

Política Fiscal y Política Sanitaria: Tensiones Evidentes a partir de los Criterios de Reparto de la Masa Coparticipable y los Métodos de Determinación de Transferencia

Fiscal Policy and Sanitary Policy:
Evident Tensions from the Criteria of Distribution
of the Co-participable Mass and Methods
of Determination of Transference

Nelly Catalina Barbieri¹

¹Licenciada en Economía.
Profesora Asociada en la
Facultad de Ciencias
Económicas, Profesora
Coordinadora y Titular de la
Maestría de Salud Pública,
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de La
Plata, Argentina.
nellybarbieri@ciudad.com.ar

RESUMEN El presente trabajo pretende evaluar a la actual Ley de Coparticipación Municipal de la Provincia de Buenos Aires desde el punto de vista de la capacidad de financiamiento del gasto del sector salud municipal en la Provincia de Buenos Aires. El "componente salud" explica el 37% de la distribución de la masa coparticipable. Los "precios" implícitos de las variables seleccionadas, influyen sobre el "qué" y el "cómo" producir bienes en salud. Es así que las controversias entre los objetivos fiscales plasmados en la variante normativa del método y la eficiencia asignativa del sector, como así también la equidad en salud, objetivos centrales de la política sanitaria, se ponen en evidencia. A modo de conclusión y luego de analizar los resultados de la distribución, intento demostrar que en un sistema de reparto de fondos, donde se incluyen variables que pretenden medir parcialmente la actividad de una función de gobierno, donde impera el criterio de resarcir el gasto de los servicios públicos descentralizados, en el caso de salud específicamente se transforma en una señal que convalida y profundiza la ineficiencia asignativa y la desigualdad en la distribución.

PALABRAS CLAVE Política de Salud; Gobierno Local; Impuestos.

ABSTRACT *The present work tries to evaluate the present Law of Municipal Co-participation of the Province of Buenos Aires from the point of view of the capacity of financing of the cost of the municipal health sector in the Province of Buenos Aires. The "health component" explains the 37% of the distribution of the co-participable mass. The implicit "prices" of the selected variables, influence the "what" and "how" to produce goods in health. This is why the controversies between the fiscal objectives shaped in the normative variant of the method and the assigning efficiency of the sector, as well as the fairness in health, central objectives of the sanitary policy, are put in evidence.*

As a conclusion and after analysing the results of the distribution, I attempt to demonstrate that in a system of distribution of funds, where variables that try to partially measure the activity of a government function are included, where the criterion to repay the cost of the decentralized public services reigns, in the specific case of health it transforms into a signal that confirms and deepens the assigning inefficiency and the inequality in the distribution.

KEY WORDS Health Policy; Local Government; Taxes.

1. INTRODUCCIÓN

El federalismo fiscal en el sistema recaudatorio y de ejecución del gasto en función de la división de las responsabilidades fiscales, y el método operativo de implementarla: la redistribución de fondos entre los distintos niveles de gobierno en un sistema multinivel, ponen en evidencia una serie de conflictos, a partir de los criterios de reparto de la masa coparticipable y los métodos de determinación de transferencia, entre otros:

- los objetivos fiscales asociados a la distribución;
- las señales de precios, derivados de las variables y ponderadores usados para la determinación del reparto "por salud" cuando el método es el normativo;
- el impacto deseado en la accesibilidad a dichos bienes por la población objetivo, de alta dificultad en su resolución simultánea, mediante un único método de distribución.

A fines de los años '70 en la Provincia de Buenos Aires se inició un proceso de descentralización de funciones a los gobiernos locales, en particular servicios de salud y acción social, siendo necesario establecer como contrapartida regímenes de transferencia de fondos para financiar los gastos resultantes en los presupuestos municipales. En la actualidad es la única provincia que mantiene un sistema de transferencia de la masa coparticipable mediante indicadores de salud de los municipios, teniendo una incidencia significativa entre los pro-rrateadores de la distribución secundaria.

2. OBJETIVOS

El presente trabajo, en primer lugar, pretende describir el contexto normativo y prescricional de referencia en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, donde las variables del nivel de gobierno municipal referida a la cantidad de prestaciones en el sector salud tienen una fuerte representación en la distribución de fondos coparticipables a los municipios.

Es así que las controversias entre los objetivos fiscales plasmados en la variante normativa

del método de reparto y la eficiencia asignativa del sector como así también la equidad en salud, objetivos centrales de la política sanitaria, se ponen en evidencia.

En segundo lugar interesa evaluar a la actual Ley de Coparticipación Municipal de la Provincia de Buenos Aires, vigente desde el año 1989 y sus modificatorias, desde el punto de vista del impacto que la misma tiene en el financiamiento del gasto del sector salud municipal, a partir de su componente "salud".

A fin de contextualizar el planteo se comienza con una descripción de los objetivos y criterios de un sistema de reparto en general.

A modo de conclusión y luego de analizar los resultados de la información del sector en el nivel municipal, intentaremos demostrar que *un sistema de reparto donde se incluyen variables que pretenden medir parcialmente la actividad de una función de gobierno, donde impera el criterio de resarcir el gasto de las funciones y actividades descentralizadas al gobierno local, en el caso de salud específicamente, se transforma en una señal que convalida y profundiza la ineficiencia asignativa y la desigualdad en la distribución.*

Cuando se observan las señales de precios que del propio sistema de reparto implícitamente se deducen, y su impacto sobre las decisiones de gobierno municipal en la provisión del bien salud, como así también las desigualdades de coparticipación, *per capita* sin cobertura en salud entre los distintos grupos de municipios, se puede entender las tensiones permanentes que genera la estructura de la distribución.

