

## La coparticipación municipal bonaerense y los incentivos para el sistema público de salud: la política de la “reforma imposible”\*

*The Share Revenue Tax to Municipalities and the Incentives of the Public Health System in Province of Buenos Aires: Politics of the “Impossible Reform”*

GUILLERMO VÍCTOR ALONSO

Instituto de Investigaciones Políticas (IIP), CONICET/Escuela de Política y Gobierno,  
Universidad de San Martín, Argentina.  
guivalon@gmail.com

<https://doi.org/10.46468/rsaap.16.1.A4>

**Resumen:** El objetivo de este artículo es analizar las consecuencias perdurables de la imbricación entre la coparticipación municipal bonaerense y aspectos centrales de la política de salud. Se propone responder al interrogante de cuáles son los factores que explican la prolongada inercia de un acuerdo institucional impugnado por diversos actores. En este estudio de caso se postula un argumento causal en términos de *path dependence* y se muestra cómo ese persistente *statu quo* remite a la existencia de puntos de veto localizados en la propia estructura institucional –fundamentalmente en la legislatura provincial– junto con otros mecanismos de reforzamiento –como las ideas que orientan a los actores–. Además, se ofrece una posible estrategia política de cambio gradual de la coparticipación.

**Palabras clave:** Coparticipación municipal – Política de salud – Provincia de Buenos Aires – Dependencia de la trayectoria – Reforma

**Abstract:** *The aim of the paper is to analyze the lasting consequences of the merging between the share revenue tax to municipalities from province of Buenos Aires and the central aspects of the health policy. The objective is to answer which are the elements that explain the long-lasting inertia of an institutional agreement challenged by different actors. In this case study a causal argument is posited in terms of path dependence, and it is shown how this persistent status quo owns its existence to the veto points located in the institutional structure –fundamentally the provincial legislature–, along with other reinforcement mechanisms –like the ideas orienting the actors–. Finally, a plausible political strategy for the gradual changing of the share revenue tax is offered.*

**Key words:** *Share Revenue Tax – Health policy – Province of Buenos Aires – Path Dependence – Reform*

### Introducción

En países federales como la Argentina, la distribución de los recursos fiscales entre los distintos niveles de gobierno constituye una cuestión política altamente relevante y, por lo general, conflictiva. En un país caracterizado por grandes desigualdades regionales y estructurales, la asignación de recursos entre jurisdicciones implica conflictos y tensiones que dificultan la

\* Artículo recibido el 4 de agosto de 2021 y aceptado para su publicación el 23 de diciembre de 2021.

definición de los mecanismos y criterios distribuidores. Todo ello se ha visto agravado en las últimas décadas por los procesos de descentralización de funciones y servicios hacia los estados subnacionales, que al implicar un incremento de los niveles de gasto por parte de éstos los vuelve todavía más demandantes de recursos coparticipables. Habitualmente, la cuestión del federalismo fiscal es estudiada enfocando en el modo en que se distribuyen funciones y gastos entre nación y provincias, quedando en un segundo plano menos considerado el análisis de cómo cada provincia distribuye recursos para sus respectivos municipios. El objetivo de este artículo es contribuir al análisis de esta relación fiscal en el caso de la provincia de Buenos Aires, pero atendiendo sobre todo a la dinámica política que llevó a, y sostiene perdurablemente, un cuestionado arreglo institucional.

Abordar la cuestión de la coparticipación municipal bonaerense requiere reconocer también sus especificidades; por ejemplo, la peculiaridad consistente en ser la única provincia que utiliza indicadores de política sectorial (salud) en la fórmula de reparto. Ello ha generado inequidades en perjuicio del conurbano e incentivos contrarios al logro de la proclamada centralidad de la estrategia de atención primaria en salud<sup>1</sup>. La inclusión de distribuidores consistentes en indicadores de política sectorial (salud) terminó por imbricar aspectos centrales de la política sanitaria con la lógica de la coparticipación municipal. Dada esta imbricación entre ambas arenas políticas, alterar los incentivos en el ámbito del sistema de salud público en una dirección favorable a la atención primaria obliga a una reforma de la coparticipación. Del mismo modo, reformar la coparticipación en dirección a lograr mayor equidad en la distribución de recursos entre los municipios exige una definición fundamental respecto a qué hacer con el régimen de salud de la coparticipación municipal.

Sin embargo, ninguna propuesta de reforma prospera. Se trata de una reforma tan necesaria como imposible. Cabe interrogarse entonces acerca de cuáles son los factores que explican la prolongada inercia de un acuerdo

---

<sup>1</sup> Un sistema de salud orientado hacia la atención primaria implica tanto una estrategia asistencial como de prevención. Es una visión integral de la salud que busca el fortalecimiento del primer nivel de atención (centros de salud), de modo tal de prevenir la progresión de la enfermedad, al priorizar la atención de las necesidades de salud locales. Esta estrategia permite ganancias claras en términos de eficiencia, pues tratan de resolverse la mayor parte de los problemas de salud en ese nivel, evitándose la hospitalización y sus costos crecientes. El paradigma requiere a su vez de un enfoque comunitario, que implique la programación de la atención no solo en las unidades sanitarias sino también en los domicilios de los pacientes. Ello debería evitar que la descentralización hacia el primer nivel de atención no haga más que replicar el modelo asistencial que opera a demanda de los pacientes. En resumen, una estrategia de atención primaria implica mejoras de eficiencia, equidad y acceso a la cobertura.

institucional que, como veremos, recibe la crítica e impugnación de actores políticos y de expertos. Al mismo tiempo, cabe también preguntarse sobre cuáles pueden ser los caminos para un posible cambio institucional.

Como primer paso para encontrar una respuesta a la persistencia del arreglo institucional vigente de la coparticipación municipal bonaerense presentaré los elementos conceptuales del enfoque de *path dependence*, vinculándolo con la perspectiva teórica del neoinstitucionalismo histórico. Posteriormente, presentaré las consecuencias que ha tenido la imbricación entre coparticipación e indicadores de salud. Luego, me detendré en el análisis de la dinámica política que consolidó ese arreglo institucional, y mostraré cómo ese persistente *statu quo* remite a la existencia de puntos de veto localizados en la propia estructura institucional, fundamentalmente en la Legislatura provincial —donde los municipios del interior bonaerense se encuentran sobrerrepresentados—, y a otros mecanismos de reforzamiento, que, operando conjuntamente, vuelven, hasta el momento, imposible plantear una reforma. Finalmente, esbozaré posibles estrategias de cambio que podrían impulsarse a través de los intersticios de la continuidad.

### **Entre el peso causal del pasado y las posibilidades del cambio limitado**

Un conjunto de investigadores ha mostrado, a través de diversas contribuciones, los problemas e inequidades generados por el sistema de coparticipación municipal de la provincia de Buenos Aires (Barbieri, 2007; Sotelo, 2009; Del Prete y Alvaro, 2010; Lago, Moscoso, Elorza y Ripari, 2011; López Accotto, Martínez, Grinberg y Mangas, 2013). En especial, estos autores señalan las distorsiones e incentivos negativos que genera el régimen de salud de la coparticipación y coinciden en la necesidad de una reforma de la coparticipación. En la perspectiva del federalismo fiscal, estos análisis asumen el punto de vista de la teoría de las finanzas públicas y consideran básicamente la dimensión económica de la cuestión. Esta producción ha permitido un diagnóstico preciso de las fallas y problemas del método distribuidor vigente de la coparticipación. Mi objetivo analítico en este artículo, en cambio, es abordar la cuestión de la coparticipación municipal bonaerense aplicando conceptos politológicos, que permitan identificar los factores que explican la prolongada inercia de un arreglo institucional que, como muestra la literatura antedicha, resulta claramente subóptimo. A su vez, también desde la perspectiva de la ciencia política, mi propósito se dirige a indagar acerca de cuál podría ser una línea viable de cambio institucional.

Para la construcción del argumento causal asumo las premisas del enfoque teórico de *path dependence* o de “dependencia de la trayectoria”. Este es un enfoque dirigido al análisis de los procesos temporales, en los cuales ciertas opciones iniciales producen efectos de retroalimentación positiva que resultan inherentemente difíciles de revertir (Thelen, 1999, 2003; Pierson, 2000; Mahoney, 2000; Mahoney y Shensul, 2006). Los procesos con efectos de *path dependence* muestran que cuando los actores incursionan en determinado camino se dificulta crecientemente remitir esa trayectoria y, aun cuando se produzcan cambios de contexto, las reglas de juego vigentes no son fácilmente desplazadas (Pierson y Skocpol, 2008: 22).

