

Departamento de Economía

Universidad Nacional del Sur

Trabajo de Grado de la Licenciatura en Economía

Impacto económico de la utilización de servicios hospitalarios de los adultos mayores  
afiliados al INSSJyP: el caso de un hospital público municipal (Argentina)

Alumno: Juan Marcelo Virdis

Profesores Asesores: María Florencia Arnaudo y Milva Geri



Febrero de 2019

## **Índice**

- 1. Introducción**
  - 2. Antecedentes**
    - 2.1 Envejecimiento poblacional y gasto en salud**
      - 2.1.1 Envejecimiento poblacional y gasto en salud en Argentina**
    - 2.2 El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados**
  - 3. Metodología**
  - 4. Resultados**
    - 4.1 Mecanismos de pago a proveedores de servicios de salud y problemas de información asimétrica**
      - 4.1.1 Mecanismos de pago usados por el INSSJyP entre el 2004 y el 2018.**
    - 4.2 Caso de estudio: impacto económico de las internaciones de afiliados al PAMI en el Hospital Municipal de Bahía Blanca**
  - 5. Conclusiones**
- Referencias bibliográficas**
- Anexos**

## **1. Introducción**

En los últimos 50 años la población mundial se cuadruplicó, principalmente debido a la menor mortalidad en las etapas iniciales de la vida. Según proyecciones demográficas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, en las próximas décadas aumentarán las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años, de manera que en 2025 este grupo de edad estará integrado por aproximadamente 100 millones de personas (OMS, 2015). Argentina también se encuentra atravesando este proceso de transformación asociado al cambio demográfico, de hecho es uno de los países más envejecidos de América Latina (Chesnais, 1990). El dinamismo en las tasas de fecundidad y mortalidad implican un envejecimiento gradual con connotaciones en varias dimensiones de la economía, afectando principalmente al sistema de seguridad social, las políticas públicas y las necesidades de atención médico-hospitalarias.

En Argentina el conjunto de servicios, productos, instituciones, regulaciones y personas involucradas en el sistema de salud generó un movimiento de recursos del 6,8% del PBI en el 2015 (OMS, 2019). De acuerdo a la OMS (2010), una aproximación conservadora indicaría que entre el 20% y el 40% de los recursos destinados al sector salud son malgastados. Esta estimación da lugar a una potencial mejora de los resultados alcanzados con los recursos que actualmente se destinan al financiamiento del sector. En particular, una de las fuentes de ineficiencia la constituyen los mecanismos de pago entre financiadores y prestadores de servicios. Estos mecanismos adquieren importancia debido a los incentivos que los mismos generan en relación a la calidad y cantidad de prestaciones que finalmente serán provistas al paciente asegurado.

Dentro del subsector de la seguridad social del sistema de salud argentino está incluido el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (en adelante INSSJyP). Su finalidad es garantizar las prestaciones de salud de los adultos mayores que forman parte del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) y sus familiares. De acuerdo con datos oficiales, brinda cobertura al 66 % de las personas mayores de 64 años y a más del 84% de las personas mayores de 79 años, que representan aproximadamente un poco más de 4.900.000 afiliados en todo el país, entre titulares y familiares a cargo (Ver anexo 1).

En este contexto, resulta interesante analizar los diferentes mecanismos de pago que ha implementado el INSSJyP a lo largo del tiempo y su impacto económico en los

proveedores de dicha institución. Existe una amplia literatura que estudia los incentivos económicos que generan los distintos mecanismos de pago a los proveedores de servicios de salud. Siguiendo esta línea de análisis, los objetivos del trabajo son: i) realizar una breve descripción de los distintos mecanismos de pago que se pueden implementar en el ámbito de los contratos entre proveedores y financiadores del mercado de bienes y servicios de salud; ii) presentar los distintos mecanismos de pago que ha implementado el INSSJyP desde el año 2004 hasta el 2017, identificando los argumentos por los cuales se decide modificarlos en cada caso; iii) analizar el impacto económico que generan dichos mecanismos de pago en un proveedor municipal: el Hospital Municipal de Bahía Blanca “Dr. Leónidas Lucero” (en adelante HMBB), en relación a los pacientes internados en el periodo 2016-2017.

