

Maestría en Finanzas Públicas Provinciales y Municipales

La equidad en el gasto público en salud

**Nelly Catalina Barbieri, Catalina de la Puente y Sonia
Tarragona**

LA EQUIDAD EN EL GASTO PÚBLICO EN SALUD

El presente proyecto de investigación ha sido elaborado por las Lic. Nelly catalina Barbieri, Catalina de la Puente y Sonia Tarragona. La Coordinación general del mismo estuvo a cargo de la Lic. Barbieri

La Equidad en el Gasto Público en Salud

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. EQUIDAD Y SALUD.....	4
1.1. CONCEPTO DE EQUIDAD.....	4
1.2. PRINCIPIOS DE EQUIDAD: HORIZONTAL Y VERTICAL.....	5
1.3. EQUIDAD EN SALUD.....	5
1.4. DEFINICIONES OPERACIONALES DEL CONCEPTO DE EQUIDAD EN SALUD.....	6
1.4.1. Equidad de los resultados en salud.....	6
1.4.2. Equidad en la Provisión y Distribución de los recursos en salud.....	8
1.5. JUSTIFICACIÓN Y RESPONSABILIDAD DEL CRITERIO DE EQUIDAD.....	9
CAPÍTULO 2. CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR SALUD.....	11
2.1. PROVISIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.....	11
2.2. VARIABLES DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA.....	12
CAPÍTULO 3. IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE INDICADORES.....	15
3.1. INTRODUCCIÓN.....	15
3.2. CRITERIO Y CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN. ANÁLISIS INTRA-MUNICIPAL.....	16
3.3. USUARIOS DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD.....	18
3.3.1. Resultados.....	24
3.4. CRITERIO Y CLASIFICACIÓN DE LOS MUNICIPIOS. ANÁLISIS INTER-MUNICIPAL.....	29
3.4.1. Índice de producto (IP).....	30
3.4.2. Recursos municipales propios (RMP).....	31
3.4.3. Recursos provinciales recaudados en cabeza de los municipios (IPM).....	31
3.4.4. Índice de riqueza relativa (IRR).....	32
3.4.5. Resultados.....	32
CAPÍTULO 4. EL GASTO PÚBLICO EN SALUD.....	35
4.1. INTRODUCCIÓN.....	35
4.2. ASPECTOS CONCEPTUALES.....	35
4.3. METODOLOGÍA DE ASIGNACIÓN.....	37
4.3.1. Asignación del Gasto Municipal.....	37
4.3.2. Asignación del Gasto Público Provincial.....	38
4.4. RESULTADOS.....	38
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS Y APLICACIÓN DEL CONCEPTO DE EQUIDAD.....	45
5.1. INTRODUCCIÓN.....	45
5.2. ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS.....	45

5.2.1. Supuestos básicos.....	46
5.2.2. Metodología	46
5.3. RESULTADOS.....	48
5.3.1. Análisis del gasto a nivel municipal y provincial.....	50
5.4. CONSIDERACIONES FINALES	54
APÉNDICE A: <i>COEFICIENTES DE DESIGUALDAD</i>	56
CAPÍTULO 6. PROPUESTA DE POLÍTICA Y CONCLUSIONES.....	61
6.1. EL SEGURO PÚBLICO DE SALUD: PROPUESTA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES	61
6.2. CONCLUSIONES.....	63
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	65

Introducción

Desde los Organismos Internacionales, como así también desde los decisores de políticas públicas se hace creciente el reconocimiento de la influencia de los sistemas de salud en el bienestar de la población. En este sentido, el Informe sobre la Salud en el Mundo, de la Organización Mundial de la Salud (2000), aspira a promover un debate sobre los medios e instrumentos que permitan medir mejor el desempeño de los sistemas de salud.

La meta de salud para todos y la responsabilidad de mejorar la cobertura, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, fue planteada décadas atrás por los Estados Miembros.¹

La mejora y la protección sigue siendo, sin duda, el primordial objetivo de un sistema de salud. Sin embargo, como otras metas vinculadas a la anteriormente expresada, han tomado relevancia la “equidad”, en cuanto a la forma de reducir la desigualdad de acceso a los servicios entre individuos y grupos, y la “sensibilidad” en relación a la capacidad de respuesta a las legítimas expectativas de la población. En particular la preocupación está centrada en la situación de los individuos carentes de recursos para financiar sus necesidades de atención.

La “sensibilidad” y la “equidad” del sistema son los ejes del informe sobre la Salud en el Mundo, que se incorporan a la histórica preocupación de la O.M.S. por el “bienestar físico y mental” de la población. El análisis relacionado con estos objetivos del sistema de salud se realiza mediante una evaluación del desempeño, o una medición de las fallas del mismo. Un elevado número de defunciones prevenibles y/o reducibles, años de vida con algún tipo de discapacidad -en particular en mayor proporción en los pobres, o una distribución inequitativa de la carga financiera asociada a la enfermedad, son medidas de las fallas del sistema sanitario y parte de la evaluación de desempeño del mismo.

La definición de equidad en salud suele ser motivo de controversias debido a que generalmente se utilizan y confunden dos enfoques diferentes: uno relacionado con la equidad en cuanto al nivel y calidad de la salud y, otro que centra su atención en la accesibilidad a los servicios, pero en ambos subyace la idea de desigualdad.

Tomando el primer concepto, la equidad en salud implica que ninguna persona debería estar en desventaja para alcanzar su máximo potencial de salud, idealmente todos deberían tener las mismas oportunidades de llegar a su pleno potencial. Basado en esta definición, el objetivo de una política de equidad y salud no es eliminar todas las diferencias de manera que todas las personas posean el mismo nivel y calidad de salud, debido a que cada persona tiene capacidades y potencialidades diferentes. Por lo tanto, la propuesta es reducir o eliminar aquellas diferencias que resultan de factores que son considerados tanto evitables como injustos.

Considerando el concepto de inequidad en la atención de la salud, se priorizan las definiciones que enfatizan las acciones que apuntan a igualar el acceso a la atención, igualar la utilización de los medios e igualar la calidad de atención.

¹ Su máxima expresión y principal sostén es la Declaración de Alma Ata en 1978.

La equidad y la eficiencia son los pilares de la Economía de la Salud y las medidas del desempeño del Sistema, en términos de justicia social y en términos económicos, respectivamente.

La inequidad como desigualdad evitable y por lo tanto injusta, en la distribución y provisión de bienes y servicios de salud, será observada a partir del “gasto per capita” como medida de la canasta de bienes y servicios de salud.

La respuesta social organizada, a través de la política fiscal, que pretenda ser equitativa, debe considerar los problemas de salud de la población teniendo en cuenta que los casos similares (población con similar riesgo de enfermar y morir) deben ser tratados de manera similar (igual o similar nivel de provisión de bienes y servicios) y los casos diferentes deben ser tratados de manera diferente.

De este modo, la política sanitaria es parte de los instrumentos que tiene el Estado para mejorar la distribución del bienestar de su población. La evaluación del grado de cumplimiento de este objetivo es una evaluación del desempeño del Sistema de Salud, en cuanto al grado de reducción de las inequidades sociales por fuera del propio Sistema de Salud.

Para llevar a cabo la política local, los municipios obtienen recursos a partir de dos fuentes principales: los recursos propios y los de coparticipación. Estos últimos, si bien son recursos genéricos del municipio, presentan una forma de distribución que genera dinámicas particulares en el sistema de salud. Barbieri, Iacobucci y Rocha (1998) han mostrado el vínculo existente entre la coparticipación por variables de salud y el gasto municipal en salud.

Concluyen que existe un marcado sesgo en la distribución de la coparticipación por salud hacia los municipios del interior de la provincia de Buenos Aires en contra de los pertenecientes al Conurbano, asociado esto a la mayor oferta municipal en los primeros. Esto permite advertir un fuerte incentivo de los municipios al sobredimensionamiento de la oferta hospitalaria, debido a que el sistema de distribución se encuentra asociado a variables de producción y capacidad instalada ocupada generando en algunos casos un sobrefinanciamiento en relación al gasto, mientras que en otros, un desfinanciamiento.

La desigualdad en la coparticipación hace que ciertos municipios reciban menos fondos per cápita que otros y este menor nivel de ingresos genera lógicas limitaciones a la hora de decidir el tamaño del gasto, conduciéndolos a un menor nivel de gasto² que al mismo tiempo reduce las transferencias futuras de fondos, conformando una relación circular en donde las brechas se amplían de forma continua.

El objetivo de esta investigación es abordar el tema de la “equidad” en el acceso a bienes y servicios de salud provistos por el sector público en la provincia de Buenos Aires, como una medida de su desempeño y, en línea con la temática planteada emprender el análisis de desigualdad en la distribución del gasto público en salud.

² Un menor gasto en salud, implica una menor producción municipal que afecta las variables que se emplean para la determinación de los coeficientes de distribución secundaria, en el cálculo de la coparticipación.

En el primer capítulo se expone concisamente el debate teórico acerca de la equidad en el campo de la salud y precisa el criterio que será utilizado en el presente trabajo.

El capítulo 2 presenta una breve caracterización del subsector público de la provincia de Buenos Aires a través de indicadores de oferta y producción, que se utilizarán como indicativos del universo analizado y permite dimensionar la magnitud del sistema público de salud, a la vez que introduce consideraciones generales del universo de análisis del presente estudio.

El objetivo del capítulo 3 es establecer una metodología de identificación de partidos pobres diferente de la conceptualización de pobreza de sus habitantes. De esta manera, se puede decir que un municipio es pobre porque posee determinadas características y esto es independiente de las *características definidas* para identificar a la población pobre. La separación de las definiciones entre pobreza de municipios y pobreza poblacional se fundamentan en la hipótesis que se quiere demostrar: "Los pobres de los municipios pobres reciben menos que los pobres de los municipios ricos". Esta clasificación de los municipios es además indispensable para la realización del análisis de equidad del gasto, dado que se utilizará una estratificación a partir de dicha clasificación.

Debido a que la unidad de análisis es el municipio, se desarrollarán dos tipos de análisis diferentes: Intra-municipal e Inter-municipal. En el análisis intra-municipal se emplearán variables que permitan identificar las características de los usuarios del sistema público. Para ello se introduce una discusión acerca de la definición de "usuario" y diferentes metodologías de cálculo. En el análisis inter-municipal se realiza la comparación entre partidos, a partir de la utilización de un índice de riqueza relativa construido a tal fin. La metodología empleada en ambos casos, inexistente en los textos tradicionales, representa una contribución original del presente trabajo.

En el capítulo 4, se desarrolla una metodología, de asignación del gasto público en salud, que permite determinar el gasto real del que se beneficia la población de cada municipio, considerando que la utilización de los distintos establecimientos de salud localizados en un municipio no es exclusiva de sus habitantes, sino que cualquier individuo que demande el servicio será asistido independientemente del lugar donde resida. Por esta razón, en el presente trabajo se realiza la distribución del gasto, para la cual se reasignan los gastos de los establecimientos hospitalarios provinciales y municipales, según el origen de residencia de los habitantes que utilizan los servicios del subsector público lo que constituye un novedoso aporte al entendimiento de las finanzas municipales.

Finalmente, se evalúa la equidad del Gasto Público en Salud por usuario que presentan los distintos niveles de gobierno (Municipal, Provincial y Consolidado) a través de la utilización de diferentes instrumentos e indicadores, y se exponen las principales conclusiones a las que se ha arribado.

En el capítulo 6 se presenta el Seguro Público de Salud como propuesta de política alternativa de mejora en la equidad del gasto, los lineamientos de política contenidos en la propuesta, una alternativa para el financiamiento y las conclusiones de la investigación.

Capítulo 1. Equidad y Salud

Este capítulo tiene como objetivo presentar brevemente el debate acerca del significado de equidad y salud, y establecer el criterio de equidad que será utilizado en la presente investigación, con sus ventajas y limitaciones.

1.1. Concepto de Equidad

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

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

Como asevera el informe de la OPS³ (1999), en la definición de equidad lo importante no es la igualdad en la distribución sino la justicia de la misma.

Sin embargo, es necesario aclarar que el concepto de equidad se utiliza con mayor frecuencia para mostrar un estado de carencia de ésta, es decir, una situación de inequidad, y este último vocablo también es ampliamente confundido y utilizado como sinónimo de desigualdad.

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

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

- Identificación de la situación (variable o dato) observable.
- Clasificación de la situación en igualdad o desigualdad.
- Aplicación de un juicio de valor.
- Interpretación de la situación como equitativa o inequitativa.

³ OPS (1999) División de Salud y Desarrollo Humano: "Principios y conceptos básicos de equidad y salud", Encuentro Internacional: El desafío de la equidad en salud. Octubre de 1999.

Por esta razón, es necesario establecer claramente el criterio de valoración involucrado en el concepto de equidad. Y luego de ello se advierte si las desigualdades o igualdades observadas son o no equitativas.

1.2. Principios de Equidad: Horizontal y Vertical

Cuando la temática planteada es la equidad, es necesario enfatizar dos principios que subyacen al análisis de la misma.

El Principio de equidad horizontal considera que situaciones similares debieran recibir un tratamiento similar.

El Principio de equidad vertical establece que situaciones diferentes merecen ser tratadas de forma diferente

Cuando se analiza la distribución de los recursos estos enunciados pueden ser reformulados de la siguiente manera:

Equidad Horizontal: Asignación de recursos iguales o equivalentes para igual necesidad.

Equidad Vertical: Asignación de diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad (generalmente el concepto de equidad vertical se utiliza como justificación de políticas dirigidas a personas carentes de recursos).

1.3. Equidad en Salud

La equidad en salud puede ser entendida como una forma de alcanzar igualdad a partir del reconocimiento de una desigualdad preexistente que es necesario compensar para lograr en definitiva la igualdad de oportunidades de todas las personas, independientemente del punto de partida. Cada persona debe, en función de la equidad, tener la oportunidad de acceder a aquellas medidas sanitarias y sociales necesarias para proteger, promover y mantener o recuperar la salud.

Podemos enfocar, desde una perspectiva operacional, la relación existente entre las necesidades de la población y las respuestas sociales organizadas para la satisfacción discriminada y equitativa de las mismas.

Desde el punto de vista poblacional, las disparidades existente con respecto a la salud, pueden atribuirse a variables tales como: nivel de ingreso, nivel educativo, grupo étnico, género, distribución geográfica, accesibilidad a los servicios de salud, estado físico-financiero, edad, etc.

Desde el punto de vista de las respuestas a los problemas de salud de la población, la equidad requiere que los casos pertinentes y similares sean tratados de manera similar (equidad horizontal) y los casos pertinentes y diferentes sean tratados de manera diferente (equidad vertical). Estas dos expresiones de la equidad tienen implicancias políticas extraordinariamente diferentes y no pueden aplicarse aleatoriamente a los problemas, sino que deben apelar a algún principio o característica especial del problema que justifique la elección de una sobre otra. Por ejemplo, un Plan Universal de Atención de la Salud, podría concordar con la equidad horizontal sobre la base de que todos necesitan atención de salud en algún

momento. Por otro lado, los programas dirigidos a los pobres concordarían con la equidad vertical. La distinción entre estas situaciones presupone en efecto una particular interpretación de necesidad; en el primer caso, la justificación es que todos necesitan atención de la salud en un sentido biológico, mientras que en el segundo caso, apela a un sentido de necesidad financiera del pobre no aplicable al no pobre.

1.4. Definiciones operacionales del concepto de equidad en salud

Teniendo en cuenta que se intenta cuantificar inequidades en salud, la pregunta inicial que se intenta contestar es ¿cuáles son esas inequidades?. La respuesta no es evidente puesto que habitualmente se utilizan y confunden dos definiciones operacionales diferentes: Una de ellas se relaciona con las inequidades en cuanto al **nivel o resultados en salud**⁴ y, la otra centra su atención en **el acceso y distribución de los recursos en salud**.

1.4.1. Equidad de los resultados en salud

Tomando el primer concepto, Margaret Whitehead⁵ (1990) establece que la equidad en salud implica que todos deberían tener las mismas oportunidades de llegar a su pleno potencial (ninguna persona debería estar en desventaja para alcanzar su máximo potencial de salud).

Basada en esta definición, el objetivo de una política de equidad y salud no es eliminar todas las diferencias de manera que todas las personas tengan el mismo nivel y calidad de salud, debido a que cada persona tiene capacidades y potencialidades diferentes. Por lo tanto, la propuesta es reducir o eliminar aquellas diferencias que resultan de factores considerados tanto **evitables** como **injustos**.

¿Qué diferencias en salud son inevitables y cuáles son innecesarias e injustas?

Whitehead identifica siete determinantes de diferencias en salud:

- Natural, variaciones biológicas.
- Comportamientos que dañan la salud elegidos libremente, como la participación en ciertos deportes y pasatiempos.
- Las ventajas en salud de un grupo sobre otro, cuando el primero adopta un comportamiento de promoción de la salud.

⁴ Resultados en Salud no son resultados de Salud. Como define la OPS-OMS (1992) "Problemas en Salud no son problemas de salud, la denominación de problemas en salud pretende dejar en claro que estos exceden a la dimensión biológica y clínica, para hacerse cargo de todas las dimensiones de lo social relacionadas con la aparición de problemas de salud." Por analogía, se puede extender la definición a resultados en salud y de salud, utilizando la preposición "en" para incluir la dimensión social.

⁵ Whitehead Margaret: "The concepts and principles of equity and health", WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990

- Comportamiento que daña la salud cuando el grado de elección del estilo de vida es restringido.
- Exposición a condiciones de trabajo o de vida insanas o estresantes.
- Acceso inadecuado a la salud básica o a otro servicio público.
- Tendencia de las personas enfermas a moverse hacia abajo en la escala social.

Los tres primeros no son entendidos como inequitativos debido a que son diferencias que pueden ser consideradas necesarias, justas o inevitables. Los determinantes 4, 5 y 6 pueden ser considerados evitables y conducen a diferencias de salud injustas, por lo tanto inequitativas. En el último caso estado de enfermedad que dio origen al empobrecimiento de la persona puede haber sido inevitable, pero la consecuente disminución en sus ingresos es tanto prevenible como injusta, por lo tanto, también esta situación es considerada inequitativa.

Analizar las condiciones de salud de la población (según su potencial de salud) requeriría profundizar en aspectos indicadores que se relacionen con la salud en forma positiva, sin embargo, la usualmente se vincula a factores negativos, tales como la morbilidad, la discapacidad o la mortalidad.

Clyde Hertzman⁶ (1990) presenta un análisis similar al de Whitehead considerando tres dimensiones para investigar las diferencias de salud:

Etapas del ciclo de vida de los individuos (divide los tipos de enfermedades en cuatro grupos de edad): 1. Perinatal: Gestación hasta 1 año. 2. Desventuras: 1-44 años. 3. Enfermedades crónicas: 45-74 años. 4. Senilidad: 75 y más.

Características de la población: 1) Status Socioeconómico, 2) Grupo étnico y migraciones, 3) Factores Geográficos, 4) Género, 5) Población especial.

Factores explicativos de las diferencias: 1. Causalidad inversa⁷. 2. Diferentes susceptibilidades. 3. Estilo de vida individual. 4. Medio ambiente material. 5. Medio ambiente social. 6. Acceso diferente en respuesta a los servicios de atención de la salud.

Este marco de análisis tridimensional de las desigualdades, ilustra la complejidad que involucra un estudio en el que se consideran más de dos variables. Por esta razón, la mayoría de los trabajos de equidad en el nivel de salud se abstraen de algunas de las dimensiones y analizan los indicadores sólo en dos dimensiones considerando las etapas del ciclo de vida como una característica más de la población.

⁶ Hertzman C., "Where are the Differences which make a Difference? Thinking about the Determinants of Health". Working Paper N°8, Toronto, Canadian Institute for Advanced Research, 1990.

⁷ Esta categoría permite la disyuntiva acerca del orden causal que genera la diferencia en salud, es decir, si la diferencia en salud determina cierta dimensión o es determinada por la misma.

1.4.2. Equidad en la Provisión y Distribución de los recursos en salud

Considerando el concepto de equidad en la provisión de los recursos en salud, se adopta la definición que apunta a igualar el acceso a los servicios y atención de la salud, así como, a igualar la utilización de los medios y la calidad de atención, teniendo en cuenta las diferencias socioeconómicas y regionales.

En este punto es necesario hacer explícito que el concepto de acceso en este trabajo es considerado en un sentido amplio. Frecuentemente se vincula la palabra acceso sólo con el acceso a los servicios médicos. Sin embargo, existen muchos otros determinantes de tal acceso, que quedarían excluidos si se adoptara una definición tan restringida. Pracilio⁸ (1998) realiza una clara exposición de las habituales limitaciones a la accesibilidad de los servicios de salud.

Barreras geográficas: determinadas por la distancia, el tiempo y los accidentes geográficos que dificultan el acceso a la atención. Se superan mediante una adecuada distribución espacial de los recursos.

Barreras económicas: derivadas principalmente del pago directo en el momento de la atención, ya sea en forma de coseguros, honorarios profesionales, gastos sanatoriales, medicamentos e incluso los gastos de transporte que para ciertos grupos de población resultan significativos. La atención gratuita en los servicios públicos de salud, no es suficiente en muchos casos para eliminar totalmente las barreras económicas a la accesibilidad.

Barreras legales: constituidas por los diversos sistemas de seguridad social que cubren diferentes grupos de población, y por lo tanto condicionan el uso de los servicios, según exista o no relación contractual con los mismos, o de acuerdo al tipo y grado de cobertura prestacional acordada.

Barreras administrativas: condicionadas por la multiplicidad de requisitos y trámites administrativos que establecen los sistemas de atención de salud para acceder al uso de los servicios.

Barreras culturales: determinadas por las diferencias entre la cultura de la población, y las formas habituales de prestación de los servicios profesionales. En general, estos se basan en un modelo de atención propio de la subcultura médico-científica y la pertenencia cultural del profesional actuante, lo que muchas veces crea una distancia insalvable con los códigos y pautas culturales de las personas y comunidades pertenecientes a otra cultura.

La mayoría de los estudios que se realizan bajo este enfoque apuntan a medir, principalmente, la distribución de los servicios y/o de los recursos monetarios y el análisis de la equidad en la distribución frecuentemente se realiza utilizando alguna de las siguientes interpretaciones:

⁸ Pracilio Horacio: "El Sistema de Salud", Modulo 2 editado por la cátedra de "Salud, Medicina y Sociedad, Facultad de Medicina, UNLP, La Plata, 1998.

En términos de un mínimo estándar, y en este caso para que la distribución sea equitativa toda persona tiene que tener al menos una cantidad mínima del servicio o recurso analizado.

En términos de igualdad, donde todas las personas con iguales necesidades deben consumir la misma cantidad del servicio o recurso en cuestión.

Considerando el primer enfoque puede decirse que la distribución del servicio es equitativa cuando toda persona que necesita recibe un mínimo estándar de atención.

Si se aplica la segunda definición, la distribución del servicio es equitativa si a la misma necesidad se da el mismo tratamiento.

1.5. Justificación y responsabilidad del criterio de equidad

Como afirma el trabajo de la OPS (1999) "la responsabilidad de la prueba está en demostrar que una situación dada es injustamente desigual, y se requiere construir una argumentación social que justifique cambiar algún aspecto del orden establecido y modificar la asignación de los recursos públicos en intervenciones que pueden corregir la disparidad percibida."

Por ello es necesario ofrecer una definición operacional de equidad, concreta y precisa determinando, por un lado, la situación a observar y por otro, la apreciación de la misma en términos de justicia social.

La formulación de políticas tendientes a reducir las desigualdades en salud, requiere de una visión amplia de los determinantes de salud de la población. Se parte del concepto de que "la salud individual y colectiva es el resultado de la relación que se da en una sociedad entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos". Como "producto social", depende de acciones intersectoriales y políticas que influyen sobre las condiciones de vida de las personas. Es decir, que no solamente los servicios de atención producen salud, sino también los individuos, las familias, y las comunidades (sociedad civil, organizada y el Estado)⁹.

Es por eso que la equidad en el **acceso a los servicios de salud**, es sólo parte de los determinantes de la equidad en salud o de los resultados en salud.

En ese sentido, el tema planteado en la presente investigación contribuye de manera indirecta y parcial a evaluar la inequidad de uno de los tantos factores que determinan el nivel de salud del grupo poblacional usuario de los servicios públicos. Para ello se mide la existencia o no de desigualdades en la distribución del gasto en salud como una medida de las diferencias de "acceso" a la salud esencial y a otros servicios básicos, es decir, se supone que el gasto en salud conlleva implícita una canasta de servicios de salud, por lo tanto, las desigualdades en el gasto implicarían canastas desiguales.

El hecho de medir la "desigualdad relativa" en el mismo grupo socioeconómico de diferentes municipios, permite conocer si se cumple con el principio de equidad horizontal, dado que se están observando grupos sociales iguales que poseen una característica común (nivel

⁹ "Estado y Mercado en Salud. Una aproximación desde la Economía de la Salud". Medicina y Sociedad Año 1999.

socioeconómico), con presuntas necesidades iguales determinadas exclusivamente por tal característica y que deberían recibir recursos (canastas) iguales.

Por otra parte, si bien se reconocen las limitaciones del enfoque adoptado: "enfoque de los servicios de salud y su accesibilidad", como medida de la equidad del Sistema de Salud en su sector público, el hecho metodológico de poner la mirada sobre la pobreza relativa, implica reconocer que la gente no se enferma aleatoriamente, sino con relación a factores sociales, ambientales y políticos, al contexto de vida y de trabajo, como así también a factores biológicos y ambientales, que están distribuidos en forma desigual entre la población.