La imbricación entre política de salud y coparticipación municipal en la provincia de Buenos Aires ilustra una clara situación de *path dependence*, por la cual a partir de medidas coyunturales tomadas a fines de los años setenta, dirigidas a compensar a municipios que habían asumido servicios sanitarios como consecuencia del proceso de descentralización, se disparó una dinámica de retroalimentación, generando “retornos crecientes” (Pierson, 2000) que reforzarían la continuidad del patrón distributivo de los recursos coparticipables. Esa dinámica se consolidó una vez restablecida la democracia, cuando los municipios del interior provincial, favorecidos por la fórmula coparticipable, jugaron como actores de veto institucionales articulados en la legislatura provincial, y produciéndose un efecto de clausura (*lock-in*) de la política. Un argumento causal en términos de *path dependence* muestra cómo el resultado inicial de un arreglo institucional puede lograr un arraigo creciente a través de su persistente capacidad para configurar los incentivos, percepciones y recursos de los actores afectados por esas reglas de juego. No se trata de postular la existencia de un mecanismo inmanente y determinista de reproducción del *statu quo*, sino de considerar que las preferencias y las estrategias de los actores no se configuran sobre una *tabula rasa*, sino que son emergentes de las dinámicas impulsadas por las políticas, instituciones y mapas cognitivos ya vigentes. Cuando un arreglo institucional se caracteriza por una fuerte inercia, resulta relevante analizar la política de su etapa formativa y encontrar ahí las claves que explican su persistencia.

En el caso que analizo, la fuerte *dependencia de la trayectoria* surgió —y se reforzó— a través de procesos convergentes: en principio, la estrategia de compensar las transferencias de servicios sanitarios y de acción social a los municipios, ampliándose luego hacia todos los municipios que contaban con hospitales propios (decretos de 1979 y 1980). Luego, ya en democracia, la sobrerrepresentación electoral de los municipios del interior bonaerense, que había sido consecuencia del desfase histórico entre el diseño del sistema electoral en los años treinta y los posteriores movimientos de población hacia

el conurbano, operó como un fuerte mecanismo de retroalimentación del arreglo institucional iniciado con los decretos anteriormente señalados. La perspectiva teórica del neoinstitucionalismo histórico (Immergut, 1992) permite identificar aquí el principal punto de veto alojado en la estructura institucional, más precisamente en la legislatura provincial, que refuerza la dependencia de la trayectoria.

Para desarrollar un análisis completo acerca del peso causal del pasado es necesario complementar la aproximación en términos de *path dependence* con una exploración de los posibles factores de cambio endógeno y evolutivo del arreglo institucional, en lugar de pensar la posibilidad del cambio como exógeno, al modo de los modelos de equilibrio interrumpido. Por un lado, el argumento de retornos crecientes permitirá analizar los mecanismos de retroalimentación, y, de este modo, delimitar entre aspectos no modificables y otros susceptibles de cambio. Por otro lado, hacia el final, el análisis será complementado con una mirada atenta a *cómo* puede cambiar el arreglo institucional hoy vigente de la coparticipación municipal bonaerense, es decir, comprender la clase de cambio limitado que resulta posible (Thelen, 2003; Weir, 1992).

Cuando se trata de aportar conocimiento acerca de la lógica política que conduce a la asignación de recursos a las unidades subnacionales, la metodología del estudio de caso resulta adecuada, pues el desarrollo de las estructuras descentralizadas requiere ser comprendido a partir de sus contextos históricos e institucionales particulares. Para la realización del estudio de caso de la coparticipación municipal de la provincia de Buenos Aires, de las tensiones que introduce entre los campos de la política fiscal y de la política de salud, he recurrido a la consulta de fuentes secundarias, a diarios de sesiones de la legislatura bonaerense y de prensa gráfica, además de la realización de entrevistas en profundidad a informantes clave. Algunos de ellos fueron actores de los procesos que se reconstruyen en el análisis, otros fueron funcionarios en distintas gestiones. Por último, también realicé consultas a asesores de legisladores y a expertos en el tema.

### **La coparticipación municipal. Inequidades territoriales y desincentivos para la atención primaria en salud**

Del total de tributos recaudados por la provincia de Buenos Aires (ingresos brutos, inmobiliario, automotores, sellos, tasas por servicios) más la coparticipación federal, la jurisdicción provincial coparticipa a municipios el 16,14% de esa masa de recursos (distribución primaria). De esa masa

coparticipable, un 58% se reparte entre todos los municipios por superficie, población y en forma inversa a la capacidad contributiva per cápita; un 5% por los servicios no sanitarios transferidos y un 37% por los establecimientos de salud oficiales correspondientes a cada municipio.

La Ley provincial 10.820 de 1989 definió los parámetros de los coeficientes de distribución de la coparticipación por salud. Del total equivalente al 37% de la masa coparticipable, que constituye el régimen por salud, se destina un 35% por el número de camas, ponderadas por perfil de complejidad (consideradas por el máximo nivel de complejidad existente), y el porcentaje ocupacional de camas de los hospitales del municipio. Un 25% por el número de consultas médicas en establecimientos con o sin internación. Un 10% por la cantidad de egresos producidos en los establecimientos con internación. Un 20% por la cantidad de pacientes/días registrados en los hospitales de cada municipio. Y un 10% por la cantidad de establecimientos sin internación en cada municipio. Es decir que sólo un 35% de los recursos a coparticipar por salud se destina a cubrir la función de atención primaria. La Resolución 198 del mismo año, producida por el Ministerio de Economía de la Provincia, buscó precisar aún más algunas de las variables consideradas en la fórmula y estableció que la variable “perfil de complejidad” debía ser entendida como la máxima complejidad existente en los establecimientos sanitarios del municipio, incluso más allá de la incidencia relativa que las camas de este nivel de complejidad tuvieran sobre el total de camas municipales.

El régimen de salud de la coparticipación introduce en su propio diseño una serie de incentivos distorsivos. Al constituir un sistema de transferencias no condicionadas sobre la base de lo “producido en salud” incentiva un aumento innecesario de los gastos municipales en salud, pues se premia el mayor número de egresos y consultas, independizando a la oferta de responder a las necesidades concretas de atención a la salud derivadas de las distintas condiciones socioeconómicas de cada región o distrito (Sotelo, 2009). Además, al tratarse de recursos de libre disponibilidad, éstos pueden ser utilizados en otras finalidades y no solo para financiar el gasto municipal de salud.

Dados los criterios distribuidores de la coparticipación, el componente por salud es el único parámetro sobre el cual los municipios pueden operar en el corto plazo para obtener incrementos en la captación de recursos coparticipables. El criterio de población solo puede ser alterado cada diez años al realizarse un nuevo censo. Tampoco puede modificarse el parámetro de superficie, a excepción de la unión o división de municipios. El criterio distribuidor de «inversa en la capacidad tributaria» tampoco permite su

modificación, pues la capacidad contributiva localizada en un distrito tiende a persistir en el tiempo. De todo ello resulta que, para poder incrementar interanualmente la captación de recursos coparticipables, los municipios deben desarrollar estrategias para producir cambios en el componente salud y, dado que éste se basa en indicadores de oferta, el resultado será una “inflación” del producido en salud en un contexto administrativo de gran dificultad para auditar y fiscalizar la información<sup>2</sup>.

Si un municipio dispone de un efector de alta complejidad, optará por aumentar el número de camas ocupadas independientemente de que sean de menor complejidad, pues serán remuneradas como de máxima complejidad. Ello consolida incentivos favorables a un modelo de atención más curativo que preventivo, que mantiene la centralidad del hospital y la internación en detrimento de una estrategia de atención primaria. Se generan incentivos para expandir el número de las camas crónicas, aquellas que están ocupadas al 100% todo el año (por ejemplo, las geriátricas o asilares). Dado que estas camas serán consideradas por el nivel de mayor complejidad que posee cada municipio, será suficiente la existencia de un establecimiento de alta complejidad en un municipio para que se produzca un efecto multiplicador muy significativo en la captación de recursos financieros por coparticipación (Del Prete y Alvaro, 2010). Este esquema de incentivos favorece estructuralmente al interior bonaerense, donde existe un mayor número de hospitales de jurisdicción municipal, frente al conurbano, donde prevalecen los establecimientos provinciales y no todos los municipios tienen hospitales.

Además, las imprecisiones legales que impidieron deslindar claramente entre camas asilares y camas sanitarias facilitaron el recurso a la estrategia señalada y se favoreció a los municipios con hogares geriátricos propios. De nuevo, aquí el interior bonaerense estaría en mejores condiciones para disputar recursos sobre la base de la asimilación de camas asilares como si fueran de salud. Sobre el total de un 17% de camas asilares respecto de todas las camas municipales, alrededor del 90% de ellas se encontraba en el interior provincial (Barbieri, 2007).

