

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado

---

**MAESTRÍA EN GESTIÓN  
Y ECONOMÍA DE LA SALUD**

---

TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA

---

Esquema de pagos por ecualización para  
el Instituto Nacional de Servicios Sociales  
para Jubilados y Pensionados

---

AUTOR: PIERRE ANTONIO JULIEN MORISSET

DIRECTOR: JAIME LAZOVSKI

OCTUBRE 2019

---

## ÍNDICE

Resumen.....	4
I. Introducción.....	5
A. Justificación .....	5
B. Planteamiento del problema.....	6
C. Objetivos .....	8
D. Hipótesis .....	8
II. Marco Teórico.....	9
A. Conceptos de Salud.....	11
1. Equidad .....	11
2. Eficiencia .....	11
3. Fórmulas de asignación basadas en necesidades en países desarrollados .....	12
III. Metodología y Técnicas a Utilizar.....	12
IV. El Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados .....	13
A. Historia y Normativa.....	13
B. Estructura .....	15
C. Financiamiento.....	17
D. Problemática/Análisis Crítico .....	20
V. Descentralización y Pagos de Ecuación.....	23
A. Descentralización.....	23
B. Pagos por Ecuación .....	28
1. Definición .....	28
2. - Variedades de Ecuación.....	29
3. <i>Needs Based Formula</i> .....	30
4. Experiencias Internacionales .....	34
C. Ajuste por Riesgo.....	36
1. ¿Por que utilizar ajustes por riesgo? .....	36
2. ¿Qué es el ajuste por riesgo en los sistemas de salud? .....	37
3. Pago por Cápita.....	39
4. Estableciendo la Cápita.....	40
VI. Propuesta de Nuevo Sistema.....	43
A. Medidas de necesidad .....	46
1. Medidas directas de necesidad.....	46

2.	Medidas indirectas de necesidad.....	47
3.	Evaluación de las potenciales medidas de necesidad .....	48
4.	Selección de las medidas de necesidad.....	49
B.	Implementación y peso relativo de los Indicadores.....	52
C.	Implementación/Aplicabilidad en el INSSJP.....	54
D.	Limitaciones.....	58
E.	Próximos Pasos .....	59
VII.	Conclusiones .....	61
VIII.	Bibliografía .....	63
	ANEXO A. Estructura del INSSJP .....	68
A.	Pirámides Poblacionales de las UGL.....	69

## Resumen

El Instituto Nacional de Servicios Sociales de Jubilados y Pensionados (INSSJP), más conocido por su Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) es una obra social nacional creada en 1971 con el objetivo de brindar asistencia médica integral a las personas mayores. El presente trabajo desarrolla un análisis crítico de su estructura, funcionamiento, regulación, financiamiento, y es una propuesta de reforma para descentralizar el organismo y aplicar un nuevo esquema de pagos por ecualización basado en un modelo de necesidades (*needs based model*), con el fin de mejorar la capacidad de respuesta, la rendición de cuentas del estado, disminuir la corrupción, aumentar la participación de los ciudadanos, y también reducir la burocracia y los costos del gasto público. Sin embargo, no se deben dejar de considerar las limitaciones y/o efectos adversos de una organización descentralizada. Por tal motivo, se describió y analizó los principales argumentos en contra de la descentralización.

Se examinó y explicó el sistema australiano de pagos por ecualización como modelo internacional aplicable, y experiencias de los sistemas de salud descentralizados. El enfoque metodológico de la investigación fue descriptivo-explicativo. Los datos usados provienen de búsquedas bibliográficas, base de datos en línea y revistas e informes científicos. Además, se aportaron datos y conocimiento de experiencias previas en el INSSJP y el Ministerio de Salud de la Nación.

La principal conclusión de esta investigación demuestra el valor sustancial y posible impacto positivo que tendría un esquema de distribución de fondos por ecualización sobre la eficiencia, accesibilidad, transparencia y calidad.

# I. Introducción

## A. Justificación

El sistema de salud argentino está compuesto por tres subsectores: público, privado y seguridad social; y se caracteriza por ser un sistema altamente fragmentado, tanto horizontal como verticalmente. La estructura federal del país implica que la responsabilidad de proveer servicios de salud pertenece a las provincias a través de sus respectivos ministerios de salud, mientras que las decisiones sanitarias se acuerdan en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA). En teoría, esto debería permitir una mayor eficiencia y adaptación local en la prestación de servicios de salud individuales. Sin embargo, esto ha planteado un desafío complejo para la formulación e implementación de las políticas nacionales de salud.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) se creó en 1971 por la Ley 19032. Esta ley establece en su artículo segundo que la obra social tiene por objeto principal “la prestación, por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud”. El resultado fue la centralización de la conducción, tanto administrativa como financiera, de las prestaciones de salud para los jubilados y pensionados del país con el objetivo de igualar el acceso para todos los beneficiarios, independientemente de la condición socioeconómica, severidad de la patología o la localización geográfica.

En la actualidad, el INSSJP cuenta con uno de los mayores presupuestos a nivel nacional (un mínimo de \$145.784.774.000 para 2018), pero debido a problemas estructurales y gastos ineficientes, sufre desequilibrios financieros crónicos. Asimismo, tiene una gran debilidad e ineficiencia en la gestión administrativa. No hay correlación entre los ingresos de la institución y los gastos. Los ingresos están vinculados a los precios de la mano de obra y las fluctuaciones en el mercado laboral, mientras que los gastos están sometidos a un perfil epidemiológico de alto riesgo, una débil gestión de seguros y una alta politización. Como consecuencia, el INSSJP se ha enfrentado a un déficit continuo y creciente desde 1994, que se financió a través de tres herramientas: aportes extras del Tesoro Nacional, la acumulación de deuda con proveedores y entidades financieras y la pérdida de beneficios en la provisión del servicio, incluyendo retrasos en la provisión de cuidado e interrupciones en los servicios (La Nación, 16 de junio de 2016).

La ineficiencia del INSSP se manifiesta de diferentes maneras. Por ejemplo: rigidez, falta de incentivos de rendimiento en la prestación de servicios y una burocracia centralizada entorpecedora. La gestión del INSSJP está muy fragmentada, con un número creciente de intermediarios, y mantiene déficits recurrentes crónicos a pesar de los múltiples intentos de rescates financieros e intervenciones.

## **B. Planteamiento del problema**

La estructura y el funcionamiento actual del sistema de salud argentino no garantizan accesibilidad ni calidad para sus beneficiarios. El alto nivel de fragmentación y complejidad, sumado a la comunicación interna limitada, impide mejorar sus resultados de salud.

Asimismo, la estructura del sistema de salud dificulta la continuidad de la atención. La cobertura de la seguridad social depende del empleo en el sector formal, si se pierde este empleo, la continuidad de la atención también se pierde, ya que los pacientes tendrán que recibir servicios de los proveedores públicos. Esta continuidad de la atención también se fractura una vez que el trabajador se jubila y comienza la cobertura por el INSSJP. Este punto es fundamental a la hora de aplicar programas de prevención, especialmente los de largo plazo como en el caso de enfermedades cardiovasculares, la primera causa de mortalidad en Argentina y años de vida potencialmente perdidos (Ministerio de Salud, 2017). El incentivo para la prevención de enfermedades de la tercera edad durante las edades jóvenes o adultas es ínfimo, ya que el costo de los tratamientos curativos los cubrirá un tercero, el INSSJP. Los jubilados y pensionados representan el grupo etario con mayores riesgos/problemáticas de salud (Ward, 2011). Se consideran un grupo vulnerable. Por lo tanto, el correcto uso de los recursos, tanto económicos como humanos, y de infraestructura, aunque sean limitados, son fundamentales. En los Estados Unidos, se estima que casi la mitad (48,6%) del total de gastos en salud durante la vida se utilizan después de los 65 años (Alemayehu, 2004). Esto significa que, en Argentina, casi la mitad del gasto de salud será absorbido por el INSSJP sin poder de decisión o intervención sobre los hábitos, factores de riesgo o prevención. Por lo tanto, el objetivo final del INSSJP o cualquier financiador de salud para los jubilados y pensionados, debería ser la eficiencia, que es nada menos que “la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos posibles o en el menor tiempo posible” (Real Academia Española [RAE], 2014).

En este marco, el presente trabajo propone realizar un análisis crítico de la situación actual del INSSJP y desarrollar la propuesta de una nueva estrategia de gestión en base a dos conceptos: la descentralización y los pagos por ecualización – utilizadas a nivel internacional pero en una propuesta adaptada al contexto local. Ambas se basan en el principio básico del financiamiento de Marchildon y Mou (2014): “las características de una población deberían orientar su necesidad relativa de servicios de salud<sup>1</sup>” (p.211). Estas estrategias incorporan, además, el concepto de modelo de necesidades (*needs based model*) y permiten desarrollar un sistema para distribuir pagos por ecualización a través de un sistema capitado con el fin de mejorar la eficiencia, accesibilidad y calidad.

Las teorías que sustentan la descentralización argumentan que al llevar el gobierno “más cerca de la gente”, la descentralización puede mejorar la capacidad de respuesta y la rendición de cuentas del Estado, disminuir la corrupción, aumentar la participación de los ciudadanos, y también reducir la burocracia y los costos de la gestión pública (Faguet 2012 y 2014). Desarrollar un modelo de gestión descentralizada permite lograr mayor eficiencia y, a la vez, mejorar las prestaciones de salud. Para lograr una descentralización efectiva para el sistema de salud de los jubilados y pensionados primero se debe definir el concepto y analizar ejemplos internacionales, con sus resultados. Este nuevo modelo requiere financiamiento y distribución de recursos. Dicho modelo se basa en un sistema de pagos por ecualización. Tal como lo afirma Douglas H. Clark (1969), los principios para la ecualización consisten en “un propósito claro, efectividad, equidad, eficiencia, construcción nacional, responsabilidad, visibilidad y transparencia, sostenibilidad y estabilidad<sup>2</sup>” (p.23).

De este modo, el objetivo es evaluar y proponer un sistema de distribución de fondos, con pagos por ecualización, basado en el análisis de las necesidades de servicios de salud de la población beneficiaria del INSSJP tomando en cuenta factores demográficos, sociales, epidemiológicos, geográficos, morbilidad y mortalidad. Luego de determinar los requisitos de gasto para cada grupo, se calculan los fondos a distribuir en base a: participación per cápita del conjunto total de fondos, más necesidades de gasto para reflejar las diferencias entre los grupos en la demanda y el costo de los servicios<sup>3</sup> y evaluar un incentivo por cumplir metas de calidad<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> En el original: “the characteristics of a population should drive its relative need for health services”

<sup>2</sup> En el original: “clear purpose, effectiveness, equity, efficiency, nation building, accountability, visibility and transparency, sustainability and stability”

<sup>3</sup> Debido a factores sociodemográficos

<sup>4</sup> Por ejemplo, tasa de vacunación antigripal

No obstante, es importante señalar que el INSSJP cumple funciones relacionadas a prestaciones de salud tanto como en prestaciones y aportes sociales y políticas: tales como la distribución de bolsones, PAMI turismo, actos/encuentros, etc. Mi experiencia y desarrollo dentro del INSSJP como Jefe de Departamento de los Centros Coordinadores (2016-2017) en el equipo de nivel central del INSSJP, me ha llevado a realizar este trabajo y análisis con el foco puesto en el aspecto de prestaciones y financiamiento de una institución de salud, y con la expectativa de contribuir a mejorar su funcionamiento y eficiencia.

### **C. Objetivos**

#### a) Objetivo general:

El objetivo principal de este trabajo es desarrollar un modelo de sistema descentralizado de salud para los jubilados y pensionados en Argentina y un sistema de distribución de fondos a través de pagos por equalización.

#### b) Objetivos Específicos:

- Describir el sistema de gestión y financiamiento actual del INSSJP, identificando sus principales falencias en aspectos de eficiencia, calidad, transparencia y administración.
- Establecer definiciones, beneficios y riesgos de la gestión descentralizada y los pagos por equalización.
- Describir y analizar las experiencias de la descentralización y pagos por equalización en otros países.
- Elaborar un modelo de gestión para el INSSJP basado en la descentralización y pagos por equalización, y analizar su factibilidad.

### **D. Hipótesis**

Habiendo esclarecido los puntos de partida, puede plantearse la siguiente hipótesis de trabajo:

- La actual estrategia de gestión del financiamiento de salud de los jubilados y pensionados en el INSSJP tiene múltiples falencias lo que compromete y limita severamente su efectividad, eficiencia, equidad, transparencia, sustentabilidad y su propósito final. Dicha estrategia podría ser reformulada y reemplazada por un nuevo esquema basado en dos conceptos: la descentralización y pagos por equalización.

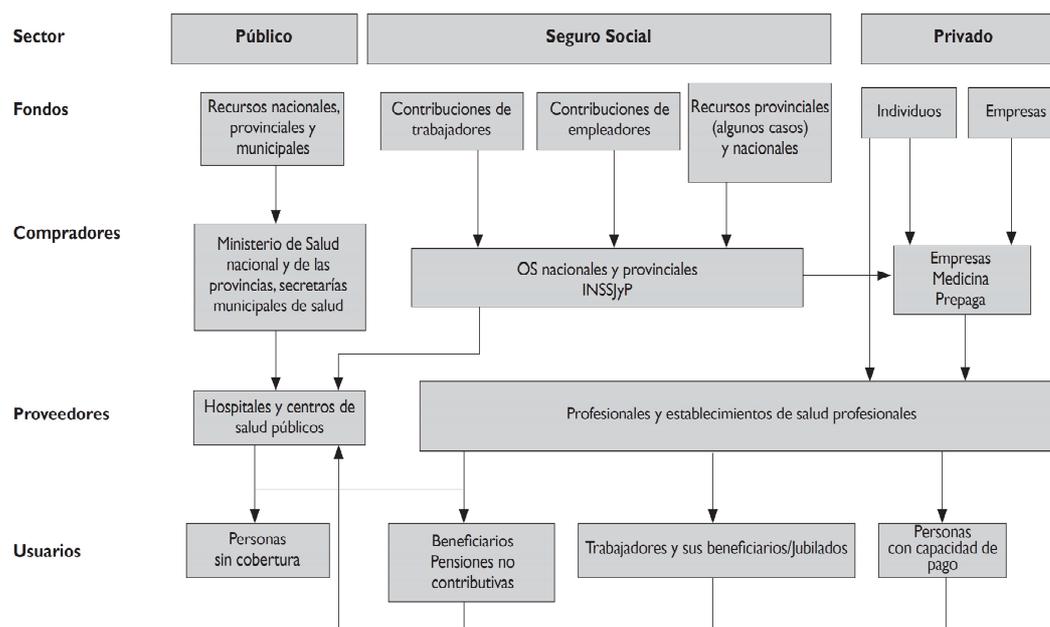
## II. Marco Teórico

La universalidad del sistema de salud argentino se basa en la provisión pública a todos los habitantes del país, independientemente de si tienen algún tipo de obra social o seguro privado. El sistema está compuesto por tres subsistemas: público, privado y seguridad social, y tiene un funcionamiento segmentado, heterogéneo e injusto tanto en la organización y el financiamiento, como en la accesibilidad a los servicios (Fig. 1).

El sector público está compuesto por las estructuras administrativas provinciales y nacional (Ministerios de Salud), y la red de hospitales y centros de salud pública que brindan atención a cualquier persona que lo requiere, generalmente aquellos sin obra social y sin capacidad de pago (alrededor de 16 millones de personas). Este subsector está financiado por recursos fiscales, a través de los impuestos, y posibles pagos del subsistema de seguridad social cuando atiende a sus miembros (hospitales de autogestión).

El sector privado incluye: profesionales que brindan servicios independientes a individuos particulares o que tienen obra social o un seguro privado; establecimientos de atención médica, también contratados por las obras sociales o las aseguradoras privadas; y las entidades de seguro voluntario llamadas empresas de medicina prepaga. Este sector también incluye algunas cooperativas y mutualidades de salud, que son entidades sin fines de lucro que ofrecen planes de salud pero que no operan como obras sociales o empresas de medicina prepaga. Este sector se financia con pagos efectuados por los individuos o las empresas y con recursos provenientes de contratos con Obras Sociales. Los servicios se proporcionan en consultorios y centros/establecimientos de salud privados que se agrupan en la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECCLISA).

El tercer subsistema, la Seguridad Social, se basa en los Seguros Sociales (Obras Sociales), que aseguran y brindan servicios a los trabajadores y sus familias y a los jubilados. Existen dos tipos de Obras Sociales: Nacionales y Provinciales. A su vez, las Obras Sociales Nacionales se clasifican en sindicales o no sindicales. Las sindicales se agrupan según ramas de actividad (por ejemplo, empleados de comercio), mientras que las no sindicales pertenecen a los organismos del gobierno nacional (Fuerzas de Seguridad, Congreso Nacional, Justicia Federal y Universidades). Además, el INSSJP proporciona cobertura a jubilados del sistema nacional de pensiones y sus familias. Cada provincia tiene una Obra Social que cubre a los empleados públicos en su jurisdicción. La mayoría de las obras sociales opera a través de contratos con proveedores privados y están financiados por contribuciones de los trabajadores (3%) y los empleadores (6%).



**Figura 1.** Esquema del Sistema de Salud Argentino. Belló, M. (2011). *Sistema de Salud de Argentina*. Salud Pública de México, 53 (2), 96-108.

La siguiente tabla (Tabla 1) muestra información básica sobre cada subsistema y el sector de la población asegurado, teniendo en cuenta que los valores no se pueden agregar ya que hay una superposición entre la población beneficiaria de cada uno de los segmentos, por la cobertura múltiple de la población. Esto ocurre porque algunas personas tienen más de un trabajo y entonces pero ello son beneficiarios de más de una Obra Social. Además, algunas personas también voluntariamente pagar un seguro privado porque prefieren ese servicio.

**Tabla 1.** Cobertura y gasto promedio de los diferentes grupos cubiertos por sector. 2012

	Sector Gobierno	Obras Sociales Nacionales	INSSjyP (PAMI)	Obras Sociales Provinciales	Seguros Voluntarios
<b>Población de referencia</b>	Total de la población	Obligatorios: Trab. formales y fliares. a cargo Voluntarios: Adherentes y Jubilados	Jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos, otros.	Empleados Públicos provinciales y jubilados y familiares a cargo de las cajas provinciales.	Afiliados voluntarios*
<b>Población</b>	41.733.271	15.909.168	5.049.726	5.500.000	1.919.730
<b>Población (%)</b>	100%	38%	12%	13%	5%
<b>Gasto Mensual per Cápita (2012)</b>	\$ 133	\$ 273	\$ 408	\$ 334	Sin información

Fuente: Cetrángolo, O. (2014). *Financiamiento Fragmentado, Cobertura Desigual y Falta de Equidad en el Sistema de Salud Argentino*. Revista de Economía Política de Buenos Aires, 13 (8), 145-183.

La República Argentina es un país federal, donde las responsabilidades sobre la salud se comparten entre el gobierno nacional y los gobiernos provinciales y municipales. En el texto de la Constitución de 1853, la salud es una materia no delegada por las provincias a la Nación. Por lo tanto, la oferta de servicios de salud es materia provincial y el Estado nacional debe complementar la respuesta para que cada provincia pueda satisfacer las necesidades en salud de sus habitantes. Los organismos y entidades que forman la estructura institucional del sector salud parten de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, con sus organismos descentralizados y programas especiales, y siguen con los Ministerios o Secretarías de Salud de las provincias.

## **A. Conceptos de Salud**

### **1. Equidad**

Equidad en la atención médica significa que los beneficiarios tengan acceso justo a los servicios cuando los necesitan. Según la teoría igualitaria, Mooney (2000) argumenta que la equidad tiene dos criterios básicos: equidad vertical y horizontal. Equidad vertical significa que aquellos que tienen necesidades desiguales, requieren trato desigual. Equidad horizontal significa que aquellos de igual necesidad deben ser tratados por igual (LeGrand, 1987). Por lo tanto, resulta necesario incorporar el concepto de que existen disparidades inherentes en todo el país y resulta necesario buscar la manera de mitigar estas diferencias (Kirigia, 2009).

### **2. Eficiencia**

Existen muchas interpretaciones del concepto de eficiencia. En el estudio del Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social sobre la definición de eficiencia, solo 109 de los 262 participantes coincidieron en una definición general (Mokate, 1999). En tanto, Lockheed y Hanushek (1994) señalan que "...un sistema eficiente obtiene más productos con un determinado conjunto de recursos, insumos o logra niveles comparables de productos con menos insumos, manteniendo a lo demás igual". En la salud, la eficiencia requiere que los recursos se destinen a aquellos que tienen las mayores necesidades de atención médica.

### **3. Fórmulas de asignación basadas en necesidades en países desarrollados**

Los países usan formulas basadas en las necesidades (*needs based formulas*) para asignar recursos relacionados a la salud. Cada país enfrenta la dificultad de encontrar un conjunto de indicadores de necesidad y lograr un equilibrio aceptable entre equidad y eficiencia. Algunos países van más allá para capturar las necesidades no satisfechas u otras barreras inevitables para garantizar el acceso a los servicios sanitarios; por ejemplo, algunos países usan un tipo de medida socioeconómica, y algunos usan una métrica de ubicación para asignar recursos. Por lo tanto, cada país requiere de un análisis detallado en base a su contexto.

## **III. Metodología y Técnicas a Utilizar**

La presente tesis pretende ser un trabajo de investigación descriptivo-explicativo. Es un estudio basado principalmente en fuentes secundarias que en su primera parte intenta analizar la problemática actual del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Una vez establecido la problemática y posibles causas, se intenta justificar el traspaso a un sistema basado en la descentralización y pagos por equalización. Finalmente, se pretende demostrar el impacto teórico de dichas intervenciones.

La búsqueda bibliográfica parte de lecturas preliminares de artículos sobre el INSSJP, la descentralización de los sistemas de salud y los pagos por equalización. Luego continúa con la búsqueda de referencias hasta cubrir el objetivo temático, e incluye bibliotecas, bases de datos en línea y revistas e informes científicos. La selección de la bibliografía finalmente incluida en el análisis obedece a los siguientes criterios:

- Libros, artículos y/o documentos que describen de modo claro y exhaustivo la estructura, funcionamiento, regulación, financiamiento y fallas del sistema de salud argentino y el INSSJP.
- Libros, artículos científicos y/o informes que describen de manera clara y exhaustiva las definiciones de descentralización en sistemas de salud, pagos por equalización y modelo de necesidades.
- Libros, artículos científicos y/o informes que describen de manera clara y exhaustiva el sistema australiano de pagos por equalización.

De la búsqueda bibliográfica utilizada, es importante señalar que se excluyeron datos relacionados a prestaciones/aportes sociales y política ya que no es parte del enfoque de esta investigación.

## **IV. El Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados**

### **A. Historia y Normativa**

El INSSJP fue creado en 1971 a través de la Ley 19032. Dicha ley estableció en su artículo segundo que la obra social tenía por objeto principal “la prestación, por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen Nacional de Previsión y al grupo familiar primario, de servicios médico-asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud”. El propósito fue concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria para proveer accesibilidad e igualdad. Anteriormente, los trabajadores autónomos, los beneficiarios de pensiones no contributivas y muchos trabajadores que en su etapa activa tenían cobertura de su obra social, al llegar a la edad pasiva carecían de cobertura médica asistencial. De este modo, se creó un sistema con una fuerte centralización normativa, tendencia a la hipertrofia burocrática y una insuficiente descentralización operativa.

Además, de organizar servicios de salud, el INSSJP concentra servicios de recreación, geriátricos y funerarios. Con casi 5 millones de afiliados en la actualidad<sup>5</sup>, el INSSJP es la obra social más grande del país. Dentro de la institución, se destacó el sistema de pago por cápita y el Programa de Atención Médica Integral, cuyas siglas (PAMI), se convertirían en la denominación distintiva de la obra social. Su principal objetivo fue dar respuesta a la falta o insuficiente atención médica y social que sufrían los jubilados y pensionados por parte de sus obras sociales de origen, o directamente carecían de ellas.

Al inicio, El INSSJP brindó cobertura únicamente para los afiliados domiciliados en la Capital Federal. Pero, como no existían políticas nacionales de salud para la tercera edad, a mediados de los '70 el PAMI lanzó una masiva campaña de afiliación y comenzó a proyectar su estructura nacional, hasta arribar en 1976 a una meta fundamental: contar en cada provincia con una sucursal para los jubilados locales ([www.pami.org.ar/institucional/historia.htm](http://www.pami.org.ar/institucional/historia.htm)).

De acuerdo con lo previsto en los art. 2º y 3º de la Ley 19032, se fueron agregando beneficiarios de diversos orígenes: pensionados por invalidez, ex combatientes de Malvinas, personas mayores de setenta años, madres con más de siete hijos, grupo familiar primario, hijos del titular o cónyuge hasta los 21 o 25 años si estudian, hijos discapacitados, entre otros.

---

<sup>5</sup> 2018: 4.947.762 afiliados (<https://gobiernoabierto.pami.org.ar/>)

La ley 25615 del 2002 modificó la ley 19032, lo cual produjo un cambio legislativo que dio lugar a una nueva impronta de servicios: “El objeto legal del Instituto es brindar, por sí o por terceros, a la población de jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y del sistema integrado de jubilaciones y pensiones, así como a su grupo familiar primario, las prestaciones sanitarias y sociales integrales, integradas y equitativas para la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud organizadas en un modelo prestacional que se base en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, que respondan al mayor nivel de calidad posible para todos los beneficiarios, atendiendo a las particularidades e idiosincrasia propias de las diversas jurisdicciones y regiones del país” (Art. 2°).

Esta obra social tiene algunas características particulares: es la mayor obra social del país y financia una gran variedad de prestaciones médicas (consultas, medicamentos, prótesis, marcapasos, internaciones, programas de vacunación, etc.) y de bienestar social (recreación, turismo, etc.), a diferencia de las demás obras sociales que destinan por lo menos el 80% de sus ingresos sólo a la atención médica. También cuenta con una gran carga administrativa. En 2016-17 contaba con casi 15.000 empleados entre profesionales, administrativos y directivos. Además, se enfoca en un grupo etario particular: la tercera edad, con un subgrupo específico que son los veteranos de Malvinas. Se caracteriza también por el gran volumen de población a cargo, casi un quinto de la totalidad de personas cubiertas por la seguridad social.

Según la normativa vigente, pueden afiliarse al INSSJP los titulares de un beneficio de jubilación o pensión del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Ley 24241) y/o del Régimen Nacional de Previsión (Ley 18037 y 18038), los copartícipes de un beneficio de pensión de dichos regímenes, los veteranos de guerra, los individuos mayores de 70 años (con acceso sólo a las prestaciones médico-asistenciales), como así también sus familiares a cargo: grupo familiar primario y grupo familiar no primario.

Desde 2004, el INSSJP recibe aportes directos de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) según lo establecido por el Art. 7 de la Ley 25615, la modificatoria a la 19032. La AFIP es la encargada de trasladar tanto los aportes como las contribuciones de los trabajadores en relación de dependencia y de los trabajadores autónomos directamente al INSSJP, manteniendo la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSES) la potestad de girar los recursos en concepto de retenciones a los trabajadores jubilados y pensionados.

Al igual que las otras Obras Sociales Nacionales (OSN), el INSSJP está regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), aunque no contribuye al Fondo Solidario de Redistribución (FSR).

## B. Estructura

Al ser el INSSJP la institución de aseguramiento social más importante del país, es una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de pago con los prestadores privados y el sector farmacéutico. Principalmente contrata a proveedores privados, aunque la demanda de servicios de salud también es parcialmente satisfecha por el sector público.