Es decir, que al evaluar las diferencias del gasto público, como una representación de las diferencias de acceso a los servicios de salud, entre personas con la misma presunta necesidad se asegura que las disparidades en salud, identificadas por Whitehead como inequitativas, son implícitamente reconocidas en el análisis.

El que existan importantes disparidades en salud entre grupos socioeconómicos, así como por categorías de género y origen étnico, demuestra el estrecho vínculo existente entre los resultados en salud y las condiciones de vida¹⁰.

Si demostramos que existe desigualdad, ante grupos sociales iguales, con presuntas necesidades iguales podemos asociar la desigualdad a la inequidad.

La desigual distribución de los recursos ante necesidades similares se considera injusta y por tanto inequitativa.

En síntesis, estas ideas fueron sintetizadas por el George Alleyne¹¹ (1999), Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) :

... "La equidad se refiere a diferencias que son innecesarias o reducibles y son incorrectas e injustas. El concepto de la justicia incluye obviamente un juicio moral y es, por consiguiente, intrínsecamente difícil. Al igual que con los resultados de salud, de la misma manera las inequidades en los factores determinantes de la salud son aquellas que no deberían existir. Cada persona debe, en función de la equidad, tener la oportunidad de acceder a aquellas medidas sanitarias y sociales necesarias para proteger, promover y mantener o recuperar la salud".

¹⁰ "Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores determinantes, sociales y económicos." OPS-OMS. Octubre de 1999.

¹¹ Alleyne, George: En "Principios y conceptos básicos de equidad y salud. El desafío de la equidad en salud". Seminario Taller Educativo y Jornadas de Discusión Ciudad de Buenos Aires, 2000.

Capítulo 2. Caracterización del Sector Salud

Los esfuerzos realizados por la Provincia de Buenos Aires en los últimos años en materia de salud resultaron en logros importantes como la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la accesibilidad a través de la construcción de nuevos hospitales, el mejoramiento del abastecimiento de los centros asistenciales, la provisión de medicamentos de alto costo a pacientes bajo programa, el incremento de recuperación de costos a través del SAMO, etc.

El logro más significativo de la gestión fue la reducción de la mortalidad infantil. Entre el año 1994 y el año 1999, la mortalidad infantil descendió en cuatro puntos, de 20,7‰ a 16,7‰, este resultado se obtuvo principalmente por la disminución de la mortalidad neonatal (10,4 ‰ a 6,3‰), que es la más relacionada con la calidad de la atención en los servicios de salud.

Desde lo institucional se ha fortalecido la regionalización sanitaria, la relación con los municipios a través de los Consejos Regionales y la propuesta de reformulación del modelo prestacional y de gestión que dio origen al Seguro Público de Salud (ya implementado en varios municipios).

El objetivo del presente capítulo es hacer una revisión de la situación actual del Sector Salud de la Provincia de Buenos Aires, poniendo especial énfasis en los aspectos relacionados con la provisión del servicio y la producción de los efectores públicos.

2.1. Provisión del Servicio de Salud

En la prestación de servicios públicos de salud en la Provincia de Buenos Aires coexisten los tres niveles de gobiernos (Nacional, provincial y municipal). Para mostrar el estado de situación actual se cuenta con información de establecimientos públicos con y sin internación y cantidad de camas disponibles, para el año 1999.

ESTABLECIMIENTOS CON Y SIN INTERNACIÓN POR DEPENDENCIA SUBSECTOR OFICIAL -AÑO 1999-

Nivel de Gobierno	Establecimientos			Camas Disponibles		
	Con internac.	Sin internac.	Total	Polivalentes	Asilares	Total
Nacional	4	1	5	1.516	-	1.516
Provincial	71	12	83	13.014	-	13.014
Municipal	254	1.519	1.773	9.830	2.209	12.039
Total	329	1.532	1.861	24.360	2.209	26.569

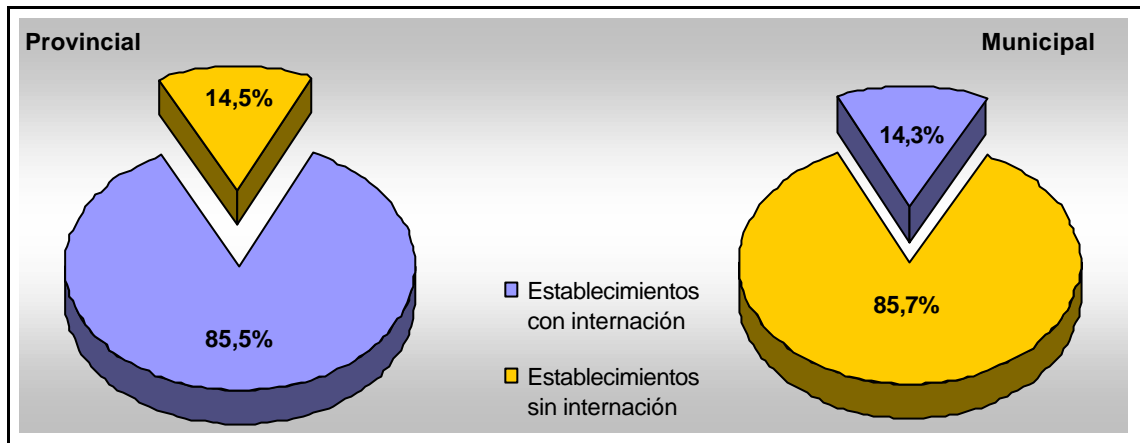
Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Como puede observarse, los establecimientos con internación provinciales y municipales representan el 98,8% de la oferta total de establecimientos de este tipo, mientras que la mayoría de los establecimientos sin internación corresponden al nivel municipal (99,2%).

Si se analiza la estructura relativa de los establecimientos por niveles de gobierno, provincial y municipal, se observa claramente una relación inversa. Del total de establecimientos

provinciales, el 85,5% poseen internación, mientras que en el nivel municipal, similar porcentaje corresponde a establecimientos sin internación.

**ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS POR DEPENDENCIA
SUBSECTOR OFICIAL -AÑO 1999-**



La distribución de los establecimientos según niveles de gobierno evidencia una clara concentración en el nivel municipal. Del total de hospitales localizados en la provincia el 77,2% son de dependencia municipal, el 21,6% son provinciales y sólo el 1,2% corresponden al nivel nacional. La concentración es aún mayor en los establecimientos sin internación, donde el 99,2% pertenecen al nivel municipal.

En relación a la oferta de camas para internación, se observa que no existen camas asilares ni en el nivel provincial ni en el nacional, sino que la totalidad de las mismas se concentra en establecimientos del nivel local. Si se consideran únicamente las camas polivalentes, se observa que el 53,4% de las mismas corresponden a la provincia, el 40,4% al nivel municipal y sólo el 6,2% pertenecen a establecimientos del nivel nacional.

Por lo tanto, si bien el número de establecimientos en dependencia municipal es superior al provincial, estos últimos poseen un mayor número de camas. El promedio de camas de agudos por establecimiento es de 183 para los hospitales provinciales y de sólo 39 para los municipales. En el primer caso la escala del establecimiento está asociada a la posibilidad de dar respuesta a la atención y resolución de patologías más complejas.

Este resultado se debe a que, en general, los establecimientos provinciales presentan mayor complejidad que los municipales y esto generalmente se asocia a establecimientos con mayor escala de producción de servicios finales e intermedios que permiten atender a las demandas de servicios de alta complejidad; a diferencia de lo que en los establecimientos municipales donde se concentra la mayor parte de las demandas de baja complejidad.

2.2. Variables de Producción Hospitalaria

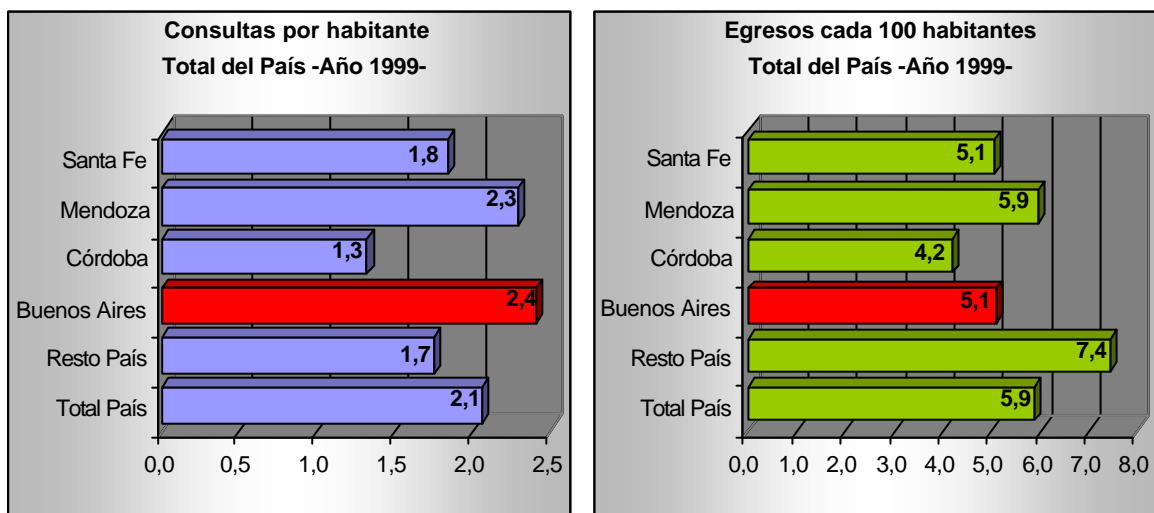
El estado de situación actual de la producción de servicios hospitalarios se observa mediante el comportamiento de la cantidad de egresos y consultas. El número de consultas

públicas (médicas y odontológicas) por habitante, asciende a 2,4; esto significaría en promedio todos los habitantes de la provincia estarían haciendo entre dos y tres consultas al año en establecimientos oficiales, mientras que se registran 5 egresos cada 100 habitantes.

**PRODUCCIÓN HOSPITALARIA POR DEPENDENCIA
SUBSECTOR OFICIAL – AÑO 1999**

	Nivel de Gobierno			
	Nacional	Provincial	Municipal	Total
Consultas	551.878	10.133.914	22.466.447	33.152.239
Egresos	22.256	369.021	325.179	716.456

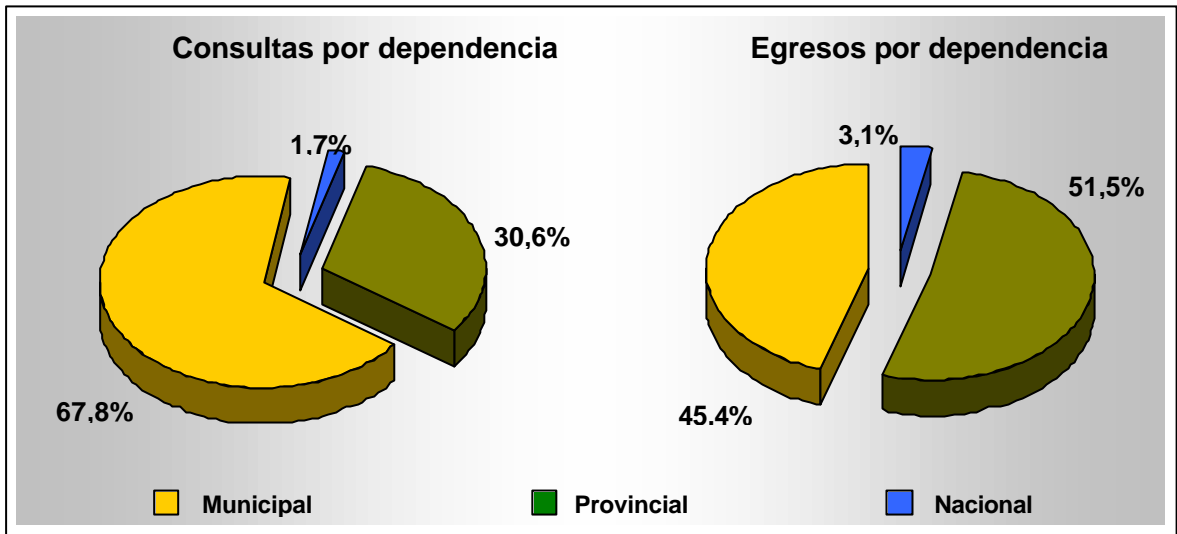
Para dar cuenta de la magnitud que posee el sistema de salud que opera en la provincia de Buenos Aires, basta con mencionar que en ella se realizan el 43,6% de las consultas totales del país y el 33,3% de los egresos.



Si se comparan las provincias de similar nivel de desarrollo, se observa que Buenos Aires posee un índice de consultas por habitante equiparable al de Mendoza y levemente superior al promedio nacional y un nivel de egresos cada 100 habitantes similar al de Santa Fe, inferior a Mendoza y al resto del país pero muy por debajo del promedio nacional.

La mayor parte de las consultas, principalmente las de primer nivel de atención, se realizan en los efectores de dependencia municipal que absorben casi el 68% del total. Sin embargo, resulta elevado el porcentaje de consultas que aún siguen efectuándose en los hospitales provinciales de mayor complejidad, lo que estaría significando que tales hospitales atienden consultas de baja complejidad.

Del total de egresos que se realizan en los efectores localizados en la provincia, el 50% se concentra en los hospitales de dependencia provincial resultado que difiere significativamente del observado para el caso de las consultas.



Capítulo 3. Identificación y definición de indicadores

3.1. Introducción

El presente capítulo identifica y describe las variables necesarias para probar la hipótesis de que los "individuos pobres" que viven en "municipios pobres" se encuentran en una situación de inequidad (en sentido horizontal¹²) en relación con los "individuos pobres" que habitan "municipios ricos", respecto a los beneficios recibidos a través del sistema público de salud.

Para ello es necesario definir dos categorías de "pobreza" una municipal y otra poblacional. Es decir, se debe elaborar una metodología para la identificación de "municipios pobres" diferente de la conceptualización de "pobreza de sus habitantes". De esta manera, un municipio es pobre cuando posee determinadas características y éstas son independientes de aquéllas empleadas para identificar la pobreza de su población.

La utilización de un enfoque que distingue entre pobreza municipal y pobreza poblacional, se debe a que **la unidad de análisis es justamente el municipio**, y por tanto, una de las diferencias fundamentales con los trabajos de impacto distributivo tradicionales¹³ es que éstos analizan, a partir de encuestas de hogares, la forma en que impacta la política fiscal sobre la distribución del ingreso personal (o familiar) y su unidad de análisis es el individuo (o la familia). Estos estudios analizan equidad en sentido vertical, observando la desigualdad que existe entre el gasto del que se benefician las personas pobres y las ricas, y definen pobreza según los ingresos percibidos.

El presente informe comprende un análisis de equidad que opera en ambos sentidos. En sentido horizontal respecto de la población, es decir, la población estudiada se supone homogénea en cuanto a las necesidades de servicios y acciones en salud, determinadas por su similar condición socioeconómica; y en sentido vertical respecto de la situación de pobreza o riqueza de los municipios.

Para distinguir ambos tipos de análisis, se hace referencia a dos enfoques de pobreza diferentes: Intra-municipal e Inter-municipal.

En el enfoque intra-municipal se identifica la pobreza que existe hacia el interior del municipio y se mide a través de indicadores que caracterizan la población del mismo.

En el enfoque inter-municipal se realiza una comparación entre los partidos con el objetivo de caracterizar la pobreza relativa de los mismos. Por esta razón, se definen ciertos indicadores que resultan distintivos de los partidos y no de su población.

¹² Para una completa discusión acerca de los criterios de "equidad" y su aplicación al campo de la salud, ver Capítulo 1.

¹³ Gasparini y Alaimo (2000); Diéguez (1991); Flood, Harriague y otros (1994); Porto y Gasparini (1995); Llach y Montoya (1999); Petrei (1988); De la Puente y Tarragona (1997), entre otros.

3.2. Criterio y clasificación de la población. Análisis Intra-municipal

Tradicionalmente, para determinar si un individuo es pobre o no lo es, se emplean distintos criterios o indicadores, según sea la carencia que se intenta evaluar. Los indicadores más utilizados en Argentina son: i) el índice de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), ii) el criterio de la Línea de Pobreza (LP) o Indigencia (LI) y iii) el IDH (Índice de Desarrollo Humano).

El primero de los indicadores mencionados (índice de NBI) permite determinar las carencias estructurales de los hogares, es decir, aquéllas privaciones de carácter más permanente (condiciones sanitarias y de precariedad de la vivienda en que habitan, grado de dependencia de un trabajo, nivel de instrucción del jefe de hogar y hacinamiento). Los criterios de pobreza por ingresos (LP y LI), intentan determinar las carencias coyunturales de la población o los hogares a través del análisis de los ingresos percibidos en el período corriente, entendiéndolo como el determinante más inmediato de la capacidad de consumo de las familias o los individuos. Por último, el IDH (Índice de Desarrollo Humano) elaborado por las Naciones Unidas, combina características estructurales y coyunturales con el objetivo de definir el grado de desarrollo de un país.

Sin embargo, a pesar de la utilidad que puede tener el uso de cualquiera de estos índices, ninguno de ellos resulta apropiado para satisfacer el objetivo del presente informe. El índice NBI, si bien se elabora a nivel de municipios, tiene periodicidad censal, lo que implica que el último dato disponible para Argentina corresponde al Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991. Debido a los cambios estructurales por los que ha atravesado nuestro país en la última década, se estima que ya no resultaría apropiado para reflejar la situación actual¹⁴.

Para la determinación del porcentaje de hogares o población por debajo de la línea de pobreza se realizan tres relevamientos muestrales anuales sólo en los centros urbanos más importantes del país, por lo que no es posible su desagregación a nivel de municipios¹⁵.

Finalmente, tampoco es posible acceder a información periódica del IDH por municipios, razón que impide su utilización a los efectos del presente informe.

Por lo expuesto, los indicadores tradicionales no resultan apropiados para definir la situación de pobreza-riqueza de los habitantes de cada municipio lo que obliga a utilizar criterios alternativos.

Por este motivo, se adopta el supuesto de que la utilización de los servicios públicos de salud es efectuada principalmente por los individuos de menores ingresos. Por lo tanto, cada

¹⁴ Sólo considerando las reformas introducidas por los planes de Obra Pública ejecutados tanto por el gobierno nacional como por los gobiernos provinciales y municipales que mejoran la infraestructura habitacional y sanitaria, el cambio de localización de villas miseria, el establecimiento de nuevos asentamientos, y las modificaciones implementadas en el sistema educativo a partir de la Ley Federal de Educación, es previsible un cambio altamente significativo en el índice no sólo a nivel global sino también en cuanto a su composición.

¹⁵ En particular, en la Provincia de Buenos Aires la Encuesta Permanente de Hogares se realiza en cuatro centros urbanos: Gran La Plata, Mar del Plata, Bahía Blanca y Aglomerado Gran Buenos Aires.

usuario del sistema público será considerado "pobre", siempre que no posea cobertura de obra social, mutual o prepaga, a efectos de determinar las carencias o necesidades individuales. En este sentido, el concepto de pobreza a emplear, se asimila a la "falta de cobertura o a la carencia de recursos individuales para financiar la asistencia sanitaria", noción que dista de las definiciones tradicionales¹⁶.

La idea de asociar al usuario del sistema público con la pobreza (tal como se ha definido) se justifica en que la mayoría de los trabajos de impacto distributivo del gasto social en la Provincia de Buenos Aires concluyen que existe una fuerte focalización del mismo hacia los sectores de menores ingresos. El trabajo de Alaimo, Cuenin, Gasparini Ravassa y Vúletin¹⁷ concluye que el gasto en salud está dirigido principalmente a los pobres "en particular por el fuerte sesgo pro-pobre existente en el interior de la Provincia" y muestra los resultados en coincidencia, de varios trabajos de incidencia del gasto público social (particularmente en lo que se refiere al gasto en salud).

INCIDENCIA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD ESTRUCTURA PORCENTUAL POR QUINTILES

Trabajos	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Petrei (1988)	51%	17%	19%	8%	4%
Dieguez et al. (1991)	44%	23%	17%	11%	5%
Flood y otros (1994)	37%	16%	26%	15%	5%
Gasparini y Porto (1995)	35%	17%	25%	16%	7%
DNPGS¹⁸ (1999)	42%	24%	16%	13%	5%
Llach y Montoya (1999)	37%	16%	26%	15%	5%
Gasparini y Alaimo (2000)	45%	21%	20%	10%	4%

Fuente: "El impacto distributivo del gasto público en sectores sociales en la Provincia de Buenos Aires" (2000).

Como puede observarse, el gasto público en salud se encuentra sesgado a los quintiles de menores ingresos. Considerando los dos primeros, la incidencia del gasto en salud presenta un rango de oscilación que varía entre el 50% y el 70%, mientras que el quintil de ingresos más altos presenta una posición estable cercana al 5%¹⁹.

¹⁶ En particular, la definición de "cobertura" adoptada se limita a considerar la "cobertura financiera" en sentido estricto, definida como aquella que posee la población que pertenece a sistemas de seguros que se hacen cargo de financiar su atención según su capacidad de pago.

¹⁷ "El impacto distributivo del gasto público en sectores sociales en la Provincia de Buenos Aires", Cuadernos de Economía N°50, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Año 2000.

¹⁸ Dirección Nacional de Programación del Gasto Social.

¹⁹ La utilización del sistema público de salud por parte del quinto quintil se encuentra preponderantemente vinculada a emergentología.

3.3. Usuarios del Servicio Público de Salud

La cantidad de **usuarios del sistema público de salud**, representa la demanda de los servicios sanitarios que brinda el estado (medida en cantidad de personas) y puede ser estimada sobre la base de los egresos²⁰ o de las consultas²¹ efectivamente realizadas.

El “gasto por usuario” estaría indicando lo que está gastando el sector público en las personas que efectivamente demandan el servicio. En función de la hipótesis de trabajo, se utilizará como prorrateador del gasto, la variable “usuario sin cobertura”, que permite determinar con mayor precisión cuál es la capacidad de gasto que posee el Estado para atender a la población más desfavorecida.

Metodología de cálculo de usuarios sin cobertura

Por primera vez para la Provincia de Buenos Aires, se presenta una metodología que permite determinar la cantidad de usuarios del sistema público utilizando como base las consultas que realizan los habitantes de cada municipio en efectores de dependencia municipal y provincial.

La importancia de la aplicación de este procedimiento radica en que la demanda de atención ambulatoria presenta patrones preestablecidos según factores sociales, económicos, ambientales y culturales que difieren entre comunidades. La elección de esta variable se fundamenta en que existen estudios previos para la Provincia de Buenos Aires que presentan tasas de uso²² de consultas por grupos de edad, mientras que tal desagregación no fue identificada para la variable “egresos”.

La utilización de tasas de uso de consultas por grupos de edad, para el cálculo de los usuarios totales del sistema, presenta al menos dos ventajas importantes: en primer lugar, permite transformar a las consultas en usuarios por grupos de edad, en segundo lugar, brinda la posibilidad de reflejar en el número y composición de los usuarios de cada municipio la estructura particular de su población.

La metodología propuesta utiliza los conceptos de “ocurrencia” y “residencia”.

Para el caso de las consultas, se entiende por **consultas por ocurrencia** a todas aquéllas que ocurren dentro de los límites geográficos de un municipio, independientemente del lugar donde vivan quienes las realizan.

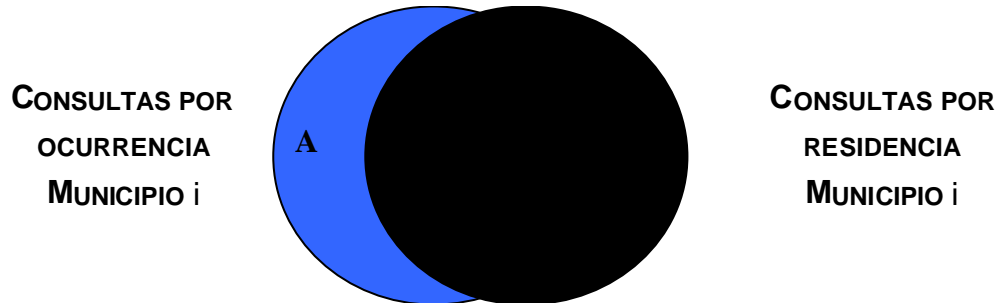
²⁰ Un egreso se define como la salida de un establecimiento de un paciente que fue admitido en un servicio y ocupó una cama.

²¹ Una consulta es la atención brindada por un médico u odontólogo a un paciente ambulatorio, incluyendo las brindadas a una persona sana.

²² Tasa de uso de consultas: Es un indicador que permite orientarse acerca de la demanda potencial de distintos tipos de servicios en una población y tiempo dados. Indica la cantidad de veces en promedio que un individuo asiste a una consulta en un año.

Se entiende por **consultas por residencia** a todas aquéllas que efectúan los residentes de un municipio, independientemente del lugar en que las realicen.

Para clarificar estos conceptos obsérvese el siguiente diagrama:



Las consultas totales que se realizan en el municipio i (Consultas por Ocurrencia Municipio i) están representadas por las áreas A y C. El área A representa la proporción de esas consultas que realiza la población residente en otros municipios. El conjunto “Consultas por residencia Municipio i” simboliza el total de las consultas que realiza la población del Municipio i y está compuesto por las áreas C y B, esta última muestra la parte de éstas que se efectúan en otros municipios. La intersección, representada por el área C, comprende la cantidad de consultas realizadas por los residentes del municipio que se atienden en el propio municipio.

