



Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires

Decentralization and equity: public health expenditure in the municipalities of the Province of Buenos Aires

Lago, Fernando Pablo¹; **Moscoso, Nebel Silvana**²; **Elorza, María Eugenia**³; **Ripari, Nadia Vanina**⁴

¹Licenciado en Economía.
Doctor en Economía. Profesor
Adjunto de Finanzas Públicas,
Departamento de Economía,
Universidad Nacional del Sur,
Argentina. flago@uns.edu.ar

²Licenciada en Economía.
Doctora en Economía.
Investigadora Asistente del
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET). Profesora
Adjunta de Economía de la
Salud, Departamento de
Economía, Universidad Nacional
del Sur, Argentina.
nmoscoso1@gmail.com

³Licenciada en Economía.
Becaria doctoral del Consejo
Nacional de Investigaciones
Científicas y Técnicas (CONICET).
Ayudante de Cátedra de
Estadística, Departamento de
Matemática, Universidad
Nacional del Sur, Argentina.
meugilorz@hotmail.com

⁴Licenciada en Economía.
Becaria doctoral del Consejo
Nacional de Investigaciones
Científicas y Técnicas (CONICET).
Ayudante de Cátedra de
Investigaciones en Salud.
Departamento de Ciencias de la
Salud, Universidad Nacional del
Sur, Argentina.
n_ripari@yahoo.com.ar

RESUMEN El objetivo del presente trabajo es analizar el grado de equidad en el acceso a los servicios de salud del subsector público entre los habitantes sin cobertura de salud de los municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina). Mediante un estudio cuantitativo y retrospectivo se analizó la desigualdad en la distribución del gasto público en salud *per cápita*, variable que se emplea como una proxy de la capacidad de acceso a los servicios de salud de los habitantes de cada jurisdicción. Los resultados indican la existencia de fuertes disparidades en los niveles de gasto en salud por habitante sin cobertura sanitaria. Asimismo, la existencia de mayores necesidades de atención de la salud (estimadas con la tasa de mortalidad infantil y el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas) no se corresponde con niveles más altos de gasto público. Finalmente, se detectó una asociación positiva entre la riqueza relativa de los municipios (medida por el producto bruto geográfico *per cápita*) y el monto *per cápita* de las erogaciones en salud. **PALABRAS CLAVE** Descentralización; Recursos Financieros en Salud; Equidad en Salud; Equidad en el acceso; Argentina.

ABSTRACT In this paper we analyze the degree of equity in access to the public health care system in the Province of Buenos Aires (Argentina). Through a quantitative retrospective study, we analyze the inequalities in the distribution of the total public health expenditure per capita. This variable is used as a proxy for the ability of the inhabitants of each jurisdiction to access health care services. The results indicate the existence of large disparities in the levels of expenditure devoted to the population without health coverage. Moreover, the existence of greater health care needs (estimated using infant mortality rates and percentage of homes with basic needs unmet) does not translate into higher levels of public expenditure. Finally, we detect a positive association between the relative wealth of municipalities (measured by the gross geographic product per capita) and the public health expenditure per capita.

KEY WORDS Decentralization; Financial Resources in Health; Equity in Health; Equity in Access; Argentina.

INTRODUCCIÓN

La tendencia observada en las últimas décadas hacia una mayor descentralización de las responsabilidades de gasto a los niveles inferiores de gobierno encuentra su justificación en la literatura del federalismo fiscal. Esta argumenta que, en pos de incrementar la eficiencia en la asignación de los recursos, ciertas facultades del gasto deberían ser asignadas al nivel de gobierno que represente en forma más cercana las preferencias de sus beneficiarios (1,2).

En la provincia de Buenos Aires (Argentina), algunas responsabilidades del sistema de salud público se encuentran descentralizadas. Si bien esta decisión habría tenido como argumento la búsqueda de eficiencia, los objetivos en términos de equidad no estarían tan claros. Este proceso comienza a fines de la década de 1970 con la transferencia a los municipios de los servicios de atención primaria de la salud y algunos establecimientos hospitalarios de menor complejidad, cuyos beneficiarios directos son los vecinos del ámbito donde se localiza cada centro. Por otro lado, quedó bajo la órbita provincial la responsabilidad de proveer servicios de alta complejidad a través de la red de hospitales provinciales, cuyos principales demandantes serían usuarios provenientes de un área de influencia mucho mayor. En este contexto, y con la excepción de los hospitales pertenecientes a las fuerzas armadas, el nivel de gobierno nacional solo participa en el gasto en salud realizado en los municipios de la provincia mediante distintos programas de provisión de información, servicios, medicamentos e insumos que son distribuidos a través de la red de establecimientos de salud provinciales y municipales.

