos aquí presentados, se ha ido recopilando, procesando y sistematizando la información actualizada necesaria tanto para la adecuada caracterización del sistema sanitario como para avanzar en la elaboración de las alternativas de distribución.

La principal contribución de este estudio, es haber logrado recopilar, modelizar, y actualizar simultáneamente numerosas propuestas alternativas al régimen de coparticipación actual publicadas o difundidas en distintos momentos del tiempo y por distintos autores, que parecieran capturar adecuadamente el estado del arte en la materia y a partir de allí, elaborar un conjunto de propuestas que podrían ser instrumentadas a corto y mediano y largo plazo.

En función del trabajo realizado sintetizado en los párrafos precedentes, no quedan dudas respecto a la necesidad de replantear el sistema actual de coparticipación en particular del régimen salud, por sus implicancias negativas tanto en términos de eficiencia en la asignación de recursos como de equidad intra e intermunicipal. Sin embargo, iniciar un proceso que impulse tal modificación es sumamente dificultoso, en términos políticos, administrativos, normativos y operativos.

Por tal razón es que se propone un sendero hacia la reforma integral del sistema de financiamiento de la salud, que permitiría avanzar gradualmente. Inicialmente puede impulsarse una reforma que, si bien no resuelve el sinnúmero de problemas identificados, opera en sentido de mejorar la asignación de recursos y de reducir los incentivos negativos de la fórmula actual de distribución.

Este primer paso, se podría dar introduciendo modificaciones en la fórmula de distribución (como las detalladas en la propuesta 3) que permiten un resultado a corto plazo y que hasta tanto se avance en un sistema basado en indicadores de riesgo y necesidad (propuesta 7) podría resultar factible. En el primer caso se redistribuye un total de 4,1% de los recursos de un modo diferente que, si bien es aceptable, resulta insuficiente para generar un impacto significativo en la configuración de la distribución actual. Por otro lado, la propuesta 7 que emplea los niveles de riesgo como variable principal para la distribución, genera una redistribución del 45,2%, impactando básicamente en el 72% de la población, pero donde la magnitud de los cambios, sería de una cuantía muy importante, que lo haría impracticable políticamente.

La adopción de la combinación sugerida en la propuesta 12, que recoge tanto las variables de oferta (criterio devolutivo) como la introducción de un componente de necesidad en salud (componente redistributivo) presenta la ventaja de ser posible de instrumentar, con modificaciones poco significativas a la información requerida en la actualidad, y sin generar alteraciones bruscas en la distribución actual, que le otorgan una mayor viabilidad política.

Como resultado de esta última propuesta combinada, se obtiene una redistribución de fondos que mejora principalmente la situación de los municipios del conurbano, donde se concentra la mayor cantidad de población con riesgo y la oferta sanitaria resulta insuficiente. En tal sentido el 14,6% de los fondos se redistribuirían, beneficiando al 74% de la población que reside en los municipios que resultan ganadores.

Desde una perspectiva más sanitaria que fiscal, la situación deseable es la de excluir el componente salud de la coparticipación y avanzar en el diseño de un nuevo modelo de financiamiento de la salud municipal, como parte de un sistema único para toda la provincia, tal se presentó en el apartado 11.4. donde la propuesta que se presenta es la de mayor alcance y que por sus impactos económicos e institucionales, requiere de la participación de diversas esferas y actores sociales del sector salud, y análisis políticos institucionales y técnicos-administrativos más profundos que el que se puede realizar en el marco de este informe.

Como muchas otras políticas públicas de nuestro país la coparticipación a municipios en su componente vinculado a salud, nació como una medida transitoria devenida en permanente, lo que ha generado ineficiencias al interior del sector salud, tanto como diferentes interpretaciones acerca del fin que persigue y por el que fue concebido.

En función de la bibliografía y propuestas analizadas, pueden delinearse algunas recomendaciones:

- Cualquier reforma que intente modificar la fórmula de distribución sin considerar la oferta provincial existente en territorio municipal, generará resultados inapropiados.
- Si se pretende mejorar los resultados sanitarios, deberá tenderse hacia un sistema de salud más homogéneo y articulado, con asignación clara de roles y responsabilidades, y con mecanismos de transferencia de recursos que sirvan como incentivos a un modelo de salud, basado en la atención primaria, organizado a través de redes y con mecanismos de evaluación de resultados.
- La puesta en marcha de una comisión con participación de las carteras de Economía y Salud más representantes de los gobiernos municipales, con un reglamento de funcionamiento y objetivos claros, que implique presentación de informes predeterminados que haga el seguimiento de la situación, es imperioso para lograr el objetivo. Cualquier tipo de reforma deberá ser consensuada entre los actores clave, dada la complejidad a la que se enfrenta.
- En lo atinente al Ministerio de Salud, además es deseable que se fortalezcan el área de economía de la salud, de forma tal que pueda gestionarse permanentemente la información económica y sanitaria, en pos de analizar, investigar y generar conocimiento para tomar decisiones basadas en la información. Estos aspectos son clave en virtud de sistemas de salud que se enfrentan cada vez más a costos crecientes, devenidos de los avances tecnológicos y el aumento de la expectativa de vida, entre otros factores. Se requiere para ello áreas con altos niveles de formación profesional.
- Cualquier reforma que se proponga a mediano largo plazo debe, además, considerar la situación de los recursos humanos. No es posible pensar en una reforma sin discutir la jerarquización de los mismos y sus condiciones de trabajo, a partir de lo que se podrán además incluir mecanismos de promoción y evaluación, en el marco de una carrera sanitaria única y promotora de conductas virtuosas.
- La información para distribuir la coparticipación debe estar basada en datos registrales y no en datos estadísticos, con el fin de dotarlo de mayor objetividad y limitar las posibilidades de modificación.
- La normativa que defina la distribución, deberá ser lo suficientemente clara en su posibilidad de aplicación, dejando el menor espacio para aspectos

interpretativos, como en las condiciones que se impongan para el registro de la información.

- Es casi indispensable que exista un sistema de información unificado, que permita resolver el problema del registro de la información estadística. En algunos casos, la falla en el registro de cierta información vital impide reconocer problemas epidemiológicos para poder planificar cualquier sistema sanitario. En la interoperabilidad y el registro de la información está gran parte de la respuesta a la eficiencia técnica y asignativa del sistema de salud. La falta de datos estadísticos confiables imposibilita la correcta planificación, gestión y evaluación de las políticas públicas.
- La falta de un sistema también ha llevado a intentar corregir dicha situación con el establecimiento de un tope a la cantidad de consultas que podría realizar cada municipio.
- Fortalecer los sistemas de información, mejorando la calidad, oportunidad y cobertura de la información son condiciones básicas para poder delinear una reforma más profunda que pueda además ser monitoreada y evaluada en el tiempo. En esta línea el ministerio de salud de la provincia cuenta con sistemas de información on-line de registro de prestaciones ambulatorias y de internación, con cierto grado de consolidación que puede funcionar como pilar para un desarrollo futuro.
- En el caso de la información de gasto sanitario es el trabajo conjunto de los Ministerios de Economía y Salud, que deberán enfocar sus análisis en pos de contar con el Gasto Municipal con un mayor nivel de desagregación.
- Sumada a la modificación de cualquier alternativa de distribución, resulta crucial mejorar y perfeccionar los mecanismos de recupero de costos entre los diferentes subsistemas sanitarios que permitirán la generación de recursos adicionales de considerable magnitud. Entre los objetivos que deberán perseguirse se encuentra contar con un nomenclador único para todo el sistema sanitario, tanto público como privado, con precios relacionados a los costos, ajustables por inflación y de actualización automática.

14. BIBLIOGRAFÍA

Alaimo, Cuenin, Gasparini, Ravassa, & Vúletin. (2000). El impacto distributivo del gasto público en sectores sociales en la Provincia de Buenos Aires. *Cuadernos de Economía*(50).

Asensio, M. A. (2000). Federalismo Fiscal- Fundamentos. Analisis comparado y el caso Argentino. Buenos Aires: Editorial de Ciencia y Cultura.

Barbieri, de la Puente & Tarragona. (2004). *La equidad en el gasto público en salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones ISALUD.

Barbieri, N. (2007). Política Fiscal y Sanitaria: Tensiones evidentes a partir de los Criterios de Reparto de la Masa Coparticipable y los Metodos de Determinacion de Transferencia. *Salud Colectiva*.

Barbieri, N., Iacobucci, P., & Rocha, S. (1998). *Análisis de la distribución de la coparticipación por salud a los municipios de la provincia de Buenos Aires*. Córdoba: XXX Jornadas de Finanzas Públicas, Córdoba, Argentina.

Barbieri, N., Tarragona, S., & de la Puente, C. (2002). *La equidad en el gasto público en salud*. (M. d. UNLP, Ed.) Maestría de Finanzas Públicas de la UNLP.

Black, D. (1948). On the rationale of group decision-making. *Journal of political economy*, 56(1), 23-34.

Bonpland, V., & Bozzolo, A. (2015). Federalismo sanitario en la reforma constitucional de 1994: Una mirada desde la gestión. *Diario DPI*, 2.

Capello, M. L., Airaudó, F. S., & De Giovani, P. G. (2015). *¿Como reparten recursos entre provincias otros países?* Córdoba : Fundacion Mediterranea.

Cetrángolo, O. (2015). La Reasignación de Recursos Públicos para Equidad en Salud. En R. M. Ferrelli, *Equidad en Salud desde un Enfoque de Determinantes Sociales*. México.

Cetrángolo, O., & Gomez Sabaíni, J. C. (2009). Hacia una mayor equidad en el financiamiento de las políticas públicas. *Regímenes provinciales de coparticipación de recursos a los gobiernos locales en Argentina*.

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

Chiriboga, D. (2015). La zona de equidad y el derecho a la salud. En R. M. Ferrelli, *Equidad en Salud desde el Enfoque de Determinantes Sociales*.

Cohen, J., & Peterson, S. (1996). Methodological issues in the analysis of decentralization. *Development discussion paper*(555). Recuperado el 03 de 06 de 2019, de <https://sites.hks.harvard.edu/cid/hiid/555.pdf>

Comes, Y. (2006). Accesibilidad: una revisión conceptual. *Doc. laboris del Proyecto de investigación P077*. UBACyT.

Consejo Provincial de Coordinación Presupuestaria y Fiscal. (2009). *Coeficiente Unico de Distribucion*.

Cortes, M. P. (2012). *El sistema de transferencias a los municipios de la Provincia de Buenos Aires*. Recuperado el 19 de 09 de 2019, de Repositorio Institucional de la UNLP: http://catalogo.econo.unlp.edu.ar/meran/opac-detail.pl?id1=16343#.XUM_G-hKjIV

Costa, A., Montalvo, M., Alvaro, P., & San Martín, M. (2013). Propuesta para la modificación de la Coparticipación en Salud en la Provincia de Buenos Aires. La Plata: Mimeo.

Couceiro, A. (2006). Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 61-74.

Cuattromo, J. (2018). *Los recursos de los municipios del GBA. Dependencia fiscal y multiplicación de fuentes*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Serie: Radiografías Metropolitanas, num 5. Centro de Estudios Metropolitanos CEM.

Daponte Codina, A. (2009). Las desigualdades sociales en salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Deiker, T. (1986). How to ensure that the money follows the patient: a strategy for funding community services. *Hospital and Community Psychiatry*(37), 256 - 260.

Díaz Frers, L. (7 de Agosto de 2013). *Debajo del laberinto: Los sistemas de coparticipación de provincias a municipios*. Obtenido de <http://sedici.unlp.edu.ar>: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/34079/Documento_completo.pdf?sequence=1

Dirección de Análisis de Endeudamiento Provincial y Finanzas Municipales. (2014). *Regímenes provinciales de coparticipación de recursos a los municipios*. Córdoba: FCE. UNC.

Durand, G., Fernando, L., Blanco, A., Moscoso, N., & Bandoni, A. (2012). Hacia el diseño de una Fórmula Igualitaria de Coparticipación por Salud: Un enfoque de programación matemática. *Seminario IESS*.

Folland, S. (2006). Value of life and behavior toward health risks: an interpretation of social capital. *Health Economics*.

Fretes Cibils, V. (2016). Descentralizando los ingresos en América Latina. Por qué y cómo. En A. P. Rezk, *Prioridades, problemas y oportunidades de las Reformas Fiscales* (págs. 43-77). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo Editorial Consejo.

Fuentes, M. U. (2016). Los Determinantes Sociales de la Salud y de la Equidad en Salud. *Documentos de Postura*. Intersistemas.

García, S., Lago, & Vaquero, A. (2016). *Descentralización y sistema tributario: Lecciones de la experiencia comparada*. Madrid: Fundación Impuestos y Competitividad.

Garriga, M., & Sanguinetti, P. (1995). Coparticipación a municipalidades de la provincia de Buenos Aires. (M. d. Aires, Ed.) *Cuadernos de Economía*(10), 88.

Geri M, Monterubbianesi P, Lago F, Moscoso N. (2016). Eficiencia del Gasto Total en Salud: Análisis no paramétrico en una muestra amplia de países.

González García, G. (2002). Crisis sectorial y desafíos políticos del federalismo sanitario. *Presentado en el Congreso Anual de la Asociación de Economía de la Salud*.

Hernández, F., & Iturribarría, H. (2003). *Tres trampas del federalismo fiscal mexicano* (Vol. Documento de Trabajo N281.). (D. d. Económicas, Ed.)

Iarussi, M. H. (2008). La coparticipación en la Provincia de Buenos Aires y el Sector Salud. En M. Chiara, M. M. Di Virgilio, A. Medina, & M. Miraglia, *Gestión local en salud: Conceptos y experiencias*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.

IERAL, Fundación Mediterránea. (2015). *¿Cómo reparten recursos entre provincias otros países?* (Vols. Documento de Investigación, Año 38, Edición N° 62.).

Izquierdo, A., Pessino, C., & Vuletin, G. (2018). Mejor gasto para mejores vidas. Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos.

Lago, F.P., Moscoso, N.S., Elorza, M.E. (2012). Descentralización y equidad: el gasto público. *Salud Colectiva*, 263-274.

López Accotto, A., Martínez, C., & Grinberg, I. (2011). Conceptos y dilemas de la coparticipación federal y de la coparticipación bonaerense. Buenos Aires: UNGS.

López Acotto, A., Grinberg, I., & Martínez, C. (2012). *Conceptos y dilemas de la coparticipación federal y de la coparticipación bonaerense*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Lopez Acotto, A., Martínez, C., & Grinberg, I. (2011). *Conceptos y dilemas de la coparticipación federal y la coparticipación bonaerense*. Buenos Aires: Universidad de General Sarmiento.

Luevano Cayón, A. R. (2018). Justicia sanitaria: las teorías de la justicia distributiva aplicadas al ámbito de salud (tesis doctoral). Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.

Marotz, S. (2005). *Informe sobre coparticipación*. La Plata: PNUD.

Mathews, R. G. (1995). Fiscal Federalism in Australia: Whitley to Keating, CSESS Working Paper N1°1. Melbourne: Victoria University of Technology.

Melgen-Bello L, García-Prieto C. (2017). Análisis de la eficiencia del gasto sanitario de los países de América Latina y el Caribe. *Salud Pública de México*.

Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos A. (2019). Ejecución Presupuestaria 2017.

Ministerio de Hacienda de la Nación Presupuesto Abierto. (julio de 2019). Recuperado el 01 de julio de 2019, de <https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/>

Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. (2019). Ejecución Presupuestaria 2017.

Musgrave, R., & Musgrave, P. (1992). *Hacienda Pública y Teoría Aplicada* (Quinta Edición ed.). Madrid: Mc Graw Hill.

Oates, W. (1977). *Federalismo Fiscal*. Madrid: Serie Colección Nuevo Urbanismo.

OPS. (2017). Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. Washington, D.C., EUA,: OPS/OMS.

Piffano, H. (2004). *Notas sobre Federalismo Fiscal, Enfoques positivo y normativo*. La Plata: Proyecto de Enlace de Bibliotecas.

Piffano, H. L. (1998). *La coparticipación federal de impuestos y los criterios de reparto*. Buenos Aires: Fundación Gobierno y Sociedad.

Piffano, H. L. (1998). *Las Finanzas provinciales y el ciclo económico*. Buenos Aires: Foro de Instituciones Fiscales, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional.

Piffano, H. L. (2004). *Notas sobre Federalismo Fiscal, Enfoques positivo y normativo*. La Plata: Proyecto de Enlace de Bibliotecas.

Porto, A. (2004). Finanzas Públicas Subnacionales: La experiencia argentina. UNLP.

Porto, A. (2016). Transferencias intergubernamentales y disparidades fiscales en Argentina. Banco Interamericano para el Desarrollo.

Rufián, D., & Palma, E. (1991). Las nociones de centralización y descentralización. En D. d. Lider, *Paquete Autopedagógico Regional (PAR)*. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica Social (ILPES).

Sarghini, J. (2002). Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la Provincia de Buenos Alres. (M. d. Aires, Ed.) *Cuadernos de Economía*(63).

Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panameña de Salud Pública*, 302-309.

Simon, S. (1988). Repensando McKeown: La relación entre la salud pública y el cambio social.

Soria Romo, R. (2004). La construcción del Sistema Nacional de Coordinación Fiscal: Poder y toma de decisiones en una esfera institucional. Obtenido de <http://www.eumed.net>: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/rsr/8c.htm>

Sotelo, R. (2009). Coparticipación municipal de la Provincia de Buenos Aires . La Plata: UNLP. Tesis de Maestría.

Sotelo, R. (2009). *Coparticipación municipal de la Provincia de Buenos Aires*. Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales. UNLP.

Stiglitz, J. (1988). *Economics of the Public Sector*. New York: R. Irwin.

Tarragona, S., & de la Puente, C. (2004). Federalismo fiscal y sanitario en Argentina". *INFOSALUD. Edición Especial*(1000).

Távora Orozco , L., Macharé, P., García Angulo, S., Guevara, E., Cabrera, S., Aguilar, J., . . . Burela, J. (2016). Barreras para el aborto seguro en el marco de la ley peruana. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* .

Tiebut, C. (1956). A Pure Theory of Local Expenditure. *The Journal of Political Economy*, 64(5), 416-424.

Tiebut, C. M. (1961). An Economic Theory of Fiscal Decentralization in Public Finance: Needs, Sources and Utilization. Princeton, Nueva Jersey: Princeton Nueva Jersey Press.

Tobar, F. (1998). Alternativas para la financiación hospitalaria en Argentina. *Medicina y Sociedad*, 21(1), 29-40.

Tobar, F., & Rodrigáñez Ricchieri, P. (2004). *Hacia un federalismo sanitario efectivo*. Ediciones Isalud.

Trujillo Salazar, L. P. (2008). Transferencias intergubernamentales y gasto local. Repensando la descentralización fiscal desde la revisión de la literatura. *Gestión y Política Pública*, 451-485.

Viego V, Vacchelli M. (2012). Eficiencia de centros de salud públicos bonaerenses: análisis basado en envoltorio de datos. *Asociación Argentina de Economía de la Salud, XLVII Reunión Anual*.

Weingast, B. (2009). Second Generation Fiscal Federalism: The implication of Fiscal Incentives. *Journal of Urban Economics* 65, 279-293.

Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen : Oficina para Europa de la OMS.

Wilkins, R. (2007). Documentos y Aportes n Administracion Publica y Gestion Estatal. *Red de Revistas Cientificas de America Latina, el Caribe, España y Portugal*, 27-33.

15. APÉNDICES

Apéndice 1. Experiencia internacional: modelos de distribución de ingresos y gastos en países desarrollados y en desarrollo

Dada la disparidad de modelos y compromisos que encontramos en la experiencia internacional y en función de los aspectos a ser considerados al momento de su traslación a nuestro país en base a la literatura analizada, se han revisado en profundidad algunos esquemas de coparticipación de recursos empleados por sistemas federales tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.

Países desarrollados: Alemania, Suiza, Estados Unidos, Canadá y Australia.

Países en desarrollo: México, Brasil

a) La experiencia en países desarrollados.

Alemania

El caso alemán es un caso muy particular, porque ha tenido que resolver el esquema de distribución para la Alemania unificada, a partir de la caída del muro de Berlín.

La Constitución Alemana encuentra una importante similitud con la Constitución Argentina, por cuanto ambas establecen los parámetros generales del sistema fiscal aceptado por el país.

El sistema alemán está asentado fundamentalmente en dos pilares importantes. El primero de ellos es la cláusula Miquel³⁴ que establece que “las contribuciones fijas de los Länder³⁵ se mantienen en la medida en que el gobierno central no establezca sus propios impuestos”. De esta forma los gobiernos subnacionales, en ambos países, mantienen toda la potestad impositiva que no sea ejercida por el gobierno central, dejando de esta manera que sean los gobiernos de segundo nivel los encargados de cobrar dichos impuestos. De esta forma durante casi treinta años los gobiernos subnacionales estuvieron sosteniendo al gobierno central. La segunda norma importante para el sistema alemán es la Cláusula de Frankenstein, que añadía una regla especial a la ley de aranceles de 1879, según la cual toda recaudación que exceda los 130 millones de marcos anuales en forma de gabelas, sumados al impuesto sobre el tabaco, debía entregarse a los gobiernos subnacionales en función a la población de cada uno. Es aquí como comienza a notarse cual es uno de los criterios utilizados al momento de distribuir los recursos entre los diferentes niveles de gobierno, y podría citarse como uno de los

³⁴ Art. 70 de la Constitución del Reich.

³⁵ Länder son los estados inferiores al nacional, puede establecerse una similitud con las “Provincias” argentinas.

más innovadores al momento de compartir un impuesto exclusivo del gobierno nacional con los gobiernos subnacionales.

La constitución alemana, como la argentina, distingue las potestades tributarias exclusivas de los distintos niveles de gobierno, debiendo diferenciarse entre la atribución para incorporarlos como ingresos y la facultad para legislar sobre los mismos.

A partir de 1969 bajo la nueva Constitución de post-guerra se establecieron las potestades tributarias entre los distintos niveles de gobierno de la siguiente forma:

Federación

- Monopolios sobre bebidas espirituosas
- Derechos de aduana
- Impuesto a las transferencias de capital
- Impuesto a los seguros
- Impuestos sobre la letra de cambio y
- Tributos exigidos por la Comunidad Económica Europea.

Los Länder

- Impuesto al patrimonio neto
- Impuesto a la herencia
- Impuesto sobre vehículos de motor
- Algunos impuestos sobre transacciones
- Impuesto sobre la cerveza e
- Impuestos que gravan el juego de casinos.

De esta forma se distribuyen los impuestos entre los distintos niveles de gobierno, dejando en claro la exclusividad de cada nivel de gobierno sobre cada uno de los impuestos.

La innovación introducida por el Sistema Fiscal Alemán es la creación de un “estanque fiscal” o impuestos compartidos o lo que en nuestro país podemos considerar como coparticipación o competencia concurrente. En Alemania se comparten entre la Federación y los Länder el Impuesto a la Renta y a las Sociedades y el Impuesto a las Transacciones. Estos impuestos compartidos son regulados por una Ley Federal aprobada por el senado alemán, que se basa en el desarrollo de las finanzas gubernamentales de ambos niveles de gobierno³⁶.

Como se señaló anteriormente la potestad de legislación, administración y apropiación del ingreso no corresponde al mismo nivel de gobierno. En el Cuadro 2, se detallan las

³⁶ Federalismo fiscal, op. cit.

funciones y potestades de los diferentes niveles de gobiernos en cada uno de los impuestos del régimen alemán.

Cuadro A 1. Distribución de potestades por tipo de impuestos. Alemania

Tipo de impuesto	Legislación	Ingreso	Administración
Derechos agrícolas	F/ UE	UE	F (ADUANAS)
Impuesto a la cerveza	F	L	F (ADUANAS)
Apuestas y lotería	F	L	L
Impuestos s/ bebidas	L	C	C
Impuesto a los rendimientos de capital	F	F/ L	L*
Impuesto eclesiástico	L	IGLESIAS	L (IGLESIAS)
Impuesto al café	F	F	F (ADUANAS)
Impuesto s/compañías	F	F	L*
Derechos de corresponsabilidad s/ granos	F / UE	UE	F (ADUANAS)
Derechos de corresponsabilidad s/ leche	F/ UE	UE	F (ADUANAS)
Impuesto a la renta de sociedades	F	F / L	L*
Impuestos aduaneros	F	UE	F (ADUANAS)
Impuestos s/ mascotas	L	C	C
Impuestos s/ entretenimientos	L	C	C
Derechos de exportación	F/ UE	UE	F (ADUANAS)
Protección de incendios	F	L	L
Derechos por juegos de casinos	F	L	L
Impuesto s/ caza y pesca	L	C	C
Impuesto s/ importación	F	F / L ⁽¹⁾	F (ADUANAS)
Impuesto a la renta	F	F / L	L*
Herencias y donaciones	F	L	L
Impuestos s/ seguros	F	F	L*
Impuesto de iluminación	F	F ⁽²⁾	F (ADUANAS)
Derechos de venta de tóxicos	L	⁽²⁾	C
Derechos de cuota láctea	F/ UE	UE	F (ADUANAS)
Impuesto al petróleo	F	F	F (ADUANAS)
Impuesto s/ automotores	F	L	L
Impuesto al patrimonio neto	F	L	L
Impuesto a la propiedad real	F	C	L / C
Impuesto a la transferencia de propiedad real	F	L**	L

Tipo de impuesto	Legislación	Ingreso	Administración
Impuesto a la sal	F	F	F (ADUANAS)
Sobretasa de solidaridad	F	F	L
Impuesto a vinos espumantes	F	F	F (ADUANAS)
Impuesto y monopolio de espirituosos	F	F	F (ADUANAS)
Dcho. a la producción de azúcar	F/ UE	UE	F (ADUANAS)
Impuesto sobre el azúcar	F	F	F (ADUANAS)
Impuesto al tabaco	F	F ⁽³⁾	F (ADUANAS)
Impuesto comercial	F	C	L / C
Impuesto de transacciones (IVA)	F	F / L	L*
Impuesto sobre el salario	F	F / L ⁽⁴⁾	L*
Retención de impuestos a la renta s/ no residentes	F	F / L	L*

Fuente: (Asensio, 2000) Referencias: F (gobierno federal); L (Länder) C (comunas) UE (Unión Europea)

Notas: * En nombre del gobierno federal, ** la parte del impuesto a las transferencias reales de propiedad que fluye hacia las comunas y asociaciones de comunas varias de acuerdo con las leyes de cada estado (länder). (1) incluye la participación a comunas. (2) distritos rurales y urbanos. (3) con participación al Gobierno Federal y gobiernos estatales. (4) incluyendo la parte de las comunas

La función de administración de un impuesto incluye también su recaudación. En su mayoría los impuestos son legislados por el gobierno federal buscando siempre la igualdad de oportunidades en todo el territorio. Este desequilibrio a favor del gobierno central se encuentra equilibrado, en parte, por la facultad de administrar y recaudar los impuestos, dejando a los gobiernos locales la recaudación del 50% de los mismos. De esta manera, los gobiernos locales reciben ingresos de forma exclusiva y de forma concurrente cuando recaudan los impuestos de la Federación. Queda de manifiesto de esta forma que los gobiernos subnacionales son los encargados de recaudar los impuestos. Los gobiernos comunales pueden recaudar impuestos sólo en la medida en que exista delegación y autorización por parte de los Länder.

En relación a la asignación de responsabilidades de gastos, la responsabilidad que asume cada nivel de gobierno puede nacer de la propia Constitución Nacional o con el establecimiento de normas, tratados, convenios, o leyes específicas que regulen el ejercicio de cada una de ellas.

El sistema alemán reconoce a través de disposiciones constitucionales un "federalismo cooperativo", por medio del cual permite la convergencia de distintos niveles de gobiernos al momento de prestar servicios a la comunidad. Este caso particular muestra una suerte de coordinación entre los distintos niveles de gobierno para poder desarrollar de la mejor y más eficiente forma la prestación de los servicios públicos.

Pese a la existencia de una tendencia a la cooperación entre los distintos niveles de gobierno, la Constitución reconoce asignaciones específicas para los tres niveles de gobiernos en particular.

Las comunas o los gobiernos de menor nivel suelen ocuparse de servicios públicos de índole monopólica como los de agua y energía eléctrica, cloacas y desperdicios, el mantenimiento de calles y carreteras locales y, en conjunto con los Länder, el sistema escolar y los asuntos culturales. A las comunas se les asigna también ciertas responsabilidades por parte de la Federación y los Länder, como las referidas a los beneficios suplementarios de bienestar social, entre otras. La distribución de las responsabilidades hacia niveles inferiores de gobierno se establece de forma de poder administrar mejor los servicios brindados.