En relación al segundo efecto mencionado "desigualdad en la distribución" de recursos coparticipables es necesario recordar la característica de variable objetiva desprovista de juicio de valor. La igualdad o la desigualdad es un concepto cuantificable que facilita el análisis descriptivo. Mientras que la equidad requiere de un juicio valorativo, asociado a la justicia social, en consecuencia es un concepto normativo. Si bien el interés último es demostrar la equidad o inequidad del sistema de salud, no es objetivo de este trabajo abordarlo ya que el mismo se trató de demostrar en "La Equidad del Gasto Público en Salud" (1), donde uno de los elementos que se tomaron a la hora

de las conclusiones fue la distribución de fondos coparticipables por el componente salud, a nivel municipal.

El concepto de equidad se relaciona principalmente con el de justicia social y puede ser definido, en términos generales, como una situación en la cual se presenta la existencia de desigualdades necesarias e inevitables pero que a la vez son correctas y justas.

El primer inconveniente que se plantea cuando se intenta definir el concepto de "equidad" es reconocer, de manera precisa, la diferencia entre éste y el concepto de "igualdad". Frecuentemente se genera una gran confusión acerca de ambos términos y suelen ser utilizados indistintamente. La igualdad se relaciona directamente con la idea de uniformidad, mientras que la equidad lo hace con imparcialidad.

Como asevera el informe de la OPS (2), en la definición de equidad lo importante no es la igualdad en la distribución sino la justicia de la misma. Sin embargo, es necesario aclarar que el concepto de equidad se utiliza con mayor frecuencia para mostrar un estado de carencia de ésta, es decir, una situación de inequidad, y este último vocablo también es ampliamente confundido y utilizado como sinónimo de desigualdad.

Una forma de abordar el tema es considerar que existe inequidad cuando se presentan desigualdades que resultan injustas según un determinado criterio de justicia, que involucra un juicio de valor ético.

En este punto es necesario aclarar que el problema de terminología se genera debido a que la valoración para identificar a una situación como equitativa o inequitativa surge a partir de examinar situaciones observables y caracterizarlas en iguales y desiguales, en otras palabras, la confusión se genera debido a que existe cierto orden secuencial en el análisis de la equidad en el cual la igualdad juega un rol muy importante.

3. METODOLOGÍA

El método empleado en el presente trabajo se basa en un análisis cuantitativo y cualitativo de la Ley de Coparticipación Municipal vigente en la Provincia de Buenos Aires.

A fin de realizar un análisis cuantitativo de la distribución de fondos por municipios se optó por las variables "Coparticipación por Salud por residentes sin cobertura en salud", "Coparticipación Resto de Componentes" y "Coparticipación Total" en todos los casos per capita sin cobertura. El objetivo es mostrar la desigualdad de la distribución *per capita* como una medida aproximada de desigualdad en la capacidad de gasto en salud por parte de los municipios.

A fin de extraer conclusiones sobre la distribución de fondos, se agruparon los municipios de acuerdo a:

- a) las dos grandes áreas: Conurbano e Interior Bonaerense, y
- b) por densidad poblacional determinándose cuatro grupos: Área Metropolitana, Centros del Interior, Semirurales y Rurales.

La fuente de información para los valores estimados de los fondos a distribuir en el 2004, como así también la información referida a las variables del componente salud para el período julio 2002 - junio de 2003 fue la Subsecretaría de Asuntos Municipales, Dirección Provincial de Programación y Gestión Municipal del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Los datos poblacionales y sin cobertura fueron extraídos del Censo de Población y Vivienda 2001 del INDEC.

El análisis cualitativo de la fórmula polinómica surge de la valoración de las variables seleccionadas del sistema de salud municipal y su impacto, teniendo en cuenta que el método de reparto denominado "normativo" donde se seleccionan variables y ponderadores representativos de la capacidad instalada y la producción en salud, constituyen un sistema de precios que influye sobre el "qué" y el "cómo" producir bienes en salud, en los decisores del Gobierno Municipal, siendo señales que impactan sobre la "eficiencia social" del sistema y la profundización de la desigualdad en la distribución.

4. DESARROLLO

4.1 PROVINCIA DE BUENOS AIRES

La Provincia de Buenos Aires tiene una superficie de 307.571 Km², representando el 11,1% del territorio nacional argentino. La población para el año 2001 según el Censo de Población es de 13.827.203 personas, pertenecientes a una población total de 36.260.130 argentinos.

El 62,8% –8.684.437 personas– viven en el "Conurbano Bonaerense" y el 37,2% restante en el "Interior Provincial".

Del total de población de la provincia el 48,8% (6.746.937 personas) no tiene cobertura en salud (3). Durante el segundo semestre de 2003, el 18,9% de la población del Gran Buenos Aires se encontraba por debajo de la línea de indigencia mientras que el 46,2% se hallaba debajo de la línea de pobreza.

El Conurbano, región densamente poblada, que rodea a la Capital Federal, está formado por 24 municipios diferenciados por cordones:

- El primer Cordón está compuesto por los municipios de Avellaneda, Gral. San Martín, Lanús, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López.
- El segundo Cordón está integrado por los municipios de Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, San Miguel, Islas Malvinas, José C. Paz, Lomas de Zamora, La Matanza, Merlo, Quilmes, San Fernando y Tigre.

El resto de los 134 municipios pertenecen al llamado Interior Provincial.

