

## ***GASTO EN SALUD Y DESEMPEÑO. UN ANÁLISIS DE BRECHA DE FINANCIAMIENTO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES***

**Daniel Maceira y Pedro Kremer**

**Abril de 2008**

### Resumen ejecutivo

*La estructura descentralizada de la provincia de Buenos Aires, da lugar al desarrollo de modelos de gestión y financiamiento de la asistencia sanitaria que resultan diversos, lo cual configura realidades sanitarias heterogéneas y dispares en los distintos municipios. Sin embargo, se observa que el flujo de financiamiento en salud de dichos municipios presentaría como denominador común la priorización de la estructura de la oferta por sobre las necesidades de la población. El presente estudio analiza, por un lado, la influencia de la necesidad o la demanda en el financiamiento de la salud de los municipios de la Provincia de Buenos Aires y, por otro, la brecha de financiamiento intermunicipal a fines de obtener una perspectiva sobre la eficiencia asignativa en cada ámbito y para el sistema en su conjunto.*

*Los resultados muestran que efectivamente existe una alta correlación entre el gasto sanitario de los municipios y sus indicadores de oferta o de producción hospitalaria, con poca incidencia de los indicadores de morbilidad y mortalidad. Asimismo, 24 de los 117 municipios para los cuales se obtuvo información presentan un gasto en salud que resulta superior al esperado acorde a su perfil epidemiológico, en tanto que los restantes 93 se encuentran por debajo de sus requerimientos de financiamiento. En términos globales, el sistema presenta un déficit de financiamiento de 1.126 millones de pesos anuales (un 53% superior al financiamiento actual). Por otro lado, se identificaron importantes brechas de financiamiento entre municipios y diferencias relevantes en eficiencia respecto de la gestión municipal o provincial de sus centros de internación.*

*Resulta necesario un replanteo en torno a los criterios que condicionan la transferencia de fondos coparticipables a los municipios, a fines de lograr una mayor asociación entre el financiamiento y los resultados sanitarios. Asimismo, la brecha de eficiencia asignativa entre municipios requiere un cauteloso análisis a fin de identificar modelos exitosos de gestión, que puedan ser replicados y así disminuir la ineficiencia del sistema en su conjunto.*

## *Introducción*

El gasto en salud en la provincia de Buenos Aires (al igual que en el resto del país) estaría orientado a financiar y sostener una estructura prestacional íntimamente ligada a la oferta de servicios. Esta realidad se observa tanto en estudios previos que analizan el origen y financiamiento del gasto nacional en salud (Maceira, 2004) como en el análisis del flujo financiero determinado por la coparticipación provincial hacia los municipios. Allí, dicho flujo se encuentra ligado a indicadores de oferta (como establecimientos con internación) o bien de producción hospitalaria (egresos, consultas). Sin embargo, no se detectan mecanismos formales ni informales de orientación del gasto según las necesidades de la población, manifestadas a través de indicadores de resultados sanitarios.

Asimismo, la estructura descentralizada de la provincia de Buenos Aires, da lugar al desarrollo de modelos de gestión y financiamiento de la asistencia sanitaria que resultan diversos, lo cual configura realidades sanitarias heterogéneas y dispares en los distintos municipios. En este sentido, más allá de los fondos recibidos por el régimen coparticipable, cada uno de los 134 partidos determina sus prioridades y aplica estrategias de financiamiento que resultan mayor o menormente eficientes a la luz de los resultados que obtienen.

En el presente estudio se analiza, por un lado, la influencia de la necesidad o la demanda en el financiamiento de la salud de los municipios de la Provincia de Buenos Aires y, por otro, la brecha de financiamiento en función de dichas necesidades, a fines de obtener una perspectiva sobre la eficiencia asignativa en cada partido.

## *Metodología y secuencia de análisis*

Para la primera sección se analizan variables de financiamiento (gasto total y per cápita en salud para los niveles nacional, provincial y municipal) frente a indicadores de necesidad. El objeto de este ejercicio es determinar si la provincia repite el modelo observado en el resto del país en cuanto a la escasa correlación entre estos indicadores. Dentro de las variables de necesidad disponibles se seleccionaron:

- la tasa de mortalidad infantil,
- las tasas de mortalidad en menores de 4 años por diarreas, infecciones respiratorias y desnutrición,
- el porcentaje de población sin agua de red,
- el porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas,
- el porcentaje de población sin cobertura formal de salud.