Pese a las potenciales ganancias de eficiencia al introducir el federalismo fiscal en el sector salud, uno de los riesgos es la posibilidad de que se produzcan inequidades en el acceso a los bienes y servicios médico-sanitarios entre distintas áreas geográficas (3,4). Se puede esperar que la mayor influencia de los municipios en las decisiones presupuestarias del sector salud, sumado a las diferentes capacidades de generar y utilizar recursos y a las distintas preferencias respecto del gasto público, resulte en distintos niveles de

provisión de servicios entre los gobiernos locales que no necesariamente guardarán relación con las necesidades de cuidados sanitarios de cada población (5).

La equidad en salud puede abordarse desde dos puntos de vista: equidad en los resultados de salud y equidad en los cuidados de salud. La primera busca que cada individuo posea las mismas posibilidades de alcanzar su máximo potencial de salud. Por otra parte, la equidad en el acceso a los cuidados de salud se fundamenta en el principio de que los individuos con iguales necesidades de atención de la salud deben tener asegurada idéntica posibilidad de acceder a bienes y servicios sanitarios de alta calidad (6). Este último concepto es el empleado en el presente trabajo.

Debe advertirse que un acceso igualitario a los servicios de cuidados médico-sanitarios no necesariamente resultará equitativo. Mientras que la igualdad supone un trato uniforme de los individuos o poblaciones, la equidad requiere un tratamiento diferenciado de acuerdo a sus necesidades. De esta forma, las desigualdades en el acceso pueden ser equitativas si median distintas necesidades de atención de la salud.

Dado que el gasto público en salud puede ser determinante de la provisión equitativa de los servicios médico-sanitarios, resulta relevante analizar su distribución entre los distintos municipios que componen la provincia de Buenos Aires.

OBJETIVOS

El objetivo principal del trabajo es analizar el grado de equidad en el acceso a los servicios de atención de la salud ofrecidos por el subsector público a los habitantes sin cobertura de obra social o medicina prepaga de los municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina).

Los objetivos específicos son: 1) evaluar el nivel de desigualdad en la distribución del gasto público en salud *per cápita* entre los habitantes sin cobertura de salud de los distintos municipios de la provincia de Buenos Aires; 2) analizar el grado de asociación entre el gasto público en salud *per cápita* en los municipios y

las necesidades de cuidados de salud de cada jurisdicción; y 3) examinar la relación entre la riqueza relativa de cada partido y el gasto en salud *per cápita* en los municipios.

METODOLOGÍA

Mediante un estudio descriptivo y cuantitativo se analizó la desigualdad en la capacidad de acceso a los servicios de salud de los habitantes sin cobertura de obra social o medicina prepaga de los municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina). Dicha capacidad se define operativamente a partir de un criterio propuesto por Mooney (7), que considera a la variable "gasto en salud *per cápita*" como una medida de la magnitud de la canasta de bienes y servicios sanitarios que cada jurisdicción pone a disposición de sus habitantes. En este sentido, si las necesidades sanitarias de dos poblaciones son equivalentes, la equidad en el acceso requeriría valores de gasto en salud *per cápita* iguales. Por otro lado, y de acuerdo al mismo criterio, las poblaciones con mayores necesidades sanitarias deberían recibir mayores gastos *per cápita* para obtener un trato equitativo.

Como medida del gasto público en salud en los municipios se utilizó la suma del gasto municipal finalidad salud y el gasto provincial hospitalario desagregado por jurisdicción. Este último surge de imputar el total del presupuesto ejecutado por las instituciones hospitalarias provinciales a cada uno de los partidos de la provincia, utilizando como criterio de distribución el lugar de residencia de los pacientes que egresan. Los datos utilizados son valores devengados correspondientes al año 2007, y se obtuvieron de la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Cabe mencionar que la estimación del gasto público en salud realizado en cada municipio excluye las erogaciones correspondientes a distintos programas específicos provinciales (a) y nacionales (b). Para el cálculo de los valores *per cápita* se consideró solo la población sin cobertura de salud (8), la cual fue obtenida del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (9) (c).

A lo largo del apartado 1 se asume que todos los individuos sin cobertura de salud poseen iguales necesidades de atención sanitaria. En este sentido, diferentes niveles de gasto en salud *per cápita* implicarían un acceso a canastas de bienes y servicios médico-sanitarios de distinta magnitud y, por lo tanto, resultan inequitativas. La metodología utilizada para analizar el grado de desigualdad en los valores *per cápita* del gasto público en salud en los municipios entre los habitantes de los distintos partidos de la provincia de Buenos Aires consistió en los siguientes pasos:

1. Se dividió la población en quintiles de acuerdo al monto del gasto público en salud en los municipios *per cápita* que reciben, el cual está determinado por su municipio de residencia. De esta forma el primer quintil estaría integrado por el 20% de la población sin cobertura de salud que recibe los menores montos *per cápita* y el último quintil correspondería al 20% de la población sin cobertura de salud que recibe los mayores montos *per cápita*.
2. Se analizó el monto del gasto público en salud en los municipios y del gasto municipal finalidad salud promedio *per cápita* por quintil y se trazaron las curvas de concentración de ambos.
3. Se determinó la composición de la población sin cobertura de salud de cada quintil del gasto público en salud en los municipios según su municipio de origen, clasificados por densidad poblacional en: conurbano, rural, semi-rural y centros urbanos del interior (d).