Por otro lado, los Länder, según la Constitución, son los encargados de llevar a cabo la gran mayoría de tareas gubernamentales, a saber: Salud, Educación, Cultura, Justicia, Policía, y todo lo que expresamente no se haya delegado a la Federación.

Los Länder son también responsables de todas aquellas actividades conjuntas realizadas con la Federación.

De acuerdo con la constitución, la Federación es la responsable de asumir todas aquellas responsabilidades que hacen al mantenimiento del país como un todo, por ello se encarga de:

- Relaciones exteriores
- Seguridad externa
- Mantener el orden social interno
- Promocionar el desarrollo económico
- Realizar investigaciones a gran escala
- Sistema ferroviario
- Servicio de correos
- Asistir financieramente a los Länder
- Coordinar inversiones entre los Länder

Si bien se determinan funciones exclusivas para cada uno de los niveles de gobierno, existen dentro del sistema federal alemán un conjunto de actividades o funciones que son desarrolladas de modo concurrente por dos niveles de gobierno.

El art. 91 de la Constitución establece que “la Federación participará en el desempeño de las responsabilidades de los Länder, asumiendo que tales responsabilidades son importantes para la sociedad en su conjunto...”. Para el desarrollo de esas tareas (educación superior e integración económica regional) la Federación asume financiar la mitad de los gastos con cada uno de los estados donde se realice la actividad.

En cuanto a las transferencias intergubernamentales, y considerando que los responsables de la recaudación son los Länder, se establecen transferencias que operan desde los gobiernos locales hacia el gobierno central o Federal. Este esquema se constituye en una suerte de coparticipación invertida, en sentido exactamente opuesto al vigente en Argentina.

El sistema alemán de transferencias posee características particulares al emplear tanto criterios devolutivos como redistributivos. El impuesto a las transacciones (símil IVA) se coparticipa desde el nivel central hacia los estados locales bajo el siguiente criterio:

un 75% en función a la población y

el 25% restante se destina a los estados con recaudación inferior al promedio per cápita nacional para estimular su vocación recaudatoria.

De esta forma, existen transferencias entre los Länders (25%) para encontrar una equidad horizontal desde los que tienen mayor capacidad contributiva hacia los de menor capacidad (Asensio, 2000).

De igual manera existen transferencias verticales entre distintos niveles de gobierno en busca de producir un crecimiento proporcional de toda la Federación.

Suiza

Suiza es un caso particular de los países analizados en Europa, ya que está formado políticamente por aproximadamente tres mil gobiernos municipales o comunas, veintiséis cantones³⁷ o gobiernos de segundo nivel y todos ellos en conjunto forman una confederación. Esta disposición política, es similar en cantidad a la distribución política presentada en nuestro país, con la diferencia clara de espacio territorial ocupado y su geografía.

Su régimen legal se articula a partir de la Constitución de 1848 y sus posteriores modificaciones, siendo la misma el basamento jurídico de su sistema tributario y de responsabilidades civiles.

La Constitución de Suiza establece en forma explícita “Los cantones son soberanos, a menos que tal soberanía sea limitada expresamente por la Constitución Federal...”, por lo tanto, los cantones mantienen todos los derechos tributarios no cedidos a la Confederación por la propia Constitución. De igual forma que sucede en Argentina, cuando se establece que las provincias conservan todo el poder no delegado a la Nación, privilegiando la soberanía de las provincias por sobre la Nación.

Por otro lado, los municipios poseen la posibilidad de establecer impuestos o tasas, sólo si los cantones los autorizan a hacerlo. De la misma forma que sucedía en Argentina hasta antes de la Reforma de 1994, donde los municipios eran considerados entes con una autonomía inferior a la de las provincias. En la actualidad algunas provincias han modificado sus constituciones provinciales y les han otorgado la autonomía municipal contemplada en la reforma.

³⁷ Los Cantones los podemos comparar en Argentina con las Provincias.

Originariamente los recursos provenientes de los impuestos indirectos estaban reservados para la Confederación, dejando a los cantones la potestad exclusiva de los impuestos directos. En Argentina los impuestos indirectos, son concurrentes Nación-provincias y los impuestos directos son provinciales, aunque la Nación concurre bajo tres restricciones: que sea por tiempo determinado; que los imponga en forma proporcionalmente igual en todo el territorio de la nación; y que se justifique por razones específicas.

Al igual que la Confederación, los municipios poseen la potestad tributaria que los cantones en sus constituciones cantonales les han expresamente delegado y dependen también de las funciones realizadas por los diferentes municipios. En cuanto que las financiaciones de las actividades desarrolladas por los mismos dependen también del financiamiento con el que cuentan.

Por su parte, los gobiernos cantonales como ya se mencionó poseen el poder de legislar sobre todos los impuestos no reservados a la Confederación. De esta forma los gobiernos cantonales pueden establecer cualquier tributo salvo en los siguientes casos en particular:

Doble imposición intercantonal.

Impuestos especiales sobre cualquier rama del comercio o de la industria.

Imposibilidad de grabar al Banco Nacional Suizo.

Impuestos exclusivos del gobierno federal.

En esta materia los cantones encuentran sus limitaciones soberanas, dado que, a pesar de tener la capacidad de cobrar impuestos, esta se encuentra limitada por las facultades cedidas a la Confederación.

El Cuadro 3 presenta cómo se han distribuido los gastos según cada nivel del gobierno de que se trate.

Cuadro 1. Asignación de funciones por niveles de gobierno. Suiza

Nivel	Serv. Grales	Defensa	Educación	Salud	Seg. Soc. y Bienestar	Vivienda y Recreación	Servicios Comunitarios	Servicios Económicos	Otros	TOTAL
Federal	39,6	84,2	10,1	43,3	82,1	8,4	6,7	36,7	34,8	47,9
Cantonal	25,8	8,7	55,3	34,6	11,12	23,5	30,4	45,6	29,2	29,7
Municipal	34,7	7,1	34,6	22,1	6,7	38,1	62,9	17,7	26,1	22,4

Fuente: Asensio, (2000)

El hecho de que un nivel de gobierno se encuentre con la responsabilidad de desarrollar una función no significa que dicha función deba ser financiada por ese mismo nivel de gobierno, pudiendo en algunos casos ser compartidos los costos de brindar los servicios con el objeto de mejorar la prestación del mismo

Así, los cantones realizan todas aquellas actividades que expresamente no hayan sido delegadas al gobierno federal, es aquí donde en algunos casos existen funciones concurrentes entre los cantones y la Confederación. Tal es el caso, por ejemplo, de “la construcción y preservación de rutas”, siendo estos aspectos realmente importantes al considerarse la geografía del país. Sin embargo, son muy importantes las actividades que el gobierno cantonal realiza en forma casi exclusiva en lo que se refiere a salud y educación.

En relación al modo en que se instrumentan las transferencias intergubernamentales, en Suiza se identifican cuatro tipos de transferencias: condicionadas, no condicionadas, reembolsos y coparticipación de impuestos.

Esta diversidad de alternativas de transferencias hace que el propósito de cada una tenga un significado particular:

Condicionadas: las transferencias de este tipo son otorgadas por el gobierno federal con la intención de buscar una igualación entre todos los cantones y los municipios. Dentro de las transferencias condicionadas se observan dos variantes. Un primer tipo son aquellas que se realizan con un fin o propósito determinado y no obligan al nivel que las recibe a ninguna erogación conjunta, y una segunda variante que, por el contrario, generan al nivel que la recibe a cofinanciar la función para la cual se destinó la transferencia. El primer tipo de transferencias normalmente corresponden a las que otorga el gobierno federal a los cantones para igualar los servicios otorgados en todos el territorio (ejemplo, las rutas y la educación primaria), y pueden ser realizadas en montos

específicos o de forma de igualar gastos per cápita entre habitantes³⁸. La segunda variante, exige un aporte del nivel de gobierno receptor, para el cumplimiento de un objetivo determinado.

No condicionadas: Las transferencias no condicionadas son poco relevantes en este país y se producen, predominantemente desde el nivel cantonal al municipal (Asensio, 2000).

Reembolsos: Los reembolsos se producen en el momento en que el gobierno federal delega en los cantones funciones que le son propias y por esta razón compensa los costos en que incurre el nivel de gobierno para brindar ese servicio.

Coparticipación de impuestos: La coparticipación en los impuestos nace se establece a partir de la delegación de la recaudación del producido de aduanas, que hacen los cantones hacia la Confederación. La otra razón que justifica la coparticipación de impuestos, es la administración de ciertos tributos por parte de los cantones que son compensados por los costos en que incurren para tal administración.

De esta forma, el principal objetivo que persigue el gobierno suizo es el de igualar los recursos o gastos per cápita en toda la Confederación y, de esta forma, la variable preferida para la distribución de los recursos es la población. Sin embargo, no deja de resultar relevante la distinción que realizan en materia de reembolsos, dado que los cantones al estar desarrollando actividades que le son propias a la Confederación reciben los recursos necesarios para financiar tales actividades. Es un esquema similar al de la provincia de Buenos Aires en relación con el sistema de coparticipación municipal que distribuye recursos por variables relacionadas con la producción de servicios de salud, con el cual se pretende contribuir al financiamiento de la prestación de servicios de salud por parte de los municipios (con la salvedad de que en Buenos Aires los recursos que reciben los municipios no son reembolsos, sino que son transferencias no condicionadas que pueden ser asignadas libremente por las autoridades comunales y ser destinadas a las prioridades establecidas por cada municipio).

Australia

Australia está formada políticamente por tres niveles de gobierno, al igual que todos los analizados hasta ahora: el gobierno federal, los estatales y los locales. El gobierno federal es el encargado de recaudar cerca del 80% de los ingresos de la Federación lo que permite delinear un sistema de transferencias intergubernamentales de carácter verticalista.

Australia es un país que posee un federalismo fiscal similar al argentino en cuanto a la centralización de los ingresos. Normalmente se comparan ambos países con Canadá

³⁸ Un claro ejemplo sería igualar el presupuesto por alumno otorgado en cada Cantón, mostrando de esta forma un tope en las transferencias, cosa poco resaltada en los sistemas de coparticipación.

debido a su similitud en cuanto a su estructura productiva y la explotación de sus recursos.

La potestad tributaria en este país se caracteriza, como ha sucedido en algún momento en Argentina, por la marcada separación de fuentes, estableciendo claramente potestades tributarias exclusivas a cada nivel de gobierno.

Sin embargo, y aún a pesar de existir el principio de separación de fuentes, el control federal sobre todo recurso de origen tributario está siempre presente. La distribución exclusiva de fuentes se establece de la siguiente forma:

Gobierno federal:

- Impuesto a la renta.
- Las Sisas.³⁹
- El impuesto a la renta de sociedades.
- El impuesto a las ventas.
- Los ingresos de aduanas.

Gobiernos estatales:

- Impuesto sobre salarios.
- Impuesto inmobiliario.
- Impuesto de sellos
- Impuestos sobre vehículos automotores.

El gobierno central, al hacerse cargo del impuesto a la renta -que representa cerca del 40% de la recaudación total-, el impuesto a las ventas, los internos y los aduaneros, detenta en sí un poder fiscal por sobre los estados realmente fuerte, aproximando el federalismo más a un sistema unitario que federal.

Desde 1975, los estados australianos están autorizados a imponer sus propios impuestos sobre la renta de forma de cuota suplementaria a la impuesta por el gobierno federal, pero, sin embargo, hasta el momento ningún estado lo ha implementado.

La distribución de las funciones entre el gobierno central, los estados y gobiernos locales se realiza casi de forma similar que en todos los países.

Es común encontrar que en la mayoría de los países federales los gobiernos centrales se ocupen de actividades tales como:

- Defensa exterior.
- Relaciones exteriores.
- Comercio internacional e interestatal.

³⁹ Las Sisas son un tipo de tributo que se paga por razón de los mantenimientos que constan de peso y medida en Australia. Similar al IVA en nuestro país

- Control y actividades marítimas.
- Control de la moneda.
- Banco nacional.
- Pensiones.

Las actividades que desarrollan los gobiernos federales suelen repetirse en la mayoría de los casos, con algunas variantes de menor importancia, tal podría ser el caso de las pensiones, que en otros modelos corresponde a los niveles estatales.

La constitución australiana además establece que los estados serán responsables de:

- Educación.
- Servicios sociales.
- Salud.
- Transporte.
- Ferrocarriles.
- Electricidad.
- Agua potable.

De este modo, los estados australianos poseen una gran responsabilidad en lo concerniente a la prestación de servicios públicos. Esta asignación marca una notoria diferencia con el caso argentino, donde la responsabilidad de la prestación de servicios de electricidad, ferrocarriles o agua potable, son competencia del gobierno central.

Desde el punto de vista del gasto, es evidente que los mayores gastos en que se incurre para brindar servicios públicos los deben soportar los estados y no el gobierno central, por tanto, el sistema de transferencias intergubernamentales se orienta a atender esta característica y reviste vital importancia a los efectos de garantizar la prestación de los servicios públicos por parte de los estados.

La marcada diferencia entre los recursos recaudados por los distintos niveles de gobierno y sus responsabilidades muestra que, mayoritariamente, las transferencias se efectúan atendiendo un fin específico por lo que se establecen como transferencias condicionadas.

El sistema de transferencias australiano se caracteriza por distinguir dos tipos de transferencias, las corrientes y las de capital o adelantos. Las transferencias corrientes, destinadas por ejemplo a salud, educación, vivienda o desarrollo regional, pueden ser clasificadas a su vez en generales o específicas.

Por otro lado, las transferencias de capital se dividen en generales y específicas. Las específicas poseen un destino claro y preestablecido, mientras que las generales poseen solamente la clasificación de capital, pudiendo destinarse a cualquier bien de capital. De esta forma queda constituido el sistema de transferencias australiano.

Este sistema contempla también una suerte de “piso de garantía” para los estados de forma de asegurar un flujo continuo de liquidez.

La evolución de las transferencias ha seguido un criterio de equidad horizontal entre los estados miembros y se establecieron como una forma de atender las necesidades fiscales de todos los estados. De esta forma -como surgiera de los aportes de Mathews (1995)- la distribución secundaria se establece a partir del reparto del 40% de lo producido por el impuesto a la renta. Estas transferencias son monitoreadas por la “Commonwealth Grants Commission”. La forma de buscar la equidad horizontal se materializa a partir de establecer la distribución según la siguiente fórmula:

$$G_i = \left(\frac{B_i}{SB_i} \right)$$

Donde:

G_i = participación del estado i en el 40% de la recaudación

G = 40% de la recaudación

B_i = necesidad diferencial de recursos + requerimientos adicionales de gasto – necesidades compensadas por otras transferencias federales

B_i/SB_i = participación respecto del total coparticipado.

De la fórmula precedente se desprende que lo que recibe cada estado se determina en función de la necesidad particular que ese estado tiene, buscando principalmente cubrir los costos de provisión de servicios; aunque también se contempla el hecho de que algunos estados pueden estar percibiendo algún otro tipo de subsidio por parte del Gobierno Federal que podrían ser destinado parcialmente a cubrir también los costos de los servicios públicos. De esta forma cada estado recibe transferencias en función a los costos que presenta.

Sin embargo, este sistema también puede generar incentivos a la ineficiencia, porque siempre que se incrementen los costos de proveer los servicios es posible obtener una mayor cantidad de recursos. Esto se solucionó con la creación de la comisión de subsidios, que se mencionó previamente.

Canadá

Canadá se encuentra políticamente formado por diez provincias y dos territorios nacionales y a su vez cada provincia está compuesta por municipios.

Los principios, bases y fundamentos del federalismo fiscal canadiense se encuentran reflejados en la Constitución Federal de 1982, donde se establecen las potestades tributarias de cada nivel de gobierno.

El gobierno federal no tiene restricciones de ningún tipo a la hora de establecer tributos, puede establecer tanto impuestos directos como indirectos, aunque en los hechos ha optado por aquéllos que le proporcionan los mayores volúmenes de recaudación, como son los impuestos aduaneros, a la renta, al valor agregado y a los consumos.

A los gobiernos provinciales les quedan como facultad tributaria los “impuestos directos” y a los gobiernos municipales se les reservan las potestades tributarias delegadas por las provincias, tal es el caso en Argentina. De esta forma el sistema tributario de Canadá posee una marcada similitud con el sistema argentino y particularmente en lo que refiere a la relación de los municipios con la provincia de Buenos Aires.

La distribución de potestades tributarias establecidas en la constitución canadiense, se conforma entonces del siguiente modo:

Gobierno Federal

- Impuestos sobre la renta de personas y corporaciones.
- Impuestos sobre el consumo de bienes específicos.
- Impuesto al valor agregado.
- Impuestos aduaneros.

Gobiernos Provinciales

- Impuestos a la renta.
- Impuestos sobre las ventas minoristas.
- Impuestos sobre la gasolina.
- Impuestos sobre explotación del suelo.
- Otros impuestos o tributos.

Gobierno Municipal

- Impuesto inmobiliario.
- Impuestos sobre el consumo de agua potable.
- Tributos sobre la explotación de negocios.⁴⁰

Los gobiernos locales son responsables de la administración y recaudación de aquellos tributos que presentan las menores posibilidades de ser eludidos, en función a su cercanía con los consumidores. Lo cual evidencia que en la mayoría de los países analizados los gobiernos locales suelen ser más eficientes en el cobro de impuestos de lo que resultan los gobiernos centrales, a diferencia de lo que se observa en el caso argentino donde la mayor parte de los tributos recaen en los niveles superiores de gobierno, justificados en las posibilidades de lograr economías de escala en la recaudación, aunque la evidencia no es concluyente en este sentido.

La asignación de funciones en Canadá es similar a lo que se observa en otros países federales, como se puede observar en el Cuadro 3.

⁴⁰ Este puede asimilarse a la tasa de Seguridad e Higiene cobrados en la Provincia de Buenos Aires.

Cuadro 3. Estructura de gasto público. Asignación de funciones. Canadá

Nivel	Servicios Generales	Defensa.	Seguridad y orden p	Educación	Salud y bienestar social	Vivienda y renovación	Recursos naturales y sector	Transporte y comunicaciones	Otros	Total
Federal	59,9	100	0	7,3	47,3	19,2	42,2	28,1	58,2	41,9
Provincial	28,4	0	52,3	50,9	48,3	28,4	57,8	37,8	33,9	41,9
Local	11,7	0	47,7	41,8	4,5	52,3	0	34,1	8	16,2
% del Total	7,5	2,8	2,7	15,2	39,7	5,4	2,8	4,9	19	100

Fuente: Asensio, Miguel "Federalismo Fiscal"

Canadá, al igual que Argentina, delega en los gobiernos provinciales la responsabilidad de prestar los servicios públicos, tales como educación y salud. Es por esta razón que las potestades tributarias también han sido modificadas con el correr del tiempo, para poder hacer frente a los costos de la prestación de dichos servicios.

Como se desprende del cuadro precedente, el gobierno nacional como los provinciales participan en igual proporción del gasto total (aproximadamente el 42%), dejando a los gobiernos municipales una menor participación, cercana al 16%. Pese a esta equilibrada distribución de los gastos, la distribución de los recursos no sigue este mismo lineamiento, mostrando un claro desequilibrio a favor del gobierno central. La débil correspondencia fiscal hace que, un alto porcentaje de los gastos del gobierno central estén comprometidos a realizar transferencias intergubernamentales.

Las transferencias entre niveles de gobierno en Canadá, adoptan cuatro modalidades diferenciadas:

Pagos de igualación o sistema de igualación de ingresos tributarios: Este tipo de transferencias, no condicionadas, buscan equilibrar la capacidad fiscal de las provincias más pobres. De esta forma, se toma como base la recaudación promedio de cinco provincias representativas y se transfieren fondos a aquellas cuya recaudación se encuentran por debajo de tal promedio. Esta capacidad fiscal se estima como el monto de ingresos impositivos per cápita que sería generado por aplicación de las alícuotas impositivas nacionales promedios.

Programas establecidos de financiamiento: En tanto transferencias condicionadas, son generalmente utilizadas para el mantenimiento de servicios como educación y salud, similares a los empleados en otros gobiernos federales. Tienen por objetivo lograr establecer pisos mínimos de prestaciones entre los niveles subnacionales.

Programa canadiense de asistencia: Este programa define las transferencias del gobierno central a los gobiernos municipales con fines específicos en cumplimentar algún tipo de programa de asistencia social.

Acuerdos de recaudación de impuestos: es la forma más común que poseen los diferentes niveles de gobierno de distribuir los recursos. De esta forma se estaría dejando lugar para que la provincia que acepta recaudar los impuestos federales en su jurisdicción le retiene a la federación un porcentaje de lo recaudado en concepto de costos administrativos. De la misma forma puede suceder entre los gobiernos provinciales y los gobiernos municipales.

La organización federal canadiense contiene tanto transferencias generales o incondicionadas, donde el gobierno que recibe la transferencia puede disponer de los recursos de forma completamente autónoma, y transferencias específicas o condicionadas, donde los fondos deben ser utilizados con un fin determinado y en las que pueden establecerse condicionantes a cumplimentar por parte del gobierno que las recibe.

Los pagos por igualación, persiguen el objetivo de lograr determinada equidad horizontal entre provincias, dado que una de las formas de distribuir los recursos es en función a la capacidad fiscal y buscando salvaguardar las provincias más pobres. Sin embargo, la forma en que se calcula la capacidad fiscal, podría conducir a que en el caso que las provincias tomadas como promedio no crezcan en términos de recaudación, podrían producir “estancamientos fiscales”, donde a ninguna de las restantes le convendría crecer por sobre el promedio.

Estados Unidos

Estados Unidos encuentra su sistema federal afirmado en la constitución de 1789 y sus numerosas modificaciones.

Estados Unidos nació como una confederación en 1789, donde los estados se unieron con el fin de lograr beneficios económicos mutuos resultantes de tal unión. Es por ello, que en un primer momento los gobiernos estatales conservaban una importancia significativa en cuanto a ingresos y gastos, y con la evolución del federalismo y las responsabilidades globales asumidas por el país, la importancia de los estados se vio soslayada por el gobierno central.

Políticamente se divide en 50 estados y un distrito federal y más de 80.000 gobiernos locales, siendo la gran mayoría de ellos distritos especiales, no conformando un condado o unidades urbanas.

Al momento de crearse la confederación, los estados miembros cedieron al gobierno central la potestad de establecer los impuestos indirectos más importantes en términos recaudatorios: los aduaneros -al igual que sucede en la mayoría de los gobiernos federales-. Además de ello podía aplicar todo tipo de impuestos. En el Cuadro 4, se puede observar la estructura recaudatoria de los Estados Unidos por niveles de gobierno.

Cuadro 4. Estructura recaudatoria por niveles de gobierno. Estados Unidos

Nivel	Impuesto a la Renta	Sobre Salarios	A la Propiedad	Indirectos Internos	Aduaneros	Otros	No tributarios	Total
Federal	80,6	97,5	5,7	16,3	100	100	23,3	57
Provincial	17,6	2,5	6,7	68,3	0	0	46,7	25,9
Local	1,8	0	87,7	15,4	0	0	30	17,1
% del Total	35,4	20,8	9,7	13,7	0,9	0	19,6	100

Fuente: Asensio, Miguel "Federalismo Fiscal"

Es de particular importancia la enmienda dieciséis de la Constitución norteamericana, que en su art. 1º, sección 8va. otorga al congreso nacional la facultad de imponer y recaudar tributos, derechos, aranceles de importación e impuestos específicos. De esta forma, queda evidenciada la importancia del gobierno central por sobre los estados, en cuanto al poder tributario que se le concede.

En la actualidad el sistema impositivo federal se encuentra integrado por cinco tributos primordiales:

- Impuesto federal a la renta de las personas.
- Impuestos sobre salarios que financian la seguridad social y la asistencia médica.
- Impuestos a la renta de corporaciones.
- Impuestos sobre consumos específicos.
- Impuestos aduaneros.

Por otra parte, los estados han pasado de tener un poder tributario importante en los comienzos de la confederación a poseer, en la actualidad, sólo un poder residual. Según la décima enmienda "los poderes no delegados a los Estados Unidos por la Constitución, ni prohibidos por ésta a los estados son reservados respectivamente a los estados o al pueblo". De esta forma puede verse que los gobiernos locales poseen todo el poder que no se delegó a la confederación. Los estados, por la constitución, no podrán:

- Fijar impuestos arbitrariamente.
- Discriminar contra residentes de otros estados.
- Fijar impuestos sobre las importaciones de otros estados.

Aunque pareciera que el poder residual que le queda a los estados es muy acotado estos poseen libertades para restringir, por medio de sus constituciones, la presión impositiva y los gastos propios de cada estado⁴¹.

Los estados gravan:

- Ingresos personales y corporativos.
- Ventas finales.⁴²
- Consumo de bienes específicos.

Por su parte, los gobiernos locales poseen la potestad tributaria delegada por los estados. De esta forma el poder fiscal de los gobiernos locales depende claramente del estado y de la descentralización impositiva que exista. Estos se encuentran principalmente integrados por:

- Impuestos sobre la propiedad.
- Impuestos personales y corporativos a la renta.
- Impuestos locales sobre ventas.

Se observa una suerte de concurrencia impositiva que permite que los tres niveles de gobierno, establezcan impuestos sobre la misma base y sean cobrados en forma separada unas de otras, constituyéndose en un sistema impositivo de concurrencia manifiesta. El ejemplo más claro se observa en el impuesto a la renta, el que forma parte de la estructura impositiva de los tres niveles de gobierno.

De igual forma que la constitución contempla la distribución de potestades tributarias para cada nivel de gobierno, también establece el destino que debe darse a los impuestos: “pagar las deudas y proveer a la defensa común y el bienestar general...”. De esta forma al contemplar para el gobierno federal “el bienestar general”, no establece límites a su gasto, ya que todo gasto procura el bienestar general. El límite del gasto estaba determinado por la interpretación que el congreso y los tribunales tenían del bienestar general.

Los estados en consecuencia son responsables de realizar el conjunto de actividades no realizadas por el gobierno central. De la misma manera, los gobiernos locales poseen las funciones que cada constitución estatal les brinda a partir de la soberanía de los estados.

En la actualidad el gobierno central se ha ocupado de actividades tales como:

- Defensa nacional
- Seguridad social
- Deuda pública

⁴¹ En los últimos 20 años se notó esta tendencia a restringir el gasto de los estados.

⁴² Esta fuente de financiamiento es una de las más fuertes dentro de los estados.

- Subvención de la agricultura
- Protección de los recursos naturales

De esta forma, el gobierno central además de realizar las citadas funciones actúa también como un fuerte subvencionador de los gobiernos locales ya que posee la potestad sobre los impuestos de mayor importancia dentro del sistema tributario.

Los gobiernos locales se encuentran en la actualidad abocados a servicios de directa relación con la población, entre los cuales pueden citarse:

- Educación
- Salud
- Transporte intraurbano
- Protección Contra incendios
- Policía
- Carreteras, etc.

En general, los estados se dedican exclusivamente a prestar aquéllos servicios que poseen un efecto derrame para los ciudadanos que se encuentran dentro de sus territorios, permitiendo de esta forma que se internalicen las externalidades positivas obtenidas por el efecto derrame. También funcionan como financiadores de los gobiernos locales, que a su vez pueden actuar como nuevos prestadores de servicios.

Las transferencias intergubernamentales representan en Estados Unidos una cuantía muy importante y otorgan al nivel que las entrega un fuerte poder sobre el nivel que recibe las transferencias. Se emplean dos tipos de transferencias del gobierno federal a los estados. Por un lado, existen las transferencias no condicionadas, por medio de las cuales los gobiernos que las reciben pueden disponer de ellas libremente; y por otro lado las más importantes y representativas, que son las transferencias condicionadas, que en algunos casos forman parte de una transmisión de poder del gobierno otorgante. Este último es el más utilizado y muestra el centralismo político y el poder que posee el nivel central hacia todos los demás niveles de gobierno.

Debido a que en los distintos territorios coexisten zonas de muy bajos recursos, y zonas con mayores ingresos per cápita, el gobierno central puede realizar transferencias destinadas a organizaciones no gubernamentales o simplemente a personas en particular, buscando de esta forma que se igualen los ingresos per cápita.

La gran disparidad de ingresos y razas buscan ser igualadas por medio de las transferencias que realiza el gobierno federal, como bien entienden algunos autores como Stiglitz (1988), el objetivo tiende a buscar igualar condiciones particulares que se presentan dentro del propio estado. A diferencia de otros países como Canadá o Australia donde se persigue la igualación de la capacidad contributiva de los habitantes, en Estados Unidos no necesariamente se busca la igualdad de ingresos de los habitantes. Es importante hacer esta distinción, porque no siempre las transferencias se otorgan para ser distribuidas a todos los habitantes por igual, sino que en la mayoría de

los casos se busca igualar las condiciones particulares de los individuos, con independencia del territorio y del nivel de ingresos promedio del lugar en que resida. Las transferencias son utilizadas como premios y castigos a ciertos comportamientos buscados por el gobierno central. No respondiendo necesariamente a criterios obtenidos por algún indicador objetivo.

b) La experiencia en países en vías de desarrollo

Para el desarrollo de este apartado se han seleccionado los dos países más grandes de Latinoamérica: México y Brasil.