4.2 SISTEMA PRESTACIONAL PÚBLICO

El sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires tiene una amplia cobertura del subsector público que depende del Ministerio de Salud provincial y se articula con las Secretarías de Salud de dependencia municipal. Los "usuarios del sistema público son aproximadamente 7,3 millones de personas, es decir cerca del 50% de la población de la provincia, se atiende en el subsector público (1).

En el año 2002 esta red prestacional contaba con 77 establecimientos de dependencia provincial, de los cuales 64 poseen internación de mediana y alta complejidad, con un total de 12.653 camas; 1.858 de dependencia municipal, de los cuales 259 son de internación de mediana y baja complejidad, con un total de 12.033 camas; y cinco establecimientos de dependencia nacional, cuatro de ellos con internación, con un total de 2.018 camas. El resto de los establecimientos municipales son unidades sanitarias que se ocupan del primer nivel de atención.

Como se observa a partir del análisis de dependencia administrativa por región, el primer nivel de atención, de menor nivel de complejidad en la atención ambulatoria, es función indiscutible del nivel de gobierno municipal.

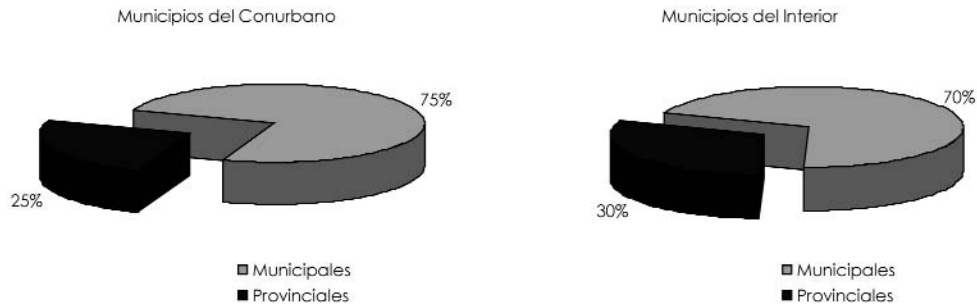
La Figura 1, muestra la clasificación de las consultas, de los egresos hospitalarios y de las camas disponibles por dependencia administrativa y por región. En el caso de las consultas, entre el 70 y el 75% de las mismas se realizan tanto en el Conurbano como en el Interior Provincial en dependencias municipales. Los egresos relacionados a las camas disponibles muestran una mayor presencia de la provincia, como dependencia administrativa, en el Conurbano Bonaerense, mientras que en los municipios del interior se observa la mayor capacidad instalada en internación de dependencia municipal. Esta descripción se refuerza cuando se identifican las camas por región y dependencia. Es muy significativa la presencia de camas disponibles de dependencia provincial, en términos absolutos y sin clasificar por complejidad, en el Conurbano Bonaerense, en relación al Interior Provincial. Tal resultado se asocia a la concentración de la población y a las escalas de planta más grandes y más complejas de los hospitales de dependencia provincial.

4.3 COPARTICIPACIÓN Y SISTEMAS DE REPARTO

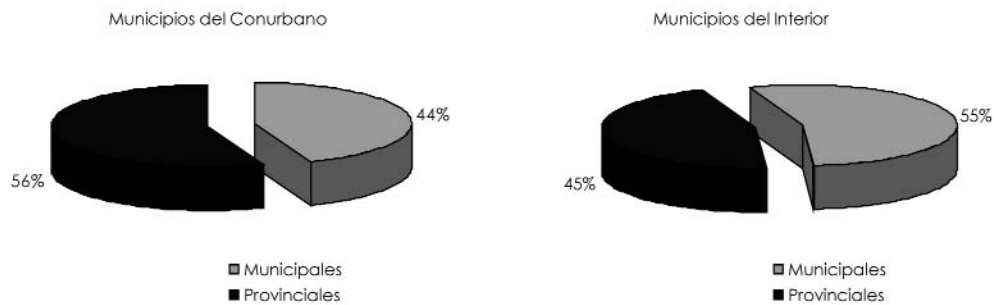
En un esquema federal de gobierno, la asignación de funciones en materia de gasto y potestades en materia de tributación entre los distintos niveles de gobierno, conduce necesariamente al establecimiento de un sistema de transferencias verticales entre Nación-Provincias-

FIGURA 1. TOTAL DE CONSULTAS, EGRESOS HOSPITALARIOS, CAMAS DISPONIBLES, POR REGIÓN Y DEPENDENCIA. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. AÑO 2002.

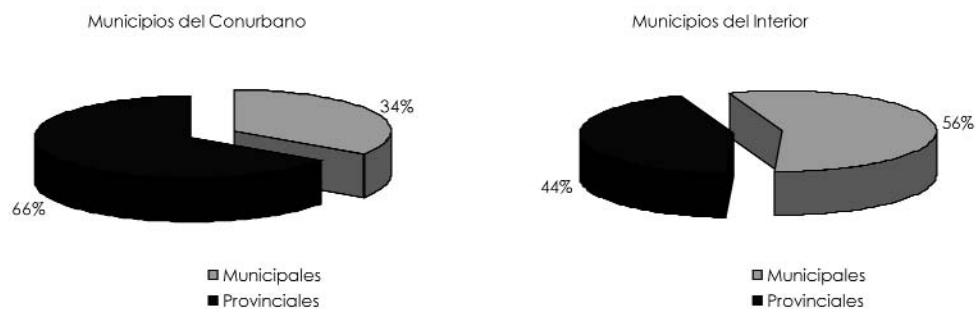
CONSULTAS



EGRESOS HOSPITALARIOS



CAMAS DISPONIBLES



Fuente: Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Planificación. Estadísticas de Salud.