El INSSJP se encuentra organizado en un Nivel Central (Anexo A), compuesto por las máximas autoridades, gerencias y dependencias. Este nivel fija las políticas institucionales y ejerce la administración general operativa y financiera del instituto y el nivel descentralizado, constituido por sus 38 unidades de gestión local (UGL) y agencias distribuidas en todo el país. De acuerdo al Decreto N° 2/2004, la dirección del INSSJP se encuentra a cargo de un órgano ejecutivo constituido por un Director y Subdirector Ejecutivo. Ambos son designados por la Presidencia de la Nación.

El INSSJP cuenta con 38 UGL y sus respectivas poblaciones a cargo en las distintas provincias (Tabla 2).

**Tabla 2.** Listado de Unidades de Gestión Local

	<b>UGL</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
1	Tucumán	101415	58533	159948
2	Corrientes	70685	45214	115899
3	Córdoba	269890	159494	429384
4	Mendoza	143142	84964	228106
5	Bahía blanca	68124	41952	110076
6	Capital federal	252684	124437	377121
7	La Plata	83665	46608	130273
8	San Martín	236410	126427	362837
9	Rosario	175184	99419	274603
10	Lanús	196975	104960	301935
11	Mar del Plata	136341	80199	216540
12	Salta	70292	45868	116160
13	Chaco	61061	37423	98484
14	Entre Ríos	51676	28685	80361
15	Santa Fe	113556	64987	178543
16	Neuquén	34687	22641	57328
17	Chubut	33387	22915	56302
18	Misiones	67553	45104	112657
19	Santiago del Estero	53978	35568	89546
20	La Pampa	28722	18909	47631
21	San Juan	46237	26883	73120
22	Jujuy	38124	26152	64276
23	Formosa	28318	18497	46815
24	Catamarca	18912	10327	29239
25	La Rioja	15087	9789	24876

26	San Luis	30705	19169	49874
27	Río Negro	52284	34816	87100
28	Santa Cruz	12795	9405	22200
29	Morón	123306	67236	190542
30	Azul	37776	23139	60915
31	Junín	59958	36623	96581
32	Lujan	68868	41914	110782
33	Tierra del Fuego	6002	4130	10132
34	Concordia	53280	32233	85513
35	San Justo	100451	53531	153982
36	Río Cuarto	43612	27054	70666
37	Quilmes	97145	54916	152061
38	Chivilcoy	62676	39583	102259
	<b>Total</b>	<b>3144963</b>	<b>1829704</b>	<b>4974667</b>

Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP

Para los ejercicios a realizar en los próximos capítulos, se separará la población según provincia en lugar de por UGL. Esto significa que en las provincias que contienen más de una UGL, se tomará la suma de ellas. En las provincias que cuenten con una sola UGL, se tomará la población de dicha UGL. De esta manera, la división geográfica queda constituida en:

- AMBA = UGL Capital Federal + UGL Quilmes + UGL Morón + UGL San Martín + UGL San Justo + UGL Lanús
- Buenos Aires = UGL La Plata + UGL Lujan + UGL Junín + UGL Mar del Plata + UGL Bahía Blanca + UGL Chivilcoy + UGL Azul
- Catamarca
- Chaco
- Chubut
- Córdoba = UGL Córdoba + UGL Río Cuarto
- Corrientes
- Entre Ríos = UGL Entre Ríos + UGL Concordia
- Formosa
- Jujuy
- La Pampa
- La Rioja
- Mendoza
- Misiones
- Neuquén
- Río Negro
- Salta
- San Juan
- San Luis
- Santa Cruz
- Santa Fe = UGL Santa Fe + UGL Rosario
- Tierra del Fuego
- Tucumán

## C. Financiamiento

El INSSJP tiene personería jurídica de derecho público no estatal y posee autonomía financiera y administrativa, según lo establece el Art. 8 de la ley 19032 de su creación:

Art. 8° - El Instituto contará con los siguientes recursos:

- a) El aporte de los beneficiarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), tengan o no grupo familiar calculado sobre los haberes de las prestaciones, incluido el haber complementario, equivalente al tres por ciento (3%) hasta el importe del haber mínimo y al seis por ciento (6%) sobre lo que excede dicho monto.
- b) El aporte de los beneficiarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social (Ex Caja de Jubilaciones para Trabajadores Autónomos), y SIJP (Ex Trabajadores Autónomos), tengan o no grupo familiar, del seis por ciento (6%) calculado sobre los haberes de las prestaciones, incluido el haber complementario.
- c) El aporte de los trabajadores autónomos en actividad será del cinco por ciento (5%) del monto que corresponda a su categoría conforme a la Ley N° 24.241.
- d) El aporte del personal en actividad en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones consiste en el tres por ciento (3%) de su remuneración conforme a la Ley N° 24.241.
- e) La contribución de los empleadores comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, consiste en el dos por ciento (2%) de las remuneraciones que deban abonar a sus trabajadores.
- f) El aporte que el Poder Ejecutivo nacional fije para los afiliados en el Art. 4° de la presente ley, importe que no será inferior al promedio por cápita que el Instituto erogue por afiliado y familiares a cargo.
- g) El producido de los aranceles que cobre por los servicios que preste.
- h) Las donaciones, legados y subsidios que reciba.
- i) Los intereses y las rentas de los bienes que integran ese patrimonio y el producido de la venta de esos bienes.
- j) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.
- k) Los aportes del Tesoro que determina la Ley de Presupuesto Nacional por cada período anual.

Los recursos no invertidos en un ejercicio se transferirán al siguiente.

En 2002, la ley 25615 modificó el artículo 8° de la Ley 19032 de la siguiente manera:

Artículo 8º: El Instituto contará con los siguientes recursos:

- a) El aporte de los beneficiarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), tengan o no grupo familiar calculado sobre los haberes de las prestaciones, incluido el haber complementario, equivalente al tres por ciento (3%) hasta el importe del haber mínimo y al seis por ciento (6%) sobre lo que excede dicho monto.
- b) El aporte de los beneficiarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social (Ex Caja de Jubilaciones para Trabajadores Autónomos), y SIJP (Ex Trabajadores Autónomos), tengan o no grupo familiar, del seis por ciento (6%) calculado sobre los haberes de las prestaciones, incluido el haber complementario.
- c) El aporte de los trabajadores autónomos en actividad del cinco por ciento (5%) del monto que corresponda a su categoría conforme a lo dispuesto en la Ley N° 24.241.
- d) El aporte del personal en actividad del régimen nacional de jubilaciones y pensiones consistente en el tres por ciento (3%) de su remuneración conforme a lo dispuesto en la Ley N° 24.241.
- e) La contribución de los empleadores incluidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, que consiste en el 2% de las remuneraciones de sus trabajadores.
- f) El aporte que el Poder Ejecutivo nacional fije para los afiliados a que se refiere el art. 4º de la presente ley, importe que no será inferior al promedio por cápita que el Instituto erogare por afiliado y familiares a cargo.
- g) El producido de los aranceles que cobre por los servicios que preste.
- h) Las donaciones, legados y subsidios que reciba.
- i) Los intereses y las rentas de los bienes que integran ese patrimonio y el producido de la venta de esos bienes.
- j) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.
- k) Los aportes del Tesoro que determina la Ley de Presupuesto Nacional por cada período anual.
- l) Los recursos no invertidos en un ejercicio se transferirán al siguiente.

En la Ley 25615 se establecen ciertas modificaciones con respecto al financiamiento. Aumenta los montos a descontar en los salarios y para los empleadores, incluye a personas físicas que realizan sus aportes a las Administradoras de Fondos de Jubilación y Pensión (AFJP), incluye a los monotributistas y hace mención a aportes de parte del Estado a modo de subsidios de financiamiento adicional.

Los ingresos del INSSJP se basan fundamentalmente en un sistema contributivo. Un 78% del financiamiento surge de los aportes de los trabajadores activos, un 4% del producto de inversiones y un 18 % del aporte de los pasivos (jubilados) afiliados al INSSJP. Tal como lo estipula la ley, su financiamiento proviene de varias fuentes: el aporte de los trabajadores en actividad, equivalente al 5% del salario (aporte personal 3% y contribución patronal 2%); el aporte de la población pasiva, entre el 3 y 6% de sus ingresos, según superen o no el haber mínimo (Tabla 3); y las contribuciones del tesoro nacional, que constituyen el 20% de los ingresos (Maceira, 2002). El presupuesto del INSSJP para 2018, fue de \$145.784.774.000.

A su vez, la ley prevé aportes del Tesoro Nacional en función de que las condiciones económicas del país permitieron el crecimiento del régimen contributivo. Por su parte, la ley de presupuesto nacional de cada año realiza un estimativo del presupuesto del INSSJP, el que luego se define con resoluciones del INSSJP. Los fondos asignados son intangibles, a fin de su utilización en el objeto del organismo, los gastos administrativos y de funcionamiento no pueden exceder por ley del 8% del total de sus recursos.

Tabla 3. Financiamiento del INSSJP

Sector	Aporte del Empleado	Contribución del Empleador
Público	3%	2%
Privado	3%	2%
Autónomo	5%	-
Económicamente inactivo	3% del sueldo mínimo 6% del excedente (sobre mínimo)	-

Fuente: Ley 19.032 (n.d.). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16081/norma.htm>.

En 2017, el INSSJP modificó la modalidad de retribución contractual y sistema de prestación por cartera asignada a un sistema de cápita para los niveles de atención I y II, a través de la Resolución 395. El principal motivo de este cambio fue una medida de contención del gasto, y de esta manera se logró simplificar la administración y obtener una planificación financiera más certera, porque el gasto es predecible y más estable a lo largo del tiempo.

Dentro del presupuesto anual del INSSJP, el programa 8800 pertenece al modelo retributivo. La partida correspondiente a dicho programa es el total de los valores de todas las cápitas a nivel nacional. La cápita esta asignada a un módulo indicado dentro del nomenclador común, según lo establecido en la Resolución N° 416/DE/17. Cada módulo corresponde a una o unas prestaciones. Por ejemplo, modulo 69: Internación Nivel 2 (7-8-9-10-12) – A. El valor de la cápita se establece de acuerdo con los criterios para la categorización de prestadores según su capacidad prestacional. Los criterios para la categorización de los prestadores son:

I. Cantidad total de camas	1. Entre 1 y 49 camas 2. Entre 50 y 90 camas 3. Más de 91 camas
II. Complejidad del prestador, establecido por ratio entre UTI y total de camas	1. Sin UTI 2. Menos de 15% 3. Entre más de 15% y 25% 4. Más de 25%

Fuente: Resolución INSSJP N° 416/DE/17

#### **D. Problemática/Análisis Crítico**

*“En 2003, la entidad gastaba 2600 millones de pesos anuales para atender a sus afiliados; en 2009 gastó 13.100 millones; en 2010, el presupuesto era de 15.600 millones de pesos y se terminaron ejecutando 16.900 millones de pesos.”<sup>6</sup>*

El artículo 10 de la Ley 19032 indica que: “El presupuesto de gastos administrativos y de funcionamiento del Instituto no podrá exceder del cinco por ciento (5%) del total de sus recursos. Dicho porcentaje podrá ser aumentado por el Poder Ejecutivo a propuesta fundada del Directorio”. Posteriormente fue modificado al 8% por la Ley 25615. El INSSJP comenzó con 700 empleados pero, en 46 años, su plantel creció más de 20 veces y hoy cuenta con casi 15.000 empleados. En esta estructura funcionan cuatro sindicatos, que cuentan con un total de aproximadamente 1.150 delegados (13 por cada 100 empleados). La excesiva participación gremial y política condujo a una masa salarial desproporcionada ya salarios porcentualmente superiores, comparado con las otras obras sociales y la administración pública nacional. Hubo además desvíos importantes en las áreas administrativas que generaron gastos administrativos excesivos, en detrimento del presupuesto prestacional.

A fines de 2017, el INSSJP tenía 4.974.667 afiliados, siendo la mayor aseguradora y compradora de servicios de salud en el país. La población beneficiaria está principalmente compuesta por afiliados directos (solo el 29% son familiares dependientes) de edad avanzada, la mayoría son mujeres (63%) y se distribuyen en todo el país, con un 52% en los grandes centros urbanos. Esta población demanda una muy alta utilización de servicios y eso hace aún más importante la toma de decisiones correctas.

Desde hace tiempo, el INSSJP ha experimentado una situación caracterizada por una baja capacidad para responder a las necesidades de sus afiliados, una administración débil y desequilibrios financieros permanentes con un déficit creciente y acusaciones recurrentes de corrupción. Esto ha llevado a numerosas intervenciones por parte del gobierno nacional y a varios esfuerzos de reforma.

<sup>6</sup> <https://www.pagina12.com.ar/diario/economia/2-160163-2011-01-10.html>

Los principales problemas interconectados que enfrenta el INSSJP incluyen:

- Debilidad e ineficiencia en la gestión administrativa
- Modelo complejo de provisión de servicios
- Desequilibrios financieros y déficit creciente
- Falta de articulación con la política sectorial

El INSSJP tiene su propia estructura administrativa, que es altamente centralizada. Esta administración está compuesta por casi 15.000 empleados directos y locales que trabajan en oficinas distribuidas a lo largo del territorio nacional. El gasto administrativo es difícil de determinar, pero se estima que compone cerca del 20% del gasto total. En los últimos años, se han hecho varios esfuerzos para reducir esta gran estructura administrativa pero no han sido lo suficientemente exitosos. La administración del INSSJP está muy politizada. Esto se refleja en una alta rotación de gerentes y secretarios y a cambios frecuentes de estrategias y políticas. No hay cultura de responsabilidad, y ocurren frecuentes escándalos de corrupción.

Con la excepción de tres hospitales especializados (Policlínicos de Rosario, Hospital Federico Leloir y la Unidad Asistencial Dr. César Milstein) y ciertos servicios específicos, el INSSJP brinda atención médica a sus afiliados a través de proveedores externos contratados, públicos o privados. El método típico para la contratación ha sido la cápita fragmentada (por nivel de complejidad y servicios), usualmente a través de redes intermedias en las provincias. En ausencia de sistemas efectivos de información de monitoreo y control, este mecanismo de contratación genera un gran incentivo adverso para la falta de suministro y la baja calidad de los servicios. Esto se refleja en una alta tasa de pacientes que usan la red de asistencia pública y en la necesidad de un gasto adicional, de bolsillo, por parte de los beneficiarios. Este marco de ineficiencia se exagera por la marcada inestabilidad de los contratos, que están sujetos a presiones externas y cambios de gestión/política. Una prueba de esto es que en 2000, en una encuesta, un tercio de los afiliados expresaron su insatisfacción con los servicios recibidos<sup>7</sup>.

No hay correlación entre los ingresos del INSSJP (vinculados a los precios de la mano de obra y las fluctuaciones en el mercado laboral) y los gastos (presionado por un perfil epidemiológico de alto riesgo, débil gestión y elevada politización). Como consecuencia, el INSSJP se ha enfrentado a un funcionamiento deficitario desde 1994. Este déficit creciente se financió a expensas de apoyo adicional del Tesoro Nacional, acumulación de deuda con los proveedores y entidades financieras y retrasos e interrupciones en la provisión de servicios).

---

<sup>7</sup> Graciela Römer (2000): [https://www.clarin.com/sociedad/evaluan-servicios-pami\\_0\\_HkRWe0KxCtx.html](https://www.clarin.com/sociedad/evaluan-servicios-pami_0_HkRWe0KxCtx.html)

A pesar de las disposiciones legales, el INSSJP no responde a la regulación y control de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) ni cumple con la política sectorial. Esto se muestra, por ejemplo, en el caso de prescripciones genéricas, la definición del Plan Médico Obligatorio (PMO) y los reembolsos a hospitales públicos administrados de forma autónoma.

En 2002, el Congreso Nacional aprobó una nueva ley, la 25615, que otorga al INSSJP más autonomía. Esta Ley, que instigó vetos del Poder Ejecutivo, tiene implicación importante en la posibilidad de introducir futuras reformas. Específicamente, esta Ley:

- El INSSJP es una entidad pública pero fuera del ámbito de la administración pública;
- limita la posibilidad de hacer reformas estructurales (por ejemplo, prohíbe la delegación o contratación de las funciones administrativas o de evaluación);
- reforma la gestión del INSSJP;
- dificulta la intervención del Instituto, especialmente en el caso de una gran crisis;
- aumenta las contribuciones obligatorias del empleador (de 1,5% a 2,0%);
- establece que una vez más, el Tesoro Nacional debería financiar la deuda del INSSJP con los proveedores de servicios.

En general, esto significa que el Gobierno Nacional pierde el control sobre la gestión del INSSJP, preservando a la vez la responsabilidad política y fiscal sobre su desempeño.

Las necesidades de aplicar reformas sustanciales están a la vista, especialmente dada la importancia política, social y fiscal del INSSJP. Las lecciones aprendidas a través de los múltiples esfuerzos de reforma en la década de los 90 indican que, sobre todo, para avanzar y sostener verdaderas reformas se requiere un fuerte consenso y voluntad política. Al mismo tiempo, la experiencia de los 90 demostró que es imposible mejorar el desempeño del INSSJP sólo a través de mejoras de administración interna. En cambio, una transformación exitosa de INSSJP requerirá ante todo la introducción de reformas estructurales.

Aunque se requieren grandes reformas en el INSSJP, este trabajo se enfoca sólo en el aspecto de prestaciones y financiamiento, y las reformas en ellos deberían incluir lo siguiente:

- Mejoría de la equidad
- La implementación de un nuevo modelo de distribución de fondos, basado en la calidad, necesidades de los beneficiarios y transparencia
- La revisión y modernización del sistema capitado
- La introducción de incentivos de rendimiento y responsabilidad
- La inserción del INSSJP en el marco regulatorio del sector de la salud y su articulación con las políticas del sector.

## V. Descentralización y Pagos de Ecuación

### A. Descentralización

En las últimas décadas, muchos países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, han elaborado procesos de descentralización para la prestación de servicios de salud y/u otras funciones de los sistemas de salud. En la mayoría de los casos, se ha adoptado la descentralización para mejorar la eficiencia en la prestación de servicios, equidad en el acceso, mejorar la distribución de recursos y la responsabilidad hacia la población local y/o regional.

Un estudio de 1974 mostró que el 84% de los 75 países en vías de desarrollo y en transición demo-epidemiológica con una población mayor a 5 millones, llevó a cabo algún tipo de descentralización (Dillinger, 1994). Según Lister y Betley (1999), "por lo general existe la presunción de que la descentralización es algo bueno que acompaña a la democracia, al buen gobierno, a una economía de mercado, alivio de la pobreza y eficiencia en el gasto público"<sup>8</sup>. Sin embargo, dependiendo de los objetivos de descentralización y las estrategias elegidas para diseñarla e implementarla, la descentralización toma muchas formas y produce una amplia variedad de arreglos institucionales en los diferentes países. Además, el impacto real de la descentralización no necesariamente conduce a "algo bueno"; existen tanto éxitos como fracasos dentro de la experiencia internacional, y resulta esencial revisar las lecciones aprendidas de dichas experiencias.

#### 1. Definición

En términos generales, la descentralización tiene que ver con la transferencia de responsabilidades desde el gobierno central a otros niveles de gobierno o instituciones. Sin embargo, no hay consenso acerca de una definición precisa. Por ende, ha sido interpretada de distintas maneras, incluyendo: el enfoque de la administración pública (Rondinelli y Cheema, 1983), el fiscal local (Musgrave y Musgrave, 1989), el capital social (Putnam, 1993) y el del agente principal (Prat y Zeckhauser, 1991; Griffi, 1966). Cada enfoque aporta un elemento distinto para comprender los procesos de descentralización.

---

<sup>8</sup> En el original: "There is usually a presumption that decentralization is *a good thing* which goes along with democracy, good governance, a market economy, poverty alleviation and efficiency in public expenditure."

Por ejemplo, el enfoque del capital social sugiere que las localidades con una larga tradición de organización comunitaria, redes cívicas e instituciones locales sólidas, es más probable que tengan éxito en un proceso de descentralización. El enfoque de agente principal permite examinar las relaciones entre un ministerio de salud central y los gobiernos locales o regionales y cómo el primero puede influir en el comportamiento del último. Mientras que el enfoque de la administración pública produjo una tipología útil y comúnmente utilizada.

Según Bossert (1998), la desconcentración se define como el cambio de poder de las oficinas centrales a las periféricas dentro de la misma estructura administrativa (p. ej. el Ministerio de Salud y sus oficinas provinciales). La delegación transfiere responsabilidad y autoridad a agencias semiautónomas (por ejemplo, hacia una comisión reguladora separada o una comisión de acreditación). La devolución cambia la responsabilidad y la autoridad de la oficina central del Ministerio de Salud para separar las estructuras administrativas que aún se encuentran dentro de la administración pública (por ejemplo, gobiernos locales de provincias, estados o municipios)<sup>9</sup>.

Una descentralización involucra tres dimensiones: política, administrativa y fiscal. La descentralización política implica el establecimiento de un gobierno local, con estructuras y mecanismos de participación comunitaria. Desde esta perspectiva, la descentralización debe proporcionar mayor responsabilidad política, transparencia y representación (Pallai, 2001).

La descentralización administrativa se define usualmente en base a las estructuras y sistemas necesarios en los diferentes niveles de gobierno, y donde deben ser delegadas las responsabilidades. Implica la (re) organización e integración de organismos administrativos a nivel local para ejecutar las funciones descentralizadas y la responsabilidad sobre el personal. Por lo tanto, se relaciona con la capacidad administrativa y la responsabilidad. La autoridad sobre el personal y su administración a menudo es una fuente de conflicto y desalineación en los procesos de descentralización, ya que las responsabilidades pueden ser descentralizadas mientras el personal a nivel local todavía puede ser designado centralmente.

La descentralización fiscal es la delegación de responsabilidades a gobiernos locales o regionales para recaudar, administrar y asignar fondos. Se centra en el tema de quién puede aumentar los ingresos (autonomía fiscal) y quién puede gastarlos (autonomía financiera). Se relaciona con, entre otras cosas, las cuestiones de las transferencias intergubernamentales,

---

<sup>9</sup> Original: *Deconcentration* is defined as shifting power from the central offices to peripheral offices of the same administrative structure. *Delegation* shifts responsibility and authority to semi-autonomous agencies (e.g., a separate regulatory commission or an accreditation commission). *Devolution* shifts responsibility and authority from the central offices to separate administrative structures still within the public administration (e.g., local governments of provinces, states, municipalities).

movilización de ingresos a nivel local, el proceso de presupuestación a través de los niveles gubernamentales y el monitoreo fiscal por parte del gobierno central (Farrant y Clarke, 2002).

Los aspectos fiscales de la descentralización son bastante importantes y tienden a afectar los mecanismos de rendición de cuentas de los gobiernos locales y otras dimensiones del proceso. La descentralización, en cualquier forma o modelo, debe equilibrar y vincular las responsabilidades para funciones (prestación de servicios), finanzas (autonomía financiera y tributaria) y administración (gestión de recursos, incluido el personal), ya que la evidencia indica que es probable que los desequilibrios o desajustes entre estas tres dimensiones conduzcan al fracaso de la descentralización.

Una cuestión importante y no resuelta, muy relacionada con la descentralización fiscal, es la distribución apropiada de responsabilidades e ingresos en los distintos niveles de gobierno. No hay una proporción ideal del gasto en salud que debería allocarse a cada nivel de gobierno. Desde la perspectiva del federalismo fiscal, el principio de subsidiariedad asume que las responsabilidades son principalmente de los gobiernos locales y se transfieren a los niveles más altos solo si los gobiernos locales no pueden realizarlos eficientemente (Dafflon, 2002). En un sistema centralizado, lo contrario es cierto: el nivel central tiene a priori todas las competencias y puede decidir cuáles de ellos descentralizar a los gobiernos locales. En un extremo, los sistemas centralizados tienen todo o la mayor parte de la toma de decisiones concentrada a nivel central (usualmente el Ministerio de Salud en los sistemas de salud) y en el otro extremo, los sistemas totalmente descentralizados tienen la mayoría de la autoridad en decisiones transferidas a los niveles locales de gobierno (por ejemplo, las provincias).

Las políticas orientadas a la descentralización se han aplicado con cierto impulso en el sector de la salud. La descentralización a niveles locales es consistente con el énfasis de larga data de la atención primaria que comenzó con la Conferencia de Alma Ata en 1978. Este concepto fue reforzado en un reporte del Banco Mundial (1993); y en el Informe sobre la Salud Mundial 2009 (Organización Mundial de la Salud - OMS - y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1978; Saltman, 2007). La descentralización organizacional también está en línea con el concepto de administración del sector salud, que cambia el énfasis de la prestación directa de servicios (gobierno por control) al de supervisor de los acuerdos de gobernanza del sistema de salud (gobierno por contrato) (OMS, 2000). Los principios de la Nueva Gestión Pública apoyan aún más la idea de que la gobernanza local ofrezca un mejor servicio si se utilizan nuevas técnicas de gestión a nivel local (Osborne y Gaebler, 1992).

## 2. ¿Porque descentralizar?

*"Por lo general hay una presunción de que la descentralización es algo bueno que acompaña a la democracia, a la buena gobernanza, a una economía de mercado, alivio de la pobreza y eficiencia del gasto público.<sup>10</sup>"* (Lister y Betley, 1999)

Los gobiernos cambian a sistemas descentralizados por múltiples razones: técnicas (para mejorar la eficacia de la prestación de servicios), políticas (para aumentar la autonomía y participación, democracia), o económica/financiera (para aumentar la eficiencia y el control de costos o mejorar la rendición de cuentas)<sup>11</sup>. Además, se espera que los mecanismos de descentralización que promueven una mayor participación ciudadana, como la “devolución política” de las autoridades a los gobiernos locales, hagan que las estructuras administrativas respondan a las preferencias locales (Mills y OMS, 1990; Tandler, 1997; Manor, 2003; Shah, 2004; Shah, 2006; Yilmaz y Serrano-Berthet, 2008). Por ejemplo, en Estados de transición de Europa del Este y la Ex-Unión Soviética, China y Vietnam, la descentralización se incorporó dentro de un amplio conjunto de reformas políticas y económicas. En otros, fue consecuencia de la democratización política (en Brasil y otros países latinoamericanos). En algunos países africanos y asiáticos, fue vinculado a un proceso de reforma con el objetivo de modernizar el gobierno. Sin embargo, los objetivos de descentralización no siempre son muy claros, y con frecuencia mezclan objetivos políticos, económicos y técnicos en diferentes combinaciones.

La descentralización a menudo se plantea e implementa como un fin en sí mismo. Sin embargo, Bossert (1998) afirma que “la descentralización no es un fin en sí mismo sino más bien debe ser diseñada y evaluada por su capacidad para lograr objetivos más amplios de reformas en salud: equidad, eficiencia, calidad y solidez financiera”<sup>12</sup>. Los objetivos de la descentralización, incluso la falta de claridad de esos objetivos, tienden a influir en el diseño, la implementación y la práctica del proceso, así como en su impacto.

El enfoque de Bossert (1998) de espacio de decisión, basado en un marco de agente principal modificado, define a la descentralización “en términos del conjunto de funciones y grados de elección que formalmente se transfieren a los funcionarios locales”.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> En el original: “There is usually a presumption that decentralization is a good thing which goes along with democracy, good governance, a market economy, poverty alleviation and efficiency in public expenditure.”

<sup>11</sup> World Bank: Decentralization and Governance in the Ghana Health Sector (2012)

<sup>12</sup> En el original: “decentralization is not an end in itself but rather should be designed and evaluated for its ability to achieve broader objectives of health reform: equity, efficiency, quality and financial soundness”.

<sup>13</sup> En el original: “in terms of the set of functions and degrees of choice that formally are transferred to local officials”.

Bossert identificó tres elementos clave para la descentralización, “la cantidad de elección que se transfiere de las instituciones centrales a instituciones en la periferia de los sistemas de salud, qué decisiones toman los funcionarios locales con su mayor discreción, y qué efectos tienen estas elecciones en el desempeño del sistema de salud”<sup>14</sup>. Dicho de otra manera, qué funciones se transfieren, a quién y con qué grado de autonomía.