Ambos son países con una organización política federal y poseen un sistema de transferencias intergubernamentales con características similares a las que existen en Argentina.

En este contexto se presentan las dos naciones más importantes de América latina en cuanto a su organización Fiscal.

México

La República de los Estados Unidos Mexicanos es una federación que se encuentra constituida políticamente por 31 estados y un distrito federal. Posee una población aproximada de 12443 millones de habitantes, más del triple de la población Argentina.

México posee un sistema fiscal muy parecido al de Argentina y al de Australia, concentrando la mayor parte de sus recursos fiscales en el nivel superior de gobierno lo que conduce a una abrumadora concentración de los recursos en el gobierno federal, permitiéndole la obtención permanente de un superávit en las cuentas públicas primarias, utilizado principalmente para el pago del endeudamiento público.

Corresponden como recursos exclusivos del nivel superior de gobierno los siguientes impuestos:

- Impuesto sobre la renta.
- Impuesto sobre las ventas.
- Otros impuestos sobre bienes específicos⁴⁴.

Los niveles de gobierno subnacionales, por su parte, basan sus recursos principalmente en los impuestos sobre la propiedad o impuestos prediales. Si bien estos tributos son determinados y legislados por los estados, son recaudados por los municipios, al igual que en Alemania, donde el nivel de gobierno que legisla un tributo puede no ser el mismo que lo recauda. Tanto los estados subnacionales como los municipios mexicanos, son los responsables de la provisión de los servicios públicos.

⁴³ Censo de población de 2010.

⁴⁴ Relacionados con el comercio exterior.

Los estados a su vez, coordinan con el gobierno central la participación en los impuestos federales recaudados en cada jurisdicción, tema que será abordado en profundidad al momento de comentar las transferencias intergubernamentales.

A diferencia de otras naciones analizadas hasta el momento, México posee una importante correspondencia fiscal. El gobierno central es responsable de la gran mayoría de actividades, como también de la recaudación de impuestos. En forma exclusiva, realiza actividades como:

- Estabilización de la moneda.
- Estabilización del empleo.
- Defensa exterior.
- Asuntos exteriores.
- Inmigración.
- Preservación del mercado interno común.
- Comercio interestatal.
- Agricultura.
- Industria.
- Transporte aéreo y ferroviario.

Sin embargo, la provisión de bienes públicos posee algunos matices particulares ya que algunas actividades son realizadas en forma conjunta entre el gobierno federal y los estados; y entre los estados y los gobiernos locales. Los dos niveles superiores de gobierno desarrollan actividades conjuntas en los sectores de salud y educación. En lo referente al sector Educación, la distribución de potestades se realiza de manera que el gobierno federal es responsable de cerca del 70% de los alumnos primarios y secundarios, dejando a los estados el restante 30%. De forma inversa ocurre en materia universitaria, donde la importancia en la prestación del servicio es igualmente opuesta, dejando al gobierno federal el 30% del alumnado y responsabilizándose del 70% restante los gobiernos locales.

En lo referente a la prestación de la Seguridad Social, actividad comúnmente desarrollada por el gobierno federal, México no es la excepción. Esta actividad es desarrollada por el gobierno federal en forma exclusiva y fue creciendo con el correr de los años su importancia respecto de las demás responsabilidades. Después de los subsidios alimentarios, el principal rubro del gasto federal, luego de la educación y los intereses de la deuda, es la seguridad social.

De la misma forma que ocurre en todos los países, sean avanzados o no, el desarrollo de actividades por un nivel de gobierno depende generalmente de la capacidad efectiva para llevarlas a cabo. De esta forma queda en evidencia que todas aquellas actividades que desarrollan los gobiernos locales requieren de una especialización y una desconcentración particular de la responsabilidad. Es así que, para el desarrollo de actividades como salud, educación y en algunos casos seguridad (policía), requieren de una desconcentración del gasto que lo hacen en principio, más eficiente.

El sistema de transferencias de México encuentra estrecha similitud con el sistema de coparticipación federal de la ley 20.221⁴⁵ anterior al sistema actual.

El sistema de participación federal de México descansa en la actual Ley de Coordinación Fiscal, sancionada en 1979 y fruto de actuaciones y modificaciones hasta la actualidad. Se encuentra principalmente constituido por transferencias no condicionadas, pese a que los estados se encuentran condicionados a no realizar una doble imposición sobre el mismo hecho imponible, de igual forma que sucede en Argentina.

El sistema de participación se compone de tres fondos coparticipables.

Fondo general de participaciones y fondos complementarios: se encuentra compuesto por cinco fondos que representan cerca del 21% del total de tributos federales coparticipables.

Fondo General de Participación: integrado por el 18,51% del total de recursos federales. Los estados receptores de este fondo poseen la obligación de distribuir entre sus municipios al menos un 20% del total recibido. La distribución secundaria entre los estados es:

45,17% en función a la población

45,17% en función a lo recaudado en el estado por ese tributo⁴⁶

9,66% inversamente a los anteriores⁴⁷.

Fondo de Coordinación de Derechos: se constituye con el 1% de la recaudación federal coparticipable y está reservado a aquellos estados que coordinan sus tributos con el gobierno federal. Compensa el hecho de ceder potestad tributaria de los estados al gobierno federal.

Fondo de Fomento Municipal: compuesto también por el 1% de la masa coparticipable, se destina a ser entregado a los municipios según lo dispongan las legislaturas estatales.

16,8% para distribuirse entre los estados en partes iguales a cada uno.

39,2% para distribuirse entre los estados que coordinan tributos con el gobierno federal.

⁴⁵ Esta ley fue luego derogada por la actual ley de coparticipación Ley N° 23.548

⁴⁶ Criterio Devolutivo.

⁴⁷ Criterio Redistributivo.

44% para los estados comprendidos en ii. y además se encuentren formando parte del Programa para el Reordenamiento del Comercio Urbano⁴⁸.

Reserva de Contingencia: consiste en un monto equivalente al 0,25% de la recaudación federal coparticipable y está destinada a la búsqueda del equilibrio en la participación de ingresos federales. Los municipios que menos recursos reciben son compensados con esta reserva de contingencia.

Reserva de Compensación: se constituyó para compensar a los estados perjudicados por una reforma producida en 1990.

Participaciones en Ingresos Federales por Colaboración Administrativa: comprende los recursos provenientes de:

Impuesto sobre Tenencia o Uso de Vehículos: constituido por todos los automotores registrados en cada estado que cooperan con el gobierno federal en el registro de los automotores. Los estados tienen la obligación de coparticipar a los municipios un mínimo del 20% de este tributo.

Derechos en Zonas Federales Marítimo Terrestre: los estados y los municipios se apropian del 90% de lo recaudado, distribuyendo ese porcentaje 10% al estado y un 80% al municipio en donde se recaudó el impuesto.

Multas Impuestas por Autoridades Federales no fiscales: las multas impuestas a infractores dentro de un estado, por autoridades federales, y cuya recaudación corresponde a dicho estado o municipio se distribuirá un 98% al estado en donde se levantó la infracción, y de dicho monto se destinará un 90% a los municipios, sólo si son los encargados de recaudar la infracción.

Otros Conceptos Coparticipables: se compone de:

Resarcimientos por Bases Especiales de Tributación: se adiciona al Fondo General de Participación el 80% de lo recaudado por las entidades federativas por conceptos tributarios especiales. De este fondo debe destinarse como mínimo un 20% para los municipios del estado receptor.

Venta, Arrendamiento o Explotación de Bienes y Bosques Nacionales: El estado en donde resida una explotación de este tipo, recibirá el 50% del producido.

Participación a Municipios Sobre Ingresos Vinculados al Comercio: Se establece una participación de impuestos a municipios fronterizos, para que de esta forma realicen un control del comercio y se encuentren incentivados por su recaudación.

⁴⁸ La distribución Terciaria a cada municipio depende de cada estado en particular y su legislatura. Este programa está destinado al mejoramiento Urbano.

Como podemos observar, en ningún momento encontramos transferencias de recursos en función al sostenimiento de algún tipo de servicio, como sucedía en países avanzados como Alemania. Lo relevante de destacar en México es su estrecha similitud con el sistema de coparticipación en la provincia de Buenos Aires, que contempla tanto criterios redistributivos como devolutivos.

De la misma forma, se puede destacar la coherente distribución y el incentivo al generar comportamientos eficientes en cuanto a la recaudación de impuestos. De esta forma los municipios que más recauden (criterio devolutivo) serán premiados con mayores ingresos tributarios y de esta forma logran un comportamiento eficiente en cuanto a la recaudación.

Brasil

Brasil es el quinto país de mayor extensión territorial de todo el mundo, conteniendo una superficie total de 8.514 millones de km² aproximadamente. Esto la ubica en el primer lugar en lo que respecta al hemisferio sur. Por su ubicación estratégica posee límites con todos los países del cono sur de América. Esto hace de Brasil una de los países más importantes del mundo y el más importante representante del MERCOSUR en el mundo, acompañado de Argentina.

Brasil se encuentra políticamente organizado por la unión, 26 estados miembros, el distrito federal y cerca de 5.564 municipios -cifras a 2019. El país está dividido en cinco grandes regiones muy diferentes entre sí, aunque compuestas por estados con rasgos físicos, humanos, económicos y sociales similares hacia el interior de cada una de ellas.

La región sureste, por ejemplo, presenta un producto per cápita que casi triplica al de la región nordeste y que concentra más de la mitad de la población del país. Históricamente, las políticas económicas del Brasil se orientaron a remediar las disparidades económicas entre regiones lo que configura también los rasgos de su estructura federal fiscal.

La actual distribución de potestades tributarias se encuentra regulada en la reforma constitucional de 1988. Esta reforma propuso cambios importantes al sistema de asignación de facultades entre los tres niveles de gobierno que significaron una importante descentralización de tributos y una amplia delegación tributaria a favor de los gobiernos subnacionales. Ésta continua evolución constitucional producida en Brasil fue seguida también por nuestro país en términos de autonomía municipal, no así en términos impositivos. La más clara evidencia de la descentralización impositiva se evidencia en la cesión por parte del gobierno federal a los estados del Impuesto sobre la Circulación de Mercaderías y Servicios (ICMS), dejando de percibir los ingresos del impuesto más importante en términos de recaudación de todo Brasil. El ICMS sólo es seguido en importancia por el impuesto a la renta.

Las potestades tributarias establecidas constitucionalmente pueden sintetizarse en el cuadro a continuación:

Cuadro 5. Potestades tributarias constitucionales. Brasil

Potestad	Impuestos
Unión	- sobre operaciones del comercio exterior – sobre importaciones (II) y exportaciones (IE) de productos y servicios
	- sobre la renta y ganancias de cualquier naturaleza (IR)
	- sobre productos industrializados (IPI): impuesto sobre el valor agregado que incide sobre productos manufacturados
	- sobre operaciones de crédito, cambio y seguro, o relacionadas a títulos o valores mobiliarios (IOF)
	- sobre la propiedad territorial rural (ITR)
Estados y distrito federal	- de transmisión <i>causa mortis</i> y donación de cualesquiera bienes o derechos (ITCD)
	- sobre operaciones relacionadas con la circulación de mercancías y sobre la prestación de servicios de transporte inter-estatal e inter-municipal y de comunicación (ICMS): impuesto sobre el valor agregado que incide sobre bienes en general y algunos servicios
	- sobre la propiedad de vehículos automotores (IPVA)
	- de propiedad predial y territorial urbana (IPTU)
Municipios	- sobre la transmisión inter vivos, sobre cualquiera que sea el título, por acto oneroso, de bienes inmuebles (ITBI)
	- sobre servicios de cualquier naturaleza (ISS): excluyéndose aquellos que sean tributados por el ICMS

Fuente: Constitución de la República Federativa del Brasil

La reforma de la constitución de 1988 dio la posibilidad a los niveles subnacionales de imponer tasas suplementarias de hasta 5% sobre la base del impuesto federal a la renta y el establecimiento de nuevos gravámenes municipales sobre la venta minorista de combustibles y sobre las transferencias de inmuebles y propiedad entre vivos. Existe una superposición parcial de responsabilidades entre los estados y los municipios en la tributación de productos industriales.

En lo referente a asignación de funciones, también por la reforma de 1988, existe una clara definición de las responsabilidades de gasto propias de cada nivel de gobierno y las responsabilidades conjuntas. Todas aquellas funciones que no son asignadas por la Constitución a la unión o a los municipios quedan en cabeza de los estados.

El Cuadro 6 a continuación refleja la distribución de funciones entre los diferentes niveles de gobierno, mostrando que los gobiernos locales asumen funciones más específicas, y la unión las comúnmente asignadas a los gobiernos centrales tales como defensa, moneda y seguridad social.

Cuadro 6. Asignación de funciones en Brasil

Nivel de Gobierno Responsable	Categoría de Gastos
Exclusivamente federal	Defensa
	Relaciones exteriores
	Comercio internacional
	Moneda y banca
	Uso de los recursos hídricos
	Autopistas nacionales
	Planeamiento regional y nacional
	Servicio postal
	Policía federal y de fronteras
	Regulación del trabajo
	Comercio interestatal
	Telecomunicaciones
	Transporte interestatal
	Desarrollo urbano
	Energía
	Minería
	Seguro de desempleo
	Inmigraciones
Ciudadanía y derechos de los nativos	
Seguro social	
Sistema estadístico nacional	
Pautas y bases para la educación nacional	
Municipal	Transporte público (intraurbano)
	Educación pre-escolar y elemental
	Salud preventiva
	Uso de la tierra
Preservación histórica	
Federales y estatales compartidas	Salud
	Educación
	Cultura
	Protección del medio ambiente y los recursos naturales
	Agricultura
	Distribución de alimentos
Vivienda	

Nivel de Gobierno Responsable	Categoría de Gastos
	Saneamiento Bienestar social Policía Hidroelectricidad
Exclusivamente estadual	Poderes residuales. Cualquier materia no asignada al gobierno federal o a los niveles municipales por la Constitución.

Fuente: Constitución de la República Federativa del Brasil

El sistema de transferencias intergubernamentales de Brasil presenta tres subsistemas:

- El sistema de participación de impuestos.
- El sistema de transferencias directas.
- El sistema de transferencias indirectas, a través de fondos especiales.

Las transferencias directas, se establecen constitucionalmente de la siguiente manera:

Pertencen a los estados y a los municipios el total de la recaudación del Impuesto sobre la Renta (IR), descontado en la fuente, sobre rendimientos pagados por ellos, sus autarquías y por las fundaciones que instituyan y mantengan.

Pertencen a los municipios 50% de la recaudación del Impuesto Territorial Rural (ITR), relacionado con los inmuebles que en ellos estén ubicados.

Pertencen a los municipios 50% de la recaudación del Impuesto sobre la Propiedad de Vehículos Automotores (IPVA), relativo a los vehículos licenciados en sus territorios.

Pertencen a los municipios 25% de la recaudación del Impuesto sobre la Circulación de Mercancías y Servicios (ICMS) (3/4, por lo menos, en la proporción del valor agregado a las operaciones realizadas en sus territorios y hasta 1/4 según la ley estadual).

El IOF - Oro (activo financiero) es transferido en la proporción de 30% para el estado de origen y 70% para el municipio de origen.

Estas transferencias se efectúan desde el gobierno de mayor nivel hacia los niveles inferiores de gobierno, ya sean estados o municipios.

El gobierno brasileño realiza también transferencias indirectas, a través de los siguientes fondos específicos:

Fondo de Compensación de Exportaciones (FPEX): constituido por el 10% de la recaudación total del IPI, su distribución es proporcional al valor de las exportaciones de productos industrializados, siendo la participación individual limitada a 20% del total del fondo.

Fondo de Participación de los estados y del Distrito Federal (FPE): 21,5% de la recaudación del IPI y del IR, distribuidos de manera directamente proporcional a la

población y a la superficie e inversamente proporcional a la renta per capita de la unidad federativa.

Fondo de Participación de los municipios (FPM): compuesto por 22,5% de la recaudación del IPI y del IR, con una distribución proporcional a la población de cada unidad, siendo que 10% del fondo es reservado para los municipios de las capitales.

Fondos Regionales: Destinados a programas de desarrollo en las regiones Norte, Centro-Oeste y Nordeste, sus recursos corresponden a 3% del IPI y del IR.

También existen otro tipo de transferencias que no responden a las descriptas anteriormente y que son con un propósito específico y no son originadas en mandatos constitucionales, sino en acuerdos entre los niveles de gobierno que los suscriben. Las mismas pueden ser agrupadas en cuatro tipos:

Transferencias por Mandato Legal: han sido instituidas por leyes particulares. Un ejemplo son las compensaciones financieras pagadas a los estados por extracciones de petróleo dentro de su jurisdicción. Representan cerca de un 50% aprox. del total de transferencias no constitucionales.

Transferencias negociadas o convenios: no se encuentran reguladas por ley. Se refieren a negociaciones entre la Unión y los gobiernos subnacionales y se refieren a campos específicos tales como agricultura, educación, desarrollo regional, salud y vivienda.

Transferencias para fondos o proyectos especiales de inversión: se instruyen en proyectos que pueden desarrollar los gobiernos de menor nivel en nombre del gobierno central. Este tipo de transferencias es muy particular ya que no son registradas como tales ya que los gobiernos locales actúan por mandato delegado del gobierno central.

Otras transferencias realizadas a través de agencias gubernamentales: encontramos transferencias realizadas por distintas dependencias federales de forma muy similar a las anteriores y no son contabilizadas como transferencias intergubernamentales.

El flujo de transferencias y la participación sobre impuestos puede ser también visualizado en el Cuadro 7, donde se presenta de forma breve la potestad y participación de cada nivel de gobierno en el producido de los impuestos que recaudan.

Cuadro 7. Distribución de ingresos de los impuestos coparticipables. Brasil.

Potestad	Impuestos	Participación			
		Unión	Fondos Regionales	Estados	Municipios
UNIÓN	IR*	53,0	3,0	21,5	22,5
	IPI	43,0	3,0	21,5 + 10,0	22,5
	IOF-Oro			30,0	70,0

Potestad	Impuestos	Participación			
		Unión	Fondos Regionales	Estados	Municipios
ESTADOS	ITR	50,0			50,0
	ITCD			100,0	
	ICMS			75,0	25,0
	IPVA			50,0	50,0

Nota: * El total de la recaudación del IR retenido desde la fuente de sus funcionarios, pertenece a los estados y a los municipios.

Los criterios de división de las transferencias del Fondo de Participación de los estados y del Distrito Federal (FPE) y del Fondo de Participación de los Municipios (FPM) utilizan ponderadores proporcionales directos respecto de la población e inversamente proporcionales a la renta, resultando en mayor participación para los estados y municipios más pobres de la unión y menos para los estados del Sur y del Centro-Oeste.

Este esquema de distribución cumple con el objetivo que taxativamente expresa la Constitución nacional que establece que los criterios de división deben tener como objetivo la promoción del equilibrio socioeconómico entre los estados y los municipios.

La resultante promedio histórica de la distribución de recursos tributarios ronda el 60% para la unión, el 26% para los estados y el 14% para los municipios. La unión recauda aproximadamente un 70% del total de ingresos tributarios y cede aproximadamente 10 puntos porcentuales a los niveles subnacionales de gobierno. Los grandes receptores de las transferencias son los municipios, que son responsables de poco menos del 5% de la recaudación, pero reciben aproximadamente el 14% de los recursos. El nivel estadual es el que presenta la mayor correspondencia fiscal de los tres.

Esa redistribución de los ingresos tributarios es complementada por transferencias vía convenios, o sea, transferencias voluntarias - que representan una transferencia federal de recursos a estados o municipios (o de recursos estaduales para los municipios) para que esos puedan actuar en actividades de responsabilidad federal (o estadual). Las transferencias vía convenio son normalmente determinadas por ley específica o realizadas voluntariamente⁴⁹ entre las diferentes esferas de gobierno.

⁴⁹ Nuevamente cuando hacemos referencia a la voluntariedad de las esferas de gobierno, queda más que evidente la discrecionalidad de las transferencias.

Apéndice 2. Coparticipación en las provincias argentinas: Marco normativo y particularidades

Provincia de Catamarca

Marco normativo

Ley 5.174 (2006) y su Decreto Reglamentario N°175 (2006)

Ley 5128 y Decretos 1686/2004, 2256/2004 y 202/2013.

Masa coparticipable

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

Impuesto de Sellos

Impuesto Inmobiliario

Coparticipación Federal de Impuestos

El Impuesto a los Automotores está excluido de la masa coparticipable, ya que corresponde en su totalidad a los municipios. Mientras lo recaude la provincia, el 90% se distribuirá en relación directa con los vehículos radicados en cada municipio.

Distribución primaria

75% a provincia.

25% a municipios

Podemos ver que esta provincia posee una distribución primaria conforme la cual el 75% de los recursos coparticipables queda en manos de la provincia mientras que solo el 25% es distribuido entre los municipios. Esta primera distribución se establece en el artículo 1º de la ley

Distribución secundaria. Criterio de distribución

Impuestos Provinciales y Coparticipación Federal de Impuestos

3% Fondo de Desarrollo Municipal

2% Fondo de Emergencia Municipal

95% de la siguiente manera:

66,5% en proporción directa a la población.

18% en partes iguales entre los municipios.

8% en proporción inversa al cociente resultante de dividir la población sobre el número de la planta de personal de los departamentos ejecutivos y deliberativos en toda su composición y situación de revista.

3% en proporción directa a los recursos propios recaudados.

3% en proporción directa al cociente de dividir los gastos de capital ejecutados sobre el total de erogaciones también ejecutadas.

1,5% en proporción directa a la superficie.

En el art. 2º de la Ley se establece el modo en que la porción correspondiente a los municipios será distribuida entre estos. Se observa un fuerte peso relativo del factor poblacional a la hora de elaborar los índices de distribución

No se advierte la existencia de algún **componente salud** entre los criterios de distribución a los municipios.

Regalías mineras

Si el departamento está ubicado en un solo departamento: 25% a ese departamento y el 10% restante en partes iguales para el resto de los departamentos que componen la región correspondiente.

Si el yacimiento está ubicado en más de un departamento, el 35% se divide entre ellos en partes iguales.

Los fondos:

Fondo de desarrollo municipal

Este fondo se crea con el 3% de la masa coparticipable, el que se destinará: un 60% a financiar gastos de capital y el 40% restante al fortalecimiento institucional de los municipios por descentralización del estado provincial.

Se asignará anualmente a los municipios de acuerdo a los índices utilizados a los fines de distribuir el 95% de la masa coparticipable.

Fondo de Emergencia Municipal

Este fondo se crea con el 3% de la masa coparticipable, y está destinado a financiar situaciones de emergencia y desequilibrios financieros transitorios de los municipios.

Periodicidad de las transferencias

Los recursos coparticipables son transferidos a los municipios de manera quincenal.

Provincia de Chaco

Marco normativo

Ley N°3188 (1986), modificada por Leyes N°3741 (1992), N°3785 (1992), N°3974, N°4322.

Masa coparticipable

Impuesto sobre los Ingresos Brutos
Impuesto de Sellos
Coparticipación Federal de Impuestos

Los Impuestos Automotor e Inmobiliario están excluidos de la masa coparticipable, correspondiendo la facultad de su recaudación (100%) a los municipios.

Distribución primaria

84,5% a provincia
15,5% a municipios: Fondo de participación municipal

Conforme el art. 2º de la Ley N°3188, solamente el 15,5% de los recursos coparticipables se destinan a los municipios, mientras que el 84,5% restante continúa siendo del resorte exclusivo del estado provincial.

Distribución secundaria. Criterio de distribución

15% en partes iguales entre todos los municipios
25% en forma directamente proporcional a los recursos de rentas generales recaudados por cada municipio en el año calendario anterior.
60% en proporción directa a la cantidad de empleados que cada municipio necesitaría teóricamente a efectos de prestar los servicios públicos que le son propios.

A los fines de determinar la cantidad de personal necesaria a la que se alude precedentemente, el artículo 4 de la ley establece que se tendrá en cuenta la población ubicada dentro del ejido municipal y la que corresponda a la zona rural circundante a cada municipio, sobre las cuales se aplicarán los porcentajes siguientes:

Para municipio ubicados en departamentos de la provincia que tengan una densidad de menos de 5 habitantes por kilómetro cuadrado: se tomará como planta necesaria de personal la que surja de aplicar el 1,1% de la población urbana más el 0,4% de la población rural;

Para los municipios ubicados en departamentos que posean una densidad mayor a 5 y menor a 10 habitantes por kilómetro cuadrado: la planta ideal surgirá de la suma de 1,05% de la población urbana más el 0,35 de la población rural de cada comuna;

Para los municipios ubicados en los departamentos que posean 10 o más habitantes por kilómetro cuadrado se tomará: el 1% de la población urbana más el 0,3% de la población rural.

En ningún caso la cantidad de agentes mínimos a asignar a cada municipio será inferior a 10.

No se advierte la existencia de algún **componente salud** entre los criterios de distribución a los municipios.

Con relación al nivel de gobierno que presta el **servicio de salud**, si bien no se han encontrado normas que delimiten específicamente dicha competencia, cabe resaltar lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 1° de la Ley N°3188, que expresamente establece la inembargabilidad del fondo de participación municipal, **por estar afectados** a obras y servicios públicos, educación, **salud** y acción social, de lo que puede inferirse que dicha función es prestada por el menor nivel de gobierno.

Fondo solidario municipal

Al margen de la Ley de coparticipación municipal N°3.188 y modif., la Ley N°3.798 crea el Fondo Solidario Municipal, destinado a solucionar el desfinanciamiento de municipalidades sin recursos genuinos. La misma establece taxativamente 10 municipios que serán asistidos con recursos provenientes dicho Fondo, el que se integra con el 0,50% sobre el total de fondos de coparticipación. La distribución se realiza en partes iguales entre tales municipios.

Periodicidad de las transferencias

La provincia transfiere a los municipios las sumas correspondientes a los recursos coparticipables cada 10 días.

Provincia de Chubut

Marco Normativo

Coparticipación Federal de Impuestos: Ley II N°6 (modificada por Ley II N°177), artículo 106 de la Ley XVI N°46 y Decreto N°531/92.

Ley XXIV N°47 y Resolución N°2/12 CECPI, mediante el cual se regula la distribución inter jurisdiccional del Impuesto a los Ingresos Brutos generado en más de una jurisdicción municipal.

Regalías Hidrocarburíferas: Ley II N°7 y Decreto N°1509/13.

Regalías Hidroeléctricas: Ley II N°25 (modificada por Ley II N°177) y Decreto N°1633/95.

Masa Coparticipable

Coparticipación Federal de Impuestos.

Impuesto sobre los Ingresos Brutos de Convenio Multilateral.

Regalías Hidrocarburíferas.

Regalías Hidroeléctricas.

La provincia presenta un alto grado de delegación tributaria. Además del impuesto inmobiliario y el automotor, tiene delegado el cobro sobre el impuesto a los Ingresos Brutos provenientes de actividades gravadas y producidas en el ámbito de las Jurisdicciones Municipales (en base a un Acuerdo Inter Jurisdiccional de distribución de

recursos para el caso de actividades ejercidas en más de una jurisdicción municipal), los cuales no integran la masa coparticipable.

Distribución Primaria

Coparticipación Federal de Impuestos

89% a Provincia.

11% a los Municipios.

Impuesto sobre los Ingresos Brutos de Convenio Multilateral

100% a los Municipios.

Regalías Hidrocarburíferas

84% a Provincia.

16% a los Municipios.

Regalías Hidroeléctricas

84,9% a Provincia.

15,1% a los Municipios.

Distribución Secundaria. Criterios de Distribución

Coparticipación Federal de Impuestos

La distribución se hace efectiva en base a población de acuerdo al Censo Nacional 2010.

Impuesto sobre los Ingresos Brutos de Convenio Multilateral

7% a la ciudad de Rawson.

4% al municipio de Sarmiento.

89% al resto de los Municipios, 30% en partes iguales y un 70% con un subíndice que considera: viviendas, hogares con NBI, hacinamiento y nivel de instrucción.

Regalías Hidrocarburíferas

40% a la ciudad de Comodoro Rivadavia.

51,5% a los Municipios.

3,5% a las Comisiones de Fomento.

5% a las Comunas Rurales.

Regalías Hidroeléctricas

32,47% a la ciudad de Trevelín.

67,53% al resto de los Municipios en base a población.

Periodicidad de las transferencias

Las transferencias en concepto de coparticipación de impuestos nacionales se acreditan automática y diariamente.