Municipios, derivado del resultado de una mayor descentralización del gasto en relación a los recursos tributarios propios de los gobiernos sub-nacionales y locales.

Existen dos criterios antagónicos a fin de diseñar un método de cobertura de las brechas

existentes entre las necesidades de financiamiento del gasto y los recursos propios de los distintos niveles de gobierno en un esquema federal: el criterio devolutivo y el de redistribución territorial.

El criterio devolutivo se asocia al principio de "correspondencia fiscal": esto es "la presión

tributaria de cada jurisdicción debe corresponder a la decisión de gasto local". Se devuelve a la jurisdicción un monto proporcional a la recaudación que los contribuyentes de la misma han contribuido a generar, neto de la participación del nivel federal. Este criterio o el cumplimiento del principio generan no pocas fricciones desde el punto de vista político ante la realidad de importantes brechas verticales entre necesidades fiscales y financiamiento. Entre las causas de las mismas encontramos las asimetrías regionales en las bases tributarias de los estados subnacionales.

El criterio de redistribución territorial se basa en el principio de "equidad fiscal". En este caso se tiene como objetivo igualar las transferencias, generando diferencias entre los montos a transferir y el aporte que la jurisdicción hizo a la masa coparticipable. Este método de distribución permite resolver un problema de equidad distributiva territorial que el criterio devolutivo no permite. Sin embargo de acuerdo a la teoría normativa del federalismo fiscal, los esquemas de reparto basados en el criterio devolutivo incentivan una mayor responsabilidad fiscal en las decisiones de gasto.

4.4 LA COPARTICIPACIÓN MUNICIPAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

4.4.1 El Método de Transferencia

En la Provincia de Buenos Aires el régimen actual de Coparticipación impositiva se fundamenta en la Ley 10.559 del año 1987, modificada parcialmente por la Ley 10.752/88 y 10.820/88.

Haciendo un análisis histórico del método de reparto en la Provincia de Buenos Aires, podemos dividir el período en dos, cuando se trata de analizar el componente "salud", siendo el año 1979 el que actúa como línea divisoria.

Es por primera vez, mediante el Decreto 9.347/79, que se asignan fondos por los servicios transferidos de la provincia hacia los municipios. De esta forma los municipios a los cuales se les transfirieron establecimientos hospitalarios y otros servicios de acción social, recibieron como contrapartida los fondos para afrontar

los gastos derivados de la transferencia. De esta manera la provincia creó un régimen especial paralelo al funcionamiento de la coparticipación impositiva, este régimen adquiere relevancia alcanzando en el año 1986 un 36% de los recursos distribuidos mediante el régimen de coparticipación.

En el año 1980 por el Decreto Ley 9.478/80 se estableció un nuevo régimen de coparticipación impositiva. El mismo distribuía en función a la población, superficie, inversa de la capacidad tributaria, y un 7% para los municipios con hospitales, que recibían paralelamente el total de la recaudación del juego de azar (PRODE). El ponderador era el número de camas ocupado por nivel de complejidad. Esto determinó la existencia de dos regímenes simultáneos vinculados a salud.

Los municipios con establecimientos propios recibían el porcentaje estipulado en el Decreto Ley 9.478. Los municipios con servicios transferidos además del mencionado porcentaje, recibían los montos derivados de la aplicación del Decreto Ley 9.347.

La unificación en un solo régimen fue uno de los objetivos principales de la Ley 10.559 en el año 1987. La Ley actualmente vigente con algunas modificaciones, reemplazó entonces a los Decreto Ley 9.347/79 y 9.478/80.

La nueva legislación aumentó el coeficiente de distribución primaria de 14,14% a 16,14%, incrementó la participación del componente salud estableciendo que el 35% de la masa se destine a los municipios con establecimientos en salud, eliminando el tratamiento diferencial entre municipios con establecimientos propios de aquellos con servicios de salud transferidos, y asignó un 5% por servicios transferidos de acción social, en función al gasto transferido.

La Ley 10.752/88 aumentó a 37% el componente salud y creó una comisión especial integrada por los Ministerios de Economía, de Gobierno y de Salud, a fin de establecer las variables y ponderadores por el componente mencionado; los cuales entraron en vigencia a partir de la sanción de la Ley 10.820/89 y la Resolución ME 198/89. En el Cuadro 1 se presenta una visión sintética de la evolución de las normas que regulan la distribución de fondos coparticipables a los municipios, desde el año 1987, es decir cuando se instaló la coparticipación a partir de una Ley.

Cuadro 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES DE COPARTICIPACIÓN MUNICIPAL DE IMPUESTOS POR LEY. PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

	LEY 10.559/87	LEY 10.752/88	LEY 10.820/89
DISTRIBUCIÓN PRIMARIA			
Coparticipación a municipalidades	14,14%	16,14%	-
Rentas generales, otros destinos	85,86%	83,86%	-
DISTRIBUCIÓN SECUNDARIA			
Todos los municipios	60%	58%	-
Municipios con servicios transferidos excepto salud	5%	5%	-
Municipios con establecimientos oficiales de salud	35%	37%	-
TODOS LOS MUNICIPIOS			
Población	62%	-	-
Inversa de la capacidad tributaria <i>per capita</i>	23%	-	-
Superficie	15%	-	-
MUNICIPIOS CON ESTABLECIMIENTOS OFICIALES DE SALUD			
Producido resultante*	100%	Creación de una comisión especial	35%
Consultas médicas	-		25%
Egresos	-		10%
Pacientes día	-		20%
Establecimientos sin internación	-		10%

Fuente: Leyes de Coparticipación: 10.559/87, 10.725/88, 10.820/89.