Conocido es que los individuos no basan la elección del lugar a ser atendidos sólo por razones de residencia, sino que existe un gran número de factores que influyen en tal decisión. Entre los múltiples orígenes que posee este fenómeno pueden citarse:

- Necesidad de un servicio de mayor complejidad el cual no se encuentra en su partido de residencia.
- Proximidad geográfica, del lugar de residencia habitual o del lugar de trabajo, a un efector que pertenece a otro municipio.
- Prestigio del efector o de los profesionales y técnicos que se desempeñan en él.
- Necesidad de atención médica de emergencia y accidentología.
- Existencia de convenios con obras sociales, mutuales, etc.
- Existencia de costos de traslado u otros costos (aranceles, cuotas, contribuciones, etc.) para hacer uso de los servicios.
- Falta de accesibilidad debido a cuestiones administrativas, legales y/o burocráticas.

De este modo, gran parte de los municipios se convierten en “derivadores o receptores involuntarios netos²³” de usuarios, y este efecto no es captado por las metodologías

²³ Este resultado no implica, necesariamente, la existencia de una política municipal activa de expulsión o recepción de usuarios, sino que es consecuencia de factores externos al control de las autoridades municipales, asociado a la red de establecimientos por complejidad creciente entre los municipios de la provincia de Buenos Aires.

convencionales de asignación. Por esta razón, en este trabajo se emplean las consultas por residencia.

Consultas en efectores de dependencia municipal

La información que suministra cada municipio comprende el total de consultas médicas y odontológicas que se realizan en el conjunto de efectores públicos de dependencia municipal, sin discriminar el lugar de origen de quienes las efectúan. Para obtener las consultas por residencia, se distribuyen las consultas por ocurrencia según la estructura que presentan los egresos de tales efectores²⁴.

$$C_{MR} = EE_M \times C_{MO}$$

donde:

C_{MR} denota a la matriz de consultas municipales por residencia de la población de los 134 municipios (Rango: 134 x 1).

EE_M es la matriz que contiene la estructura porcentual de los egresos municipales por origen de residencia (Rango: 134 x 134).

C_{MO} es la matriz de consultas por ocurrencia realizadas en los efectores municipales (Rango: 134 x 1).

Consultas en efectores de dependencia provincial

La mayoría de los hospitales de dependencia provincial presenta un grado de complejidad superior al que poseen los hospitales de dependencia municipal. Esta característica del sistema público introduce una diferencia sustancial entre el comportamiento de los egresos y las consultas en cada uno de estos niveles de gobierno.

En el ámbito municipal tanto unos como otras tienen un carácter local y la estructura por residencia de ambas variables presenta características similares. En cambio, a nivel provincial, se produce una desvinculación entre el patrón de comportamiento de las consultas y el correspondiente a los egresos. Los egresos responden a una demanda por complejidad, con una amplia dispersión del lugar de residencia de los usuarios. Las consultas presentan diferentes características según sean de primer nivel de atención o de segundo y tercer nivel. Mientras que las primeras responden a una demanda de carácter local, las últimas lo hacen siguiendo el comportamiento de los egresos, es decir, por complejidad.

Por este motivo, la metodología utilizada reasigna las consultas provinciales utilizando un coeficiente de corrección que permite captar el efecto producido por el factor geográfico asociado a las consultas de primer nivel.

²⁴ Si bien la estructura de los egresos puede no guardar exacta relación con la correspondiente a las consultas, existe un patrón de comportamiento muy similar que permite justificar la metodología adoptada. Esta forma de distribución de las consultas ha sido avalada por expertos del sector.

De este modo se procede como sigue:

El coeficiente corrector se aplica a las consultas de cada hospital provincial, el número obtenido es una estimación de las consultas de primer nivel de atención que se asignan por ocurrencia, es decir, al partido donde se encuentra situado geográficamente el efector.

Las consultas restantes, se asignan por origen de residencia de los egresos.

El coeficiente corrector está en función del grado de complejidad de cada hospital. Cuanto mayor es el nivel de complejidad, menor es el valor del coeficiente debido a que la mayor parte de las consultas corresponden al segundo y tercer nivel de atención.

Este coeficiente fue estimado en 0,2 para los hospitales de complejidad VIII; 0,5 para los que poseen complejidad VI y 0,7 para los de complejidad IV²⁵.

Así, las consultas provinciales totales asignadas a cada municipio resultarán de la siguiente función:

$$C_{PR} = p \times C_{PO} + (1-p) \times (EE_P \times C_{PO})$$

donde:

C_{PR} denota a la matriz de consultas provinciales realizadas por la población de los 134 municipios (Rango: 134 x 1).

EE_P es la matriz que contiene la estructura porcentual de los egresos provinciales por origen de residencia (Rango: 134 x 134).

C_{PO} es la matriz de consultas efectuadas en los efectores provinciales (Rango: 134 x 1).

p es una matriz diagonal que capta el efecto geográfico, y comprende los coeficientes de corrección asignados a los efectores provinciales según el nivel de complejidad (Rango: 134 x 134).

Consultas totales

Mediante la suma de las consultas municipales y provinciales se obtiene el total de consultas realizadas por la población de los diferentes partidos.

$$C_{TR} = C_{MR} + C_{PR}$$

donde:

C_{TR} es la matriz del total de consultas realizadas por la población de cada partido. (Rango: 134 x 1).

C_{MR} denota a la matriz de consultas municipales por residencia (Rango: 134 x 1).

²⁵ "Elaboración del Plan de Acción en Materia de Reforma Hospitalaria y Sistemas Locales de Salud". Cáceres, S., De La Puente, C. De Lena, S.; Diotto, M. R., Fiorucci C., y Perazzo, A. Proyecto PNUD ARG 97/022, Febrero de 2000.

C_{PR} es la matriz de consultas provinciales por residencia de los 134 partidos (Rango: 134 x 1)

Usuarios

La cantidad de usuarios se obtiene a partir de relacionar el total de consultas con la **tasa de uso de consultas** ajustada por edad. Para ello se procedió como sigue:

Se dividió a la población de cada partido en cuatro grupos de edad²⁶ :

Población menor de 1 año.

Población entre 1 y 5 años.

Población de 6 a 49 años.

Población mayor de 50 años.

La conformación de los grupos fue realizada de modo tal de hallar coincidencia con las bandas etáreas empleadas para la estimación de las tasas de uso por edad publicadas por Aranguren y Rezzónico (1998) que serán utilizadas posteriormente para el cálculo del número total de usuarios.

Para estimar la cantidad de consultas por banda etárea para cada municipio, se ponderan las consultas totales del municipio por el porcentaje que cada grupo representa en los egresos totales y se obtiene.

$$C_{1i} = C_{ti} \cdot e_{1i}$$

$$C_{2i} = C_{ti} \cdot e_{2i}$$

$$C_{3i} = C_{ti} \cdot e_{3i}$$

$$C_{4i} = C_{ti} \cdot e_{4i}$$

Donde:

c_{ji} representa las consultas estimadas del grupo de edad j del municipio i , con $j = 1, 2, 3, y 4$ e $i = 1, 2, \dots, 134$.

c_{Ti} representa las consultas totales del municipio i , donde $i = 1, 2, \dots, 134$.

e_j representa la participación de los egresos del grupo de edad j respecto del total de egresos del municipio i . Donde $j = 1, 2, 3 y 4$ e $i = 1, 2, \dots, 134$.

La cantidad de usuarios de un municipio surge de dividir el número de consultas estimadas (c_{ji}) por las correspondientes **tasas de uso promedio de consultas** para cada grupo de edad²⁷:

²⁶ Según información brindada por la Dirección Provincial de Estadística para 1999.

Menores de 1 año = 10 consultas/año

Niños de 1 a 5 años = 6 consultas/año

Población de 6 a 49 años = 4 consultas/año

Población mayor de 50 años = 6 consultas/año

De este modo se estima la cantidad de usuarios del sistema para cada municipio y por cada grupo.

$$u_{ji} = c_{ji} / tu_j$$

Donde:

u_{ji} es el total de usuarios del grupo de edad j del municipio i . Con $j = 1, 2, 3, y 4$ e $i = 1, 2, \dots, 134$.

tu_j es un escalar que identifica la tasa de uso del grupo j . ($j = 1, 2, 3, y 4$).

La cantidad estimada de usuarios totales por municipio surge de sumar los usuarios potenciales por banda etárea estimados.

$$U_{Ti} = \sum u_{ji}$$

Donde:

U_{Ti} es el total de usuarios del sistema público de salud del municipio i , calculado sobre la base de las consultas ajustadas por edad.

Usuarios sin cobertura

Una vez obtenido el número de usuarios de cada municipio, el último paso consiste en la determinación de cuántos de ellos son los que no poseen cobertura de ningún tipo. Para ello se ha ponderado el total de usuarios de cada municipio por la tasa de no-cobertura. Esta tasa fue calculada sobre la base de la información de egresos sin cobertura debido a que los datos disponibles para consultas sin cobertura contiene un número importante de éstas sin especificar, lo que resta significancia estadística. Por lo tanto, se utiliza la relación entre egresos sin cobertura y egresos totales ocurridos en el municipio (en efectores de dependencia municipal y provincial).

$$U_{sc} = SC \times U_T$$

Donde:

²⁷ Aranguren y Rezzónico (op. cit.) presentan diferentes hipótesis para el comportamiento de las consultas, definiendo distintos intervalos a partir de suponer escenarios de mínima, de máxima e intermedios. En el presente trabajo se utiliza la hipótesis intermedia.

U_{sc} representa a la matriz de usuarios sin cobertura del sistema público de salud (Rango: 134 x 1).

U_T es la matriz de usuarios totales por municipio del sistema público de salud. (Rango: 134 x 1).

SC denota la matriz diagonal que contiene el porcentaje de egresos sin cobertura por municipio. (Rango: 134 x 134).

La utilización de esta metodología de cálculo de los usuarios sin cobertura podría introducir algún sesgo relacionado con: 1) Subdeclaración; 2) Tasas de cobertura diferenciales

Existe cierto porcentaje de **subdeclaración** en la cobertura de obras sociales que pueden asociarse a: a) el temor por parte de los usuarios a que la posesión de cobertura lleve al hospital a no atenderlos, b) la resistencia de los usuarios a ser derivados a otros centros que atienden a los afiliados a determinadas obras sociales (PAMI), c) los problemas que surgen con los trámites burocráticos (requerimientos de documentación excesivamente complejos y largas colas para aquéllos que poseen obra social, frente a procedimientos ágiles para quienes no tienen cobertura), d) el desconocimiento por parte del paciente de la importancia que para el hospital tiene la detección de los usuarios con cobertura en relación a las posibilidades de facturación y recupero de costos.

Lamentablemente, a partir de la información disponible no es posible estimar (al menos en esta instancia) a cuánto podría ascender la subdeclaración, sin embargo se sostiene el supuesto simplificador de que tal magnitud podría presentar patrones de comportamiento similares en los distintos municipios.

El sistema no tiene incentivos para detectar la cobertura en servicios ambulatorios. Por lo tanto, esta ausencia de información no permite determinar su relación con las tasas de cobertura de los egresos. Si la demanda de los servicios de internación, en comparación con la demanda de servicios ambulatorios, es realizada en mayor proporción por las personas carentes de recursos (sin cobertura), la utilización de la tasa de cobertura de egresos conduciría a una sobrestimación del número de usuarios sin obra social, mutual o prepaga. Si la relación fuera inversa se produciría una subestimación. El desconocimiento del estado de situación real de las consultas impide arribar a un resultado exacto.

3.3.1. Resultados

En la presentación de los resultados se utiliza una segmentación del universo de municipios según el tamaño de su población. Para ello, se conformaron cuatro grupos definidos como de la siguiente manera²⁸:

Grupo 1	Municipios entre 0 y 15.000 habitantes
Grupo 2	Municipios entre 15.000 y 30.000 habitantes
Grupo 3	Municipios entre 30.000 y 100.000 habitantes
Grupo 4	Municipios con más de 100.000 habitantes

²⁸ Para observar la información desagregada por municipios ver Anexo I.

Previo al análisis de los datos obtenidos, resulta de interés detenerse en los resultados de la movilidad entre municipios. Tal como se mencionara anteriormente, según el comportamiento que adoptan los usuarios, puede determinarse cuáles son los municipios que resultan ser derivadores o receptores involuntarios. La información se presenta por grupos de municipios.

MOVILIDAD DE USUARIOS SEGÚN GRUPOS DE MUNICIPIOS

-AÑO 1999- (EN PORCENTAJES)

Grupo	Usuarios que se desplazan		Resultado Neto de la Movilidad
	Total	En %	
Grupo 1	26.887	12,8	derivador
Grupo 2	35.834	8,4	derivador
Grupo 3	44.391	4,2	derivador
Grupo 4	317.111	5,8	Receptor
Total Provincia	424.222	2,6	Receptor

Se advierte que a medida que crece el tamaño poblacional, disminuye, en términos netos, el porcentaje de usuarios que emigran para ser atendidos en otros municipios (Grupos 1, 2 y 3). El Grupo 4 se constituye en receptor neto de tales usuarios que ascienden a 317.111²⁹. El municipio de La Plata es el municipio receptor de usuarios por excelencia debido a que en él se encuentran localizados 15 de los 74 hospitales provinciales.

Una vez determinada la movilidad existente, se analizan los grupos según sean o no usuarios del sistema público de salud.

La población no usuaria comprende a los individuos que se atienden en el sector privado³⁰ y a aquéllos que no utilizan el sistema, ya sea por problemas de acceso o carencia de recursos.

El porcentaje de usuarios de la Provincia de Buenos Aires alcanza al 51,6% de la población total, es decir que más de la mitad de los bonaerenses utiliza en alguna medida los servicios que brinda el sistema público de salud (más de siete millones de personas).

A medida que se incrementa el tamaño poblacional del municipio, se observa un menor porcentaje de usuarios. Mientras que más del 65% de la población que pertenece al grupo de municipios con menor cantidad de habitantes se constituye en usuaria del sistema público, sólo lo es el 48,5% en los municipios más numerosos.

²⁹ Para observar los resultados por municipio ver Anexo III

³⁰ Son aquéllos que poseen obra social o prepaga o que pueden pagar para acceder a un servicio privado de atención.

USUARIOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD POR GRUPOS DE MUNICIPIOS -AÑO 1999- (EN PORCENTAJES)

Grupo	Población Usuaría	Población no Usuaría	Población Total
Grupo 1	65,1	34,9	100,0
Grupo 2	64,6	35,4	100,0
Grupo 3	60,9	39,1	100,0
Grupo 4	48,5	51,5	100,0
Total	51,1	48,9	100,0
	7.273.391	6.831.126	14.104.517

Esta relación inversa puede justificarse, en que a medida que crece la cantidad de habitantes se incrementa la oferta privada de servicios de salud, tales como clínicas, sanatorios, etc.; y en problemas de accesibilidad que, en este caso particular, se relaciona con el efecto “desaliento” que sufren los habitantes de las grandes urbes que deben soportar esperas prolongadas originadas por la congestión en los servicios públicos de salud.

Otro análisis interesante que surge de la observación de los datos, está relacionado con la cobertura que poseen los usuarios según grupos de municipios. Se identifica una clara vinculación inversa entre cobertura y tamaño de los municipios, es decir, a medida que se incrementa la cantidad de habitantes disminuye la cobertura.

Este hecho puede relacionarse con algunos fenómenos propios de las concentraciones urbanas tales como la pobreza y el desempleo.

La pobreza por ingresos, tal como se desprende de un sinnúmero de estudios sobre la materia, es básicamente un fenómeno urbano que guarda estrecha vinculación con la desocupación. Las tasas desempleo en los centros urbanos son superiores a las observadas en las zonas rurales. Adicionalmente, la posesión de empleo en muchos casos determina la cobertura del trabajador y su grupo familiar y es de esperar que a medida que crece el número de personas sin empleo o empleadas informalmente crezca el número de individuos sin cobertura de obra social, mutual o prepaga.

COBERTURA DE LA POBLACIÓN USUARIA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD POR GRUPOS DE MUNICIPIOS -AÑO 1999-

Grupos	Usuarios sin Cobertura	Usuarios con Cobertura	Población Usuaría
Grupo 1	52,2	47,8	100,0
Grupo 2	58,2	41,8	100,0
Grupo 3	72,3	27,7	100,0
Grupo 4	86,8	13,2	100,0
Total	82,0	18,0	100,0

Otro factor importante que incide en los índices de cobertura es la estructura socioeconómica que presenta cada municipio. Existe una significativa correlación negativa

entre el tamaño de la población y la cantidad de empleados públicos por habitante y dado que el sector público es uno de los sectores con menor porcentaje de empleo informal de la economía resulta válido para entender estas relaciones³¹.

En efecto, a partir de los cambios estructurales, la apertura y desregulación de la economía, las modificaciones en el mercado de trabajo y la reconversión productiva de la última década, se ha favorecido el desarrollo de las actividades de pequeña escala y el trabajo por cuenta propia como estrategia de adaptación de los grupos que han quedado excluidos del proceso de reconversión. Las nuevas formas de organización de las actividades productivas y la necesidad de dotar de una mayor flexibilidad al sistema, han conducido, entre otras cosas, a un cambio en las relaciones de contratación laboral y a un crecimiento de la subcontratación (terciarización), generando condiciones propicias para el crecimiento de la informalidad, donde su mayor característica es la inexistencia de cobertura social. Al mismo tiempo, no sólo ha crecido el número de empleos sin cobertura, sino que la concentración de los mismos según ramas de actividad, tipos de empresas, grupos de edad y niveles de ingresos y educación han mostrado diferencias altamente significativas que permiten identificar claramente quiénes son los que han resultado más afectados. Se ha comprobado que la proporción de empleo sin cobertura social es menor para los grupos de mayores niveles de instrucción y mayores niveles de ingreso y para aquéllos empleados en sectores o ramas de actividad donde las posibilidades de evasión o elusión son restringidas, dentro de estos últimos se sitúa la administración pública (Tarragona, 2001).

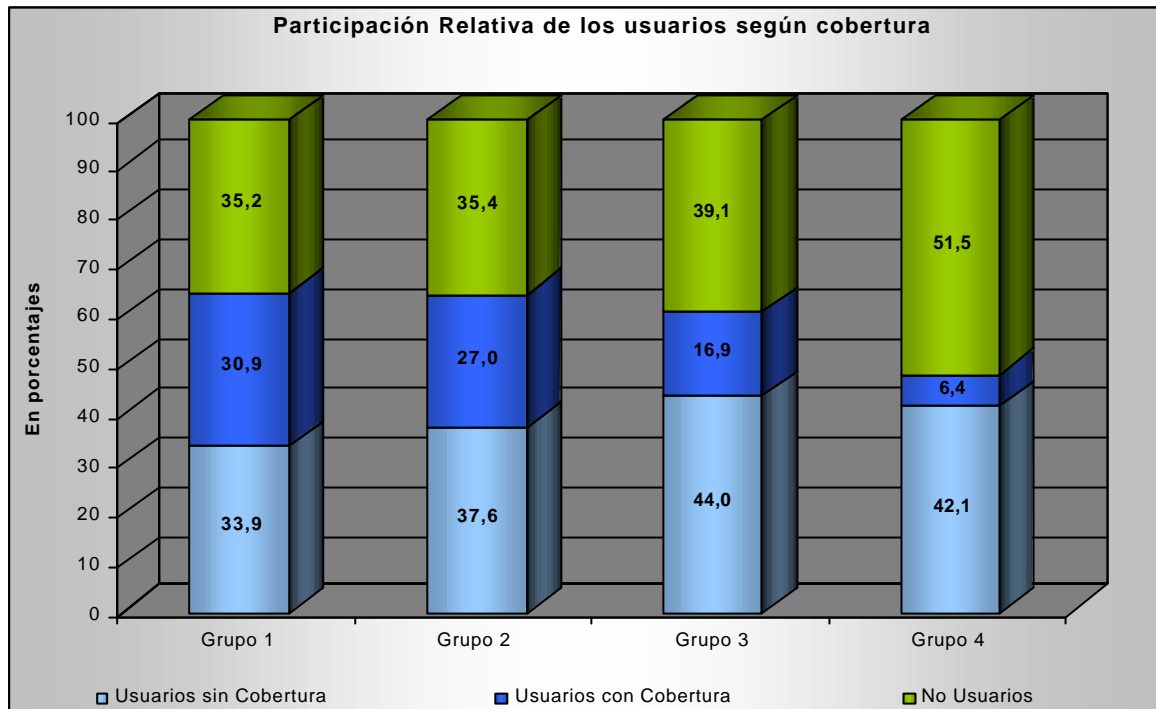
La relación entre tamaño de los municipios, empleo público y porcentaje de usuarios sin cobertura puede observarse en el cuadro a continuación:

EMPLEADOS PÚBLICOS CADA 1.000 HABITANTES Y PORCENTAJE DE USUARIOS SIN COBERTURA POR GRUPOS DE MUNICIPIOS -AÑO 1999-

Grupo	Porcentaje de usuarios sin cobertura	Empleados públicos/1.000 hab.
Grupo 1	52,2	27,9
Grupo 2	58,2	21,6
Grupo 3	72,3	14,4
Grupo 4	86,8	7,3
Total	81,9	9,3

El grupo de municipios con más de 100.000 habitantes presenta un 86,8% de usuarios sin cobertura frente al 52,3% que presenta el grupo de municipios con menos de 15.000 hab., que posee 27,9 empleados públicos cada 1.000 hab. casi cuatro veces más que el grupo 4, resultado que corrobora el análisis precedente.

³¹ Tarragona, S.: "La informalidad en el mercado laboral argentino", MIMEO Grupo de Investigaciones Económicas, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, Febrero 2001.



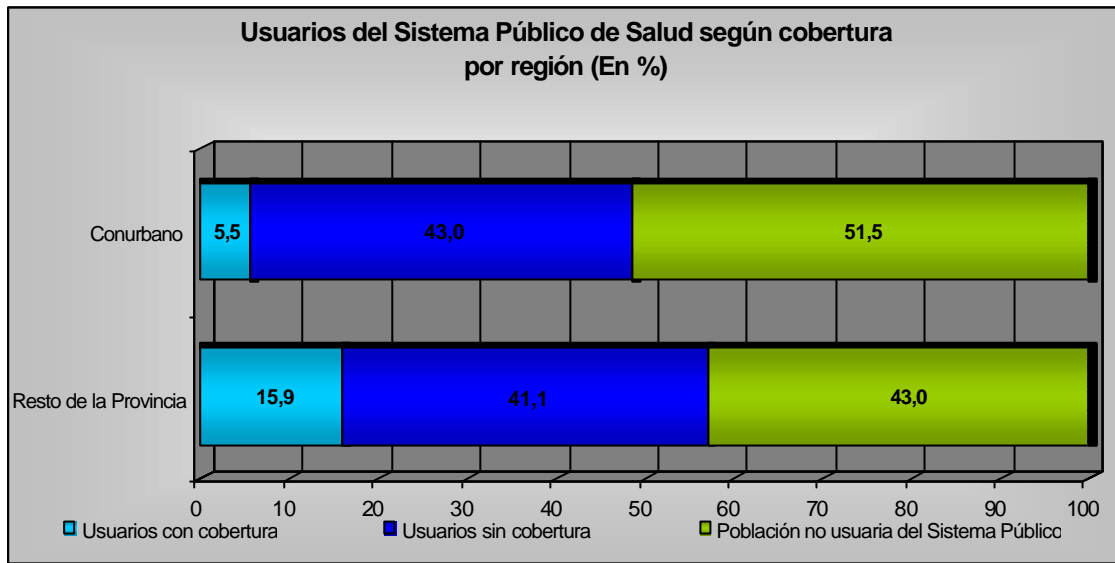
A modo de resumen se presenta la estructura de la población de los distintos grupos según sea usuaria o no del Sistema Público de Salud, y según posea o no cobertura (sólo en el caso de los usuarios del sistema).

Otro análisis interesante que puede realizarse, tiene en cuenta la localización geográfica de la población. En particular, se advierte que en el aglomerado urbano más importante del país, el Conurbano Bonaerense, el Sistema Público de Salud brinda atención a más de 4 millones de personas, el 59,9% del total de usuarios de la Provincia, lo que determina una gran concentración de la demanda y en consecuencia de la oferta de servicios sanitarios.

USUARIOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD SEGÚN CONURBANO Y RESTO -AÑO 1999-

Región	Población no Usuaría	Población Usuaría			Población Total
		Con cobertura	Sin cobertura	Total	
Resto de la Provincia	2.197.339	813.299	2.101.580	2.914.879	5.112.218
Conurbano	4.633.787	493.664	3.864.848	4.358.512	8.992.299
Total	6.831.126	1.306.963	5.966.428	7.273.391	14.104.517

Asimismo, el porcentaje de no cobertura es inferior para los usuarios residentes en los municipios del Resto de la Provincia que para aquéllos que habitan en los municipios del Conurbano (72,1% y 88,7% respectivamente), razón que evidencia una gran concentración de "pobres" alrededor de la Ciudad de Buenos Aires. La población usuaria que no posee cobertura en el Conurbano representa el 64,8% del total de usuarios sin cobertura, comportándose de manera similar a la concentración poblacional.



3.4. Criterio y clasificación de los municipios. Análisis Inter-municipal

El objetivo de esta sección es establecer una metodología de identificación de partidos pobres, que permita el ordenamiento de los municipios según categorías de riqueza relativa, ya que interesa determinar la posición que un municipio ocupa frente a los demás, con independencia de los valores que se obtengan en términos absolutos.

Una de las tantas variables que habitualmente se emplean para reflejar el nivel de vida de un individuo es su ingreso. Cuando la unidad de análisis es el municipio, por analogía, la variable a utilizar debería ser el ingreso municipal. Para satisfacer este objetivo, lo ideal sería la utilización del Producto Municipal como alternativa del Ingreso. Sin embargo, la inexistencia de tal información, exige la búsqueda de un modo alternativo para determinar el grado de riqueza de los municipios. Por esta razón se construye un **Indicador de Riqueza Relativa (IRR)** que permite alcanzar el objetivo planteado y se constituye en una herramienta útil para determinar la posición que un municipio ocupa frente a los demás.