El impacto de todas estas distorsiones implica una distribución de los recursos coparticipables que discrimina en general contra los municipios del conurbano y también contra las ciudades del interior provincial. Desde el punto de vista de la relación entre población y captación de recursos

---

<sup>2</sup> La propensión al “dibujo creativo” del sobreregistro se manifiesta en el cómputo de las consultas. El estándar de cantidad de consultas es 3 consultas/cápita por año. Según una ex funcionaria del Ministerio de Salud provincial entre 1994 y 2002, de su experiencia en la gestión recuerda que algunos municipios llegaron a registrar hasta 13 consultas/cápita. Con el caso extremo de uno que llegó a registrar 20 consultas/cápita (Entrevista 7).

coparticipables, podemos definir tres agrupamientos de municipios. *Los municipios del conurbano*, que son 24 en total y representan el 63% de la población provincial; sin embargo, captan solo el 47% de los recursos coparticipados por la provincia. Otro agrupamiento está constituido por las *ciudades del interior bonaerense*, que son 13 en total y se caracterizan por tener más de 100.000 habitantes. Ellas representan el 19% de la población de la provincia y capturan el 15% de los recursos de la coparticipación. Las principales son Mar del Plata, Bahía Blanca y La Plata. Finalmente, tenemos a los *municipios rurales*, los cuales son 98 en total y representan al 18% de la población y reciben el 38% de la masa coparticipable (López Accotto et al., 2013). Si observamos la distribución de la coparticipación por salud de acuerdo a la población que solo tiene cobertura pública de salud y por tipo de municipio, y consideramos datos a pesos corrientes de 2009 —el último año del que se dispone información de este indicador— resulta notoria la desigualdad a favor de los municipios rurales de la provincia. Mientras los municipios del conurbano recibían 190 por habitante y las ciudades del interior recibían 239, los municipios rurales obtenían 905 (López Accotto et al., 2013).

De acuerdo a datos más recientes, las tendencias descriptas se mantienen inalterables. Los datos sobre las transferencias por habitante a municipios por parte de la provincia en 2019 vuelven a mostrar entre los más beneficiados a municipios rurales con escasa población. Por ejemplo, Pila, General Guido, Tordillo, Púan y General Lamadrid, con una población de entre dos mil y quince mil habitantes, fueron los más beneficiados y recibieron entre 40.000 y 50.000 pesos per cápita. Mientras que el municipio más poblado de la provincia y ubicado en el conurbano, La Matanza, recibió alrededor de 4000 pesos per cápita en el año 2019, ubicándose bastante por debajo incluso del promedio provincial que fue de alrededor de 7000 pesos per cápita anual. En la lista de los menos beneficiados por la coparticipación, lo siguen otros cuatro municipios integrantes de la Región Metropolitana de Buenos Aires (conurbano ampliado): Tres de Febrero, Ezeiza, Ituzaingó y General Rodríguez, que obtuvieron ingresos en un rango que va de los 4050 y los 4195 pesos anuales por habitante. Las ciudades grandes de la provincia completan el universo de los más discriminados por el esquema coparticipable. En 2019, Mar del Plata recibió 4488, La Plata, 5112 y Bahía Blanca, 5413 pesos por habitante (López Accotto et al., 2020).

Los datos recientes confirman la vigencia de los incentivos que ha generado el esquema coparticipable en dirección a desarrollar una oferta sanitaria de mayor complejidad dentro de cada municipio y que tiende a desarticular una lógica más integrada del sistema de salud provincial. Así

puede observarse en tres municipios del conurbano que han seguido esta estrategia, como Vicente López, San Isidro y Malvinas Argentinas, que recibieron transferencias en 2019 entre el doble y el triple por habitante que lo que percibieron otros municipios de la misma región (López Accotto et al., 2020).

### **El origen político-institucional del sistema de coparticipación municipal actual y su impacto en la política de salud**

El sistema de coparticipación municipal actualmente vigente en la provincia de Buenos Aires fue consagrado legislativamente entre los años 1987 y 1989, esencialmente en la Ley 10.559 del año 87 y sus modificatorias en los dos años posteriores. Pero para comprender aspectos importantes del sistema de coparticipación definitivamente institucionalizado en esos años, tal como la incorporación de un régimen de salud, debe considerarse la trayectoria de política disparada por decretos previos, que ya tenían varios años de vigencia. Ellos son, en primer lugar, el Decreto 9.347/79, que asignaba financiamiento para compensar a los municipios que habían recibido servicios de salud y de acción social en los años previos. En segundo lugar, el Decreto Ley 9478 de 1980, que creó un nuevo sistema de coparticipación impositiva y que introdujo un distribuidor referido a salud, estableciendo una transferencia del 7% para los municipios con hospitales propios.

Ambos decretos significaron un corte histórico en los criterios coparticipables (Barbieri, 2007), pues se introducía por primera vez un componente de política sectorial, específicamente referido a los servicios de salud. Desde entonces se daría la imbricación entre la coparticipación y aspectos centrales de la política de salud mediante los incentivos que la lógica de la asignación de los recursos coparticipables tiende a generar. El Decreto 9.347/79 representaba básicamente una respuesta pragmática al problema coyuntural ocasionado por la transferencia de los hospitales, a lo que se sumaría al año siguiente (Decreto 9.478/80) la transferencia por los hospitales que ya previamente eran municipales. Al incorporarse a la fórmula indicadores de salud que consistían exclusivamente en hospital/recurso cama<sup>3</sup> se introdujo un sesgo a favor de los municipios del interior de la provincia (sobre todo rurales y semirurales), que son los que suelen tener hospital propio, en detrimento del conurbano. Ambos decretos contribuyeron a

---

<sup>3</sup> El Decreto 9.478/80 establecía como ponderador el número de camas ocupadas según nivel de complejidad.

disparar un sendero de política que acotó progresivamente el rango de las alternativas futuras.

Una vez restablecida la democracia en 1983, y al momento de legislar nuevamente sobre la coparticipación (1987-89), los municipios del interior de la provincia encontrarían la oportunidad de institucionalizar definitivamente el componente de salud de la coparticipación. Como se verá, también la lógica del juego democrático obligó a introducir modificaciones a la primera formulación del régimen de salud, que atenuarían los desincentivos más fuertes para desarrollar una estrategia de atención primaria en salud y los sesgos inequitativos en detrimento del conurbano; sin embargo, esos cambios acotados no alteraron en lo esencial una lógica que otorga centralidad al hospital y a la mayor complejidad.

### *El mapa político post 83 y su impacto sobre la coparticipación*

El contundente triunfo de Alfonsín en las elecciones de 1983 se reflejó claramente en el mapa político provincial. Además de obtener la gobernación, el radicalismo tendría la mayoría en ambas cámaras de la Legislatura hasta 1989. Si bien en 1983 el radicalismo ganó en casi todas las secciones electorales provinciales, fue en los municipios del interior bonaerense donde obtuvo su mayor ventaja electoral (Ollier, 2010). No obstante, la mayor novedad del importante triunfo radical fue la obtención de nueve intendencias en el conurbano sobre las diecinueve que lo conformaban en aquel entonces (Morón, San Martín, Tres de Febrero, Vicente López, San Isidro, Tigre, Avellaneda, Quilmes y Esteban Echeverría). Sin embargo, este resultado, que hubiera podido contribuir a un debate interno más equilibrado dentro del radicalismo respecto de la relación entre conurbano e interior provincial, se probó como producto de una coyuntura excepcional: en las elecciones de 1987, el radicalismo solo lograría conservar tres de los nueve municipios (Avellaneda, San Isidro y Vicente López) (Tereschuk y Morales, 2017). Quedaba confirmado que el arraigo electoral fundamental del radicalismo estaba en el interior provincial y, en los debates sobre la coparticipación, el partido reflejaría antes que nada los intereses de los municipios del interior bonaerense.

Pero no solamente la dinámica política configurarían un mapa político poco favorable a una reforma del sistema de coparticipación tendiente a lograr una mayor equidad entre conurbano e interior provincial. Los municipios del interior se benefician especialmente de cómo la estructura institucional provincial distribuye los puntos de veto para oponerse a cambios

que consideren desfavorables. La sobrerrepresentación electoral de los municipios del interior bonaerense, especialmente los rurales, vuelve altamente improbable reunir la mayoría necesaria para aprobar la reforma de la coparticipación, pues dichos municipios son los que más se benefician del actual régimen.