Con el propósito de utilizar un parámetro comprensivo que diera cuenta de las necesidades en salud para cada municipio, se diseñó un índice epidemiológico compuesto por la tasa de mortalidad infantil (TMI, año 2005) y la tasas de egresos hospitalarios por

infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB)<sup>1</sup> y por diarreas infecciosas en menores de 4 años (año 2004 en ambos casos).

El indicador se compone de partes iguales en mortalidad y morbilidad, de la forma:

$$\text{INDICE} = (\text{TMI} * 0.5) + (\text{egresos por IRAB} * 0.25) + (\text{egresos por Diarreas} * 0.25)$$

En este marco, se implementó una regresión logística tomando como variable a explicar el Gasto Total en Salud per Cápita de cada municipio, ajustado por población y por el índice generado.

$$F(\text{Gasto en salud}) = (\text{Población}, \text{Índice de necesidades sanitarias})$$

Como producto de esta estimación se obtuvo la esperanza del gasto en función de la población y las necesidades de cada municipio. Posteriormente se seleccionaron aquellos municipios cuya diferencia "Gasto esperado-Gasto real" fuera mayor y dentro de ellos, el de menor índice de morbimortalidad. Ello permitió identificar el municipio "patrón" (Coronel Rosales), como aquel cuyo gasto resulta el más eficiente del conjunto. De allí surge un patrón de "gasto ideal" entendido éste como el gasto efectuado por el municipio patrón por cada unidad del índice creado. Finalmente, se analiza el gasto total en salud por habitante para cada municipio frente al gasto hipotético si todos los partidos presentaran la eficiencia del patrón, logrando cuantificar la brecha (gasto real/gasto ideal) tanto para el sistema en su conjunto como para cada uno de los municipios analizados:

$G_{mi}$ (gasto ideal) = $G_p / I_n$ (gasto del municipio patrón / índice del patrón) El municipio patrón gasta \$ 2.14 por cada unidad del índice
$G_x$ (gasto del municipio $x$ ) < $G_{mi}$ = Insuficiencia de $x$ respecto del patrón $G_x$ (gasto del municipio $x$ ) > $G_{mi}$ = Ineficiencia de $x$ respecto del patrón

---

<sup>1</sup> Infecciones respiratorias aguda bajas son aquellas que afectan el árbol broncopulmonar.

## Resultados

Se contó con datos suficientes para la construcción del índice de morbimortalidad para 117 de los 134 municipios de la provincia (87.3%). En todos estos casos, como se observa en la Tabla 1, se obtuvieron coeficientes de correlación no significativos o bajos (cerca de 0.30), confirmando que los determinantes del financiamiento estarían asociados a factores distintos de la necesidad de la población.

**Tabla 1 - Coeficientes de correlación entre indicadores de necesidad y gasto en salud**

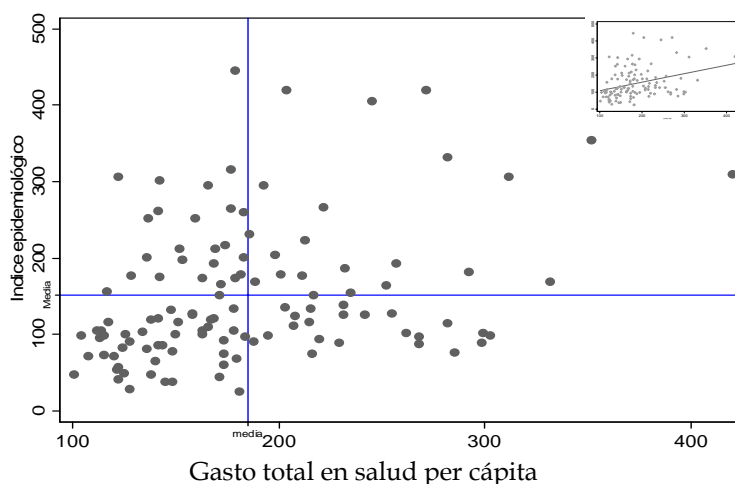
	Gasto Total PC	Gasto Nacional PC	Gasto Provincial PC	Gasto Municipal PC
% con NBI	ns	ns	0.1888	ns
% sin cobertura	ns	ns	0.2517	ns
% con agua de red	ns	-0.2458	ns	ns
% con cloacas	ns	ns	ns	ns
tasaIRA	0.2680	0.1934	ns	ns
tasaDIARREAS	0.3047	ns	ns	0.3242
tasaDESNUTRICION	ns	ns	ns	ns
TMI	ns	ns	ns	ns