Provincia de Corrientes

Marco Normativo

Ley N°6042 Orgánica de Municipalidades (Arts. 87 a 89 de la Ley N°4752 y sus modificatorias).

Ley N°6311.

Masa Coparticipable

Coparticipación Federal de Impuestos

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

Impuesto Inmobiliario Rural

Impuesto de Sellos y otros impuestos provinciales

Distribución Primaria

Coparticipación Federal de Impuestos

81% a Provincia.

19% a los Municipios.

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

81% a Provincia.

19% a los Municipios.

Impuesto Inmobiliario Rural

81% a Provincia.

19% a los Municipios.

Impuesto de Sellos y otros impuestos provinciales

81% a Provincia.

19% a los Municipios.

La distribución de los recursos a los municipios en un 18% es sin afectación específica y un 1% se destina a un Fondo Especial para Obras de Infraestructura.

Distribución Secundaria. Criterios de Distribución

98% en función directamente proporcional a la población de cada municipio.

2% en función inversamente proporcional a la población de cada municipio.

Periodicidad de las transferencias

La Constitución provincial establece la obligatoriedad de la remisión automática y diaria de los recursos coparticipables a los municipios.

Provincia de Córdoba

Marco normativo

Ley N°8.663 y modificada por Leyes N°8.864 (2000), N°9.183 (2004), N°10.508 (2017), Decreto Reglamentario N°1.973/1999.

Masa coparticipable

Impuesto sobre los Ingresos Brutos
Impuesto Inmobiliario Básico y Adicionado.
Coparticipación Federal de Impuestos.

El Impuesto Automotor queda excluido de la masa coparticipable.

Distribución primaria

80% a Provincia.
20% a municipios.

Como se desprende de los porcentajes anteriores, solamente el 20% de los recursos coparticipables están destinados al conjunto de municipios.

Distribución secundaria. Criterios de distribución

80,5% a las municipalidades propiamente dichas.
3% a las comunas reconocidas.

1,5% a la constitución de un Fondo destinado a atender situaciones de Emergencia y Desequilibrios Financieros temporarios de las municipalidades o comunas.

3% a la constitución de un Fondo para Financiar gastos de Capital de las municipalidades y comunas.

12% a la constitución de un Fondo para el Financiamiento de la Descentralización del estado (Reforma Administrativa, Ley N°7.850).

A su vez, el 80,5% correspondiente a las municipalidades se distribuirá de la siguiente manera:

21%, en partes iguales.
79%, en función directamente proporcional al número de habitantes del municipio.

Por su parte, el 3% correspondiente a las comunas, se distribuye de la siguiente forma:

50%, en partes iguales.
50%, en función directamente proporcional al número de habitantes de la Comuna.

Los Fondos

Fondo de Situaciones de Emergencia y Desequilibrios Financieros Temporarios (1,5%)

La distribución del Fondo destinado a atender situaciones de emergencia y desequilibrios financieros temporarios de las municipalidades o comunas se encuentra reglamentada en el Decreto N°1973/1999, en el que se establecen los mecanismos de solicitud de fondos y los requisitos a cumplimentar por los municipios y comunas. A su vez, se establece que los fondos acumulados durante un ejercicio fiscal deben ser distribuidos en su totalidad dentro de cada ejercicio presupuestario, no pudiendo quedar remanentes pendientes de distribución.

Fondo para financiar gasto de capital de las municipalidades y comunas (3%)

Este Fondo estuvo destinado al rescate de los Títulos de Apoyo Municipal (TITAM) y al sostenimiento del pacto de Saneamiento.

En la actualidad, luego del “Acuerdo de Cooperación Institucional, Fiscal y Financiero entre la provincia de Córdoba y los municipios y comunas”, suscripto en agosto de 2012, se estableció el cese de operatividad retroactivo al 1° de enero de 2012. Por lo que, a partir de dicha fecha, el Fondo es distribuido entre los municipios y comunas, quincenalmente y utilizando los índices del Régimen de Coparticipación previstos en la Ley N°8.663.

Fondo para el Financiamiento de la Descentralización del estado (12%)

A través de la Ley N°7850 se creó el Fondo de Financiamiento de Descentralización Provincial, el cual tiene por finalidad “atender las erogaciones que resulten de la transferencia de obras, servicios y funciones del estado Provincial a los municipios, comunas o comisiones vecinales”.

Hasta el año 2011 inclusive, el Fondo tenía u solo destino, ser afectado exclusivamente a la prestación de servicios de salud que brindan los municipios y las comunas del interior de la provincia de Córdoba. Los fondos eran liquidados mensualmente a través de índices de participación fijados en función de los servicios prestados.

Periodicidad de las transferencias

Conforme lo establece el art. 13 de la Ley, las transferencias a las municipalidades y comunas son automáticas y quincenales.

Provincia de Entre Ríos

Marco Normativo

En la Provincia de Entre Ríos se presenta la particularidad de que conviven la Ley N°8.492/91 y modificatorias (Ley N°9638 entre otras) de Coparticipación de Impuestos a Municipios, con las disposiciones de la Constitución Provincial del 2008.

Decreto N°1.768/10 MEHF y sus modificatorios y complementarios.

Masa Coparticipable

Coparticipación Federal de Impuestos

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

Impuesto Inmobiliario

Impuesto a los Automotores

Distribución primaria

Coparticipación Federal de Impuestos

84,67% a Provincia.

15,32046% a Municipios (Decreto N°4886/18 con vigencia hasta el 31/12/2019).

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

88% a Provincia.

12% a Municipios.

Impuesto Inmobiliario

76% a Provincia.

24% a Municipios.

Impuesto a los Automotores

40% a Provincia.

60% a Municipios.

La Constitución provincial garantiza que el monto a distribuir a los Municipios no puede ser inferior al 16% de la totalidad de ingresos tributarios que a la Provincia le correspondan en concepto de coparticipación federal de impuestos nacionales, y el 18 % de la totalidad de la recaudación de los ingresos tributarios provinciales.

A estos efectos, la norma constitucional estableció que el Poder Ejecutivo debía incrementar las remesas a los municipios en forma anual, gradual, igual y proporcionalmente. Y, asimismo, estableció que la Legislatura debía sancionar las reformas a las leyes existentes que fueran necesarias en su virtud y que, de no hacerlo, el Poder Ejecutivo quedaría facultado para dictar, con carácter provisorio, los decretos reglamentarios que fueran necesarios, los cuales quedarían sin efecto con la sanción de las leyes respectivas.

En este sentido se dictó el Decreto N°1.768/10, el cual instrumenta la aplicación anual, gradual, igual y proporcional del porcentaje de coparticipación de impuestos nacionales y provinciales a municipios. En función del mismo se establecen pisos garantizados de distribución a los municipios tanto de recursos de origen nacional como de impuestos provinciales.

Distribución Secundaria. Criterio de Distribución.

Coparticipación Federal de Impuestos

36% se reparte en partes iguales,
25% en proporción a los recursos propios,
34% en función de los electores y
5% de acuerdo al índice de NBI.

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

Para contribuyentes directos:

50 % sobre la recaudación del tributo en la Jurisdicción,
25 % por índice de población y
25 % por el indicador de pobreza.

Para contribuyentes de convenio multilateral, se utiliza un índice promedio entre:

50 % índice de población y
50 % el indicador de pobreza.

Impuesto Inmobiliario

76% a la Provincia
24% a los municipios

Impuesto a los Automotores

40% a Provincia.
60% a Municipios.

La Constitución establece la obligatoriedad del uso de criterios objetivos de reparto que contemplen los principios de proporcionalidad y redistribución solidaria, mediante aplicación de indicadores devolutivos, redistributivos y de eficiencia fiscal que tiendan a lograr un grado equivalente de desarrollo y de calidad de vida de los habitantes. Actualmente no se encuentra legislado.

Bimestralmente, y por aplicación del Decreto N°1768/10 y sus modificatorios y complementarios, se efectúa una liquidación del Ajuste de Garantía, el cual surge de la diferencia entre lo que se debería haber coparticipado según Constitución Provincial y lo distribuido diariamente según Ley N°8.492/91 y modificatorias.

La distribución a municipios de dicha diferencia se efectúa de la siguiente manera:

Nacionales:

36% se reparte en partes iguales,
25% en proporción a los recursos propios,
34% en función de los electores y
5% de acuerdo al índice de NBI.

Provinciales:

50 % sobre la recaudación del tributo en la Jurisdicción,
25 % por índice de población y
25 % por el indicador de pobreza.

Periodicidad de las transferencias

Remesas diarias: impuestos nacionales e impuestos a los ingresos brutos, de acuerdo a lo establecido por el Artículo N°246 de la Constitución Provincial y la Ley N°10.163 del 2012. Otros impuestos provinciales, diariamente en función del Artículo 18 de la Ley N°8.492/91 y modificatorias.

Provincia de Formosa

Marco normativo

Ley N°766 (1988) y modificatorias. Leyes N°1273 (1998) y N°1275 (1998)

Masa coparticipable

Coparticipación Federal de Impuestos
Impuesto sobre los Ingresos Brutos
Impuesto de Sellos
Impuesto Inmobiliario
Impuesto a la Lotería y Espectáculos Públicos

Distribución primaria

85% a la Provincia
14% a las municipalidades y Comisiones de Fomento
1% al Fondo Compensador de municipios y Comisiones de Fomento de las Provincia.

Distribución secundaria. Criterios de distribución

El 14% que corresponde a los municipios y Comisiones de Fomento de la provincia se distribuye de acuerdo a un coeficiente elaborado siguiendo los siguientes parámetros:

40% en función de la población.

30% en función de la recaudación propia percibida por las municipalidades y Comisiones de Fomento en el año inmediato anterior.

30% en partes iguales entre municipalidades y Comisiones de Fomento.

Fondo Compensador de municipios y Comisiones de Fomento

Dicho fondo tiene como objetivo atender situaciones de emergencia y desequilibrios financieros de los municipios y Comisiones de Fomento. Para acceder al mismo, estos deberán declarar la situación de emergencia y/o desequilibrio financiero mediante Ordenanza.

Periodicidad de las transferencias

El art. 7 de la Ley 766 establece que las transferencias a cada Municipalidad y Comisión de Fomento y al Fondo de Aportes del Tesoro Provincial se realizarán en forma quincenal.

Provincia de Jujuy

En la actualidad, la Provincia de Jujuy no cuenta con un régimen de coparticipación formal plenamente vigente.

Lo que rige en la materia es un Régimen de Distribución de Recursos establecido en el año 2002, mediante un “Acuerdo Relación Fiscal Provincia municipios” ratificado por Ley 5.329 (2002).

En dicho Acuerdo las partes acordaron los siguientes puntos:

La obligatoriedad de presentar a la Legislatura, en el plazo de 180 días, un Nuevo Régimen de Coparticipación Municipal.

Dejar sin efecto toda cláusula de garantía o monto fijo de transferencia mensual a municipios.

Hasta la puesta en vigencia del nuevo régimen, el Gobierno de la Provincia transferirá a los municipios sumas fijas únicas totales y definitivas, en concepto de la coparticipación prevista constitucionalmente.

Estas sumas cubren el costo de la planta de personal a esa fecha, adicionándose las sumas del Sueldo anual y de la Ayuda escolar en los meses correspondientes.

Los municipios se comprometieron a implementar las siguientes medidas de saneamiento fiscal en cuanto a:

Régimen Salarial: adoptar idénticas medidas que las dispuestas para la Provincia,

Planta de Personal: congelar la planta vigente al 30 de junio del 2002 como así también designar o nombrar personal de planta permanente, jornalizado, contratado o cualquier situación de revista.

Realizar los Proyectos de Presupuestos y remitirlos para su aprobación a los órganos legislativos. Elevar y sancionar los presupuestos correspondientes

Establecer un Régimen de Transparencia y Publicidad de la Información Fiscal

Adhesión a la ley de Administración Financiera 4958 e implementarla en el ejercicio 2003

Reducir el déficit fiscal primario y alcanzar el equilibrio fiscal en el año 2004 de acuerdo al programa que a tal fin cada municipio presente a la provincia.

La remisión trimestral de los municipios a la Secretaría de Egresos Públicos del Ministerio de Hacienda, de la información que se detalla con el fin de que ésta consolide información general del sector público

La Provincia seguirá reteniendo de la Coparticipación los importes correspondientes para el pago de aportes y contribuciones previsionales y del Instituto de Seguros e Jujuy

Si existieren aumentos salariales para la Administración Pública Provincial, se deberán actualizar los importes fijos definidos en el acuerdo, hasta la entrada en vigencia del nuevo régimen de coparticipación.

En la práctica, si bien la Provincia se encuentra avanzando en varios de los puntos del Convenio, aún no se definió un nuevo Régimen de Coparticipación.

Los montos de coparticipación a municipios siguen siendo sumas fijas, las cuales se actualizan por los aumentos salariales decretados por la Provincia. Para estos aumentos se toma la planta informada congelada a enero 2007.

Programa de Fortalecimiento y Saneamiento Municipal

Otra norma de fundamental importancia dentro es la Ley Provincial N°5.435 de "Fortalecimiento y Saneamiento Municipal". El objetivo de esta norma es promover el saneamiento de las finanzas municipales, ayudar al desarrollo local y fortalecer la estructura de los gobiernos locales. Este programa se concibe como una solución a problemáticas financieras, ya que programa desde el abordaje de cuestiones estructurales permitir a los municipios salir del ahogo financiero para empezar a concientizar la cultura presupuestaria y pensar en gestión de desarrollo local.

Provincia de La Pampa

Marco normativo

Ley N°1.065 (1988) y modificatorias Ley 1108, Ley 1130; Ley 1192, Ley 1288, Ley 2460, Ley 2464, Ley N°2.477 (2009); Ley 2392 (2007) modificada por Leyes 2691 y 2899.

Masa coparticipable

Impuestos provinciales (todos), excepto aquellos que tengan afectación específica.

Coparticipación Federal de Impuestos

Aportes No Reintegrables del Tesoro Nacional, de libre disponibilidad

Regalías Hidrocarburíferas

Distribución primaria

Coparticipación Federal de Impuestos y ATN

88,27 % a la Provincia

11,73 % a municipios

Impuestos provinciales sin afectación específica.

74% a la Provincia

18% a los municipios

2% para el Fondo de Desarrollo Comunal

1% para el Fondo de Aportes del Tesoro Provincial a municipios

5% para el Fondo Complementario Coparticipable

Regalías Hidrocarburíferas

75% a la Provincia

25% a los Municipios

Distribución secundaria. Criterios de distribución

La distribución entre las municipalidades y Comisiones de Fomento se realiza de acuerdo con el siguiente criterio:

5% por partes iguales

20% sobre la base de la población de cada una con respecto al total de la provincia

40% sobre la base de los recursos propios percibidos por cada una con respecto al total de ellas

20% en función de lo que cada una participe en el total devengado anual por el impuesto a los vehículos

15% sobre la base de lo que cada ejido municipal corresponda en el devengado anual de valuación fiscal del Impuesto Inmobiliario

La distribución de las Regalías Hidrocarburíferas es la siguiente:

20% entre todos los Municipios

50% de acuerdo a los criterios mencionado en el apartado anterior.

50% en proporción inversa a la población.

5% entre los Municipios en cuyos ejidos se realicen actividades de explotación hidrocarburífera en proporción directa al volumen de producción extraído de cada ejido municipal correspondiente al mes anterior, tomando como base las declaraciones juradas de producción de cada empresa.

Los Fondos

El Fondo de Desarrollo Comunal

Tiene por objeto financiar total o parcialmente inversiones en trabajos públicos, equipamiento general y proyectos particulares de interés comunal y se aplicarán en forma de aportes reintegrables o no.

El Fondo de Aportes del Tesoro Provincial a municipios

Está destinado a la realización de aportes para financiamiento de déficits y gastos de emergencia de las municipalidades y Comisiones de Fomento.

EL Fondo Complementario Coparticipable (FO.CO.CO)

Se distribuye de la siguiente forma:

50%, por los indicadores que surjan de la aplicación de los criterios de distribución (referidos a la Distribución secundaria) arriba individualizados

50%, en proporción inversa al factor población

Periodicidad de las transferencias

La transferencia a los municipios y Comisiones de Fomento debe realizarse en forma automática y semanalmente; mientras que las transferencias a los tres Fondos antes mencionados deben efectuarse en forma diaria (art. 6, Ley N°1.065)

Provincia de La Rioja

Marco normativo

Ley N°9782 (sancionada el 19 de noviembre de 2015)

Masa coparticipable

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

Impuesto a los Automotores y Acoplados

Coparticipación Federal de Impuestos

Distribución primaria

Previo a la distribución de la Masa coparticipable, se detrae un 20% para la constitución del Fondo de Emergencias, Desarrollo y Desequilibrio Financiero.

Luego, la distribución primaria se realiza de la siguiente manera:

Coparticipación Federal de Impuestos

85% a la Provincia

15% a los municipios

Impuesto sobre los Ingresos Brutos y a los Automotores y Acoplados

50% a la Provincia

50% a los municipios

Distribución secundaria. Criterios de distribución

La suma correspondiente a los municipios se distribuirá entre estos, conforme los siguientes indicadores:

(50%), en proporción directa con la cantidad de habitantes de cada municipio;

(12%), en proporción directa a las NBI en términos relativos de cada municipio;

(13%), en proporción directa al desempleo relevado en cada municipio;

(10%), en proporción directa a las distancias que median entre cada Cabecera departamental y la Ciudad de La Rioja;

(10%), en proporción directa a la dispersión poblacional relativa de cada municipio;

(5%), en partes iguales entre municipios. -

La Ley delega en la Función Ejecutiva la reglamentación de los recursos del Fondo de Emergencias, Desarrollo y Desequilibrio Financiero, destinado a asegurar la asistencia financiera a los municipios que atraviesen dificultades, para el cumplimiento de sus obligaciones presupuestarias y/o presenten proyectos que favorezcan el desarrollo y la calidad de vida de sus habitantes.

Asimismo, también reglamentará la modalidad de transferencia de los recursos que a cada municipio corresponda.

Provincia de Mendoza

Marco normativo

Ley N°6.396 (1996) y su modificatorias, Leyes N°7620, N°8127.

Masa coparticipable

Coparticipación Federal de Impuestos

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

Impuesto de Sellos

Impuesto Inmobiliario

Impuesto a los Automotores

Regalías petrolíferas, uraníferas e hidroeléctricas y gasíferas y derechos de asociación en exploración, desarrollo y explotación de cualquier área de la provincia.

Distribución primaria

La participación de los municipios en la masa coparticipable es la siguiente:

18,8% de la Coparticipación Federal de Impuestos, y de los Impuestos sobre los Ingresos Brutos, Sellos e Inmobiliario.

70% del Impuesto a los Automotores

12% de las Regalías.

Distribución secundaria. Criterios de distribución

El 18,8% de la masa de recursos referida a Coparticipación Federal de Impuestos, Impuestos sobre los Ingresos Brutos, Sellos e Inmobiliario se distribuye de la siguiente forma:

25% en proporción a todos los municipios.

65% en proporción directa al total de la población de cada departamento.

10% en función a un coeficiente de desarrollo regional que se aprueba como Anexo de la Ley.

Dicho coeficiente tiene como objetivo principal nivelar las sumas per cápita percibidas por municipios de similares características.

El 70% de la recaudación del Impuesto a los Automotores se distribuye de la siguiente forma:

80% en proporción directa a la recaudación anual efectuada en cada departamento.

20% restante, conforme los mismos criterios utilizados para Coparticipación Federal de Impuestos, Impuestos sobre los Ingresos Brutos, Sellos y Automotores.

El 12% correspondiente a regalías se distribuye en su totalidad en proporción directa a la producción de cada departamento.

No se advierte la existencia de algún **componente salud** entre los criterios de distribución a los municipios; tampoco se han hallado normas que especifiquen que nivel de gobierno presta el **servicio de salud** en la provincia.

Periodicidad de las transferencias

Conforme lo dispone el art. 6° de la Ley 6396, las transferencias a los municipios las realizará el Ministerio de Economía y Finanzas en forma automática. Se efectuarán en forma quincenal las referidas a recursos provenientes del régimen de coparticipación nacional y de la recaudación de los Impuestos sobre los Ingresos Brutos y Sellos, y en forma quincenal los restantes.

Provincia de Misiones

Marco Normativo

Ley N°XV- N°10 (antes Ley N°2.535). Decreto 1799/17.

Ley XV- N°12 (antes Ley N°3.875)

Ley XXI- N°67.

Masa Coparticipable

Impuesto sobre los Ingresos Brutos
Impuesto Inmobiliario
Impuesto a los Automotores
Coparticipación Federal de Impuestos

Distribución Primaria

88% a Provincia.
12% a Municipios.

Distribución Secundaria. Criterios de Distribución

Los coeficientes de distribución secundaria son fijos y se incorporan como anexo de la normativa aplicable.

Como existen muchos Municipios que a partir del último censo han modificado notoriamente su población, se establecen transferencias discrecionales desde la Provincia a modo de compensación. Por ejemplo, la Ley XV- N°12 (antes Ley N°3.875) estableció un adicional mensual de coparticipación Transitorio y de Emergencia que dispuso una distribución de una suma fija a 8 municipios de la Provincia. La distribución se realiza por población y no tienen afectación, por lo que pueden ser utilizados para solventar gastos de funcionamiento.

Periodicidad de las transferencias

Los fondos coparticipables con los municipios son depositados en forma automática y diariamente por el Banco provincial a la orden de cada municipio, sin ingresar en la cuenta de la Tesorería General de la Provincia. Sobre esas cuentas son constituidos plazos fijos remunerados hasta la fecha de la efectiva transferencia a cuentas operativas de los municipios. Dicha transferencia se efectúa el tercer día hábil anterior al último de cada mes y por el monto depositado hasta ese día en concepto de coparticipación con más los intereses devengados por las colocaciones a plazo fijo.

Provincia de Neuquén

Marco normativo

Ley N°2148 y Leyes complementarias N°1971, N°2.247, N°2.395, N°2615.

Masa coparticipable

Coparticipación Federal de Impuestos
Impuesto Inmobiliario
Impuesto sobre los Ingresos Brutos
Impuesto de Sellos

Regalías Hidrocarburíferas.

(Lo recaudado en concepto de Impuesto a los Automotores está excluido de la masa coparticipable, ya que son los municipios quienes recaudan dicho tributo)

A partir del año 2004, los Municipios reciben el 15% adicional sobre el total de la recaudación del impuesto inmobiliario.

Del monto resultante se deducirán afectaciones dispuestas por leyes provinciales y la proporción de gastos vinculados a la percepción de los impuestos provinciales distribuibles.

Las afectaciones de recursos mencionadas son las siguientes: a) la dispuesta por Ley N°1971, de "Autarquía del Poder Judicial", que afecta el 18% de los ingresos provenientes de la Coparticipación Federal de Impuestos; b) la dispuesta por la Ley N°2.395, de "Autarquía del Poder Legislativo", que afecta el 7,5% de tales ingresos; y c) la dispuesta por la Ley N°2.247 que asigna hasta el 3% de Regalías Hidrocarburíferas al Instituto Autárquico Desarrollo Productivo (AIDEP).

Distribución primaria

85% a Provincia.

15% a municipios (salvo el impuesto inmobiliario en donde la distribución es 70/30)

Distribución secundaria. Criterios de distribución

60%, en relación directa a la población de cada uno de los municipios

15%, en proporción a la relación inversa al costo salarial total por habitante de cada comuna

10%, en relación directa a la población de cada municipio sin computar la Municipalidad de Neuquén

10%, en relación a la recaudación de recursos tributarios correspondientes a cada municipio.

5%, en partes iguales a cada municipio.

La propia Ley aprobó los coeficientes de distribución elaborados en función de los índices antes mencionados y que fueron calculados para ese año (1995). Tales coeficientes desde entonces no se han modificado.

A su vez, a partir de diciembre de 2008, y producto de los Acuerdos de Renegociación hidrocarburíferos (Ley N°2615), el gobierno de la provincia comienza a percibir un canon extraordinario de producción, que significa 3 puntos adicionales de regalías hidrocarburíferas. De ellos, el 15% se deberá distribuir a la totalidad de los municipios.

No se advierte la existencia de algún **componente salud** entre los criterios de distribución a los municipios; tampoco se han hallado normas que especifiquen que nivel de gobierno presta el **servicio de salud** en la provincia.

Periodicidad de las transferencias

De acuerdo a lo dispuesto en los artículos 6° y 7°, las transferencias a los municipios se realizan mensualmente.

Provincia de Río Negro

Marco normativo

Ley N°1946

Masa coparticipable

Impuesto Inmobiliario

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

Impuesto a los Automotores

Coparticipación Federal de Impuestos

Fondo de Desequilibrios Fiscales Provinciales (Ley N°24.130)

Regalías petrolíferas, gasíferas y mineras

No se incluye al Impuesto de Sellos entre los impuestos coparticipables.

Distribución primaria

Impuestos Inmobiliario, sobre los Ingresos Brutos y a los Automotores:

73,50 a la provincia.

26,50% a los municipios.

Coparticipación Federal de Impuestos y el Fondo de Desequilibrios Fiscales Provinciales (Ley N°24.130):

90% a la provincia.

10% a los municipios.

Regalías petrolíferas, gasíferas y mineras:

90% a la provincia.

10% a los municipios

Conforme los porcentajes antes señalados, la mayor parte de los ingresos quedan bajo la órbita provincial. Se destaca la escasa participación de los municipios en el producido de los recursos provenientes de la Coparticipación Federal y de las regalías (petrolíferas, gasíferas y mineras).

Distribución secundaria. Criterios de distribución

El porcentaje a coparticipar de la recaudación de tributos provinciales (26,50%) y de los recursos provenientes de la Coparticipación Federal de Impuestos (10%), está establecido por índices prefijados aprobados en el Anexo I de la Ley, que oscilan entre un máximo de 17,795% (San Carlos de Bariloche) a un mínimo de 0,579% (Ñorquincó).

El 10% de los ingresos por Regalías petrolíferas, gasíferas y/o mineras, son distribuidos de la siguiente manera:

35%, se distribuye entre los 9 municipios Productores, de acuerdo con los volúmenes de extracción que se registren en cada una de las jurisdicciones o arbitradas por el procedimiento que establece la propia Ley (Catriel, Allen, Contralmirante Cordero, Campo Grande, Cervantes, Cinco Saltos, Cipoletti, Fernández Oro y General Roca).

El 65% restante se distribuye entre todos los municipios de la provincia, de acuerdo al índice de coparticipación predeterminado y previsto en el Anexo II de la Ley.

Fondo de Asistencia Territorial

Del total a coparticipar, la provincia de Río Negro retiene el 2% para conformar un Fondo de Asistencia Territorial, que se distribuye de la siguiente forma:

20% no reintegrable para Comisiones de Fomento.

40% se distribuye en partes iguales a cada una de las Comisiones de Fomento

20% Fondo de asistencia técnica

40% **Fondo Compensador Línea Sur**, para los 9 municipios que se encuentran en la Línea Sur, el sector económicamente menos desarrollado de la provincia. Este fondo se reparte:

d.1) 50% en partes iguales entre los municipios.

d.2) 50% en relación a la población.

No se advierte la existencia de algún **componente salud** entre los criterios de distribución a los municipios; tampoco se han hallado normas que especifiquen que nivel de gobierno presta el **servicio de salud** en la provincia.

Periodicidad de las transferencias

El art. 11 de la Ley 1946 establece que las transferencias a los municipios se realizan mensualmente.

Provincia de Salta

Marco Normativo

Leyes N° 5.082 (1976), N° 6438 (1986), N° 6.648 (1991), N° 6.678 (1992), N° 7.223 (2003), N°7.651 (2010)

Masa Coparticipable

Coparticipación Federal de Impuestos
Montos recaudados por el “sistema tributario provincial”
Regalías Petrolíferas y Gasíferas
Canon Minero y Canon de Aprovechamiento de Aguas Minerales
Regalías Hidroeléctricas

Los municipios tienen delegados el Impuesto Automotor y el Impuesto Inmobiliario Urbano.

Distribución Primaria

Lo correspondiente a Coparticipación Federal de Impuestos y al “sistema tributario provincial” se distribuye de la siguiente manera:

85% a la Provincia
12% a los Municipios
3% Fondo de Convergencia Municipal

Canon Minero y de Aprovechamiento de Aguas Minerales y Regalías Petrolíferas y Gasíferas.

80% a la Provincia
20% a Municipios
Regalías Hidroeléctricas
60% a Provincia.
40% a Municipios

Distribución Secundaria. Criterios de Distribución

El 12% correspondiente a los municipios, proveniente de la Coparticipación Federal de Impuestos y del “sistema tributario provincial”, se distribuye en función de los siguientes criterios:

30% en proporción a la población de cada Municipio.
35% en proporción a las erogaciones corrientes de cada Municipio.