Notas:

* Producido resultante = camas disponibles x máxima complejidad del partido x % ocupacional.

En síntesis el método de transferencia, como se puede observar en el Cuadro 1, de fondos coparticipables a municipios, adoptado por la provincia a partir del año 1987 fue la variante "normativa" o el "método de combinación de indicadores", seleccionándose los siguientes:

→ Indicadores teniendo en cuenta objetivos redistributivos

1) En proporción a la población. La asignación por este indicador no tiene en cuenta costos diferenciales, suponiendo un gasto por habitante constante. Desde el punto de vista de la equidad fiscal genera una redistribución territorial del ingreso.

2) En relación inversa a la capacidad tributaria. Pretende ser redistributivo a fin de que cada jurisdicción pueda atender un nivel de servicios equivalentes.

→ Indicadores que pretenden resarcir gastos

3) Según superficie geográfica, pretendiendo cubrir costos mayores derivados de una población más dispersa territorialmente.

4) Según medidas cuantitativas de variables de los servicios descentralizados a los municipios que pretenden representar la magnitud del gasto. Este indicador resulta regresivo, convalida situaciones de gasto ineficiente o superior/inferior al socialmente óptimo.

5. RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA DISTRIBUCIÓN DE FONDOS *PER CAPITA* POR MUNICIPIOS

La evaluación de la distribución de fondos se realiza por municipio y por "población sin cobertura" de cada uno de los municipios según Censo de Población 2001. Las variables analizadas son Coparticipación por salud/población sin cobertura, Coparticipación del resto de los componentes/población sin cobertura y Coparticipación Total/población sin cobertura. Los resultados se presentan en el Cuadro 2 por conjuntos de municipios, agrupados de acuerdo a los siguientes criterios:

- Por densidad poblacional, para lo cual se determinaron cuatro áreas tomando en cuenta la densidad poblacional de los municipios de la provincia.: Área Metropolitana, Centros del Interior, Semirurales y Rurales.
- Por Conurbano e Interior de la provincia.

De la observación de los datos del Cuadro 2, surge que existe una gran disparidad entre los municipios agrupados. En primer lugar, de acuerdo a la caracterización por densidad poblacional, se observa que los municipios rurales reciben en promedio el ingreso medio más alto, tanto si se los observa por la coparticipación por salud, como por el resto de los componentes, mientras que el más bajo es recibido por los más

densamente poblados, observándose una diferencia de más de 6 veces entre los extremos. Esta capacidad de financiamiento tan profundamente diferenciada genera con seguridad diferenciales de gasto *per capita* en salud, el cual redundará en una profundización de los diferenciales de coparticipación en los períodos subsiguientes.

La razón de las diferencias se encuentra en la distribución de las camas municipales y las variables asociadas, particularmente "Producido resultante".

Como se puede observar en el Cuadro 3, de la agrupación en las dos grandes regiones de la provincia: Conurbano e Interior, se observa que los municipios del Conurbano en términos *per capita* sin cobertura en salud reciben el 32% de lo que reciben los municipios del Interior provincial. Nuevamente la razón más importante de las disparidades observadas es que una gran proporción de municipios que pertenecen al Conurbano no reciben transferencias de coparticipación por salud por las variables producido resultante, egresos y pacientes día, por no contar con establecimientos municipales con internación.

Como se recuerda las variables mencionadas participan en un 65% en la polinómica vigente, por lo tanto es esperable el resultado mostrado. Sin embargo es en el Conurbano Bonaerense donde se concentra la mayor cantidad de necesidades en salud por la condición de pobreza de los municipios y la cantidad de usuarios sin cobertura del sistema público de salud, que habitan en esa área geográfica (1).

Cuadro 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS COPARTICIPABLES *PER CAPITA* SIN COBERTURA. AÑO 2004 ESTIMADO. CLASIFICACIÓN DE MUNICIPIOS POR DENSIDAD POBLACIONAL.

Agrupamiento de municipios por densidad de población	Coparticipación total de la región/ Población de la región sin cobertura de salud	Coparticipación por el componente salud de la región/ Población de la región sin cobertura de salud	Coparticipación por el resto de los componentes de la fórmula de la región/ Población de la región sin cobertura de salud
Area Metropolitana	\$151	\$48	\$103
Centros del Interior	\$279	\$93	\$186
Rurales	\$780	\$392	\$388
Semi-Rurales	\$548	\$287	\$261
PROMEDIO PROVINCIAL	\$215	\$80	\$135

Fuente: Elaboración propia en base a la información del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Asuntos Municipales, Dirección Provincial de Programación y Gestión Municipal y del INDEC-DPE, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

Cuadro 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS COPARTICIPABLES *PER CAPITA* SIN COBERTURA. AÑO 2004 ESTIMADO. CLASIFICACIÓN DE MUNICIPIOS POR PERTENENCIA AL CONURBANO O AL INTERIOR DE LA PROVINCIA.