Fuente: elaboración propia en base a INDEC (2001) y Ministerio de Salud de la Nación (2004 y 2005)

Nota: Los valores detallados resultan significativos al 0.50. ns- No significativo

La Figura 2, a continuación, refleja la gran dispersión entre el gasto en salud por habitante para cada municipio frente al índice epidemiológico construido. Existe una ligera pendiente sugiriendo una relación positiva entre gasto y resultados. Esta correlación no resulta significativa desde el punto de vista estadístico, siendo su índice de correlación simple de 0.29.

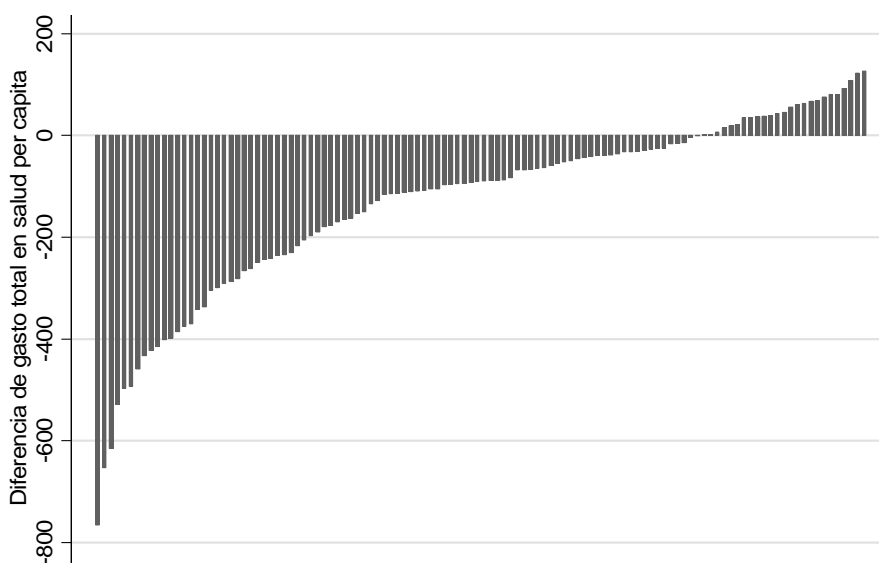
**Figura 2 - Relación entre gasto y necesidades**



Fuente: elaboración propia en base a INDEC y Ministerio de Salud

Considerando que bajo los parámetros de escala poblacional, necesidades y recursos disponibles, el partido que opera como parámetro de comparación es aquel que logra los mejores resultados sanitarios dada una restricción presupuestaria, en la Figura 3 se identifica que 24 municipios presentarían un gasto por unidad del índice superior a dicho patrón, en tanto que los restantes 93 muestran un gasto inferior.