La pervivencia de secciones electorales diseñadas previamente a los movimientos de población hacia el anillo urbano que rodea la ciudad de Buenos Aires explica la sobrerrepresentación de los distritos rurales (Escolar et al., 2004). Esta situación perjudica claramente al conurbano, cuyas dos secciones electorales (primera y tercera) concentran dos tercios de la población provincial y sin embargo solo tienen el 35% de las bancas de la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Las secciones con mayor sobrerrepresentación electoral son la cuarta y la séptima, ambas compuestas por municipios rurales. Mientras que la sobrerrepresentación disminuye en aquellas secciones electorales del interior con presencia de ciudades importantes, como Mar del Plata (quinta sección) y Bahía Blanca (sexta sección) (Escolar et al., 2004). Es decir que el mapa político parlamentario resultante de la desproporcionalidad geográfica implica una distribución del poder en detrimento del conurbano y, en menor medida, de las grandes ciudades del interior bonaerense; siendo ambas áreas las más perjudicadas por el régimen de salud de la coparticipación municipal y las que más se beneficiarían de una reforma dirigida a modificar los actuales incentivos.

La persistencia de un diseño electoral anacrónico, que sitúa a la Legislatura como punto de veto insalvable en favor del interior bonaerense, junto a la heterogeneidad estructural característica de la provincia, generan también una lógica de los alineamientos más basada en el clivaje territorial entre municipios que en uno de tipo partidario. Al menos en las políticas en que la disputa de recursos fiscales está en primer plano, la dinámica de las negociaciones políticas se construye en gran medida en una línea directa entre los municipios y la gobernación. Los legisladores se alinean por la pertenencia distrital antes que partidaria. Un ex diputado provincial por el radicalismo, que participó en la elaboración de las leyes sobre coparticipación, retrata esa lógica del siguiente modo:

“Siempre se dio un corte entre municipios. Es histórico. La provincia siempre se dividió en dos provincias. En ninguna de las dos cámaras se elige por número de habitantes. El número se da por la ley. Tendría que cambiarse la ley electoral, pero ahí no hay partidos políticos, hay regiones. Desde que yo entré en la cámara

en 1983, esa discusión estuvo siempre y es insalvable. No hay una cosa proporcional. Hay una desproporción muy fuerte a favor del interior. Los diputados se alinean por eso en las necesidades del distrito. Independiente del partido están los intereses del distrito, porque si no uno después no puede volver al distrito” (Entrevista 8).

La lógica descripta se manifestó en la elaboración de las leyes sobre coparticipación en los años 1987-89. El predominio de la negociación directa entre intendentes y gobernador dio escaso margen al debate parlamentario. Menos aún para incluir consideraciones ideológicas acerca de, por ejemplo, cómo la coparticipación podía, al incluir un componente con parámetros de salud, generar incentivos favorables o desfavorables a un determinado diseño del sistema sanitario. De nuevo, el ex diputado citado anteriormente pone esta lógica en blanco sobre negro:

“El debate fundamentalmente lo tuvieron los intendentes. Ellos fueron los que cierran la negociación. Nosotros articulamos el acuerdo que ellos hicieron. En cierto modo, no fue un debate parlamentario. Como pasaría también si se discutiera la coparticipación nacional. Participarían los gobernadores y no los legisladores. Porque no son leyes generales sino que tienen que ver con intereses locales. En estas leyes no hay tanta discusión ideológica como de plata. El argumento puede ser cualquiera mientras te den la plata. Lo que sí tengo conciencia es que en el Conurbano en ese momento había fuerte predominio peronista. En el interior el radicalismo tenía mucho más, como lo sigue teniendo hoy” (Entrevista 8).

En octubre de 1987 se aprobó la Ley 10.559. Esta ley tuvo como uno de sus propósitos principales, además de elevar el coeficiente de distribución primaria a 14,14%, unificar los dos regímenes relacionados a parámetros de salud entonces vigentes, estableciendo en 35% el porcentaje de este componente sobre la masa total de los recursos coparticipables. Esta nueva ley institucionalizó definitivamente en democracia la incorporación de un “componente de salud” dentro de la coparticipación en favor de los municipios con establecimientos sanitarios, ratificando el criterio de asignación de política sectorial establecido por los decretos vigentes desde 1979 y 1980.

Durante el tratamiento del proyecto en la Cámara de Diputados provincial, se deslizaría un error conceptual “fundacional” que se volvería persistente entre actores políticos involucrados en la cuestión de la

coparticipación y su posible reforma. Al referirse al aumento del porcentaje de la masa coparticipable destinado a los municipios con establecimientos sanitarios, el diputado oficialista encargado de la defensa del proyecto de ley sostuvo que “el sentido de priorizar la salud es, evidentemente, altamente plausible” (Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados, Provincia de Buenos Aires, 15 octubre de 1987, fojas 1359-62). De lo cual se desprende que se percibía como un mérito de la nueva ley la supuesta intención de fortalecer directamente el gasto en salud por parte de los municipios, como si la coparticipación transfiriera recursos de asignación específica y no de libre disponibilidad. La coparticipación financia a los municipios y no a la salud, por lo tanto, lo que se estaba definiendo eran coeficientes para asignar recursos de libre disponibilidad. Este error conceptual es uno de los elementos que organiza el mapa cognitivo de los actores políticos respecto a la cuestión de la coparticipación municipal, aun de aquellos que son críticos del actual esquema, y con el tiempo ha servido para restar apoyo a ciertas alternativas de reforma; por ejemplo, una estrategia de reforma global del sistema de coparticipación que suprima el componente de salud, pues se presume que de darse una reforma de este tipo se “desfinanciaría la salud”, como si fuera una asignación específica (Entrevistas 4 y 6).

Con el triunfo electoral del peronismo en 1987 y la llegada a la gobernación de Antonio Cafiero se reconfiguró el mapa político-institucional de un modo más receptivo a las demandas de los municipios del conurbano, aunque el radicalismo siguió reteniendo la mayoría en las cámaras hasta 1989. La Ley 10.559 no solo había institucionalizado la existencia de un régimen de salud dentro de la coparticipación, también había otorgado centralidad excluyente al indicador hospital/cama como parámetro de distribución, fortaleciendo el sesgo favorable a los municipios que disponían de establecimientos con internación propios.

En diciembre de 1988 se aprueba la Ley 10.572, que incrementó la distribución primaria a 16,14% y que llevó el porcentaje correspondiente al régimen de salud a un 37%. Además, la misma ley creó una comisión especial integrada por los ministerios de Economía, Gobierno y Salud para que definiera las variables y ponderadores que integrarían el régimen de salud de la coparticipación, aunque ratificó la permanencia de los indicadores de oferta (producción, nivel de complejidad y establecimientos sanitarios). Si bien este último señalamiento de la ley acotaba el rango de las alternativas a considerar por la comisión, conteniéndolas en el cauce abierto por los criterios ya establecidos, se abriría un cierto margen para una perspectiva que trataría de conciliar con demandas de los municipios del conurbano e incorporar de ese modo elementos de un enfoque de atención primaria en salud.

Un ex funcionario del área de Planeamiento del Ministerio de Salud provincial, que participó de las discusiones de la comisión, alude a la dinámica política que promovió el intento de readecuación de los parámetros del régimen de salud, y también reconoce los límites de lo logrado:

“En las discusiones en la comisión se notaba esa división entre municipios, había presiones de ambos lados. Del conurbano venía de los intendentes peronistas; y la resistencia a que se (modificaran parámetros) que les quitara recursos, era de los radicales. La presión política del conurbano fue importante, pero no fue suficiente para corregir el desequilibrio existente. Soy consciente que la nueva fórmula mantuvo la centralidad de la estructura hospitalaria, pero nosotros logramos un cambio positivo, pero no logramos todo, porque vaya a discutir con los legisladores, y así fue que no lo pudieron hacer más” (Entrevista 9).

La propuesta elaborada por la comisión especial fue aprobada como anexo de la Ley 10.820, en octubre de 1989. Respecto a lo existente hasta ese momento, en que solo se consideraba el recurso cama como distribuidor, la nueva ley implicaba una modificación, al incorporar como indicadores de salud las consultas ambulatorias y los establecimientos sanitarios sin internación. Pero la ponderación que se les daba a estas variables (25% y 10% respectivamente) implicaba que, de toda la masa coparticipable por salud, solo un 35% contemplaría funciones de atención primaria y contribuiría a una compensación algo menos desfavorable para el conurbano, en cuya oferta sanitaria predominaban los centros de salud y en menor medida los hospitales municipales.

Esta última ley cerró el ciclo legislativo que regula la coparticipación hasta la actualidad. Además, junto con la Resolución del Ministerio de Economía 198/89, configurarían el marco normativo completo de los criterios coparticipables respecto del componente de salud. Si bien esta última resolución persiguió un propósito de simplificación para el cálculo correspondiente a la variable cama (Entrevista 5), contribuyó a agravar los incentivos más distorsivos, al establecer que el total de camas de un municipio se computarían por el nivel de complejidad del establecimiento de mayor nivel.