En el apartado 2 se levantó el supuesto de igualdad de necesidades sanitarias de la población (e) para determinar si las diferencias observadas en los montos de gasto público en salud en los municipios son equitativas. La necesidad de cuidados médicos de cada municipio se estimó mediante dos indicadores:

- Tasa de mortalidad infantil: su inclusión se debe a que es considerada una variable proxy muy sensible del estatus de salud general de una población (10). Esta información se obtuvo de la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires correspondiente al año 2007.

- Porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas: la inclusión de este indicador se justifica por numerosos estudios que señalan la existencia de una relación directa entre el nivel de pobreza y la prevalencia de ciertas enfermedades, donde una mayor morbilidad deriva en una mayor necesidad de gasto en salud (11). Los datos fueron obtenidos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (9) (c).

La metodología aplicada para determinar si las desigualdades observadas en el gasto en salud de cada municipio se justifican en las distintas necesidades locales de cuidados de salud consistió en los siguientes pasos:

1. Se agruparon los municipios por quintiles de necesidad, de forma tal que el primer quintil comprende el 20% de los municipios que tienen menores porcentajes de población con necesidades básicas insatisfechas y tasa de mortalidad infantil, y el último quintil incluye el 20% de los municipios con mayores porcentajes de población con estas condiciones.
2. Se analizó si una mayor necesidad medida a través de estos indicadores se corresponde con mayores valores promedio *per cápita* del gasto público en salud en los municipios y del gasto municipal finalidad salud.

Finalmente en el apartado 3 se aplicó el siguiente procedimiento para determinar la relación entre la riqueza de cada municipio, medida por su producto bruto geográfico *per cápita*, y el gasto en salud *per cápita*:

1. Para estimar el producto bruto geográfico *per cápita* por municipio se utilizó la serie de producto bruto geográfico municipal correspondiente al año 2003, a partir de la información brindada por la Subsecretaría de Coordinación Económica del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, y la estimación del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) de la población de cada municipio en el año 2003 (12).
2. Se agruparon los municipios por quintiles de producto bruto geográfico *per cápita* de forma tal que el primer quintil incluye el 20% de los municipios con menor producto

bruto geográfico, y el último quintil a aquellos que representan al 20% con mayor riqueza relativa.

3. Se compararon los valores *per cápita* del gasto público y del gasto municipal en finalidad salud por quintil del producto bruto geográfico.

RESULTADOS

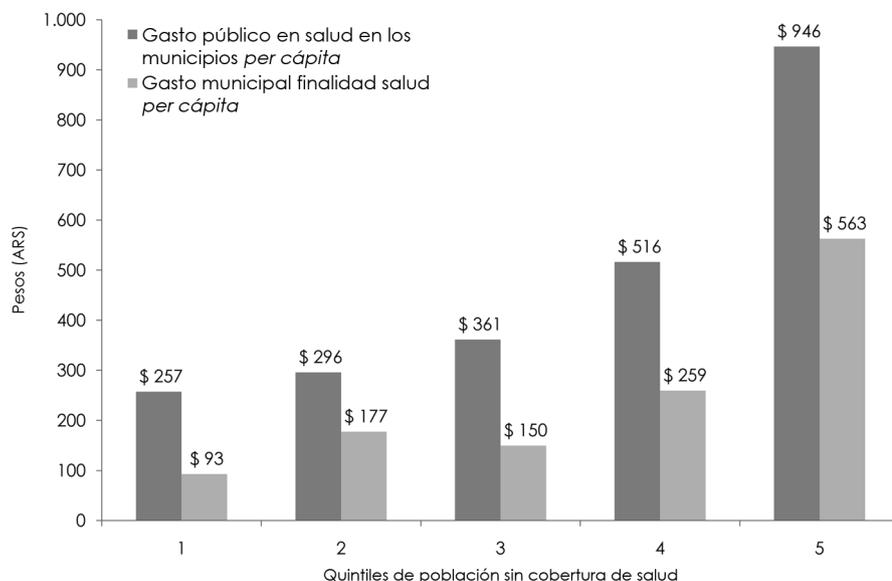
1. Evaluación de la equidad del gasto público en salud

Con el propósito de abordar el análisis de la desigualdad en la distribución del gasto en salud entre municipios, se evaluaron las siguientes variables: gasto público en salud en los municipios y gasto municipal finalidad salud. En la Figura 1 se presentan los valores promedio *per cápita* de las mismas, ordenadas por quintiles de población según el gasto público en salud en los municipios *per cápita*. Los resultados de esta figura muestran fuertes disparidades en los valores promedio de las variables analizadas.