Agrupamiento de municipios por densidad de población	Coparticipación total de la región/ Población de la región sin cobertura de salud	Coparticipación por el componente salud de la región/ Población de la región sin cobertura de salud	Coparticipación por el resto de los componentes de la fórmula de la región/ Población de la región sin cobertura de salud
Municipios del Conurbano	\$149	\$47	\$103
Municipios del Interior	\$348	\$147	\$201
PROMEDIO PROVINCIAL	\$215	\$80	\$135

Fuente: Elaboración propia en base a la información del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Asuntos Municipales, Dirección Provincial de Programación y Gestión Municipal y del INDEC-DPE, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

En síntesis vemos que los municipios que pertenecen al agrupamiento donde se concentra la mayor cantidad de la población de la provincia, pertenecientes al llamado Conurbano Bonaerense y los más densamente poblados, son los que reciben fondos coparticipables por población sin cobertura significativamente inferior al resto.

Sin embargo este resultado no demuestra que los habitantes del área desfavorecida en la distribución tengan un nivel de gasto en salud inferior al resto de los habitantes de la provincia, es decir accedan a una canasta de bienes y servicios de salud diferenciada.

La razón, de demostrarse mayor igualdad del gasto total en salud pública, que en la distribución de fondos provenientes de la coparticipación por salud, se encuentra en una asignación de fondos por el resto de los componentes de la fórmula de distribución, por un esfuerzo mayor con recursos propios de los municipios que reciben un *per capita* por salud menor, o la presencia de establecimientos provinciales fundamentalmente de segundo y tercer nivel de atención.

En este sentido dos trabajos anteriores merecen mencionarse en cuanto al resultado: en "Análisis de la distribución de la coparticipación por salud a los municipios de la Provincia de Buenos Aires" (4), presentado en las Jornadas de Finanzas Públicas UNC, en 1997, se demuestra la asociación positiva entre el gasto municipal en salud de cada uno de los municipios y la coparticipación por salud.

El segundo trabajo ya mencionado "Equidad del gasto público en salud en la Provincia de Buenos Aires" (1), de trascendencia a la hora de los resultados, nos demuestra que si se valora el "gasto público total: provincial y municipal por usuario sin cobertura" y su asignación por municipio, se comprueba que los "pobres" de los municipios "pobres" acceden a una menor canasta de bienes y servicios de salud que los pobres de los municipios ricos, en cuanto a su capacidad de generar riqueza. Uno de los principales determinantes de este resultado es la distribución de fondos coparticipables por salud de acuerdo a la metodología vigente, lo cual determina una capacidad de gasto/capita diferenciada por municipio. "Un usuario pobre que reside en un municipio considerado rico, se beneficia potencialmente de un gasto de más de dos veces lo que recibe un usuario pobre que vive en un municipio perteneciente al grupo de municipios de menor riqueza." Esto implica que el solo hecho de poseer residencia habitual en un municipio considerado pobre restringe la posibilidad de un usuario de acceder a una canasta mayor de bienes y servicios y este resultado es inequitativo según el principio de "equidad horizontal, en base a la cual se desarrolló el trabajo" (1).

5.2 ANÁLISIS CUALITATIVO DEL "COMPONENTE SALUD" EN LA LEY DE COPARTICIPACIÓN

Del análisis de la fórmula del "componente salud" por el cual se distribuyen el 37% de

los Fondos Coparticipables a municipios permiten predecir fallas en cuanto a la eficiencia social y a la equidad del sistema de salud, provenientes de las variables seleccionadas por el método de reparto.

- Captura variables de un modelo de atención sesgado hacia la enfermedad, de mayores costos sociales en el sentido económico y sanitario.
- Predominio de la ponderación de actividades de atención de la enfermedad, lo que induce a una distorsión en la asignación de recursos municipales, por cuanto lo percibido por coparticipación corresponde preponderantemente a la actividad de internación, el 65% se distribuye por la actividad de internación hospitalaria.
- El sistema se orienta principalmente a privilegiar el fenómeno de atención de mayor complejidad, guiado por el sistema de precios de las variables que el método normativo ha incluido. En la variable "producto resultante" de mayor ponderación en el componente salud, el nivel de complejidad se multiplica linealmente.
- No genera incentivos para el cambio en el sentido deseado: prevención, promoción, nuevos modos de atención (internación domiciliaria, hospital de día, políticas poblacionales de salud o prevención).
- Genera incentivos a profundizar las características cuestionadas del modelo actual: aumento de la internación y del promedio de días de estada. La inclusión de la variable "días de estada" se convierte así en un premio a la ineficiencia del proceso de atención.
- Inexistencia de variables representativas de riesgo sanitario de la población del municipio, como reflejo de las necesidades en salud a ser atendidas por el sistema local.
- Toma en cuenta la totalidad de la producción del establecimiento oficial, sin discriminar si son camas agudas, asilares o crónicas.
- No se diferencian las prestaciones con cobertura o aranceladas. En los municipios que asisten a beneficiarios con cobertura o mayor capacidad de pago se genera mayor capacidad de financiar su sistema de salud con un menor esfuerzo de recursos propios, en relación a municipios donde su población es carente de recursos y/o de cobertura.

→ Toma en cuenta la totalidad de las camas del municipio, cuando en éste hubiere más de un establecimiento con internación y de diferente nivel de complejidad. En este caso se pondera el total de las camas por el nivel de complejidad más alto, incluidas las camas de observación en unidades sanitarias.

En relación a este último punto es importante aclarar que la Res. 198/89 modificó el criterio de la Ley al definir que se tomará la totalidad de las camas del municipio por el nivel de complejidad del establecimiento de mayor nivel, cuando exista más de un establecimiento. El resultado de esta interpretación generó un fuerte impacto discriminatorio en la distribución de fondos hacia los municipios más pobres del Conurbano Bonaerense, donde se encuentran los hospitales municipales más agudos y complejos y la casi inexistencia de asilos de ancianos o establecimientos de menor nivel de complejidad.