Una vez reconocido el limitado alcance del cambio en la fórmula coparticipable, cabe igualmente preguntarse qué factor pudo abrir la ventana de oportunidad que lo hizo posible, considerando que desde entonces ha sido imposible articular un acuerdo político para una reforma total o parcial de la coparticipación. ¿Por qué en esa oportunidad los municipios del interior

bonaerense aceptaron conceder algo y no se resguardaron políticamente en su poder de veto institucionalizado en la Legislatura? Es probable que la oportunidad para un cambio estuviera dada por el contexto político del acuerdo interpartidario peronista-radical, dirigido a promover una reforma de la constitución provincial —finalmente frustrada en 1990—<sup>4</sup>. La intención reformadora de la constitución provincial había estado presente desde 1983. Primero, asumida por el oficialismo radical hasta 1987 y, luego, levantada como necesidad por el gobernador Cafiero desde su asunción; intención que sería ratificada por éste en el discurso de apertura de sesiones en mayo de 1989 (Pozzoni y Suárez, 2017). Una de las innovaciones institucionales más importantes que incorporaba el proyecto de reforma constitucional era el fortalecimiento de la autonomía municipal, tanto en la esfera institucional, política, económico-financiera, tributaria y administrativa, con la posibilidad de que los municipios pudieran dictar su propia carta orgánica (Sabsay y Saba, 1991).

El fortalecimiento de la autonomía municipal había sido una reivindicación constante del radicalismo desde 1983 y, hacia fines de la década, el partido aún controlaba un alto número de intendencias provinciales, fundamentalmente en el interior<sup>5</sup>. Para los municipios del interior bonaerense y, por ende, para el radicalismo provincial, podía resultar una opción atractiva conceder limitadamente sobre criterios para la asignación de los recursos coparticipables, cuando a futuro ganarían significativamente en competencias. Más aún en presencia de un nuevo ciclo político en el que ya no parecía probable volver a alinear gobierno nacional, provincial e intendencias de un mismo signo radical: en 1987 se había perdido el gobierno provincial y en 1989 se asistía a la crisis final del gobierno nacional de Alfonsín. Este *quid pro quo* habría permitido desplegar la lógica de un “juego anidado” (Tsebelis, 1990) entre arenas interrelacionadas por la coyuntura, donde las jugadas en el tablero de las negociaciones para la reforma constitucional podían ameritar concesiones en el juego de la coparticipación.

El resultado del juego permitió un cambio en la continuidad. La ley de 1989 incluyó algunos incentivos favorables a la estrategia de atención primaria en salud, pero sin alterar globalmente un mismo patrón distribuidor. La propuesta de la comisión especial había conservado un componente por salud en el que seguía manteniendo centralidad el hospital/cama/complejidad. Además, el mantenimiento de indicadores de oferta evitaba la

---

<sup>4</sup> El proyecto de reforma constitucional fue rechazado en un plebiscito realizado el 4 de agosto de 1990.

<sup>5</sup> Con el triunfo electoral de 1983, el radicalismo había alcanzado el control del 75% de los municipios bonaerenses y, aun después de la derrota de 1987, alrededor del 50% de los municipios seguían en manos de intendentes radicales (Rotman y Varetto, 2017).

consideración de criterios fundados en necesidades de salud derivadas de las distintas condiciones socioeconómicas de cada distrito, como indicadores de necesidades básicas insatisfechas o demanda potencial de cobertura (población municipal con solo cobertura pública). Los intendentes del interior bonaerense fueron reacios a considerar como distribuidores a indicadores como el de necesidades básicas insatisfechas, pues entendían que dado el índice más alto que el conurbano presenta en necesidades básicas insatisfechas (NBI) se desequilibraría la coparticipación en detrimento del interior bonaerense (Entrevista 8).

La fórmula coparticipable, al incluir un componente por salud, compuesto por indicadores de oferta con centralidad del hospital (camas más complejidad), representa una solución subóptima, tanto en términos de eficiencia asignativa como de equidad, cuya persistencia se explica por una dinámica de “rendimientos crecientes” favorable a determinados actores (Pierson, 2000). Una explicación en términos de *path dependence* puede servir para comprender la prolongada inercia de este arreglo institucional. Las características del mecanismo de dependencia de la trayectoria, tal como son sintetizados por la literatura ya citada, resultan evidentemente aplicables. La existencia de un *punto de ruptura inicial*, representado por los decretos de 1979 y 1980, sentaron las bases de un componente por salud de la coparticipación, que estableció la centralidad del hospital y el ponderador de camas por nivel de complejidad.

La respuesta coyuntural y pragmática, que consistía en introducir un método de reparto en base a indicadores de política sectorial, *no encontraba fundamento en ninguna teoría* consistente. La estrategia de retribuir una función o actividad con indicadores parciales de esa actividad contraviene principios sostenidos por la teoría de las finanzas públicas (Entrevista 7). Además, repartir recursos mediante asignación automática y de libre disponibilidad, atándolos a criterios de política sectorial podría colocar al método de reparto coparticipable en una dinámica de cambiantes priorizaciones de nuevas políticas que irrumpen como necesarias. El carácter *contingente* del establecimiento de un componente por salud dentro de la coparticipación, en el sentido de que fue una respuesta entre otras posibles, se hace evidente en el hecho de que Buenos Aires es la única provincia que mantiene ese mecanismo para distribuir recursos coparticipables.

La restauración democrática de 1983 podría haber representado un cambio a nivel de régimen político que produjera las condiciones para impactar sobre el arreglo institucional de la coparticipación entonces vigente y quebrara, de este modo, la dependencia de la trayectoria disparada desde los decretos de fines de los setenta. Sin embargo, en la provincia de Buenos

Aires, la transición democrática haría converger sobre la dinámica política de la coparticipación la incidencia de otro factor históricamente contingente, pero con fuerte gravitación en los equilibrios político-institucionales de la provincia: la sobrerrepresentación electoral de los municipios del interior bonaerense. Todo ello resultaría en otro fuerte factor de *path dependence*, reforzando la dinámica de “rendimientos crecientes”, pues elevaría aún más los costos políticos de intentar un cambio de los criterios fundamentales que caracterizan al régimen de coparticipación municipal. Por otra parte, tiende a confirmarse lo que sostienen los argumentos en términos de *path dependence*, en cuanto a que los factores que están en el origen de un arreglo institucional no necesariamente son los mismos que explican su persistencia.

Sin embargo, si bien el cambio en el entorno político-institucional representado por la transición democrática no produjo las condiciones para un *shock* exógeno que indujera un cambio global del sistema de la coparticipación municipal, al modo en que los enfoques de “equilibrio interrumpido” conciben el cambio institucional, sí fue capaz de promover una “innovación limitada”; es decir, un cambio canalizado a través de elementos de continuidad (Weir, 1992), que mantuvo la vigencia de un componente de salud, pero introdujo algunos cambios más favorables a la concepción alternativa de la atención primaria.

### **La política de la *reforma imposible*.**

En este apartado mostraré los mecanismos de reproducción del arreglo institucional de la coparticipación municipal bonaerense, considerando cómo se manifiesta la dependencia de la trayectoria en las distintas arenas institucionales y en la lógica de acción de los actores políticos. Un recorrido por el mapa político-institucional y cognitivo de los mecanismos de reproducción será el primer paso para luego considerar, en las reflexiones finales, cómo puede cambiar el sistema de coparticipación.

Por comenzar señalemos la escasa interacción efectiva entre políticos y técnicos en el ámbito de esta política, quizás como resultado inevitable de una solución subóptima que difícilmente pueda someterse al escrutinio de los criterios de eficiencia o de equidad. Como ya fue dicho, en el ámbito de los especialistas existe un amplio consenso respecto de los problemas e inequidades generados por el sistema de coparticipación municipal de la provincia de Buenos Aires, y se coincide en la necesidad de una reforma de la coparticipación. Las propuestas han abarcado desde formulaciones más radicales, en cuanto a reformular todo el régimen de coparticipación

municipal sin incluir un criterio distribuidor por salud, o limitarse a una reformulación del componente de salud, tratando de establecer incentivos que recompensen sobre todo el desarrollo de la atención primaria en salud. Sin embargo, el consenso de los expertos no ha logrado proyectar efectivamente su visión sobre la política pública.