A continuación, en la Figura 2, se presentan las curvas de concentración de cada variable, construidas para analizar la desigualdad en la distribución del gasto público en salud en los municipios *per cápita* con relación al gasto municipal finalidad salud *per cápita*. En dicho gráfico el eje horizontal mide el porcentaje acumulado de población sin cobertura de salud, ordenada de forma ascendente según el gasto público en salud en los municipios *per cápita*, mientras que el eje vertical mide el porcentaje acumulado del gasto público en salud en los municipios y el gasto municipal finalidad salud. La recta de equidistribución indica una situación perfectamente igualitaria, donde cada proporción de población con menor gasto público en salud en los municipios *per cápita* recibe la misma proporción del gasto público en salud en los municipios y del gasto municipal finalidad salud total. Cuanto más alejada se encuentra una curva de densidad de la recta de equidistribución, más desigual es la distribución de la variable graficada.

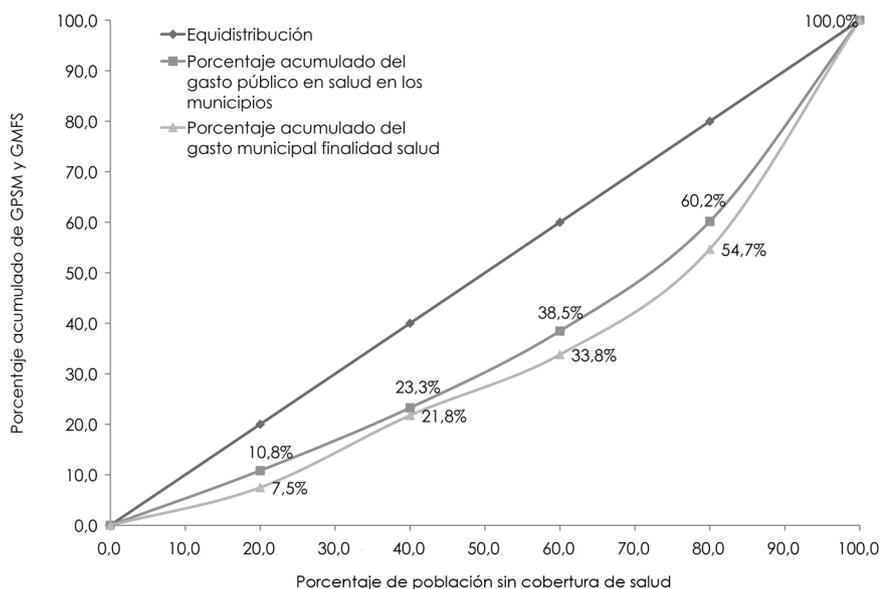
Al analizar la Figura 2 se puede concluir que el gasto municipal finalidad salud se distribuye más inequitativamente entre la población sin cobertura de salud que el gasto público en salud en los municipios *per cápita*. Dado que

Figura 1. Gasto público en salud *per cápita* promedio. Análisis por quintiles de población sin cobertura ordenada según su gasto público en salud en los municipios *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (9).

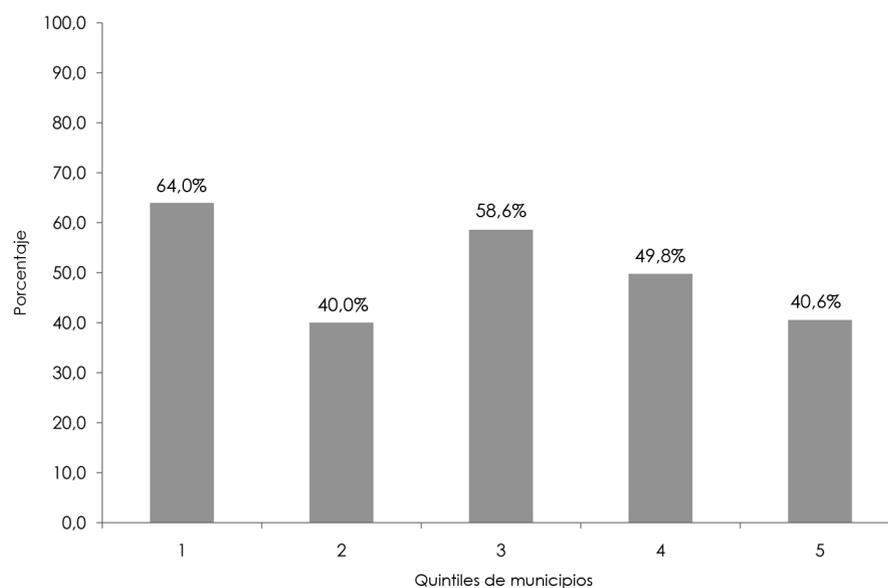
Figura 2. Curvas de concentración del gasto público en salud. Población ordenada según su gasto público en salud en los municipios *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (9).

GPSM = Gasto público en salud en los municipios. GMFS = Gasto municipal finalidad salud.