Para la construcción del IRR se emplean las siguientes variables:

Índice de producto: Es un índice que conserva la estructura del Producto Bruto pero donde únicamente se incluyen estimaciones del valor de la producción agropecuaria, industrial y comercio y servicios a valores corrientes.

Recursos propios: Es la recaudación de tributos municipales de cada municipio.

Recursos provinciales recaudados en cabeza de los municipios: Es la recaudación de los impuestos provinciales (Impuesto Inmobiliario, Automotor e Ingresos Brutos) en las jurisdicciones locales.

3.4.1. Índice de producto (IP)

El **Índice de Producto** es un indicador de producto per cápita por municipio, construido sobre la base del valor agregado de la producción industrial, comercial y de servicios y del valor de la producción de los principales productos agrícolas de la Provincia de Buenos Aires

Es de esperar que este indicador se comporte del mismo modo que el Producto Bruto Municipal, y si bien su valor no es exactamente el valor del producto, resulta útil para ordenar la totalidad de municipios puesto que explica cerca del 85% de la actividad de la provincia.

Dada la escasez de información disponible y las limitaciones que existen para la construcción del **Índice de producto (IP)**, los resultados que de él se desprenden deben ser tomados con cautela. La metodología utilizada para el cálculo es la siguiente:

Se tomaron los datos del valor agregado de la producción industrial (VAI), comercial (VAC) y de servicios (VAS)³² de cada partido, según los últimos datos publicados por la Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de Buenos Aires que corresponden al año 1993³³. Para la estimación de los valores agregados a 1999 se emplearon las tasas de crecimiento por sectores³⁴.

Para la estimación de la actividad primaria, se emplearon los volúmenes de producción (campaña 98/99) de los principales cultivos (Girasol (G), Maíz (M), Trigo (T) y Soja (S)) y se valorizaron según los "precios de cotización en dársena" para el mismo período (Cámara de Buenos Aires)³⁵. De esta manera, se obtuvo una aproximación al valor de la producción agrícola (VPA).

$$VPA = G \cdot p_G + M \cdot p_M + T \cdot p_T + S \cdot p_S$$

donde p_i = precio dársena del cultivo i

$i = G, M, T, S$

³² Los partidos nuevos carecen de información de valor agregado, por lo tanto, la estimación se realizó basándose en los datos de los partidos que les dieron origen recompuestos por la Dirección Provincial de Estadística. En los partidos de Tordillo, Pila, General Lavalle y General Guido el valor agregado se estimó mediante la cantidad de KWH facturados en el partido de Tapalqué (debido a la similitud que este último partido presenta con los mencionados).según los distintos usos: comercial, industrial, etc.

³³ Censo Nacional Económico, 1994.

³⁴ Hasta 1997 se emplearon las tasas de crecimiento registradas para los sectores industrial, comercial y de servicios, según la evolución experimentada por el PBG. Para 1998 y 1999 se han supuesto las mismas tasas de crecimiento que las observadas a nivel nacional. La utilización de estas últimas se justifica en la existencia de una alta correlación entre la actividad sectorial de la provincia y la nacional explicada por la participación que la provincia tiene en la actividad nacional. En particular, la industria provincial representa casi el 60% de la nacional, el sector comercio representa el 35% del comercio nacional y el sector servicios casi el 55%.

³⁵ Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación de Nación.

Por último, para la construcción final del IP se suman los valores obtenidos para cada sector a nivel municipal (expresados en pesos de 1999) y se los relaciona con la población de cada partido (P), como sigue:

$$IP_i = \frac{VAI_i + VAC_i + VAS_i + VPA_i}{P_i}$$

donde el subíndice i representa un determinado partido (i = 1, 2, ..., i, 134).

3.4.2. Recursos municipales propios (RMP)

La segunda variable que se asocia a la riqueza municipal es el monto total de **Recursos Municipales Propios (RMP)**³⁶. Dicha variable, al igual que el IP, puede ser empleada para reflejar el nivel de riqueza o pobreza de cada municipio. Sin embargo, al disponer de información sólo sobre recursos efectivamente recaudados, se presenta cierto grado de subdeclaración. En efecto, se supone que existe una mayor "evasión" en los municipios donde las personas pueden acceder a ciertos conocimientos para ponerlo en práctica, y esto generalmente se asocia a personas con mayor educación y con mayores ingresos³⁷, de manera que los municipios más ricos presentarían mayor subdeclaración y menor recaudación por este factor que en los más pobres.

3.4.3. Recursos provinciales recaudados en cabeza de los municipios (IPM)

Las diferencias en la base tributaria de cada jurisdicción son las que determinan la mayor o menor riqueza de las mismas. Si las comunidades difieren en sus ingresos, aunque fueran exactamente iguales en todos los demás aspectos se daría la siguiente situación: la comunidad rica con igual presión tributaria tendría más bienes públicos locales que la pobre, o lo que es lo mismo, para proveer igual cantidad de bienes requeriría una presión tributaria menor. El principio de equidad horizontal llevaría a diseñar un sistema de transferencias interjurisdiccionales de modo de posibilitar a la comunidad pobre, si lo desea, consumir la misma cantidad de bienes públicos que la comunidad rica con igual presión tributaria.

Con este argumento la recaudación de los impuestos provinciales en cabeza de los municipios determinaría la capacidad contributiva de la comunidad, aunque en este caso la base tributaria no estaría determinada sólo por los ingresos de los habitantes sino también por el patrimonio individual³⁸.

³⁶ Como recursos municipales se consideraron tanto los recursos corrientes como los de capital para 1999 brindados por la Secretaría de Asuntos Municipales de la Dirección Provincial de Gestión Municipal.

³⁷ En este caso los individuos conocen alguna tecnología de evasión o pueden pagar por ella.

³⁸ Debido a la existencia del Convenio Multilateral que existe en la estructura del Impuesto a los Ingresos Brutos, no es posible obtener información desagregada a nivel de municipios por este concepto, sólo es posible acceder a la recaudación descentralizada del mismo.

De este modo la recaudación de **impuestos provinciales en cabeza de los municipios (IPM)** también refleja la capacidad contributiva, y por tanto la mayor o menor riqueza de cada jurisdicción.

3.4.4. Índice de riqueza relativa (IRR)

Una vez construidas las variables a emplear para la construcción del IRR, se normalizan por población y se elaboran tres alternativas posibles de ponderación con el fin de obtener un único valor. De este modo se logran tres posibles ordenamientos para los municipios según se otorgue mayor o menor importancia a cada variable. Los resultados obtenidos no presentan variaciones significativas según se emplee una u otra ponderación por lo que resultan válidas las tres alternativas.

De este modo se construyen tres índices de riqueza relativa (IRR_A , IRR_B , IRR_C) que presentan la siguiente estructura:

$$IRR_A = 1/3 IP + 1/3 RMP + 1/3 IPM$$

$$IRR_B = 0,6 IP + 0,1 RMP + 0,3 IPM$$

$$IRR_C = 0,5 IP + 0,25 RMP + 0,25 IPM$$

La información obtenida luego del ordenamiento realizado en los municipios de la provincia conjuntamente con la caracterización de la población a través de la identificación de lo que hemos denominado “pobres” (usuarios del sistema público sin cobertura de obra social), nos permitirá, establecer cuáles son las relaciones que existen entre pobreza municipal - pobreza individual - gasto público en salud y sus implicancias sobre la equidad, tal como lo planteáramos en el objetivo del informe.

3.4.5. Resultados

Luego de construido el índice de riqueza relativa con las tres alternativas propuestas, se observa que los resultados no son sensibles a los cambios de ponderación de las variables que lo componen, es decir, que el ordenamiento de los municipios ha resultado similar cualquiera sea el índice empleado, razón por la cual se ha optado por el IRR_A que es el que emplea la equiponderación de las variables³⁹.

Un índice de valor inferior refiere un grado de riqueza menor por lo tanto los municipios quedan ordenados de menor a mayor nivel de riqueza. De este modo, se han construido quintiles de municipios según el grado de riqueza relativa que presentan⁴⁰. El quintil de municipios más pobres concentra al 41,1% de la población de la provincia, mientras que en los municipios que pertenecen al último quintil habita sólo el 16,0%.

³⁹ En el Anexo II se incluyen los resultados obtenidos para el IRR_B y el IRR_C .

⁴⁰ El ordenamiento realizado para el total de municipios se encuentra en el Anexo II.

Cabe recordar que el IRR muestra la riqueza del municipio de manera independiente a la riqueza o pobreza de su población, en el sentido en que el índice refleja la contribución que cada comuna hace a la generación del producto bruto geográfico y a la recaudación impositiva provincial y municipal. Así, un municipio que realiza un gran aporte a la generación del valor agregado provincial, no necesariamente se beneficia con la distribución de la riqueza en el mismo territorio en que es generada sino que esta mayor riqueza puede derramarse hacia otros municipios o regiones.

Del mismo modo⁴¹, que la recaudación de impuestos provinciales de un municipio sea superior a otro, en términos per capita, no implica que esos beneficios le sean devueltos en la misma proporción.

Téngase presente que la definición de pobreza individual adoptada por el presente informe se define como la “falta de cobertura o a la carencia de recursos individuales para financiar la asistencia sanitaria”. Así, los denominados usuarios sin cobertura para cada municipio son los considerados “pobres” según esta definición.

Para verificar el grado de correlación existente entre la riqueza municipal y la pobreza de sus habitantes se han calculado los coeficientes de correlación de Pearson⁴², Spearman⁴³ y Kendall⁴⁴ entre el IRR y el porcentaje de usuarios sin cobertura sobre la población total de cada municipio.

Como resultado, se han obtenido coeficientes de correlación negativos significativos a un nivel de confianza del 99%. Dados tales resultados se puede aceptar la hipótesis nula que

⁴¹ Debido a la estructura de la coparticipación de impuestos provinciales de la provincia de Buenos Aires.

⁴² **Coefficiente de correlación de Pearson:** El coeficiente de correlación producto o momento r de Pearson, es un índice adimensional que refleja el grado de dependencia lineal entre dos conjuntos de datos. El valor de r se encuentra acotado entre -1 (representa una relación perfectamente negativa en la cual todos los puntos caen sobre una línea con pendiente negativa) y +1 (representa una relación perfectamente positiva en la cual todos los puntos caen sobre una línea con pendiente positiva). Un valor de cero indica que no existe relación.

$$r = \frac{n \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

⁴³ **Coefficiente de correlación de Spearman:** Este coeficiente es una medida de asociación lineal que utiliza los rangos, números de orden, de cada grupo de sujetos y compara dichos rangos.. El r de Spearman (llamado también rho de Spearman) es más fácil de calcular que el de Kendall. El coeficiente de correlación de Spearman es exactamente el mismo que el coeficiente de correlación de Pearson calculado sobre el rango de observaciones. En definitiva la correlación estimada entre X e Y se halla calculado el coeficiente de correlación de Pearson para el conjunto de rangos apareados. El coeficiente de correlación de Spearman, es recomendable utilizarlo, cuando los datos presentan valores externos ya que dichos valores afectan mucho el coeficiente de correlación de Pearson, o ante distribuciones no normales.

⁴⁴ **Coefficiente de correlación de Kendall:** También conocido como Kendall's tau-b es una medida no paramétrica de correlación entre rangos de variables. El valor de R se encuentra entre -1 y +1.

plantea la inexistencia de vinculación de las variables. Los resultados a los que se ha arribado son los siguientes:

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE USUARIOS SIN COBERTURA E IRR_A

Coeficiente de Correlación	% de usuarios sin cobertura IRR_A
Pearson (2 colas)	-0,172*
Spearman's Rho (2 colas)	-0,207*
Kendall's Tau_b (2 colas)	-0,139*
N	134

* Significativo a un nivel de 0,01.

Capítulo 4. El Gasto Público en Salud

4.1. Introducción

Históricamente, las políticas de gasto social han estado orientadas a garantizar que los grupos más vulnerables de la sociedad tengan acceso al consumo de ciertos bienes y servicios de modo tal de alcanzar un nivel de vida aceptable. Sin duda, estas políticas obedecen a ciertos criterios de equidad que permiten la identificación de quienes se constituirán en la población objetivo de cada programa de gasto social. Al ser un bien preferente, la atención de la salud se constituye en uno de los componentes al que más atención se le presta, ya que mejorar la calidad de vida de los grupos más vulnerables se traduce en una mejora de la salud de toda la sociedad, por la presencia de fuertes externalidades positivas.

En particular el Gasto público en Salud es una porción de tal gasto social. Los programas y planes de salud en la provincia de Buenos Aires son llevados a cabo por los tres niveles de gobierno que destinan parte de sus fondos a tal fin. Si bien la actividad privada es relevante en el mercado de la salud, el subsector público es el prestador de mayor peso tanto en términos de establecimientos como con relación a las camas disponibles para internación. El presente estudio estará centrado en el análisis del gasto que realiza el subsector público provincial y municipal sin contemplar el gasto del gobierno nacional debido a que es poco significativo.

El objetivo del presente capítulo es desarrollar una metodología de asignación del gasto público en salud que permita determinar el gasto real del que se beneficia la población de cada municipio, teniendo en cuenta que la utilización de los distintos establecimientos de salud localizados en un municipio no es exclusiva de sus habitantes, sino que cualquier individuo que demande el servicio será asistido independientemente del lugar donde resida.

4.2. Aspectos conceptuales

Los gastos públicos, según lo define la Subsecretaría de Presupuesto del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos de la Nación, constituyen las transacciones financieras que realizan las jurisdicciones y entidades públicas para adquirir los bienes y servicios que requiere la producción de otros bienes y servicios.

La forma en que se ordenan y presentan los gastos permite destacar diferentes aspectos de los mismos y suministra información que atiende a necesidades diferentes.

El ordenamiento utilizado en el presente trabajo responde a la clasificación institucional y por finalidad y función cuyo objeto es poder apreciar el destino que estima darle una institución al gasto público.

Para satisfacer el objetivo mencionado, se empleará el gasto público ejecutado tanto por el Ministerio de Salud como por los municipios en la Finalidad Salud, que, en el caso del primero, comprende la totalidad de gastos del organismo.

Así, el gasto provincial en salud considerado, es el gasto ejecutado únicamente por el Ministerio de Salud⁴⁵ y comprende tres componentes principales: el gasto de los hospitales provinciales donde cada uno de ellos constituye un programa, el gasto en otros programas (tales como los sanitarios, los de prevención y otros) y todos aquellos gastos necesarios para la administración de la totalidad del sistema que, según la clasificación programática del gasto, son los que corresponden a las actividades centrales⁴⁶, comunes⁴⁷ y específicas⁴⁸.

El gasto municipal es el gasto ejecutado por los municipios en la Finalidad Salud y es aquél en que incurren para atender las demandas de toda la población. En algunos casos es posible determinar el gasto correspondiente a los hospitales municipales de manera separada del resto de los gastos, pero son pocos los municipios que efectúan oficialmente tal discriminación.

Habiendo presentado la clasificación formal del gasto público que será objeto de estudio, se hace necesario recordar dos conceptos vitales para el desarrollo de la metodología de asignación a implementar, que guarda estrecha vinculación con el tratamiento otorgado a las consultas. Ellos son los conceptos de "Gasto por Ocurrencia" y "Gasto por residencia".

Denominamos "**Gasto por Ocurrencia**" al gasto público directo e indirecto en que se incurre para la prestación del servicio de atención de la salud y la ejecución de acciones de salud, que prestan los establecimientos y las instituciones públicas, localizadas dentro de los límites territoriales de un municipio. Incluye al gasto realizado tanto por establecimientos de dependencia provincial como municipal.

"**Gasto por Residencia**" es el gasto público, directo e indirecto, en prestaciones, servicios y acciones de salud, imputado a los usuarios *residentes*⁴⁹ de un municipio, que son recibidos a través de establecimientos e instituciones de salud de dependencia provincial y municipal localizados en el propio municipio, o en cualquier otro prestador localizado fuera de los límites del municipio.

De este modo, el Gasto por Ocurrencia es el directamente asociado con la información que surge de las ejecuciones presupuestarias y se vincula con el gasto ejecutado dentro de los límites geográficos de un municipio, mientras que el Gasto por Residencia considera el gasto realizado en los habitantes de un municipio independientemente de quien sea el prestador del servicio.

⁴⁵ No se incluyen los gastos de la finalidad servicios sociales, función salud que puedan ejecutar otros organismos o instituciones de la administración provincial, por ser poco significativos.

⁴⁶ Son acciones presupuestarias cuya producción es intermedia indirecta y cuyas relaciones de condicionamiento afectan a todos los restantes programas de la jurisdicción. Por lo general se refieren a las acciones de dirección y apoyo de la gestión de toda la jurisdicción.

⁴⁷ Reúne todas las características de una actividad central, pero afecta sólo a más de un programa y no a todos los de la institución.

⁴⁸ Reúne todas las características de una actividad común, pero afecta sólo a un programa.

⁴⁹ Se denomina residentes a las personas que declaran residencia habitual en determinada jurisdicción.

Así, el gasto que efectúa un municipio, beneficia no sólo a su propia población, sino también a todos aquellos otros individuos que, aún teniendo residencia en otra jurisdicción, utilizan los servicios locales.

4.3. Metodología de asignación

Tal como se adelantara en la sección anterior, el gasto en salud realizado por el gobierno provincial en un municipio y por la propia comuna en su territorio, no representa lo verdaderamente gastado en los habitantes de tal municipio. Esto se debe a que la utilización de los establecimientos tanto provinciales como municipales localizados en un determinado partido, no es privativa de los habitantes de esa jurisdicción.

De este modo, el gasto por residencia para un municipio ya no será el monto de recursos que dicho **municipio y la provincia** gastan dentro de los límites geográficos del mismo (gasto por ocurrencia), sino que será la resultante de sumar los gastos municipales y provinciales que perciben los residentes dentro o fuera de su ámbito territorial.

Antes de avanzar en la presentación concreta de las metodologías es necesario tener en cuenta que en ambos niveles de gobierno existen dos tipos de establecimientos: unos con internación y otros sin internación. El tratamiento de los gastos asociados a estos efectores es diferente para cada dependencia debido a las características particulares de las mismas.

4.3.1. Asignación del Gasto Municipal

En efecto, cuando se cita al “Gasto Municipal en Finalidad Salud” se hace referencia al gasto por ocurrencia, es decir, el gasto que efectivamente se ejecuta dentro de los límites del municipio, sin considerar los efectos generados por los traslados de la población de un sitio a otro. Esta movilidad es precisamente lo que se pretende captar y es por eso que se efectúa la reasignación del gasto municipal según origen de residencia.

Si bien debieran reasignarse por origen de residencia de los egresos sólo los gastos municipales correspondientes a los establecimientos con internación, la inexistencia de información oficial discriminada por establecimiento impide que pueda realizarse. Por esta razón, en los municipios que carecen de efectores con internación la asignación se realizó por ocurrencia (23 municipios), mientras que en los restantes se procedió como sigue:

$$G_{MR} = EE_M \times G_{MO}$$

donde:

G_{MR} denota la matriz de gasto municipal por origen de residencia de los 134 municipios (Rango: 134 x 1).

EE_M es la matriz que contiene la estructura porcentual de los egresos municipales por origen de residencia (Rango: 134 x 134).

G_{MO} es la matriz de gasto por ocurrencia de los municipios (Rango: 134 x 1).

4.3.2. Asignación del Gasto Público Provincial

A los fines de esta investigación, el total de erogaciones que realiza el Ministerio de Salud de la provincial se divide en dos partes: “gasto hospitalario” y “otros gastos”.

Para distribuir el gasto hospitalario provincial, al igual que en el caso del gasto municipal, se utilizó el lugar de residencia del egreso. El resto de los gastos provinciales (programas sanitarios, administración y funcionamiento, etc.) se distribuyen por población⁵⁰ ya que es posible considerar que los beneficios de estos gastos se distribuyen de forma idéntica a toda la población, usuaria o no, del sistema público, por lo tanto se asignan a cada municipio según la cantidad de habitantes que cada uno de ellos posea.

Nótese que cuando utilizamos el gasto como representación de los servicios que recibe una persona, la eficiencia relativa de cada jurisdicción no está siendo contemplada.

El gasto público provincial en salud se reasigna como sigue:

$$G_{PR} = EE_P \times G_{PO} + G_{GO} \times PP$$

donde:

G_{PR} representa la matriz de gasto provincial por origen de residencia de los 134 municipios (Rango: 134 x 1).

EE_P es la matriz que contiene la estructura porcentual de los egresos provinciales por origen de residencia (Rango: 134 x 134).

G_{PO} denota a la matriz de gasto hospitalario provincial por ocurrencia (Rango: 134 x 1).

G_{GO} es un escalar que representa los “otros gastos” que realiza la provincia (Otros programas, administración central, etc.)

PP es la matriz de la estructura porcentual de la población municipal. (Rango: 134 x 1).

Debe aclararse que, como el objetivo del trabajo es evaluar las políticas públicas de la Provincia de Buenos Aires en salud, fue excluido el gasto ejecutado por la provincia del que se benefician los residentes de Capital Federal y de otras provincias al ser atendidos en efectores de dependencia provincial. Lamentablemente, no se cuenta con información del gasto que ejecuta el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires u otras provincias en residentes de la provincia de Buenos Aires, que debería ser incluido en el análisis.

4.4. Resultados

Gasto por Ocurrencia y por Origen de Residencia

La información analizada corresponde a formas distintas de observar el gasto público en salud: el Gasto por Ocurrencia y el Gasto por Residencia y el Gasto por ocurrencia en Residentes.

⁵⁰ Nótese que estos gastos se consideran bienes públicos con externalidades positivas.

El **Gasto por Ocurrencia** totaliza el monto de recursos gastado “en el municipio” ya sea por el propio municipio o por la provincia, el **Gasto por Residencia** considera al total de recursos gastado “en la población del municipio” con independencia del lugar en que hayan sido atendidos. A partir de estas formas de observar el gasto público en salud puede definirse una tercera categoría que relaciona ambos conceptos, es el que denominamos **Gasto por Ocurrencia en Residentes** que es aquél gasto que ocurre “en el municipio” y que beneficia exclusivamente “a sus propios habitantes”, es la parte del Gasto por Ocurrencia que no se desplaza entre los distintos municipios o fuera de los límites geográficos de la provincia.

En el cuadro que se presenta a continuación se observan las tres formas mencionadas de observar el Gasto Público en Salud por Grupos de Municipios:

GASTO PÚBLICO EN SALUD POR OCURRENCIA Y ORIGEN DE RESIDENCIA POR GRUPOS DE MUNICIPIOS -AÑO 1999- (EN PESOS CORRIENTES)

Región	Gasto en Salud por Ocurrencia (1)	Gasto en Salud por Residencia (2)	Gasto en Salud por Ocurrencia en Residentes (3)
Grupo 1	53.987.341	63.665.042	52.127.913
Grupo 2	101.634.451	116.017.904	94.849.733
Grupo 3	241.351.250	243.859.258	203.457.314
Grupo 4	1.232.201.165	1.177.410.426	952.730.695
Total	1.629.174.206	1.600.952.630	1.303.165.656

Para el total de la provincia, el Gasto por Ocurrencia resulta inferior que el Gasto por Residencia, la razón de esta diferencia radica en que una porción de las erogaciones (\$28.221.576) se destina a financiar la asistencia sanitaria a habitantes de otras jurisdicciones, entre las que se incluyen la Ciudad de Buenos Aires, Otras Provincias y Otros Países. Lamentablemente, como se ha mencionado en su oportunidad, al Gasto por Residencia correspondiente al total de la provincia no se le han incorporado los gastos en los bonaerenses financiado por otras jurisdicciones por carecer de información detallada a tal efecto.

A la diferencia entre el Gasto por Ocurrencia y el Gasto por Ocurrencia en Residentes se la ha denominado “**Gasto Móvil**”. Este gasto es aquél del que se benefician los individuos que se desplazan fuera de su lugar de residencia para recibir atención, ya sea hacia otros municipios o hacia otras jurisdicciones.

Estos conceptos pueden identificarse claramente a partir del análisis de un ejemplo sencillo:

Supónganse que en un Municipio i viven 1.100 personas que utilizan los servicios de salud públicos pero no necesariamente en su propio lugar de residencia. En este municipio se gastan \$100.000 en salud y se atiende a un total de 1.200 usuarios por período. Del total de usuarios, sólo 1.000 son residentes en el propio municipio y 200 pertenecen al Municipio j.

Por su parte, en el Municipio j, con 1.100 habitantes que también utilizan algún servicio de salud público, se ejecuta un gasto de \$240.000 y se atienden 1.000 usuarios en los efectores

localizados dentro de su área geográfica. De éstos últimos, 900 son residentes en el Municipio j y los 100 restantes provienen del Municipio i.

El Gasto por Ocurrencia por usuario es de \$83,3 para el Municipio i y de \$240 para el Municipio j y surge de dividir el Gasto por Ocurrencia por el total de individuos que efectivamente utilizan los servicios locales, es decir los usuarios. El Gasto total por Residencia para el Municipio i, es de \$107.333 ($GR_i = 1.000 \cdot \$83,3 + 200 \cdot \240) y para el Municipio j de \$224.333 ($GR_j = (900 \cdot \$240 + 100 \cdot \$83,3)$). De este modo el gasto por residente promedio surgirá de dividir el Gasto por Residencia por el total de residentes, un residente del Municipio i se beneficia de un gasto de \$97,6 y un residente del Municipio j de \$203,9.