Immergut (1992) enfatiza que las chances de éxito para una reforma de política pública dependerán de cómo la estructura institucional distribuye los puntos de veto. Si la estructura institucional fortalece la arena política centrada en el Poder Ejecutivo, aumentarán las chances de que un proyecto sea aprobado. Si el Poder Ejecutivo no dispone de una mayoría parlamentaria estable o la disciplina partidaria es débil, entonces el parlamento emergerá como un punto de veto. Como han observado Bertranou et al. (2016), en los procesos de toma de decisiones y de formulación de políticas públicas, la legislatura bonaerense adquiere una gravitación significativa y limita la capacidad de acción del Poder Ejecutivo. La representación legislativa se caracteriza por la sobrerrepresentación de los municipios del interior bonaerense, donde, a diferencia del conurbano, el radicalismo ha mantenido un peso electoral significativo. Si algo ilustra emblemáticamente este aspecto es la “reforma imposible” de la coparticipación municipal. En la legislatura provincial está localizado el principal punto de veto disponible para los municipios que más se benefician de la coparticipación.

Tampoco parece viable un acuerdo entre los principales partidos para impulsar una reforma, ni parece éste un mecanismo idóneo para promoverla. Por un lado, el radicalismo ha tenido poca presencia en el conurbano al mismo tiempo que controla un número considerable de municipios en el interior provincial. Por otro lado, los municipios peronistas, junto con los legisladores a ellos vinculados, han tendido a alinearse, en general, por el clivaje conurbano-interior provincial, y ni siquiera parece probable un consenso intrapartidario sobre el tema. Incluso, la persistencia de los incentivos institucionalizados por el régimen de coparticipación ha promovido que también municipios del conurbano, algunos de los cuales son de origen peronista, comiencen a desarrollar estrategias que buscan aprovecharlos, tendiendo a desarticularse de una lógica integrada del sistema de salud provincial. Aun la irrupción de terceras fuerzas, como desde 2015 parece suceder con el partido PRO, tampoco podrían escapar a una polarización interna en torno al mismo clivaje, si dicho partido alcanza el control de municipios tanto en el conurbano como en el interior provincial. Por último, Ollier (2010) ha observado que la reproducción político-electoral de los intendentes bonaerenses depende escasamente del factor de la pertenencia partidaria, con lo cual la disciplina partidaria no parece ser un mecanismo disponible para alinear preferencias de los intendentes

bonaerenses respecto de cuestiones como la coparticipación y sobre los incentivos que ésta genera para la política de salud. La excepción de 1989, en que el paraguas del acuerdo interpartidario sobre un proyecto de reforma constitucional viabilizó un cambio limitado de la fórmula coparticipable, fue posible porque los municipios del interior podían obtener una compensación institucional y administrativa a futuro y el radicalismo como partido podía alinearse en esa posición.

El bloqueo de la arena parlamentaria podría ser relativamente compensado con una reforma parcial realizada desde la propia arena del ejecutivo. Ello sería posible mediante la modificación de la Resolución 198/89 del Ministerio de Economía provincial, que fuera la que introdujo los incentivos más distorsivos. También se podría establecer mediante normas administrativas una regulación más adecuada de la categorización de los hospitales, introduciendo un control más estricto de los mecanismos que permiten acreditar los niveles de complejidad. Pero el recurso a esta estrategia no alcanzaría para cambiar las normas que establecieron el marco general de incentivos, que fuera introducido por las Leyes 10.559, de 1987, 10.752, de 1988 y 10.820, de 1989, las cuales regularon sucesivamente el régimen de salud de la coparticipación. Para ello sería necesaria una nueva legislación aprobada por la legislatura bonaerense.

Otra estrategia de desbloqueo podría ser trasladar un proyecto de reforma a la arena electoral, sometiéndolo a consulta popular. En este caso, prevalecería el mayor caudal electoral del conurbano, bajo el supuesto —seguramente discutible— de que una reforma de la coparticipación pueda debatirse y dirimirse adecuadamente en los términos de un plebiscito. La Constitución provincial introduce en su artículo 67 el mecanismo de la consulta popular, pudiendo ser convocada tanto por el Poder Ejecutivo como por el Poder Legislativo. Pero, para que sea vinculante, debe ser convocada por el Legislativo, volviendo a operar nuevamente el poder de veto de los municipios del interior:

La *política de la reforma imposible* impone un cálculo de reacción anticipada en actores interesados en promover una reforma de la coparticipación, lo que lleva a descartar la viabilidad política de acciones concretas en ese sentido. Como testimonian ex funcionarios del Ministerio de Salud provincial durante los años noventa, ya desde esa época se propusieron reformas de la fórmula coparticipable que, sin embargo, no podían superar las resistencias dentro del propio gabinete: los ministerios de Economía y de Gobierno se posicionaban en contra de las iniciativas de Salud (Entrevistas 5 y 7). Según una ex funcionaria: “no querían asumir los costos (políticos) de la redistribución de recursos al conurbano” (Entrevista 7).

Durante la gestión ministerial provincial que culminó en diciembre de 2015, también se consideraron entre funcionarios de Salud algunas ideas para una eventual reforma del régimen de salud (Entrevistas 1 y 2). Sin embargo, no se elaboró ni se envió a la Legislatura ningún proyecto. Incluso, tampoco se dio apoyo político desde el Poder Ejecutivo a proyectos de reforma de la coparticipación surgidos de la propia fuerza oficialista en la Legislatura. Uno de ellos fue presentado en abril de 2014 y se proponía una reformulación global del sistema de coparticipación<sup>6</sup>. Meses después, también se daría entrada a comisiones a un proyecto dirigido a la modificación de la coparticipación, pero solamente en los criterios concernientes al componente salud<sup>7</sup>. En este último caso, la gestión del Ministerio de Salud había apoyado inicialmente la idea de modificar el componente de salud de la coparticipación municipal, pero finalmente se inclinó por considerar políticamente inviable promover una reforma de ese tipo, pues se descontaba el veto de los municipios del interior bonaerense. Esta reticencia fue lo que llevó a algunos diputados del bloque oficialista a presentarlo como iniciativa parlamentaria (Entrevista 3). Como era esperable, ninguno de los dos proyectos prosperó en el tratamiento de las comisiones, pues no lograron el apoyo mayoritario del propio bloque oficialista ante la resistencia de los diputados del interior de la provincia.

Como último capítulo de esta saga de reiteradas pero frustradas iniciativas de cambio legislativo, vale recordar lo sucedido en la gestión provincial iniciada en 2015: los lineamientos de un proyecto de reforma de la coparticipación en el que trabajaba el Ministerio de Economía provincial terminaron “cajoneados” ante la presión ejercida por el propio vicegobernador, un político radical proveniente del interior provincial y que actuaría en la ocasión como una suerte de vocero de los municipios de esa región (Entrevista 7).

El cálculo sobre los posibles costos coalicionales de plantear un conflicto con los municipios del interior bonaerense evitó incluso avanzar en los aspectos que son competencia del Poder Ejecutivo provincial, como la modificación de resoluciones y normas administrativas. Así se demuestra con la persistencia de la resolución ministerial 189/89, que, aunque es conceptualmente indefendible, se sostiene en ese cálculo de reacción anticipada. Este mecanismo constituye un fuerte factor de *path dependence* y muestra la perduración de un arreglo institucional sustentado en lo que se ha llamado la “segunda dimensión” del poder (Barach y Baratz, 1970; Lukes,

<sup>6</sup> Proyecto de ley D-431/14-15. Régimen de coparticipación municipal de recursos. Fecha de estado parlamentario: 9/4/2014. Autor: Marcelo Saín. Coautor: Adrián Grana.

<sup>7</sup> Proyecto de ley D-2967/14-15-0 Modificando artículos de la Ley 10820, Régimen de coparticipación a los municipios. Fecha de estado parlamentario: 21/10/2014. Autora: Viviana Nocito. Coautora: María del Carmen Pan Rivas.

1985); es decir, una asimetría de poder —en este caso, institucionalizada— que tiende a descartar como inviables ciertas alternativas por descontarse el veto de determinados actores, así como promueve un sesgo de “control de agenda” legislativa ante la posibilidad, por ejemplo, de dividir a la coalición propia (Pierson, 2015: 129).

Finalmente, cabe considerar en este apartado otro mecanismo de refuerzo del arreglo institucional: el *mapa cognitivo* que orienta a los actores políticos involucrados en la cuestión. Como señalé anteriormente, un sistema de coparticipación transfiere recursos que son de libre disponibilidad y que podrán ser gastados en lo que cada jurisdicción decida autónomamente. Sin embargo, la percepción que tiende a prevalecer entre los actores es que los recursos que se obtienen por el componente de salud de la coparticipación serían de asignación específica y deberían aplicarse al financiamiento de la salud. Cabe aclarar que no es ésta una percepción puramente equívoca, sino que deriva en última instancia de los incentivos introducidos por la coparticipación. Pues, como ha sido demostrado, existe una relación directa entre lo que los municipios reciben por salud y lo que gastan en salud (Barbieri y otros, 1997), y ello resulta de un círculo vicioso derivado de los indicadores de oferta sanitaria que retribuye la fórmula coparticipable. Por lo tanto, cuanto más “producido en salud” se haga, más recursos se obtendrán, y cuanto menos se haga en salud, menos se recibirá.