Medir el impacto de la descentralización es dificultoso por dos razones principales: Primero, la descentralización es un proceso complejo y multifacético que depende de muchos factores. Segundo, rara vez se lleva a cabo de forma aislada; generalmente se lleva a cabo junto con otras reformas de gran alcance, ya sean políticas o económicas, que hacen que sea bastante difícil identificar y medir el impacto de la descentralización de forma aislada. Sin embargo, la identificación de los desafíos y las debilidades del proceso en diferentes países puede ayudar mucho en evitar las trampas de la descentralización.

### **3. Financiamiento**

¿Cómo se financiarán los servicios descentralizados?  
¿Qué mezcla de transferencias es apropiada?

En la mayoría de los países, los gobiernos locales y/o regionales no pueden ser financieramente autosuficientes y necesitan ser financiados en gran parte por transferencias de los gobiernos centrales. Los gobiernos locales tienen diferentes capacidades para recaudar ingresos, debido a la legislación existente, capacidad técnica, y capacidad de la población local pagar impuestos.

La autonomía financiera es fundamental para garantizar una efectiva autonomía de gestión, y por lo tanto el impacto de la descentralización. Descentralizando responsabilidades ejecutivas sin la autonomía financiera adecuada generalmente reduce en gran medida los beneficios de la descentralización.

En la mayoría de los países en desarrollo (y en muchos desarrollados), los gobiernos locales no tienen independencia financiera ni tienen capacidad para financiar las funciones descentralizadas a través de sus propios recursos. Las transferencias del gobierno central generalmente representan más de dos tercios de los ingresos locales.

---

<sup>14</sup> Original: “the amount of choice that is transferred from central institutions to institutions at the periphery of health systems, what choices local officials make with their increased discretion, and what effects these choices have on the performance of the health system”

El diseño de mecanismos apropiados para transferir fondos centrales a los gobiernos locales es un aspecto sustancial de la descentralización. El establecimiento de subsidios con condicionamientos o equivalentes a menudo le permite a un Ministerio de Salud inducir la implementación de políticas y prioridades nacionales (por ejemplo, a través de los programas nacionales) y garantizar la eficiencia de asignación, pero también pueden terminar reduciendo la autonomía de los gobiernos locales. Por ejemplo, un complejo sistema de transferencias condicionales en Brasil garantiza la coherencia de las políticas de salud en todo el país, pero a expensas de un enfoque reducido en las necesidades y prioridades locales. Además, múltiples mecanismos de pago (casi 100 en Brasil) imponen una significativa carga sobre los gobiernos locales, ya que cada mecanismo suele tener sus propios informes y requisitos contables.

## **B. Pagos por Ecuilización**

### **1. Definición**

El propósito de la ecualización, un programa de redistribución de los ingresos fiscales, es nivelar el campo de juego de los ingresos provinciales. Según Douglas H. Clark (1969), los principios para la ecualización consisten en “un propósito claro, eficacia, equidad, eficiencia, base nacional, responsabilidad, visibilidad y transparencia, sostenibilidad y estabilidad”<sup>15</sup>. Es un sistema de transferencias variables a los gobiernos provinciales que, según alguna medida, no pueden aumentar los ingresos en la misma medida que otros. Los pagos por ecualización se realizan a los gobiernos provinciales que tienen capacidades fiscales débiles. Es decir, si estas provincias debieran gravar impuestos a tasas “promedio”, sus economías son tales que el ingreso per cápita resultante sería menor que el promedio. En este sentido, la ecualización sirve para reducir las diferencias en las capacidades fiscales de los gobiernos provinciales, y permitir a los gobiernos locales con capacidades fiscales más débiles ofrecer a sus residentes un nivel de servicios públicos equivalente al de otras provincias con mayor capacidad fiscal. En este concepto está implícito el supuesto de que la diferencia de capacidades fiscales entre provincias es duradera y no efímera. En caso contrario, un gobierno provincial podría pedir prestado en años cuando está por debajo del promedio, y generar excedentes presupuestarios para pagar deudas en años cuando su capacidad fiscal está por encima del promedio. Eso no funcionaría para una provincia con una capacidad fiscal persistentemente débil.

---

<sup>15</sup> En el original: “clear purpose, effectiveness, equity, efficiency, nation building, accountability, visibility and transparency, sustainability and stability,”

La ecualización fiscal puede verse como el compañero natural de la descentralización fiscal, ya que apunta a corregir el potencial desequilibrio resultante de la autonomía local. Distintos acuerdos de ecualización fiscal surgieron por primera vez durante los años 1940 y 1950 en varios países federales, y hoy en día muchos países lo tienen, incluyendo la mayoría de los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

## 2. - Variedades de Ecualización

- Método 1: Ignorar la ecualización de gastos, lo cual es lo equivalente a suponer que un dólar de gasto compra la misma cantidad de servicios públicos en cada provincia
- Método 2: “*Cherry picking*”. Determinación ad hoc de unos pocos factores de necesidad o el costo inherente como por ejemplo en Alemania: tamaño y densidad de la población; China: número de empleados públicos, o Suiza: con datos demográficos, área geográfica, desempleo, grandes ciudades, receptores de asistencia social, cantidad de extranjeros.
- Método 3: por imputación y/o enfoques econométricos que estiman empíricamente el determinante de los gastos por categoría en función a las diferentes necesidades o factores del costo (por ejemplo, población, geografía, factores demográficos, socioeconómicos, o étnicos), como se hace en Holanda, Dinamarca, Noruega, Indonesia, China y Australia.
- Método 4: Costo de la prestación de los principales servicios públicos, como en Suecia.
- Método 5: Construcción de índices de necesidades relativas en las provincias/municipios. Los factores se basan tanto en los determinantes como en los enfoques basados en costos, como en Australia.

Cada uno de los cinco métodos descritos tiene ciertas limitaciones. El primero tiene una limitación obvia: iguala todas las necesidades de los gobiernos locales mientras que en la realidad pueden diferir drásticamente (por ejemplo, NOA vs. zona patagónica). Este ha sido tradicionalmente utilizado por parte del INSSJP para asignar el presupuesto prestacional, el valor de la cápita. El segundo método es completamente subjetivo y altamente controvertido. El método 3 es muy complicado y difícil de entender. Adicionalmente, no es particularmente confiable cuando no hay buenos datos o para economías de rápida evolución, es propenso a causar desacuerdos entre las partes interesadas y no pasa la prueba de la transparencia. El método 4 de las normas presupuestadas, también es empíricamente exigente y no se puede aplicar fácilmente a un conjunto amplio de gastos. Además, limita tanto la competencia como la innovación para brindar servicios de mejor calidad a precios más bajos.

El método 5 utiliza conceptos de los dos enfoques anteriores, y plantea la cuestión de cuáles deberían ser los índices y si estos tienen el potencial de incentivos perversos. Por ejemplo, los índices de déficit de infraestructura pueden crear incentivos para perpetuar las deficiencias.

### ***3. Needs Based Formula***

Una *Needs Based Formula* (NBF) es un método de asignación de recursos escasos en función del tamaño de la población en una región determinada, ajustada por indicadores de necesidad de dicha población (Chaplin, 2011). Desarrollar una NBF requiere de una serie de pasos. El primero consiste en elegir los indicadores de necesidad apropiados e integrarlos en una fórmula. El segundo es calcular las necesidades agregadas de las provinciales/regiones. En este caso, la necesidad de servicios de salud, para la población del INSSJP, es la suma de todas las necesidades regionales/provinciales. El tercer paso es determinar la proporción del presupuesto total que será transferido a cada provincia. Para esto se computa el porcentaje de necesidad relativa de cada provincia con respecto a la necesidad total nacional. Al multiplicar el porcentaje basado en las necesidades de cada provincia con el presupuesto nacional, se obtiene el monto total asignado a cada provincia. Finalmente, en el cuarto paso, la tasa de cápita del presupuesto asignado a cada provincia se determina dividiendo el presupuesto total de una provincia por su población. Los números finales relevantes son el presupuesto total asignado y la cápita correspondiente a cada individuo.

No cabe duda que la definición y selección de indicadores de necesidad resultan fundamentales en el diseño de una NBF. Sin embargo, no existe una definición acordada de necesidad en la literatura, lo que hace que la creación de una NBF sea sumamente desafiante.

#### **3.1 – Definir Necesidad**

En la literatura sobre gestión de salud, las definiciones más comunes de necesidad son la necesidad médica y la capacidad para beneficiarse (Birch y Eyles, 1991; HSIP, 2006). En muchos países y sistemas de salud el término tiene una cierta ambigüedad debido a la falta de definición precisa dejándola a la interpretación de los profesionales de la salud, quienes toman decisiones informadas y determinan quién requiere servicios de atención médica. Esto separa lo que el paciente o población necesita de lo que quiere, a la vez que crea ineficiencias porque los profesionales pueden tener un incentivo financiero para inducir a sus pacientes a recibir más tratamientos de lo requerido.

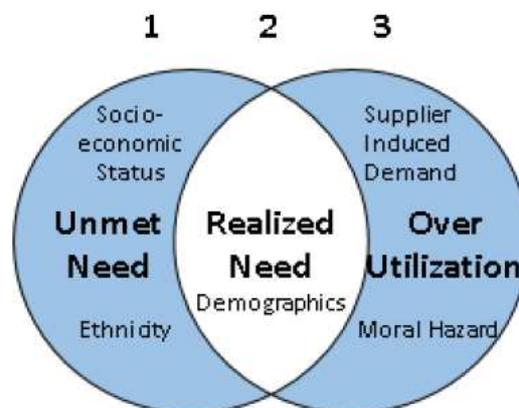
La definición de necesidad que establece que es la “capacidad para beneficiarse del tratamiento” supone que existe una necesidad si el valor de tratar al paciente supera los costos del tratamiento (Birch, 1993). Esto indica que los gobiernos deben priorizar intervenciones en el cuidado de la salud al identificar qué servicios proporcionan el mayor beneficio financiero para toda la población. Un gobierno puede optar por priorizar la atención aguda en lugar de la atención crónica porque el beneficio marginal para la población en esos casos. De este modo, la asignación de recursos maximiza el beneficio.

### 3.2 – Indicadores de necesidad

Existen tres categorías de indicadores de necesidad: la utilización, la demografía y el estatus socioeconómico.

La utilización de los servicios de salud es un indicador comúnmente utilizado para medir necesidad directa (Hutchinson, 1999; Hurley, 2004). Los datos de utilización miden la cantidad de servicios utilizados, ya sea que los servicios sean o no médicamente necesarios. Gravelle (2003) y Vallejo-Torres (2009) argumentan que la utilización es un método útil para indicar la necesidad, pero que no discrimina la sobreutilización (área 3 de la Figura 2) ni la necesidad no satisfecha (área 1 de la Figura 2). Por este motivo, Gravelle (2003) sugiere que se ajusten los datos de utilización por la distancia a los hospitales, los tiempos de espera y el origen étnico, porque este ajuste captura algunas de las necesidades no satisfechas y refleja mejor la necesidad real. Por ejemplo, cuando las personas deben esperar para recibir atención médica, tienen necesidades insatisfechas que no se reflejan en los datos de utilización.

**Figura 2** Utilización de servicios de salud



Fuente: Goertz, C. (2017). *A Needs-Based Canada Health Transfer: Drawing Lessons from Australia*. Johnson Shoyama Graduate School of Public Policy University of Saskatchewan.

Los indicadores directos de necesidad, como la utilización, tienen el sesgo de incluir la sobreutilización e ignorar las necesidades no satisfechas. Por este motivo, existe la opción de utilizar indicadores indirectos de necesidad que puedan capturar las necesidades esperadas de una población. Un indicador indirecto común de la necesidad son los datos demográficos. Mustardy y Derksen (1997) midieron el estado de salud de la población de la provincia de Manitoba, Canadá, y concluyeron que las regiones con mayor población de personas mayores necesitan más fondos debido al aumento de los costos de salud asociados con la edad. Un concepto similar al del INSSJP. En Canadá en 2010 se demostró que las personas mayores de 65 años, que representan en promedio el 14% de la población de las provincias, utilizan más del 44% de los recursos de destinados a salud (CIHI, 2011).

Existe una diferencia significativa del promedio de costos de salud entre mujeres y hombres. En Canadá, las mujeres en promedio tienen un costo total de Medicare más alto que los hombres (CIHI, 2014), debido a gastos adicionales durante los años fértiles y a que viven más tiempo, por lo que tienden a tener más enfermedades crónicas que los hombres (Blakely, 2014; CIHI, 2014). Además, los hombres muestran tasas más altas de enfermedades mortales, mayor probabilidad de morir de síndromes coronarios agudos o accidentes cerebrovasculares o por causas externas (Smith, 2006). Esto significa que el costo de brindar atención médica a mujeres se extiende por un mayor período. Sin embargo, existen otros datos que sugieren que los hombres, en ciertas circunstancias, representan un mayor costo para los sistemas de salud. Por ejemplo, los hombres son más propensos a fumar y beber, lo que puede causar problemas de salud importantes como el cáncer (PHAC, 2013). También se observa que los hombres son más reticentes a recibir tratamiento médico para ciertas patologías a pesar de requerirla (Hay, 1988). En general, la evidencia muestra diferencias significativas en el costo promedio entre hombres y mujeres.

En los países desarrollados, es común utilizar datos demográficos como edad y sexo para indicar necesidad dentro de las NBF (Rice y Smith, 1999). Sin embargo, los indicadores demográficos no captan las necesidades no satisfechas de aquellos que no buscan atención médica, aunque la necesiten. Para mitigar la no representación de necesidades insatisfechas, Inglaterra utiliza una combinación de datos de mortalidad y demográficos. Esta variable de combinación es un indicador clínico llamado Índice de Mortalidad Estandarizada (SMR, por sus siglas en inglés). Una SMR es la proporción de muertes observadas (mortalidad) en una muestra de población y las muertes esperadas de la población total. La relación se ajusta por la distribución de la demografía de una población.

Una tasa de mortalidad estandarizada es un buen indicador clínico de la necesidad porque muestra cómo se compara una región dada con la población nacional total en términos de condiciones médicas específicas. Por ejemplo, si el puntaje SMR estándar para síndromes coronarios agudos a nivel nacional es 1,0, pero la población comparable en la provincia de Mendoza tiene una puntuación SMR de 1,2, entonces los ciudadanos de Mendoza tienen 20% más probabilidades de sufrir un síndrome coronario agudo que el resto de Argentina.

Al utilizar la mortalidad ajustada por edad en una fórmula de asignación de fondos, Carr-Hill (1989) mostró que la distribución de recursos era más equitativa que la distribución basada solamente en la mortalidad. En una investigación similar en la provincia de Ontario en Canadá, Beddard (1999) examinó las posibles formas en que los responsables de las políticas sanitarias podrían asignar fondos según necesidades de salud, entre ellas las SMR, y concluyó que eran un método confiable para medir necesidades de atención médica, pero encontró que el vínculo entre una SMR y el financiamiento directo no estaba claro. Por ejemplo, cuestionó el hecho de que si una región con un 10% más de SMR que su región vecina debería recibir un 10% más de fondos, argumentando que una SMR no tiene en cuenta todas las necesidades. Por lo tanto, el uso de la SMR puede poner en desventaja un área donde existen necesidades legítimas, en favor de otra área y Beddard no la recomendó para indicar necesidad.

Los datos demográficos son indicadores útiles para identificar las necesidades de la población. Sin embargo, los indicadores demográficos no capturan todas las necesidades de una población. Además de utilizar indicadores de mortalidad, la medición de las necesidades insatisfechas es posible con el análisis de las características socioeconómicas de la población. Existen varios ejemplos de este impacto. Wilkins y Adams (1978) mostraron que el grupo del quintil más bajo de educación e ingresos en Montreal tenía menor esperanza de vida y mayor prevalencia de enfermedades. Otro estudio del Instituto Canadiense de Información de Salud examinó el estado socioeconómico y el estado de salud en las áreas metropolitanas del Censo de Canadá y encontró que las personas con menor educación e ingresos tienen una mayor necesidad de servicios de salud que aquellas altamente educadas y ricas (CIHI, 2008).

Si bien los indicadores demográficos y socioeconómicos demuestran la necesidad de servicios de salud, los costos de los insumos afectan el acceso a la atención y por ende el costo de proporcionar dichos servicios. Los indicadores de costos de insumos, las tecnologías médicas y los pagos a proveedores de servicios son un costo necesario para cualquier sistema de salud, pero no reflejan las necesidades. Las nuevas tecnologías y un suministro adecuado de profesionales médicos mejoran el acceso a los servicios, pero estos factores de costo son fluidos y por lo general están sujetos a control gubernamental.

La ubicación influye sobre los costos y es un factor utilizado por muchos países con una NBF. Esto se fundamenta en que el costo de proporcionar servicios médicos varía según la ubicación del servicio. Los costos generalmente aumentan cuanto más lejos está el paciente de un centro urbano importante. La distribución de la población es intrínsecamente diferente en todas las regiones, pero los sistemas o cobertura de salud nacional tienen la obligación de proporcionar a su población acceso razonable a la atención médica, independientemente de su ubicación. Por lo tanto, la ubicación es un factor de costo incontrolable, lo que significa que una variable de ubicación, a pesar de no indicar necesidad, puede ser justificada como una variable de una NBF. Esta variable ha sido tomada en cuenta por parte del INSSJP, a través de la Resolución 1895/DE/16, al asignar el valor de la cápita para el médico de cabecera en la zona Patagónica.

#### **4. Experiencias Internacionales**

A nivel internacional, ha habido cierto éxito con las NBF. De todos los ejemplos, la experiencia de Australia es la más aplicable a Argentina. De manera similar al sector público de Australia, el INSSJP recibe una gran cantidad de fondos para todo el territorio nacional, intentando garantizar una igualdad de prestaciones para sus afiliados. El modelo australiano distribuye los recursos de manera tal que “si cada [gobierno local] hiciera el mismo esfuerzo para recaudar ingresos de sus propias fuentes y funcionara con el mismo nivel de eficiencia, tendría la capacidad de brindar igual estándar de servicios<sup>16</sup>” (Birdy Vaillancourt, 2007).

Los objetivos de la ecualización fiscal horizontal de Australia se establecieron en la ley de las provincias de 1978, Sección 13 (3)<sup>17</sup>:

“... los pagos a los que tienen derecho las provincias conforme a esta ley deberían permitirles proporcionar, sin imponer impuestos y cargos a niveles considerablemente diferentes de los niveles de impuestos y cargos impuestos por las otras provincias, los servicios gubernamentales de un nivel estándar no sensiblemente diferentes de los estándares de servicios gubernamentales provistos por las otras provincias”.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Original: “if each one [local government] has made the same effort to raise revenue from its own sources and operated at the same level of efficiency, each would have the capacity to provide services at the same standard”

<sup>17</sup> The States (Personal Income Sharing) Amendment Act, 1978, Section 13(3)

<sup>18</sup> En el Original: “... the respective payments to which the states are entitled under this act should enable each state to provide, without imposing taxes and charges at levels appreciably different from the levels of taxes and charges imposed by the other states, government services at standards not appreciably different from the standards of government services provided by the other states”.

El método de Australia para determinar las necesidades de los gobiernos locales existe desde 1933 y se reevalúa cada cinco años “usando un enfoque muy completo con 18 categorías de ingresos y 41 gastos”<sup>19</sup> (Bird y Vaillancourt, 2007). Estas condiciones incluyen la proporción de cada rango etario, la tasa de desempleo y la demanda per cápita de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.

Australia es una federación de seis provincias autónomas, un “Territorio del Norte” autogobernado y escasamente poblado y la capital federal con gobierno local denominado “Territorio de la Capital de Australia”. El gobierno federal recauda el 69% de los ingresos totales mientras que los gobiernos provinciales y locales recaudan solo el 31% de los ingresos consolidados. La toma de decisión, respecto a los gastos, está descentralizada. Las provincias y los gobiernos locales asumen un rol importante en la prestación de servicios. Los Gobiernos provinciales recaudan el 72% de fuentes propias y el 28% restante proviene de transferencias condicionales (47%) e incondicionales (53%) desde el Gobierno Federal. De modo similar, las provincias en los EE. UU., Suiza y Canadá tienen poderes fiscales más amplios y mayor autonomía fiscal que sus contrapartes en Australia.

La disparidad de ingreso per cápita entre las provincias australianas es pequeña, pero ellas tienen poderes fiscales muy limitados. Por diversos factores, existen diferencias significativas entre las provincias y territorios en cuanto a su capacidad para brindar servicios públicos comparables sin imponer impuestos diferenciales o cargos a sus residentes. Estos incluyen diferentes capacidades para aumentar los impuestos y los ingresos de los recursos naturales, diferencias en el tamaño y composición de la población, densidad de población y la economía local.

En Alemania la constitución garantiza iguales condiciones de vida en todo el país. Se utiliza una fórmula basada en los gastos y necesidades para determinar el financiamiento a nivel regional, con tres programas de equalización. Dos de ellos buscan llevar la capacidad fiscal de los estados más débiles a un punto de referencia del promedio nacional, alrededor del 90%.

Muchos países, como Canadá, Alemania, Suiza, Japón, India, Australia y el Reino Unido, utilizan sistema de equalización fiscal. Los modelos tienen cierto nivel de variabilidad pero comparten los rasgos principales. Algunos, como el de Canadá, estiman únicamente las necesidades de ingresos de las distintas regiones. En la Tabla 4 se muestra que los países desarrollados comúnmente usan NBF para asignar recursos de servicios de salud.

---

<sup>19</sup> Original: “employing a very comprehensive approach using 18 revenue and 41 expenditure categories”

La Tabla 4 revela que la edad y el sexo son los indicadores de necesidad más prevalentes en estos países. Una razón probable es que la edad y el sexo dan cuenta de las necesidades de atención médica y están libres de incentivos perversos.

**Tabla 4.** *Fórmulas de asignación basadas en necesidades*

<b>País</b>	<b>Variables en la fórmula</b>	<b>Nombre del programa</b>
Australia	Edad, etnia, ubicación geográfica, estado socioeconómico	Ecualización
Escocia	Edad, sexo, mortalidad	Esquema de asignación de recursos de la autoridad sanitaria
Estados Unidos	Edad, sexo, estado socioeconómico	Medicare
Finlandia	Edad, discapacidad	Sistema de subsidio estatal
Francia	Edad	Esquema de ajuste de riesgo de la Oficina Federal de Seguros
Gales	Edad, sexo,	Autoridad Sanitaria
Holanda	Edad, sexo, estado socioeconómico, urbanización	Esquema de ajuste de riesgos del Consejo de Fondos de Salud
Inglaterra	Edad, mortalidad, morbilidad, estado socioeconómico, etnia	Fórmula de asignación de recursos
Irlanda del Norte	Edad, sexo, mortalidad, estado socioeconómico	Fórmula de asignación del Consejo de Salud
Italia	Edad, sexo, mortalidad	Sistema de asignación regional de recursos
Nueva Zelanda	Edad, sexo, estado socioeconómico	Autoridad de Fondos de Salud
Noruega	Edad, sexo, mortalidad	Esquema de asignación de recursos de la autoridad sanitaria
Suecia	Edad, estado socioeconómico	Fórmula de asignación de recursos para hospitales de Estocolmo
Suiza	Edad, sexo, región	Esquema de ajuste de riesgos de la Asociación de Fondos de Salud

Fuente: Rice, N., & Smith, P. (1999). *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*. York: University of York Center for Health Economics.

### **C. Ajuste por Riesgo**

#### **1. ¿Por que utilizar ajustes por riesgo?**

El ajuste por riesgo es una herramienta útil para la comparación de poblaciones. Establece un campo de juego nivelado cuando se comparan las tasas, tomando en cuenta las diferencias en el estado de salud y características específicas de una población. Los ejemplos incluyen variables como las demográficas (edad, género, familia tamaño, geografía), estado funcional, prescripción de medicamentos, utilización previa o gastos, código de diagnóstico (CIE-10) y otros. El objetivo es crear categorías de pacientes que sean similares en su estado de salud y necesidades de recursos.

## 2. ¿Qué es el ajuste por riesgo en los sistemas de salud?

Existe una enorme diversidad en los sistemas de salud en el mundo. Sin embargo, hay una característica común a casi todos. Buscan transferir y simplificar la responsabilidad de organizar y proveer los servicios de salud en un plan, seguro, sistema o cobertura médica. Este plan podría ser un grupo de seguros (por ejemplo los EE. UU.), un área geográfica (en Suecia y el Reino Unido) o un fondo (Países Bajos y Alemania). Estos sistemas se encargan de organizar los servicios específicos que requieren la población (sea definida por geografía, tipo de empleo o inscripción voluntaria) durante un período determinado de tiempo. En un rol de creciente importancia, tales sistemas tienen un foco importante para asegurar el control de los gastos. Para ello, una característica central a todos los sistemas es el establecimiento de un presupuesto prospectivo para el gasto sanitario. El objetivo siendo que el sistema brinde los servicios requeridos por parte de la población en riesgo dentro de un presupuesto específico, asegurando el control del gasto requerido.

El punto hasta que los sistemas de salud tienen el poder para controlar los gastos de los cuales son responsables varía considerablemente de un sistema a otro. En los EE.UU., las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (*HMO*) pueden negociar contratos con una amplia gama de proveedores en un mercado altamente competitivo, y por lo tanto se podría considerar que ejercen un control sustancial sobre el gasto. En el Reino Unido, las prácticas de prescripción y referencia de los médicos generales, los llamados *gatekeepers*, tienen una influencia importante sobre los gastos. Por lo tanto, se puede considerar que tienen algún grado de control, de manera colectiva, sobre cualquier gasto. Por otro lado, en los sistemas de seguridad social, como en Alemania o Bélgica, se paga a los proveedores principalmente en función de los servicios prestados, y muchos pacientes continúan gozando de considerable autonomía para elegir sus proveedores de servicios. Esto limita seriamente la posibilidad de que los sistemas aseguren grandes reducciones de los gastos. Bajo estas circunstancias, un aumento de la eficiencia se limita a mejoras en la eficiencia administrativa y posiblemente algunas variaciones en las reglas de reembolso. Por ejemplo, diferentes niveles de copagos.

Además, existen varios mecanismos para afrontar variaciones en los gastos a partir del presupuesto ya acordado y establecido, según la rigidez de la restricción presupuestaria. Estos mecanismos podrían ser:

- a. renegociar retrospectivamente el presupuesto con el pagador, usando reservas o ahorros;
- b. modificar las primas, los impuestos locales o los cargos a los usuarios; y
- c. en casos extremos, limitar los servicios

Dada la importancia del presupuesto en los sistemas mencionados anteriormente, no es sorprendente de que se analicen con profundidad los métodos utilizados para establecer los presupuestos. Distintos países han utilizados diferentes métodos. Dichos métodos se pueden agrupar en tres categorías generales:

1. No existe un presupuesto prospectivo y el sistema se reembolsa de forma retrospectiva por todos los gastos incurridos. A nivel administrativo es relativamente simple. Pero este método ofrece poco incentivo para restringir los gastos. Por el contrario, es un incentivo perverso para maximizar la cantidad de servicios prestados. Aunque todavía sigue siendo utilizado por muchos sistemas de salud, se está volviendo cada vez más insostenible.
2. El sistema se reembolsa por la actividad real, pero sobre la base de un conjunto de tarifas y cargos previamente establecidos, por ejemplo, por grupos relacionados por diagnóstico (GRD). Este método incentiva la minimización de costos en episodios individuales, pero no hay un incentivo para restringir el número de episodios. De hecho, ofrece un incentivo para maximizar el número de episodios, tal vez en forma de reingresos, y para exagerar la severidad del episodio en términos del GRD registrado.
3. El sistema se financia de manera prospectiva para la actividad esperada. El presupuesto no está influido por la actividad actual, y por lo tanto el sistema tiene un incentivo para restringir tanto las referencias como los costos de las referencias. Esto puede llevar a una tendencia a escatimar en la cantidad o calidad de los servicios. El presupuesto prospectivo puede basarse en pronósticos realistas de gastos futuros, o deliberadamente se establece por debajo de dichos pronósticos para fomentar mejoras en la eficiencia.