Por el último, el Gasto por Ocurrencia en Residentes será de \$83.333 para el municipio i ($1.000 \cdot \$83,3$) y de \$216.000 ($900 \cdot \$240$) para el Municipio j. De estas diferencias también se obtiene el **Gasto Móvil** que asciende a \$56.333 para cada uno de los municipios aunque con signo opuesto.

EJEMPLO N°1

	Municipio i	Municipio j
Población residente usuaria de algún servicio público (1) = (3)+(4)	1.100	1.100
Usuarios Totales (2) = (3)+(5)	1.200	1.000
Usuarios Residentes (3)	1.000	900
Usuarios Expulsados (4)	100	200
Usuarios Recibidos (5)	200	100
Gasto por ocurrencia (6)	100.000	240.000
Gasto ocurrencia por usuario (7) = (6)/(2)	83,3	240,0
Gasto por Residencia (8)	107.333,3	224.333
Gasto por Residente (8)/(1)	97,6	203,9
Gasto Móvil (9)	56.333,3	56.333,3
Gasto por Ocurrencia en Residentes (10)=(3).(7)	83.333	216.000

A partir del ejemplo pueden extraerse algunas conclusiones:

Si sólo se observan los movimientos de usuarios independientemente del gasto, se concluye que el Municipio i resulta ser receptor neto y el Municipio j, no contenedor neto. Sin embargo si conjuntamente con cada usuario que se desplaza se transfiere el gasto del que se beneficia, contrariamente a lo que podría suponerse a priori, el Municipio i, aún siendo receptor, se ve favorecido por tales desplazamientos. Lo opuesto ocurre con el Municipio j. La razón de esta aparente contradicción radica en que cada usuario residente en el municipio i, al trasladarse para recibir atención sanitaria, se ve beneficiado por una canasta de bienes y servicios de mayor valor, mientras que los usuarios que se desplazan en sentido inverso, reciben una canasta menor. En definitiva la población del Municipio i logrará satisfacer sus crecientes demandas de atención sanitaria sin requerir esfuerzos adicionales por parte de las autoridades

y la atención que el Municipio *i* ofrece a los residentes de *j*, es inferior a la que podrían recibir en su propio municipio.

Cabe recordar que en algunos municipios no existen hospitales o son de baja complejidad y en estos casos, el origen de los desplazamientos puede tener que ver con la lógica demanda de servicios de mayor complejidad que en general están asociados al nivel provincial. Del mismo modo, en los municipios donde existen efectores provinciales es altamente probable que no existan hospitales municipales sino sólo unidades sanitarias o centros de atención sin internación y la población que en ellos reside no tendrá necesidad de desplazarse para recibir servicios de mayor complejidad⁵¹. Por estas razones es que se ha optado por considerar la totalidad del gasto en salud y no únicamente el gasto asociado al nivel municipal.

El esfuerzo (tanto provincial como municipal) que se realiza en el Municipio *j* para brindar servicios a la población, se derrama hacia el Municipio *i*, y cuanto mayor sea la cantidad de usuarios que provienen de otros municipios para utilizar los servicios locales, mayores deberán ser los esfuerzos de las autoridades, para mantener constante el gasto por usuario.

En el cuadro a continuación se presenta la relación existente entre la proporción del gasto por ocurrencia en residentes y el total de gasto por ocurrencia y por residencia. El objetivo de estas vinculaciones es determinar la porción de gasto que cada grupo de municipios destina a sus propios habitantes y la parte del gasto que se realiza en la población residente y que además es cubierta o financiada por el propio grupo ya sea a través del esfuerzo municipal o provincial en la región.

RELACIONES ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD POR OCURRENCIA Y ORIGEN DE RESIDENCIA SEGÚN GRUPOS DE MUNICIPIOS -AÑO 1999- (EN PORCENTAJES)

Región	Gasto por ocurrencia en residentes/Gasto por ocurrencia	Gasto por ocurrencia en residentes/Gasto por residencia
Grupo 1	96,6	81,9
Grupo 2	93,3	81,8
Grupo 3	84,3	83,4
Grupo 4	77,3	80,9
Total	80,0	81,4

Sólo el 77,3% del gasto que se realiza en el grupo de municipios más poblados (Grupo 4) beneficia a sus propios habitantes, el restante 27% se destina a atender las necesidades de residentes de otros sitios. Por otro lado, del total del gasto del que se benefician los residentes de tal grupo, el 80,9% es financiado por las propias comunas (o la provincia).

⁵¹ Recuérdese que esta es sólo uno de los orígenes de los desplazamientos. Otros pueden ser: proximidad geográfica, prestigio del efector o de los profesionales, atención médica de emergencia y accidentología, existencia de convenios con obras sociales, mutuales, etc., existencia de costos de traslado u otros costos para hacer uso de los servicios, trabas administrativas o burocráticas para recibir atención, etc.

En sentido inverso, en los municipios del Grupo 1 se destina en promedio el 96,6% de los recursos, a financiar la atención de su propia población, sin embargo a causa de los desplazamientos poblacionales, sólo el 81,9% del total de gastos del que se beneficia la población del Grupo 1 es cubierto por gastos ejecutados en el mismo.

Si se realiza el mismo análisis en el ámbito de cada municipio, las diferencias son mucho más significativas debido a que, lógicamente, a medida que se reduce el área geográfica considerada se incrementa la movilidad. Los datos correspondientes a cada municipio se presentan al final del presente capítulo en el ANEXO IV.

Gasto por Residencia

El Gasto por Residencia (en adelante “Gasto en Salud”) es, en definitiva, el gasto *real* del que se beneficia la población de cada región o municipio y es el modo más apropiado de determinar la canasta de bienes y servicios de salud que reciben los usuarios del sistema público.

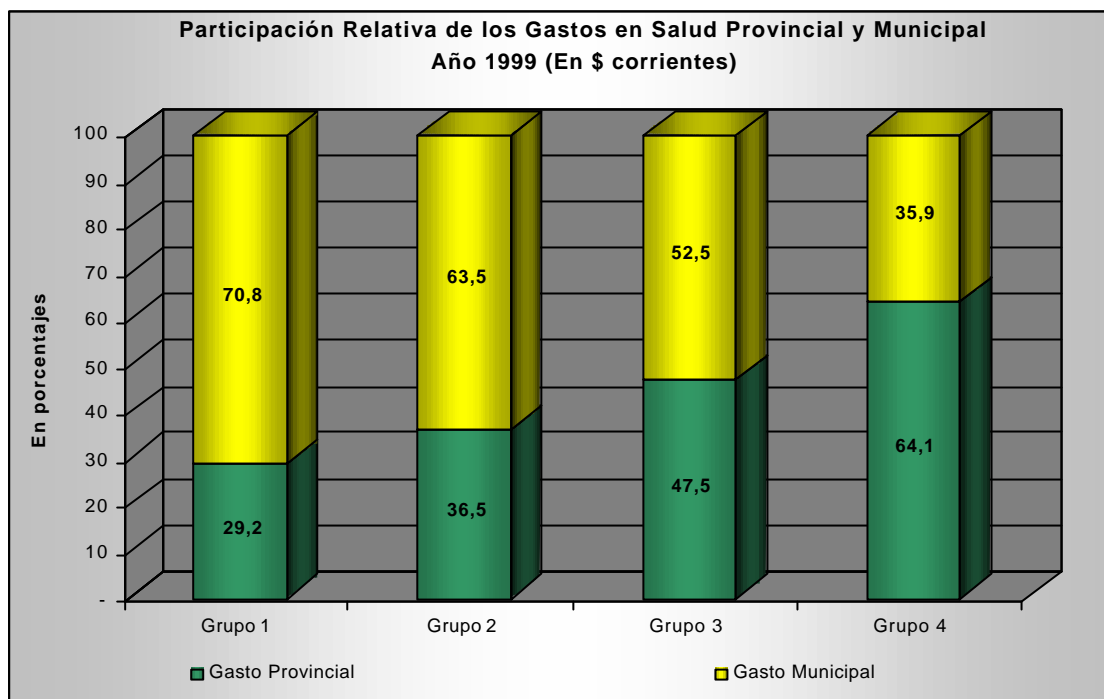
El Gasto en Salud ejecutado en la Provincia de Buenos Aires está compuesto por un 58,2% de gasto provincial y el resto corresponde al nivel municipal. En este último nivel, se concentra básicamente la mayor oferta de servicios de primer nivel de atención y de menor complejidad.

GASTO PÚBLICO EN SALUD POR ORIGEN DE RESIDENCIA POR GRUPOS DE MUNICIPIOS -AÑO 1999-

(EN PESOS CORRIENTES)

Región	Gasto Provincial	Gasto Municipal	Gasto Total
Grupo 1	18.588.502	45.076.540	63.665.042
Grupo 2	42.375.877	3.642.028	116.017.904
Grupo 3	115.716.032	128.143.226	111.452.793
Grupo 4	755.167.316	422.243.109	1.309.816.891
Total	931.847.727	669.104.903	1.600.952.630

En el gráfico que se presenta a continuación se observa claramente que la participación del gasto provincial se incrementa a medida que aumenta el tamaño poblacional de los municipios. Esta relación se corresponde con la gran concentración de la oferta de servicios sanitarios provinciales en los grandes centros urbanos. En efecto, del total de 74 hospitales que posee la provincia, 52 se encuentran localizados en los municipios que pertenecen al Grupo 4. Por otro lado, casi un 53% del gasto municipal se concentra en el grupo más poblado y este porcentaje asciende al 64,5% para el gasto provincial.



Finalmente como información adicional se presentan los montos gastados por los distintos niveles según Regiones Sanitarias.

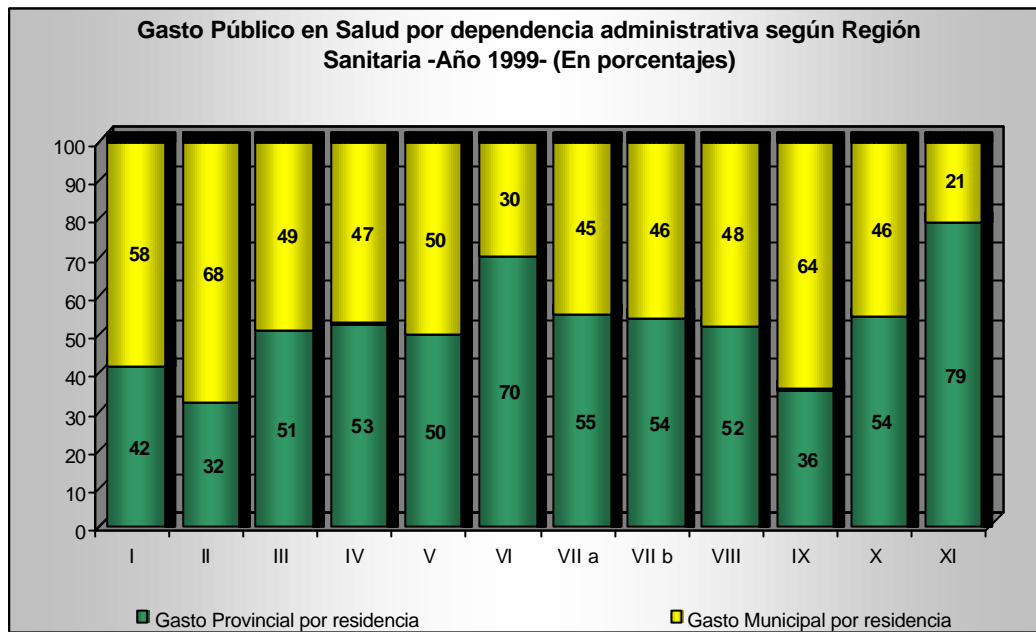
El 53% del Gasto Provincial se concentra en las regiones sanitarias V, VI y VIIa, coincidentemente con la estructura del gasto municipal que concentra casi el 55% en las mismas regiones. Esta concentración responde a que en, en conjunto, estas regiones comprenden al 60% de la población usuaria del sistema público de salud.

**GASTO PÚBLICO EN SALUD POR ORIGEN DE RESIDENCIA SEGÚN REGIÓN SANITARIA
-AÑO 1999- (EN PESOS CORRIENTES)**

Región	Gasto Provincial	Gasto Municipal	Gasto Total
I	36.583.676	51.038.597	87.622.274
II	12.846.317	26.934.500	39.780.818
III	17.233.800	16.566.494	33.800.292
IV	34.832.670	31.280.876	66.113.544
V	149.000.000	150.000.000	299.000.000
VI	260.000.000	110.000.000	370.000.000
VIIa	102.000.000	83.122.390	185.000.000
VIIb	49.068.353	41.521.447	90.589.799
VIII	68.379.876	62.767.408	131.000.000
IX	18.718.782	33.861.086	52.579.868
X	24.547.778	20.546.211	45.093.990
XI	158.000.000	41.882.538	200.000.000
Total	931.211.252	669.521.547	1.600.580.585

Es particularmente elevada la participación del Gasto Provincial en las regiones XI y VI donde alcanza al 79,1 y 70,3% respectivamente. En el otro extremo, las regiones II y IX poseen

una amplia *oferta municipal* de servicios sanitarios que representa el 67,7% y el 64,4% del total gastado en las mismas, respectivamente.



Capítulo 5. Análisis y Aplicación del Concepto de Equidad

5.1. Introducción

Los conceptos desarrollados y las variables construidas en los capítulos previos, se constituyen en propuestas metodológicas novedosas en sí mismas, sin embargo su evaluación conjunta resulta interesante para el abordaje de la problemática que plantea la equidad.

La incógnita que se pretende develar es determinar si cada usuario pobre recibe, potencialmente, una misma canasta de bienes y servicios de salud provistos por el sector público, con independencia de su lugar de residencia. En otras palabras, se busca demostrar que al probar la hipótesis: "los pobres de los municipios pobres reciben una canasta de bienes y servicios de salud menor que la recibida por los pobres de los municipios ricos", también se prueba la existencia de inequidad horizontal.

5.2. Aspectos teóricos y metodológicos

Antes de avanzar en las cuestiones metodológicas, resulta conveniente repasar algunas definiciones que serán empleadas a lo largo del presente capítulo:

Usuario del Sistema Público de Salud: es todo aquel individuo que demanda los servicios del sistema público de salud, con independencia del nivel de complejidad y dependencia administrativa del establecimiento.

Usuario sin Cobertura (pobre): es todo usuario que no posee obra social, mutual o prepaga y que carece de recursos financieros para afrontar el pago de los servicios sanitarios.

Índice de Riqueza Relativa (IRR): es un índice que permite ordenar a los municipios según su nivel de riqueza estimado.

Gasto Público en Salud por Origen de Residencia: es el gasto público, directo e indirecto, en prestaciones, servicios y acciones de salud, imputado a los usuarios residentes de un municipio, recibido a través de establecimientos e instituciones de salud de dependencia provincial y/o municipal localizados en el propio municipio, o a través de cualquier otro prestador localizado fuera de los límites del municipio.

Para desarrollar el análisis de equidad elegido, resulta necesario asumir ciertos supuestos que garanticen que la obtención de una distribución igualitaria (una canasta de igual valor para todos los usuarios pobres) es también una distribución equitativa en sentido horizontal.

Es probable, sin embargo, que tales supuestos no satisfagan el sentido de justicia relacionado con el concepto de equidad en el estado de salud. Aún si se alcanzara una distribución igualitaria, y por lo antedicho equitativa, no es desconocido, por ejemplo, que las necesidades entre personas son diferentes, y por lo tanto tal distribución no respondería a la totalidad de exigencias de atención requeridas por tales individuos, y desde ese punto de vista podría no ser considerada una distribución equitativa. Este es precisamente uno de los costos que se asumen para obtener ganancias en generalidad.

Previo a la presentación de los resultados, se exponen los supuestos sostenidos en el análisis y la metodología utilizada para evaluar la existencia o no de inequidad.

5.2.1. Supuestos básicos

El criterio de equidad horizontal propuesto en el trabajo se sustenta en las siguientes presunciones:

a) Los usuarios sin cobertura –pobres– de todos los municipios son considerados homogéneos, es decir, se suponen con “necesidades⁵²” similares. A su vez, se asume que la carga de enfermedad o perfil de morbilidad de este grupo social tiene una distribución homogénea en todos los municipios de la Provincia de Buenos Aires.

b) Los servicios ofrecidos por los distintos municipios y por la provincia a través de sus efectores, son de calidad homogénea dentro del mismo nivel de gobierno.

c) Los precios de los insumos y factores, utilizados en los procesos de producción de los distintos municipios, son iguales.

d) Por lo enunciado en b) y c), la igualdad del gasto por pobre entre dos municipios implica igualdad en cantidad y calidad de servicios.

e) La palabra acceso no hace referencia a los problemas de inclusión o exclusión del sistema, sino a la utilización de los servicios de salud por parte de las personas incluidas. Los individuos que necesitan atención sanitaria pero no la demandan ni utilizan, no están contenidos en el análisis.

5.2.2. Metodología

La metodología empleada para mostrar los resultados del trabajo responde a la pregunta: ¿Es equitativa la distribución por municipios del gasto en salud por pobre?

Para ello, se agrupan los municipios por quintiles, y a partir de allí se elaboran las curvas de concentración de gasto.

En la **construcción de los quintiles** se utiliza el ordenamiento obtenido según el IRR⁵³. Se divide el total de municipios en cinco grupos iguales con 20% de ellos en cada uno y se calcula el **promedio del gasto público total por usuario sin cobertura** para cada quintil. Esta magnitud representa el promedio de las canastas de bienes y servicios de salud que podría recibir cada pobre (usuario sin cobertura), según la riqueza de su lugar de residencia (suponiendo que todo el gasto actualmente ejecutado en salud, sin distinción de dependencia administrativa, se destinara a la atención de usuarios de este tipo). **Mide la capacidad de gasto.**

⁵² Ver Barbieri N.: “Estado y Mercado en Salud. Una aproximación desde la Economía de la Salud”. Medicina y Sociedad Año 1999.

⁵³ Para evaluar las alternativas propuestas para el IRR ver capítulo 3.

Las **curvas de concentración**, están muy vinculadas al instrumento anterior, ya que se calculan sobre la base de los datos que surgen del mismo. Son una derivación de las curvas de Lorenz; y, en el presente trabajo, permiten evaluar el porcentaje acumulado del promedio de gasto público total en salud por pobre para los distintos municipios, ordenados según el índice de riqueza relativa. Cada punto de la curva muestra, en el eje de abscisas, el porcentaje acumulado de municipios y, en el eje de ordenadas el porcentaje acumulado de gasto por pobre.

La metodología para el cálculo del **promedio de gasto público total en salud por usuario sin cobertura** se basa en un **promedio de promedios** y se justifica en que, de esta manera, es posible captar la variabilidad que se encuentra entre los municipios pertenecientes al quintil.

El cálculo se efectúa de la siguiente manera:

$$PGU_k = \frac{\sum_{i=1}^Z G_i / U^{sc}_i}{Z}$$

Donde:

- ? PGU_k es el promedio de gasto público total en salud por usuario sin cobertura del quintil k (con $k = 1, \dots, 5$).
- ? G_i es el gasto público total en salud del municipio i.
- ? U^{sc}_i es la cantidad de usuarios sin cobertura del municipio i. Con $i = 1, \dots, Z$ (municipios que pertenecen al quintil k).
- ? Z es la cantidad de municipios que pertenecen al quintil k.

El empleo de esta metodología es imprescindible para evaluar las desigualdades hacia el interior de los grupos, pero sus resultados no son comparables con el valor de lo que comúnmente se denomina "**cápita**", entendida ésta como el precio promedio pagado por un conjunto de prestaciones nombradas, para una población beneficiaria determinada.

Por esta razón, es incorrecto confrontar los resultados de esta investigación con los valores de las cápitadas determinadas para distintas obras sociales, organismos u otras instituciones.

Sin embargo, si el objetivo es comparar el gasto por usuario con las cápitadas, se debe realizar un promedio simple, mediante el cociente entre el gasto público total en salud para el quintil y los usuarios del quintil, este valor se denomina **gasto público total en salud por usuario**. Cuando se emplea esta variable, implícitamente se está suponiendo que todos los municipios reparten su gasto de manera homogénea, es decir, la distribución del gasto sería uniforme en todos los pobres de los municipios integrantes del quintil y, por lo tanto, se pierde el análisis de las variaciones internas. El procedimiento para la obtención de esta magnitud es:

$$GU_k = \frac{\sum_{i=1}^Z G_i}{\sum_{i=1}^Z U_i}$$

Donde:

- ? GU_k es el promedio de gasto público total en salud por usuario del quintil k (con $k = 1, \dots, 5$).

- ? G_i es el gasto público total en salud del municipio i .
- ? U^{sc}_i es la cantidad de usuarios sin cobertura del municipio i . Con $i = 1, \dots, Z$ (municipios que pertenecen al quintil k).

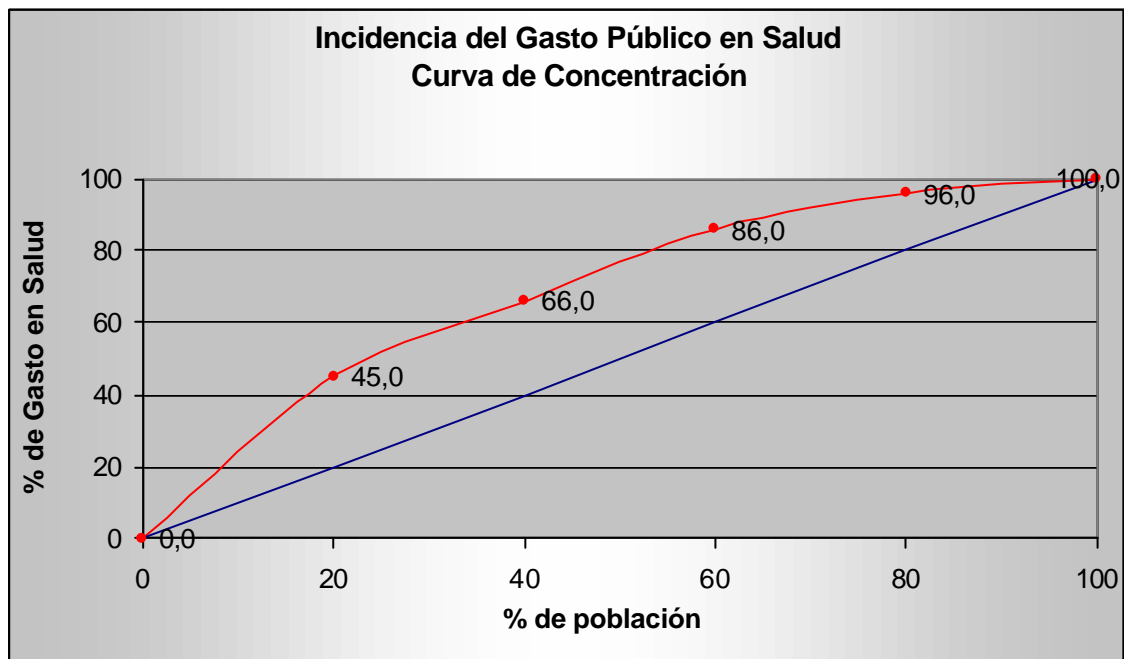
En el análisis de la equidad horizontal el promedio de **gasto público total en salud por usuario sin cobertura** refleja el **gasto potencial** que puede realizar el Estado en cada pobre, si sólo asistiera a este grupo de población, con el presupuesto asignado.

En cambio, cuando se utiliza el **gasto público total en salud por usuario**, se observa el **gasto real** que ejecuta el Estado en las personas que efectivamente utilizan el sistema público.

5.3. Resultados

Como se mencionara a inicios del capítulo 3, diversos estudios han concluido que el gasto público en salud es esencialmente pro-pobre. Es decir, los esfuerzos realizados por el Estado han estado orientados prioritariamente a mejorar la situación de los que más lo necesitan. A partir de los resultados obtenidos por Gasparini, Alaimo, y otros (2000) se ha construido la curva de concentración del gasto público total en salud para 1997.