**Figura 3 - Gasto en salud en referencia al municipio patrón**



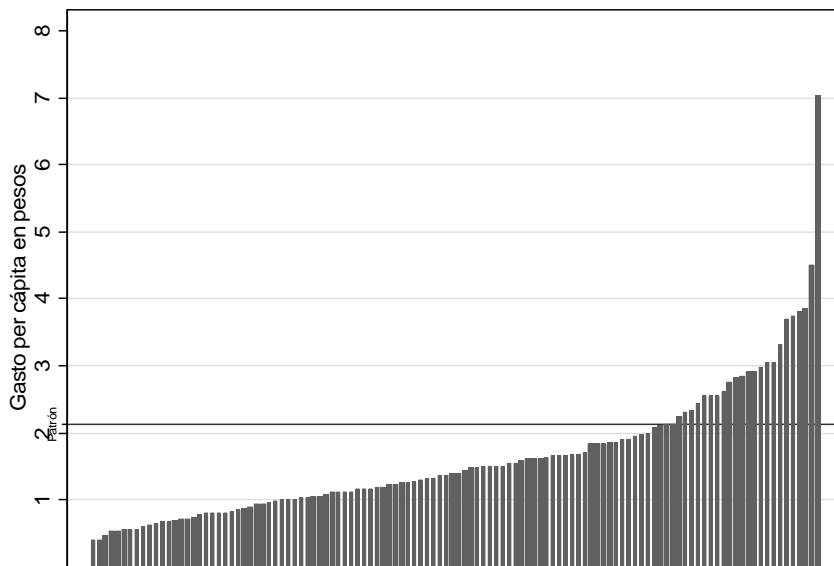
Fuente: elaboración propia en base a INDEC y Ministerio de Salud

Esta situación hace referencia a cierta ineficiencia asignativa en el primer grupo, en tanto que en el segundo se refleja una importante insuficiencia en el gasto en relación a la necesidad de cada municipio, mostrando además este último conjunto una marcada dispersión.

Este análisis permite analizar las brechas entre los niveles esperados de gasto y los gastos reales para cada grupo. En este sentido, en el conjunto de los 24 municipios con gasto superior al patrón, el partido de Vicente López presentaría un exceso de gasto de \$ 126 por habitante según el criterio estandarizado considerado, en tanto que en Benito Juárez se identificaría un déficit de \$ 765 frente al mismo parámetro.

Complementariamente, en la Figura 4 puede observarse el gasto de cada partido por unidad del índice diseñado. Desde esta perspectiva se observa que el gasto de Vicente López resulta de alrededor de \$ 7 por cada unidad del índice y, en el otro extremo, Benito Juárez destina \$ 0.40 por cada unidad, siendo el gasto del municipio patrón de \$2.14.

**Figura 4 - Gasto en salud por unidad del índice de morbimortalidad**

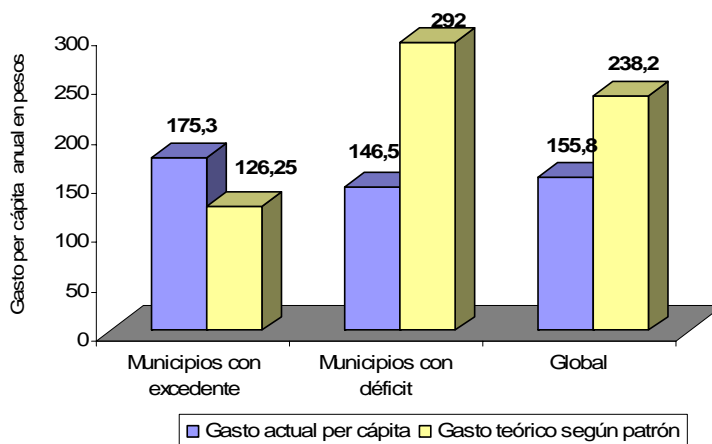


Fuente: elaboración propia en base a INDEC y Ministerio de Salud

Según se observa en la Figura 5 y en la Tabla 2, el sistema eroga en promedio para su conjunto \$155.8 por habitante. Los municipios que gastan por sobre el patrón invierten \$175.36 por habitante. Esto implica que existe en el total del grupo un monto de aproximadamente \$216 millones que excederían volumen necesario para alcanzar la misma eficiencia asignativa que el patrón.

En el otro extremo, los municipios cuya performance se ubica por debajo del patrón, presentan un gasto per cápita promedio de \$146.5 con lo cual estos municipios presentarían la necesidad de incorporar \$1.340 millones. El análisis global de los dos subgrupos refleja la necesidad de invertir alrededor de \$1.126 millones, cifra que trasladaría el gasto per cápita a \$238,2, un 53% superior al gasto actual.