Entre los tres métodos hay un aumento progresivo de la transferencia de riesgo desde el financiador al prestador. En la práctica, muchos sistemas utilizan una mezcla de los tres métodos. Por ejemplo, en Noruega los condados se financian en parte según las necesidades de gastos previstos y en parte en base a la actividad de GRD (Van den Noord, 1998). En los Países Bajos, los Fondos se financian de manera prospectiva en base al gasto esperado pero un complejo esquema de reembolso retrospectivo mueve la base del financiamiento hacia un sistema de tarifa por servicio (McCarthy, 1995). En el Reino Unido y en muchos otros países, un mecanismo de financiamiento prospectivo se ve frenado por el aumento de gastos hacia niveles históricos de gasto.

Si bien los dos primeros enfoques tienen puntos atractivos, cada vez más sistemas de salud están yendo hacia presupuestos prospectivos en función de la actividad esperada.

Para elaborar presupuestos prospectivos se pueden utilizar varios métodos, aunque algunos han sido fuertemente criticados porque parecen arbitrarios y porque pueden perpetuar las ineficiencias existentes. Por esto, se buscan enfoques más científicos para la configuración de presupuestos, sobre todo en forma de capitaciones (Newhouse, 1998). El INSSJP ha usado varios métodos, principalmente el primero y el tercero. Hace poco, su modelo retributivo se basaba en pagos por servicios pero recientemente ha vuelto a su modelo más tradicional, el pago por cápita. También ha implementado el segundo método a través de un sistema de pago por módulo en algunos prestadores alternativos, por ejemplo, el Hospital Italiano de Buenos Aires, y en algunas regiones geográficas, por ejemplo la zona Patagónica.

### **3. Pago por Cápita**

La cápita es el monto asignado y pagado por el financiador para que una persona con ciertas características reciba los servicios durante un período de tiempo determinado, sujeto a cualquier restricción presupuestaria general. De esta manera, el pago por cápita le asigna un valor a cada individuo. Claramente, las necesidades de salud varían considerablemente, entre individuos, según factores como la edad, la morbilidad y factores sociales, entre otros. Para asignar un valor se ha desarrollado un proceso conocido como ajuste por riesgo, que busca la estimación imparcial de los costos relativos esperados del individuo, en términos de servicios de salud, según sus características. Sin embargo, si el presupuesto general se fija en un nivel irrealmente bajo, las cápitadas serán menores que los gastos realmente necesarios. De cualquier modo, la intención es que las cápitadas ajustadas al riesgo reflejen las necesidades relativas de gastos en servicios de salud de los individuos.

En otros mercados de seguros, como el seguro de automóviles, el asegurador calculará de manera efectiva una cápita ajustada al riesgo al establecer una prima para el comprador de la póliza. Por ejemplo, en el caso de los automóviles, un asegurador usualmente explorará todas las características que considere relevante en el individuo. Estas características podrían ser la edad, historial de accidentes/reclamos, registro de manejo, tipo de automóvil y área de residencia. En este caso, la prima establecida se puede considerar como el equivalente de la cápita de servicios de salud ajustada por el riesgo del individuo.

Sin embargo, la naturaleza peculiar de la salud no permite que pueda considerarse un mercado libre. La mayoría de las sociedades se niegan a que los individuos enfermos deban pagar más por el seguro de salud que sus contrapartes más saludables, por lo que casi siempre es un requisito que los aportes no dependan del estado de salud o el perfil de riesgo

Este abordaje conlleva una transferencia implícita en el financiamiento de los sanos hacia los enfermos. Por lo tanto, fuera del mercado privado, en el sector de la salud rara vez se encuentran primas relacionadas con el riesgo.

Aunque la suma de una cápita dada podría teóricamente asignarse en su totalidad a un individuo, en general, sería ilógico esperar que el sistema gaste precisamente esa cantidad en dicho individuo. La cápita ofrece un nivel esperado o estimado. Es un nivel de gasto sobre del cual podría existir una variación sustancial. Bajo esta circunstancia, se espera que el sistema administre el riesgo inherente a la demanda de servicios de sus beneficiarios de los cuales es responsable. Además, existe la posibilidad de que el sistema no requiera gastar esa cantidad. Por ejemplo, en los sistemas de salud escandinavos, los gobiernos locales pueden, en cierta medida, variar los niveles de financiamiento de lo asumido por parte del gobierno central al cambiar los impuestos locales (Rattso, 1998).

Un problema que puede surgir es la determinación del tamaño de la población. Puede existir movimiento de beneficiarios entre distintas regiones y por ende distintos presupuestos. Del mismo modo, en sistemas donde las personas cambian con frecuencia, o se registran solo cuando utilizan servicios, puede haber una considerable incertidumbre en cuanto al tamaño y características de la población en riesgo.

Una cápita puede ser muy rudimentaria. Tradicionalmente en el INSSJP se asigna el mismo monto a todos sus beneficiarios. En otros sistemas, se aplica un ajuste por riesgo para darle un cierto nivel de refinamiento. Por ejemplo, en muchos esquemas de ajuste por riesgos utilizados en los sistemas de seguridad social (Israel, Alemania y Suiza), la cápita se basa en datos demográficos, con categorías de beneficiarios según edad y sexo. Sin lugar a duda, la edad y el sexo son determinantes importantes de la variación del gasto, pero existen muchas otras variables. Lamentablemente los potenciales ajustes en los esquemas capitados han sido limitados por la disponibilidad de datos.

#### **4. Estableciendo la Cápita**

Una vez que se haya elegido el principio de asignación de fondos en base a un sistema capitado, surge la siguiente pregunta: ¿cómo se establece esa cápita? Para responder a esa pregunta, se deben tomar tres decisiones fundamentales:

- el monto total a ser distribuido
- las variables/factores que afectarán la cápita
- el peso relativo de dichas variables

La primera, el monto total a ser distribuido, es principalmente una decisión política, y está fuera del alcance de este trabajo. Por lo tanto, resulta de mayor interés concentrarse en la elección de las variables y sus respectivos pesos.

Se podría definir que la cápita para un individuo es el gasto que equivale a la suma relativa de sus necesidades. Las características usadas para calcular ese gasto se denominan “factores de necesidad”. El principio básico para seleccionar los factores de necesidad es que tengan un impacto demostrable sobre la necesidad de consumir los servicios de salud.

El criterio para considerar a una variable como un verdadero factor de necesidad es que explica los patrones de gasto real de los servicios de salud de manera estadísticamente significativa. Es decir, se utiliza el comportamiento del gasto real para inferir los factores de necesidad apropiados. Esto implica que la metodología de cálculo de la cápita deje afuera las necesidades insatisfechas. Estas pueden ser generales o específicas. Las primeras surgen cuando los servicios prestados se consideran inadecuados para cumplir con las normas o estándares esperados para la población en general, tal vez debido a un financiamiento inadecuado.

Las necesidades específicas insatisfechas surgen cuando grupos particulares dentro de la población, tales como los que viven en zonas rurales o pacientes con ciertas condiciones, no reciben los servicios que les corresponde. Bajo estas circunstancias, el uso de los patrones de gasto empíricos para inferir necesidades es problemático ya que los modelos desarrollados perpetúan la inequidad. Sin embargo, aún si la necesidad considerada insatisfecha fuera a incorporarse de alguna manera en un sistema de capitado, no está claro cómo se podría dirigir estos recursos hacia los destinatarios. Se puede argumentar que, sin mecanismos adicionales para fomentar la redirección de recursos, el mero ajuste de la cápita no puede asegurar tales cambios. Por lo tanto, el análisis de los patrones actuales de prestación de servicios para obtener la cápita, parecería ofrecer una metodología más adecuada.

Es necesario evitar usar factores vulnerables a la manipulación o que creen incentivos perversos. La utilización previa de servicios es vulnerable a la manipulación externa con el propósito de obtener una mayor cápita a futuro. Cuando el gasto previo se utiliza como un indicador crudo del gasto futuro, el sistema de financiamiento deviene en uno de reembolso retroactivo. La elección de factores de necesidad en un sistema capitado es un proceso muy complejo y controvertido. Se pueden listar al menos seis razones para esto:

- los datos relevantes son escasos;
- la evidencia sobre factores de necesidad apropiados es escasa, anticuada o ambigua;

- hay una gran dificultad para establecer en qué medida un factor de necesidad particular es independiente de otros factores de necesidad;
- es difícil separar los factores de necesidad legítimos de otras políticas e influencias;
- se reconoce el factor de necesidad pero resulta difícil identificar los costos de servicios de salud asociados con él;
- los destinatarios/ejecutores de los presupuestos del sector público suelen sentir que tienen una idea clara sobre cuáles son los factores de necesidad que favorecerán a su sector y pueden buscarán influir en su selección a través de procesos políticos.

Hay dos enfoques principales para identificar los factores de necesidad, el normativo y el empírico. Según el enfoque normativo, los factores de necesidad se seleccionan en base a datos epidemiológicos y otras evidencias científicas. Según el enfoque empírico, los factores de necesidad se seleccionan en base a una asociación comprobada con el gasto en salud. El último enfoque es el de mayor prevalencia en los métodos de cápitás actualmente en uso.

Cualquiera que sea el método que se utilice, es importante reconocer las limitaciones de los sistemas capitados. Newhouse et al estiman que es posible predecir, como máximo, el 20% de la variación en el gasto anual que corresponde a los servicios de salud (Newhouse, 1989). El 80% restante es objeto de una fluctuación completamente aleatoria. La edad y el sexo solo explican una pequeña fracción de la varianza total entre individuos. La introducción de factores individuales adicionales, como la situación laboral y la tenencia vivienda, puede ofrecer un poder explicativo adicional. Sin embargo, a nivel del INSSJP existe una gran limitación acerca de la recolección, acceso e interpretación de estos factores adicionales.

Al considerar la limitación de disponibilidad de datos en la mayoría de los sistemas, es importante tener en cuenta que, en principio, los factores personales en los que se basará cualquier ajuste por riesgo deben cumplir los siguientes criterios: características registradas de manera universal, consistentes, verificables, libres de incentivos perversos, no vulnerables a manipulación, que respeten los requisitos de confidencialidad y tener un efecto plausible sobre la necesidad de servicio. En la práctica, esto limita seriamente la elección de variables. Por ejemplo, en el Reino Unido las características personales disponibles se limitan a la edad y el sexo, al igual que en el INSSJP. Algunos países, particularmente Suecia, tienen un conjunto mucho más grande de datos disponibles sobre los individuos. Incorporan factores como el bienestar y la situación laboral, la tenencia de la vivienda y estado civil.

Todo lo expuesto, demuestra el nivel de complejidad estadística y econométrica en torno al desarrollo de cápitás basadas en datos empíricos.

## VI. Propuesta de Nuevo Sistema

*“Es un principio establecido hace tiempo que todas las áreas del Reino Unido tienen derecho, en términos generales, al mismo nivel de servicios públicos y que el gasto en ellos debe ser asignado de acuerdo a sus necesidades relativas”<sup>20</sup>. (HM Treasury, 1979)*

Las condiciones claves para el funcionamiento de un programa de políticas dependen de las instituciones y el contexto de un país en un momento determinado, y definen los pasos a seguir. La creación de un marco conceptual de este tipo es útil porque proporciona una guía para los diseñadores de políticas sanitarias.

El éxito de un programa de gobierno requiere dos condiciones esenciales: ser deseable y práctico (Rose, 2005). Una fórmula es deseable si es equitativa y eficiente. En el contexto de una fórmula de asignación de recursos, la equidad significa que es justo para la población determinada. Existe si la distribución del dinero satisface las necesidades de dicha población. Por su parte, eficiencia implica maximizar el resultado en salud de la asignación de recursos y minimizar los incentivos perversos para los gobiernos locales. La otra condición necesaria es la practicidad. Esta condición depende de dos subcriterios: viabilidad política y transparencia. Si una fórmula es aceptable para el gobierno y el público, es también políticamente factible. Una fórmula transparente implica que el público general pueda entender la fórmula y la razón subyacente a su desarrollo. Si una fórmula es deseable y práctica, tiene una mayor posibilidad de éxito. Si una fórmula no es deseable ni práctica, es probable que fracase. Una fórmula que es práctica, pero no deseable, no logra los objetivos principales de un programa. Una fórmula deseable pero no práctica es poco probable que se aplique debido a una reacción política, en cuyo caso su implementación solo es posible si la practicidad es esperable para el futuro.

De acuerdo con lo analizado en los capítulos previos; la utilización, la demografía y el nivel socioeconómico son indicadores útiles para captar las necesidades de la población, pero cada grupo de indicadores por sí solo es insuficiente o problemático. La utilización captura las necesidades satisfechas (sean necesarias o no), pero ignora las necesidades insatisfechas e incluye la sobreutilización. La demografía captura indirectamente las necesidades realizadas, pero también puede ignorar algunas necesidades insatisfechas. Las variables socioeconómicas capturan algunas necesidades insatisfechas pero pueden generar incentivos perversos.

---

<sup>20</sup> Original: “It is a long-established principle that all areas of the United Kingdom are entitled to broadly the same level of services and that the expenditure on them should be allocated according to their relative needs.”

A diferencia de los indicadores demográficos, el uso de indicadores socioeconómicos puede crear incentivos perversos porque las políticas públicas ejercen una cierta influencia en sus resultados. Mientras que la demografía está libre de manipulación y, por lo tanto, queda fuera del control del gobierno. Los formuladores de políticas deben considerar estos hechos al equilibrar las compensaciones entre la equidad y la eficiencia (Magnussen, 2010).

Los únicos indicadores de necesidad que satisfacen criterios de equidad y eficiencia son la edad, el sexo y la ubicación. La edad porque las personas mayores tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los jóvenes, lo que es especialmente relevante en el caso del INSSJP. El sexo cumple con el criterio de equidad porque las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres. La ubicación porque el costo de proveer servicios de salud a los beneficiarios del INSSJP depende de la ubicación. Además, los tres indicadores generan pocos incentivos perversos debido a que la edad, el sexo y la ubicación no se pueden manipular fácilmente.

En un artículo promoviendo una NBF para Canadá como una alternativa al método de igualdad per cápita, Marchildon y Mou (2014) proponen que una fórmula de financiamiento más integral que refleje las obligaciones constitucionales de igualdad debe tomar un enfoque basado en las necesidades. Sostienen que al tomar en cuenta la edad de la población, así como la distribución geográfica (nivel de población aislada o rural dentro de una región), se podría implementar un modelo de financiación más justo. El propósito original del sistema de salud esta “orientado al gasto: conseguir que los gobiernos provinciales brinden cobertura universal de atención médica y hospitalaria bajo un conjunto definido de estándares nacionales de muy alto nivel<sup>21</sup>” (Marchildon y Mou, 2014). Esto, al principio, era significativamente diferente al programa de equalización que complementaba los ingresos de provincias con una capacidad de generación de ingresos inferior al promedio. Luego, el gobierno canadiense eliminó la fórmula de financiamiento basada en el gasto. El principio básico de la financiación basada en las necesidades es que “las características de una población deben impulsar su necesidad relativa de servicios de salud<sup>22</sup>” (Marchildon y Mou, 2014).

Si bien la edad juega un papel importante en la determinación del costo del sistema de salud total de una provincia, Marchildon y Mou sostienen que la distribución geográfica de la población también se debe considerar en una fórmula basada en las necesidades.

---

<sup>21</sup> Original: “oriented to the expenditure side: to get provincial governments to provide universal hospital and medical care coverage under a defined set of very high-level national standards”

<sup>22</sup> Original: “the characteristics of a population should drive its relative need for health services”

La distribución geográfica puede crear disparidades entre los ámbitos rurales-urbanos debido al acceso deficiente a la infraestructura de salud y profesionales en áreas más rurales; “este factor contribuye al peor estado de salud de los residentes rurales en comparación con sus pares urbanos<sup>23</sup>” (Marchildon y Mou, 2014). Además, en un sistema como el del INSSJP donde existe un déficit financiero crónico, puede exacerbar el déficit. Sin acceso a servicios y profesionales de la salud, los problemas de salud pueden agravarse y resultar en costos más altos si no se tratan.

Cualquiera sea el enfoque utilizado, se deben tomar decisiones fundamentales sobre:

- Qué indicadores se necesita incluir en la fórmula y
- Cual sería el impacto o peso relativo de cada indicador

La elección del peso relativo de cada indicador es dificultoso y los diferentes enfoques incluyen aquellos basados principalmente en el análisis estadístico y aquellos basados principalmente en toma de decisiones. Lo que podría parecer ser una decisión relativamente sencilla, se torna difícil. Smith (2001) lo describe de la siguiente manera: “en la práctica, la selección de factores de necesidades a ser considerados en una capitación a menudo ha sido un proceso altamente complejo y controvertido. Se pueden identificar al menos seis motivos:

- a) Los datos relevantes a menudo son escasos;
- b) La evidencia sobre factores de necesidades apropiados es escasa, fechada o ambigua;
- c) Hay una gran dificultad para manejar las covarianzas entre los factores de necesidades;
- d) Es muy difícil separar los factores de necesidades legítimos de los ilegítimos;
- e) Los destinatarios de los presupuestos del sector público a menudo sienten que tienen una idea clara sobre qué factores de necesidades favorecerán su área y buscarán influenciar la elección de los factores de necesidades a través del proceso político;
- f) El gobierno nacional (o distribuidor de fondos) a menudo tendrá una visión clara sobre el resultado que desea obtener<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Original: “is a contributing factor to the poorer health status of rural residents compared to their urban peers”

<sup>24</sup> Original: “In practice, the selection of needs factors to be considered in a capitation has often been a highly complex and controversial process. At least six reasons can be put forward for this state of affairs: (a) Relevant data are often in short supply; (b) Research evidence on appropriate needs factors is sparse, dated or ambiguous in its implications; (c) There is great difficulty in handling covariances between needs factors; (d) It is very difficult to disentangle legitimate needs factors from illegitimate (supply) influences on utilisation; (e) The recipients of public sector budgets often feel that they have a clear idea about which needs factors will favour their area and so will seek to influence the choice of needs factors through the political process; (f) The national government (or distributor of funds) will often have a clear view on the result that it wishes to secure.”

El objetivo de utilizar una NBF es asignar recursos de salud a las provincias/regiones de manera equitativa en función de las necesidades de sus poblaciones. El determinante clave de las diferencias en las necesidades es la distribución etaria. Esto se torna aún más relevante en el caso de una población compuesta mayoritariamente por jubilados y pensionados, dado que esta población tendrá mayor requerimiento de servicios de salud que las poblaciones más jóvenes. Sin embargo, dos poblaciones con la misma estructura de edad pueden tener perfiles de salud muy diferentes, con diferentes necesidades de servicios de salud. Este trabajo busca proporcionar una herramienta que permita asignar recursos tomando en cuenta tres factores de necesidad: edad de la población, perfil de salud y estado socioeconómico.

Uno de los principios de cualquier sistema de salud universal es la equidad de acceso a los servicios de salud. Este concepto implica que la distribución de instalaciones sanitarias debe ser geográficamente equilibrada. En Argentina, existen desigualdades geográficas en la oferta de servicios de salud. Esto se debe en gran parte a que el desarrollo de infraestructura en general y de salud se ha concentrado en los grandes centros urbanos, particularmente para la mayor complejidad, y acompañado de una fuerte tendencia de los médicos a establecerse en estos grandes centros urbanos, lo que lleva a desequilibrio en la distribución geográfica de los médicos, particularmente médicos especialistas.

Algunas de estas diferencias en la distribución geográfica de los recursos de salud llevan a la noción de que el acceso a un rango equivalente y la calidad de los servicios de salud no pueden ser equivalente en todas las regiones del país. Por lo tanto, se deberá buscar una herramienta que garantice que la asignación de recursos en salud este principalmente determinada por las necesidades de las poblaciones, más que por la distribución histórica de la infraestructura y los proveedores.

## **A. Medidas de necesidad**

### **1. Medidas directas de necesidad**

Un método para identificar la necesidad de servicios de salud en las poblaciones del INSSJP se basa en la medición detallada de la morbilidad y la mortalidad. Las medidas de la primera podrían incluir, por ejemplo, tasas de prevalencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes, artritis y trastornos de salud mental. Sin embargo, actualmente no están disponibles la mayoría de los datos con respecto a la morbilidad de los afiliados del INSSJP. Por lo tanto, es necesario seleccionar un método alternativo para la medición directa de las necesidades de servicios de salud.

Una posibilidad son las medidas de la población en general, como la mortalidad por rango etario y por provincia. La limitación es tener que extrapolar datos de población general a la población específica del INSSJP. La ventaja de este indicador es que captura el impacto de una amplia gama de enfermedades de una población.

## **2. Medidas indirectas de necesidad**

Las medidas indirectas de necesidad de servicios de salud son la mortalidad y el nivel socioeconómico de las poblaciones. Las medidas de mortalidad se clasifican como medidas indirectas de la necesidad de servicios de salud porque un evento relativamente raro para una minoría de la población se utiliza para caracterizar la salud de toda la población. Las medidas socioeconómicas se pueden considerar indicadores *proxy* del estado de salud, a partir de que un gran número de evidencia demuestra que los individuos con menos recursos económicos, educativos y sociales tienen peor estado de salud (Mustard, 1997). Estos datos de los afiliados del INSSJP tampoco están actualmente disponibles. Sin embargo, se cuenta con los datos del último Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, las estadísticas vitales nacionales (mortalidad) y los datos socioeconómicos de la ANSES, disponibles anualmente.

Es importante reconocer una distinción adicional entre medidas directas e indirectas de necesidad. Los indicadores directos de necesidad se miden a nivel individual, mientras que los indirectos generalmente son atributos de la población. Una consecuencia de esto es que los indicadores directos pueden relacionarse a nivel individual con las medidas del uso de los servicios de salud. Por ejemplo, la posibilidad de identificar qué individuos de una población tienen diabetes, permite calcular su uso promedio de servicios o recursos de salud y, a través de una comparación con los individuos de la población sin diabetes, estimar la diferencia o la cantidad de recursos adicionales que requiere atender la diabetes. En contraste, las medidas indirectas de necesidad, como las tasas de mortalidad, no proporcionan información directa sobre la relación entre la necesidad y utilización de recursos. Resulta fundamental entender la relación entre necesidad y la utilización de recursos.

Un indicador de necesidad debe ser preciso. La precisión del indicador depende de la posibilidad de tener una medición confiable y de la estabilidad de la necesidad estimada. Es una función de la prevalencia de las características en la población y el tamaño de la muestra a partir de la cual se obtiene la estimación.

La posibilidad de obtener una medición confiable está dada por el control del error de medición aleatorio. Un ejemplo de este tipo de error es que se clasifique como diabética una persona que tiene diabetes. En general, se cree que los datos de mortalidad y muchas medidas derivadas del censo tienen menos errores de medición que los indicadores obtenidos a partir de registros administrativos de atención de salud o respuestas de encuestas autoadministradas. Además, las estimaciones derivadas de muestras muy pequeñas tienen intervalos de confianza muy amplios. Las poblaciones pequeñas tienen estimaciones más inestables que las grandes. Finalmente, las estimaciones para eventos poco frecuentes, como la mortalidad infantil, son más inestables que condiciones como la diabetes que se presentan con mayor frecuencia.

### **3. Evaluación de las potenciales medidas de necesidad**

En gran parte, la elección de los factores está influenciada más por la disponibilidad de datos que por la evidencia contundente de un vínculo con el gasto en servicios de salud. Es importante tener en cuenta que, aunque un factor pueda incluirse en una fórmula de cápita, no necesariamente tendrá una influencia particularmente fuerte en la asignación de fondos final. A continuación se analizarán las distintas categorías de posibles factores.

- Demografía: muy pocos esquemas de ajuste por riesgo no tienen en cuenta los factores demográficos tales como la edad y el sexo.
- Etnicidad: varios esquemas realizan un ajuste de riesgo para ciertos grupos étnicos como un dato demográfico adicional, por ejemplo en Nueva Zelanda. Estos esquemas realizan grandes ajustes para grupos muy pequeños pero que se encuentran muy desfavorecidos. Existe el caso de Suecia, donde se rechazó el dato de origen étnico en su ajuste por riesgo debido a la suposición de que los inmigrantes subutilizan los servicios de salud, y que por lo tanto estarían en desventaja en un esquema basado en medidas empíricas de utilización.
- Desempleo y discapacidad: varios esquemas (por ejemplo, Países Bajos, EE.UU., Nueva Zelanda) utilizan el factor del estado laboral y/o discapacidad para ajustar el riesgo de un individuo. El esquema holandés utiliza cinco categorías: empleado, enfermo permanente, temporalmente incapacitado para trabajar, desempleado o pensionado. Estos indicadores tienen las ventajas de ser universales y de ser actualizados regularmente. Sus principales desventajas son que no están diseñados específicamente para captar las variaciones en las necesidades de servicios de salud y que son vulnerables a errores o manipulación. En el caso del INSSJP, no serían relevantes debido al gran peso de la población pasiva.

- **Ubicación geográfica:** la geografía puede tener una influencia importante sobre el gasto por tres razones: variaciones en necesidad (no capturada por otros factores); variaciones en la medida en que se expresa la necesidad (en la forma de utilización); y variaciones en la oferta y política local de servicios de salud. Poder analizar y separar estas fuentes de variación resulta muy problemático. Varios esquemas de cápitas realizan ajustes bastante marcados según la ubicación geográfica. Por ejemplo, el plan Medicare de EE. UU. ajusta en base al costo promedio de servicios de salud del condado de residencia. En el esquema Holandés se utilizan cinco categorías de urbanización, en las cuales la cápita puede variar de menos 11% (rural) a más 18% (muy urbano). En Bélgica se utiliza también la densidad poblacional como criterio, aunque la justificación para su uso no se ha esclarecido.
- **Morbilidad y mortalidad:** las tasas de mortalidad (crudas y estandarizadas) se utilizan en varios esquemas, como los de Bélgica, Gales, Escocia, Italia, Nueva Zelanda y Noruega. En algunos casos, la morbilidad se incorpora mediante medidas legales de discapacidad permanente, como en Bélgica, Finlandia, Países Bajos y EE. UU. Un enfoque alternativo interesante para esta medida se evaluó en los Países Bajos (Van Vliet, 1998). El estudio muestra que los costos esperados de servicios de salud fueron mucho más elevados en los individuos fallecidos: el gasto fue en promedio 15,3 veces mayor al de los sobrevivientes. Esto cuestionaría reembolsar retrospectivamente a los aseguradores una cápita modificada para los individuos fallecidos. Los investigadores encontraron que la mejora de las cápitas sería pequeña y concluyen que no amerita mayor investigación.
- **Factores sociales:** se pueden encontrar numerosos factores sociales en los esquemas de ajuste por riesgo, y su uso es usualmente oportunista. Es decir, se basa generalmente en la disponibilidad de los datos en lugar de una relación comprobada con las necesidades. Los ejemplos incluyen: el estado civil (Noruega, Estocolmo), la estructura familiar (Francia, Noruega), la calidad de la vivienda (Bélgica) y la tenencia de vivienda (Estocolmo).

#### **4. Selección de las medidas de necesidad**

Como primer paso en la selección de posibles medidas de necesidad, se evaluaron una serie de indicadores tanto directos como indirectos de fuentes actualmente disponibles a nivel nacional y provincial. Los criterios de inclusión para el análisis fueron: disponibilidad, que permita inferir necesidad de la población y que estuviese razonablemente actualizado.