35% en base al costo por habitante de los servicios prestados por los Municipios, entendiéndose por costo global de servicios mencionados precedentemente, el total de gastos de funcionamiento.

Los montos correspondientes al 20% correspondientes a las Regalías hidrocarburíferas se distribuyen de la siguiente manera:

El 17,5% (87,5%) entre los Municipios que se encuentren en la zona de influencia departamental

Con 2,5% (12,5%) se conforma un fondo compensador destinado a Municipios ubicados en departamentos no productores.

El 40% correspondiente a Regalías Hidroeléctricas es distribuido en función de los siguientes parámetros (no puede ser destinado por los Municipios al pago de sueldos):

Localización geográfica de los mismos

Su relación con la fuente productora de las regalías que se recauden

Grado de afectación negativa en el área producida por fenómenos meteorológicos o de otra índole.

Fondo de Convergencia Municipal

Este Fondo, constituido con el 3% de los recursos provenientes de la Coparticipación Federal de Impuestos y del “sistema tributario provincial”, se distribuye de la siguiente manera:

EL 1,5% (50%) entre todos los Municipios según los siguientes parámetros:

70% en proporción a la población de cada Municipio.

10% en proporción a personas con NBI de cada Municipio.

10% en proporción a personas con NBI, ponderado por la cantidad de habitantes de cada Municipio.

10% en proporción a la superficie de cada Municipio.

El 1,5% (restante 50%) se integra a un Fondo Compensador Municipal, y su distribución se encuentra en la Ley de presupuesto cada año.

Periodicidad de las transferencias

La efectiva transferencia de los fondos a los municipios debe realizarse en forma inmediata, no pudiendo excederlas 48 hs contadas a partir del momento en que ingresen a la provincia (art. 3º, Ley 5082 y art. 4º 6048, texto según Ley N° 66498)

Provincia de San Luis

Marco normativo

Ley N°5537

Masa coparticipable

Coparticipación federal de impuestos (50%). La proporción de Coparticipación Federal de Impuestos efectivamente participada a los Municipios es del 10% (incluyendo los Fondos)

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

Impuesto Inmobiliario (50%). La proporción de Impuesto Inmobiliario efectivamente participada a los Municipios es del 10% (incluyendo los Fondos)

Impuesto de Sellos (70%). La proporción de Impuesto de Sellos efectivamente participada a los Municipios es del 14% (incluyendo los Fondos)

Impuesto a los Automotores.

Distribución primaria

80% a la Provincia

16% a los municipios.

3,5% al Fondo Municipal de Saneamiento y Desarrollo.

0,5 al Fondo de Aportes al Tesoro Nacional

Distribución secundaria. Criterios de distribución

80% en proporción directa a la población

2,5% considerando la lejanía de cada municipio con la ciudad capital.

2,5% en proporción al indicador de NBI de cada departamento distribuido en función de la población de cada localidad.

15% en partes iguales entre todos los municipios de la provincia.

Los fondos

Fondo Municipal de Saneamiento y Desarrollo (3,5%)

Este Fondo tenía un tope de \$30M (una vez alcanzado este tope, que no se modificó en el tiempo, los recursos no fueron coparticipados).

Fondo de aportes del tesoro nacional (0,5%)

Este Fondo tiene como objetivo solventar desfasajes financieros de aquellos municipios que lo soliciten, o bien para inversión en gastos de capital.

Periodicidad de las transferencias

A pedido de los municipios las transferencias se realizan por decena. Por tanto, los días 10, 20 y 30 se les transfieren los fondos respectivos a todos los municipios, con excepción de la capital, que a partir del año 2011 solicitó la coparticipación diaria.

Provincia de San Juan

Marco normativo

Ley N°1811-P (2018), con vigencia a partir del 1° de enero de 2019.

Masa coparticipable

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

Impuesto Inmobiliario

Impuesto a la Radicación del Automotor

Impuesto de Sellos

Coparticipación Federal de Impuestos.

Se excluyen de la masa coparticipable aquellos tributos locales que tengan asignación específica por ley provincial como aquellos fondos que sean destinados por la Nación a la provincia de San Juan como compensación por aplicación de las normas del consenso fiscal (Ley Provincial N°1719-I que adhiere a la Ley Nacional N°27.429).

Distribución primaria

Coparticipación Federal de Impuestos

85,5% a Provincia

14,5% a los municipios.

Impuestos provinciales

80% a Provincia

20% a los municipios

Distribución secundaria. Criterios de distribución

La masa coparticipable a los municipios, luego de la detracción que se practica a su porción señalada en la distribución primaria para integrar los dos Fondos que se mencionan en el punto siguiente, se distribuye entre ellos de la siguiente manera:

49% en proporción directa a la población

1% en relación a la densidad poblacional inversa

2% como zona desfavorable en relación a la distancia a la ciudad Capital.

1,5% en base al consumo del alumbrado público y edificios propios del municipio.

15% en partes iguales

23% en proporción a los hogares con NBI

0,60% en relación al monto del impuesto inmobiliario puesto al cobro por departamento.

1,10% en relación al monto del impuesto a la radicación del automotor puesto al cobro por cada departamento

6,8% en relación al monto del impuesto sobre los ingresos brutos determinado, régimen local, por departamento.

Afectación previa: Creación del Fondo de Emergencia y del Fondo de Desarrollo Regional

Del importe correspondiente a los municipios en su conjunto, mencionados en la Distribución primaria – 14,5% de la Coparticipación Federal y 20% de Impuesto locales -, se detraen los porcentajes que a continuación se indican para la integración de los dos Fondos que se crean.

Fondo de Emergencia

Tiene por finalidad asistir a los municipios en casos de emergencia financiera, económica, social o institucional. Es condición para acceder a este fondo encontrarse

adherido a la Ley de Responsabilidad Fiscal Provincial. En ningún caso los municipios podrán destinar los fondos a otro fin distinto al de la necesidad por el que haya sido solicitado.

Este fondo se integra con el 5% de la porción que le corresponde al conjunto de municipios en función de la distribución primaria.

Fondo de Desarrollo Regional

Tiene como destino el desarrollo económico, productivo, industrial, turístico y de desarrollo urbano de los departamentos. Es condición para acceder a este fondo encontrarse adherido y cumplir con las reglas establecidas en el Régimen Provincial de Responsabilidad Fiscal. En ningún caso los municipios podrán destinar los fondos a gastos operativos ni a otro fin distinto al antes señalado.

Este fondo se integra con el 3% de la porción correspondiente al conjunto de municipios en función de la distribución primaria.

Periodicidad de las transferencias

La transferencia de los fondos coparticipables a los municipios debe realizarse en forma semanal.

Provincia de Santa Cruz

Marco normativo

Ley N°1.494 (1982) y modifs. Ley N°1.955 (1987) y Ley N°2.401 (1995)

Masa coparticipable

Coparticipación Federal de Impuestos

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

Impuesto a los Actos y Operaciones celebradas a Título Oneroso

Impuesto a los juegos de azar y rifas.

Regalías de gas y petróleo.

Los Impuestos Inmobiliario y Automotor no forman la masa coparticipable toda vez que la Provincia los delegó en sus municipios.

Distribución primaria

Coparticipación Federal de Impuestos

89% a la Provincia

11% a los municipios

Impuesto sobre los Ingresos Brutos, a los Actos y Operaciones celebradas a Título Oneroso y a los Juegos de Azar y Rifas

Antes de su distribución, se retiene un 20% con destino a la creación de un “Fondo especial para Financiamiento de la efectiva intransferibilidad de la Caja de Previsión de la Provincia”.

Luego, el 60% a la Provincia, y 40% a los municipios

Regalías de gas y petróleo

93% a la Provincia

7% a los municipios

Distribución secundaria. Criterios de distribución

83,15% en proporción directa a la población

11% a razón de 1/11 a cada una de las municipalidades, a excepción de Río Gallegos, Caleta Olivia, Pico Truncado y Comisiones de Fomento.

5,85% directamente proporcional a la diferencia poblacional de cada localidad con la ciudad capital, con excepción de las Comisiones de Fomento.

Periodicidad de las transferencias

La coparticipación federal se remite a los municipios los días 10, 20 y 30 de cada mes; lo percibido en concepto de regalías se remite una vez por mes, y la parte correspondiente a los impuestos provinciales se transfiere semanalmente.

Provincia de Santa Fe

Marco normativo

Ley N°7.57 (1975), N°8345 (1979), Ley N°5110, Ley N°12.385, Ley N°12.744

Masa coparticipable

Coparticipación Federal de Impuestos

Impuestos sobre los Ingresos Brutos

Impuesto Inmobiliario

Impuesto sobre patente Automotor

Resultados de Lotería

Utilidades de Casinos

La provincia no coparticipa a municipios y comunas el Impuesto de Sellos.

Distribución primaria

Coparticipación Federal de Impuestos

86,5628% a Provincia

13,4372 a municipios y comunas

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

86,5628% a Provincia
13,4372 a municipios y comunas
Impuesto a la Patente Automotor
10% a Provincia
90% a municipios
Impuesto Inmobiliario
50% a Provincia
50% a municipios
Resultados Juegos de Lotería
80% a Provincia
20% a municipios
Utilidades de Casinos
90% a Provincia
10% a municipios

Distribución secundaria. Criterios de distribución

Coparticipación Federal de Impuestos (13,4372%)

El 8% a municipios según lo siguientes parámetros: a) 40% según población; b) 30% según recursos propios; c) 30% en partes iguales.

El 2,76% a comunas conforme los siguientes criterios: a) 80% según población; b) 20% en partes iguales.

El 2,6772% a municipios de 1ra categoría, según los siguientes parámetros: a) 40% según población; b) 30% según recursos propios; 30% en partes iguales.

Impuestos sobre los Ingresos Brutos (13,4372%)

Se reparte en forma idéntica a los recursos provenientes de la Coparticipación federal.

Impuesto a la Patente Automotor (90%)

60% según radicación del vehículo que abonó el impuesto

30% según emisión del impuesto en cada localidad

A su vez, el 100% de las patentes vencidas se reparte de acuerdo a la radicación el vehículo.

Impuesto Inmobiliario (50%)

80% en forma directamente proporcional a la emisión del Impuesto total para cada jurisdicción.

20% en forma directamente proporcional a la población e cada jurisdicción.

Resultados de Lotería (20%)

12% a los municipios de 1ra Categoría (1/3 Rosario y 2/3 Santa Fe)

4% al resto de los municipios

4% a las comunas

Utilidades de Casinos (10%)

La distribución se realiza en función de los coeficientes aplicados para el reparto el producido del Impuesto Inmobiliario.

Fondo para la Construcción de Obras y Adquisición de Equipamiento y Rodados

Su monto anual se fija en el 1% del Cálculo de Recursos para la Administración Central de la provincia establecido en el presupuesto anterior. Se distribuirá primeramente en un veinticinco por ciento (25%) por partes iguales entre todos los municipios y comunas beneficiados. Previo a esta distribución primaria se constituirá una reserva equivalente al cinco por ciento (5 %) del total del Fondo para atender las erogaciones que demanden proyectos de necesaria y urgente ejecución. Posteriormente, el remanente que surja según lo dispuesto en el párrafo anterior, se distribuirá entre todas las municipalidades y comunas en un setenta por ciento (70 %) en base a la población y un treinta por ciento (30 %) en base a necesidades básicas insatisfechas.

Periodicidad de las transferencias

La remisión de los fondos a las municipalidades y comunas deberá hacerse en forma automática y dentro de un período que no exceda de los treinta días, pero se faculta al Poder Ejecutivo a efectuar anticipos a cuenta de los mismos cuando razones de urgencia así lo justifiquen.

Provincia de Santiago del Estero

Marco normativo

Ley N°6426 (1998), Decreto N°1309/1998.

Masa coparticipable

Coparticipación Federal de Impuestos.

Impuesto sobre los Ingresos Brutos

Impuesto de Sellos

Impuesto Inmobiliario

Impuesto a los Automotores

Cualquier otro impuesto a crearse.

Distribución primaria

Coparticipación Federal de Impuestos:

85% a Provincia

15% a municipios.

Impuestos sobre los Ingresos Brutos, Sellos, Inmobiliario y cualquier otro a crearse:

75% a Provincia

25% a municipios.

Impuesto a los Automotores

60% a la Provincia

40% a los Municipios.

Distribución secundaria. Criterios de distribución

2% al Fondo Provincial para Desequilibrios Fiscales

98% se distribuye entre los municipios y Comisiones Municipales, en función de los siguientes parámetros:

44% en proporción directa al porcentaje de población de cada municipio.

1% en proporción directa al porcentaje de población de cada municipio con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

2% en proporción directa al porcentaje de la población rural que recibe servicios del municipio.

1% en proporción inversa al porcentaje de población de cada municipio.

50% en proporción directa a los recursos tributarios de cada municipio.

1% en partes iguales entre todos los municipios.

1% en proporción directa de la relación población sobre número de empleados

El Fondo provincial para desequilibrios fiscales. Piso de garantía

Este fondo está destinado a cumplimentar, en primer término, una "coparticipación mínima" a los municipios: piso de garantía (art. 6º).

El saldo, tiene como objetivo atender situaciones de emergencia y/o desequilibrios financieros de las municipalidades y comisiones municipales. Para acceder al Fondo, aquellas deben acreditar: a) estar en situación de emergencia y/o desequilibrio financiero; b) no superar las remuneraciones del intendente y los concejales, el promedio del conjunto de municipios de igual categoría en ambos casos; y c) no presentar incremento en la planta de personal.

Periodicidad de las transferencias

Las transferencias de los importes correspondientes a los municipios se realizarán en forma mensual (art. 9, Ley 6426)

Índices de distribución. Conflicto judicial

Los Índices de distribución confeccionados en función de los criterios distributivos señalados precedentemente, deberían actualizarse anualmente (art. 3, inciso 5, Ley 6426).

Los Índices de coparticipación vigentes fueron establecidos por Decreto 1309/1998, el que no ha sufrido modificaciones, revisiones o alteraciones.

El incumplimiento de la actualización, ha llevado a que la Municipalidad de La Banda entablare demanda contra la Provincia de Santiago del Estero, cuestión que, a la fecha, en lo que al fondo del asunto se refiere, no tiene resolución.

Provincia de Tucumán

Marco normativo

Ley 6316/91, 6650, 8381 y modifs.

Masa coparticipable

Impuesto Inmobiliario

Impuesto a los Automotores

Coparticipación Federal de Impuestos

Distribución primaria

Impuesto Inmobiliario

88% a Provincia

12% a Municipios

Impuesto a los Automotores

15% a Provincia

85% a Municipios

Coparticipación Federal de Impuestos

83,5% a Provincia

16,5% a Municipios

Distribución secundaria. Criterios de distribución

Impuesto Inmobiliario

7% a los Municipios

5% a las Comunas Rurales

Impuesto a los Automotores

75% a los Municipios

10% a las Comunas Rurales

Coparticipación Federal de Impuestos

13,05 a los Municipios

3,45% a las Comunas Rurales

El monto total que se asigna a las Comunas Rurales se distribuye en partes iguales para cada una de las que integran cada categoría, según los siguientes porcentajes:

Las de Primera Categoría reciben el 50% del total de la Coparticipación Comunal.

Las de Segunda Categoría perciben el 16,5% del total de la Coparticipación Comunal

Las de Tercera Categoría reciben el 33,5% del total de la Coparticipación Comunal.

Entre los Municipios, la distribución se realiza de acuerdo con coeficientes fijos explícitamente establecidos en la ley.

Detracciones de la masa coparticipable. Creación de Fondos

Fondo destinado a atender Desequilibrios Financieros Transitorios

Del monto total coparticipable a Municipios y Comunas se retiene el 5%, destinado a un *Fondo destinado a atender Desequilibrios Financieros Transitorios* de los mismos. Dicho fondo es administrado por la Secretaría de Estado del Interior.

La Ley 6.688 estableció que, a la *Municipalidad de Las Talitas*, se le asigne el 0,57% sobre los recursos coparticipados en concepto de impuestos nacionales; el 3.71% de lo recaudado en concepto de impuesto a los automotores y rodados; el 0.52% de lo recaudado en concepto de impuesto inmobiliario.

Fondo de Desarrollo del Interior

Se constituyó como una forma de asistencia financiera adicional a los municipios y comunas del interior, quedando excluido San Miguel de Tucumán. Este Fondo se constituye con el 7,9% del total de recursos que recibe la Provincia por coparticipación de impuestos nacionales y recaudación de impuestos provinciales, previa deducción del monto que le corresponda al conjunto de municipios y comunas en virtud del régimen de coparticipación arriba descripto. En lo que respecta a su distribución, está previsto que un 5% se asigne al financiamiento de un Fondo para Desequilibrios Financieros y Mejoramiento Institucional. El monto restante se distribuye según porcentajes fijos entre los municipios del interior y a las comunas dependiendo la necesidad de cada una. A su vez, la normativa exige la afectación prioritaria de los fondos recibidos al cumplimiento de obligaciones previsionales, facultando al Poder Ejecutivo Provincial a retener los importes correspondientes.

Periodicidad de las transferencias

Las transferencias se realizan a través del Banco Provincial en forma diaria y automática.

Provincia de Tierra del Fuego

Marco normativo

Ley N°191 (1983), Ley N°343 (1988), Ley 22 N°22 (1992), Ley N°702 (2006), Ley N°886 (2012), Ley N°892 (2012), Ley N°905 (2012), Ley 907 (2012), Ley N°959 (2013)

Masa coparticipable

Impuestos provinciales sobre los Ingresos brutos y Sellos

Impuestos Nacionales: Coparticipación Federal de Impuestos, Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes, (Ley 24.977), Prórroga de la vigencia de la Ley de Impuesto a las Ganancias (Ley 24.621) y todas otras normas que las modifique o reemplace.

Regalías Hidrocarburíferas

Distribución primaria

Impuestos provinciales

55% a Provincia

45% a municipios

Impuestos Nacionales

75% a Provincia

25% a municipios

Regalías Hidrocarburíferas

80% a Provincia

20% a municipios

Distribución secundaria. Criterios de distribución

El 45% correspondiente a los municipios de la recaudación de Impuestos Provinciales, se distribuye entre ellos en forma proporcional a la participación de cada uno sobre la recaudación municipal total.

El 25% de los Impuestos Nacionales destinado a los municipios se distribuye entre ellos de la siguiente manera:

12,20% al municipio de Ushuaia

12,20% al municipio de Río Grande

0,60% al municipio de Tolhuin.

El municipio de Tolhuin mantiene el porcentaje de Coparticipación que recibía con anterioridad a su constitución como tal, consistente en el 1,10% de los Recursos Tributarios provinciales, Regalías Hidrocarburíferas y Coparticipación Federal de Impuestos.

El 20% referido en concepto de Regalías Hidrocarburíferas se distribuye entre los municipios en forma proporcional a la cantidad de habitantes de cada uno.

Detracciones de la masa coparticipable. Creación de Fondos

Fondo de Prestaciones Prioritarias

(Ley N°959, art 32), Se constituye con el 0,80% del total recaudado en concepto de Impuesto sobre los Ingresos Brutos previo a la detracción secundaria. Tiene por objeto financiar la venta para uso domiciliario de cilindros, garrafas o gas licuada de petróleo y sostener el servicio de comedores escolares y copa de leche.

Fondo Bomberos Voluntarios

Está conformado por el 1,50% de total recaudado en concepto de Impuestos sobre los Ingresos Brutos. (Ley N°959, art. 33)

Fondo Provincial de Vialidad

Se afecta a este fondo el 40% de lo recaudado en concepto de Impuesto sobre los Ingresos Brutos por la venta de repuestos, neumáticos y accesorios de todo tipo de automotores. (Leyes N°22 y 886)

Fondo de Financiamiento de Servicios Sociales

Está destinado a solventar políticas en servicios sociales en salud y educación, se integra con el derivado de establecer una alícuota adicional del Impuestos sobre los Ingresos Brutos del 1%, porcentaje no coparticipable. Por Ley N°905, se incorpora como fuente de financiamiento el producido de la retención a los municipios del 25% de los recursos que les corresponden por coparticipación de ingresos tributarios provinciales. (Ley N°907).

A su vez, sobre el total de Recursos Provinciales coparticipables, incluidas las Regalías Hidrocarburíferas, se descuenta el 1,20% en concepto de Gastos Operativos y el 0,70% en concepto de recupero Fondo Financiamiento Educativo.

Periodicidad de las transferencias

Los fondos correspondientes a coparticipación de regalías son recibidos por los municipios en forma mensual; mientras los relativos a coparticipación de impuestos nacionales y provinciales, en forma semanal.

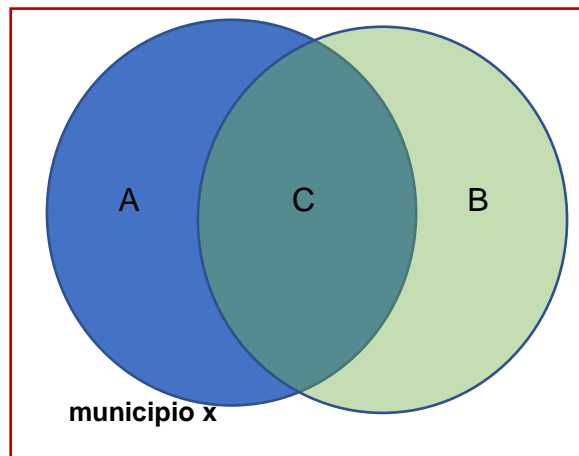
Apéndice 3. Metodología para la utilización de la clasificación de eventos por ocurrencia y por residencia

Se entiende por **evento por ocurrencia** a todos aquéllos que ocurren dentro de los límites geográficos de un municipio, independientemente del lugar donde vivan quienes los realizan.

Se entiende por **evento por residencia** a todos aquéllos que efectúan los residentes de un municipio, independientemente del lugar en que las realicen.

De este modo, puede ocurrir que las consultas o egresos que se realicen en un municipio sean inferiores, iguales o superiores en número a las que realizan los residentes de ese municipio.

Para clarificar estos conceptos obsérvese el siguiente esquema para un municipio cualquiera, digamos municipio X:



Fuente: Extraído de Barbieri, Tarragona, & de la Puente, La equidad en el gasto público en salud (2002)

Los eventos totales que se realizan en territorio del municipio X están representados por las áreas A y C. El área A representa la proporción de esos eventos que realiza la población residente en otros municipios (distintos al Municipio x). El conjunto “eventos por residencia del Municipio X” simboliza el total de los eventos que realiza la población del Municipio X y está compuesto por las áreas C y B, esta última (B) muestra la porción de eventos que se efectúan en otros municipios por parte de la población residente en el Municipio X. La intersección, representada por el área C, comprende la cantidad de eventos realizadas por los residentes del municipio que se atienden en el propio municipio.

Sabido es que las personas no basan la elección del lugar a ser atendidos sólo por razones de residencia, sino que existe un gran número de factores que influyen en tal decisión:

Entre los múltiples orígenes que puede tener la decisión de movilizarse en busca de atención, pueden identificarse los siguientes:

- Necesidad de un servicio de mayor complejidad que no se encuentra en su partido de residencia.

- Proximidad geográfica, del lugar de residencia habitual o del lugar de trabajo, a un efector que pertenece a otro municipio.

- Prestigio del efector o de los profesionales y técnicos que se desempeñan en él.

- Necesidad de atención médica de emergencia y accidentología.

- Existencia de convenios con obras sociales, mutuales, o empresas de medicina prepaga, etc.

- Existencia de costos de traslado u otros costos (aranceles, cuotas, contribuciones, etc.) para hacer uso de los servicios.

- Falta de accesibilidad debido a cuestiones administrativas, legales y/o burocráticas.

- Por realizar tareas cotidianas (traslados interurbanos por trabajo o estudio) en un municipio distinto al de residencia.

Es necesario realizar esta aclaración entre estos dos conceptos para poder realizar un análisis más específico de la información estadística.

Apéndice 4. Metodología de estimación del Gasto Público Consolidado en Salud (GPCS) en la provincia de Buenos Aires

Para estimar el Gasto Público Consolidado en Salud (GPCS) en la Provincia, se requiere incluir el gasto de cada uno de los niveles de gobierno (Nación, Provincia y Municipios). Para esto, las erogaciones se imputan al nivel de gobierno que las ejecuta y se descuentan de aquel que las financia, y evitar de este modo sobreestimar el gasto total como consecuencia de duplicaciones. Así, por ejemplo, las transferencias que la Nación realiza a las provincias son asignadas al gasto provincial y descontadas del nivel nacional.

El gasto público nacional en finalidad función salud, se obtiene del Ministerio de Hacienda en el sitio datos de presupuesto abierto (Ministerio de Hacienda de la Nación Presupuesto Abierto, 2019). Para identificar el monto que se destina a la provincia de Buenos Aires, se considera la ejecución geográfica, por jurisdicción y por programa.

Para el gasto ejecutado por la provincia de Buenos Aires, se analiza la ejecución presupuestaria por finalidad función salud para el periodo de referencia por jurisdicción y por programa, de manera similar a lo que se realiza respecto al gasto de cada uno de los gobiernos municipales en salud.

La sumatoria del gasto en salud de cada nivel de gobierno en la provincia de Buenos Aires constituye el GPCS.

Bajo esta metodología se obtiene que el GPCS en 2017 es de \$73.351 millones. De estos, un 15% es gasto proviene del gobierno nacional (\$10.812 millones), un 45% es gasto del gobierno provincial (\$ 32.646 millones) y el gasto de los gobiernos municipales alcanza el 41% lo que equivale a \$29.893 millones.

Cuadro A 2. Gasto Público Consolidado en Salud (GPCS) y per cápita según nivel de gobierno. Provincia de Buenos Aires. Año 2017

Nivel de Gobierno	GPCS (en millones de \$ corrientes)	GPCS per cápita (en \$ corrientes)
Gasto Público Nacional en Salud	\$ 10.812,6	\$ 635,3
Gasto Público Provincial en Salud	\$ 32.645,6	\$ 1.918,1
Gasto Público Municipal en Salud	\$ 29.892,6	\$ 1.756,3
Gasto Público Consolidado en Salud	\$ 73.350,8	\$ 4.309,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información del Presupuestos Abierto de Nación 2017 (Ministerio de Hacienda de la Nación Presupuesto Abierto, 2019), Ejecución Presupuestaria de la Provincia de Buenos Aires 2017 (Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, 2019), Ejecución Presupuestaria de los Municipios 2017 (Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos A, 2019).

En términos per cápita, en 2017 el GPCS fue de \$4.310 considerando el total poblacional proyectado para el mismo año. Por nivel de gobierno, se observa que el gobierno nacional gastó un total de \$635,3 por habitante, el gobierno provincial \$ 1.918,1; y el gasto de los gobiernos municipales es de \$ 1756,3 al año por habitante, para el mismo año.

Asignación del gasto público consolidado en salud dentro del territorio provincial

Una vez estimado el GPCS a nivel global, resulta necesario desarrollar una metodología de asignación de dicho gasto entre municipios, de manera tal de poder identificar el gasto real del que se beneficia la población de cada uno de ellos. En consecuencia, debe considerarse un aspecto importante de este tipo de gasto, y es el hecho que el GPCS destinado a un municipio, no necesariamente refleja el gasto del municipio en sus habitantes, ya que estos pueden trasladarse y recibir atención médica en un municipio vecino al tiempo que el municipio en cuestión puede recibir habitantes de otros municipios en sus establecimientos asistenciales.

Lo anterior determina que la asignación del GPCS entre los municipios puede realizarse de acuerdo a dos criterios: a) un criterio más directo, pero menos preciso relacionado con la “ocurrencia” del gasto y b) otro más complejo, pero que da cuenta con más precisión de lo que se busca estimar, que es la asignación del gasto según la “residencia” del que se beneficia del mismo.

Siguiendo la clasificación utilizada por Barbieri y colegas (Barbieri, de la Puente & Tarragona, 2004) el Gasto Público Consolidado en Salud por Ocurrencia (GPCSO), hace referencia al gasto público directo e indirecto en que se incurre para la prestación del servicio de atención de la salud y la ejecución de acciones de salud, que prestan los establecimientos y las instituciones públicas, localizadas dentro de los límites territoriales de un municipio. Incluye al gasto realizado por establecimientos de dependencia nacional, provincial y municipal. Mientras que el Gasto por Residencia (GPCSR) se refiere al gasto público, directo e indirecto, en prestaciones, servicios y acciones de salud, imputado a los usuarios residentes de un municipio, que son recibidos a través de establecimientos e instituciones de salud de dependencia nacional, provincial y municipal localizados en el propio municipio, o en cualquier otro prestador localizado fuera de los límites del municipio.