Figura 3. Participación promedio del gasto provincial hospitalario en el gasto público en salud en los municipios. Análisis por quintiles de municipios ordenados según su gasto público en salud en los municipios *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (9).

este último es la suma del gasto municipal finalidad salud y el gasto provincial hospitalario, se deduce que la intervención provincial tendería a reducir las diferencias existentes en el gasto municipal finalidad salud. A la luz de demostrar la magnitud de la intervención del Estado provincial en cada quintil de población sin cobertura, en la Figura 3 se presenta la estimación de la proporción del gasto público en salud en los municipios que corresponde al gasto provincial hospitalario por quintil. A excepción del segundo quintil, se observa que la participación del gasto provincial hospitalario tiende a ser menor a medida que el gasto público en salud en los municipios *per cápita* aumenta. Esto sugeriría que, en los gobiernos locales con niveles de gasto público en salud en los municipios *per cápita* bajos, la provincia complementa en mayor medida el gasto en salud realizado, siendo esto deseable desde el punto de vista de la equidad en el acceso.

Por último, dado que cada quintil de gasto público está integrado por habitantes de distintos municipios de la provincia, se clasificó a los partidos de acuerdo a su densidad poblacional en:

conurbano, centros urbanos del interior, semi-rurales y rurales (d). En el Cuadro 1 se evalúa el porcentaje de población sin cobertura de salud de cada categoría de municipios que integran los quintiles de gasto público en salud en los municipios *per cápita*.

Cuadro 1. Porcentaje de población sin cobertura de salud por categoría de municipios por quintiles según gasto público en salud en los municipios *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2007.

Quintil de GPSM <i>per cápita</i>	Categoría de municipios			
	Conurbano %	Rural %	Semi-rural %	Urbano %
1	29,4	0,0	5,9	0,0
2	26,8	0,0	0,0	13,2
3	26,6	0,0	8,8	10,1
4	13,5	17,5	29,5	44,5
5	3,6	82,5	55,9	32,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (9).

GPSM = Gasto público en salud en los municipios.

El análisis del Cuadro 1 indica que en los dos quintiles más bajos se ubica un 56% de la población sin cobertura de salud del conurbano, un 6% de la población semi-rural y un 13% de los residentes de municipios urbanos. Si se concentra la atención en los dos quintiles más altos, se destaca la presencia del 100% de la población sin cobertura de salud rural, seguida por el 85% de la población de municipios semi-rurales y el 76% de los habitantes de los centros urbanos del interior.

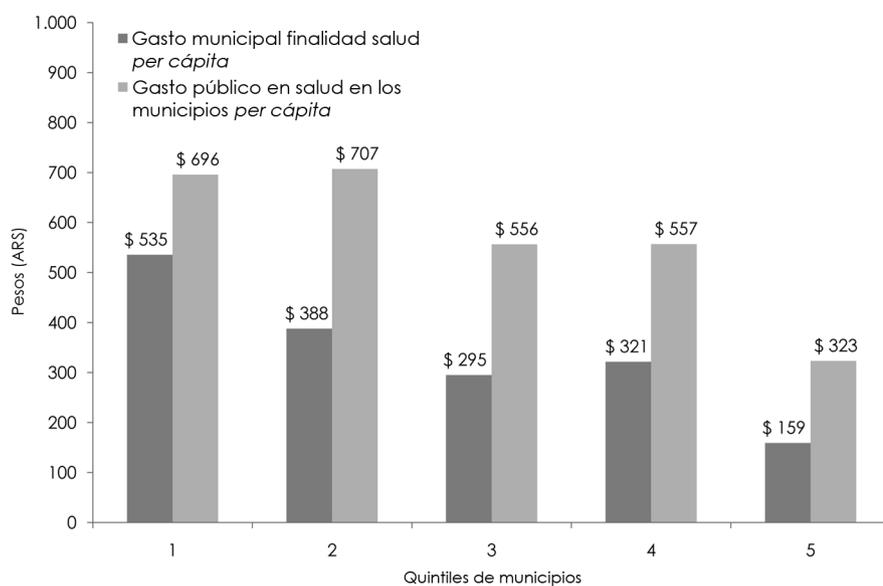
Este cuadro de situación general, donde los residentes del conurbano aparecen en clara desventaja frente al resto, admite algunas excepciones: 1) el 18% de la población sin cobertura del conurbano se ubica en los dos quintiles más altos, 2) un 6% de la población semi-rural en el primer quintil y 3) un 13% de la población urbana en el segundo. Estos resultados indican la existencia de grandes diferencias en el gasto público en salud en los municipios *per cápita* dentro de cada grupo de municipios.

2. Gasto público en salud versus necesidades de cuidados de salud

Las desigualdades detectadas en el gasto público en salud *per cápita* no necesariamente resultarán inequitativas si las necesidades de cuidados de salud de cada población son heterogéneas. Para determinar la validez de este argumento, en esta sección se abandona el supuesto de que todos los individuos de la provincia sin cobertura de obra social o medicina prepa poseen idénticas necesidades de salud. Se utilizan dos indicadores de necesidad alternativos: el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas y la tasa de mortalidad infantil. En primer lugar, en la Figura 4 se presenta el promedio del gasto público en salud en los municipios y del gasto municipal finalidad salud de los municipios agrupados por quintiles de porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas.