Localmente, hay varias consideraciones importantes a tener en cuenta, principalmente la falta de información válida. No hay bases de datos accesibles de costos anteriores, gastos reales (en medicamentos y hospitalización) y tasas de prevalencia de enfermedades. El uso de agrupaciones relacionadas con el diagnóstico (GRD) no está completamente implementado en la actualidad. Por lo tanto, la información de diagnóstico se excluyó para su consideración. En múltiples países, estos sistemas se nutren de la salud auto reportada a través de encuestas, pero no es un instrumento confiable y está sujeto a manipulación.

Existe una categoría de indicadores que cuenta con datos confiables, accesibles y que tiene una injerencia sobre el riesgo. Utilizando la edad y el sexo como la base del cálculo, se puede realizar un ajuste por riesgo de manera similar a lo que ocurre en el Reino Unido y los EE. UU. El INSSJP puede iniciar el uso del ajuste por riesgo basado en la distribución de la edad y el sexo entre los afiliados, ya que ambos factores son fundamentales para la utilización de los servicios de salud. Más tarde, se podrá desarrollar un ajuste por riesgo basado en el diagnóstico y datos socioeconómico para crear indicadores más justos y precisos.

La edad es el factor más relevante para determinar la necesidad de servicios de salud de un individuo. Adicionalmente, existen diferencias en la necesidad individual de servicios de salud según el sexo. Las diferencias ocurren principalmente durante la edad reproductiva y el final de la vida. Según un estudio publicado en los EE.UU., aunque la distribución total del gasto por servicios es relativamente similar entre hombres y mujeres, existe una diferencia per cápita entre hombres y mujeres (Cylus, 2011). Se observaron variaciones significativas en el gasto por persona por sexo en todos los grupos etarios. Por ejemplo, en 2004 el gasto per cápita en salud para las mujeres fue 32% más elevado que para los hombres. Las diferencias per cápita se acentuaron en el rango etario laboral debido en gran parte a gastos relacionados a la maternidad. Con la excepción de los niños, el gasto total para las mujeres fue mayor que para hombres. Las diferencias en gasto total se acentuaron en los ancianos debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres.

En el INSSJP existe una gran disparidad entre ambos sexos. El 63% de la población es femenino y el 37% masculino. En ninguna de las 24 provincias, la población masculina supera el 42% del total. El rango del porcentaje femenino es de 58% a 65%, mientras que el rango del porcentaje masculino es de 35% a 42% (Tabla 5).

**Tabla 5.** *Distribución de afiliados del INSSJP por sexo y provincia en 2018*

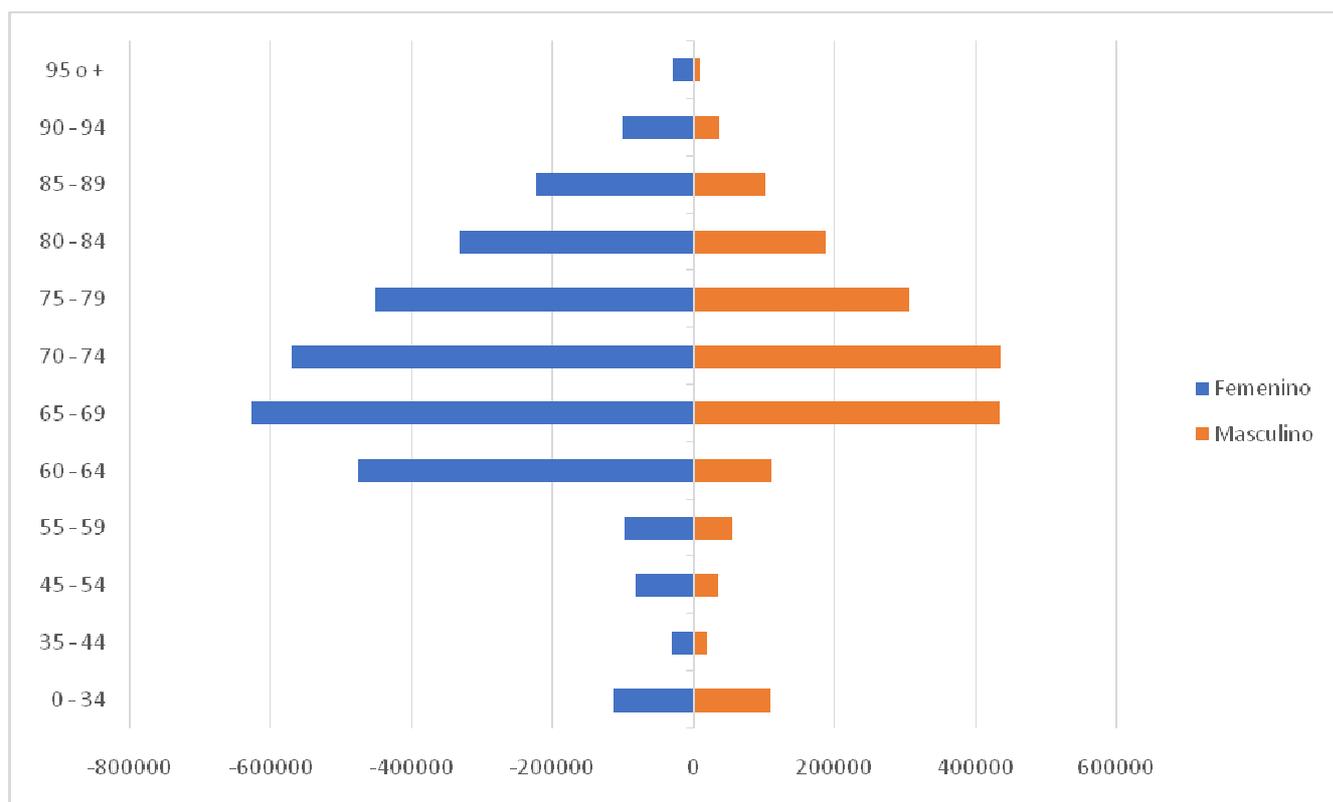
Provincias	Femenino	Masculino	% Fem	% Masc
AMBA	1006971	531507	65%	35%
Buenos Aires	517408	310018	63%	37%
Catamarca	18912	10327	65%	35%
Chaco	61061	37423	62%	38%
Chubut	33387	22915	59%	41%
Córdoba	313502	186548	63%	37%
Corrientes	70685	45214	61%	49%
Entre Ríos	104956	60918	63%	37%
Formosa	28318	18497	60%	40%
Jujuy	38124	26152	59%	41%
La Pampa	28722	18909	60%	40%
La Rioja	15087	9789	61%	39%
Mendoza	143142	84964	63%	37%
Misiones	67553	45104	60%	40%
Neuquén	34687	22641	61%	39%
Río Negro	52284	34816	60%	40%
Salta	70292	45868	61%	39%
San Juan	46237	26883	63%	37%
San Luis	30705	19169	62%	38%
Santa Cruz	12795	9405	58%	42%
Santa Fe	288740	164406	64%	36%
Santiago del Estero	53978	35568	60%	40%
Tierra del Fuego	6002	4130	59%	41%
Tucumán	101415	58533	63%	37%
<b>TOTAL</b>	<b>3144963</b>	<b>1829704</b>	<b>63%</b>	<b>37%</b>

AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires.

Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP

También hay una gran distribución de rangos etarios. Aunque el INSSJP fue diseñado principalmente para adultos mayores, el 23% de su población tiene menos de 65 años (Figura 3). Quizás un dato aún más relevante a la hora de considerar gastos en salud, es que el 6% de la población son mujeres entre 0–44 años, de las cuales un porcentaje importante está en edad fértil. En el otro extremo, se ve que el 3% de la población tiene 90 años o más. Las pirámides poblacionales de las 24 provincias se encuentran en el anexo.

**Gráfico 3. Rangos etarios del INSSJP 2018**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP

## **B. Implementación y peso relativo de los Indicadores**

Para poder evaluar la implementación y peso relativo de los indicadores, ajuste por sexo y edad, resulta fundamental revisar la experiencia del programa Medicare de EE.UU., el plan de salud federal obligatorio para personas mayores (65 años o más), discapacitados y pacientes con insuficiencia renal terminal. Medicare da cobertura a aproximadamente el 13% de la población y es administrado por el gobierno federal. Los beneficiarios tienen la opción de inscribirse en las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO), que cubren a los afiliados a cambio de una prima anual. Las primas pagadas a las HMO por el gobierno son el 95% del costo per cápita promedio ajustado (AAPCC por sus siglas en inglés) de atención de los beneficiarios de Medicare inscritos en la tarifa por servicio tradicional.

Medicare utiliza un proceso de ajuste por riesgo llamado matriz. Esto significa que se utilizan uno o más factores de necesidad (como la edad, el sexo, discapacidad, etc.) para crear una cuadrícula de cápitras en las que cada celda representa el gasto anual esperado para cada individuo con las características seleccionadas. Varios esquemas utilizan una matriz basada únicamente en la edad (Francia, Israel) o la edad y el sexo (Alemania, Suiza).

El ajuste se realiza de la siguiente manera. Se construye para cada grupo (ancianos o discapacitados) una matriz de necesidades relativas a partir de la base de datos de atención de los beneficiarios de Medicare. La matriz de atención hospitalaria para personas mayores se muestra en la Tabla 6, en donde el beneficiario promedio obtiene un peso relativo de 1,0. El factor de ajuste de un individuo se construye de manera aditiva. La base se determina por la edad y el sexo. A esto se agrega, si corresponde, un puntaje por discapacidad, Medicaid y una internación hospitalaria en el último año. Por lo tanto, un hombre de 78 años tendría un factor total de  $0,907 + 0,461 = 1,368$ . Es decir, al aceptar a ese beneficiario, la HMO recibiría 1,368 veces el promedio de la cápita.

Los factores de ajuste se derivan de los patrones de gasto de los beneficiarios bajo el sistema de pago por servicio, no los beneficiarios con HMO. La Ley Federal de Presupuesto Equilibrado de 1997 introdujo cambios al sistema de Medicare y permitió la introducción de un mecanismo de ajuste mucho más agresivo. Durante muchos años el gobierno federal ha patrocinado un extenso programa de investigación y estudios sobre ajustes de riesgos.

**TABLA 6.** *Peso en la capitación de Medicare de los factores de ajuste. Año 2000*

	Age	Base	Previous disability	Medicaid	PIP-DCG Score	Factor
Male	0-34	0.367	-	0.125	0	-
	35-44	0.380	-	0.283	5	0.375
	45-54	0.487	-	0.370	6	0.458
	55-59	0.615	-	0.397	7	0.697
	60-64	0.760	-	0.418	8	0.822
	65-69	0.541	0.415	0.440	9	0.915
	70-74	0.705	0.398	0.457	10	1.170
	75-79	0.907	0.334	0.461	11	1.271
	80-84	1.077	0.287	0.445	12	1.662
	85-89	1.258	0.237	0.404	14	2.000
	90-94	1.376	0.189	0.331	16	2.438
	95+	1.357	0.141	0.242	18	2.656
					20	3.392
Female	0-34	0.362	-	0.192	23	3.823
	35-44	0.403	-	0.312	26	4.375
	45-54	0.526	-	0.367	29	5.189
	55-59	0.643	-	0.397		
	60-64	0.891	-	0.412		
	65-69	0.453	0.605	0.433		
	70-74	0.588	0.576	0.440		
	75-79	0.747	0.519	0.454		
	80-84	0.918	0.415	0.423		
	85-89	1.096	0.313	0.327		
	90-94	1.162	0.232	0.231		
	95+	1.128	0.152	0.168		

Fuente: Rice, N., & Smith, P. (1999). *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*. York: University of York Center for Health Economics.

A nivel local existen antecedentes de ajustes de riesgo según la edad y sexo. En 2006 se creó el Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO), con el propósito de garantizar a las obras sociales nacionales, un valor mínimo de aportes por afiliado, destinado a cubrir las prestaciones médico asistenciales. Esta asignación considera la estimación del gasto según grupos demográficos con características epidemiológicas similares. Las variables que adoptadas para modificar el valor del subsidio son la edad y el sexo de los beneficiarios (Tabla 7). De manera similar a lo visto en Medicare, existe una diferencia del valor asignado entre hombres y mujeres y una gran diferencia en los de 65 años en adelante.

**Tabla 7.** *Matriz de Riesgo del Subsidio SANO 2019, desde periodo BASE 2016/08*

<b>Grupo edad</b>	<b>Valor asignado</b>	
<b>Edad</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>
0 a 14	\$ 159	\$ 159
15 a 49	\$ 250	\$ 294
50 a 64	\$ 294	\$ 294
65 en adelante	\$ 650	\$ 650

Fuente: Decreto 921/2016 (actualización Mayo 2019)

### **C. Implementación/Aplicabilidad en el INSSJP**

Primero se estableció la distribución por edad y sexo de cada provincia y luego se calcularon las tasas de utilización para cada grupo en cada área de servicio. Los indicadores tradicionales se basaban en la utilización anterior, sin embargo, se sabe que la utilización se debe a la disponibilidad y accesibilidad. Por lo tanto, para minimizar el sesgo y en base a la información disponible, se avanzó con los datos demográficos: edad y sexo.

En el primer escenario se determinó la distribución de recursos por cápita sin ningún ajuste por necesidad para el presupuesto 2018 (Tabla 8). Se dividió al presupuesto asignado para servicios de salud por población total, lo cual dio un valor de \$22.982 por beneficiario. De esta manera se igualó por edad, sexo y geografía, misma cápita para todas las provincias.

**Tabla 8.** *Presupuesto y valor de la cápita en pesos argentinos, 2017 y 2018. Escenario 1*

<b>Año</b>	<b>Población</b>	<b>Presupuesto (ARS)</b>	<b>Cápita (ARS)</b>
2017	4.974.667	90.387.453.199	18.170
2018	4.974.667	114.329.562.750	22.982

Fuente: Elaboración propia, en base a datos disponibles en la página Web del INSSJP

La suma de las cápitras de cada provincia se detalla en la Tabla 9. Las regiones con mayor población (AMBA, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe) reciben el 67% del presupuesto asignado a servicios de salud, mientras que las restantes 24 provincias reciben el 33%.

**Tabla 9.** Total cápitas por provincia en pesos argentinos (ARS) Escenario 1

Provincia	Población	Total cápitas (ARS)
AMBA	1.538.478	35.357.847.478
Buenos Aires	827.426	19.016.198.027
Catamarca	29.239	671.981.076
Chaco	98.484	2.263.394.245
Chubut	56.302	1.293.952.548
Córdoba	500.050	11.492.326.593
Corrientes	115.899	2.663.631.956
Entre Ríos	165.874	3.812.175.145
Formosa	46.815	1.075.918.947
Jujuy	64.276	1.477.213.847
La Pampa	47.631	1.094.672.549
La Rioja	24.876	571.709.062
Mendoza	228.106	5.242.413.058
Misiones	112.657	2.589.123.162
Neuquén	57.328	1.317.532.445
Río Negro	87.100	2.001.763.116
Salta	116.160	2.669.630.351
San Juan	73.120	1.680.469.794
San Luis	49.874	1.146.221.971
Santa Cruz	22.200	510.208.280
Santa Fe	453.146	10.414.362.216
Santiago del Estero	89.546	2.057.977.956
Tierra del Fuego	10.132	232.857.220
Tucumán	159.948	3.675.981.709

Fuente: elaboración propia.

En el segundo escenario se evaluó la distribución de recursos por cápita pero con un ajuste por necesidad de la población. De manera similar al caso anterior, se seleccionaron los indicadores demográficos de edad y sexo, y se utilizaron los mismos grupos de edad que los de Medicare, al igual que el peso relativo (Tabla 6). Luego se tomó como base la cápita del año anterior, del presupuesto 2017 para servicios de salud (\$18.170). Esta cápita fue dividida en una porción fija, equivalente al 63,72%, y una variable, equivalente al 36,28% (Figura 4). Además, la porción variable es multiplicada por el factor de ajuste de la matriz de Medicare.

**Figura 4.**



Para este ejercicio se tomo un valor fijo del 63,72% y un valor variable del 36,28% ya que la suma final de todo el gasto equivaldría al presupuesto acordado para 2018. De esta manera no se requeriría ninguna modificación del presupuesto global.

Por ejemplo, un hombre de 75 años tendría un componente fijo de \$11.577 más un puntaje de 1,907 de la matriz lo que equivale a un componente variable de \$12.571,47. De esta manera, para un beneficiario masculino de 75 años, correspondería un presupuesto de \$24.148,74. Esto equivale a un aumento del 5% con respecto al valor asignado en el primer escenario, sin contemplar un ajuste por necesidad.

**Tabla 10. Factor de Ajuste Masculino (pesos argentinos ARS)**

Masculino	Ajuste	Variable (ARS)	Cápita final (ARS)
0 - 34	1.367	9,011.64	20,588.91
35 - 44	1.38	9,097.34	20,674.61
45 - 54	1.487	9,802.71	21,379.99
55 - 59	1.615	10,646.53	22,223.80
60 - 64	1.76	11,602.41	23,179.68
65 - 69	1.541	10,158.70	21,735.97
70 - 74	1.705	11,239.83	22,817.10
75 - 79	1.907	12,571.47	24,148.74
80 - 84	2.077	13,692.16	25,269.43
85 - 89	2.258	14,885.36	26,462.63
90 - 94	2.376	15,663.25	27,240.52
95 o +	2.357	15,537.99	27,115.27

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 11. Factor de Ajuste Femenino (pesos argentinos ARS)**

Femenino	Ajuste	Variable (ARS)	Cápita Final (ARS)
0 - 34	1.362	8.978,68	20.555,95
35 - 44	1.403	9.248,96	20.826,24
45 - 54	1.526	10.059,81	21.637,09
55 - 59	1.643	10.831,11	22.408,38
60 - 64	1.891	12.465,99	24.043,27
65 - 69	1.453	9.578,58	21.155,85
70 - 74	1.588	10.468,53	22.045,81
75 - 79	1.747	11.516,71	23.093,98
80 - 84	1.918	12.643,98	24.221,26
85 - 89	2.096	13.817,41	25.394,68
90 - 94	2.162	14.252,50	25.829,77
95 o +	2.128	14.028,36	25.605,64

Fuente: elaboración propia.

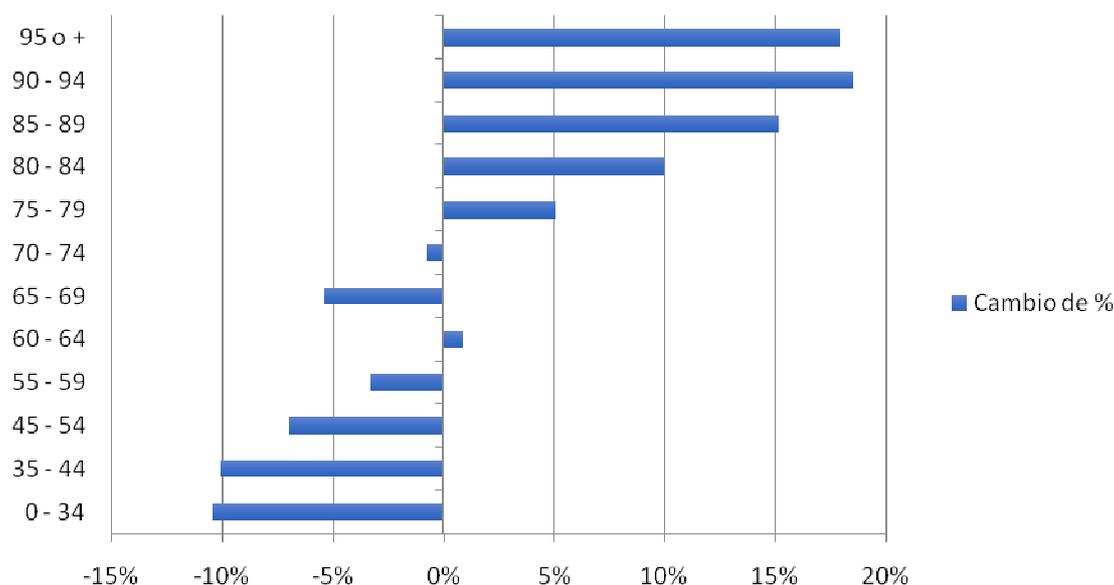
Las Tablas 10 y 11 muestran los factores de ajuste para ambos géneros y los rangos etarios. El monto variable para cada rango etario es el resultado de multiplicar el 36,28% de la cápita (\$6.359) por el ajuste correspondiente.

**Tabla 12.** Escenario 1 (cápita) vs. Escenario 2 (ajustado) en pesos argentinos (ARS)

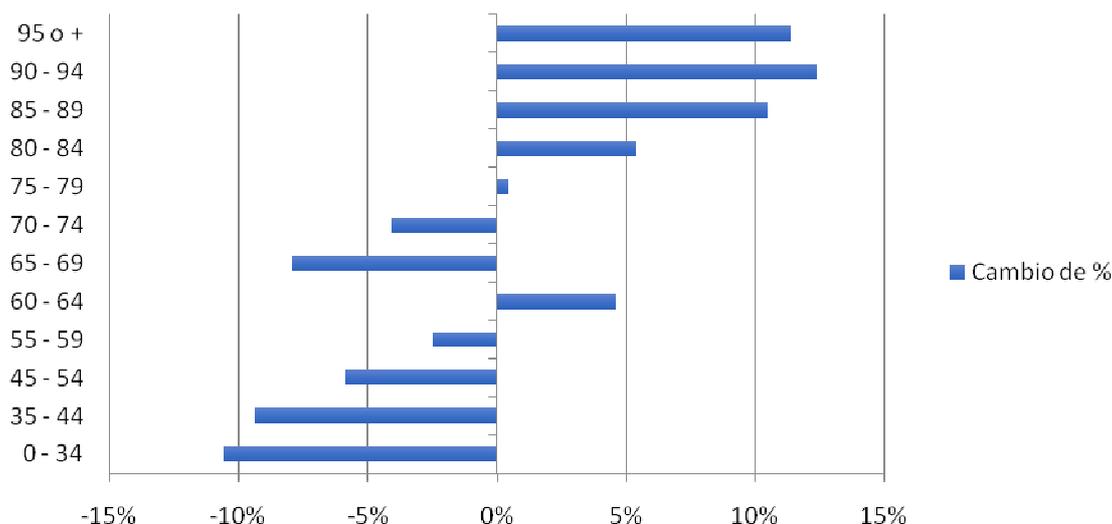
Rango Etario	Femenino	Masculino	Total	Por Cápita (ARS)	Ajustado (ARS)	Cambio (%)
0 – 34	115.191	108.486	223.677	5.140.624.208,06	4.601.469.576	-10%
35 – 44	31.918	19.213	51.131	1.175.110.790,93	1.061.953.129	-10%
45 – 54	83.427	33.557	116.984	2.688.567.811,42	2.522.565.339	-6%
55 – 59	98.263	53.901	152.164	3.497.087.058,55	3.399.799.742	-3%
60 – 64	476.383	109.932	586.315	13.474.899.442,27	14.001.991.546	4%
65 – 69	628.054	433.721	1.061.775	24.402.089.926,60	22.714.362.237	-7%
70 – 74	571.402	434.702	1.006.104	23.122.639.244,20	22.515.658.136	-3%
75 – 79	453.113	306.249	759.362	17.451.927.019,23	17.859.710.021	2%
80 – 84	332.462	187.016	519.478	11.938.827.784,50	12.778.435.280	7%
85 – 89	223.899	100.533	324.432	7.456.211.381,00	8.346.211.716	12%
90 – 94	101.082	34.981	136.063	3.127.048.161,51	3.563.825.702	14%
95 o +	29.769	7.413	37.182	854.529.921,74	963.259.628	13%
Total	3.144.963	1.829.704	4.974.667	114.329.562.750	114.329.242.052	

Fuente: elaboración propia.

Si se suma el total del gasto estimado para el primer escenario (cápitas) se obtiene un total de \$114.329.562.750 mientras que en el segundo escenario (ajustado) se obtendría un total de \$114.329.242.052 (Tabla 12). Una diferencia de -0,0003%. El propósito es demostrar una redistribución de los fondos dentro de los límites impuestos por el presupuesto acordado. La diferencia obtenida no modifica la suma total, sino el monto total de cada rango etario.



**Figura 5.** Cambio del porcentaje de la cápita según ajuste (Masculino)



**Figura 6.** Cambio del porcentaje de la cápita según ajuste (Femenino)

En las figuras 5 y 6 se observa cómo se modifica el porcentaje de cambio, las cápitas individuales según el rango etario y el sexo. Para los hombres se ve un gran aumento a partir de los 75 años, con un crecimiento casi exponencial hasta superar los 95 años de vida. En las mujeres, el gran aumento es partir de los 80 años. Esta diferencia posiblemente se deba a la mayor esperanza de vida. Un dato llamativo es el aumento de casi 5% en el rango 60-64 años y luego una caída hasta los 75-79 años, posiblemente relacionado a patrones epidemiológicos, como el aumento de enfermedad cardiovascular en el periodo posmenopáusico.

#### D. Limitaciones

Las transferencias de equalización fiscal se recomiendan por motivos de eficiencia y de equidad fiscal regional, ya que estas transferencias igualan el potencial de las provincias para proporcionar servicios similares a tasas de impuestos comparables, permitiéndoles que puedan implementar políticas propias al igualar su potencial fiscal.

Sin embargo, estos programas generan mucha controversia y debate tanto en la teoría como en la práctica. Una crítica es que los pagos compensados para corregir las inequidades fiscales inducen ineficiencia en el proceso interregional de asignación de recursos y tienen un impacto adverso en el crecimiento y desarrollo tanto de las provincias fiscalmente ricas como las pobres. Recientemente, tales argumentos demostraron ser políticamente persuasivos en Alemania y contribuyeron a la finalización de su programa de equalización horizontal entre estados a partir de 2020. En la práctica, la implementación de un sistema de transferencias de equalización representa también un desafío por la medición objetiva de las necesidades.

Para medir las necesidades se planteó un esquema de cápitas con un factor de ajuste por riesgo basado en características demográficas de la población que representan los factores de necesidad de dicha población. Como se ha mencionado previamente, la ausencia de datos fehacientes y accesibles acota las posibilidades al momento de elegir los factores y por esto el análisis se limita a datos demográficos. Para calcular el peso relativo de los factores elegidos, se utilizaron las matrices de Medicare de EE. UU., con las limitaciones que esto conlleva. Las curvas de gastos por edad pueden diferir entre los dos países, en función de sistemas de salud y poblaciones desiguales entre ambos.

Otro problema importante que surge es poder distinguir entre factores de necesidad legítimos e ilegítimos. Algunos asumen que “el nivel promedio de servicios históricamente recibido por cada individuo equivale a lo deseado<sup>25</sup>”, mientras que otros insisten en que las necesidades insatisfechas de una población “es la diferencia entre lo deseado y lo realmente recibido<sup>26</sup>” (Rice y Smith, 2001).

El uso de factores adicionales, aparte de la edad y el sexo, en particular las variables de morbilidad y utilización de servicios, puede mejorar cualquier modelo de ajuste para poder estimar con mayor precisión la variación en las necesidades de salud entre individuos. Sin embargo, no todos los factores tienen un valor agregado en todos los contextos, y los modelos deben probarse empíricamente para verificar que son predictores útiles de los gastos en salud.

Existen otras limitaciones inherentes al contexto. Por un lado resulta muy dificultoso predecir gastos en un entorno con elevado nivel de inflación, debido a que los presupuestos se modifican con una mayor frecuencia que la esperada. Por otro, existen los factores políticos particularmente relevantes en la etapa de asignación presupuestaria e implementación ya que el impacto podrá ser distinto en cada provincia.

## **E. Próximos Pasos**

En algunos países, el esquema de cápitas ajustado por riesgo se suplementa con algún pago adicional como incentivo basado en rendimiento. Al inicio puede ser difícil determinar la combinación óptima de cápita más otros incentivos de pago, particularmente en ausencia de datos. Por lo tanto, es prudente evaluar cómo cambian las conductas como resultado de las reformas antes de introducir los pagos basados en incentivos de manera progresiva.