**Figura 5 - Gasto real y gasto teórico según patrón**



Fuente: elaboración propia en base a INDEC y Ministerio de Salud

**Tabla 2 - Gasto real y gasto teórico según patrón. En pesos.**

	<b>Municipios con excedente (24)</b>	<b>Municipios con déficit (93)</b>	<b>Global</b>
<b>Población</b>	4.402.141	9.212.567	13.614.708
<b>Gasto actual per cápita</b>	175,3	146,5	155,8
<b>Gasto teórico per cápita según patrón</b>	126,25	292	238,2
<b>Gasto total actual (en millones)</b>	772	1.340	2.120
<b>Gasto total teórico según patrón (en millones)</b>	555,7	2.660	3.246
<b>% de variación</b>	-28%	99%	53%

Fuente: elaboración propia en base a INDEC y Ministerio de Salud

En este punto, resulta de utilidad analizar las características de los dos conjuntos de un lado y del otro del municipio patrón seleccionado. A continuación se presentan en la Tabla 3 algunos indicadores relevantes para caracterizar estos grupos de municipios.

**Tabla 3 - Características de los municipios frente al patrón**

	<b>Gasto menor</b>	<b>Gasto mayor</b>
<b>Municipios</b>	93	24
<b>Población media**</b>	99.177	183.422
<b>% de población con NBI*</b>	12,3	14,4
<b>Índice epidemiológico**</b>	172,9	68,8
<b>PobxCAPS<sup>1**</sup></b>	3.227	5.419
<b>Media de reelección de intendente*</b>	0,34	0,54
<b>% de población sin cobertura formal</b>	44,6	47,6
<b>% de población con agua de red</b>	62,3	67,5
<b>% de población con Cloacas</b>	37,0	39,1
<b>Tasa de mortalidad infantil promedio</b>	12,7	14,2
<b>% con seguro público de salud</b>	46,7	58,3

Fuente: elaboración propia en base a INDEC 2001 y Ministerio de Salud de la Nación

1- Población sin cobertura formal por cada centro de atención primaria

\*Significativo al 0.1. \*\*Significativo al 0.5

La Tabla refleja que los municipios con gasto superior al patrón resultan más densamente poblados, más pobres y presentan menor oferta relativa de centros de atención primaria que el conjunto contrapuesto. Esta realidad configura un panorama complejo desde el punto de vista de la equidad en la asignación de recursos, dado que los municipios más vulnerables parecieran ser quienes más dificultades presentan para asignar eficientemente los mismos.

A fines de profundizar en el análisis, se analizará como estimador de la capacidad de gestión la situación de aquellos municipios que disponen con centros de internación propios frente a aquellos en los que la internación es financiada y gestionada por el nivel provincial. Para esto, las Figuras 6 y 7 muestran la función lineal de gasto total en salud per cápita frente al índice de morbimortalidad generado.

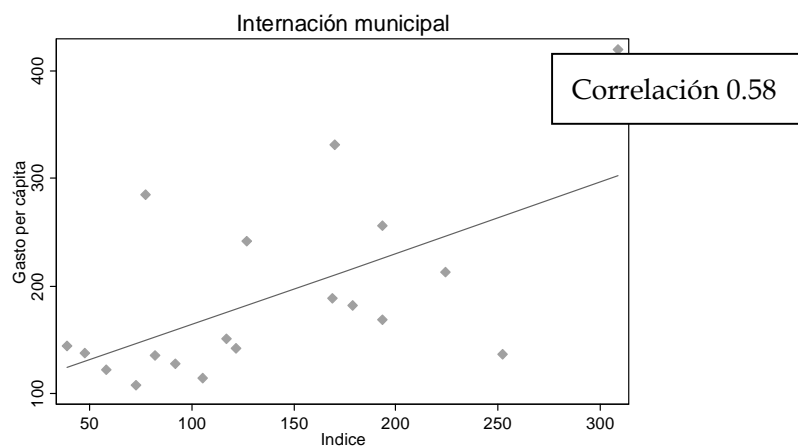
En ellas se observa que los partidos que cuentan con centros de internación únicamente municipales muestran una relación mucho más marcada entre el gasto y el indicador



sanitario, con un índice de correlación de 0.58. En cambio, aquellos partidos que cuentan únicamente con centros de internación a cargo de la provincia muestran una relación más débil, con un índice de 0.17.