Por otra parte y en relación a las restricciones del Sistema Provincial de Estadísticas de Salud, el mismo depende del Sistema Nacional, está normatizado y responde a las normas de registro de los organismos internacionales.

Sin embargo no hay norma que defina con total objetividad el alcance de las prestaciones que realiza un establecimiento para ser considerado de salud, las consecuencias de esta indefinición no permitió regular con fortaleza la incorporación de camas asilares, consideradas con fines sociales más que para la atención de patologías crónicas o agudas.

Esta situación favoreció significativamente a municipios con asilos de ancianos municipales los cuales los fueron incorporando como camas de salud. Del 17% aproximadamente de camas asilares con relación al total de camas municipales, el 90% aproximadamente, se encuentra en el Interior de la provincia, en municipios escasamente poblados, generando una redistribución a favor de estos municipios no asimilables a las necesidades de su gasto en salud, y en desventaja de los municipios densamente poblados y con gran porcentaje de población pobre.

Por otra parte el criterio de categorización de hospitales por nivel de complejidad no estaba contemplado en una norma o instrumento administrativo. Si bien existen criterios tomados

de trabajos teóricos al respecto, es posible considerar la situación como de vacío jurídico. En la fórmula se multiplica por el número de camas ocupadas, de manera lineal, generando incentivos a la recategorización del establecimiento por incrementos en la complejidad no siempre necesarios de acuerdo a la red hospitalaria.

Por último es importante mencionar que la fórmula de distribución se caracteriza por contar con un gran número de variables registradas por los establecimientos municipales. Dada la cantidad de establecimientos municipales y de prestaciones en la provincia, desde un punto de vista práctico, se hace dificultosa la fiscalización de manera continua y generalizada.

6. CONCLUSIONES

En la Provincia de Buenos Aires, en el Sistema Público de Atención de la Salud, si se mira por niveles, se comprueba que el primer nivel de atención es rol indiscutible de los municipios, a partir de la observación de dependencia de las unidades sanitarias, 99,0% de las unidades sanitarias son de dependencia municipal.

El segundo nivel de atención conformado por establecimientos de baja o mediana complejidad es compartido con hospitales de mediana complejidad de dependencia provincial. Con lo cual la determinación de un método de reparto de la masa coparticipable se hace complejo, ya que los roles por dependencia administrativa, dentro del sistema de salud, no están claramente diferenciados por lo cual se presentan situaciones claramente diferenciadas entre los municipios.

Seguramente esta es la causa más importante que llevó a la construcción de un método de reparto que incluye variables representativas de la capacidad ocupada y nivel de prestaciones asociadas a la oferta municipal, como representativas del gasto que se pretendió resarcir.

Si bien es cierto que la selección de variables a ser incluidas a los fines de la distribución por salud, estuvo condicionada por las propias restricciones del sistema estadístico de salud, el análisis de la evidencia empírica ha demostrado que las variables seleccionadas por el método

normativo ha sido un estímulo al crecimiento de la oferta y de la complejidad, fundamentalmente en internación, por el solo hecho de redundar en mayor ingreso futuro de fondos coparticipables, fundamentalmente en aquellos municipios con mayor capacidad de gasto derivada de la posibilidad de obtener recursos propios o con beneficiarios con cobertura y/o capacidad de pago.

El decisor municipal entra en una contradicción: en hacer las cosas bien desde el punto de vista del sistema de salud (prevención y promoción, evitar la internación, acortar los días de internación, nuevas formas de atención) y compatibilizarlo con no perder coparticipación.

La pregunta que necesariamente es imprescindible responder: ¿es posible mediante un único sistema de reparto encontrar variables y ponderadores eficientes a fin de distribuir fondos por salud de manera que contemplen los siguientes criterios?

- Resarcir el gasto resultante de la descentralización de la función a nivel municipal.
- Premiar la eficiencia en la gestión de los recursos en salud.
- Tomar en cuenta los cambios en el modelo de atención tendientes a disminuir los costos del sistema, en términos económicos y en términos sanitarios.
- Disminuir los costos de auditoría y monitoreo de las variables registradas a nivel municipal, dada la imposibilidad práctica de hacerlo de manera generalizada.
- Tomar en cuenta las verdaderas "necesidades de bienes y servicios de salud", a partir de indicadores que consideren las diferencias sociales de la población de los municipios y el riesgo.

Por otra parte si queremos ver el impacto que la actual Ley generó en cuanto a la desigualdad en la distribución *per capita*, se observa que por el "componente salud" la distribución ha sido muy regresiva en perjuicio de los municipios más pobres y con mayor cantidad de pobres, requiriendo de éstos un esfuerzo mayor para financiar su gasto en salud. Esto ha contribuido a que los pobres resulten ser más pobres por falta de acceso (1), generando claras situaciones inequitativas en el sistema de salud.

¿Qué hacer a fin de disminuir las tensiones evidentes que el método ha generado, en términos de eficiencia y en términos de equidad en salud, y por otra parte resolver a través de un método de reparto la necesidad de la distribución de la masa, resultante de la centralización de los recursos y la descentralización de los gastos diferenciados por municipios, manteniendo el equilibrio fiscal entre los distintos niveles de gobierno?

Dentro de las reglas de juego actual, es decir sin cambios en la Ley vigente, y teniendo presente que el objetivo de la Ley en cuanto a la distribución por salud es el resarcimiento del gasto de los servicios municipales de salud, son posibles mejoras parciales como: redefinir el método de categorización de hospitales mediante una norma administrativa y recategorizar al conjunto de establecimientos municipales; definir el alcance del recurso cama de salud, la cual pareciera haber estado en el espíritu del legislador y ser considerada a los fines del componente mencionado.