Las asignaciones geográficas de gasto en salud que se propongan lograr la equidad

Figura 4. Gasto público en salud *per cápita* promedio (población sin cobertura de salud). Análisis por quintiles de municipios agrupados según su porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Provincia de Buenos Aires, 2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (9).

interjurisdiccional, deberían efectuar redistribuciones en favor de las regiones con condiciones sanitarias y socioeconómicas más precarias (13). Sin embargo, no se observa que los municipios de los quintiles más altos registren mayores valores promedio de gasto público en salud. Contrariamente, cuanto más bajo es el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas, mayor es el gasto público *per cápita* destinado al cuidado de la salud. En particular, la comparación de los valores de los municipios del primer quintil con los del quinto quintil determina que, en promedio, en los primeros el gasto municipal es tres veces superior, mientras que el gasto público en salud en los municipios es poco más del doble.

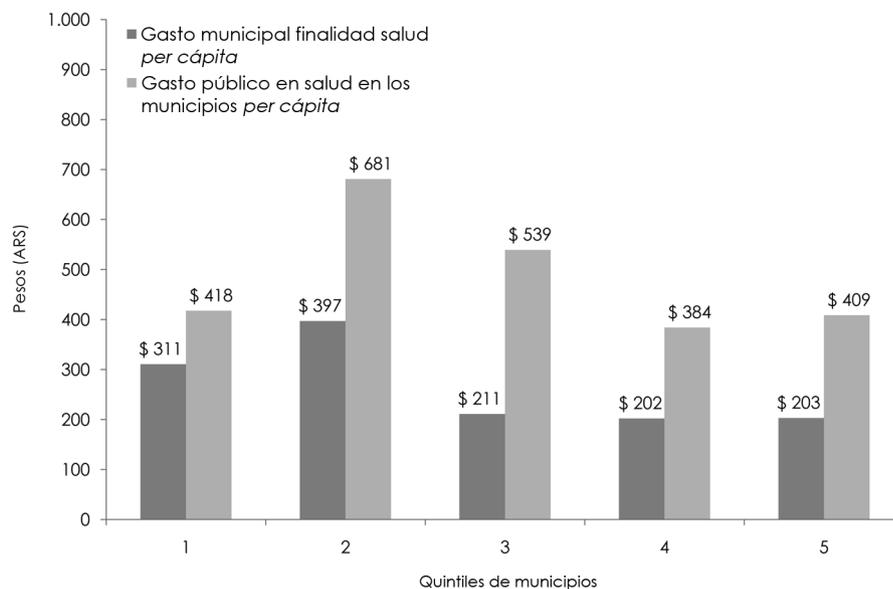
En la Figura 5 se presenta el análisis de la distribución del gasto público en salud *per cápita* empleando como indicador de necesidad la tasa de mortalidad infantil. Nuevamente, no se observa que los municipios con mayor tasa de mortalidad infantil reciban mayores niveles de gasto público en salud *per cápita*.

3. Gasto en salud versus riqueza de cada municipio

Finalmente, en este apartado se analiza la distribución del gasto público en salud en los municipios y el gasto municipal en finalidad salud promedio, entre los municipios agrupados en quintiles según su riqueza relativa, medida por el producto bruto geográfico. En la Figura 6 se observa que, con excepción del cuarto quintil, una mayor riqueza relativa municipal parecería estar directamente asociada a mayores niveles del gasto municipal y del gasto público *per cápita*.

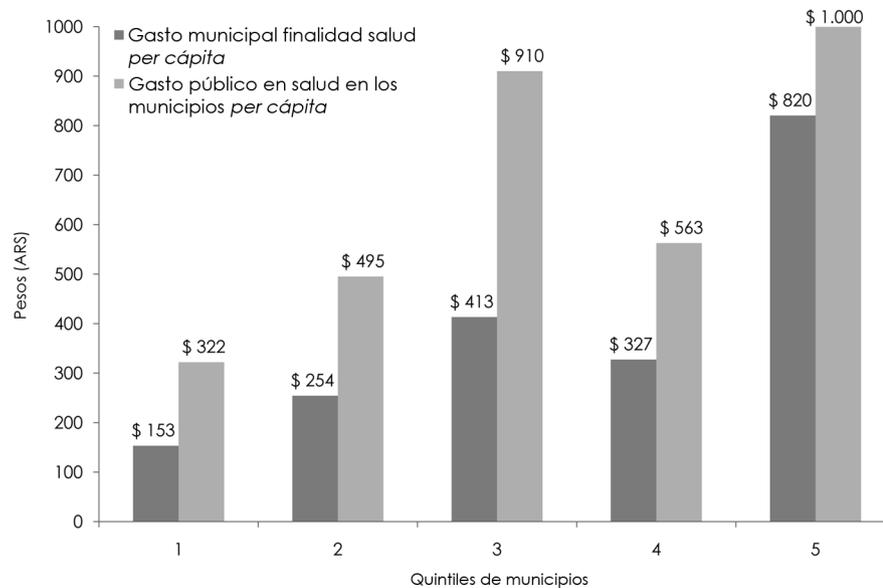
Es posible establecer distintas hipótesis que justifiquen la asociación positiva entre la riqueza municipal y los valores del gasto público en salud en los municipios y el gasto municipal finalidad salud *per cápita*. Tal resultado podría indicar las comunidades más ricas le otorgan mayor importancia a la provisión pública de un bien preferente como los cuidados médicos. Asimismo, podría explicarse por la mayor disponibilidad de recursos públicos para los gobiernos