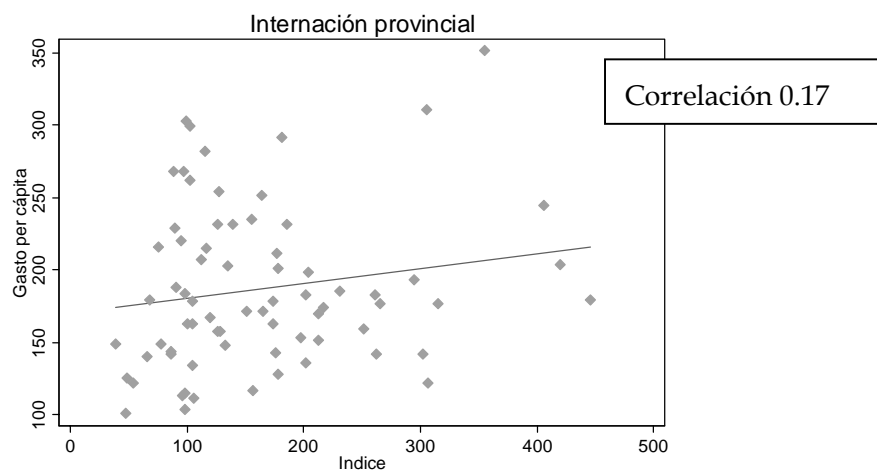
Este análisis permite observar que la gestión municipal de los centros de internación implicaría cierto alineamiento entre las necesidades de la población y los montos destinados a salud. De hecho, el municipio que resultó anteriormente seleccionado como patrón (Coronel Rosales) cuenta con el 100% de sus camas de internación financiadas por el propio municipio.

**Figura 6 - Relación gasto en salud y necesidades en salud**



Fuente: elaboración propia en base a INDEC 2001 y Ministerio de Salud de la Nación

**Figura 7- Relación gasto en salud y necesidades en salud**



Fuente: elaboración propia en base a INDEC 2001 y Ministerio de Salud de la Nación

Finalmente, la Tabla 4 refleja algunas características socio-sanitarias de los dos grupos definidos, tomando aquellos que sólo cuentan con internación a cargo del municipio frente a aquellos que presentan únicamente internación financiada por la provincia. Se observa que en los municipios que se encuentran a cargo de su propia internación las condiciones socioeconómicas resultan más complejas tal como se observa en torno a pobreza, cobertura formal de salud, disponibilidad de CAPS, infraestructura de saneamiento y mortalidad por infecciones respiratorias y diarreas.

Asimismo, se observa una marcada presencia del seguro público (provincial) de salud en estas localidades, reflejando una apropiada focalización del mismo. Ello sugiere que la gestión municipal de la internación, donde se consume una parte significativa del gasto en salud, ocurre en partidos sanitariamente más vulnerables, registrándose en estos lugares una correlación significativa entre el gasto en salud y las necesidades de la población. En el otro extremo, la provincia financiaría la internación en partidos relativamente más desarrollados, identificándose una pobre relación entre la inversión en salud y las necesidades. De este análisis se infiere que la gestión municipal muestra brechas significativas de comportamiento. Ello requiere de mayor coordinación con la provincia y de mecanismos idóneos de transmisión de experiencias.

**Tabla 4 - Características de los municipios, según origen del financiamiento de la internación**

	<b>Internación Municipal</b>	<b>Internación Provincial</b>
<b>Población media</b>	180659	45320
<b>% de población con NBI</b>	15,5	11,7
<b>% de población sin cobertura</b>	48,8	43,3
<b>Población sin Cobertura X CAPS</b>	5570	2501
<b>% de población con agua de red</b>	64,8	62,5
<b>% de población con cloacas</b>	39,7	36,2
<b>Mortalidad por IRA<sup>1</sup></b>	183,3	186,9
<b>Mortalidad por diarreas</b>	75,6	100,1
<b>% con Seguro Público de salud</b>	84	32