---

<sup>25</sup> Original: “the average level of care as historically delivered to each type of person equates to the desired package of health care”

<sup>26</sup> Original: “is a difference between the desired package of care and the package actually received”

Un componente clave de la planificación es implementar un método de evaluación del impacto de un esquema de ecualización de pagos sobre los servicios de salud en las distintas regiones. Algunas medidas que podrían usarse tanto cuantitativamente como cualitativamente son las siguientes:

- Análisis de utilización
- Resultados de distintas patologías impactados por los servicios prestados
- Otras medidas que ilustren la capacidad del modelo para facilitar la prestación efectiva y eficiente de servicios

Una implementación exitosa dependerá de la aceptación de las partes interesadas: las autoridades, el público y los proveedores de servicios (Hutchinson, 1999). La opinión de ellos debe ser considerada en los futuros desarrollos y modificaciones del sistema, así como en las estrategias de implementación. También hay que ocuparse en mejorar la calidad de los datos. La calidad de los datos es absolutamente crítica para que el sistema asigne con precisión los fondos suficientes para cada individuo y grupo. Se deben preparar planes explícitos, dirigidos a mejorar la recopilación, gestión y monitoreo de datos, para minimizar las preocupaciones futuras sobre la calidad de los datos.

Finalmente se debe medir el efecto en pacientes. Si bien el propósito final del modelo es facilitar las mejoras en la prestación de la atención adecuada a los pacientes en el momento y lugar adecuados, deben tomarse medidas para garantizar que esto sea el caso.

## VII. Conclusiones

Existe un consenso internacional de que cualquiera sea la estructura del sistema de salud, es fundamental tener una política de contención de costos. Para lograr dicho fin, resulta necesario establecer presupuestos prospectivos sobre la base de capitaciones, y la pregunta es cómo hacerlo. Existen numerosas experiencias de distintos países, con una gran variedad de esquemas de cápitas. La preferencia de un esquema sobre otro obedece en gran medida a una cuestión de conveniencia, sobre todo al estar fuertemente condicionado por la accesibilidad y disponibilidad de datos fehacientes. De esta manera, muchos esquemas han sido limitados al uso de ajustes básicos de edad y sexo, aceptando el hecho de que tales datos son insuficientes, pero son los únicos disponibles y son mejores que nada. Otros esquemas han usado fórmulas aparentemente indescifrables, lo cual ha llevado a la falta de transparencia. Sin embargo, si se basa en métodos estadísticos sólidos, la incorporación de múltiples factores en la fórmula de cápita aumenta la probabilidad de que el esquema distribuya recursos más equitativamente. Sin embargo, muchos de los complejos esquemas en uso sufren de la debilidad de necesitar usar datos que no cumplen con criterios básicos, como ser consistente, verificable, libre de incentivos perversos y no vulnerable a manipulación. Existe un riesgo al utilizar un esquema más complejo, ya que introduce oportunidades para manipular comportamientos.

A través de este análisis, se ha demostrado que es posible redistribuir el presupuesto actual en base a las necesidades de los beneficiarios. Aplicando un ajuste por necesidad en base al género y rango etario, se redefinió el valor de la cápita presupuestaria. Se observó un cambio en los extremos etarios con un mayor aumento de la cápita a partir de los 85 años y una reducción significativa entre 0 - 44 años. En el escenario 2 (ajustado), a partir de los 85 años, el valor de la cápita aumentó 13% mientras que entre 0 – 44 años disminuyó 10%. Esto coincide con la literatura internacional que ha demostrado que el mayor gasto en servicios de salud se concentra en los últimos años de vida.

Hay pocas dudas de que si los datos adecuados estuviesen disponibles, una matriz de enfoque individual sería el método más robusto para establecer capitaciones. La evolución de la tecnología y el acceso a la información conduce a la disponibilidad de datos individuales. Los responsables de las políticas deberían estar preparados para aprovechar esta oportunidad y, si es posible, para influir en las decisiones que toman. Se debería examinar el alcance del uso de datos individuales para establecer capitaciones, en base a posibles desarrollos futuros en la disponibilidad de datos.

El uso de datos de utilización previa a nivel individual, como diagnósticos previos e historia de prescripciones, se ha probado en países como EE. UU. y los Países Bajos. Por lo tanto resulta interesante examinar la utilización previa de servicios como base para establecer capitaciones. Del mismo modo, se puede evaluar en qué medida es posible identificar ciertas mediciones objetivas del estado de salud que puedan utilizarse como indicadores sensibles de necesidad de gasto. Varios esquemas tratan ciertos pacientes crónicos de manera diferente a la población en general y este enfoque parece ofrecer mejoras para las capitaciones.

A la hora de implementar un esquema de ajuste por riesgo, es fundamental resolver la cuestión de quién tiene la responsabilidad y quién asume el riesgo de variaciones en el gasto. En la gran mayoría de los esquemas, suele ocurrir que el responsable del presupuesto no corre necesariamente un gran riesgo. Esto se debe a que, de una manera u otra, la autoridad central asume gran parte del riesgo financiero, ya sea reintegrando parcialmente los gastos excesivos o renegociando presupuestos. Este mecanismo ha sido lo habitual en el INSSJP. El gobierno federal suele realizar aportes con fondos del tesoro cada vez que se necesita. En comparación, existen esquemas como el del Reino Unido, donde hay un gran riesgo para el responsable del presupuesto, con pocas posibilidades de rescate o ajustes. Por lo tanto, se debe analizar muy cuidadosamente el riesgo financiero asumido por los destinatarios de las capitaciones, y si el diseño del esquema de cápitás debe modificarse teniendo en cuenta dicho riesgo.

La variación en los costos al proporcionar un nivel estándar y equitativo de servicio es una gran preocupación en la mayoría de los esquemas. Algunos esquemas han abordado las principales causas de variación de costos, como por ejemplo, la lejanía extrema. Sin embargo, la experiencia demuestra que hubo pocos intentos satisfactorios para distinguir entre fuentes legítimas e ilegítimas de variación de costos. Este tema puede beneficiarse de algún estudio conceptual a nivel local o internacional para evitar que las variaciones en los costos impidan proporcionar un nivel estándar de servicios.

Muchos esquemas, incluido el inglés, desagregan los servicios en varios programas. La causa suele ser la falta de información. Sin embargo, tal desagregación corre el riesgo de una falta de coordinación y el solapamiento de los programas. A nivel local, hay una gran experiencia con la fragmentación y segmentación del sistema de salud nacional. Por lo tanto, desde una visión pragmática, puede resultar más deseable minimizar el número de programas.

El análisis de los esquemas de pago por ecualización y por consiguiente, los esquemas de capitación, no debe perder de vista el concepto de simplicidad. La simplicidad debe ser un objetivo esencial en estos esquemas. Si resultan demasiado complejos, su implementación y transparencia se verán seriamente afectadas, y los resultados obtenidos no serán fructíferos.

## Bibliografía

- Alemayehu, K., & Warner, K. E. (2004). The Lifetime Distribution of Health Care Costs. *Health Services Research*, 39 (3), 627-642.
- Báscolo, E. (2008). *Cambios en el mercado de servicios de salud y la seguridad social en Argentina*. Buenos Aires: CEPAL.
- Beddard, K., Dorland, J., Gregory, A. W., & Roberts, J. (1999). *Needs-based health-care funding: Implications for resource distribution in Ontario*. Toronto: University of Toronto.
- Belló, M. (2011). Sistema de Salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53 (2), 96-108.
- Berhanu, A., & Kenneth, W. E. (2004). The Lifetime Distribution of Health Care Costs. *Health Services Research*, 39 (3), 627-642.
- Birch, S., & Eyles, J. (1991). *Needs-Based Planning of Health-Care: A Critical Appraisal of the Literature*. Hamilton: McMaster University.
- Birch, S., Eyles, J., Hurley, J., Hutchinson, B., & Chambers, S. (1993). A Need-Based Approach to Resource Allocation in Health-care. *Canadian Public Policy*, 19 (1), 68-95.
- Blakely, T., Atkinson, J., Kvizhinadze, G., Ngeim, N., McLeod, H., & Wilson, N. (2014). Health System Costs by Sex, Age, and Proximity to Death, and Implications for Estimation of Future Expenditure. *The New Zealand Medical Journal*, 127 (1393), 12-25.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2011). *Health Care Cost Divers: The Facts*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2014). *National Health Expenditure Trends 1975-2014*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2008). *Reducing Gaps in Health: A Focus on Socio-Economic Status in Urban Canada*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information .
- Carr-Hill, R. A. (1989). Allocating Resources to Health-care: RAWP (Resource Allocation Working Party) is Dead - Long Live RAWP. *Health Policy*, 13 (2), 135-144.
- Cetrángolo, O. (2011). *El sistema de salud de Argentina y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: PNUD.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento Fragmentado, Cobertura Desigual y Falta de Equidad en el Sistema de Salud Argentino. *Rev. De Economía Política de Bs.As.*, 13 (8), 145-183.
- Chaplin, M. (2011). *Weighted Capitation Formula Seventh Edition*. Leeds: Department of Health Financial Planning and Allocations Division.
- Clark, D. H. (1969). *Fiscal Need and Revenue Equalization Grants: By Douglas H. Clark*. Toronto: Canadian Tax Foundation.
- Dafflon, B. *Fiscal Decentralization*. CIESIN.

Decreto 921/2006. (n.d.). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=264322>.

Faguet, J. P. (2014). Can Sub-National Autonomy Strengthen Democracy in Bolivia? *Publius: The Journal of Federalism*, 44 (1), 51-81.

Faguet, J. P. (2012). *Decentralization and Popular Democracy: Governance from Below in Bolivia*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Farrant, M., & Clarke, J. (2002). *PRSPs in Decentralized Government Systems*. DFID.

Goertz, C. (2017). *A Needs-Based Canada Health Transfer: Drawing Lessons from Australia*. Johnson Shoyama Graduate School of Public Policy University of Saskatchewan.

Gravelle, H., Sutton, M., Morris, S., Windmeijer, F., Leyland, A. H., Dibbon, C., et al. (2003). Modeling Supply and Demand Influences on the Use of Health-care: Implications for a Deriving Needs-Based Capitation Formula. *Health Economics*, 12 (12), 985-1004.

Hay, D. (1988). Socio-economic status and health status: A study of males in Canada Health Survey. *Social Science and Medicine*, 27 (12), 1317-25.

Health System Intelligence Project (HSIP). (2006). *Assessing Need: The Health Planner's Toolkit*. Ontario: Health System Intelligence Project.

Hoffmeyer, U., & McCarthy, T. (1994). *Financing health care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Hurley, J. (2004). Regionalization and the Allocation of Health-care Resources to Meet Population Needs. *Healthcare Papers*, 5 (1), 34-39.

Hurley, J., Hutchinson, B., Buckley, G., & Woodward, C. (2004). *Developing Needs-based Funding formulae Using Individual-level Survey and Utilization Data: An Application to Home Care Services*. Ontario: Centre for Health Economics and Policy, McMaster University.

Hurley, J., Hutchinson, B., Buckley, G., & Woodward, C. (2004). *Developing Needs-based Funding formulae Using Individual-level Survey and Utilization Data: An Application to Home Care Services In Ontario, Canada*. Ontario: Centre for Health Economics and Policy, McMaster University.

Hutchinson, B., Hurley, J., Reid, R., Dorland, J., Birch, S., Giacomini, M., et al. (1999). *Capitation Formula for Integrated Health Systems: A Policy Synthesis*. Hamilton: ON: Centre for Health Economics and Policy Analysis.

INSSJP. (2012). *Informe Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*. Buenos Aires: INSSJP.

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. (n.d.). *Historia*. Retrieved 2019 from Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados: <https://www.pami.org.ar/historia>

Katz, I. (2014). *Claves para la Gestión en Salud*. Buenos Aires: UNICEN.

Kirigia, J. M. (2009). Economic burden of diabetes mellitus in the WHO African region. *BMC International Health and Human Rights*, 9 (6).

La Nación (16 de Junio de 2016). Las farmacias suspendieron la atención a PAMI y denuncian que no pueden reponer medicamentos. *La Nación*. En: <https://www.lanacion.com.ar/economia/las-farmacias-suspendieron-la-atencion-a-pami-y-denuncian-que-no-pueden-reponer-medicamentos-nid1909526>

Le Grand, J. (1987). Equity, Health, and Health Care. *Social Justice Research*, 1, 257-274.

Lemus, J. (2009). *Salud Pública, Sistemas y Servicios de Salud*. Buenos Aires: CIDES.

Ley 19.032 (n.d.). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16081/norma.htm>.

Ley 25.615. (n.d.). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/76150/norma.htm>.

Lister, S., & Betley, M. (1999). *Approaches to Decentralization in Developing Countries*. Capetown: MEFMI/DFID.

Lockheed, M. E., & Hanushek, E. (1994). *Concepts of educational efficiency and effectiveness*. Human Resources Development and Operations Policy.

Lockheed, M., & Hanushek, E. (1994). *Concepts of educational efficiency and effectiveness: Human Resources Development and Operations Policy*. Washington D.C.: World Bank.

Maceira, D. (2005). *Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino*. Buenos Aires: CEDES.

Magnussen, J. (2010). Equal Access for Equal Need? Constructing and Implementing a Capitation-Based Formula for the Distribution of Health-care Resources in Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 69 (5), 448-461.

Manor, J. (2003). *Democratization with Inclusion: Political Reforms and People's Empowerment at the Grass Roots*. New York: UNDP.

Marchildon, G., & Mou, H. (2014). A Needs-Based Allocation Formula for Canada Health Transfer. *Canadian Public Policy*, 209-223.

McCarthy, T. (1995). *Risk-adjustment and its implications for efficiency and equity in health care systems*. Basle: Pharmaceutical Partners for Better Healthcare.

Mills, A. (1990). *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. Geneva: World Health Organization.

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Natalidad-Mortalidad 2016*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Mokate, K. (1999). *Eficacia, Eficiencia, Equidad y Sostenibilidad: ¿Qué queremos decir?* Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).

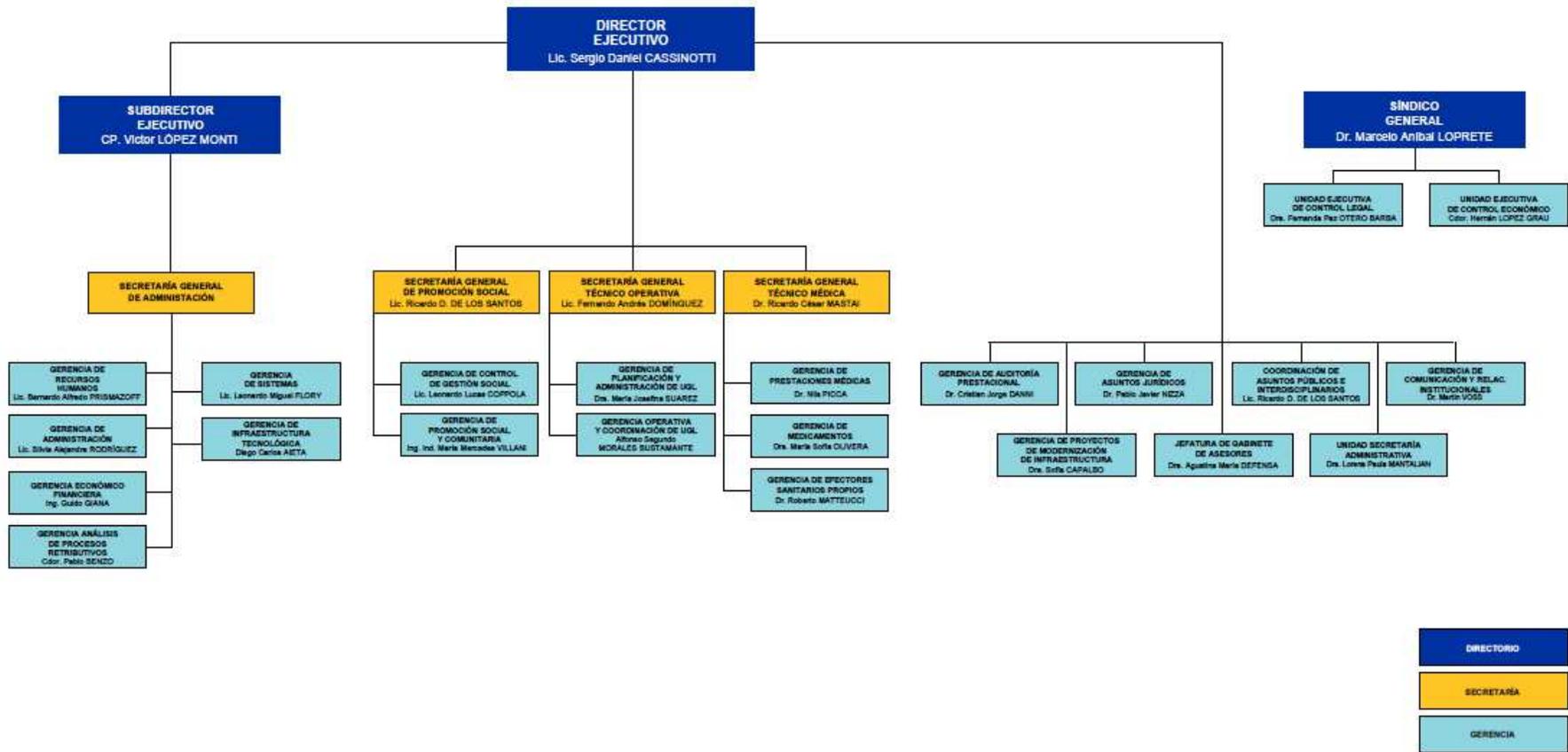
Mooney, G. (2000). Vertical Equity in Health Care Resource Allocation. *Health Care Analysis*, 8 (3), 203-215.

Mustard, C., & Derksen, S. (1997). *A Needs-Based Funding Methodology for Regional Health Authorities: A Proposed Framework*. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation.

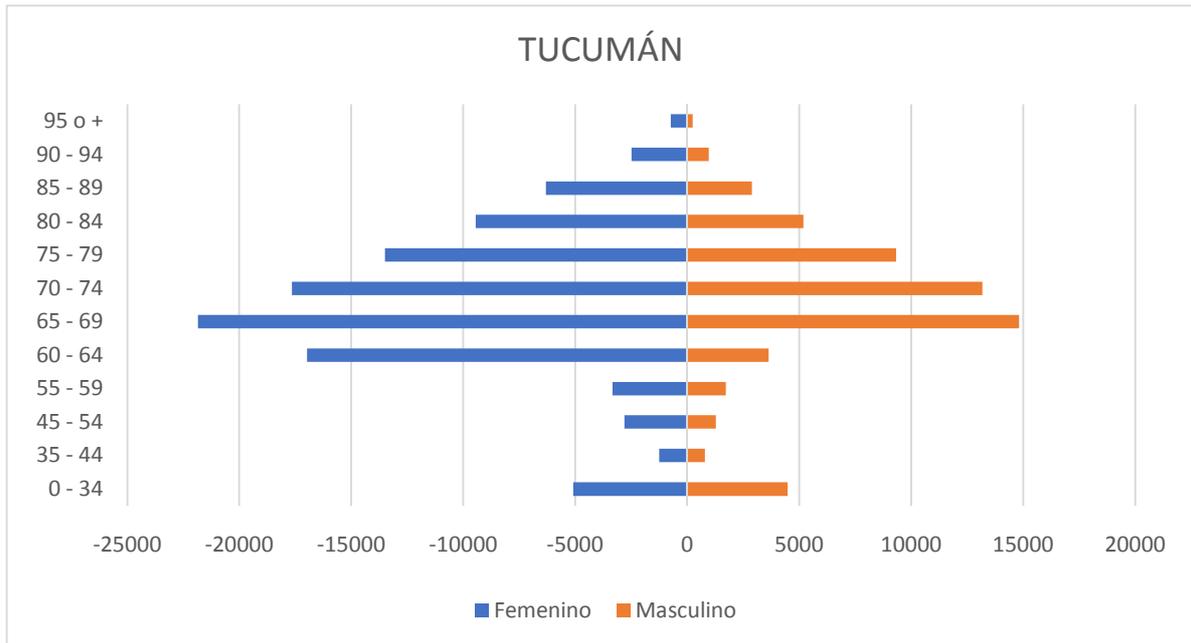
- Newhouse, J. P. (1989). Adjusting capitation rates using objective health measures and prior utilization. *Health Care Financing Review*, 10, 41-54.
- Newhouse, J. P. (1998). Risk adjustment: where are we now? *Inquiry*, 35, 122-131.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Alma Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, OMS.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. New York: Plume.
- Pallai, K. (2001). *The Framework for Decentralization*. Washington DC.: World Bank.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2013). *Chronic Disease Risk Factor Atlas*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- RAE. (11 de Julio de 2014). *Diccionario de la lengua española(20 ed.)*. From <http://lema.rae.es/drae/?val=eficiencia>
- Rattso, J. (1998). *Fiscal federalism and state-local finance*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Rice, N., & Smith, P. (1999). *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*. York: University of York Center for Health Economics.
- Rice, N., & Smith, P. C. (2001). Ethics of Geographical equity in health care. *Journal of Medical Ethics*, 27, 256-261.
- Rondinelli, D. A., Nellis, J. R., & Cheema, G. S. (1983). *Decentralization in Developing Countries - A Review of Recent Experience*. Washington DC.: World Bank.
- Rose, R. (2005). *Learning from Comparative Public Policy: A Practical Guide*. New York: Routledge.
- Saltman, R. B., & Bankauskaite, V. (2007). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. New York: McGraw Hill.
- Shah, A. (2004). *Fiscal Decentralization in Developing and Transition Economies*. Washington DC.: World Bank.
- Shah, A. (2006). *Local governance in developing countries*. Washington DC.: World Bank.
- Smith, K. (2006). *Sex Gender and Health*. John Hopkins School of Public Health.
- Smith, Rice, & Carr-Hill. (2001). Capitation Funding in the Public Sector. *Journal of the Royal Statistical Society*, 164 (2), 217-257.
- Tendler, J. (1997). *Good governments in the tropics*. Baltimore: Johns Hopkins University .
- Vallejo-Torres, L., Morris, S., Carr-Hill, R. A., Dixon, P., Law, M., Rice, N., et al. (2009). Can Regional Resource Shares be Based only on Prevalence Data? An Empirical Investigation of the Proportionality Assumption. *Social Science and Medicine*, 69 (11), 1634-1642.
- Van de Kooy, E., & Pezzella, H. (2016). *Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura - actualización 2016*. Buenos Aires: ISALUD.

- Van den Noord, P., Hagen, T., & Iversen, T. (1998). *The Norwegian health care system*. Paris: OECD.
- Van Vliet, R. C., & Lamers, L. M. (1998). The high costs of death: should health plans get higher payments when members die? *Medical Care*, 36, 1451-1460.
- Ward, S., Parikh, S., & Workman, B. (2011). Health perspectives: international epidemiology of ageing. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 25, 305-317.
- Wilkins, R., & Adams, O. (1978). *The Healthfulness of Life: A Unified View of Mortality, Institutionalism, and Non-Institutionalized Disability in Canada*. Montreal: The Institute for Research on Public Policy.
- World Bank. (2001). *An Assessment of Institutional Capacity for Social Sector Reform in Argentina*. Washington D.C.: World Bank.
- World Bank. (1993). *World Development Report: Investing in health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization and United Nations Children's Fund. (1978). *Report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata, USSR: International Conference on Primary Health Care.
- World Health Organization. (2000). *The World health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- Yilmaz, S., & Serrano-Berthet, B. R. (2008). *Local Government Discretion and Accountability: A Diagnostic Framework for Local Governance*. Washington DC.: World Bank.

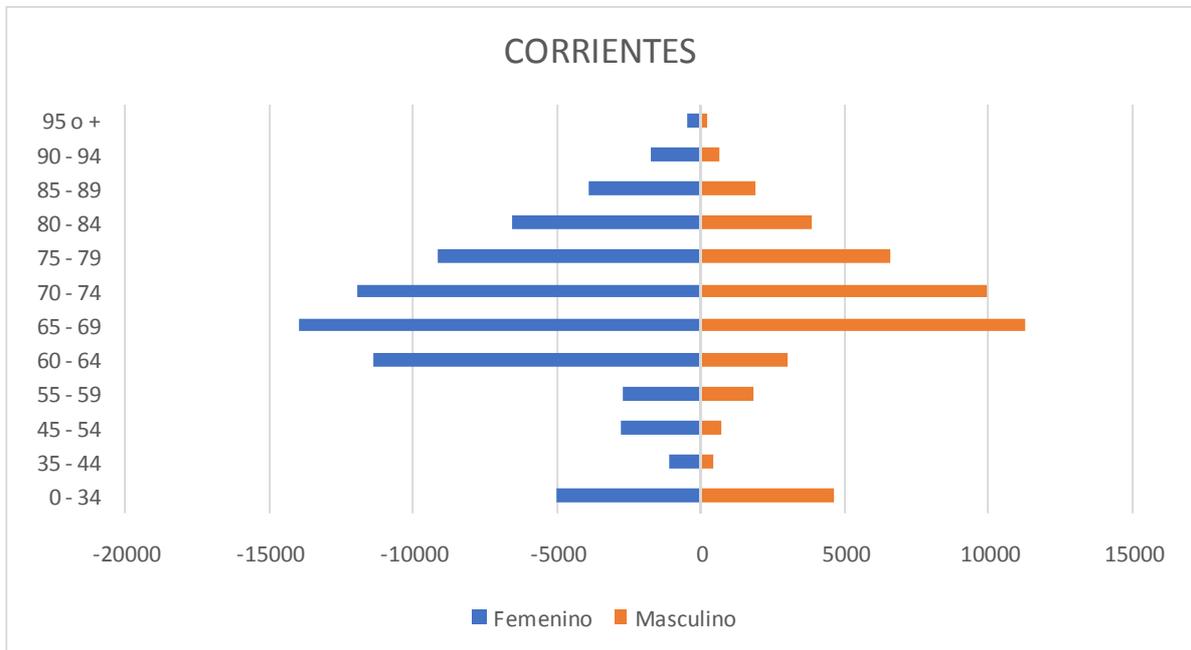
# ANEXO A. Estructura del INSSJP



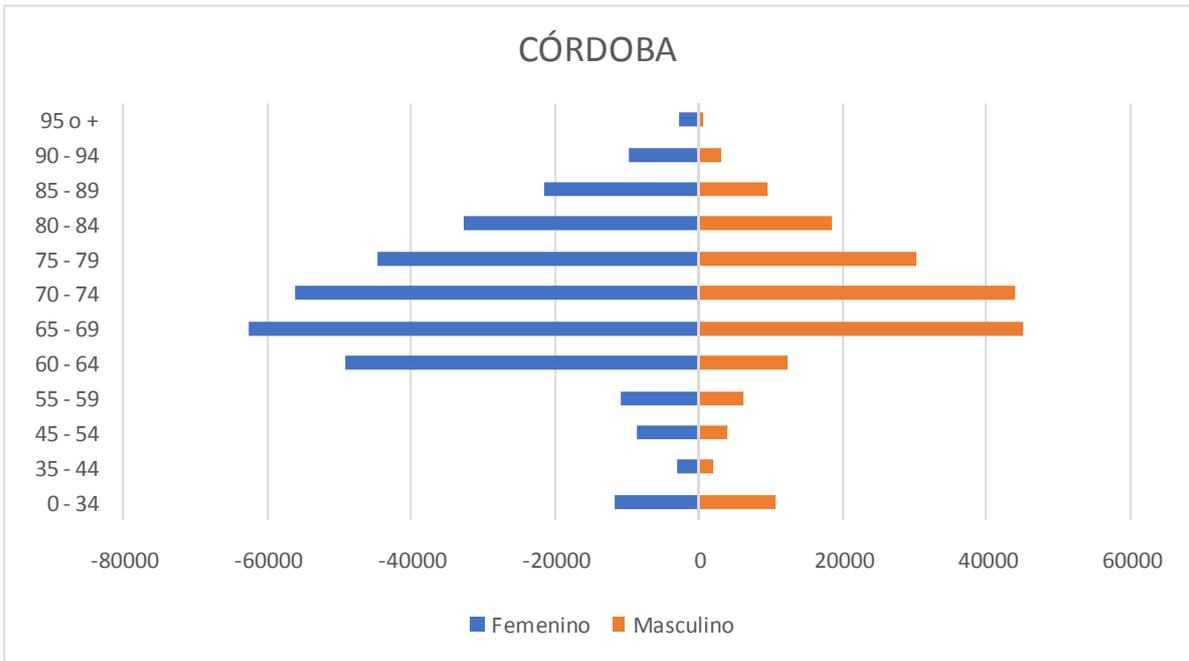
## A. Pirámides Poblacionales de las UGL