De este modo el GPCSO, representa el gasto en salud ejecutado dentro de los límites geográficos del municipio con independencia del lugar de residencia de quién efectivamente consume los bienes y servicios producidos por dicho gasto, a diferencia del GPCSR donde lo que prima es la residencia habitual de quien consume los bienes y servicios públicos de salud más allá de que el usuario se haya movilizad a otros municipios en búsqueda de atención.

Asignación del gasto público en salud por ocurrencia

En esta sección, se describen los criterios adoptados para asignar el público total en salud entre municipios según ocurrencia.

El gasto público en salud que se obtiene de la finalidad función salud a nivel municipal (GPMS) responde a la clasificación del gasto por ocurrencia, por lo tanto, no es necesario reasignar, se distribuye de acuerdo a los gastos propios en salud de cada municipio.

Para distribuir el gasto del nivel nacional (GPNS) y provincial (GPPS) entre municipios por ocurrencia, se analiza el gasto por programa y se lo divide en dos grupos: Gastos en Atención Médica Directos, estos es el gasto en Hospitales, UPAS, y demás establecimientos sanitarios; y en el segundo grupo todos los otros Gastos en Salud Secundarios o Indirectos vinculados a cuestiones de administración, coordinación e implementación de programas sanitarios de cada organismo, etc.

El gasto incluido en el primer grupo se asigna según la localización geográfica del establecimiento de referencia. Aquí se incluye específicamente el gasto correspondiente al SAMO en cada hospital, que es asignado al municipio donde se encuentra localizado el hospital; la Coordinación de gestión y contralor del conocimiento redes y tecnologías sanitarias, que se distribuye de acuerdo al total de residencias en cada hospital y luego es asignado al municipio de residencia del hospital; el gasto del Gobierno Nacional en Hospitales Nacionales, que se imputa al municipios donde se encuentra localizado el hospital el gasto de hospitales provinciales y establecimiento provinciales sin internación que también se imputa al municipio donde se localizan, y finalmente el gasto en programas sanitarios que se distribuye según la población inscripta el Programa Sumar en cada municipio

Mientras que, para el segundo grupo, otros gastos, la asignación se realiza por población ya que es posible considerar que los beneficios de estos gastos se distribuyen de forma idéntica a toda la población, usuaria o no, del sistema público, por lo tanto se asignan a cada municipio según la cantidad de habitantes de cada uno de ellos.

Entonces el gasto público en salud por ocurrencia de cada municipio, denotado con la letra "i" (GPMSO_i), resulta de la sumatoria del: gasto municipal (GPMS_i) por finalidad función salud de dicho municipio; de la distribución del gasto en hospitales y demás establecimientos de salud de la Nación y la Provincia (GEMO) según ubicación geográfica y de los otros gastos de Nación y Provincias (OGS) asignados según la cantidad de habitantes del municipio, como se muestran en la siguiente ecuación

$$GPCSO = \sum_{i=1}^{135} GPCSO_i$$

Donde GPCSO, denota gasto público consolidado (los tres niveles) en salud en la provincia de Buenos Aires (en todos sus municipios).

GPCSO_i es el gasto público consolidado en salud por ocurrencia en el municipio i, donde i adopta los valores de cada uno de los 135 municipios.

Finalmente, el gasto de cada municipio por ocurrencia se obtiene como se muestra a continuación:

$$GPCSO_i = (GPMS_i + x_i * OGS_i + GEMO_i)$$

Donde el gasto $GPCSO_i$, se compone de la suma del gasto del municipio por finalidad función salud ($GPMS_i$), de los otros gastos en salud (OGS_i) tanto del nivel nacional como provincial distribuidos según la proporción de habitantes del municipio (x_i) y el gasto de los establecimientos médicos localizados en el municipio de referencia "i" $GEMO_i$.

Asignación del gasto público en salud por residencia

En esta sección, se describen los criterios adoptados para asignar el público total en salud entre municipios según el origen de residencia. Se utiliza parcialmente la metodología propuesta por Barbieri, Tarragona, & de la Puente (2002) y se agregan algunos criterios adicionales.

Se denomina *Gasto Consolidado en Salud por Residencia* (GPCSR) al gasto público, directo e indirecto, en prestaciones, servicios y acciones de salud, imputado a los usuarios *residentes*⁵⁰ de un municipio, que son recibidos a través de efectores e instituciones de salud de dependencia nacional, provincial y municipal localizados en el propio municipio, o en cualquier otro prestador localizado fuera de los límites del municipio dentro de la provincia o en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

De este modo, el *Gasto Consolidado en Salud por Ocurrencia* (GPCSO) es el directamente asociado con la información que surge de las ejecuciones presupuestarias y se vincula con el gasto ejecutado dentro de los límites geográficos de un municipio, mientras que el Gasto por Residencia considera el gasto realizado en los habitantes de un municipio independientemente de quien sea el prestador del servicio.

Así, el gasto que efectúa un municipio, beneficia no sólo a su propia población, sino también a todos aquellos otros individuos que, aun teniendo residencia en otra jurisdicción, utilizan los servicios locales. Tal como se adelantara en la sección anterior, el gasto en salud realizado por el gobierno provincial en un municipio y por la propia comuna en su territorio, no representa lo verdaderamente gastado en los residentes de tal municipio. Esto se debe a que la utilización de los establecimientos tanto provinciales como municipales localizados en un determinado partido, no es privativa de los habitantes de esa jurisdicción.

De este modo, el gasto público consolidado en salud por residencia para un municipio i ($GPCSR_i$) ya no será el monto de recursos que dicho **municipio y la provincia** gastan dentro de los límites geográficos del mismo (gasto por ocurrencia), sino que será la

⁵⁰ Se denomina residentes a las personas que declaran residencia habitual en determinada jurisdicción.

resultante de sumar los gastos municipales, nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires del que se “benefician” los residentes dentro o fuera de su ámbito territorial.

Antes de avanzar en la presentación concreta de las metodologías es necesario tener en cuenta que en todos los niveles de gobierno existen dos tipos de establecimientos: unos con internación y otros sin internación. El tratamiento de los gastos asociados a estos efectores es diferente para cada dependencia debido a las características particulares de las mismas.

Asignación del Gasto Público Municipal en Salud (GPMS)

En efecto, cuando habitualmente se utiliza la expresión *gasto municipal en salud* se hace referencia al gasto por ocurrencia, es decir, el gasto que se ejecuta dentro de los límites del municipio, sin considerar los efectos generados por los movimientos de la población de un sitio a otro en búsqueda de atención. Esta movilidad es precisamente lo que se pretende captar y es por eso que se efectúa la reasignación del gasto municipal según la residencia de quienes reciben atención en los efectores municipales.

En los municipios que carecen de efectores con internación y dado que no se cuenta con información respecto al origen de residencia de las consultas, la asignación se realizó íntegramente por ocurrencia. Este supuesto parece razonable en virtud de que es menos probable que la población se traslade para ser atendido en centros de atención primaria (sin internación) de otros distritos, mientras que sí lo haría para recibir atención en los centros con internación.

En aquellos municipios, donde sí existen efectores con camas de internación, la asignación del gasto municipal total se realizó en función de los egresos por origen de residencia (suponiendo que las consultas en estos centros se comportan de manera similar a los egresos). El procedimiento de reasignación se realizó como sigue:

$$G_{MR} = EE_M \cdot G_{MO}$$

donde:

G_{MR} denota la matriz de gasto municipal por origen de residencia de los 135 municipios (Rango: 135 x 1).

EE_M es la matriz que contiene la estructura porcentual de los egresos municipales por origen de residencia (Rango: 135 x 135).

G_{MO} es la matriz de gasto por ocurrencia de los municipios (Rango: 135 x 1).

La resultante de este procedimiento de asignación del gasto municipal por residencia, es que el gasto municipal en salud por ocurrencia puede verse incrementado o disminuido en función del movimiento neto de personas en busca de atención. Así si un

municipio “A” es receptor neto⁵¹ de población residente en otro u otros municipios en busca de atención en sus efectores, el gasto por ocurrencia del municipio A se verá disminuido porque el gasto del que se benefician los residentes de otros municipios es asignado al municipio del que provienen esos individuos. En el caso inverso, si la población de un municipio elige trasladarse a otro municipio en busca de atención, entonces el gasto por ocurrencia se verá incrementado en función de la asignación del gasto del que se beneficia esa población cuando se atiende fuera del territorio municipal.

Asignación del Gasto Público Provincial en Salud (GPPS)

A los fines de este proyecto se realiza una disociación del total de erogaciones que realiza el Ministerio de Salud Provincial a fines de su reasignación a nivel de municipios: el gasto en atención de la salud a través de los efectores provinciales o a través de programas nominalizados, que denominamos “gasto en atención de la salud” y “otros gastos” que comprenden todas aquéllas otras erogaciones que si bien se destinan a mejorar la atención de las personas, pueden ser consideradas uniformes para la totalidad de habitantes de la provincia por la imposibilidad de dividir sus beneficios (programas sanitarios sin nominalización, administración y funcionamiento, etc.).

Para distribuir el gasto en atención de la salud, se replica la metodología empleada para la distribución del gasto municipal, empleando como variable para la reasignación, el origen de residencia de los egresos hospitalarios o la residencia de los beneficiarios de programas nominalizados según corresponda. El resto de los gastos provinciales se distribuyen por población ya que es posible considerar que los beneficios de estos gastos se distribuyen de forma idéntica a todos individuos, usuaria o no, del sistema público, por lo tanto, se asignan a cada municipio según la cantidad de habitantes que cada uno de ellos posea.

Nótese que cuando utilizamos el gasto como representación de los servicios que recibe una persona, la eficiencia relativa de cada jurisdicción no está siendo contemplada.

$$G_{PR} = EE_P \cdot G_{PO} + G_{GO} \cdot PP$$

El gasto público provincial en salud se reasigna entonces como sigue:

donde:

G_{PR} representa la matriz de gasto provincial por origen de residencia de los 134 municipios (Rango: 135 x 1).

⁵¹ Se entiende receptor neto al municipio donde se verifica que el caudal de no residentes que se atienden en los efectores del propio municipio es mayor que los residentes que buscan a tención en otros municipios.

EE_p es la matriz que contiene la estructura porcentual de los egresos provinciales por origen de residencia (Rango: 135 x 135).

G_{PO} denota a la matriz de gasto en atención hospitalaria provincial por ocurrencia (Rango: 135 x 1).

G_{GO} es un escalar que representa los “otros gastos” que realiza la provincia (Otros programas, administración central, etc.)

PP es la matriz de estructura porcentual de la población municipal (Rango: 135 x 1).

Asignación del Gasto Público Nacional en Salud (GPNS)

Para la determinación del Gasto Público Nacional en Salud por Residencia (GPNSR), se procedió inicialmente a determinar el Gasto Público Nacional en Salud por ocurrencia⁵².

Para ello, se incluyeron los gastos correspondientes a los siguientes programas ejecutados en territorio provincial: Detección, Prevención y Tratamiento y Control de Enfermedades Crónicas y Factores de Riesgo para la Salud, Pensiones no Contributivas, Seguros Públicos de Salud, Atención Sanitaria en el Territorio, Reforma del Sector Salud, Promoción y Articulación de Relaciones Sanitarias Nacionales e Internacionales, Planificación, Control, Regulación y Fiscalización de la Política de Salud, Prevención y Control de Enfermedades Endémicas, Sanidad Escolar, Cobertura de Emergencias Sanitarias, Apoyo al Desarrollo de la Atención Médica, Atención de la Madre y el Niño, Formación de Recursos Humanos Sanitarios y Asistenciales, Prevención y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Lucha Contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, Desarrollo de la Salud Sexual y la Procreación Responsable, 2 - Detección Temprana y Tratamiento de Patologías Específicas, Investigación para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer, Investigación para la Prevención y Control de Enfermedades Tropicales y Subtropicales, Atención Sanitaria para la Comunidad, Atención a Personas con Discapacidades Psicofísicas, Prevención y Control de las Discapacidades, Agencia Nacional de Laboratorios Públicos, Investigación y Desarrollo de los Laboratorios de Producción Pública y los programas del Instituto Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)

Adicionalmente se incluyó también el gasto ejecutado por los hospitales nacionales localizados en el territorio bonaerense: Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca, Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur Dr. Juan Otimio Tesone, Servicio Nacional de Rehabilitación.

⁵² La información correspondiente al Gasto Nacional en territorio provincial fue obtenida del Sistema de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas de la Nación.

Y, por último, se incluyeron los gastos de los Hospitales de Alta Complejidad “El Cruce” y “Cuenca Alta” localizados en Florencio Varela y Cañuelas respectivamente cuyo financiamiento es compartido entre Nación y Provincia de Buenos Aires.

Para la asignación de estos gastos al territorio municipal, y continuando con la metodología adoptada para el gasto provincial, se procedió como sigue:

$$G_{NR} = EE_N \cdot G_{NO} + PP \cdot O_N$$

donde:

G_{NR} denota la matriz de gasto nacional en la provincia por origen de residencia de los 135 municipios

EE_N es la matriz que contiene la estructura porcentual de los egresos en hospitales nacionales radicados en provincia por origen de residencia.

G_{NO} es la matriz de gasto por ocurrencia de los hospitales nacionales.

O_N son otros gastos en salud nacional distribuidos según la proporción de habitantes

PP es la matriz de estructura porcentual de la población municipal (Rango: 135 x 1).

Asignación del Gasto Público de la Ciudad de Buenos Aires en la Provincia de Buenos Aires (GPBAS)

En función de la proximidad geográfica del Conurbano Bonaerense y la CABA, un parte importante de los egresos de los hospitales porteños corresponden a residentes de la provincia de Buenos Aires. Por tal razón, se ha incluido también en el cálculo del GPCS de cada municipio el gasto del que se benefician los bonaerenses que son atendidos en el sistema de salud porteño.

Para la asignación de esos gastos se procedió de la siguiente forma:

$$G_{BAR} = EE_{BA} \cdot G_{BAO}$$

donde:

G_{BAR} denota la matriz de gasto de hospitales de Ciudad de Buenos Aires por origen de residencia de los egresos para los 135 municipios de la provincia de Buenos Aires.

EE_{BA} es la matriz que contiene la estructura porcentual de los egresos en hospitales de ciudad de Buenos Aires por origen de residencia de municipios de la provincia de Buenos Aires.

G_{BAO} es la matriz de gasto por ocurrencia de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires.

Una vez realizada la asignación de los gastos de los tres niveles de gobierno y la CABA a cada municipio, el Gasto Público Consolidado en Salud por Residencia (GPSCR) para cada municipio “i” será la suma del Gasto Público en Salud Nacional,

Provincial, Municipal y de la Ciudad de Buenos Aires del que se benefician los residentes del municipio "i", con independencia del lugar en que hayan recibido atención,

$$GPCSR_i = GPNSR_i + GPPSR_i + GPMSR_i + GPBASR_i$$

Apéndice 5. Metodología de cálculo de alternativas de modificación de la coparticipación

Alternativas de modificación de la fórmula de coparticipación del régimen salud

En la actualidad la fórmula para el cálculo del coeficiente único de distribución para el 37% de la coparticipación que se distribuye según salud es la siguiente:

$$Cs_i = 0,35 \frac{PR_i}{\sum_{i=1}^n PR_i} + 0,25 \frac{C_i}{\sum_{i=1}^n C_i} + 0,1 \frac{E_i}{\sum_{i=1}^n E_i} + 0,2 \frac{PC_i}{\sum_{i=1}^n PC_i} + 0,1 \frac{ESI_i}{\sum_{i=1}^n ESI_i} \quad (1)$$

Siendo;

$$PR_i = \frac{Ca_i * O * NC}{100} \quad (2)$$

Dónde:

Cs_i : Coparticipación por el componente de salud del i ésimo municipio

PR_i : Producido Resultante

C_i : Cantidad de consultas del i ésimo municipio

E_i : Egresos de hospitales municipales del i ésimo municipio

PC_i : Pacientes día en efectores municipales con internación del i ésimo municipio

ESI_i : Establecimientos sin internación municipales del i ésimo municipio

Ca_i : Camas totales del i ésimo municipio

O : Porcentaje de ocupación

NC : Nivel de complejidad más alto alcanzado en el municipio en escala del 1 al 9.

En este sentido, las propuestas alternativas para la distribución de recursos, modifican la distribución de ese 37% de la coparticipación (CUD).

A continuación, se presentan las alternativas de estimación para el cálculo de la coparticipación régimen salud, divididas en tres grupos, el primero busca modificar la fórmula de cálculo del CUD, el segundo, incorpora en el análisis la estimación de la demanda potencial, medida en términos de personas con riesgo sanitario en el municipio, y un tercer grupo de síntesis de ambas dimensiones.

15.1 Modificaciones de la fórmula actual:

Modificación en la forma de la aplicación del factor complejidad en el componente “producido resultante”, es decir una modificación en el 35% del componente salud de la coparticipación, y del término de “consultas”, que representa 25% del CUD. Se plantean dos Propuestas:

Propuesta 1:

Se modifican dos componentes de la fórmula actual de la coparticipación en salud (1), el producido resultante y las consultas.

Se ponderan las camas de cada efector por el nivel actual de complejidad (1 a 9) y se limitan el número de consultas municipales a 6 por habitante por año como máximo. Es decir, en aquellos municipios que informan más consultas, se consignan un máximo de 6.

La coparticipación en salud por esta propuesta queda definida por la fórmula:

$$C1_i = 0,35 \frac{PR^1_i}{\sum_{i=1}^n PR_i} + 0,25 \frac{\bar{C}_i}{\sum_{i=1}^n C_i} + 0,1 \frac{E_i}{\sum_{i=1}^n E_i} + 0,2 \frac{PC_i}{\sum_{i=1}^n PC_i} + 0,1 \frac{ESI_i}{\sum_{i=1}^n ESI_i}$$

Dónde:

$C1_i$: Coparticipación por el componente de salud, según propuesta 1, del i ésimo municipio

\bar{C}_i : Cantidad de consultas del i ésimo municipio con tope hasta 6

E_i : Egresos de hospitales municipales del i ésimo municipio

PC_i : Pacientes día en efectores municipales con internación del i ésimo municipio

ESI_i : Establecimientos sin internación municipales del i ésimo municipio

$$PR^1_i = \frac{Ca_j * O * NC_j}{100}$$

Con las siguientes restricciones en el componente de consultas:

$$Si C_i \geq 6 \Rightarrow 6$$

$$Si C_i < 6 \Rightarrow C_i$$

Donde

PR^1_i : Producido resultante según propuesta 1

Ca_j : Camas del j ésimo efector del i ésimo municipio

O : Porcentaje de ocupación

NC_j : Es el nivel de complejidad del j ésimo efector del i ésimo municipio, con complejidad de 1 a 9

Propuesta 2:

Al igual que en la propuesta 1, se modifican los componentes “producido resultante” y “consultas” de la fórmula (1).

Se ponderan las camas de cada efector por el nivel de complejidad 1 a 4 según el Decreto N° 3280/90 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (con las equivalencias empleadas actualmente). Al igual que en la propuesta anterior, se limita el número de consultas municipales a 6 por habitante por año.

La coparticipación en salud por esta propuesta queda definida por la fórmula:

$$C2_i = 0,35 \frac{PR^2_i}{\sum_{i=1}^n PR_i} + 0,25 \frac{\bar{C}_i}{\sum_{i=1}^n C_i} + 0,1 \frac{E_i}{\sum_{i=1}^n E_i} + 0,2 \frac{PC_i}{\sum_{i=1}^n PC_i} + 0,1 \frac{ESI_i}{\sum_{i=1}^n ESI_i}$$

Dónde:

$C2_i$: Coparticipación por el componente de salud, según propuesta 2, del i ésimo municipio

\bar{C}_i : Cantidad de consultas del i ésimo municipio con tope hasta 6

E_i : Egresos de hospitales municipales del i ésimo municipio

PC_i : Pacientes día en efectores municipales con internación del i ésimo municipio

ESI_i : Establecimientos sin internación municipales del i ésimo municipio

$$PR^2_i = \frac{Ca_j * O * NC_j}{100}$$

Con las siguientes restricciones en el componente de consultas:

$$Si C_i \geq 6 \Rightarrow 6$$

$$Si C_i < 6 \Rightarrow C_i$$

Donde

PR^1_i : Producido resultante según propuesta 1

Ca_j : Camas del j ésimo efector del i ésimo municipio

O : Porcentaje de ocupación

NC_j : es el nivel de complejidad del j ésimo efector del i ésimo municipio, con complejidad de 1 a 4

Propuesta 3.

Esta alternativa modifica los mismos componentes de la fórmula actual que las anteriores, pero se construye un ponderador para darle distinto peso relativo a las camas según el nivel de complejidad (de 1 a 4 según Decreto 3280/90) de cada efector municipal.

Se limita el número de consultas totales a 6 por habitante por año y se descuentan las consultas realizadas en efectores provinciales, teniendo en cuenta que la tasa de utilización es por el total de consultas por habitante por año, se hagan en efectores públicos municipales o provinciales.

Para el cálculo del ponderador de camas se tomó el proporcional de gasto por efector por cama de acuerdo al nivel de complejidad, con la siguiente secuencia:

1. Se calcula en valor de las camas según tipo por cada j ésimo efector

$$VC_j^t = \frac{G_j}{CT_j}$$

$$\overline{VC}_k^t = \sum_{j=1}^N \frac{VC_j^t}{n}$$

Dónde

VC_j^t : Valor de promedio de una cama del j ésimo efector

G_j : Gasto municipal anual del j ésimo efector

CT_j : Camas totales del efector j

\overline{VC}_k^t : Valor promedio de cada cama de un efector de complejidad k, siendo k=2,3 y 4

n: número de efectores de complejidad k.

2. Se construye un indicador de “cama equivalente” tomando como estándar el nivel de complejidad 2, de la siguiente manera:

$$CE_k = \frac{\overline{VC}_k^t}{\overline{VC}_2^t}$$

Donde

CE_k : Cama equivalente de complejidad k, con k=2 a 4 en relación a la cama equivalente aguda nivel 2=1

\overline{VC}_2^t : Valor promedio de cada cama de un efector de complejidad 2

3. Se ponderan las camas por la cama equivalente, según el siguiente cuadro:

Nivel de complejidad	Ponderación por cama
2	1
3	1,69
4	2,03

4. Para el cálculo del número de consultas, se descuentan las realizadas en efectores provinciales, de modo que:

$$Si C_i \geq 6 \Rightarrow 6$$

$$Si C_i < 6 \wedge$$

$$C_i^p \neq 0 \Rightarrow C_i^{ma} = C_i - C_i^p \geq 0$$

Donde

C_i^{ma} : Consultas municipales ajustadas

C_i^p : Consultas por lugar de residencia de los habitantes realizadas en efectores provinciales

El cálculo, queda de la siguiente manera

$$C3_i = 0,35 \frac{PR^3_i}{\sum_{i=1}^n PR_i} + 0,25 \frac{C_i^{ma}}{\sum_{i=1}^n C_i^{ma}} + 0,1 \frac{E_i}{\sum_{i=1}^n E_i} + 0,2 \frac{PC_i}{\sum_{i=1}^n PC_i} + 0,1 \frac{ESI_i}{\sum_{i=1}^n ESI_i}$$

Siendo;

$$PR^3_i = \frac{CE_k * Ca_i * O}{100}$$

$C3_i$: Coparticipación del componente salud íésimo municipio según propuesta 3

E_i : Egresos de hospitales municipales del i ésimo municipio

PC_i : Pacientes día en efectores municipales con internación del i ésimo municipio

ESI_i : Establecimientos sin internación municipales del iésimo municipio

PR^3_i : Producido resultante según propuesta 3 del iésimo municipio

CE_k : Cama equivalente de complejidad k, con k=2 a 4 en relación a la cama equivalente aguda nivel 2=1

O : Porcentaje de ocupación

Ca_j : Camas del jésimo efector del iésimo municipio

15.2 Nueva propuesta de distribución del coeficiente

La propuesta busca orientar el sistema hacia la atención de las necesidades sanitarias reales de la población y no a la oferta de servicios de salud. Se evaluaron distintas alternativas:

Propuesta 4

Esta alternativa propone distribuir el 37% de la coparticipación en salud en base al Índice de Riesgo Sanitario (IRS). Para esto se calcula la proporción de habitantes por municipio que presentan alguno de los componentes del IRS en relación al total de la población

$$C4_i = \frac{IRS^i * Proy_{17}^i}{\sum_{i=1}^n Proy_{17}^i} * MCS^i_{2017}$$

Donde

$C4_i$: Coparticipación por salud para según propuesta 4 del i esimo municipio

IRS^i ; Es el índice de Riesgo sanitario del i ésimo municipio

$Proy_{17}^i$: Población proyectada para el año 2017 para el i ésimo municipio.

MCS^i_{2017} : Masa de coparticipación por salud para el año 2017

Propuesta 5

Esta propuesta es similar a la anterior, pero se basa en el componente demográfico del índice (incluye a la población que reside en hogares donde hay grupos que por su edad demandan mayor asistencia de servicios de salud). Igual que en el caso anterior presenta sesgo hacia municipios con oferta provincial.

$$C5_i = \frac{CD^i * Proy_{17}^i}{\sum_{i=1}^n Proy_{17}^i} MCS^i_{2017}$$

Donde

$C5_i$: Coparticipación por salud para según propuesta 5 del i esimo municipio

CD^i ; Es el componente demográfico del índice de Riesgo sanitario del i ésimo municipio

$Proy_{17}^i$: Población proyectada para el año 2017 para el i ésimo municipio.

MCS^i_{2017} : Masa de coparticipación por salud para el año 2017

Propuesta 6

Se construyó un grupo de 3 opciones que tienen como objetivo impactar en la distribución que podría realizarse mediante una medida de aproximación de demanda (IRS). Cada propuesta (6, 7 y 8) evalúan distintas formas de ajustar el número de personas en riesgo en función de los egresos de la población residente en efectores provinciales.

Esto permite construir indicadores que tienen en cuenta las necesidades sanitarias ponderando la estructura de servicios financiada provincialmente, medida en función de una variable de producción como es el número de egresos por residencia.

En la propuesta 6, se plantea distribuir en los fondos coparticipables en salud en función del indicador de riesgo sanitario pero ajustado por un ponderador de la inversa de los egresos realizados en efectores provinciales según la residencia de los pacientes.

$$C6_i = \frac{(IRS^i * Proy_{17}^i) / E_r^i}{\sum_{i=1}^n (IRS^i * Proy_{17}^i) / E_r^i} MCS^i_{2017}$$

Donde

$C6_i$: Coparticipación por salud del i ésimo municipio según propuesta 6

E_r^i : Egresos de efectores provinciales según la localidad de residencia del i ésimo municipio

MCS^i_{2017} : Masa de coparticipación por salud para el año 2017

$Proy_{17}^i$: Población proyectada para el año 2017 para el i ésimo municipio.

IRS^i : Es el índice de Riesgo sanitario del i ésimo municipio

MCS^i_{2017} : Masa de coparticipación por salud para el año 2017

Propuesta 7

La propuesta 7, con el mismo objetivo que la propuesta 6, distribuye en función de las necesidades de servicios, mediante el descuento de los egresos de efectores provinciales.

$$C7_i = \frac{(IRS^i * Proy_{17}^i) - E_r^i}{\sum_{i=1}^n ((IRS^i * Proy_{17}^i) - E_r^i)} MCS^i_{2017}$$

Donde

$C7_i$: Coparticipación del componente salud i ésimo municipio según propuesta 7

E_r^i : Egresos de efectores provinciales según la localidad de residencia del i ésimo municipio

MCS^i_{2017} : Masa de coparticipación por salud para el año 2017

$Proy_{17}^i$: Población proyectada para el año 2017 para el i ésimo municipio.

IRS^i : Es el índice de Riesgo sanitario del i ésimo municipio

MCS^i_{2017} : Masa de coparticipación por salud para el año 2017

Propuesta 8

De manera análoga a la propuesta 6, en esta se pondera a la población con riesgo sanitario por municipio por la inversa de egresos de efectores provinciales por lugar de residencia per cápita.

$$C8_i = \frac{(IRS^i * Proy_{17}^i) / Ep_r^i}{\sum_{i=1}^n (IRS^i * Proy_{17}^i) / Ep_r^i} MCS^i_{2017}$$

Donde

$C8_i$: Coparticipación del componente salud iésimo municipio según propuesta 8

$Proy_{17}^i$: Población proyectada para el año 2017 para el iésimo municipio.

IRS^i : Es el índice de Riesgo sanitario del iésimo municipio

Ep_r^i : Egresos per cápita según la localidad de residencia del iésimo municipio

MCS^i_{2017} : Masa de coparticipación por salud para el año 2017

Debido a que las opciones de distribución anteriormente descriptas no tienen en cuenta el gasto provincial por residencia de las personas, sino solo la demanda potencial de servicios de salud estimada en función del IRS, se analiza la distribución ajustada por el gasto provincial, según los siguientes métodos.