Fuente: elaboración propia en base a INDEC y Ministerio de Salud de la Nación

1-IRA: Infección Respiratoria Aguda Baja

## *Conclusiones y Debate*

El gasto público en salud de los municipios se compone de diversas fuentes, entre las cuales se encuentra el propio presupuesto municipal, la coparticipación junto con el gasto provincial, y los aportes nacionales (principalmente en especies). Por ello, debe advertirse que las proporciones de estos aportes variarán en función de la oferta instalada, pudiendo verificarse niveles de gasto en salud desproporcionados para los indicadores de necesidad locales, tal como sucede en los municipios donde existe una mayor concentración de centros de referencia provinciales (como el en caso de La Plata). Hecha esta aclaración, el presente estudio muestra la escasa relación entre el gasto en salud en los municipios frente a sus necesidades sanitarias. Asimismo, la gran dispersión observada entre los

partidos abre un interrogante respecto de los mecanismos y fundamentos que orientan la asignación de recursos tanto desde el nivel provincial como desde los ámbitos locales. En este marco, las brechas halladas entre el gasto real y un gasto hipotéticamente eficiente resultan significativas y llaman a la reflexión al menos en dos aspectos. Por un lado existen municipios que invierten en salud cifras sobredimensionadas en relación a los resultados que obtienen, lo cual sugiere ineficiencia asignativa. Por el otro, aún si los recursos de estos partidos fueran asignados con mayor eficiencia, el sistema en su conjunto presentaría un déficit de inversión del 53%.

Ante esta realidad, se sugieren al menos dos estrategias desde los niveles provincial y nacional que podrían compensar estas brechas y mejorar los indicadores de resultados de los municipios. Por un lado, tal como muestran estudios específicos (Maceira y Kremer, 2008), el seguro público de salud de la provincia se muestra como una experiencia viable y apropiadamente focalizada para reforzar el primer nivel de atención, lugar donde se detectan las enfermedades prevalentes y se define estratégicamente su recorrido dentro del sistema. Dicho seguro se encuentra presente en los municipios más vulnerables y representa aporte financiero desde la provincia hacia el nivel local.

Por otra parte, durante el presente año planea lanzar formalmente otra iniciativa, esta vez desde el nivel nacional, el Plan Nacer. Esta intervención, conforma asimismo un modo de aseguramiento que deberá complementarse y/o articularse con el seguro existente a fin de contribuir a una mejor asignación de recursos orientados a los municipios que más lo necesitan y evitar superposición. Desde esta perspectiva, resulta relevante que la población beneficiaria natural de estos seguros se establezca en aquellos municipios que demostraron una asignación ineficiente de sus recursos. En la misma dirección, será importante consensuar y monitorear el componente de desembolso de las estructuras municipales.

Complementariamente, se verificó en el segundo y tercer nivel de atención (internación), que las gestiones municipales muestran un alineamiento más apropiado en términos de gasto en salud y necesidades. Esta realidad, cuyos determinantes exceden el enfoque de este trabajo, merece ser desarrollada en profundidad a fines de identificar mecanismos de asignación exitosos y viables de ser implementados por otras administraciones. Este punto cobra particular interés en tanto que algunos municipios solicitarían la provincialización de sus centros de internación debido a los altos costos que representan, y que no resultarían compensados por los aportes coparticipables del nivel provincial.

Desde una perspectiva estratégica, es pertinente debatir los criterios determinantes del flujo de fondos coparticipables desde el nivel provincial hacia los municipios, permitiendo la inclusión de indicadores relacionados con necesidades de la población en base a sus perfiles sociosanitarios, más allá de los indicadores tradicionales de estructura o de producción hospitalaria actuales. Aún, esta medida puede resultar insuficiente en la medida en que un incremento en las transferencias coparticipables no implica necesariamente que dichos fondos sean utilizados en las áreas que los originaron<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Los fondos coparticipables no son de asignación específica. Es decir que pueden utilizarse según prioridades diferentes de aquellas que motivaron las transferencias.

Para concluir, la estructura de financiamiento del sector salud en la provincia de Buenos Aires presenta una serie de desafíos, que pueden ser vistos como oportunidades para lograr un sistema de salud más equitativo, fortaleciendo el papel regulador y financiador del Estado Provincial y las capacidades de gestión municipal para lograr un uso más eficiente de los recursos.