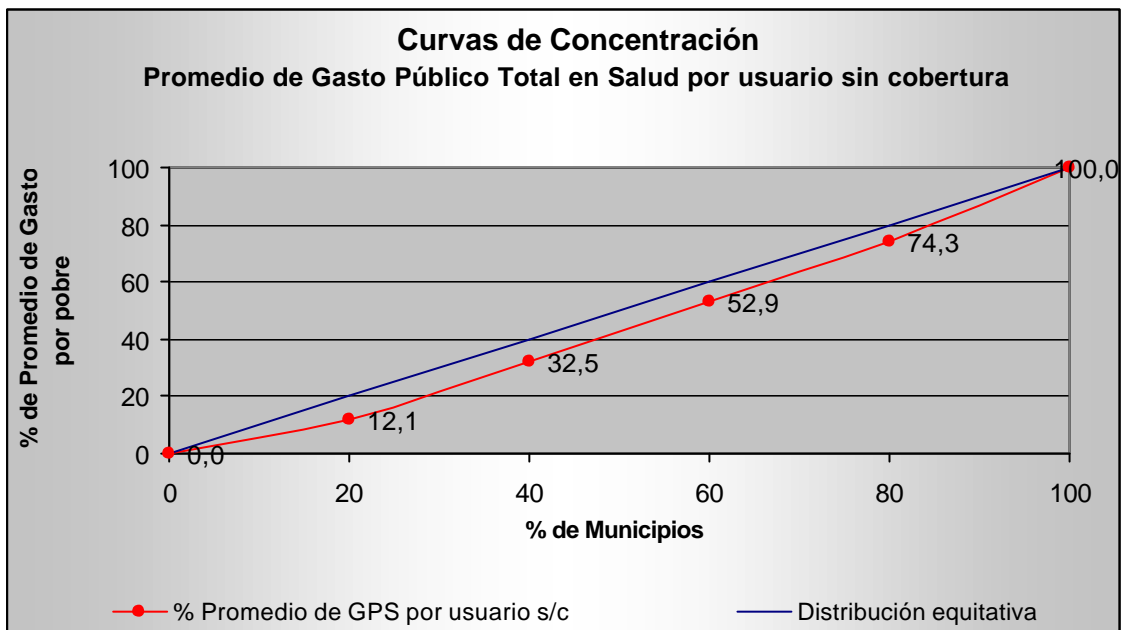
El análisis de concentración es frecuentemente empleado para analizar la equidad vertical. En él se muestran las diferencias entre los porcentajes de gasto apropiados por los individuos que pertenecen a grupos con distintos niveles de ingreso. Su forma tradicional es la representada en el gráfico que sigue:



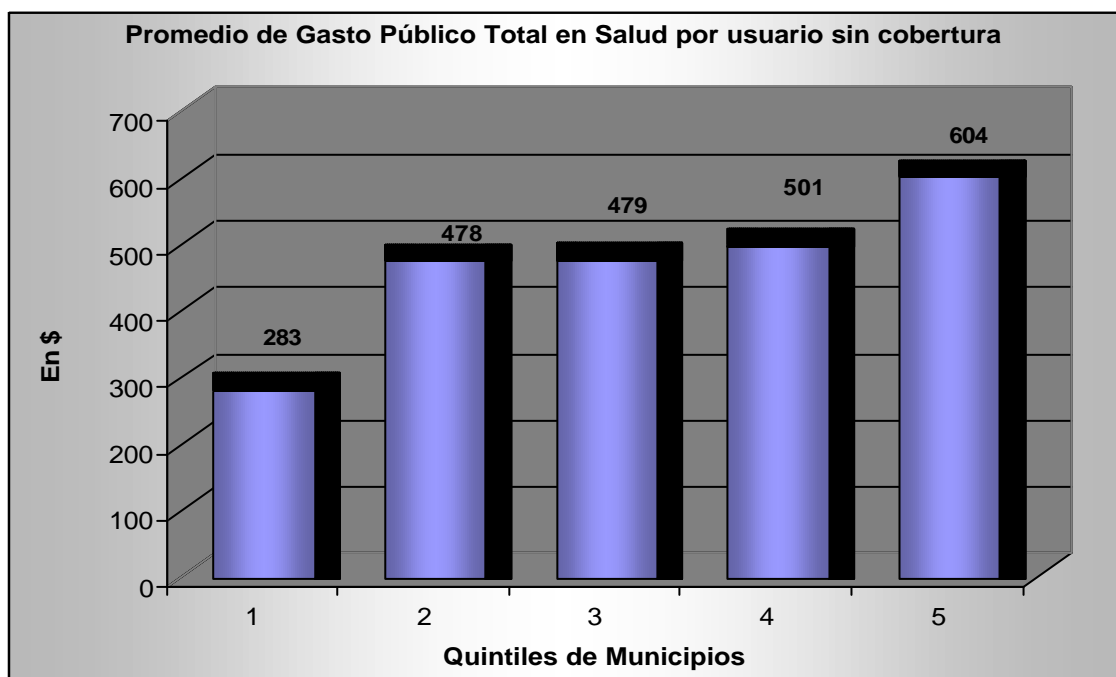
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Gasparini, Alaimo, Cuenin y otros (2000).

Esta curva refleja la progresividad del gasto, por lo tanto si tales desembolsos están orientados en mayor medida a los más pobres, la curva se encontrará por encima de la distribución igualitaria (diagonal principal), y por el contrario, si existe una orientación hacia los grupos de mayores ingresos, la curva se encontrará por debajo.

En el presente trabajo, al poner el acento en la equidad horizontal, todos los individuos que pertenecen a los distintos quintiles son considerados igualmente pobres, por lo tanto, para que haya equidad es condición necesaria y suficiente que exista igualdad. La distribución del gasto se considera equitativa siempre que un usuario pobre perteneciente a un municipio rico (dada la definición particular que se le ha dado al término pobreza) tenga acceso a una canasta de bienes y servicios de salud exactamente igual a la que recibe un usuario pobre que habita en un municipio pobre.

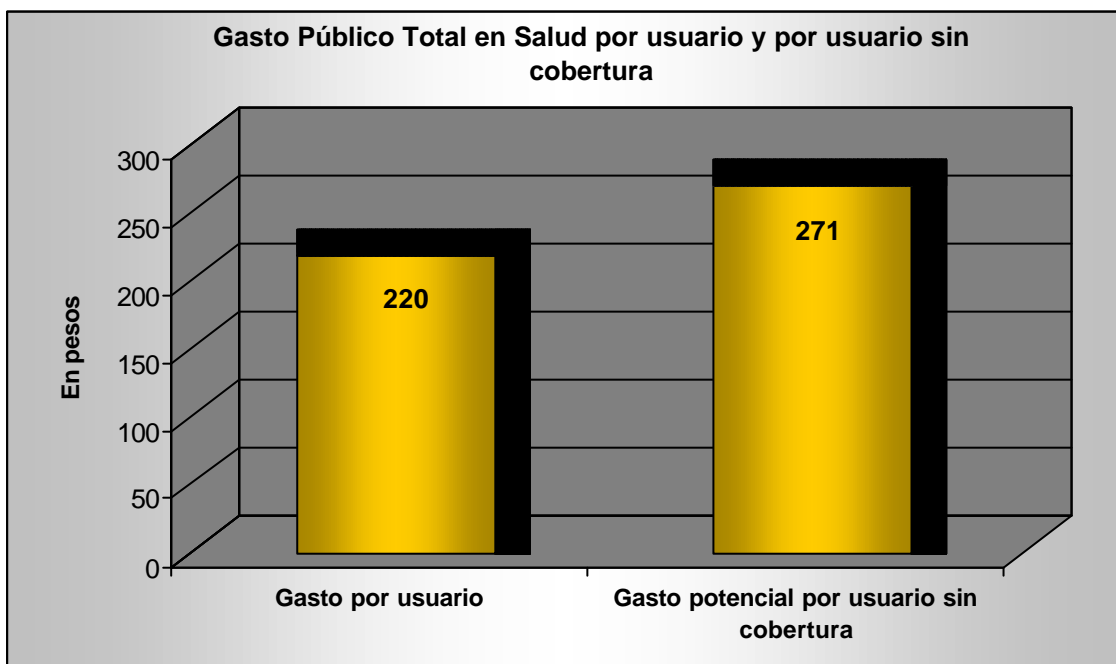


Al construir la curva de concentración para el promedio de gasto público total en salud por usuario sin cobertura de la provincia de Buenos Aires, se advierte que no coincide con la diagonal principal, y por lo tanto, vuelve a comprobarse la existencia de inequidad. A continuación, se presentan los datos por quintiles de municipios.



La hipótesis que se pretende evaluar puede verificarse mediante la observación de los resultados. En efecto, un usuario pobre que reside en un municipio considerado entre el 20% más rico, se beneficia potencialmente de un gasto de \$604, más de dos veces lo que recibe un usuario pobre que vive en un municipio perteneciente al 20% de menor riqueza (\$283). Esto implica que el sólo hecho de poseer residencia habitual en un municipio considerado pobre restringe la posibilidad de un usuario pobre de acceder a una canasta de servicios de salud de mayor valor y este resultado es inequitativo en si mismo.

Cuando se calcula el gasto real, que frecuentemente se lo vincula con la "cápita", debe utilizarse el **gasto público total por usuario**, que representa lo efectivamente gastado en las personas que utilizan el sistema público de salud. En la Provincia de Buenos Aires este valor asciende a **\$220 anuales**, mientras que si sólo se gastara en los usuarios sin cobertura, la capacidad de gasto alcanzaría a \$271 anuales por pobre.



5.3.1. Análisis del gasto a nivel municipal y provincial

Los vínculos que se establecen entre ambos niveles de gobierno son dinámicos e interactivos. En este contexto cabe preguntarse cuál es la relación de causalidad entre las erogaciones que realizan los municipios y la provincia... ¿los municipios no ejecutan mayores gastos en su sistema municipal de salud porque ya existe gasto provincial previo⁵⁴ o la provincia decide gastar debido a la ausencia de políticas sanitarias locales?.

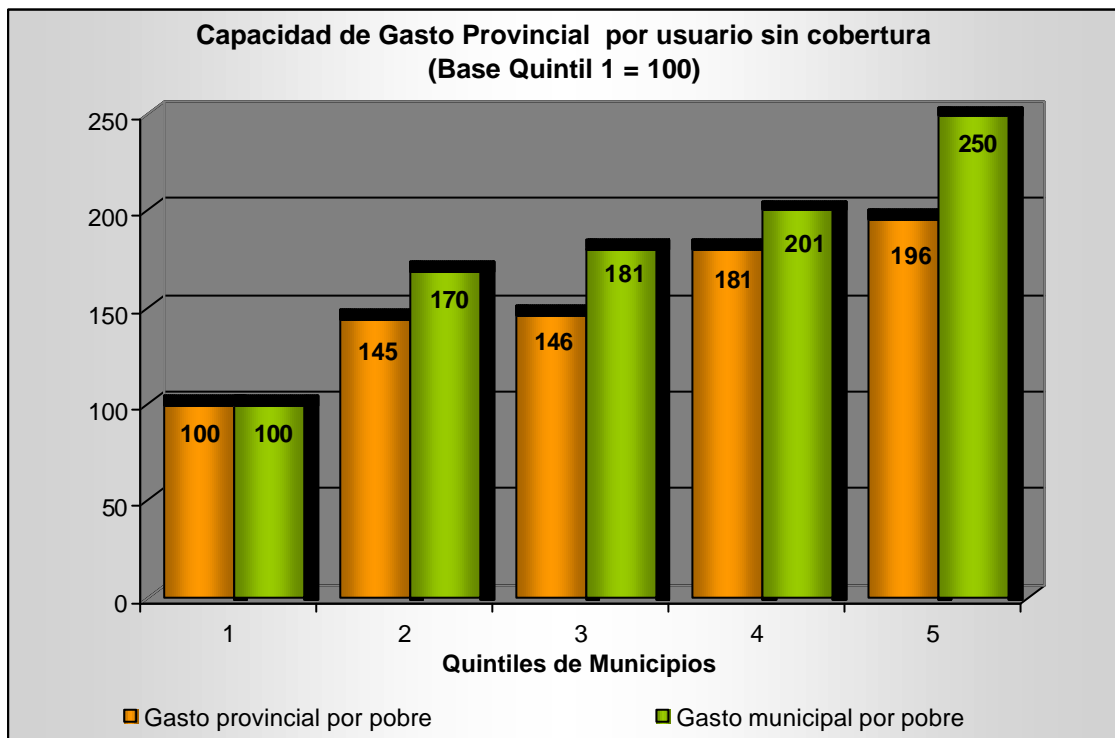
Existen múltiples respuestas a estas cuestiones que tienen que ver con el comportamiento de los agentes tomadores de decisiones. Si el vínculo provincia-municipio es cooperativo, todos ganan porque tanto a nivel local como provincial se logra una complementación de políticas que probablemente conduce a una mayor eficiencia. Si en cambio, el vínculo es no

⁵⁴ El gasto previo hace referencia a la capacidad instalada, considerada un costo hundido.

cooperativo, la independencia en la toma de decisiones entre ambas jurisdicciones, genera superposición de políticas y mayor ineficiencia.

Si bien se reconoce la existencia de un único Sistema de Salud Público integrado que debe ser analizado como un todo, a los fines analíticos se opta por mostrar la evaluación de los resultados diferenciados por dependencia, con el objetivo de establecer las inequidades propias de cada nivel jurisdiccional.

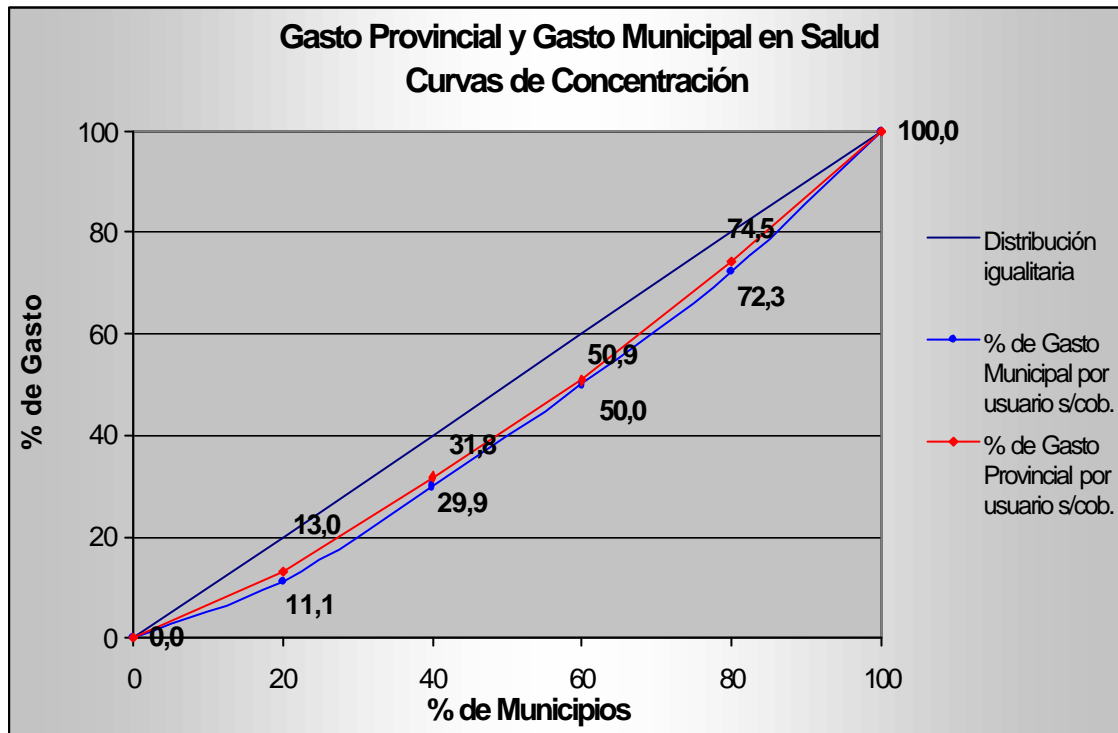
Para este análisis particular, se relaciona el total de usuarios sin cobertura de cada nivel de gobierno con el gasto público total en salud ejecutado en la población de cada jurisdicción. A partir de allí, se observa la distribución de los resultados por quintiles, tomando como base el primer quintil en cada uno de los niveles de gobierno (Base Quintil 1 = 100).



De los resultados que se presentan a continuación se concluye que no todos los pobres de la provincia (con iguales necesidades en salud) se están beneficiando de la misma potencial canasta de bienes y servicios, (medida ésta por el promedio de gasto público en salud para cada dependencia administrativa), dado el nivel de gasto y su distribución actual, por usuario pobre.

Entre los factores que pueden estar determinando este resultado, se menciona en primer lugar la distribución de la oferta pública de salud observada regionalmente, la cual no necesariamente es proporcional a la distribución de los usuarios, especialmente aquellos sin cobertura. Con seguridad esto genera problemas de acceso en todos los niveles de complejidad.

En el caso del sistema municipal, el tamaño del gasto en salud está influenciado por las transferencias de fondos coparticipados, especialmente por salud⁵⁵, y por la disponibilidad de fondos de recaudación propia. La estructura económica del municipio y la capacidad de gestión municipal, a fin de optimizar la recaudación de recursos propios, influyen sobre el gasto en salud municipal. En este sentido, son notorias las diferencias que existen entre las posibilidades que se presentan para los municipios más pobres, en relación con las correspondientes a los municipios más ricos, en cuanto a la capacidad que tienen para satisfacer las demandas de su población.



Si se analizan los coeficientes de concentración⁵⁶ para ambos niveles se advierte que la mayor desigualdad se presenta en el nivel municipal donde el coeficiente adopta el mayor valor (0,1131 para el gasto provincial y 0,1417 para el municipal) y por lo tanto la curva se encuentra más lejos de la diagonal principal, tal como se observa en el gráfico precedente.

Al examinar la concentración de los usuarios, el gasto y la población en el ámbito municipal, se observa: mientras que en el primer quintil se ejecuta el 35% del gasto municipal, allí se

⁵⁵ Barbieri, Iacobucci y Rocha. "Análisis de la Distribución de la Coparticipación por Salud a los Municipios de la Provincia de Buenos Aires" op. cit.

⁵⁶ *Coefficiente de concentración*: Mide el grado de concentración del gasto y posee un único valor para cada distribución. Se calcula mediante el cociente entre el área limitada por la diagonal principal y la curva de concentración, por una parte y el área debajo de la diagonal por la otra. Los valores están acotados entre 0 (la curva coincide con la diagonal y la distribución resulta igualitaria) y 1 (la curva coincide con los lados, los más ricos se apropian de la totalidad de los gastos) y es el caso de desigualdad extrema.

concentra casi el 42% de los usuarios y el 41% de la población de la provincia, confirmando nuevamente la hipótesis de falta de equidad.

**CONCENTRACIÓN DE GASTO, USUARIOS Y POBLACIÓN POR QUINTILES DE MUNICIPIOS
DEPENDENCIA MUNICIPAL**

Quintil	% de Población	% de Usuarios Municipales	% de Usuarios municipales s/c	% de Gasto Municipal en Salud
Quintil 1	41,1	41,8	35,0	34,1
Quintil 2	12,9	12,1	11,9	13,0
Quintil 3	15,9	14,8	17,4	16,1
Quintil 4	14,0	12,7	15,9	15,8
Quintil 5	16,0	18,6	19,7	21,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

El porcentaje de gasto público provincial del que se benefician los usuarios residentes en los municipios del primer quintil es de aproximadamente 35,3% mientras que en este mismo grupo se concentran más del 46,7% de los usuarios sin cobertura de los establecimientos y programas de dependencia provincial. Este gran número de usuarios a nivel provincial, puede estar relacionado con la atención de consultas de primer nivel en efectores provinciales de alta complejidad, en lugar de ser satisfechas por el sistema local. En este sentido, es probable que una cantidad de población usuaria que carece de cobertura y demanda atención en efectores de alta complejidad no haya tenido acceso a los servicios ofrecidos localmente, si es que existe oferta local.

**CONCENTRACIÓN DE GASTO, USUARIOS Y POBLACIÓN POR QUINTILES DE MUNICIPIOS
DEPENDENCIA PROVINCIAL**

Quintil	% de Población	% de Usuarios Provinciales	% de Usuarios Provinciales s/c	% de Gasto Provincial en Salud
Quintil 1	41,1	32,6	46,7	35,3
Quintil 2	12,9	12,6	11,2	12,7
Quintil 3	15,9	18,1	13,7	16,1
Quintil 4	14,0	16,0	11,2	14,9
Quintil 5	16,0	20,7	17,2	21,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

5.4. Consideraciones finales

Los crecientes índices de pobreza, las altas tasas de desempleo y la concentración de la riqueza experimentada en los últimos años, han vigorizado los esfuerzos públicos hacia la búsqueda de una mayor equidad.

Dada la apremiante situación por la que atraviesan los estados latinoamericanos y en particular la Argentina, resulta imperiosa la necesidad de trabajar para lograr un crecimiento sostenido con equidad.

Más allá de la justificación tradicional, la idea es ver de qué manera la política sanitaria puede contribuir a mejorar las oportunidades de los individuos pobres, de modo de instaurar condiciones más favorables que permitan que cada uno de ellos logre por sus propios medios generar su corriente de ingresos futuros. De esta manera, el Estado se constituiría en una especie de "puntapié inicial" para dar impulso al desarrollo de las capacidades individuales.

A medida que los individuos logran alcanzar un mayor grado de satisfacción de sus necesidades básicas, tales como un buen estado de salud, una buena alimentación, acceso a la educación y una vivienda digna, son capaces de incrementar su rendimiento individual que puede ser ofrecido como trabajo. Estas necesidades básicas junto con otras variables adicionales logran incrementar la productividad marginal de las personas. Sin embargo, en el actual estado de las cosas, los individuos que se encuentran en situación de pobreza no pueden alcanzar el estado de satisfacción de necesidades que les permita incrementar su rendimiento, y por lo tanto no pueden acceder a un trabajo de alta productividad que le genere mayores ingresos que los que percibe hasta el momento.

La conclusión de que cada usuario pobre recibe, potencialmente, distintas canastas de bienes y servicios de salud provistos por el sector público, según su lugar de residencia permite demostrar la existencia de inequidad horizontal y por lo tanto introduce una fuerte vinculación entre el estado de salud y la distribución del ingreso.

La idea es brindar información acerca de los resultados de la intervención estatal en materia de salud y sentar las bases para el desarrollo de nuevas formas de intervención más equitativas. Es en este punto donde se presenta la necesidad de que el Estado intervenga para generar condiciones que logren aumentar el grado de satisfacción de las necesidades básicas de las familias pobres y de esta manera contribuir al desarrollo general de la población.

En este contexto el fortalecimiento del nivel de atención local permitiría la desconcentración de los usuarios en el nivel provincial incrementando simultáneamente el gasto por usuario de ambos niveles. Es decir, un sistema municipal con una mayor capacidad de cobertura de las demandas, lograría retener a los usuarios en este nivel y permitiría que los efectores del nivel provincial se dedicaran casi con exclusividad a atender las demandas de mayor complejidad.

A pesar de la particular situación de este grupo de municipios pobres, entre los que se encuentran los municipios más pobres del Conurbano, los restantes grupos si bien presentan diferencias entre las canastas que están en condiciones de ofrecer a sus usuarios, mantienen cierta coherencia entre los porcentajes de gasto y de usuarios asociados con cada nivel.

En síntesis, la probada inequidad horizontal en el sistema público de salud de la provincia de Buenos Aires, está relacionada con el modelo de financiamiento y con el modelo de atención.

En relación con **el modelo de financiamiento**, las desigualdades que se advierten en el sistema pueden estar asociadas con los siguientes factores:

La capacidad intrínseca, por parte de los municipios, de generar recursos propios que condiciona la capacidad de gasto, fundamentalmente en el primer nivel de atención, rol indiscutible de los municipios.

La estructura de la coparticipación por salud que, en la Provincia de Buenos Aires, está orientada a la oferta y a la producción de servicios sanitarios y no a la necesidad de la población. La coparticipación por salud reviste el carácter de transferencia no condicionada y por lo tanto no es vinculable con ningún gasto en particular. Sin embargo, el espíritu de la legislación al determinar el monto de coparticipación a distribuir a partir de variables de oferta, parecería promover que los municipios toman en cuenta esos fondos para determinar la oferta prestacional.

El modelo de atención que privilegia la demanda, por sobre la necesidad en función al riesgo sanitario de los grupos sociales con escasos recursos, es otra fuente de desequilibrio e inequidades del sistema.

La necesidad puede ser percibida o no, puede expresarse en demanda o no, y puede generar utilización o no. Este planteo es el origen de tres posibles desequilibrios del Sistema de Salud o fuentes de inequidades, originados por las brechas existentes entre necesidad y demanda, demanda y oferta y necesidad y oferta (Barbieri, 1999, op. cit.).

Cuando un sistema público, es decir, no guiado por los incentivos del mercado, se planifica en función de la demanda, en algunos casos subpresta y en otros genera sobreprestaciones⁵⁷, pero está lejos de alcanzar soluciones eficientes y equitativas.

⁵⁷ **Musgrove, P.:** "Mismatch of need, demand and supply of services. Picturing different ways health systems can go wrong" op. cit.

Apéndice A: Coeficientes de desigualdad

Otra forma de evaluar si la distribución resultante es o no equitativa, es a través de la utilización de coeficientes o índices de desigualdad. Estas medidas contienen juicios de valor intrínsecos que permiten incorporar los valores que resultan prioritarios para cada sociedad y que definen de algún modo la forma que adoptan las funciones de bienestar social.

Las funciones de bienestar tradicionales incorporan los ingresos poblacionales como una forma de evaluar los niveles de vida. En el marco propuesto para este trabajo, el nivel de vida de cada individuo, usuario del sistema público de salud, puede ser aproximado a través del acceso a las canastas de bienes y servicios en salud que le son ofrecidas por el Estado. En otros términos, cada vez que un usuario se beneficie de una canasta de mayor valor, estará incrementando su bienestar individual y por el contrario, la disminución de estos valores lo conducirá, *ceteris paribus*, a un estado de mayor insatisfacción. En términos agregados, sólo habrá mejoras en el bienestar social (partiendo de un gasto igualmente distribuido) si todos los usuarios pobres incrementan el valor de la canasta en la misma proporción, o, si se parte de una distribución no igualitaria, el bienestar aumentará siempre que las transferencias entre individuos o grupos tiendan a lograr la igualdad.

En este contexto es posible seleccionar infinitas funciones de bienestar que reflejen estos movimientos, sin embargo, en el presente documento se ha optado por elegir las funciones de bienestar abreviadas propuestas por Amartya Sen (1976)⁵⁸ y Kakwani (1986) que utilizan los coeficientes de Gini como indicadores de desigualdad y la propuesta por Atkinson (1970) que emplea el coeficiente con el mismo nombre.

Se introducen ciertas modificaciones a las funciones de bienestar originales mediante la utilización de los coeficientes de concentración del gasto en salud y los coeficientes de Atkinson (modificados)⁵⁹.

De este modo las funciones de bienestar implícitas serán:

Según Sen

$$W_S = \frac{1}{1+C} \ln \left(\frac{G}{G_0} \right)$$

Donde

G es el gasto por usuario sin cobertura promedio para la provincia de Buenos Aires

C es el coeficiente de concentración.

Según Kakwani:

$$W_K = \frac{1}{1+C} \ln \left(\frac{G}{G_0} \right)$$

⁵⁸ Siguiendo la metodología propuesta por Gasparini y Alaimo op. cit.