El resultado de esa percepción predominante entre los actores ha contribuido, por un lado, a rechazar una reforma de la coparticipación que suprima al componente de salud, pues se supone que ello la desfinanciará y, por otro, ha servido para dificultar la articulación de una alianza política entre los municipios del conurbano y las ciudades del interior bonaerense (más de 100.000 habitantes), que son los distritos desfavorecidos por la coparticipación. En efecto, la creencia en que lo obtenido por el componente de salud de la coparticipación es una asignación específica para financiar la función sanitaria ha llevado a que algunas ciudades, donde se da una fuerte presencia de oferta hospitalaria provincial, operen bajo el supuesto de que esa función ya está cubierta por esa oferta y descuiden el desarrollo de la propia oferta municipal<sup>8</sup>. La idea subyacente es que la función salud ya está

<sup>8</sup> Ejemplos paradigmáticos de esta situación son las ciudades de Mar del Plata y La Plata, donde hay importantes hospitales de jurisdicción provincial. En el caso del municipio de La Plata, se observa la presencia de nueve hospitales provinciales y, simultáneamente, no se caracteriza por el fortalecimiento de la oferta sanitaria propia ni por una gestión eficiente en el aprovechamiento de los incentivos que ofrece el régimen de salud de la coparticipación, al punto de subregistrar las consultas. Por ejemplo, en 2019, La Plata, un municipio con alrededor de 800.000 habitantes, solo registró 560.000 consultas (Entrevista 7).

resuelta por la oferta provincial y, bajo el supuesto de que lo obtenido por el componente de salud de la coparticipación es asignación específica, no es necesario disputar ese financiamiento. El resultado de esta lógica es la ausencia de una coalición política entre el conurbano y las grandes ciudades de la provincia de Buenos Aires sobre la cuestión de la coparticipación, que podría generar una relación de fuerzas más favorable para una posible reforma.

### **Reflexiones finales (en tributo al optimismo de la voluntad).**

La explicación en términos de “retornos crecientes” no alcanza para contar toda la historia, pues los perdedores de determinado arreglo institucional no quedan definitivamente desplazados del juego (Thelen, 1999) y buscarán en sucesivos *rounds* promover nuevas impugnaciones al *statu quo*. Ello explica porque en política “los retornos crecientes no necesariamente resultan en un equilibrio irreversiblemente bloqueado” (Thelen, 1999: 386). A lo largo del artículo, se ha aludido a la crítica y al rechazo mayoritario del actual régimen de coparticipación por parte de los municipios del conurbano, los principales perjudicados por la distribución de los recursos coparticipables. En el cambio limitado que representó la ley de 1989 se aludió al despliegue de poderes de presión por parte de estos municipios. Con posterioridad, los intentos de introducir nuevos lineamientos que, aunque finalmente frustrados, no dejan de reiterarse regularmente durante distintas gestiones políticas. Además, esos intentos fundamentalmente promovidos por funcionarios de perfil más técnico expresan también un conocimiento experto, tanto fiscal como sanitarista, que sistematiza la crítica al actual sistema y promueve alternativas. Entre los intentos que regularmente se han dado no pueden dejar de considerarse también los proyectos presentados en la Legislatura. En resumen, la arena de la coparticipación no es solo un espacio para la reproducción institucional, sino también un ámbito de disputa política.

El análisis en clave de *path dependence* ha permitido mostrar los límites para un cambio global disparado por transformaciones de los entornos político-institucionales dentro de los cuales se configuró el sistema de coparticipación municipal. Pero el análisis de lo que permanece también ha revelado factores de cambio endógeno favorables a una “innovación limitada” (Weir, 1992) y la forma en que podrían renegociarse parcialmente algunos aspectos del arreglo institucional vigente. Se trata, entonces, de combinar en el análisis elementos de clausura (*lock in*) y una perspectiva de cambio posible.

Como pudo verse a lo largo de la historia política de la coparticipación municipal, dado el predominio del clivaje territorial por encima del partidario, una posible reforma surgirá de la negociación directa entre el Poder Ejecutivo provincial y los municipios, cuyo posible acuerdo se proyectará luego hacia la Legislatura. Si los nuevos criterios coparticipables a introducir buscan incentivar las acciones de atención primaria a nivel municipal, así como dirigir los recursos hacia las áreas más pobladas y con peores indicadores sociales, deberán buscarse los equilibrios que compensen adecuadamente a los municipios que podrían perder relativamente con el nuevo esquema. Al representar la coparticipación, y en especial el régimen de salud, una parte significativa de los recursos presupuestarios de los municipios del interior bonaerense<sup>9</sup>, difícilmente podrá avanzarse en una nueva legislación si ésta no prevé alguna estrategia de compensación respecto a esos municipios. Esta sería la idea general para viabilizar la búsqueda de un acuerdo con los municipios que se benefician del actual *statu quo*.

Los autores que han estudiado el cambio institucional gradual han propuesto distintas formas a través de las cuales éste se puede producir, más allá de buscar fuentes de transformación institucional provenientes de cambios en el entorno o de shocks exógenos. Una de las formas y estrategias posibles es la que denominan *layering* (Thelen, 2003; Mahoney y Thelen, 2010), cuya traducción sería la de pensar en un proceso de “estratificación” por acumulación de distintas capas. Esta idea de “adicionar capas” remite a una estrategia de agregación de un nuevo arreglo institucional sobre el anterior, antes que su desmantelamiento completo. Es una estrategia que implica acomodarse a la lógica del esquema preexistente, pero, a diferencia de cómo podría ser percibido en clave de los argumentos de “retornos crecientes”, las acciones impulsan desarrollos que gradualmente se apartan de la dirección predominante del sendero establecido. Se establecen nuevas reglas que se añaden a las ya vigentes, al modo de un esquema paralelo o superpuesto.

La modalidad de *layering* tiene lugar cuando el desplazamiento o remoción completa del arreglo institucional vigente resulta imposible debido a que actores de veto lo defienden consistentemente, pero que al mismo tiempo éstos no necesariamente resistirán la inclusión de nuevos elementos (Mahoney and Thelen, 2010). En el caso de la coparticipación municipal bonaerense, el análisis de los mecanismos de reproducción institucional ha

---

<sup>9</sup> Si consideramos cuánto es el peso relativo de la coparticipación en los presupuestos municipales, se estima que una cuarta parte de los 135 municipios bonaerenses tenían una incidencia de entre el 41% al 55% sobre el presupuesto total (datos de 2017). En general, en este rango más alto se ubican municipios que tienen menos de 30.000 habitantes (Centro Regional de Estudios Económicos de Bahía Blanca, 2020).

mostrado la baja probabilidad de sortear los puntos de veto institucionales que podría tener un proyecto de reforma que se plantee un desplazamiento total de las actuales reglas de juego. Incluso el mapa cognitivo que orienta a los actores, incluyendo a partidarios de una reforma, vuelve políticamente inconveniente postular una supresión del componente de salud de la coparticipación.

Cabe entonces explorar las líneas de un posible diseño de reforma que busque mantener el régimen actual y, al mismo tiempo, incorporar en forma paralela otro esquema de distribuidores, impidiendo que en el tiempo de la reforma los municipios favorecidos por el actual sistema pierdan ingresos coparticipables respecto del año anterior. A su vez, los recursos coparticipables que se vayan agregando incrementalmente se distribuirán de acuerdo al nuevo esquema distribuidor (Entrevistas 4 y 6). Ello demandará incrementos en la distribución primaria<sup>10</sup>, que operará también como una nueva *moneda de cambio* para viabilizar políticamente una reforma. El incremento de la coparticipación primaria permitiría incrementar en términos absolutos lo que recibe cada municipio, compensando de este modo la disminución en porcentaje que pueda operar el cambio en algunos casos (Entrevista 6). Los incrementos en la coparticipación primaria permitirán definir un mecanismo de compensación global para todos los municipios, lo que constituye una estrategia política de compensación más adecuada que negociar compensaciones selectivas cuando se tiene un universo de 135 municipios.