## Referencias Bibliográficas

- Banco Mundial (2004) World Development Report.
- Bonari, D., Becerra, M. y Fiszbein, A., (2004), "El Gasto Público en Desarrollo Humano en la Argentina", *Banco Mundial, Documento de Trabajo N° 3/04*.
- Flood, C. (1997), "Gasto y Financiamiento en Salud en Argentina", Serie Financiamiento del Desarrollo N° 57, CEPAL.
- INDEC, Página web: [www.indec.mecon.gov.ar](http://www.indec.mecon.gov.ar)
- Maceira, D. (2002), "Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", Serie Seminarios Salud y Política Pública, WP N.7, CEDES, Argentina.
- Maceira, D. y Cicconi, V. (2003), "Obras Sociales Nacionales. Financiamiento y Equidad", mimeo.
- Maceira D (2007) "Health Expenditures in a Decentralized Context. The Province of Buenos Aires, Argentina" CIPPEC.
- Maceira D., Kremer P., (2007) "Evaluación de una experiencia de Aseguramiento Social en la Provincia de Buenos Aires: impacto sobre el modelo de atención" CIPPEC
- Maceira, D. (2006a), "Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", en Flood, C., *La Política del Gasto Social: Lecciones de la Experiencia Argentina*, Editorial La Colmena, Buenos Aires.
- Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, Secretaría de Tercera Edad y Acción Social (SiEMPRO), (2001). "La Utilización de Servicios de Atención de la Salud", Serie Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida.
- Ministerio de Economía, Secretaría de Política Económica, (2000). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social", mimeo.
- Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, Informes Varios, mimeo.
- Ministerio de Economía. Dirección Nacional Gasto Social Conolidado, (2000). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social".
- Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. <http://www.ec.gba.gov.ar/>
- Ministerio de Economía. Dirección Nacional de Programación del Gasto Social, (1980-1997). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social".
- Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (1999). "Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud 1998-2000", mimeo, Noviembre.
- Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaria de Política y Regulación de Salud, Subsecretaria de Política de Salud y Relaciones Institucionales, Dirección de Estadística e Información de Salud Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (1995). "Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995", mimeo.
- Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNESS), (1996). "Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud", mimeo, Diciembre.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud y Ministerio de Salud, (2000-2005). Indicadores Básicos.
- UNICEF - Programa Nacional de Estadísticas de Salud, mimeo.

**Daniel Maceira.** Director del Programa de Salud. Lic. en Economía, Universidad de Buenos Aires. Ph. D. en Economía, Universidad de Boston, especializado en economía de la salud y organización industrial, con becas y subsidios de estudio de la Fundación Ford, el Programa de Becas del Gobierno de Japón, la Fundación Adenauer, y la Beca Rosestein-Rodan de Boston University, entre otras. Es investigador titular del CEDES e investigador adjunto del CONICET. Desarrolla actividades docentes en universidades nacionales y extranjeras. Asimismo, realizó varias publicaciones en revistas especializadas y ha tenido participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica, especialmente en América Latina y el Caribe. Brinda asesoría técnica a distintos organismos nacionales e internacionales.

**Pedro Kremer.** Coordinador del Programa de Salud. Médico especialista en Medicina Familiar, Universidad de Buenos Aires. Master en Ciencias Sociales y Salud (CEDES-FLACSO) y Master en Gestión de Políticas de Salud (Universidad de Bologna).

**Si desea citar este documento:** Maceira, Daniel y Kremer, Pedro: "Gasto en Salud y Desempeño. Un Análisis de Brecha de Financiamiento en la Provincia de Buenos Aires", *Documento de trabajo*, CIPPEC, Buenos Aires, abril de 2008.

#### **Acerca de CIPPEC**

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Nuestro desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de Desarrollo Social, Desarrollo Económico y Fortalecimiento de las Instituciones, a través de los programas de Educación, Salud, Política Fiscal, Inserción Internacional, Justicia, Transparencia, Instituciones Políticas, Gestión Pública Local, Incidencia de la Sociedad Civil y Programa de Formación de Líderes Públicos para la Democracia.