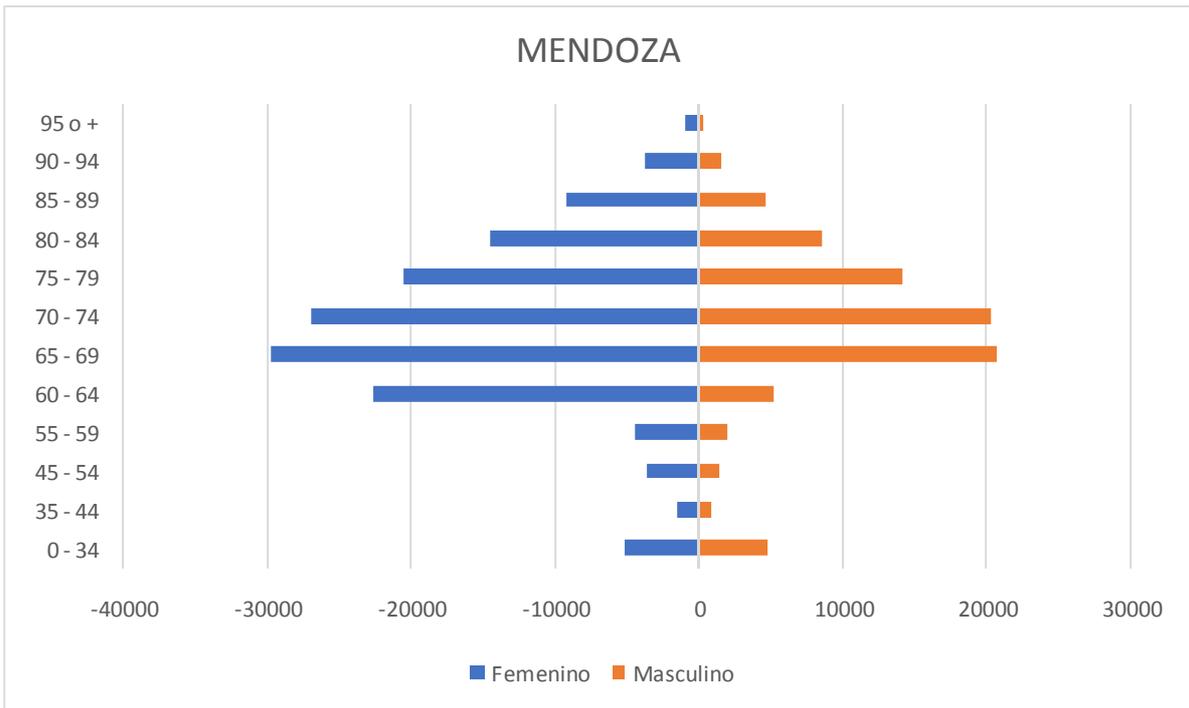
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



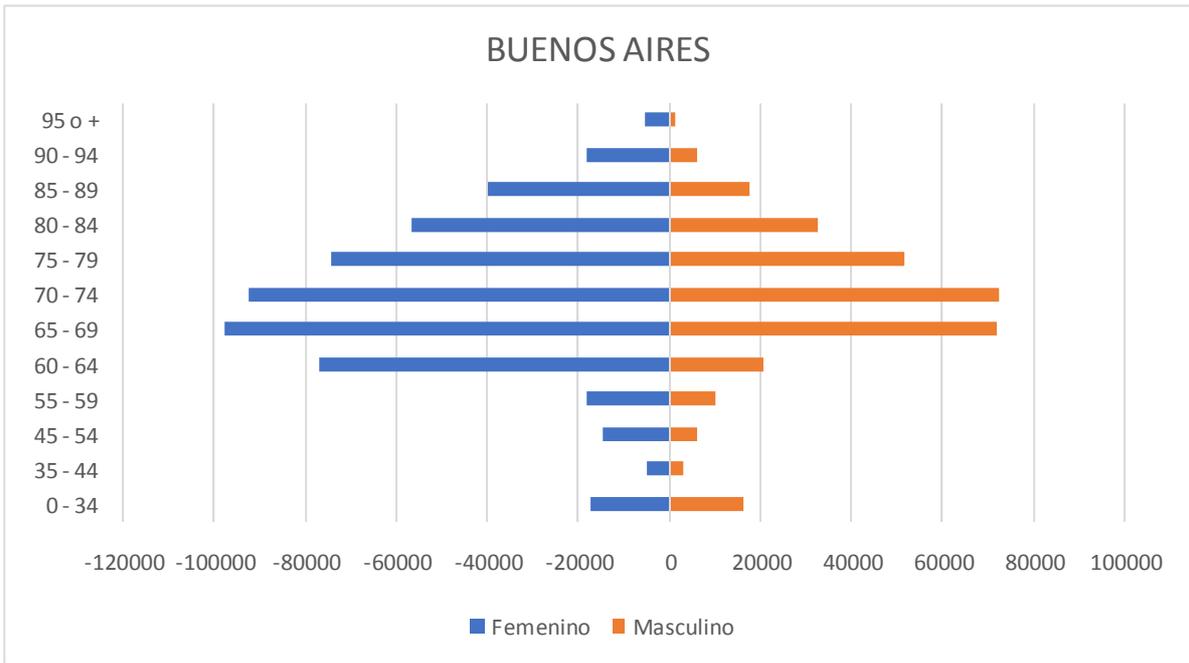
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



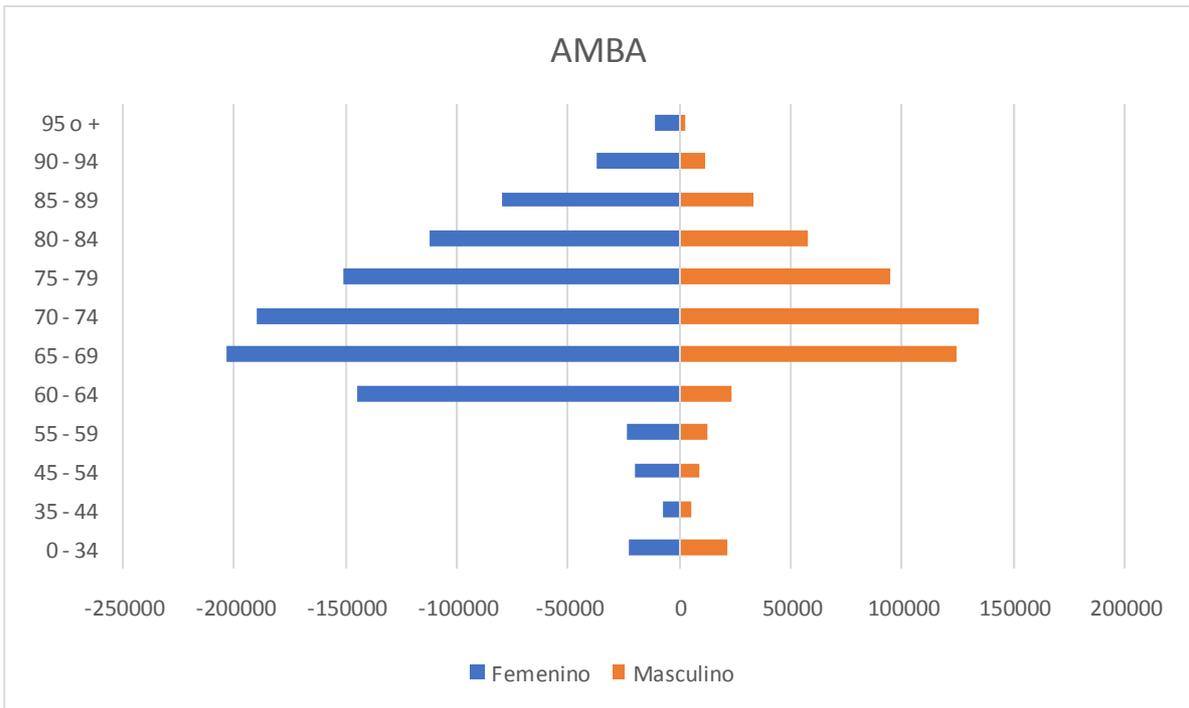
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



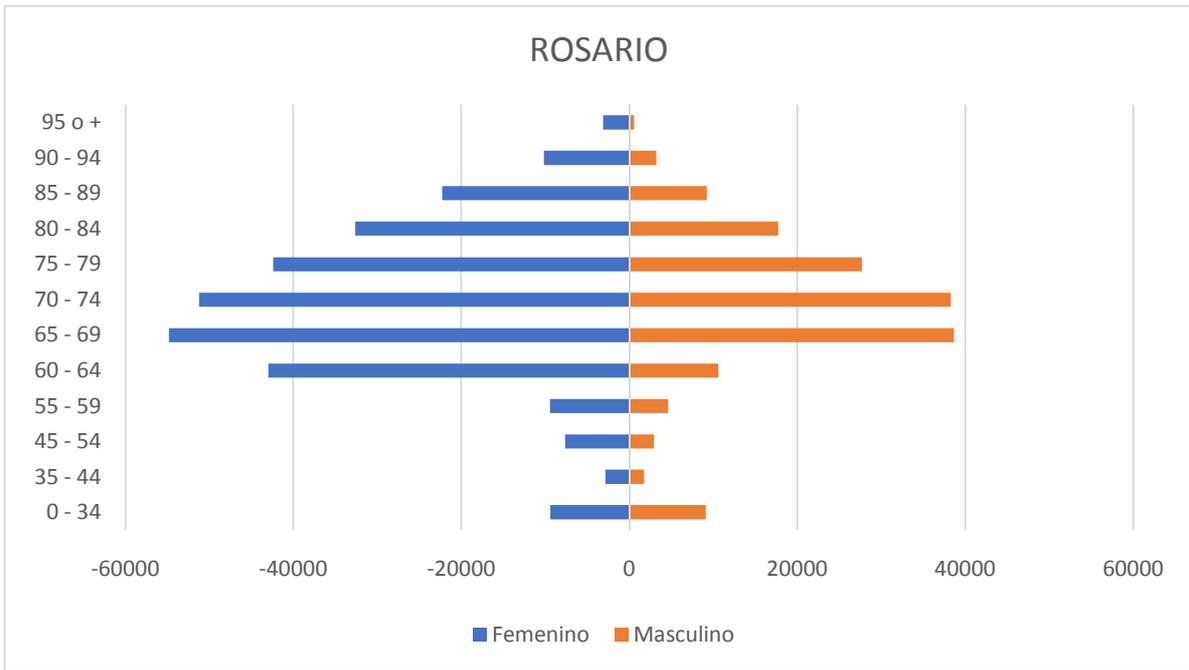
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



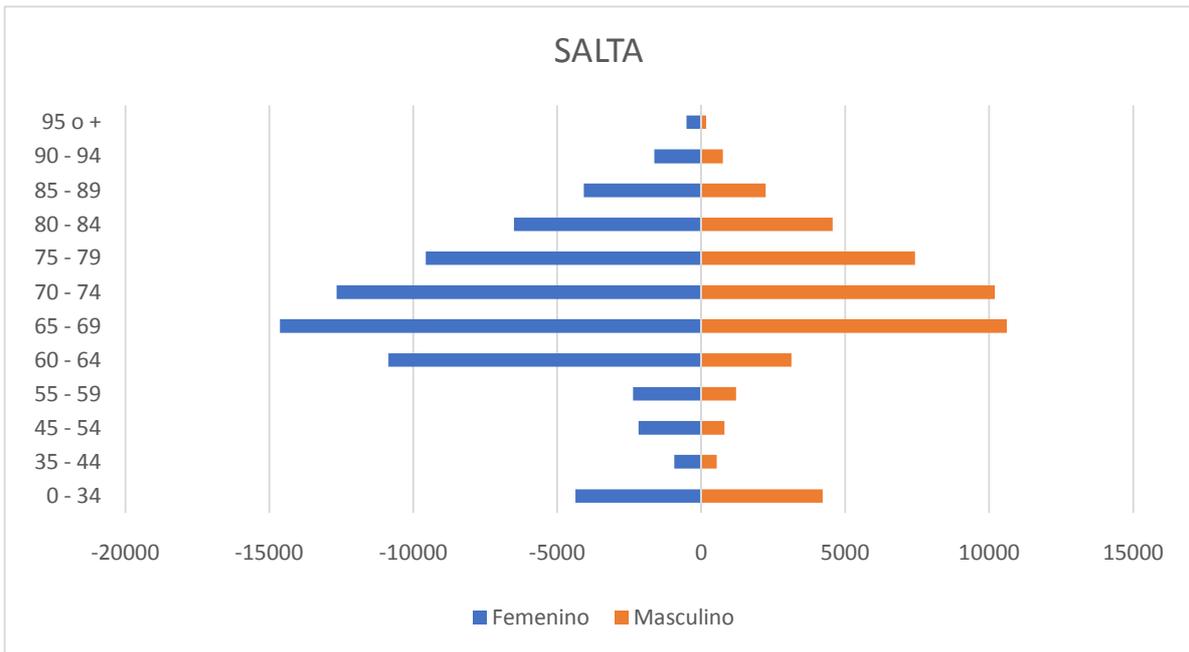
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



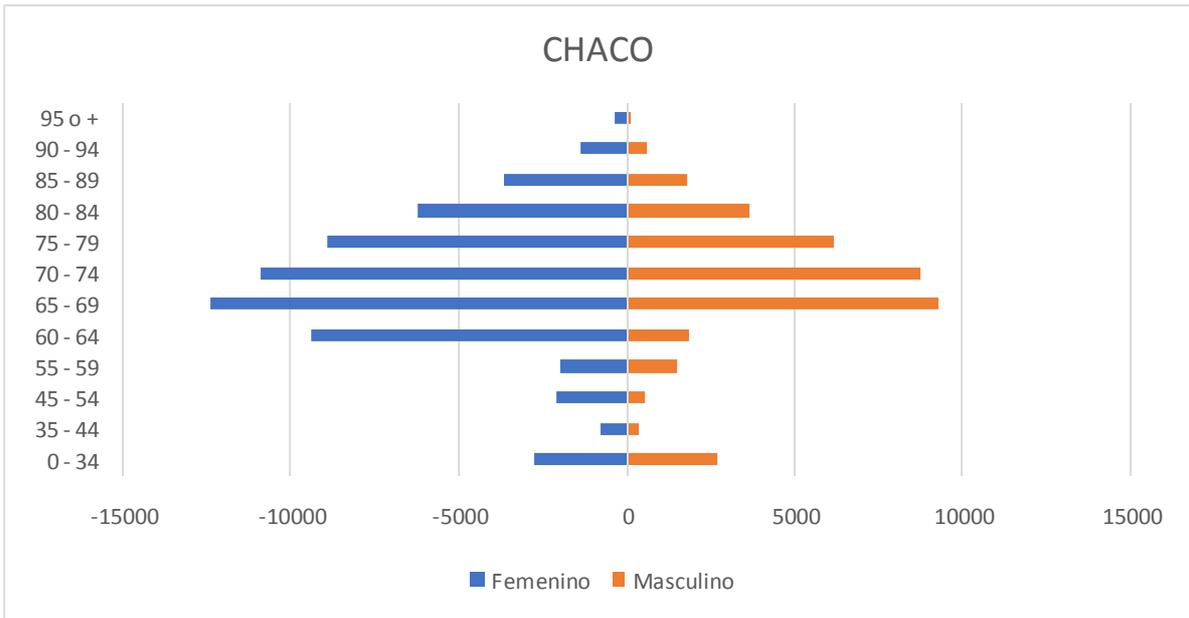
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



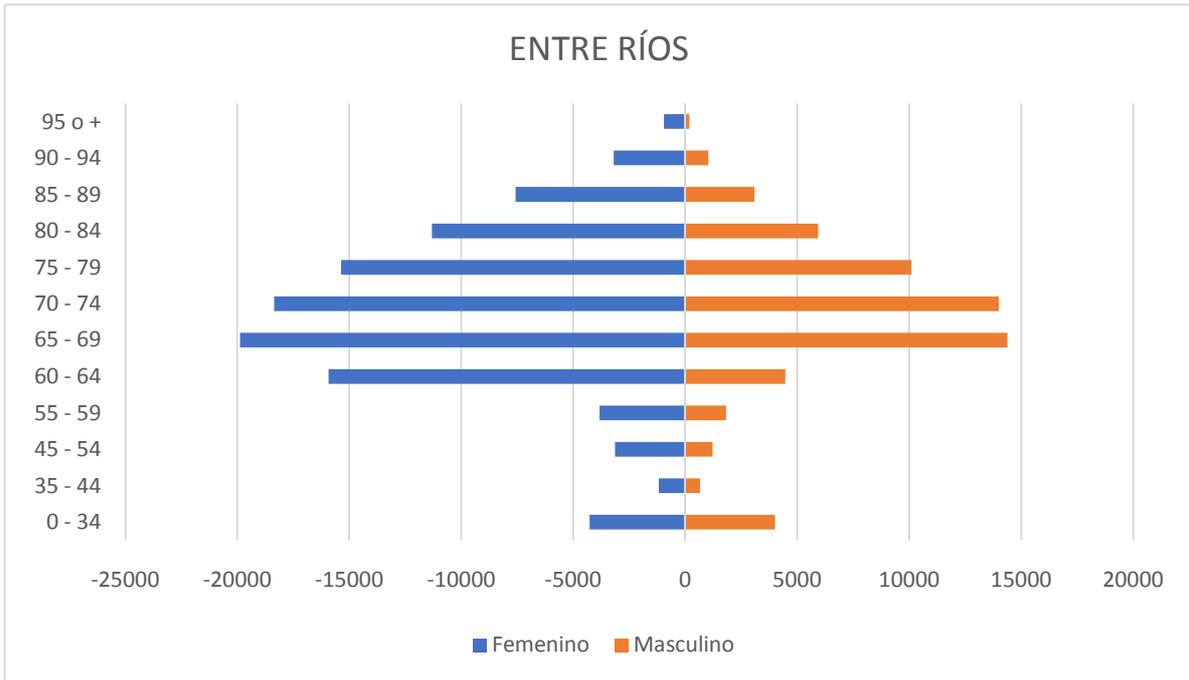
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



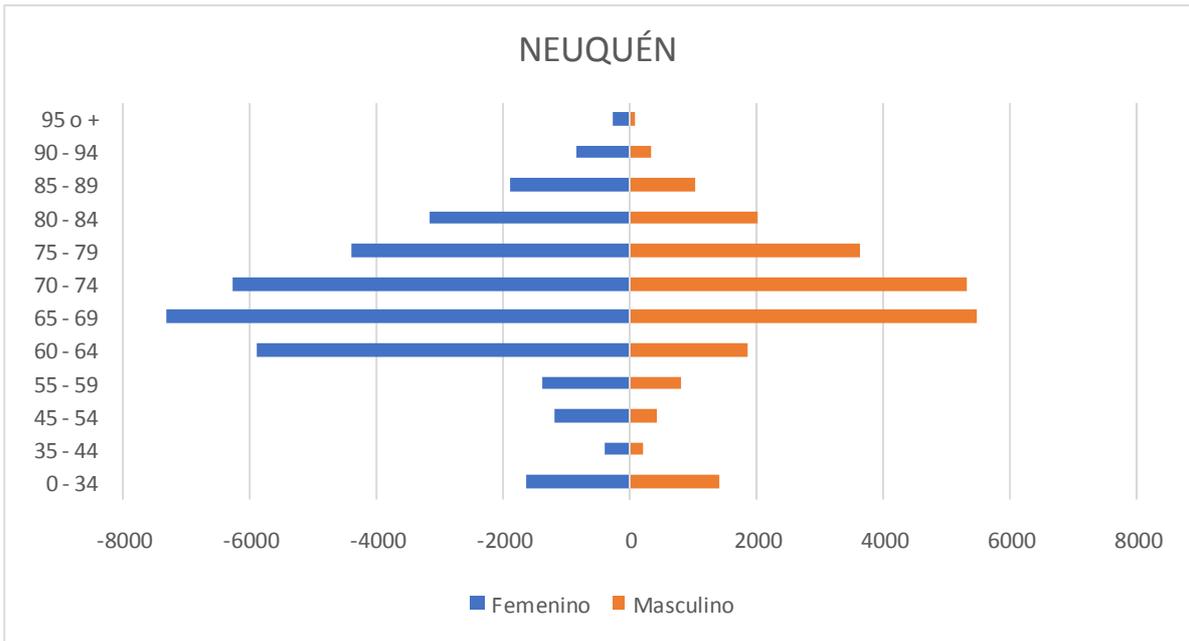
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



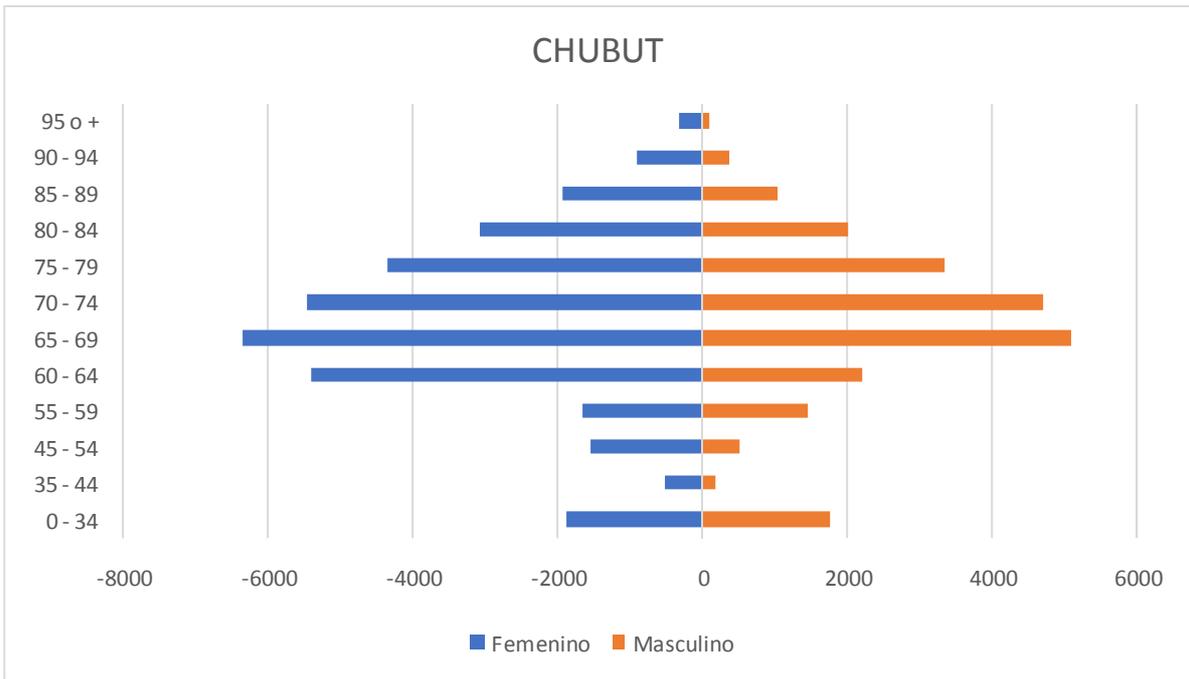
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



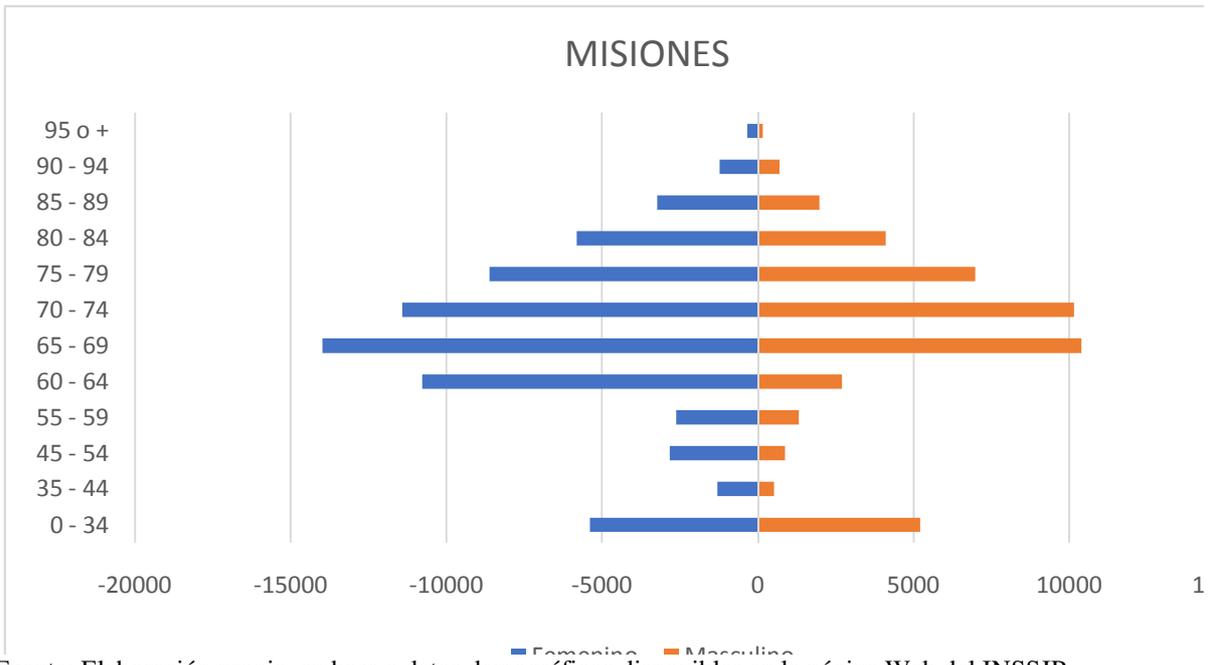
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



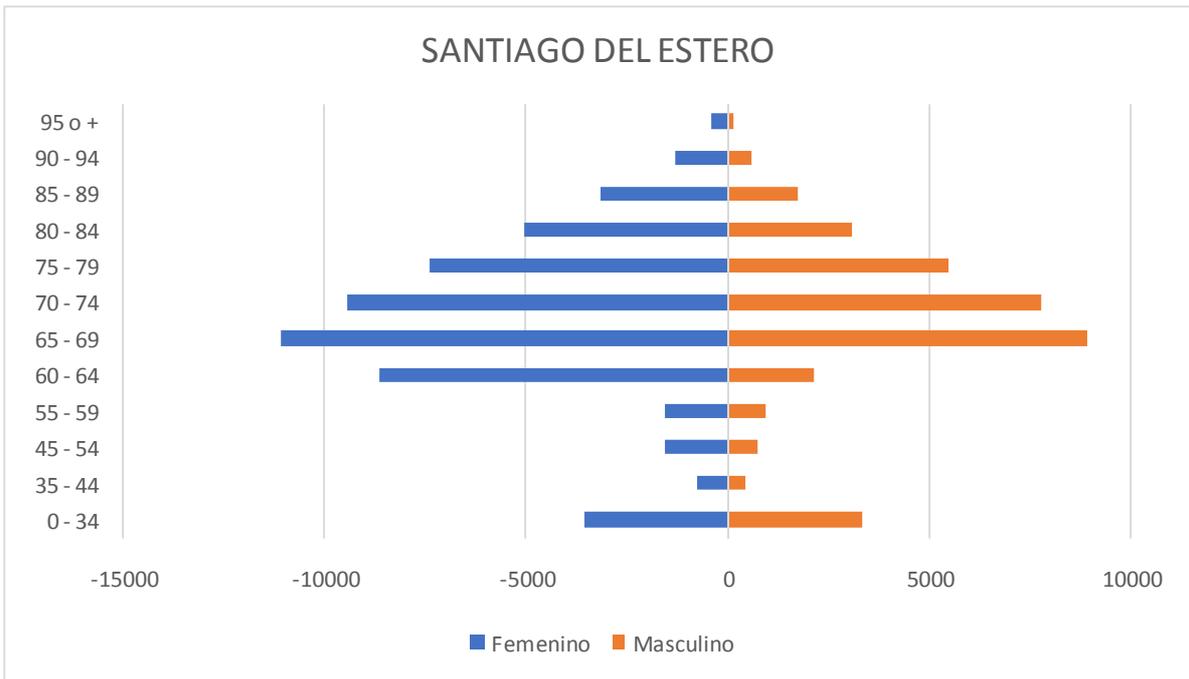
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