Propuesta 9

Distribuir en base al IRS pero ponderando por la estructura relativa del gasto provincial por residencia de modo de "reducir" el coeficiente de riesgo toda vez que haya presencia de hospitales provinciales en el territorio municipal.

Para esto se construyó un índice que pondera por la inversa del gasto provincial por residencia per cápita de cada municipio, según la siguiente fórmula:

$$ARSP^i = \frac{IRS^i * 100}{GPSR^i / Proy_{17}^i}$$

Luego

$$C9_i = \frac{ARSP^i}{\sum_{i=1}^n ARSP^i} MCS^i_{2017}$$

Dónde

$C9_i$: Coparticipación del componente salud iésimo municipio según propuesta 9

$ARSP^i$: Absorción del riesgo sanitario con el Gasto provincial en salud por residencia del iésimo municipio

$GPSR^i$: Gasto provincial en salud por residencia del iésimo municipio

$Proy_{17}^i$: Población proyectada para el año 2017 para el iésimo municipio.

MCS^i_{2017} : Masa de coparticipación por salud para el año 2017

Propuesta 10

Las propuestas 10, 11 y 12 son una serie de “síntesis” que consolidan en una sola fórmula los dos criterios fundamentales, se seleccionaron una de cada tipo de propuestas, aquellas que modifican aspectos de la fórmula actual (1, 2 y 3) y aquellas que plantean un nuevo modo de distribución (de la 4 a la 9).

El criterio de selección de esas alternativas podría utilizarse el descrito en el apartado “Criterio de Selección” de esta sección.

La propuesta 10 busca distribuir el 70 % en base a la fórmula obtenida de la alternativa 1, y el 30% restante en base al IRS, alternativa 7.

$$C10_i = 0,7C1_i + 0,3C7_i$$

$C10_i$: Coparticipación del componente salud íésimo municipio según propuesta 10

$C1_i$: Coparticipación por el componente de salud, según propuesta 1, del i ésimo municipio

$C7_i$: Coparticipación del componente salud íésimo municipio según propuesta 7

Propuesta 11

Se propone distribuir el 70% en base a la fórmula obtenida de la propuesta 1 y el 30% restante en base al IRS ajustado por gasto provincial.

$$C11_i = 0,7C1_i + 0,3C9_i$$

$C11_i$: Coparticipación del componente salud íésimo municipio según propuesta 11

$C1_i$: Coparticipación por el componente de salud, según propuesta 1, del i ésimo municipio

$C9_i$: Coparticipación del componente salud íésimo municipio según propuesta 9

Propuesta 12.

Esta alternativa plantea un 70% de redistribución, en base a un criterio devolutivo que tiene en cuenta la oferta de servicio de salud, ajustada por la complejidad de cada efector (tipo de camas y nivel) y la tasa máxima de consultas totales por habitante por año (6). Incluye también un criterio redistributivo, distribuyendo un 30% en función de las necesidades de utilización del sistema de salud (IRS), ajustada por los egresos en efectores provinciales de acuerdo al lugar de residencia.

$$C12_i = 0,7C3_i + 0,3C7_i$$

$C12_i$: Coparticipación del componente salud íésimo municipio según propuesta 12

$C3_i$: Coparticipación del componente salud íésimo municipio según propuesta 3

$C7_i$: Coparticipación del componente salud íésimo municipio según propuesta 7

15.3 Criterio de selección

En los casos en los que se observaron más de una alternativa para describir un mismo grupo de propuestas, se construyó un criterio de selección que tiene por objeto disminuir el impacto en el cambio de sistema de financiación.

Para esto el criterio busca favorecer a aquellas alternativas en las que el desvío estándar entre la alternativa per cápita por municipio y la distribución actual, sea menor.

$$\min_n \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (CAlt_i - CActs_i)^2}{n}}$$

Donde

$CAlt_i$: Coparticipación per cápita de cada una de las alternativas evaluadas en el municipio i

$CActs_i$: Coparticipación per capita de la distribución actual evaluadas en el municipio i

16. ANEXO ESTADÍSTICO

Anexo 1. Gasto Público en Salud Consolidado por Ocurrencia. Provincia de Buenos Aires. Año 2017. En \$ corrientes

TERRITORIO	GPMSO	GPPSO	GPNSO	GPCSO
Total Provincia	29.892.621.535	32.645.554.585	10.812.630.402	73.350.806.522
ADOLFO ALSINA	126.029.499	7.173.109	5.713.027	138.915.636
ADOLFO GONZÁLES CHAVES	87.453.130	6.835.301	3.979.763	98.268.194
ALBERTI	57.423.571	4.501.583	3.583.651	65.508.805
ALMIRANTE BROWN	231.670.907	1.167.514.716	198.093.727	1.597.279.351
ARRECIFES	162.449.979	12.665.337	10.285.472	185.400.788
AVELLANEDA	192.463.409	1.426.320.417	117.033.325	1.735.817.152
AYACUCHO	180.828.745	8.681.329	6.979.678	196.489.752
AZUL	343.850.974	164.148.458	22.161.220	530.160.652
BAHÍA BLANCA	1.003.908.375	750.239.305	101.623.967	1.855.771.647
BALCARCE	266.840.339	18.651.651	14.982.346	300.474.336
BARADERO	124.121.489	14.577.397	11.569.053	150.267.939
BENITO JUÁREZ	106.979.261	8.448.915	6.750.080	122.178.256
BERAZATEGUI	245.519.191	570.559.333	119.305.026	935.383.550
BERISSO	60.589.211	281.939.564	31.576.268	374.105.043
BOLÍVAR	269.292.420	14.645.390	11.839.926	295.777.737
BRAGADO	189.654.028	17.315.681	13.749.959	220.719.668
BRANDSEN	97.395.732	16.209.735	9.819.450	123.424.917
CAMPANA	328.606.631	42.258.586	33.789.357	404.654.575
CAÑUELAS	107.419.866	115.355.381	20.030.477	242.805.724
CAPITÁN SARMIENTO	64.585.265	6.539.328	5.181.755	76.306.347
CARLOS CASARES	179.795.169	9.615.519	7.762.143	197.172.831
CARLOS TEJEDOR	83.728.772	4.810.232	3.840.015	92.379.019
CARMEN DE ARECO	8.341.561	107.658.922	5.122.512	121.122.995
CASTELLI	75.901.058	3.525.773	2.814.956	82.241.788
CHACABUCO	322.348.722	21.269.607	17.153.554	360.771.883
CHASCOMÚS	198.346.750	17.841.199	13.016.618	229.204.566
CHIVILCOY	268.692.551	27.750.831	22.332.866	318.776.248
COLÓN	118.718.744	10.921.406	8.744.348	138.384.498
CORONEL ROSALES	129.252.310	26.076.954	20.519.738	175.849.002
CORONEL DORREGO	86.893.653	6.360.484	5.167.844	98.421.981
CORONEL PRINGLES	131.286.599	9.256.596	7.526.907	148.070.101
CORONEL SUÁREZ	251.361.309	16.416.518	12.950.569	280.728.397
DAIREAUX	103.934.744	7.361.019	5.918.905	117.214.667
DOLORES	73.693.405	11.660.269	9.310.927	94.664.601
ENSENADA	67.115.531	299.444.316	20.243.189	386.803.036
ESCOBAR	250.639.950	393.373.639	82.005.332	726.018.922
ESTEBAN ECHEVERRÍA	433.578.320	144.873.158	118.445.337	696.896.814
EXALTACIÓN DE LA CRUZ	201.137.785	14.275.753	11.511.820	226.925.357
EZEIZA	180.736.738	449.296.526	68.390.511	698.423.775
FLORENCIO VARELA	388.372.279	2.368.673.386	168.707.050	2.925.752.714
FLORENTINO AMEGHINO	54.384.181	3.890.465	3.125.182	61.399.828
GENERAL ALVARADO	138.613.096	17.685.319	14.424.441	170.722.856
GENERAL ALVEAR	79.107.275	4.701.854	3.720.849	87.529.978
GENERAL ARENALES	84.031.038	6.204.305	4.985.526	95.220.869
GENERAL BELGRANO	111.490.328	7.736.013	6.198.039	125.424.380

TERRITORIO	GPMSO	GPPSO	GPNSO	GPCSO
GENERAL GUIDO	17.658.474	1.185.560	931.729	19.775.762
GENERAL JUAN MADARIAGA	164.517.296	14.806.962	7.098.731	186.422.989
GENERAL LA MADRID	115.711.311	4.414.633	3.547.397	123.673.341
GENERAL LAS HERAS	27.758.500	7.637.715	5.493.658	40.889.874
GENERAL LAVALLE	29.710.668	1.965.607	1.410.926	33.087.201
GENERAL PAZ	101.301.255	4.792.100	3.848.554	109.941.909
GENERAL PINTO	100.074.472	4.725.343	3.811.758	108.611.572
GENERAL PUEYRREDÓN	524.927.937	1.701.208.581	438.628.669	2.664.765.187
GENERAL RODRÍGUEZ	93.584.535	588.453.895	806.395.306	1.488.433.736
GENERAL SAN MARTÍN	197.820.656	1.204.385.160	141.852.379	1.544.058.195
GENERAL VIAMONTE	80.341.006	7.668.020	6.180.269	94.189.294
GENERAL VILLEGAS	188.912.874	13.461.479	10.871.428	213.245.781
GUAMINÍ	61.994.617	5.107.343	4.035.156	71.137.116
HIPÓLITO YRIGOYEN	67.355.908	4.157.494	3.240.350	74.753.752
HURLINGHAM	228.929.268	93.425.742	63.450.582	385.805.593
ITUZAIINGÓ	126.738.562	73.153.189	58.818.326	258.710.077
JOSÉ C. PAZ	465.958.396	507.120.302	101.250.540	1.074.329.238
JUNÍN	57.018.100	393.904.191	30.518.460	481.440.751
LA COSTA	440.503.314	31.368.086	25.885.016	497.756.416
LA MATANZA	1.707.915.914	2.334.960.123	723.369.322	4.766.245.359
LA PLATA	228.902.010	6.026.299.942	230.880.382	6.486.082.333
LANÚS	335.308.953	1.287.163.362	154.085.873	1.776.558.188
LAPRIDA	74.774.602	4.420.815	3.449.924	82.645.341
LAS FLORES	19.624.993	138.544.932	8.064.246	166.234.171
LEANDRO N. ALEM	65.291.091	7.129.017	5.797.192	78.217.300
LEZAMA	61.233.138	9.092.609	1.988.239	72.313.986
LINCOLN	89.958.076	17.423.234	14.041.965	121.423.276
LOBERÍA	142.573.351	7.461.567	6.052.394	156.087.312
LOBOS	14.366.229	112.099.633	12.987.781	139.453.644
LOMAS DE ZAMORA	597.711.156	1.118.723.242	217.999.062	1.934.433.461
LUJÁN	384.709.586	319.481.440	682.400.549	1.386.591.575
MAGDALENA	86.011.468	10.616.506	6.607.227	103.235.201
MAIPÚ	79.223.125	4.262.163	3.409.819	86.895.107
MALVINAS ARGENTINAS	1.089.517.340	144.173.855	118.588.210	1.352.279.405
MAR CHIQUITA	162.234.257	9.974.854	7.983.109	180.192.220
MARCOS PAZ	126.766.465	25.961.571	21.336.987	174.065.023
MERCEDES	47.162.494	213.300.051	21.950.774	282.413.319
MERLO	840.057.340	566.032.344	199.684.271	1.605.773.955
MONTE	17.667.756	103.348.547	7.649.742	128.666.044
MONTE HERMOSO	41.706.821	3.397.797	2.380.463	47.485.080
MORENO	411.390.442	695.066.714	176.602.375	1.283.059.531
MORÓN	650.413.723	685.769.215	3.581.843.781	4.918.026.718
NAVARRO	86.830.898	7.382.035	5.944.105	100.157.038
NECOCHEA	360.417.384	95.858.558	31.826.091	488.102.033
9 DE JULIO	98.219.961	146.565.657	16.126.149	260.911.767
OLAVARRÍA	559.565.767	99.185.405	37.729.749	696.480.921
PATAGONES	213.024.318	13.004.068	10.694.815	236.723.201
PEHUAJÓ	183.952.301	16.920.082	13.601.265	214.473.648
PELLEGRINI	36.595.049	2.480.733	1.976.558	41.052.341
PERGAMINO	56.946.030	395.501.517	36.166.854	488.614.400
PILA	36.946.347	1.598.878	1.260.969	39.806.193
PILAR	988.621.811	146.580.413	119.383.229	1.254.585.454

TERRITORIO	GPMSO	GPPO	GPNSO	GPCSO
PINAMAR	203.350.212	12.334.023	10.085.057	225.769.292
PRESIDENTE PERÓN	35.344.161	266.221.525	33.652.047	335.217.732
PUÁN	230.103.305	6.308.562	4.971.168	241.383.035
PUNTA INDIO	63.322.957	4.287.300	3.412.532	71.022.789
QUILMES	526.655.738	708.075.910	215.199.386	1.449.931.033
RAMALLO	165.941.929	15.025.742	11.977.948	192.945.618
RAUCH	133.027.062	27.424.267	5.196.835	165.648.163
RIVADAVIA	99.574.849	6.965.832	5.665.412	112.206.093
ROJAS	136.617.147	9.945.184	7.956.813	154.519.145
ROQUE PÉREZ	74.656.906	9.128.175	4.481.590	88.266.671
SAAVEDRA	193.923.829	8.921.985	7.019.513	209.865.327
SALADILLO	25.201.081	152.423.636	11.380.546	189.005.263
SALLIQUELÓ	43.565.592	3.617.667	2.861.916	50.045.175
SALTO	109.747.236	14.745.453	11.801.891	136.294.580
SAN ANDRÉS DE GILES	135.538.145	10.305.344	8.275.506	154.118.994
SAN ANTONIO DE ARECO	112.262.523	10.175.538	8.057.032	130.495.093
SAN CAYETANO	78.678.466	3.586.761	2.866.626	85.131.853
SAN FERNANDO	60.082.791	439.824.720	57.324.867	557.232.377
SAN ISIDRO	1.074.390.045	120.804.691	95.337.075	1.290.531.811
SAN MIGUEL	595.118.031	144.066.273	99.246.350	838.430.654
SAN NICOLÁS	88.610.390	358.436.638	50.383.605	497.430.633
SAN PEDRO	281.465.656	25.744.404	20.844.433	328.054.493
SAN VICENTE	173.092.175	29.718.522	24.405.455	227.216.151
SUIPACHA	40.797.912	6.042.306	3.686.313	50.526.531
TANDIL	524.681.384	57.846.199	44.315.172	626.842.756
TAPALQUÉ	85.970.969	4.061.479	3.243.365	93.275.813
TIGRE	690.195.253	583.259.722	146.058.198	1.419.513.173
TORDILLO	13.378.645	741.335	587.192	14.707.172
TORNQUIST	116.422.870	5.612.143	4.478.917	126.513.931
TRENQUE LAUQUEN	246.394.301	18.831.730	14.674.609	279.900.641
TRES ARROYOS	271.310.330	23.724.379	18.823.372	313.858.080
TRES DE FEBRERO	296.500.354	887.908.545	114.558.689	1.298.967.587
TRES LOMAS	55.059.587	3.595.827	2.814.471	61.469.885
25 DE MAYO	130.375.536	15.167.910	12.348.737	157.892.184
VICENTE LÓPEZ	1.155.241.747	307.425.032	86.469.871	1.549.136.650
VILLA GESELL	156.248.345	14.944.562	12.283.824	183.476.730
VILLARINO	107.259.212	14.746.213	11.927.046	133.932.471
ZÁRATE	107.473.632	235.576.188	40.837.619	383.887.439

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Hacienda de la Nación, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos, Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

GPMSO: Gasto Publico finalidad Salud Municipal por ocurrencia

GPPO: Gasto Publico finalidad Salud Provincial por ocurrencia

GPNSO: Gasto Publico finalidad Salud Nacional por ocurrencia

GPCSO: Gasto Publico finalidad Salud Consolidado por ocurrencia

Anexo 2. Gasto Público en Salud Consolidado por Residencia. Provincia de Buenos Aires. Año 2017. En miles de \$ corrientes

TERRITORIO	GPMSR	GPPSR	GPNSR	GPBASR	GPCSR
Total Provincia	29.797.317	32.388.018	10.797.247	7.033.170	80.015.753
ADOLFO ALSINA	135.614	19.573	5.713	3.740	164.640
ADOLFO GONZÁLES CHAVES	91.336	12.136	3.980	11.818	119.269
ALBERTI	60.162	7.703	3.584	2.543	73.992
ALMIRANTE BROWN	359.286	1.431.981	203.318	265.829	2.260.414
ARRECIFES	160.899	24.792	10.285	2.543	198.519
AVELLANEDA	215.454	997.761	121.752	291.709	1.626.675
AYACUCHO	181.706	15.199	7.704	898	205.506
AZUL	317.035	154.117	22.161	2.094	495.408
BAHÍA BLANCA	1.027.388	620.701	105.667	4.189	1.757.945
BALCARCE	266.447	29.995	21.501	9.724	327.666
BARADERO	120.603	20.335	11.569	4.637	157.145
BENITO JUÁREZ	104.766	14.452	9.345	299	128.861
BERAZATEGUI	220.652	903.518	124.529	109.653	1.358.351
BERISSO	67.189	473.356	33.447	1.795	575.786
BOLÍVAR	270.397	31.824	11.840	2.244	316.305
BRAGADO	185.580	30.107	13.750	2.693	232.130
BRANDSEN	85.925	58.662	10.965	449	156.001
CAMPANA	328.576	65.114	36.384	15.408	445.482
CAÑUELAS	102.408	167.475	20.030	17.802	307.714
CAPITÁN SARMIENTO	51.239	9.677	5.182	21.392	87.490
CARLOS CASARES	172.775	14.436	8.486	13.463	209.161
CARLOS TEJEDOR	89.183	7.535	3.840	299	100.857
CARMEN DE ARECO	16.544	108.699	5.123	598	130.964
CASTELLI	73.637	6.863	2.815	2.394	85.708
CHACABUCO	321.268	36.648	18.300	3.441	379.656
CHASCOMÚS	188.124	45.676	13.017	-	246.817
CHIVILCOY	261.567	42.312	22.333	6.732	332.944
COLÓN	119.177	17.717	8.744	2.394	148.032
CORONEL ROSALES	129.732	60.169	21.666	898	212.465
CORONEL DORREGO	84.859	17.900	6.314	449	109.522
CORONEL PRINGLES	133.867	13.645	7.527	2.394	157.433
CORONEL SUÁREZ	237.293	19.709	15.123	598	272.724
DAIREAUX	106.011	11.809	5.919	598	124.337
DOLORES	65.748	22.453	10.035	299	98.535
ENSENADA	69.972	298.543	20.243	1.795	390.552
ESCOBAR	321.619	454.623	88.914	98.583	963.739
ESTEBAN ECHEVERRÍA	416.688	326.237	128.759	241.595	1.113.279
EXALTACIÓN DE LA CRUZ	183.298	20.377	13.298	4.189	221.162

TERRITORIO	GPMSR	GPPSR	GPNSR	GPBASR	GPCSR
EZEIZA	199.424	450.907	72.975	30.368	753.673
FLORENCIO VARELA	517.138	1.497.678	170.999	136.579	2.322.395
FLORENTINO AMEGHINO	51.069	7.429	3.125	449	62.072
GENERAL ALVARADO	126.957	29.491	18.770	1.646	176.863
GENERAL ALVEAR	80.689	11.520	3.721	748	96.678
GENERAL ARENALES	82.506	11.614	4.986	1.945	101.051
GENERAL BELGRANO	108.120	27.651	6.198	1.197	143.166
GENERAL GUIDO	20.507	2.018	932	150	23.606
GENERAL JUAN MADARIAGA	159.094	20.665	12.893	748	193.400
GENERAL LA MADRID	104.161	9.523	3.547	598	117.829
GENERAL LAS HERAS	36.392	16.863	13.043	3.141	69.439
GENERAL LAVALLE	33.065	5.127	2.135	10.023	50.350
GENERAL PAZ	103.572	16.150	3.849	748	124.319
GENERAL PINTO	102.182	9.852	3.812	299	116.145
GENERAL PUEYRREDÓN	558.384	996.516	358.876	8.078	1.921.854
GENERAL RODRÍGUEZ	134.382	408.232	315.822	21.392	879.828
GENERAL SAN MARTÍN	372.868	1.146.517	174.581	257.900	1.951.866
GENERAL VIAMONTE	72.612	16.973	6.180	449	96.214
GENERAL VILLEGAS	183.296	18.671	10.871	1.646	214.484
GUAMINÍ	67.607	6.719	4.035	598	78.960
HIPÓLITO YRIGOYEN	75.010	6.661	3.240	1.945	86.856
HURLINGHAM	220.445	198.471	317.360	40.091	776.368
ITUZAINGÓ	206.884	160.501	205.035	36.501	608.921
JOSÉ C. PAZ	614.454	534.597	212.647	171.435	1.533.132
JUNÍN	69.079	355.055	31.664	5.535	461.334
LA COSTA	375.466	60.295	32.403	6.732	474.895
LA MATANZA	1.881.959	2.551.254	1.116.722	1.730.206	7.280.141
LA PLATA	276.567	4.743.441	236.407	12.267	5.268.682
LANÚS	363.932	1.175.005	158.164	446.838	2.143.939
LAPRIDA	80.677	7.793	5.623	598	94.692
LAS FLORES	27.824	141.326	8.064	1.646	178.860
LEANDRO N. ALEM	67.480	16.154	5.797	1.346	90.777
LEZAMA	61.506	12.580	1.988	-	76.074
LINCOLN	89.556	29.477	14.042	1.496	134.571
LOBERÍA	138.966	12.828	7.501	-	159.295
LOBOS	19.236	133.137	15.280	2.992	170.645
LOMAS DE ZAMORA	572.941	1.780.891	233.538	1.122.256	3.709.624
LUJÁN	337.036	89.959	739.086	9.125	1.175.207
MAGDALENA	77.566	41.890	6.607	898	126.961
MAIPÚ	73.342	10.101	4.858	-	88.302
MALVINAS ARGENTINAS	948.240	199.990	130.823	70.309	1.349.363
MAR CHIQUITA	154.336	27.386	9.853	299	191.875

TERRITORIO	GPMSR	GPPSR	GPNSR	GPBASR	GPCSR
MARCOS PAZ	122.406	47.174	79.984	16.007	265.570
MERCEDES	55.584	214.556	32.549	5.984	308.672
MERLO	945.465	659.267	1.211.877	289.166	3.105.774
MONTE	19.999	113.802	8.796	449	143.046
MONTE HERMOSO	38.381	11.245	2.380	299	52.306
MORENO	573.042	989.323	1.286.024	271.813	3.120.202
MORÓN	235.502	359.870	386.890	119.376	1.101.638
NAVARRO	84.946	17.164	12.955	598	115.663
NECOCHEA	360.562	105.761	42.387	4.488	513.198
9 DE JULIO	102.012	152.848	16.126	5.236	276.223
OLAVARRÍA	544.451	109.498	41.351	4.039	699.339
PATAGONES	209.671	20.204	12.868	1.197	243.940
PEHUAJÓ	182.208	27.728	13.601	898	224.434
PELLEGRINI	39.379	2.857	1.977	598	44.811
PERGAMINO	64.552	372.828	36.167	11.818	485.365
PILA	33.180	4.426	1.261	449	39.315
PILAR	956.223	226.373	172.333	110.999	1.465.928
PINAMAR	185.923	22.948	15.577	598	225.046
PRESIDENTE PERÓN	50.998	297.123	33.652	27.376	409.149
PUÁN	222.942	11.060	4.971	449	239.422
PUNTA INDIO	62.040	16.752	3.413	299	82.504
QUILMES	353.975	1.258.635	218.637	29.470	1.860.718
RAMALLO	158.561	32.162	13.124	-	203.847
RAUCH	132.522	31.450	5.921	299	170.192
RIVADAVIA	102.804	12.461	5.665	1.945	122.875
ROJAS	133.731	15.956	8.681	2.094	160.463
ROQUE PÉREZ	72.923	19.865	4.482	299	97.568
SAAVEDRA	189.323	12.144	8.166	1.197	210.829
SALADILLO	36.384	150.421	11.381	1.496	199.682
SALLIQUELÓ	43.461	4.262	2.862	598	51.184
SALTO	110.722	25.757	11.802	2.394	150.675
SAN ANDRÉS DE GILES	135.603	19.204	10.196	3.441	168.444
SAN ANTONIO DE ARECO	114.451	13.533	10.349	2.394	140.727
SAN CAYETANO	79.410	7.268	2.867	748	90.293
SAN FERNANDO	190.060	386.619	60.763	46.075	683.516
SAN ISIDRO	939.378	159.965	98.775	41.438	1.239.556
SAN MIGUEL	644.578	213.866	223.824	110.999	1.193.267
SAN NICOLÁS	94.699	345.649	52.676	4.488	497.512
SAN PEDRO	284.065	42.303	21.990	7.031	355.389
SAN VICENTE	165.728	102.161	25.551	34.855	328.296
SUIPACHA	40.756	9.607	4.411	1.496	56.270
TANDIL	515.695	70.790	47.212	2.842	636.540

TERRITORIO	GPMSR	GPPSR	GPNSR	GPBASR	GPCSR
TAPALQUÉ	97.949	37.253	3.968	299	139.469
TIGRE	649.879	608.332	150.137	136.430	1.544.777
TORDILLO	14.280	1.524	587	-	16.390
TORNQUIST	113.275	20.521	4.479	598	138.874
TRENQUE LAUQUEN	229.892	26.928	16.123	1.496	274.439
TRES ARROYOS	267.103	33.352	18.823	2.543	321.822
TRES DE FEBRERO	326.796	717.752	286.595	325.966	1.657.110
TRES LOMAS	58.728	5.510	2.814	598	67.651
25 DE MAYO	136.401	31.858	15.787	4.189	188.235
VICENTE LÓPEZ	721.074	228.732	87.616	70.908	1.108.329
VILLA GESELL	148.187	34.265	18.078	1.795	202.325
VILLARINO	102.551	70.318	13.073	898	186.840
ZÁRATE	112.353	242.051	41.478	26.329	422.211

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Hacienda de la Nación, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos, Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

GPMSR: Gasto Publico finalidad Salud Municipal por residencia

GPPSR: Gasto Publico finalidad Salud Provincial por residencia

GPNSR: Gasto Publico finalidad Salud Nacional por residencia

GPCSR: Gasto Publico finalidad Salud Consolidado por residencia

Anexo 3. Composición de las transferencias totales a municipios. Provincia de Buenos Aires. Año 2017. En millones de \$ corrientes

TERRITORIO	Transferencias totales	Coparticipación Total	Fondos específicos
Total Provincia	70.685,5	48.182,9	22.301,1
25 DE MAYO	300,8	193,3	106,5
9 DE JULIO	292,5	183,4	109,0
ADOLFO ALSINA	286,8	193,5	92,3
ADOLFO GONZÁLES CHAVES	189,1	124,5	63,9
ALBERTI	112,4	71,2	40,8
ALMIRANTE BROWN	1.582,4	1.037,6	539,7
ARRECIFES	249,2	172,7	75,6
AVELLANEDA	941,2	607,5	330,6
AYACUCHO	346,6	235,5	109,9
AZUL	503,8	348,5	155,2
BAHÍA BLANCA	961,6	669,2	289,1
BALCARCE	365,8	236,9	127,7
BARADERO	201,6	137,2	64,4
BENITO JUÁREZ	364,0	252,6	110,2
BERAZATEGUI	1.150,7	797,8	349,0
BERISSO	484,2	346,5	135,9
BOLÍVAR	380,5	270,6	108,6
BRAGADO	411,6	282,2	128,0
BRANDSEN	138,4	90,2	47,8
CAMPANA	530,9	357,9	171,3
CAÑUELAS	232,3	151,7	79,8
CAPITÁN SARMIENTO	108,2	74,0	33,9
CARLOS CASARES	299,9	202,3	96,7
CARLOS TEJEDOR	212,1	143,5	68,0
CARMEN DE ARECO	81,9	50,2	31,5
CASTELLI	132,2	91,6	40,2
CHACABUCO	596,0	410,4	185,5
CHASCOMÚS	392,6	277,3	114,0
CHIVILCOY	511,7	371,8	138,1
COLÓN	283,5	191,1	91,4
CORONEL DE MARINA L. ROSALES	260,2	189,1	70,2
CORONEL DORREGO	287,5	198,7	87,7
CORONEL PRINGLES	314,8	212,0	101,7
CORONEL SUÁREZ	510,4	364,1	146,2
DAIREAUX	317,2	211,0	105,2