⁵⁹ La modificación consiste en emplear el Gasto por usuario sin cobertura como una medida del nivel de vida en lugar de emplear los ingresos individuales, tal como lo hacen las metodologías tradicionales.

Finalmente según Atkinson:

$$W_{\alpha} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N A_{\alpha}^i$$

Donde $A(\alpha)$ es el coeficiente de Atkinson modificado con parámetro α

$$W_{\alpha} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N A_{\alpha}^i$$

α es el coeficiente de aversión a la desigualdad. Cuando mayor es α la función de bienestar se aproxima a una Rawlsiana, donde lo único que importa socialmente es la equidad, y adquiere mayor importancia el nivel de vida del individuo o grupo más desfavorecido. En el caso que nos ocupa, la adopción de un parámetro con estas características, estaría significando que sólo una mejora en el bienestar de los pobres de los municipios pobres, redundaría en un mayor bienestar social. Es decir, la sociedad estaría dispuesta a sacrificar todos los excedentes sobre el más pobre para lograrlo.

Cuanto más cercano a cero, más tenderá a una función de bienestar utilitarista (a la Bentham) donde la sociedad no tiene en cuenta en lo más mínimo la igualdad, y por lo tanto el bienestar será mayor siempre que mejore el bienestar de cualquier individuo o grupo sea éste residente de un municipio pobre o rico. En este caso, la sociedad no estará dispuesta a sacrificar los gastos que ya reciben, para alcanzar la equidad.

Para Bentham la función de Bienestar es del tipo:

$$W_B = \sum_{i=1}^N W_i$$

En el presente informe no se pretende medir el bienestar, la idea es, simplemente, determinar la incidencia que la desigualdad tiene en el bienestar de la sociedad.

Para efectuar el análisis se han seleccionado tres indicadores de desigualdad: el índice de concentración, el índice de entropía de Theil y los coeficientes de Atkinson para distintos valores del parámetro α .

Estos índices han sido calculados para el gasto total y municipal por usuario sin cobertura. Al tratarse de un estudio de corte transversal, no se realizan comparaciones intertemporales, sin embargo, los índices se emplean para comparar la equidad que existe entre los distintos niveles de gobierno.

Coefficiente de concentración: Mide el grado de concentración del gasto y posee un único valor para cada distribución. Se calcula mediante el cociente entre el área limitada por la diagonal principal y la curva de concentración, por una parte y el área debajo de la diagonal por la otra. Los valores están acotados entre 0 (la curva coincide con la diagonal y la distribución resulta igualitaria) y 1 (la curva coincide con los lados, los más ricos se apropian de la totalidad de los gastos) y es el caso de desigualdad extrema.

$$C = 1 - \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \frac{G_i}{N^2} = G_i(N - 1 + i)$$

N es el número de municipios, y

G_i es la capacidad de gasto por usuario sin cobertura de cada municipio i

i indica a los municipios ordenados según el IRR que define la pobreza o riqueza del más pobre al más rico.

Este coeficiente, pondera al gasto del que se beneficia cada usuario sin cobertura de cada municipio según la posición relativa que éste ocupa en la escala de ingresos. Es más sensible a transferencias que se realizan desde los más ricos hacia los más pobres.

Índice de entropía de Theil: El índice de entropía de Theil pondera en mayor medida las transferencias realizadas en la cola superior de la distribución. Si por ejemplo, tanto los pobres de los municipios ricos como los pobres de los municipios pobres pierden participación en el ingreso (o gasto), es probable que el índice marque una mejora en términos de igualdad.

$$T = \frac{1}{N} \sum_i \frac{G_i}{N} \ln \left(\frac{G_i}{N} \right)$$

Coficiente de Atkinson (modificado): Este índice relaciona un gasto igualmente distribuido entre los individuos (que permite alcanzar el mismo nivel de bienestar que el que genera la distribución existente) con el gasto promedio resultante. Puede ser empleado como una buena medida del trade-off entre eficiencia y equidad, debido a que expresa cuánto está dispuesta a sacrificar la sociedad para alcanzar la equidad. El índice de desigualdad de Atkinson (modificado) puede definirse como:

$$A = 1 - \frac{\sum_i G_i^{1/2}}{N^{1/2}}$$

Coficiente de variación, es una medida de dispersión que permite eliminar los problemas de dimensionalidad de las variables calculando la proporción existente entre medias y desviaciones típicas. Cuanto mayor sea el valor de este coeficiente mayores serán las diferencias entre municipios.

El coeficiente de variación se define del siguiente modo:

$$CV = \frac{S_g}{\bar{G}} = \frac{\sqrt{\frac{1}{N} \sum_i G_i^2 - \bar{G}^2}}{\bar{G}}$$

Donde:

S_g es el desvío típico

N es el tamaño de la muestra

G_i es el Gasto por usuario sin cobertura para el municipio i

\bar{G} es la media del Gasto por usuario sin cobertura

COEFICIENTE DE VARIACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD POR USUARIO SIN COBERTURA SEGÚN DEPENDENCIA -AÑO 1999-

		Gasto en Salud por usuario sin cobertura		
		Total	Provincial	Municipal
Coeficiente de variación		0,662	0,769	0,840
Coeficiente de concentración		0,104	0,113	0,142
Indice de Theil		0,175	0,273	0,296
Indice de Atkinson	? = 0,5	0,081	0,139	0,146
	? = 1,0	0,151	0,279	0,546
	? = 10	0,554	0,837	0,818

Los resultados manifiestan que es en el nivel municipal donde se evidencia la mayor heterogeneidad en los valores y por lo tanto mayor dispersión en los resultados.

COEFICIENTES DE CONCENTRACIÓN Y DE THEIL PARA LA DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD -AÑO 1999-

Gasto Público	Coeficiente de concentración	Indice de Theil
Municipal	0,168	0,165
Total (Municipal + Provincial)	0,105	0,179

El coeficiente de concentración se aproxima a cero cuanto más equitativa es la distribución, y tiende a uno a medida que se vuelve más inequitativa. Los cálculos para ambos índices (Coeficiente de concentración e Índice de Theil) ratifican que el gasto provincial mejora la equidad, este hecho se observa en que los coeficientes del gasto total dan mejores resultados que los municipales.

Por último, el índice de Atkinson tiene la ventaja de hacer explícitos los juicios de valor que implícitamente representan todos los índices. Para una gran aversión a la desigualdad (? = 10) se advierte que el mayor valor se presenta en el nivel municipal. Sin embargo a nivel provincial, a diferencia de los resultados anteriores, se observa un grado de desigualdad mayor, en este nivel, que cuando se considera el total del gasto.

**COEFICIENTES DE ATKINSON PARA LA DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO
EN SALUD SEGÚN JURISDICCIÓN -AÑO 1999-**

Gasto Público	Coeficiente de Atkinson (x 100)		
	? = 0,10	? ? 1,00	? = 10,00
Provincial	1,6	14,7	57,7
Municipal	3,5	35,3	95,1
Total	1,7	15,2	55,5

En el otro extremo cuando se está frente a una función de bienestar (a la Bentham) donde no interesa la equidad en términos sociales, los valores obtenidos para los índices resultan muy bajos, lo que permite interpretar que los gastos por usuario, aún siendo tan distintos, no producen un efecto contraproducente en términos de bienestar, aunque sí se advierte que continúa siendo el nivel municipal el que presenta la mayor desigualdad.

Un parámetro cercano a la unidad se asemejaría con un criterio de bienestar intermedio, donde la equidad es una prioridad para todos los individuos o grupos de la sociedad. En este caso los resultados no son demasiado diferentes a los obtenidos a partir de los restantes índices, es decir que el gasto municipal continúa siendo el menos igualitario y el provincial mitiga en parte estas diferencias traduciéndose en un gasto global más equitativo. En términos absolutos, los valores que arrojan los índices se encuentran en un nivel intermedio en relación con los otros valores que se le ha dado al parámetro de aversión a la desigualdad.

Capítulo 6. Propuesta de política y conclusiones

6.1. El Seguro Público de Salud: Propuesta del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

A partir de los resultados a los que se arribó en el capítulo anterior y habiendo probado la existencia de inequidad en la distribución del gasto público en salud, entre los pobres de los distintos municipios, aparece como alternativa para la superación, o al menos, reducción de este problema la implementación de políticas sanitarias proactivas, focalizadas, en cuanto a la población objetivo, bajo un programa de la atención de la enfermedad, como así también de prevención y promoción de la salud.

Esta probada inequidad, se advierte más acentuada en el nivel municipal que es donde se ejecuta la casi totalidad del gasto público en primer nivel de atención o de baja complejidad y puede estar originada básicamente en las características que presenta el modelo de atención vigente y el modelo de financiamiento del sistema público de salud.

Son numerosos los factores que justifican la revisión y/o complementación del modelo de atención vigente, como así también el modelo de financiamiento del sistema público de salud de la provincia de Buenos Aires:

- La desigual distribución de los recursos y como consecuencia la dificultad en el acceso al sistema.
- La asimetría de información entre el paciente y el médico, y como consecuencia la identificación de la oferta con la demanda inducida.
- La falta de información acerca de la prevención, el tratamiento de las enfermedades silenciosas y la incidencia de los factores de riesgo.
- La influencia generalizada del modelo biomédico con relación al modelo basado en la estrategia de atención primaria de la salud.

Por otra parte, las características demográficas, socioeconómicas, culturales y sanitarias de la población, derivan en diferentes necesidades de salud que no siempre se traducen en una demanda explícita o en la utilización de los servicios ofrecidos por el Estado. En este contexto, el sistema público de atención de la salud es quien debe brindar un servicio acorde a tales características poblacionales que reflejan y ponen de manifiesto las distintas necesidades, como así también ocuparse de que la necesidad genere demanda y que la misma se satisfaga mediante la utilización.

A partir de la imagen del iceberg introducida por Last para esquematizar los distintos niveles que se presentan con la percepción de enfermedad, la demanda y su atención, es posible advertir los efectos del SPS en la reducción de las brechas que se observan entre necesidad, demanda y utilización⁶⁰.

⁶⁰ Para un amplio desarrollo de estos conceptos, ver Sonis A. y Paganini, J. M. (1978).

Frente a los argumentos citados surge como política estatal compensatoria el Seguro Público de Salud⁶¹ (SPS).

El SPS de la Provincia de Buenos Aires tiene como objetivo mejorar la equidad y la eficiencia del sistema público integrado. Es el instrumento que garantiza el cuidado primordial de la salud a todos los habitantes de su territorio que carezcan de cobertura en salud y de los recursos para afrontar los costos de la atención individual y familiar, en base a la aplicación efectiva de la estrategia de atención primaria, tanto para la promoción y prevención de la salud como para la asistencia y la rehabilitación.

La población beneficiaria cuenta con un equipo de salud familiar, y en particular el médico generalista o de familia, odontólogo y otros profesionales y técnicos a través de los servicios del primer nivel de atención públicos y/o privados, que cada individuo o familia podrán elegir, actuando bajo responsabilidad nominal. El médico de cabecera contará con el vademecum apto para la atención ambulatoria, así, como las prácticas diagnósticas aprobadas por protocolo. El número de integrantes de cada disciplina que formen parte de cada equipo, será proporcional al volumen de habitantes sobre el que se asume la responsabilidad nominal.

La aplicación del concepto de responsabilidad nominal, significa la responsabilidad que un determinado profesional o sistema prestacional asume en la atención continua e integral de una persona y/o familia, previamente identificada. El mismo será el encargado de mantenerlo en salud o disponer las medidas necesarias para la recuperación o rehabilitación de la misma. En este sentido, el primer nivel será objeto principal de atención, especialmente en cuanto a la capacitación del equipo en materia de manejo de prevalencias y, fundamentalmente, desarrollo de acciones preventivas sistemáticas sobre las poblaciones a cargo.

La población cubierta en cada municipio por el SPS, recibirá atención por los profesionales del sector público provincial y municipal, pero también incorporando en el primer nivel de atención a médicos de familia y equipos de salud privados cuando sea necesario. Estos profesionales serán retribuidos por capitación, según las personas y/o familias que libremente los elijan como prestadores, debiendo en todos los casos respetar las normas provinciales respecto de acciones preventivas, estudios diagnósticos, uso de medicamentos y referencia al segundo y tercer nivel de complejidad, generando de esta manera, un tránsito ordenado y controlado.

La implementación del seguro, se acompañará de la definición de conjuntos de normas de atención y de prevención.

Las actividades de preservación de la salud y las de atención de prevalencias desarrolladas sobre la población bajo responsabilidad nominal se realizarán bajo protocolos normatizados, y se asentarán en una Historia Clínica Familiar Orientada a Problemas.

El financiamiento del seguro en el primer nivel de atención será compartido por los municipios y la provincia. El segundo y el tercer nivel se financian por el municipio o la provincia de acuerdo a la oferta disponible en la red de prestadores públicos, y cuando ésta no fuera suficiente, a través de entidades privadas que cuenten con convenio a tal efecto.

⁶¹ Propuesto e implementado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Cada municipio tendrá un tratamiento diferencial en cuanto a la proporción de cofinanciamiento. Para ello, se propone utilizar el **Índice de Riqueza Relativa (IRR)** que permite identificar rangos de municipios que acceden a niveles crecientes de financiamiento provincial, tanto mayor cuanto mayor sea la gravedad del problema de pobreza del partido⁶².

La restricción presupuestaria hace necesaria la incorporación gradual de beneficiarios por municipios. La misma se planificó en base al **Indicador de Riesgo Social y Sanitario (IRSS)**⁶³ que prioriza municipios en función a la cantidad de pobres y su situación de riesgo sanitario.

De esta manera, el aporte o transferencia de fondos adicionales de la provincia a los municipios, no contemplados en la distribución de fondos coparticipables por salud, será mayor cuanto más pobre sea el municipio y el ingreso a formar parte del programa del SPS será prioritario para aquéllos municipios que posean la mayor cantidad de pobres en riesgo sanitario.

En síntesis, la revisión del modelo de atención a partir del nuevo paradigma de atención primaria, el cual privilegia el estado de salud por sobre el diagnóstico y la atención de las enfermedades, la identificación del nivel de pobreza y riqueza relativa de los municipios, la identificación y nominalización de los pobres en riesgo sanitario conjuntamente con el reconocimiento de sus necesidades en prevención y atención, a fin de direccionar los recursos, son bases importantes en la planificación del sistema público, que garantizan ganancias de equidad y eficiencia del sistema.

6.2. Conclusiones

Hace ya más de veinte años, la mayoría de los países del mundo, reunidos en Alma Ata, definieron la estrategia de "Atención Primaria de la Salud" como la forma de alcanzar la tan deseada cobertura universal de salud, definida como la meta de "Salud para todos en el año 2000". Sin embargo, entrados en el nuevo siglo, no sólo no se ha alcanzado dicha meta, sino que parece cada vez más lejana. Muchos son los factores que han influido en esta situación, especialmente razones políticas, económicas y sociales, pero el sector de la salud pública no escapa a su responsabilidad en cuanto a la forma de instrumentación de dicha estrategia.

La atención primaria de la salud ha sido en muchos casos interpretada y/o ejecutada como una respuesta a la demanda de los servicios de salud del primer nivel de atención, excluyendo frecuentemente las actividades preventivas de promoción de la salud. Adicionalmente, en la mayoría de los casos, la demanda asistencial suele desbordar la capacidad operativa del sistema generando inequidades tanto en el acceso a los servicios como en la calidad de atención brindada.

⁶² Para un desarrollo amplio de la temática planteada ver "El Seguro Público de Salud. Propuesta para la Provincia de Buenos Aires". Dirección Provincial de Planificación, MINSa. Mimeo, 2000.

⁶³ Ver "Cálculo del financiamiento provincial necesario para el Seguro Público de Salud". Dirección Provincial de Planificación, MINSa. Mimeo, 2000.

Profundizando el debate sobre equidad surge el cambio de visión planteado por los organismos internacionales de salud. Particularmente, la O.M.S. estableció recientemente como uno de los objetivos primordiales, la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en términos de dos conceptos que no habían sido utilizados hasta el momento, la sensibilidad y la equidad del sistema.

Por esta razón, el trabajo explora la problemática de la "equidad" en el acceso a una canasta de bienes y servicios de salud provistos por el sector público. El criterio empleado se relaciona con la equidad en sentido horizontal, que significa que situaciones iguales merecen tratamientos iguales, es decir, dos individuos igualmente pobres debieran tener acceso a iguales canastas de salud. Así, de acuerdo con la temática abordada se procedió a analizar la desigualdad en la distribución del gasto público en salud entre pobres.

La determinación de la existencia de "desigualdad relativa" dentro del mismo grupo socioeconómico, permite detectar la presencia de inequidad horizontal. Dado que se están analizando individuos con características comunes, y por lo tanto con necesidades que se suponen iguales, debería esperarse que reciban los mismos recursos (canastas), sin embargo los resultados han evidenciado lo contrario.

En efecto, un usuario pobre que reside en un municipio considerado entre el 20% más rico, se beneficia potencialmente de un gasto de \$604, más de dos veces lo que recibe un usuario pobre que vive en un municipio perteneciente al 20% de menor riqueza (\$283). Esto implica que el sólo hecho de poseer residencia habitual en un municipio considerado pobre restringe la posibilidad de acceder a una canasta de servicios de salud de mayor valor y este resultado es inequitativo en si mismo.

Las inequidades actuales en el Sistema Público de Salud, justifican la creación y aplicación de estrategias de cambio estructural en lo político, en lo técnico y en lo administrativo, dirigidas a lograr una más amplia cobertura de servicios de salud. El nuevo modelo de atención debiera construirse de manera tal, que los roles jurisdiccionales y subsectoriales sean producto de un diseño sanitario financieramente sustentable. Al mismo tiempo, este nuevo modelo requiere incrementar la cobertura y la accesibilidad y, a su vez, basarse en los conceptos y prácticas del cuidado preventivo de la salud.

La implementación de un Seguro Público de Salud con las características presentadas, implica un avance en este sentido, ya que introduce modificaciones trascendentales al modelo de atención y al modelo de financiamiento que predominan en la escena del sistema público de salud.

Bibliografía consultada

- ? **Alaimo, Cuenin, Gasparini, Rabassa y Vúletin:** "El impacto distributivo del gasto público en sectores sociales en la Provincia de Buenos Aires", Cuadernos de Economía N°50, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, 2000.
- ? **Aranguren E. y Rezzónico R. A.:** "Indicadores para evaluación de la atención médica y para el diagnóstico de salud de la población", Cap.7, Auditoría Médica: Garantía de calidad en la atención de la salud, Tomo 1, Fundación Favalaro, 2ª Edición. Buenos Aires, Julio 1998.
- ? **Barbieri N.:** "Estado y Mercado en Salud. Una aproximación desde la Economía de la Salud". Medicina y Sociedad Año 1999.
- ? **Barbieri, N., Iacobucci, P. y Rocha, S.:** "Análisis de la distribución de la coparticipación por salud a los municipios de la provincia de Buenos Aires". XXX Jornadas de Finanzas Públicas, Córdoba, 1998.
- ? **Bortman M., Verdejo G. y Sotelo J.M.:** "Situación de la Equidad en Salud. Argentina, 1999", OPS, Documento Oficial N°293, 1999.
- ? **Calman KC:** "Equity, poverty and health for all", Department of Health, London SW1A 2NS, 1997.
- ? **Contandriopoulos A. P.:** "Los Costos y la Equidad de los Sistemas de Salud", Serie de Desarrollo de recursos humanos N°95, OPS, 1992.
- ? **de Kadt E. y Tasca R.:** Promover la equidad, Un nuevo enfoque desde el sector salud. OPS. OMS. Washington, DC. 1993.
- ? **de La Puente, C. y Tarragona, S.:** "La pobreza en el Gran Buenos Aires". Premio Anual Fundación CIEC. Córdoba, 1997.
- ? **Deaton Angus:** "Inequalities in Income and Inequalities in Health", NBER Working Paper N° 7141, 1999.
- ? **Dirección Provincial de Estadísticas** Varios Años "Anuario Estadísticas Bonaerenses".
- ? **Errasti Francisco:** "Economía de la Salud", Cap.3, Principios de Gestión Sanitaria, Diaz de Santos, Madrid, 1997.
- ? **Gasparini y Porto** "Distribución regional del residuo fiscal neto. El caso de las municipalidades de la Provincia de Buenos Aires" mimeo Facultad de Cs. Económicas, 1998.
- ? **Hertzman C.:** "Where are the Differences which make a Difference? Thinking about the Determinants of Health". Working Paper N°8, Toronto, Canadian Institute for Advanced Research, 1990.
- ? **INDEC** "Censo Nacional de Población y Vivienda 1991"
- ? **Laffont J.:** "The Economics of Uncertainty and Information", Cap. 8 The Theory of Insurance, 1989.

- ? **Le Grand J., Propper C. y Robinson R.:** "Health" en *The Economics of Social Problems* Cap.2, 1992.
- ? **Ministerio de Gobierno:** "Gasto en Salud". Dirección Provincial de Gestión Municipal. Subsecretaría de Asuntos Municipales e Institucionales.
- ? **Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación:** Manual para la Organización de departamentos y Oficinas de Estadísticas Hospitalarias. 11/1967.
- ? **Musgrove, P.:** "Mismatch of need, demand and supply of services. Picturing different ways health systems can go wrong". *Human Capital Development and Operation Policy*. HCOWP N°59. 1995.
- ? **Murray , C. J. L.; Gakidou, E. E., Frenk J.:** "Desigualdades en Salud y Diferencias entre grupos sociales: ¿Qué debemos medir?", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos N°2, 2000.
- ? **Paganini J. M.:** "Cobertura de salud en América Latina y el Caribe", *Revista Panamericana de la Salud Pública*, OPS, Vol. 4, N°5, Noviembre 1998.
- ? **Sonis, Abraam y Paganini J. M.:** "La atención de la salud: características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de atención". *Medicina sanitaria y administración de salud*, Tomo II. Editorial El Ateneo, 1978.-
- ? **Stiglitz, Joseph:** "La Economía del Sector Público", Cap. 11 Ed. Bosch, 1988.
- ? **Subsecretaria de Planificación de la Salud** "Sistema de Estadísticas de Servicios de Salud" Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Abril 1997.
- ? **Varian:** "Análisis Microeconómico". Cap. 11 y Cap. 25, Tercera edición, Barcelona, Antoni Bosch Editor, 1992.