La variable "cama en establecimientos oficiales de salud" fue desvirtuada con la incorporación de las camas asilares, teniendo como resultado un fuerte efecto regresivo en la distribución de la masa en favor de los municipios con camas asilares.

Modificar la Res. 198 del ME, la cual aplica el nivel de complejidad a la totalidad de las camas del municipio, por lo cual si el mismo tiene un asilo y un hospital de agudos, las camas asilares toman la complejidad de las camas de agudos. Nuevamente se favorece a los municipios de escasa población, dada la localización de las camas asilares municipales, las cuales (muchas de ellas) están en hospitales altamente desocupados.

Por último, no es menos importante la necesidad de reforzar y potenciar la gestión del sector salud municipal y en particular el sistema de registro, teniendo en cuenta que determina la capacidad de gasto hacia futuro. En definitiva se trata de considerar la política de salud en general como una política del Estado Municipal, de la cual depende en gran parte la capacidad de brindar servicios a la población.

Si es posible un cambio en el método de reparto, si bien la reforma debería ser integral, en relación al "componente salud" y teniendo en cuenta las limitaciones del sistema estadístico, consideramos que no es posible en un

único sistema de reparto cumplir con todos los objetivos planteados, sobre todo cuando se hacen tan estáticos y difíciles de cambiar cuando se instituye a través de una Ley provincial, por lo tanto es necesario pensar en un sistema de distribución específico para el financiamiento de la salud municipal, por fuera del sistema general que permita mayor flexibilidad de lo que permite la ley general, diseñado bajo un enfoque de "necesidades de servicios de salud de la población", de acuerdo a la distribución de funciones entre los municipios.

Desafortunadamente los análisis de situación de salud más específicos tienen limitaciones debido a la importante carencia de información sistemática que supere a los clásicos indicadores de mortalidad y morbilidad, es decir variables de enfermedad y no de nivel de salud. Por otra parte los servicios de atención están medidos bajo un enfoque productivista de las prestaciones, las cuales no son posibles asociarlas linealmente a usuarios del sistema, dificultando los análisis de equidad en salud.

La responsabilidad tradicional del que-hacer médico ha sido primordialmente la atención y recuperación de la enfermedad, mientras que la promoción y protección de la salud han tenido su desarrollo en el campo teórico más que en la asignación de recursos. El registro estadístico del sistema acompañó este modelo de atención.

La salud pública deberá descansar sobre dos pilares sólidos (2): el desarrollo social y la equidad. La búsqueda de la equidad se fundamenta en la necesidad de brindar a la población igualdad de oportunidades, a fin de alcanzar el máximo potencial individual y colectivo y a la vez lograr aumentos en la productividad y la competitividad a nivel internacional.

El acceso a los servicios de salud es un derecho de todos. Es así que el Estado es el que deberá liderar las alianzas intersectoriales y los cambios necesarios que aseguren la movilización de recursos en el sentido planteado.

En este contexto la formación de los precios, que se derivan de un método de reparto de fondos que financian la mayor parte del sistema de atención de la salud del primer y segundo nivel en la Provincia de Buenos Aires, es un instrumento esencial a fin de direccionar la asignación de recursos en pos del crecimiento y el bienestar para todos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la colaboración a la Licenciada Yamila Scasso, en el procesamiento de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbieri N, De la Puente C, Tarragona S. La equidad del gasto público en salud. Instituto de Investigaciones de la Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales. (Serie de Estudios en Finanzas Públicas N° 9) [en línea] 2002 [fecha de acceso 14 de noviembre de 2005]. URL disponible en: <https://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/mfinpub/estufp9.pdf>

2. OPS. División de Salud y Desarrollo Humano. Principios y conceptos básicos de equidad y salud. Washington DC: OPS; 1999.

3. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo nacional de población y vivienda 2001 [en línea] 2001 [fecha de acceso 20 de octubre de 2005]. URL disponible en: <http://www.indec.gov.ar/webcenso/index.asp>

4. Barbieri N, et al. Análisis de la distribución de la coparticipación por salud a los municipios de la Provincia de Buenos Aires. Ponencia presentada en las 30° Jornadas de Finanzas Públicas. 18 de septiembre de 1997; Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Barbieri N, coordinadora. Análisis de la distribución de impuestos co-participables a municipios según indicadores de salud. Convenio C.F.I-UNLP. Buenos Aires: UNLP; 1997.

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Planificación. Estadísticas de salud [base de datos en línea] [fecha de acceso 2 de diciembre de 2005] URL disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/estadisticas.html>

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Asuntos Municipales. Centro de Documentación e Información [base de datos en

línea] [fecha de acceso 4 de noviembre de 2005]. URL disponible en: http://www.gob.gba.gov.ar/cdi/index_800.html

López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdad en salud: ¿es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? Salud Colectiva. 2006;2(1):61-74.

Piffano HLP, et. al. Serie de Documentos sobre Federalismo [en línea] 2003 [fecha de acceso 20 de octubre de 2005]. URL disponible en: <https://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/federalismo/default.html#>

Porto A, director. Disparidades regionales y federalismo fiscal. La Plata: Edulp; 2004.

FORMA DE CITAR

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

Recibido el 10 de enero de 2007

Versión final presentada el 26 de febrero de 2007

Aprobado el 6 de marzo de 2007