En este apartado, he recurrido a una mirada del cambio institucional para especular sobre una posible estrategia política que haga más viable una reforma de la coparticipación municipal bonaerense. Al hacerlo, sugerí de modo general algunos componentes estratégicos y políticos de una posible reforma, antes que un análisis de sus contenidos más específicos. Pero estos elementos que forman parte ya del debate técnico de los expertos no pueden hacer perder de vista que, en última instancia, una reforma será una construcción política que reclamará el protagonismo de los actores con auténtica “vocación política”. Aquellos que, como enseñaba Weber, sean capaces de comprender que “no se consigue nunca lo posible si no se intenta lo imposible una y otra vez” (Weber, 1982: 363-364).

De un modo equivalente a un juego de cajas chinas, la coparticipación municipal de la provincia de Buenos Aires replica una dinámica político-institucional análoga a la de la coparticipación federal, al reproducir bloqueos institucionales que han vuelto imposible hasta la fecha abordar su reforma.

---

<sup>10</sup> En el proyecto de reforma constitucional de 1990 ya se preveía llevar la coparticipación primaria al 21%. Desde entonces, los municipios han incorporado un número creciente de nuevas funciones, lo que vuelve aún más necesario ese incremento.

En el caso de la coparticipación federal, la razón del bloqueo político a una reforma resulta del establecimiento de una protección constitucional especial, que requiere en los hechos del improbable acuerdo de la totalidad de las provincias; mientras que en el caso de la coparticipación bonaerense se debe al resultado de la bifurcación histórica entre el diseño del sistema electoral provincial y de los movimientos demográficos posteriores. No obstante, el estudio de la dinámica político-institucional de la coparticipación municipal bonaerense nos puede aleccionar sobre cómo plantear, para ambos casos, la común necesidad de desplegar los complejos intercambios políticos que persuadan a los actores de abandonar las “trincheras” institucionales desde las cuales articulan su poder de veto.

### Referencias bibliográficas

- Bachrach, P. y Baratz, M (1970). *Power and Poverty*. Oxford: Oxford University Press.
- Barbieri, N. (2007). 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*, 3(1), 49-61.
- Barbieri, N., Iacobucci P., y Rocha S. (1997) *Análisis de la distribución de la coparticipación por salud a los municipios de la Provincia de Buenos Aires*. Trabajo presentado en las 30º Jornadas de Finanzas Públicas, Universidad Nacional de Córdoba.
- Bertranou, J. y Isuani, F., (2016). “Elementos para la caracterización del patrón de producción de políticas públicas de la provincia de Buenos Aires”. En Bertranou, J, Isuani F. y Pereyra E. (comp.), *¿Unidad en la diversidad? Estudios sobre política pública en la provincia de Buenos Aires* (pp. 85-122). Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Chiara, M. (2012). “La política sanitaria en los límites de la fragmentación: un análisis del caso de Malvinas Argentinas”. En Chiara M. (comp.), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires* (pp. 111-142). Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Centro Regional de Estudios Económicos de Bahía Blanca, (2020). *Indicadores Actividad Económica*. Bahía Blanca: CREEBBA.
- Del Prete, S. y Alvaro, P. (2010). *Medición de equidad y eficiencia en la distribución territorial del financiamiento en salud. El problema de las fórmulas de reparto*. La Plata: Mimeo.
- Escolar, M., Minvielle, S. y Castro, L. (2004). “Sobrerrepresentación periférica y comprensión partidaria”. En Tula M.I. (ed.), *Aportes para la discusión de la Reforma Política bonaerense* (pp. 83-128). Prometeo Libros, Buenos Aires.
- Gola, L. y Schiavi, M. (2017). *La coparticipación provincial bonaerense* (Serie Documentos CEM Nro. 6). Buenos Aires: Centro de Estudios Metropolitanos.

- Immergut, E. (1992). "The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden". En Steinmo, S., Thele, K. y Longstreth, F., *Structuring Politics* (pp. 57-80). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lago, F., Moscoso N., Elorza, M.E., Ripari, N., García Dieguez, M. y Ghigliani, M. (2011). *Diagnóstico y propuesta de reforma del sistema de coparticipación municipal por salud de la Provincia de Buenos Aires*. Bahía Blanca: Mimeo.
- López Accotto, A., Martínez, C., Grinberg, I. y Mangas, M. (2013). *La provincia de Buenos Aires y sus municipios: los laberintos de una distribución anacrónica de recursos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- López Accotto, A., Martínez, C., Mangas, M., Pararás, R. (2020). "Cambiar la distribución a los municipios". *Página 12*. 5 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/251032-cambiar-la-distribucion-a-los-municipios>.
- Lukes, S. (1985). *El poder: un enfoque radical*. México D.F.: Siglo XXI.
- Mahoney, J. (2000). Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society*, 29(4), 507-548.
- Mahoney, J. and Schensul, D (2006): "Historical Context and Path Dependence". En Goodin, R y Tilly, Ch. (ed.), *The Oxford Handbook of Contextual Political Analysis* (pp 3-32). Oxford: Oxford University Press.
- Mahoney, J. y Thelen, K (2010). "A Theory of Gradual Institutional Change". En Mahoney, J. y Thelen, K. (eds.), *Explaining Institutional Change* (pp. 1-37). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ollier, M. (2010). *Atrapada sin salida. Buenos Aires en la política nacional (1916-2007)*. Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín.
- Pierson, P. (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *The American Political Science Review*, 94(2), 251-267.
- Pierson, P. (2015). "Power and path dependence". En Mahoney J. y Thelen, K. (eds.), *Advances in Comparative-Historical Analysis* (pp. 123-146). Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, P; Skocpol, T. (2008): El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 17(1), 7-38.
- Pozzoni, M. y Suárez, F (2017). *La reforma constitucional que no fue. Provincia de Buenos Aires, 1989-1990* (Documento de trabajo). Mar del Plata: Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Provincia de Buenos Aires (1987). *Diario de sesiones de la Cámara de Diputados* (3ra sesión de Prórroga). Disponible en: <https://intranet.hcdiputados-ba.gov.ar/diarios/diario11513.pdf>
- Rotman, S. y Varetto, C. (2017). Carreras y ambición política a nivel subnacional. Análisis de las carreras políticas de los intendentes en la provincia de Buenos Aires (Argentina), 1983-2015. *Revista de Ciencia Política*, 55(1), 65-98.
- Sabsay, D. y Saba, R. (1991). El frustrado intento de reforma de la constitución de la provincia de Buenos Aires. *Revista de Derecho Político*, 34, 331-353.

- Sotelo, R. (2009). *Coparticipación municipal de la provincia de Buenos Aires* (Tesis de Maestría inédita). Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.
- Tereschuk, N. y Morales, M. (2017): *Elecciones locales en el Gran Buenos Aires 1983-2017* (Documento CEM Nro. 10). Buenos Aires: Centro de Estudios Metropolitanos.
- Thelen, K. (1999). Historical Institutionalism in Comparative Politics. *Annual Review of Political Science*, 2, 369-404.
- Thelen, K. (2003). "How Institutions Evolve: Insights from Comparative Historical Analysis". En Mahoney, J. and Rueschmeyer, D. (eds.), *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences* (pp. 208-240). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tsebelis, G. (1990). *Nested Games*. Berkeley: University of California Press.
- Weber, M. (1982). *Escritos políticos II*. Madrid: Folios.
- Weir, M. (1992). "Ideas and the politics of bounded innovation". Steinmo, S., Thelen, K. y Longstreth, F. (comp.), *Structuring Politics* (pp. 188-216). Cambridge: Cambridge University Press.

## ANEXO BIBLIOGRÁFICO

### Entrevistas

- Entrevista 1.* Funcionario del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Planificación de la Salud, 11 de julio de 2014.
- Entrevista 2.* Funcionario del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Coordinación de Políticas de Salud, 17 de julio de 2014.
- Entrevista 3.* Asesor de una diputada provincial bonaerense del Frente para la Victoria entre 2011-2015, 16 de enero de 2018.
- Entrevista 4.* Asesor en la Cámara de Diputados de la Legislatura de la Pcia. De Buenos Aires 2011-15. Economista especializado en Finanzas Públicas. 10 de mayo de 2019.
- Entrevista 5.* Ex funcionario del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Planificación, entre 1996-2002. 21 de mayo de 2019.
- Entrevista 6.* Asesor de un diputado provincial bonaerense por Nuevo Encuentro, entre 2011-2015. 28 de mayo de 2019
- Entrevista 7.* Ex funcionaria de los ministerios de Economía (1991-1994) y de Salud de la provincia de Buenos Aires (1994-2002). 12 de julio de 2019.
- Entrevista 8.* Ex diputado provincial bonaerense por la UCR, entre los años 1987-1991. 4 de marzo de 2021.
- Entrevista 9.* Ex funcionario del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Dirección de Planeamiento (1987-2000). 11 de marzo de 2021.