ANEXOS

ANEXO I

USUARIOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD POR MUNICIPIO -AÑO 1999-

Municipios	Población no Usuaría	Población Usuaría			Población Total
		Con cobertura	Sin cobertura	Total	
Adolfo Alsina	10.857	4.538	2.667	7.204	18.061
Alberti	3.029	3.637	3.979	7.616	10.645
Almirante Brown	371.239	26.237	157.776	184.013	555.252
Avellaneda	132.658	35.848	186.060	221.908	354.566
Ayacucho	5.992	9.217	5.167	14.383	20.375
Azul	18.445	21.585	26.807	48.391	66.836
Bahía Blanca	196.638	44.243	64.003	108.246	304.884
Balcarce	14.310	11.742	16.580	28.322	42.632
Baradero	16.645	4.990	8.978	13.968	30.613
Bartolomé Mitre	9.587	7.810	9.413	17.222	26.809
Benito Juárez	4.437	9.213	6.690	15.903	20.340
Berazategui	65.784	12.293	204.785	217.079	282.863
Berisso	9.225	23.857	49.066	72.923	82.148
Bolívar	8.385	8.708	15.752	24.459	32.844
Bragado	15.781	10.268	16.466	26.734	42.515
Campana	40.387	9.341	33.411	42.752	83.139
Cañuelas	10.553	4.201	23.029	27.231	37.784
Capitán Sarmiento	6.889	3.480	1.935	5.415	12.304
Carlos Casares	4.600	7.520	8.314	15.833	20.433
Carlos Tejedor	2.783	4.661	4.778	9.439	12.222
Carmen de Areco	7.424	3.446	3.040	6.487	13.911
Castelli	2.551	3.474	1.393	4.867	7.418
Chacabuco	22.167	9.980	13.695	23.675	45.842
Chascomús	20.223	8.290	11.150	19.440	39.663
Chivilcoy	33.259	6.091	20.747	26.838	60.097
Colón	6.843	8.860	7.930	16.790	23.633
Brandsen	4.715	5.604	10.730	16.334	21.049
Coronel Dorrego	6.331	2.927	8.471	11.399	17.730
Coronel Pringles	12.361	5.254	6.011	11.264	23.625
Coronel Rosales	42.743	4.160	14.959	19.118	61.861
Coronel Suárez	20.719	10.502	7.366	17.867	38.586
Daireaux	5.956	5.490	4.091	9.581	15.537

Municipios	Población no Usuaría	Población Usuaría			Población Total
		Con cobertura	Sin cobertura	Total	
Dolores	8.339	2.778	14.088	16.866	25.205
Ensenada	23.332	8.428	22.401	30.829	54.161
Escobar	55.487	5.841	107.362	113.203	168.690
Esteban Echeverría	153.197	9.067	83.139	92.205	245.402
Exaltación de la Cruz	7.246	6.915	6.516	13.431	20.677
Ezeiza	22.974	10.380	68.382	78.762	101.736
Florencio Varela	150.283	11.468	164.908	176.376	326.659
Florentino Ameghino	2.790	2.505	2.671	5.175	7.965
General Alvarado	11.224	2.754	20.472	23.227	34.451
General Alvear	1.974	3.902	2.466	6.368	8.342
General Arenales	5.127	5.271	4.703	9.974	15.101
General Belgrano	4.503	4.461	5.825	10.286	14.789
General Guido	987	-	1.866	1.866	2.853
General Lamadrid	2.539	4.458	3.741	8.199	10.738
General Las Heras	2.311	4.856	5.210	10.066	12.377
General Lavalle	1.326	1.973	1.290	3.263	4.589
General Madariaga	6.413	2.756	8.957	11.713	18.126
General Paz	2.984	3.751	2.914	6.665	9.649
General Pinto	6.743	1.262	4.105	5.368	12.111
General Pueyrredón	369.118	25.655	217.704	243.359	612.477
General Rodríguez	3.585	10.272	48.515	58.787	62.372
General San Martín	163.346	36.817	225.316	262.132	425.478
General Viamonte	7.270	2.674	8.468	11.142	18.412
General Villegas	7.395	5.613	15.585	21.197	28.592
González Chaves	2.399	5.321	5.028	10.348	12.747
Guaminí	9.906	1.093	1.432	2.525	12.431
Hipólito Yrigoyen	2.055	1.652	5.398	7.049	9.104
Hurlingham	122.453	15.198	33.608	48.807	171.260
Ituzaingo	114.307	14.026	31.015	45.041	159.348
José C. Paz	66.844	5.098	151.849	156.946	223.790
Junín	46.402	7.907	37.036	44.943	91.345
La Costa	15.067	7.678	26.965	34.643	49.710
La Matanza	729.657	23.549	519.318	542.867	1.272.524
La Plata	199.962	83.923	310.858	394.782	594.744
Lanús	195.981	42.982	231.030	274.012	469.993

Municipios	Población no Usuaría	Población Usuaría			Población Total
		Con cobertura	Sin cobertura	Total	
Laprida	2.990	3.985	2.572	6.557	9.547
Las Flores	7.329	7.557	7.557	15.115	22.444
Leandro N. Alem	11.406	2.516	3.042	5.558	16.964
Lincoln	23.770	6.309	13.327	19.636	43.406
Lobería	6.121	7.173	4.656	11.829	17.950
Lobos	13.611	3.753	16.029	19.782	33.393
Lomas de Zamora	368.592	28.140	234.120	262.260	630.852
Luján	57.456	2.859	30.594	33.453	90.909
Magdalena	3.322	4.689	5.653	10.342	13.664
Maipú	3.563	3.042	3.866	6.909	10.472
Malvinas Argentinas	105.055	25.901	163.797	189.699	294.754
Mar Chiquita	1.434	9.224	6.433	15.657	17.091
Marcos Paz	6.845	11.336	18.533	29.869	36.714
Mercedes	31.373	3.322	24.725	28.047	59.420
Merlo	305.010	9.900	162.459	172.359	477.369
Monte	2.656	5.818	9.232	15.049	17.705
Monte Hermoso	1.231	1.481	1.305	2.786	4.017
Moreno	207.636	10.694	151.488	162.182	369.818
Morón	248.720	32.382	71.608	103.989	352.709
Navarro	7.700	3.495	3.912	7.407	15.107
Necochea	36.443	17.518	40.014	57.532	93.975
Nueve de Julio	9.703	11.928	24.377	36.305	46.008
Olavarría	42.209	18.763	44.368	63.131	105.340
Patagones	8.048	8.618	13.648	22.267	30.315
Pehuajó	20.017	5.690	13.014	18.704	38.721
Pellegrini	1.151	3.246	1.739	4.985	6.136
Pergamino	55.157	12.319	36.384	48.703	103.860
Pila	734	1.287	999	2.286	3.020
Pilar	86.513	885	98.107	98.992	185.505
Pinamar	4.097	3.428	7.057	10.484	14.581
Presidente Perón	7.914	4.963	39.883	44.846	52.760
Puan	9.866	6.248	1.493	7.741	17.607
Punta Indio	1.976	2.072	5.310	7.383	9.359
Quilmes	322.723	15.419	230.019	245.439	568.162
Ramallo	9.594	8.244	12.604	20.848	30.442

Municipios	Población no Usuaría	Población Usuaría			Población Total
		Con cobertura	Sin cobertura	Total	
Rauch	4.416	6.511	3.578	10.090	14.506
Rivadavia	6.823	2.383	7.091	9.475	16.298
Rojas	9.357	7.213	7.133	14.346	23.703
Roque Pérez	907	3.176	5.875	9.051	9.958
Saavedra	9.467	7.306	3.586	10.892	20.359
Saladillo	4.122	8.247	15.108	23.355	27.477
Salliqueló	5.393	2.597	1.516	4.112	9.505
Salto	13.370	2.914	13.483	16.397	29.767
San Andrés de Giles	11.420	5.149	3.402	8.551	19.971
San Antonio de Areco	8.350	7.069	5.552	12.622	20.972
San Cayetano	6.998	1.090	639	1.729	8.727
San Fernando	69.688	10.861	74.029	84.891	154.579
San Isidro	103.648	37.175	166.889	204.064	307.712
San Miguel	137.568	4.610	108.179	112.789	250.357
San Nicolás	61.300	18.360	69.281	87.641	148.941
San Pedro	13.166	7.753	34.621	42.374	55.540
San Vicente	10.573	4.659	26.277	30.936	41.509
Suipacha	2.502	830	5.145	5.975	8.477
Tandil	73.521	14.039	21.327	35.366	108.887
Tapalqué	1.853	3.545	2.802	6.347	8.200
Tigre	140.322	9.911	153.091	163.001	303.323
Tordillo	447	436	560	996	1.443
Tornquist	3.889	3.934	3.504	7.438	11.327
Trenque Lauquen	17.417	15.370	4.295	19.665	37.082
Tres Arroyos	34.351	230	23.739	23.969	58.320
Tres de Febrero	212.956	24.655	115.280	139.935	352.891
Tres Lomas	4.733	1.892	1.403	3.295	8.028
Veinticinco de Mayo	6.995	10.646	16.881	27.528	34.523
Vicente López	115.233	36.089	136.820	172.909	288.142
Villa Gesell	5.925	2.033	11.814	13.848	19.773
Villarino	6.055	2.305	18.371	20.676	26.731
Zárate	37.357	20.018	45.853	65.871	103.228
Total	6.831.126	1.306.963	5.966.428	7.273.391	14.104.517

ANEXO II

MUNICIPIOS SEGÚN ÍNDICE DE RIQUEZA RELATIVA

Municipios	IRRA
Adolfo Alsina	106
Alberti	145
Almirante Brown	34
Avellaneda	188
Ayacucho	109
Azul	112
Bahía Blanca	127
Balcarce	151
Baradero	87
Bartolomé Mitre	105
Benito Juárez	157
Berazategui	66
Berisso	46
Bolívar	108
Bragado	93
Campana	49
Cañuelas	217
Capitán Sarmiento	78
Carlos Casares	123
Carlos Tejedor	131
Carmen de Areco	105
Castelli	115
Chacabuco	106
Chascomús	241
Chivilcoy	81
Colón	159
Brandsen	62
Coronel Dorrego	43
Coronel Pringles	154
Coronel Rosales	141
Coronel Suárez	252
Daireaux	124
Dolores	70
Ensenada	236
Escobar	63
Esteban Echeverría	51
Exaltación de la Cruz	126
Ezeiza	58
Florencio Varela	42
Florentino Ameghino	98
General Alvarado	110
General Alvear	136
General Arenales	138
General Belgrano	119
General Guido	112
General Lamadrid	172

Municipios	IRRA
General Las Heras	76
General Lavalle	262
General Madariaga	95
General Paz	86
General Pinto	159
General Pueyrredón	141
General Rodríguez	131
General San Martín	143
General Viamonte	97
General Villegas	135
González Chaves	143
Guaminí	156
Hipólito Yrigoyen	147
Hurlingham	97
Ituzaingo	95
José C. Paz	34
Junín	124
La Costa	179
La Matanza	64
La Plata	177
Lanús	108
Laprida	128
Las Flores	91
Leandro N. Alem	100
Lincoln	98
Lobería	133
Lobos	70
Lomas de Zamora	62
Luján	92
Magdalena	78
Maipú	110
Malvinas Argentinas	46
Mar Chiquita	86
Marcos Paz	49
Mercedes	87
Merlo	65
Monte	74
Monte Hermoso	225
Moreno	43
Morón	100
Navarro	104
Necochea	113
Nueve de Julio	98
Olavarría	159
Patagones	85
Pehuajó	95

Municipios	IRRA
Pellegrini	147
Pergamino	102
Pila	210
Pilar	74
Pinamar	264
Presidente Perón	32
Puan	92
Punta Indio	125
Quilmes	76
Ramallo	98
Rauch	132
Rivadavia	148
Rojas	159
Roque Pérez	126
Saavedra	160
Saladillo	110
Salliqueló	46
Salto	356
San Andrés de Giles	79
San Antonio de Areco	113
San Cayetano	159
San Fernando	108
San Isidro	181
San Miguel	47
San Nicolás	92
San Pedro	74
San Vicente	48
Suipacha	111
Tandil	125
Tapalqué	142
Tigre	110
Tordillo	194
Tornquist	124
Trenque Lauquen	176
Tres Arroyos	155
Tres de Febrero	114
Tres Lomas	109
Veinticinco de Mayo	117
Vicente López	255
Villa Gesell	205
Villarino	91
Zárate	87
Total	100

ANEXO III

RELACIONES ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD POR ORIGEN DE OCURRENCIA
POR MUNICIPIOS -AÑO 1999-

Municipalidad	Gasto Provincial por ocurrencia	Gasto municipal por ocurrencia	Gasto en Salud por ocurrencia
Adolfo Alsina	356.595	1.536.164	1.892.759
Alberti	210.174	959.168	1.169.342
Almirante Brown	34.363.065	4.348.147	38.711.212
Avellaneda	59.633.319	15.147.393	74.780.712
Ayacucho	402.282	3.395.269	3.797.551
Azul	5.645.531	6.336.021	11.981.552
Bahía Blanca	25.878.895	16.283.823	42.162.718
Balcarce	841.722	4.588.931	5.430.653
Baradero	604.420	2.474.029	3.078.449
Bartolomé Mitre	529.314	3.389.537	3.918.851
Benito Juárez	401.591	2.738.971	3.140.562
Berazategui	13.214.480	12.512.326	25.726.806
Berisso	10.988.472	1.427.673	12.416.145
Bolívar	648.469	4.123.496	4.771.965
Bragado	839.412	4.441.147	5.280.559
Brandsen	415.590	1.874.410	2.290.000
Campana	1.641.489	5.757.036	7.398.525
Cañuelas	746.004	2.416.713	3.162.717
Capitán Sarmiento	242.929	839.436	1.082.365
Carlos Casares	403.427	4.381.603	4.785.030
Carlos Tejedor	241.310	1.215.629	1.456.939
Carmen de Areco	2.863.608	165.434	3.029.042
Castelli	146.460	1.260.736	1.407.196
Chacabuco	905.100	5.468.154	6.373.254
Chascomús	783.103	4.885.762	5.668.865
Chivilcoy	1.186.550	5.084.634	6.271.184
Colón	466.608	3.178.538	3.645.146
Coronel Dorrego	350.059	1.682.742	2.032.801
Coronel Pringles	466.450	2.764.132	3.230.582
Coronel Rosales	1.221.378	1.920.406	3.141.784
Coronel Suárez	761.838	4.959.492	5.721.330
Daireaux	306.761	3.039.823	3.346.584
Dolores	497.645	1.991.867	2.489.512
Ensenada	1.069.350	5.869.373	6.938.723
Escobar	10.617.410	5.191.258	15.808.668
Esteban Echeverría	4.845.195	9.403.975	14.249.170
Exaltación de la Cruz	408.245	2.376.492	2.784.737
Ezeiza	12.330.987	2.564.554	14.895.541
Florencio Varela	6.449.525	18.185.327	24.634.852
Florentino Ameghino	157.260	1.044.810	1.202.070

Municipalidad	Gasto Provincial por ocurrencia	Gasto municipal por ocurrencia	Gasto en Salud por ocurrencia
General Alvarado	680.197	3.053.378	3.733.575
General Alvear	164.704	1.463.331	1.628.035
General Arenales	298.153	1.480.686	1.778.839
General Belgrano	291.993	2.542.029	2.834.022
General Guido	56.329	302.774	359.103
General Lamadrid	451.662	2.518.003	2.969.665
General Las Heras	244.370	1.025.412	1.269.782
General Lavalle	90.605	571.029	661.634
General Madariaga	357.878	2.670.300	3.028.178
General Paz	190.509	1.859.833	2.050.342
General Pinto	239.118	1.457.510	1.696.628
General Pueyrredón	55.195.593	9.277.521	64.473.114
General Rodríguez	17.348.201	213.842	17.562.043
General San Martín	43.047.366	28.042.071	71.089.437
General Viamonte	363.525	1.599.795	1.963.320
General Villegas	564.518	2.885.967	3.450.485
González Chaves	251.676	2.055.349	2.307.025
Guaminí	245.437	449.252	694.689
Hipólito Yrigoyen	179.749	1.016.413	1.196.162
Hurlingham	3.381.342	3.511.012	6.892.354
Ituzaingo	3.146.152	3.198.637	6.344.789
José C. Paz	14.632.575	2.859.620	17.492.195
Junín	13.704.809	849.962	14.554.771
La Costa	981.470	8.600.663	9.582.133
La Matanza	43.255.958	50.261.356	93.517.314
La Plata	187.823.640	8.824.523	196.648.163
Lanús	45.158.847	16.030.428	61.189.275
Laprida	188.495	2.137.712	2.326.207
Las Flores	3.558.163	196.512	3.754.675
Leandro N. Alem	334.936	404.132	739.068
Lincoln	857.004	4.303.206	5.160.210
Lobería	354.403	2.880.457	3.234.860
Lobos	4.106.095	257.275	4.363.370
Lomas de Zamora	39.627.419	17.060.500	56.687.919
Luján	13.240.706	7.274.189	20.514.895
Magdalena	269.781	2.298.221	2.568.002
Maipú	206.758	1.674.538	1.881.296
Malvinas Argentinas	5.819.596	12.393.665	18.213.261
Mar Chiquita	337.443	2.752.088	3.089.531
Marcos Paz	724.878	2.974.851	3.699.729
Mercedes	6.730.167	71.988	6.802.155
Merlo	16.791.221	17.184.970	33.976.191
Monte	2.738.013	238.740	2.976.753
Monte Hermoso	79.311	596.844	676.155

Municipalidad	Gasto Provincial por ocurrencia	Gasto municipal por ocurrencia	Gasto en Salud por ocurrencia
Moreno	7.301.653	12.399.556	19.701.209
Morón	34.600.055	12.881.057	47.481.112
Navarro	298.271	1.669.255	1.967.526
Necochea	3.875.780	9.546.366	13.422.146
Nueve de Julio	5.267.276	1.536.925	6.804.201
Olavarría	3.933.234	10.900.447	14.833.681
Patagones	598.537	4.035.180	4.633.717
Pehuajó	764.504	3.650.003	4.414.507
Pellegrini	121.149	978.684	1.099.833
Pergamino	13.478.702	889.929	14.368.631
Pila	59.627	881.324	940.951
Pilar	3.662.594	10.693.236	14.355.830
Pinamar	287.886	2.926.860	3.214.746
Presidente Perón	6.925.051	836.869	7.761.920
Puan	347.631	2.300.592	2.648.223
Punta Indio	184.783	1.104.208	1.288.991
Quilmes	24.952.821	13.586.430	38.539.251
Ramallo	601.044	2.992.701	3.593.745
Rauch	891.504	2.503.516	3.395.020
Rivadavia	321.786	2.310.441	2.632.227
Rojas	467.990	3.195.272	3.663.262
Roque Pérez	196.610	1.464.554	1.661.164
Saavedra	401.966	4.250.835	4.652.801
Saladillo	5.166.416	685.352	5.851.768
Salliqueló	187.666	1.458.921	1.646.587
Salto	587.717	2.157.186	2.744.903
San Andrés de Giles	394.306	3.018.693	3.412.999
San Antonio de Areco	414.069	1.944.923	2.358.992
San Cayetano	172.305	730.654	902.959
San Fernando	15.005.949	5.926.177	20.932.126
San Isidro	6.075.437	32.004.624	38.080.061
San Miguel	4.943.026	12.487.747	17.430.773
San Nicolás	10.053.286	2.660.377	12.713.663
San Pedro	1.096.577	4.615.351	5.711.928
San Vicente	819.550	4.149.655	4.969.205
Suipacha	167.369	1.284.903	1.452.272
Tandil	2.149.855	8.314.528	10.464.383
Tapalqué	161.900	1.201.467	1.363.367
Tigre	16.305.570	7.030.021	23.335.591
Tordillo	28.490	339.084	367.574
Tornquist	223.639	1.053.481	1.277.120
Trenque Lauquen	732.144	3.773.917	4.506.061
Tres Arroyos	1.151.465	5.492.528	6.643.993
Tres de Febrero	15.473.056	10.753.954	26.227.010

Municipalidad	Gasto Provincial por ocurrencia	Gasto municipal por ocurrencia	Gasto en Salud por ocurrencia
Tres Lomas	158.504	752.552	911.056
Veinticinco de Mayo	681.619	4.599.623	5.281.242
Vicente López	12.289.973	31.797.591	44.087.564
Villa Gesell	390.396	3.660.095	4.050.491
Villarino	4.169.224	2.112.210	6.281.434
Zárate	10.979.667	1.176.923	12.156.590
Total	951.912.414	677.261.792	1.629.174.206

ANEXO IV

RELACIONES ENTRE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD POR ORIGEN DE RESIDENCIA
POR MUNICIPIOS -AÑO 1999- (EN PORCENTAJES)

Municipalidad	Gasto Provincial por origen de residencia	Gasto por origen de residencia	Gasto en Salud por origen de residencia
Adolfo Alsina	722.595	1.738.283	2.460.878
Alberti	437.991	950.835	1.388.826
Almirante Brown	41.457.494	7.681.299	49.138.793
Avellaneda	34.603.132	8.050.751	42.653.883
Ayacucho	734.676	3.335.356	4.070.032
Azul	5.840.806	5.943.233	11.784.038
Bahía Blanca	18.231.820	15.524.558	33.756.378
Balcarce	1.267.718	4.621.893	5.889.612
Baradero	844.436	2.397.212	3.241.649
Bartolomé Mitre	1.008.671	3.282.884	4.291.555
Benito Juárez	671.112	2.766.519	3.437.632
Berazategui	22.468.822	12.158.216	34.627.038
Berisso	16.652.117	1.618.936	18.271.053
Bolívar	1.191.341	4.114.165	5.305.505
Bragado	1.503.264	4.458.527	5.961.791
Campana	2.441.189	5.937.474	8.378.663
Cañuelas	2.258.563	2.331.541	4.590.103
Capitán Sarmiento	532.008	928.535	1.460.543
Carlos Casares	786.559	4.358.803	5.145.362
Carlos Tejedor	436.951	1.344.540	1.781.491
Carmen de Areco	3.048.615	327.103	3.375.717
Castelli	372.380	1.324.747	1.697.127
Chacabuco	1.556.679	5.426.125	6.982.803
Chascomús	2.039.280	4.773.110	6.812.389
Chivilcoy	2.143.801	4.940.602	7.084.403
Colón	1.032.318	3.090.871	4.123.189
Brandsen	1.744.469	1.713.142	3.457.611
Coronel Dorrego	910.012	1.673.618	2.583.631
Coronel Pringles	841.405	2.813.922	3.655.327
Coronel Rosales	2.379.571	1.994.341	4.373.912
Coronel Suárez	1.098.574	4.857.816	5.956.391
Daireaux	438.966	2.892.799	3.331.765
Dolores	1.476.259	1.747.218	3.223.477
Ensenada	6.651.537	5.040.803	11.692.340
Escobar	11.818.955	6.668.203	18.487.158
Esteban Echeverría	10.849.691	8.784.630	19.634.321
Exaltación de la Cruz	552.387	2.304.797	2.857.184
Ezeiza	8.896.569	2.825.620	11.722.189
Florencio Varela	19.711.156	20.024.772	39.735.928

Municipalidad	Gasto Provincial por origen de residencia	Gasto por origen de residencia	Gasto en Salud por origen de residencia
Florentino Ameghino	328.596	1.052.808	1.381.404
General Alvarado	1.405.877	2.948.289	4.354.167
General Alvear	496.130	1.515.800	2.011.930
General Arenales	947.242	1.442.722	2.389.964
General Belgrano	972.376	2.250.621	3.222.997
General Guido	105.927	433.237	539.164
General Lamadrid	585.553	2.516.226	3.101.779
General Las Heras	613.191	1.109.170	1.722.361
General Lavalle	167.760	821.725	989.486
General Madariaga	717.782	2.580.923	3.298.705
General Paz	601.838	1.934.104	2.535.942
General Pinto	495.124	1.496.559	1.991.683
General Pueyrredón	50.599.025	9.618.340	60.217.365
General Rodríguez	8.015.253	489.268	8.504.521
General San Martín	33.120.935	26.639.914	59.760.849
General Viamonte	917.700	1.599.793	2.517.492
General Villegas	924.848	2.802.910	3.727.757
González Chaves	475.140	2.072.615	2.547.755
Guaminí	361.323	584.786	946.109
Hipólito Yrigoyen	324.259	1.131.010	1.455.269
Hurlingham	6.541.807	4.095.135	10.636.942
Ituzaingo	5.547.810	4.885.976	10.433.786
José C. Paz	14.073.147	6.257.191	20.330.338
Junín	10.428.976	883.499	11.312.475
La Costa	2.109.445	6.894.125	9.003.570
La Matanza	54.345.727	53.502.458	107.848.185
La Plata	112.526.064	9.657.081	122.183.145
Lanús	38.017.055	16.589.446	54.606.501
Laprida	307.361	2.196.874	2.504.235
Las Flores	4.072.457	262.795	4.335.252
Leandro N. Alem	1.116.717	448.464	1.565.181
Lincoln	1.442.766	4.216.524	5.659.290
Lobería	580.355	2.986.175	3.566.530
Lobos	5.345.769	296.399	5.642.169
Lomas de Zamora	43.487.933	17.794.730	61.282.663
Luján	2.612.681	6.816.994	9.429.675
Magdalena	1.283.352	2.264.058	3.547.410
Maipú	473.552	1.481.595	1.955.147
Malvinas Argentinas	9.386.558	16.589.002	25.975.560
Mar Chiquita	1.083.765	2.693.667	3.777.432
Marcos Paz	1.131.862	2.474.636	3.606.497
Mercedes	7.248.811	219.612	7.468.423
Merlo	19.836.224	16.355.581	36.191.805

Municipalidad	Gasto Provincial por origen de residencia	Gasto por origen de residencia	Gasto en Salud por origen de residencia
Monte	3.046.110	267.351	3.313.460
Monte Hermoso	302.186	532.569	834.754
Moreno	16.859.142	14.275.798	31.134.940
Morón	12.924.899	6.358.557	19.283.456
Navarro	522.736	1.687.128	2.209.864
Necochea	4.582.247	9.338.529	13.920.776
Nueve de Julio	5.674.412	1.574.394	7.248.806
Olavarría	3.898.000	10.670.049	14.568.050
Patagones	1.073.464	3.905.310	4.978.774
Pehuajó	1.194.407	3.583.973	4.778.380
Pellegrini	158.774	978.481	1.137.256
Pergamino	11.872.547	982.781	12.855.328
Pila	204.444	978.356	1.182.800
Pilar	6.144.886	11.590.376	17.735.263
Pinamar	559.373	2.826.367	3.385.740
Presidente Perón	5.505.682	1.153.583	6.659.265
Puan	774.788	2.269.259	3.044.047
Punta Indio	608.548	1.053.030	1.661.579
Quilmes	40.744.334	16.166.512	56.910.846
Ramallo	1.009.039	2.932.534	3.941.572
Rauch	1.214.996	2.528.480	3.743.476
Rivadavia	628.098	2.272.489	2.900.588
Rojas	1.053.329	3.157.805	4.211.134
Roque Pérez	730.349	1.396.112	2.126.462
Saavedra	553.175	4.221.629	4.774.804
Saladillo	4.721.243	747.415	5.468.658
Salliqueló	366.374	1.417.612	1.783.986
Salto	1.170.480	2.184.476	3.354.956
San Andrés de Giles	629.000	2.720.258	3.349.258
San Antonio de Areco	767.410	1.931.726	2.699.135
San Cayetano	334.630	827.439	1.162.069
San Fernando	14.508.049	7.081.581	21.589.630
San Isidro	7.778.579	27.713.419	35.491.998
San Miguel	8.799.656	9.919.084	18.718.740
San Nicolás	10.286.554	2.699.503	12.986.058
San Pedro	1.578.263	4.645.188	6.223.450
San Vicente	2.449.882	3.425.185	5.875.067
Suipacha	304.219	1.237.984	1.542.203
Tandil	2.855.295	7.995.942	10.851.237
Tapalqué	441.026	1.346.945	1.787.971
Tigre	19.431.537	12.150.531	31.582.068
Tordillo	47.352	349.672	397.024
Tornquist	612.905	1.083.349	1.696.254

Municipalidad	Gasto Provincial por origen de residencia	Gasto por origen de residencia	Gasto en Salud por origen de residencia
Trenque Lauquen	1.628.772	3.794.294	5.423.066
Tres Arroyos	1.819.955	5.483.515	7.303.470
Tres de Febrero	22.459.067	14.280.264	36.739.331
Tres Lomas	283.897	783.195	1.067.092
Veinticinco de Mayo	1.589.595	4.611.597	6.201.191
Vicente López	10.113.202	15.439.425	25.552.627
Villa Gesell	802.449	3.363.806	4.166.254
Villarino	6.426.763	2.283.027	8.709.790
Zárate	10.971.646	1.216.384	12.188.030
Total	931.847.727	669.104.903	1.600.952.630