Figura 5. Gasto público en salud *per cápita* promedio (población sin cobertura de salud). Análisis por quintiles de municipios agrupados según tasa de mortalidad infantil. Provincia de Buenos Aires, 2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (9).

Figura 6. Gasto público en salud *per cápita* promedio (población sin cobertura de salud). Análisis por quintiles de municipios agrupados según su producto bruto geográfico *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (9).

de los municipios con mayor riqueza relativa, que estarían así en condiciones de afrontar niveles de gasto en salud más elevados.

DISCUSIÓN

La distribución territorial del gasto público destinado a proveer bienes y servicios médico-sanitarios para los habitantes sin cobertura de salud de la provincia de Buenos Aires no resulta adecuada desde la perspectiva de la equidad en los cuidados. El análisis por quintiles de población pone en evidencia la existencia de fuertes disparidades en los niveles de gasto público en salud por habitante sin cobertura, que perjudica especialmente a residentes de los municipios del conurbano. Tales desigualdades resultan inequitativas bajo el supuesto de igual necesidad de cuidados de salud de la población sin cobertura.

Las diferencias observadas en los niveles de gasto público no pueden ser justificadas sobre la base de una mayor necesidad de gasto

sanitario, aproximadas tanto por la tasa de mortalidad infantil como por el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Por el contrario, la riqueza de cada municipio parece estar positivamente asociada al gasto público en salud en los municipios *per cápita* y al gasto municipal finalidad salud *per cápita*. Esta situación sugiere la existencia de un acceso diferenciado a los servicios públicos de salud de la población provincial sin cobertura de salud en función de su localidad de residencia, que favorece a los habitantes de los municipios "ricos".

Comparando los valores *per cápita* del gasto público en salud en los municipios y el gasto hospitalario provincial, las mayores desigualdades se registran en el primero, de lo que se deduce que el aporte financiero de la provincia a través del gasto hospitalario colabora en la reducción de la desigualdad del gasto público en salud en los municipios con relación al gasto municipal finalidad salud.

La mayor desigualdad del gasto en salud realizado por los gobiernos locales (municipios) con relación al gasto hospitalario provincial es

consistente con la literatura del federalismo fiscal que señala como uno de los riesgos de la descentralización la aparición de inequidades geográficas en el acceso a los servicios de atención sanitaria. Si bien es posible que las distintas preferencias respecto del destino del gasto público puedan explicar parte de estas inequidades, una hipótesis más consistente con trabajos previos (14,15) radica en atribuir las a las diferencias en los recursos públicos disponibles para los gobiernos locales. Si efectivamente tal es su origen, estas solo podrán ser abordadas en forma exitosa a partir de un replanteo de los mecanismos de financiamiento de los servicios de salud municipales.

A continuación se mencionan algunas limitaciones observadas en la investigación, las cuales deben ser consideradas al evaluar los resultados.

Una debilidad surge al considerar, como base para los cálculos *per cápita*, solo la población sin cobertura de salud de cada municipio. Si bien se asume que el Estado tiene como principal objetivo financiar la atención de la salud de quienes no tienen recursos ni seguro de salud para atender sus necesidades, parte de los recursos asignados al primer nivel de atención (aquellos destinados a actividades de prevención y promoción de la salud) deberían imputarse a toda la población y no solo a aquella sin cobertura. Este análisis no fue posible debido a la ausencia de información acerca de los porcentajes de gasto público que se asignan al primer y segundo nivel de atención.

Otra limitación está dada por el hecho de que el análisis realizado no incluye el gasto público nacional finalidad salud realizado en la

provincia de Buenos Aires. El motivo fue la imposibilidad de obtener datos desagregados por jurisdicción. De acuerdo a la información obtenida de la Unidad de Análisis Económico en Salud (UAES) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, dicho gasto en el año 2007 fue de 566 millones de pesos, lo que representa aproximadamente el 11,50% del gasto público en salud consolidado en la provincia de Buenos Aires. Esta baja proporción que representa el gasto nacional finalidad salud en el total provincial sugiere que los montos involucrados no modificarían sustancialmente los resultados hallados con relación al gasto público en salud *per cápita* en los municipios.