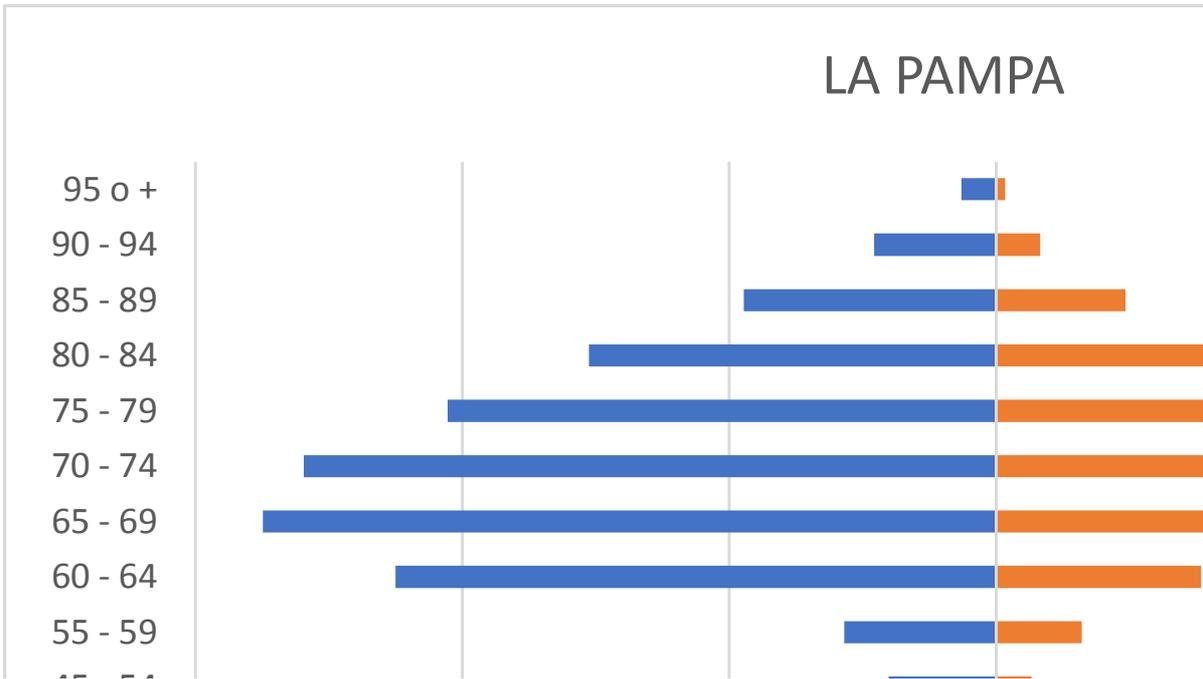
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



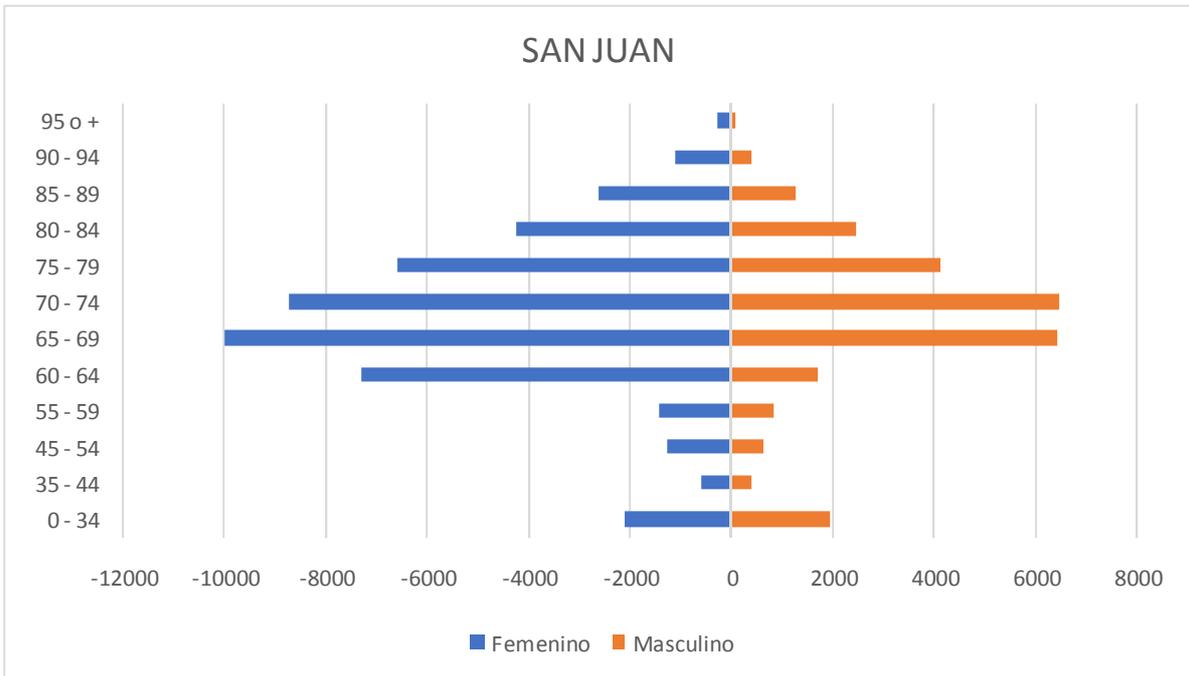
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



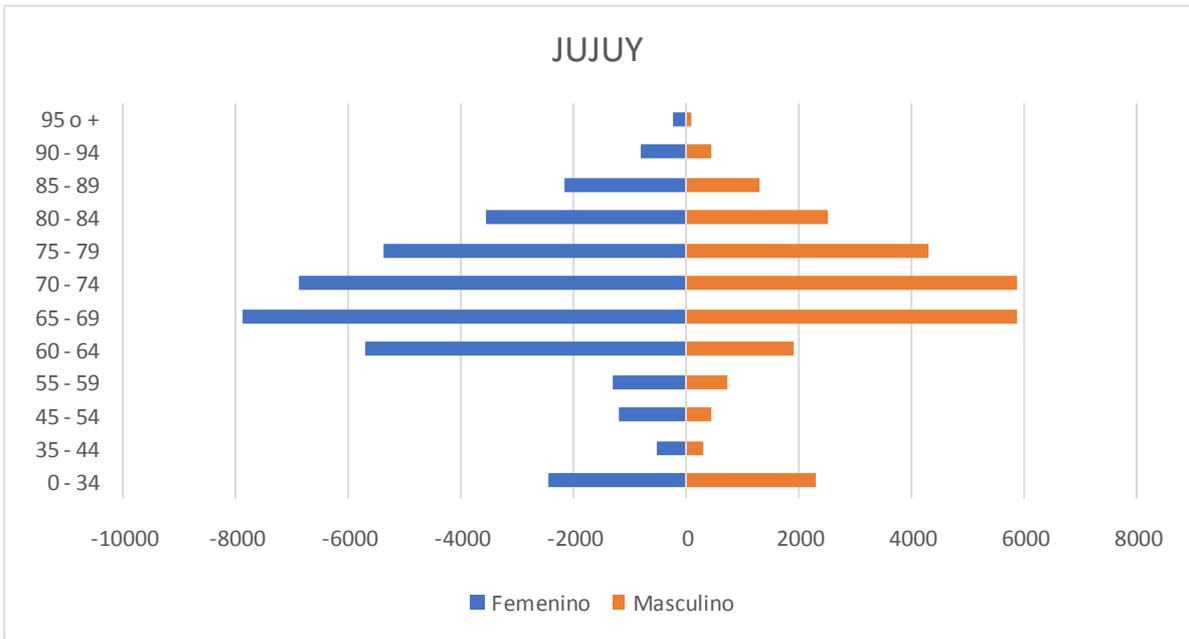
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



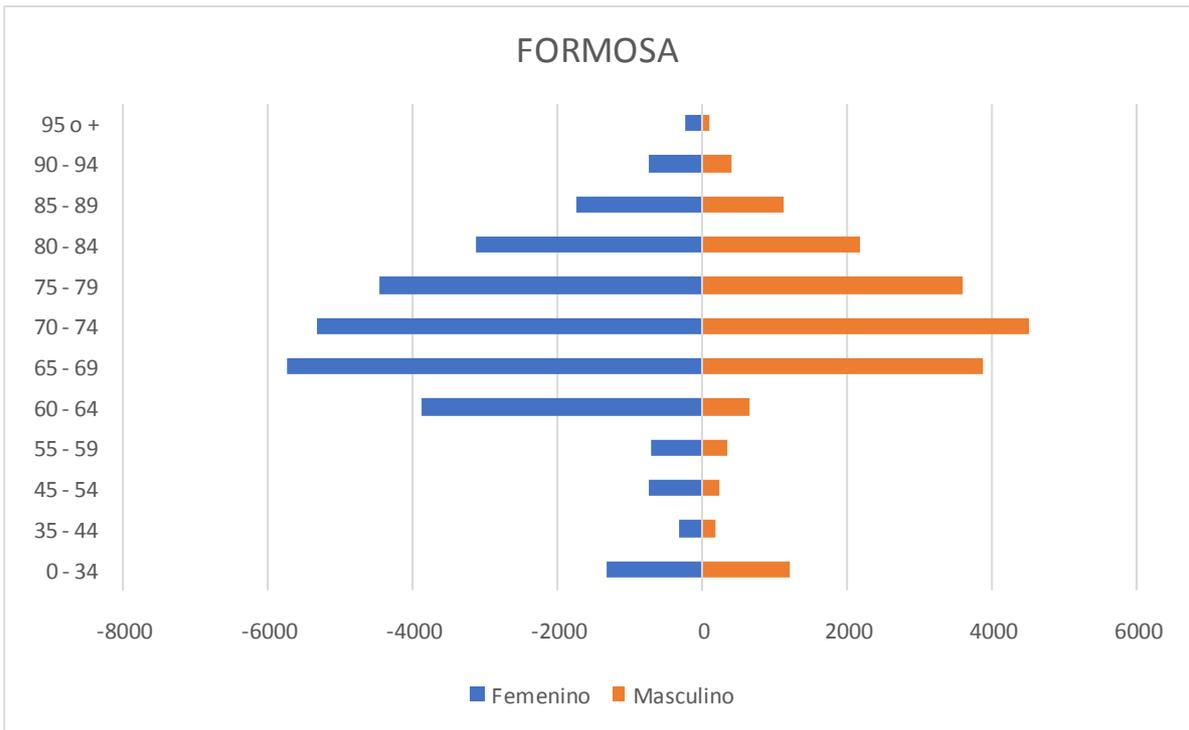
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



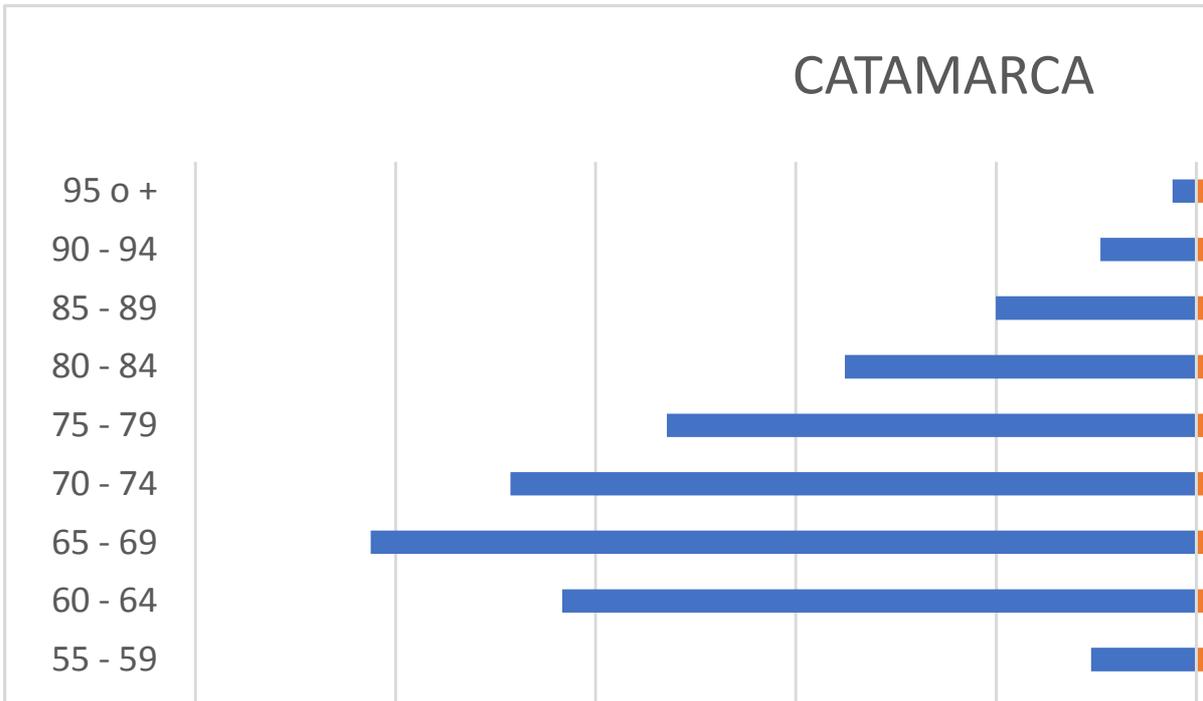
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



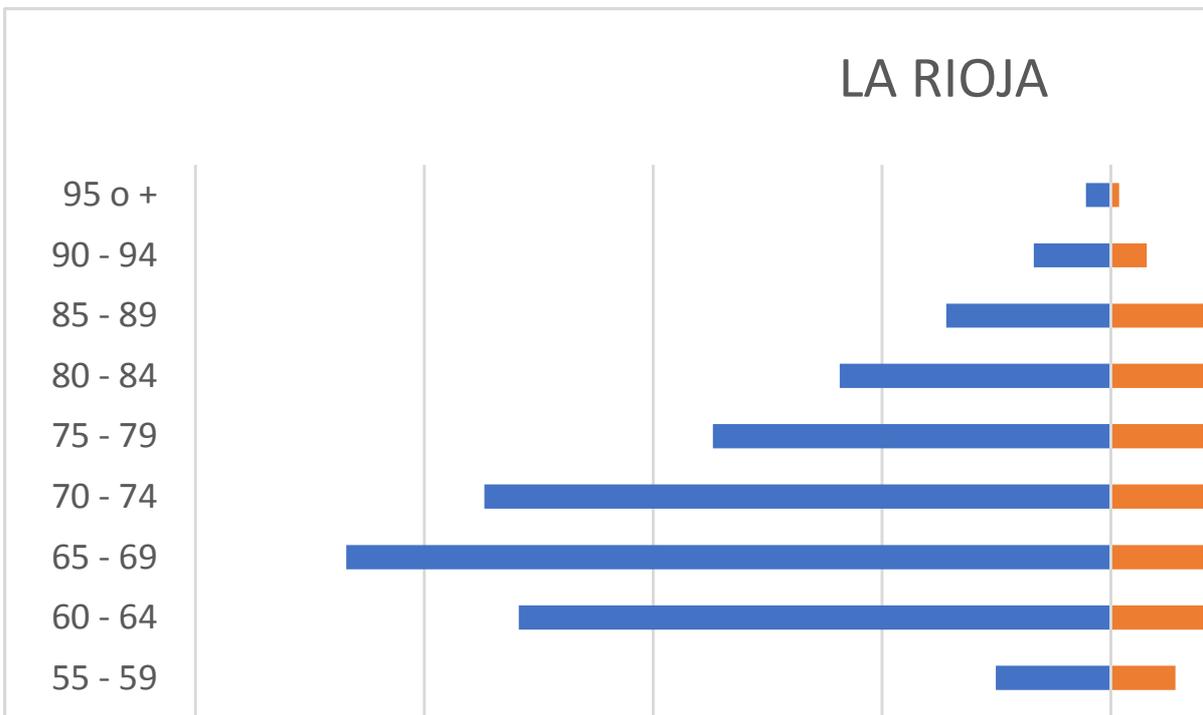
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



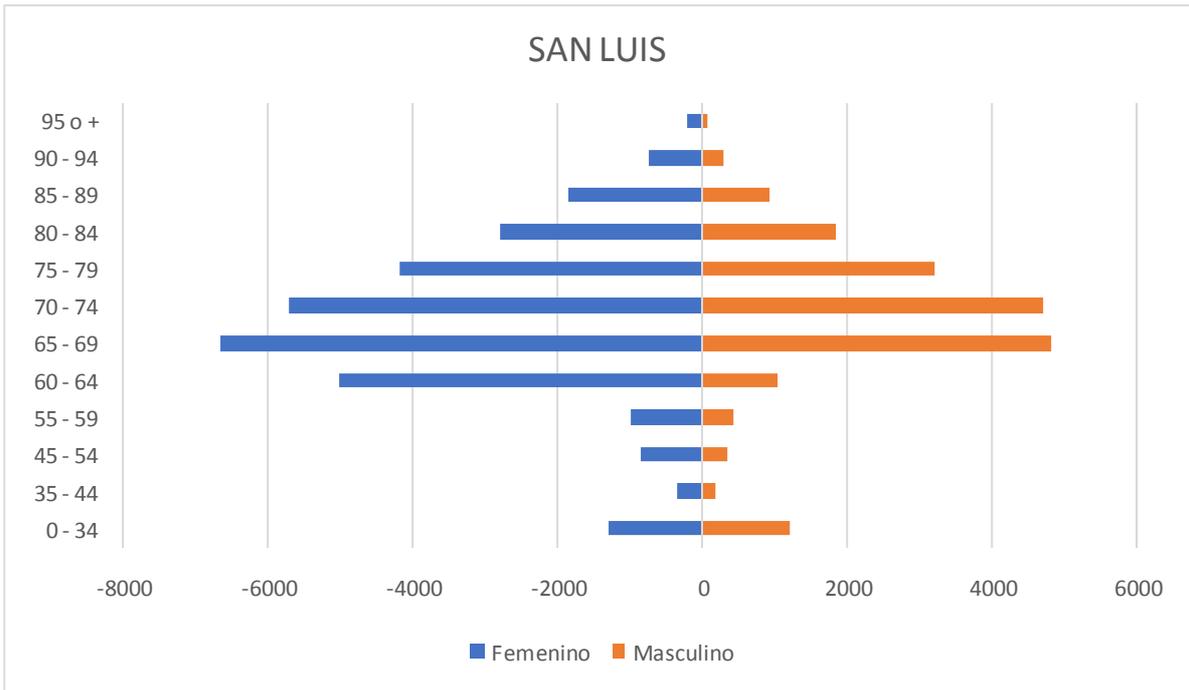
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



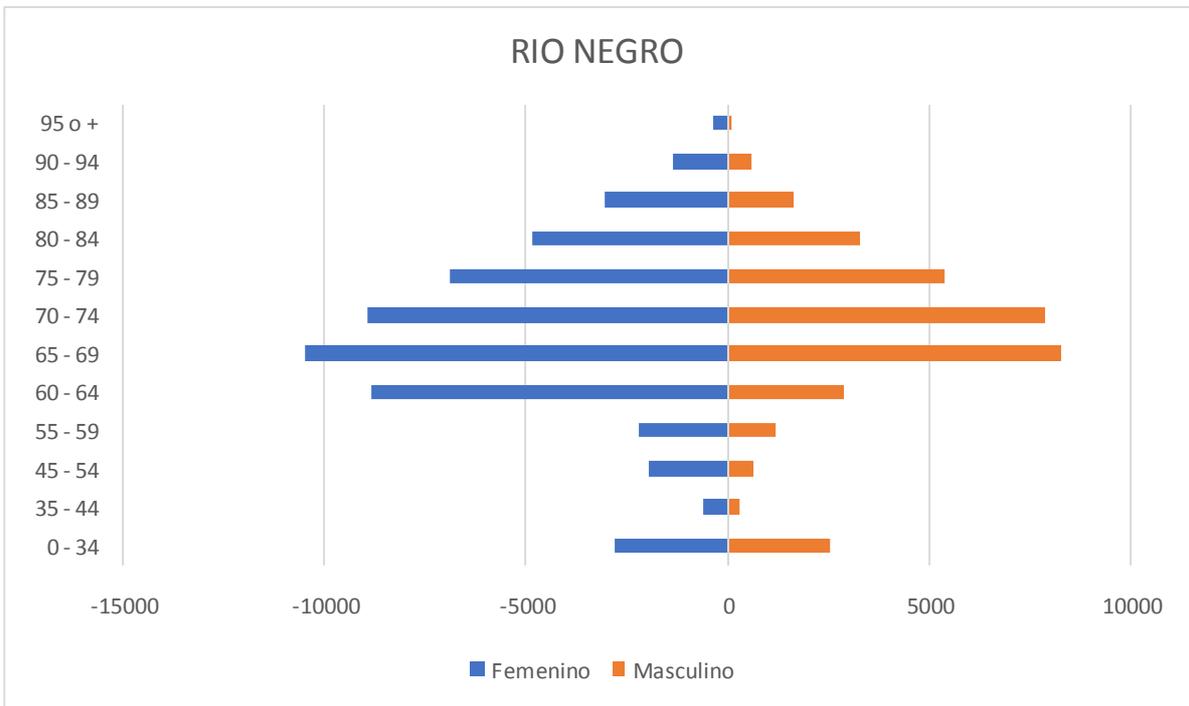
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



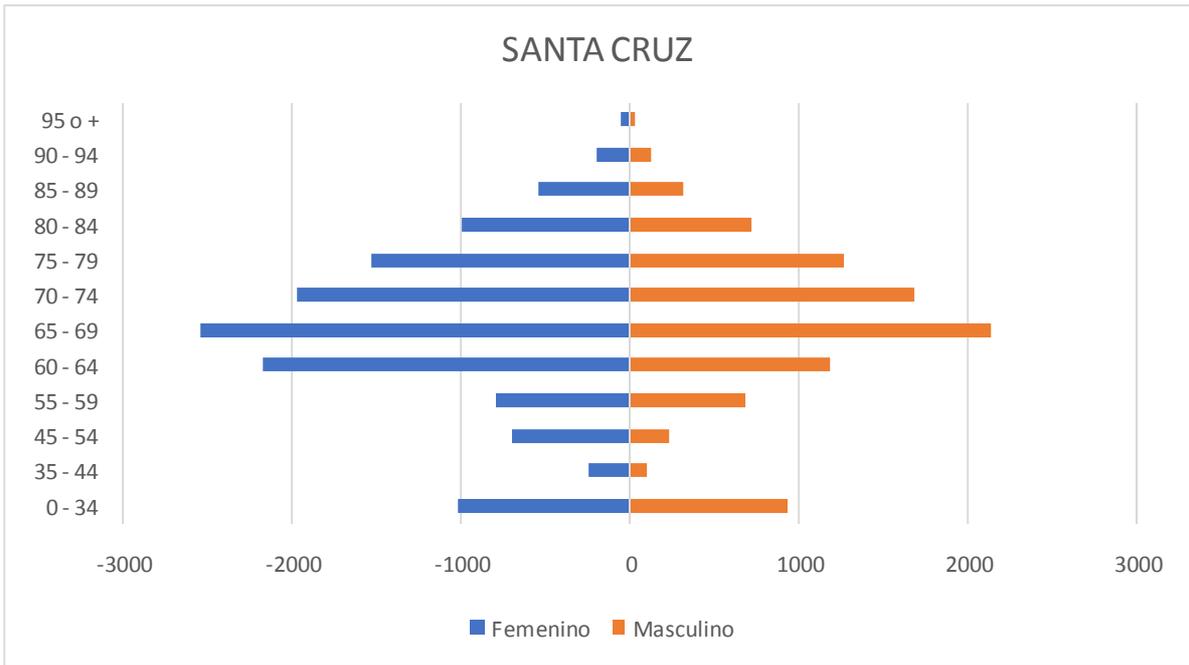
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



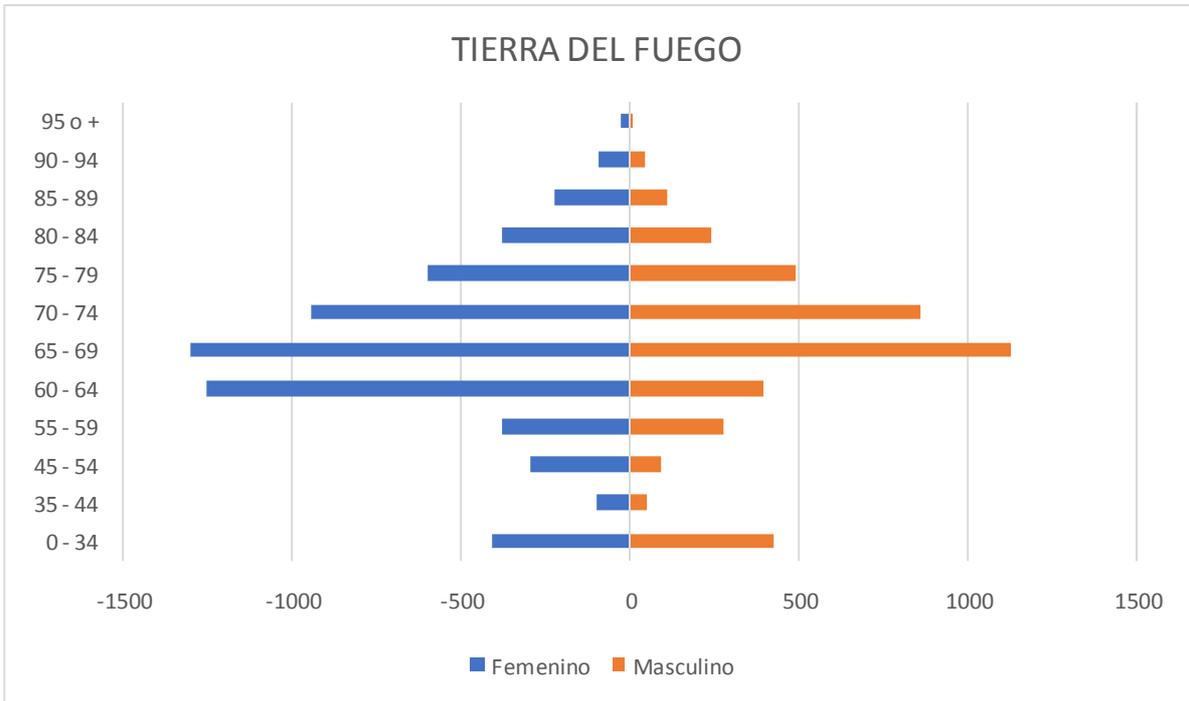
Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP



Fuente: Elaboración propia, en base a datos demográficos disponibles en la página Web del INSSJP