TERRITORIO	Transferencias totales	Coparticipación Total	Fondos específicos
DOLORES	328,2	232,4	94,5
ENSENADA	197,6	141,8	55,7
ESCOBAR	604,5	380,2	222,5
ESTEBAN ECHEVERRÍA	933,2	676,3	253,5
EXALTACIÓN DE LA CRUZ	227,6	157,7	69,8
EZEIZA	478,6	338,7	138,2
FLORENCIO VARELA	1.517,1	1.026,9	485,2
FLORENTINO AMEGHINO	143,8	101,5	41,7
GENERAL ALVARADO	244,9	159,2	84,9
GENERAL ALVEAR	200,8	135,9	64,3
GENERAL ARENALES	210,4	147,7	62,6
GENERAL BELGRANO	205,0	145,9	59,0
GENERAL GUIDO	86,5	54,1	32,1
GENERAL JUAN MADARIAGA	264,8	183,9	79,9
GENERAL LA MADRID	252,3	173,6	77,9
GENERAL LAS HERAS	117,4	79,3	37,7
GENERAL LAVALLE	87,2	58,5	28,3
GENERAL PAZ	217,6	152,1	64,9
GENERAL PINTO	241,1	167,5	72,7
GENERAL PUEYRREDÓN	1.623,3	1.090,7	532,4
GENERAL RODRÍGUEZ	237,8	154,4	82,6
GENERAL SAN MARTÍN	1.346,1	946,4	395,2
GENERAL VIAMONTE	230,2	159,3	70,0
GENERAL VILLEGAS	538,6	360,4	176,4
GUAMINÍ	217,7	151,7	66,0
HIPÓLITO YRIGOYEN	146,6	101,5	44,7
HURLINGHAM	600,7	412,5	188,1
ITUZAINGÓ	393,1	268,4	123,3
JOSÉ C. PAZ	1.100,8	732,7	364,6
JUNÍN	314,4	193,6	119,8
LA COSTA	953,9	681,3	269,3
LA MATANZA	5.326,8	3.688,2	1.619,5
LA PLATA	2.071,5	1.369,2	695,5
LANÚS	1.300,0	870,7	425,0
LAPRIDA	218,0	148,1	69,9
LAS FLORES	192,6	132,9	59,7
LEANDRO N. ALEM	244,3	167,2	77,1
LEZAMA	95,6	65,7	29,8

TERRITORIO	Transferencias totales	Coparticipación Total	Fondos específicos
LINCOLN	432,1	290,0	142,0
LOBERÍA	283,4	174,1	108,5
LOBOS	132,3	82,0	50,0
LOMAS DE ZAMORA	1.756,9	1.119,9	631,4
LUJÁN	639,9	435,0	202,7
MAGDALENA	190,2	133,4	56,1
MAIPÚ	206,2	142,8	62,7
MALVINAS ARGENTINAS	2.219,4	1.562,4	649,0
MAR CHIQUITA	314,9	227,7	86,1
MARCOS PAZ	316,1	217,2	97,8
MERCEDES	411,5	284,2	125,9
MERLO	2.538,7	1.743,0	787,1
MONTE	95,9	60,8	35,1
MONTE HERMOSO	126,1	90,6	35,1
MORENO	1.262,1	852,9	405,0
MORÓN	885,7	599,0	283,6
NAVARRO	152,6	104,5	48,1
NECOCHEA	547,6	395,2	152,3
OLAVARRÍA	754,6	515,6	236,4
PATAGONES	499,9	353,8	144,4
PEHUAJÓ	475,3	330,6	143,0
PELLEGRINI	96,3	63,6	32,4
PERGAMINO	360,0	218,2	140,6
PILA	116,1	76,3	39,4
PILAR	1.431,0	979,4	446,7
PINAMAR	223,4	168,9	54,5
PRESIDENTE PERÓN	303,7	206,7	97,0
PUÁN	339,5	240,6	97,7
PUNTA INDIO	135,0	93,9	40,6
QUILMES	1.534,8	1.053,3	481,3
RAMALLO	181,5	117,5	63,5
RAUCH	212,5	146,0	65,8
RIVADAVIA	306,5	207,0	98,6
ROJAS	227,7	140,2	86,8
ROQUE PÉREZ	160,6	112,5	48,1
SAAVEDRA	350,4	257,1	93,2
SALADILLO	221,2	144,4	76,1
SALLIQUELÓ	131,7	93,3	38,3

TERRITORIO	Transferencias totales	Coparticipación Total	Fondos específicos
SALTO	220,7	135,3	84,9
SAN ANDRÉS DE GILES	276,2	199,9	75,3
SAN ANTONIO DE ARECO	181,6	119,2	61,8
SAN CAYETANO	174,0	120,0	53,4
SAN FERNANDO	562,5	380,4	180,2
SAN ISIDRO	1.493,6	1.035,9	452,6
SAN MIGUEL	1.129,4	750,2	375,5
SAN NICOLÁS	417,6	277,8	138,4
SAN PEDRO	492,7	330,2	160,9
SAN VICENTE	257,7	175,8	81,9
SUIPACHA	144,2	100,2	44,1
TANDIL	808,7	554,2	251,9
TAPALQUÉ	251,1	164,3	86,0
TIGRE	1.121,3	737,9	379,9
TORDILLO	47,1	34,7	12,4
TORNQUIST	261,0	187,5	73,4
TRENQUE LAUQUEN	530,0	353,0	175,3
TRES ARROYOS	482,8	308,9	172,4
TRES DE FEBRERO	768,2	527,3	238,2
TRES LOMAS	116,8	80,9	35,6
VICENTE LÓPEZ	1.189,0	822,6	362,5
VILLA GESELL	344,4	241,4	101,8
VILLARINO	402,2	290,7	111,5

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos,

Anexo 4. Composición de la coparticipación régimen salud. Provincia de Buenos Aires. Año 2017. En millones de \$ corrientes

TERRITORIO	Coparticipación Régimen Salud	Establecimientos sin internación	Consultas	Egresos	Pacientes día	Producido resultante
Total Provincia	17.888,5	1.788,9	4.472,1	1.788,9	3.577,7	6.261,0
25 DE MAYO	67,9	9,2	8,4	7,9	14,4	28,0
9 DE JULIO	62,3	16,4	7,9	1,1	18,9	18,0
ADOLFO ALSINA	90,6	6,1	13,0	10,4	27,0	34,1
ADOLFO GONZÁLES CHAVES	56,8	3,1	4,5	4,2	19,9	25,1
ALBERTI	34,4	4,1	7,4	6,1	7,4	9,4
ALMIRANTE BROWN	69,0	32,8	36,2	-	-	-
ARRECIFES	116,6	8,2	10,3	12,9	37,8	47,4
AVELLANEDA	107,9	36,9	71,0	-	-	-
AYACUCHO	119,5	2,0	8,2	10,2	34,2	64,9
AZUL	168,9	13,3	26,2	12,7	33,1	83,6
BAHÍA BLANCA	206,0	47,1	30,0	25,8	35,9	67,1
BALCARCE	129,3	13,3	15,4	11,7	30,7	58,2
BARADERO	68,9	9,2	9,0	5,0	15,8	29,9
BENITO JUÁREZ	138,7	10,2	10,3	12,9	37,6	67,6
BERAZATEGUI	302,3	46,1	195,8	30,2	19,3	10,9
BERISSO	18,3	11,3	7,1	-	-	-
BOLÍVAR	156,8	13,3	19,1	17,9	36,7	69,7
BRAGADO	177,6	11,3	15,9	9,0	49,1	92,3
BRANDSEN	40,6	12,3	11,2	4,5	5,2	7,4
CAMPANA	224,7	23,6	61,9	30,0	38,7	70,6
CAÑUELAS	55,6	9,2	10,0	8,6	9,6	18,2
CAPITÁN SARMIENTO	47,3	4,1	5,4	10,0	9,6	18,2
CARLOS CASARES	145,9	12,3	15,6	9,7	37,4	70,9
CARLOS TEJEDOR	75,2	4,1	5,4	5,9	26,4	33,4
CARMEN DE ARECO	9,5	7,2	2,4	-	-	-
CASTELLI	52,0	2,0	6,9	5,2	16,7	21,1
CHACABUCO	316,8	9,2	21,9	36,2	86,1	163,4
CHASCOMÚS	129,2	6,1	7,0	6,9	37,7	71,5
CHIVILCOY	177,0	17,4	26,8	16,7	40,1	76,0
COLÓN	108,3	6,1	7,3	9,1	37,9	47,9
CORONEL ROSALES	71,2	11,3	11,1	8,7	17,3	23,0
CORONEL DORREGO	77,8	6,1	9,7	3,7	25,7	32,5
CORONEL PRINGLES	95,4	6,1	4,2	9,2	26,2	49,7
CORONEL SUÁREZ	209,8	9,2	12,0	13,9	60,4	114,3
DAIREAUX	134,5	5,1	5,2	8,5	51,1	64,6
DOLORES	117,6	5,1	26,1	14,7	24,7	46,9

TERRITORIO	Coparticipación Régimen Salud	Establecimientos sin internación	Consultas	Egresos	Pacientes día	Producido resultante
ENSENADA	47,6	13,3	34,3	-	-	-
ESCOBAR	84,1	18,4	54,3	0,0	5,8	5,5
ESTEBAN ECHEVERRÍA	217,9	27,6	67,7	18,3	36,0	68,3
EXALTACIÓN DE LA CRUZ	109,9	6,1	30,1	11,4	21,5	40,7
EZEIZA	84,2	18,4	65,7	-	-	-
FLORENCIO VARELA	169,5	39,9	100,7	0,1	14,8	14,0
FLORENTINO AMEGHINO	66,9	3,1	14,3	4,2	20,0	25,3
GENERAL ALVARADO	83,2	9,2	10,0	6,1	20,0	37,9
GENERAL ALVEAR	65,4	3,1	12,2	6,8	19,1	24,2
GENERAL ARENALES	108,3	5,1	15,8	7,3	29,8	50,2
GENERAL BELGRANO	97,2	5,1	15,1	6,7	31,0	39,2
GENERAL GUIDO	18,6	2,0	7,8	-	4,5	4,2
GENERAL JUAN MADARIAGA	117,6	3,1	50,1	11,7	23,3	29,4
GENERAL LA MADRID	93,6	7,2	7,1	3,9	26,1	49,4
GENERAL LAS HERAS	49,2	4,1	7,2	3,8	15,1	19,1
GENERAL LAVALLE	19,3	1,0	9,0	1,4	4,1	3,8
GENERAL PAZ	67,4	4,1	21,4	1,9	19,0	21,1
GENERAL PINTO	120,6	4,1	14,0	9,0	32,2	61,2
GENERAL PUEYRREDÓN	92,0	38,9	53,1	-	-	-
GENERAL RODRÍGUEZ	27,3	17,4	9,9	-	-	-
GENERAL SAN MARTÍN	375,0	23,6	81,3	82,1	70,0	118,1
GENERAL VIAMONTE	51,3	5,1	9,9	10,7	8,8	16,7
GENERAL VILLEGAS	206,7	9,2	41,4	8,3	51,0	96,8
GUAMINÍ	70,9	3,1	7,4	5,1	24,8	30,5
HIPÓLITO YRIGOYEN	68,1	3,1	7,9	9,6	21,0	26,5
HURLINGHAM	147,9	13,3	107,2	9,8	7,7	9,8
ITUZAINGÓ	32,8	9,2	23,6	-	-	-
JOSÉ C. PAZ	185,7	27,6	158,1	-	-	-
JUNÍN	30,1	18,4	11,6	-	-	-
LA COSTA	160,2	15,4	24,3	28,1	31,9	60,6
LA MATANZA	660,9	71,7	342,1	55,0	66,4	125,9
LA PLATA	104,3	46,1	47,8	0,0	5,3	5,1
LANÚS	187,6	52,2	135,4	-	-	-
LAPRIDA	88,0	4,1	8,8	5,2	24,1	45,8
LAS FLORES	9,1	7,2	1,9	-	-	-
LEANDRO N. ALEM	123,0	4,1	13,7	7,5	43,2	54,6
LEZAMA	44,4	1,0	9,9	1,2	16,6	15,7
LINCOLN	147,2	9,2	10,2	8,6	41,1	78,0
LOBERÍA	83,9	5,1	7,2	8,7	21,7	41,2
LOBOS	7,9	6,1	1,7	-	-	-

TERRITORIO	Coparticipación Régimen Salud	Establecimientos sin internación	Consultas	Egresos	Pacientes día	Producido resultante
LOMAS DE ZAMORA	211,3	50,2	125,1	9,5	9,1	17,3
LUJÁN	253,4	19,5	91,6	14,9	44,0	83,4
MAGDALENA	74,1	6,1	15,0	8,0	19,9	25,1
MAIPÚ	93,7	6,1	9,4	6,4	24,8	47,0
MALVINAS ARGENTINAS	1.061,2	39,9	183,7	172,1	205,8	459,5
MAR CHIQUITA	159,2	5,1	45,1	10,7	43,4	55,0
MARCOS PAZ	117,4	5,1	34,5	14,8	21,7	41,2
MERCEDES	13,3	11,3	2,0	-	-	-
MERLO	760,6	31,7	241,5	162,0	102,0	223,3
MONTE	5,9	5,1	0,8	-	-	-
MONTE HERMOSO	29,5	5,1	10,1	2,2	5,3	6,7
MORENO	60,4	35,8	24,5	-	-	-
MORÓN	178,3	14,3	27,5	23,1	39,7	73,7
NAVARRO	60,1	4,1	6,8	4,0	19,9	25,2
NECOCHEA	188,8	15,4	42,7	20,4	38,1	72,2
OLAVARRÍA	233,6	26,6	22,8	20,7	48,3	115,2
PATAGONES	80,3	8,2	10,1	8,6	18,4	35,0
PEHUAJÓ	179,2	11,3	23,7	16,2	49,2	78,9
PELLEGRINI	28,6	2,0	1,7	2,3	10,0	12,6
PERGAMINO	40,9	23,6	17,3	-	-	-
PILA	24,4	1,0	5,1	0,7	7,7	9,8
PILAR	593,1	33,8	165,9	93,7	129,3	170,3
PINAMAR	47,7	2,0	13,0	10,9	11,1	10,6
PRESIDENTE PERÓN	45,2	8,2	27,5	-	4,9	4,6
PUÁN	134,7	2,0	10,5	8,1	49,9	64,2
PUNTA INDIÓ	53,8	6,1	35,3	3,3	4,0	5,1
QUILMES	195,5	48,1	103,5	9,1	12,0	22,8
RAMALLO	64,8	6,1	9,1	8,0	18,4	23,2
RAUCH	59,5	5,1	5,9	8,4	17,7	22,4
RIVADAVIA	106,8	4,1	6,1	7,9	39,2	49,5
ROJAS	62,4	5,1	9,9	7,5	17,6	22,3
ROQUE PÉREZ	74,0	2,0	12,6	6,5	23,3	29,5
SAAVEDRA	170,8	5,1	6,2	8,5	42,8	108,2
SALADILLO	11,6	9,2	2,0	0,1	0,1	0,1
SALLIQUELÓ	72,7	4,1	6,6	6,0	24,7	31,3
SALTO	72,0	10,2	9,6	8,1	11,9	32,2
SAN ANDRÉS DE GILES	126,3	10,2	6,1	7,7	35,3	67,0
SAN ANTONIO DE ARECO	72,4	4,1	16,1	13,4	17,1	21,7
SAN CAYETANO	72,4	2,0	6,1	7,5	25,1	31,7
SAN FERNANDO	70,5	23,6	32,8	1,9	6,3	5,9
SAN ISIDRO	699,4	19,5	126,7	137,2	121,5	294,5

TERRITORIO	Coparticipación Régimen Salud	Establecimientos sin internación	Consultas	Egresos	Pacientes día	Producido resultante
SAN MIGUEL	330,6	22,5	75,9	29,7	71,0	131,4
SAN NICOLÁS	40,0	27,6	12,3	-	-	-
SAN PEDRO	170,2	12,3	23,0	24,8	38,0	72,2
SAN VICENTE	69,0	3,1	9,2	8,9	16,5	31,3
SUIPACHA	75,6	4,1	19,7	4,2	16,6	31,0
TANDIL	279,7	19,5	20,1	23,4	66,7	150,1
TAPALQUÉ	97,1	4,1	3,4	2,9	38,3	48,4
TIGRE	201,0	25,6	84,7	20,6	24,5	45,6
TORDILLO	14,6	1,0	3,6	0,3	4,1	5,5
TORNQUIST	71,8	7,2	12,7	1,3	22,4	28,3
TRENQUE LAUQUEN	191,9	10,2	24,8	22,1	46,5	88,3
TRES ARROYOS	146,2	16,4	12,9	15,6	35,0	66,4
TRES DE FEBRERO	79,7	20,5	56,7	-	2,6	-
TRES LOMAS	47,9	4,1	4,2	5,1	15,2	19,3
VICENTE LÓPEZ	505,1	22,5	99,9	49,3	95,5	237,9
VILLA GESELL	66,4	4,1	22,3	14,4	11,3	14,2
VILLARINO	88,0	8,2	8,6	3,6	29,9	37,8
ZÁRATE	48,6	20,5	28,1	-	-	-

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Anexo 5. Coparticipación en salud per cápita por municipios según propuestas 3, 7 y 12. Año 2017. En \$ corrientes

MUNICIPIO	PROPUESTA 3	PROPUESTA 7	PROPUESTA 12
25 DE MAYO	\$68.618.455	\$42.609.239	\$60.815.690
9 DE JULIO	\$62.689.593	\$45.966.706	\$57.672.727
ADOLFO ALSINA	\$90.808.993	\$17.542.683	\$68.829.100
ADOLFO GONZÁLES CHAVES	\$56.490.540	\$12.543.451	\$43.306.413
ALBERTI	\$34.203.624	\$ 9.939.876	\$26.924.500
ALMIRANTE BROWN	\$39.262.494	\$746.410.422	\$251.406.873
ARRECIFES	\$114.066.975	\$30.965.719	\$89.136.598
AVELLANEDA	\$66.687.571	\$224.115.468	\$113.915.940
AYACUCHO	\$104.923.588	\$21.300.419	\$79.836.637
AZUL	\$153.449.092	\$51.647.498	\$122.908.614
BAHÍA BLANCA	\$206.897.404	\$181.723.588	\$199.345.259
BALCARCE	\$124.502.213	\$45.287.238	\$100.737.721
BARADERO	\$69.527.897	\$35.160.390	\$59.217.645
BENITO JUÁREZ	\$127.608.119	\$19.038.532	\$95.037.243
BERAZATEGUI	\$313.606.915	\$309.647.293	\$312.419.028
BERISSO	\$11.263.539	\$63.380.404	\$26.898.599
BOLÍVAR	\$161.658.002	\$31.772.310	\$122.692.294
BRAGADO	\$170.426.349	\$39.531.125	\$131.157.782
BRANDSEN	\$44.056.443	\$32.679.645	\$40.643.403
CAMPANA	\$228.800.286	\$109.850.093	\$193.115.228
CAÑUELAS	\$60.822.986	\$79.245.180	\$66.349.645
CAPITÁN SARMIENTO	\$51.889.041	\$14.599.322	\$40.702.125
CARLOS CASARES	\$150.561.403	\$23.564.244	\$112.462.256
CARLOS TEJEDOR	\$76.521.420	\$15.389.204	\$58.181.755
CARMEN DE ARECO	\$ 7.167.707	\$11.091.708	\$ 8.344.907
CASTELLI	\$51.083.636	\$ 8.298.021	\$38.247.951
CHACABUCO	\$312.361.869	\$46.641.997	\$232.645.908
CHASCOMÚS	\$178.279.092	\$35.422.748	\$135.422.189
CHIVILCOY	\$179.849.714	\$69.301.438	\$146.685.231
COLÓN	\$106.013.466	\$29.202.765	\$82.970.255
CORONEL DE MARINA L. ROSALES	\$75.608.998	\$32.556.095	\$62.693.127
CORONEL DORREGO	\$80.553.190	\$13.293.081	\$60.375.157
CORONEL PRINGLES	\$100.859.122	\$22.287.779	\$77.287.719
CORONEL SUÁREZ	\$181.545.632	\$38.785.468	\$138.717.583
DAIREAUX	\$138.964.292	\$18.417.402	\$102.800.225
DOLORES	\$104.693.574	\$30.599.051	\$82.465.217
ENSENADA	\$42.712.856	\$39.565.625	\$41.768.687
ESCOBAR	\$100.768.002	\$343.950.099	\$173.722.631
ESTEBAN ECHEVERRÍA	\$269.335.000	\$473.250.062	\$330.509.518
EXALTACIÓN DE LA CRUZ	\$102.784.046	\$42.284.731	\$84.634.252
EZEIZA	\$94.743.293	\$300.796.332	\$156.559.205
FLORENCIO VARELA	\$163.775.584	\$677.432.166	\$317.872.559
FLORENTINO AMEGHINO	\$59.159.177	\$ 9.550.109	\$44.276.457
GENERAL ALVARADO	\$80.347.905	\$42.845.845	\$69.097.287
GENERAL ALVEAR	\$59.022.731	\$11.000.346	\$44.616.016
GENERAL ARENALES	\$106.536.952	\$16.871.256	\$79.637.243
GENERAL BELGRANO	\$94.126.020	\$19.621.646	\$71.774.707
GENERAL GUIDO	\$13.397.215	\$ 3.442.731	\$10.410.870
GENERAL JUAN MADARIAGA	\$78.641.877	\$28.758.896	\$63.676.982
GENERAL LA MADRID	\$92.649.435	\$14.248.568	\$69.129.175
GENERAL LAS HERAS	\$48.967.780	\$19.642.296	\$40.170.135

MUNICIPIO	PROPUESTA 3	PROPUESTA 7	PROPUESTA 12
GENERAL LAVALLE	\$18.032.591	\$ 5.761.415	\$14.351.238
GENERAL PAZ	\$55.091.088	\$12.689.244	\$42.370.535
GENERAL PINTO	\$107.667.837	\$12.528.074	\$79.125.909
GENERAL PUEYRREDÓN	\$64.833.892	\$433.137.048	\$175.324.839
GENERAL RODRÍGUEZ	\$17.407.288	\$136.614.336	\$53.169.403
GENERAL SAN MARTÍN	\$393.311.792	\$321.379.695	\$371.732.163
GENERAL VIAMONTE	\$55.783.382	\$22.090.735	\$45.675.588
GENERAL VILLEGAS	\$162.871.978	\$44.142.696	\$127.253.193
GUAMINÍ	\$79.114.558	\$12.404.792	\$59.101.628
HIPÓLITO YRIGOYEN	\$65.585.584	\$ 9.381.054	\$48.724.225
HURLINGHAM	\$163.658.320	\$230.214.800	\$183.625.264
ITUZAINGÓ	\$40.467.300	\$221.970.395	\$94.918.228
JOSÉ C. PAZ	\$222.407.631	\$470.291.341	\$296.772.744
JUNÍN	\$18.519.174	\$50.315.656	\$28.058.118
LA COSTA	\$160.985.249	\$95.383.579	\$141.304.748
LA MATANZA	\$723.556.701	\$2.542.461.250	\$1.269.228.066
LA PLATA	\$57.922.382	\$383.675.976	\$155.648.460
LANÚS	\$174.147.525	\$383.808.770	\$237.045.898
LAPRIDA	\$92.326.475	\$11.904.896	\$68.200.001
LAS FLORES	\$ 7.167.707	\$12.443.012	\$ 8.750.299
LEANDRO N. ALEM	\$118.080.149	\$20.515.476	\$88.810.747
LEZAMA	\$46.624.690	\$ 5.540.364	\$34.299.392
LINCOLN	\$142.452.690	\$42.157.631	\$112.364.172
LOBERÍA	\$87.719.271	\$20.131.013	\$67.442.793
LOBOS	\$ 6.143.749	\$39.038.243	\$16.012.097
LOMAS DE ZAMORA	\$232.482.746	\$657.174.748	\$359.890.346
LUJÁN	\$227.485.701	\$140.513.651	\$201.394.086
MAGDALENA	\$72.675.170	\$19.406.509	\$56.694.572
MAIPÚ	\$95.454.023	\$11.134.159	\$70.158.063
MALVINAS ARGENTINAS	\$1.064.654.168	\$562.874.601	\$914.120.298
MAR CHIQUITA	\$127.986.802	\$28.331.184	\$98.090.117
MARCOS PAZ	\$123.715.225	\$80.954.157	\$110.886.905
MERCEDES	\$20.948.660	\$43.658.671	\$27.761.663
MERLO	\$847.565.787	\$840.260.448	\$845.374.185
MONTE	\$ 5.119.791	\$14.001.136	\$ 7.784.194
MONTE HERMOSO	\$23.627.724	\$ 5.948.584	\$18.323.982
MORENO	\$46.433.552	\$736.641.806	\$253.496.028
MORÓN	\$195.597.622	\$213.341.930	\$200.920.914
NAVARRO	\$61.278.467	\$22.812.409	\$49.738.650
NECOCHEA	\$194.237.006	\$97.470.937	\$165.207.185
OLAVARRÍA	\$218.540.198	\$117.915.082	\$188.352.663
PATAGONES	\$82.711.991	\$29.623.310	\$66.785.387
PEHUAJÓ	\$176.186.317	\$41.363.764	\$135.739.551
PELLEGRINI	\$29.383.882	\$ 6.335.087	\$22.469.244
PERGAMINO	\$29.922.061	\$88.345.684	\$47.449.148
PILA	\$21.667.637	\$ 3.978.003	\$16.360.747
PILAR	\$646.522.370	\$524.357.856	\$609.873.016
PINAMAR	\$66.196.915	\$26.885.678	\$54.403.544
PRESIDENTE PERÓN	\$45.165.716	\$142.564.260	\$74.385.279
PUÁN	\$137.189.337	\$13.784.079	\$100.167.759
PUNTA INDIO	\$24.946.982	\$ 9.911.323	\$20.436.284
QUILMES	\$209.152.672	\$603.728.603	\$327.525.452
RAMALLO	\$68.303.047	\$35.769.653	\$58.543.029
RAUCH	\$59.602.656	\$14.662.391	\$46.120.576

MUNICIPIO	PROPUESTA 3	PROPUESTA 7	PROPUESTA 12
RIVADAVIA	\$106.770.233	\$19.576.550	\$80.612.128
ROJAS	\$67.991.069	\$23.054.151	\$54.509.993
ROQUE PÉREZ	\$64.625.691	\$16.282.809	\$50.122.826
SAAVEDRA	\$159.698.091	\$14.969.126	\$116.279.402
SALADILLO	\$ 9.566.878	\$28.921.789	\$15.373.352
SALLIQUELÓ	\$69.002.505	\$ 8.096.397	\$50.730.673
SALTO	\$66.988.333	\$39.645.205	\$58.785.395
SAN ANDRÉS DE GILES	\$111.064.693	\$32.544.058	\$87.508.502
SAN ANTONIO DE ARECO	\$73.209.232	\$27.756.668	\$59.573.463
SAN CAYETANO	\$74.686.438	\$ 9.002.446	\$54.981.240
SAN FERNANDO	\$76.155.079	\$121.955.040	\$89.895.067
SAN ISIDRO	\$704.246.147	\$130.766.857	\$532.202.360
SAN MIGUEL	\$396.149.659	\$382.223.919	\$391.971.937
SAN NICOLÁS	\$27.646.869	\$111.075.483	\$52.675.453
SAN PEDRO	\$169.975.779	\$66.963.924	\$139.072.222
SAN VICENTE	\$76.700.035	\$95.280.354	\$82.274.131
SUIPACHA	\$58.857.065	\$12.659.186	\$44.997.701
TANDIL	\$250.153.960	\$96.942.796	\$204.190.611
TAPALQUÉ	\$95.883.786	\$ 9.857.673	\$70.075.952
TIGRE	\$227.198.444	\$510.202.185	\$312.099.566
TORDILLO	\$11.082.324	\$ 2.515.648	\$ 8.512.321
TORNQUIST	\$67.695.498	\$11.296.116	\$50.775.684
TRENQUE LAUQUEN	\$187.630.254	\$35.293.368	\$141.929.188
TRES ARROYOS	\$154.151.185	\$54.923.814	\$124.382.974
TRES DE FEBRERO	\$71.246.552	\$197.226.962	\$109.040.675
TRES LOMAS	\$54.485.470	\$ 9.622.091	\$41.026.457
VICENTE LÓPEZ	\$505.379.219	\$361.993.984	\$462.363.649
VILLA GESELL	\$67.129.658	\$30.612.135	\$56.174.401
VILLARINO	\$89.405.187	\$44.839.543	\$76.035.494
ZÁRATE	\$43.848.835	\$105.648.718	\$62.388.800

Fuente: Elaboración propia