Por último, la medida empleada del gasto público provincial en salud solo comprende al gasto hospitalario provincial, dejando de lado otros programas de gasto que deberían ser incluidos (c). Nuevamente, la omisión responde a la falta de datos desagregados a nivel municipal. Maceira (16) clasifica los componentes del gasto público provincial en: i) gasto hospitalario y de laboratorio, ii) vacunación, iii) programas especiales (por enfermedades endémicas y catastróficas) y iv) seguro público de salud. De acuerdo a datos provistos por la UAES, en el año 2007 el gasto provincial en finalidad salud fue de 2.543 millones. En el mismo período, el gasto hospitalario fue de 1.658 millones de pesos, lo que representa aproximadamente el 65% del gasto total. En este sentido, existe un 35% del gasto provincial finalidad salud que no es incorporado en el presente estudio.

NOTAS FINALES

a. Entre estos se destacan los programas: Salud Activa, Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Salud sin Humo, Programa Materno Infantil, Seguro Público de Salud, Programa de Lucha contra los Retrovirus del Humano: VIH-SIDA y ETS, Programa de Ludopatía, Programa de T.B.C (Tuberculosis), Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA), Programa de Prevención de Epilepsia (PROEPI), Programa de Prevención del

Asma Infantil (PROBAS), Programa de Prevención de Accidentes y Lesiones (PROPAL), Programa de Prevención de Cáncer Génito-mamario (PROGEMA), Programa Salud en Movimiento para la Provincia, Programa de Garantía de Calidad de Atención de la Salud, Programa Salud y Deporte, Programa de Salud y Ambiente.

b. Entre los programas vigentes en el año 2007 es posible mencionar a REMEDIAR, el Programa Federal de Salud (PROFE), el Proyecto Funciones Esenciales de Salud Pública y el programa Médicos Comunitarios, entre otros.

c. No fue posible utilizar información correspondiente al censo de 2010 debido a que, al momento de elaborar este trabajo, aún no se encontraban disponibles los datos de cobertura de salud desagregados a nivel municipal.

d. Se utilizó el siguiente criterio de clasificación: los municipios urbanos del interior son los partidos con más de 100.000 habitantes, los semi-rurales aquellos que cuentan con más de 50.000 y menos de 100.000 habitantes, y los rurales con poblaciones inferiores a los 50.000 individuos. Para los 24 municipios del conurbano se adoptó la clasificación del INDEC.

e. Si se considera que las necesidades de gasto en salud son heterogéneas, las desigualdades observadas en los montos del gasto público en salud en los municipios *per cápita* para la población sin cobertura de salud de cada municipio no necesariamente resultarán inequitativas. En este caso la equidad vertical requerirá distinto trato (en términos de gasto público en salud *per cápita*) para poblaciones con diferente grado de necesidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Observatorio Social Legislativo de la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires por el financiamiento del proyecto "Diagnóstico y Propuesta de Reforma del Sistema de Coparticipación Municipal por Salud de la Provincia de Buenos Aires". El presente trabajo forma parte de los temas abordados en dicho proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Musgrave R, Musgrave P. Public finance in theory and practice. New York: McGraw-Hill; 1989.
2. Ter-Minassian T, editor. Fiscal federalism in theory and practice. Washington DC: International Monetary Fund; 1997.
3. Okorafor O, Thomas S. Protecting resources for primary health care under fiscal federalism: option for resource allocation. *Health Policy and Planning*. 2007;22(6):415-426.
4. Bossert T, Larranaga O, Giedion R. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;81(2):95-100.
5. Oates W. An essay on fiscal federalism. *Journal of Economic Literature*. 1999;37(3):1120-1149.
6. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 1990.
7. Mooney GH. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*. 1983;1(4):179-185.
8. Barbieri N, De la Puente C, Tarragona S. La equidad en el gasto público en Salud. La Plata: Instituto de Investigaciones de la Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales; 2002. (Serie de Estudios en Finanzas Públicas N° 9).
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001: Base de datos [Internet]. Buenos Aires: INDEC [citado 10 jul 2012]. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2001ARG&MAIN=WebServerMain.inl>.
10. Reidpath D, Allote P. Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(5):344-346.
11. Poblete S, Vargas V. El ajuste socioeconómico en el financiamiento de la atención primaria. *Revista Chilena de Medicina Familiar*. 2007;8(1):24-31.

12. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015. Buenos Aires: INDEC; 2005. (Serie Análisis Demográfico).
13. Porto SM. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(4):939-957.
14. 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.
15. Chiara M, Di Virgilio M, Ariovich A. La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: Reflexiones en torno a la política local (2000-2005). *Salud Colectiva*. 2010;6(1):74-64.
16. Maceira D. Informe Final: Evaluación del Programa de Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires [Internet]. Buenos Aires: CIPPEC; 2008 [citado 12 jul 2012]. Disponible en: http://www.cippec.org/Main.php?do=documents_DoDownload&id=301.

FORMA DE CITAR

Lago FP, Moscoso NS, Elorza ME, Ripari NV. Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires. *Salud Colectiva*. 2012;8(3):263-274.

Recibido el 18 de abril de 2012

Versión final presentada el 19 de julio de 2012

Aprobado el 20 de agosto de 2012