Para cumplimentar estos objetivos, el presente trabajo tiene la siguiente estructura : en una primera sección se describe el contexto de transición demográfica y su impacto en los sistemas de salud, en la siguiente sección se detalla la metodología empleada en este trabajo; en una tercera sección se presentan los resultados y por último, la sección cuarta presenta las reflexiones finales y los anexos que contienen toda la información estadística empleada para el análisis, así como las normativas consultadas para la revisión de los distintos mecanismos de pago instrumentados por el INSSJyP.

## 2. Antecedentes

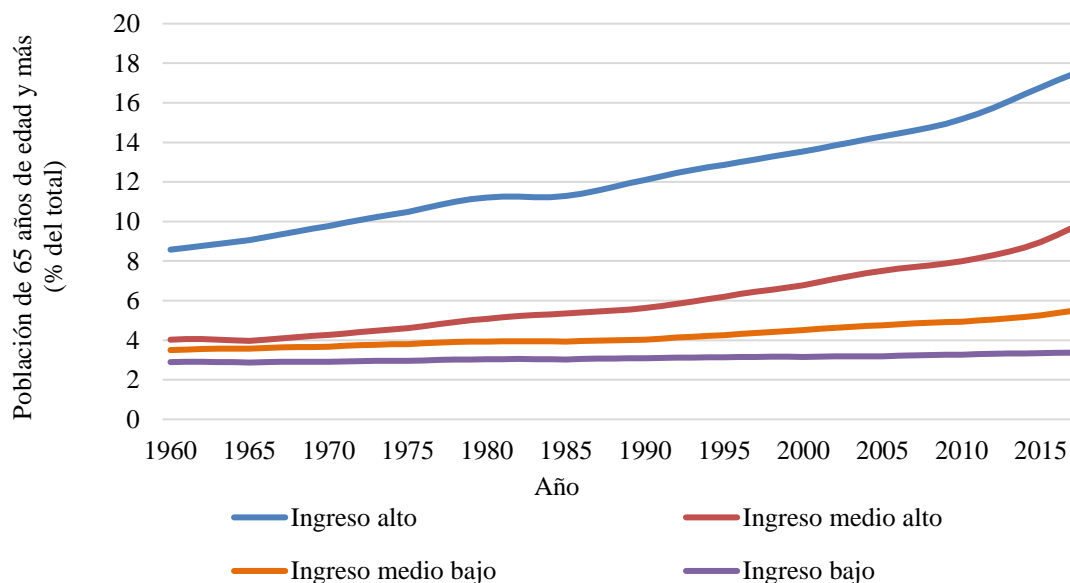
### 2.1 Envejecimiento poblacional y gasto en salud

El envejecimiento poblacional consiste en un aumento del peso relativo de individuos de edades avanzadas respecto de otras en el total de la población debido principalmente a la transición demográfica y la consecuente disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad. Esto implica que la pirámide poblacional se reduce en los rangos cercanos a la base, que contienen a la población infante y joven, y se amplía en la cúspide, que contiene a la población adulta (Pérez Díaz, 1998).

De acuerdo a Harper y Hamblin (2014), mientras la transición demográfica en Asia y América Latina comenzó recién en el siglo XX, y existe evidencia que África estaría en la actualidad iniciando el mismo proceso, en Europa se inició hacia 1750. Esto permite comprender por qué el envejecimiento poblacional se encuentra más avanzado en países desarrollados, grupo en el cual los países europeos tienen una alta participación.

El Gráfico N° 1 muestra el porcentaje de adultos mayores de 65 años con respecto al total de población en países agrupados según nivel de ingreso per cápita, de acuerdo a la clasificación del Banco Mundial.

**Gráfico N° 1:** Población de 65 años y más como porcentaje del total según nivel de ingreso per cápita. (1960-2017)

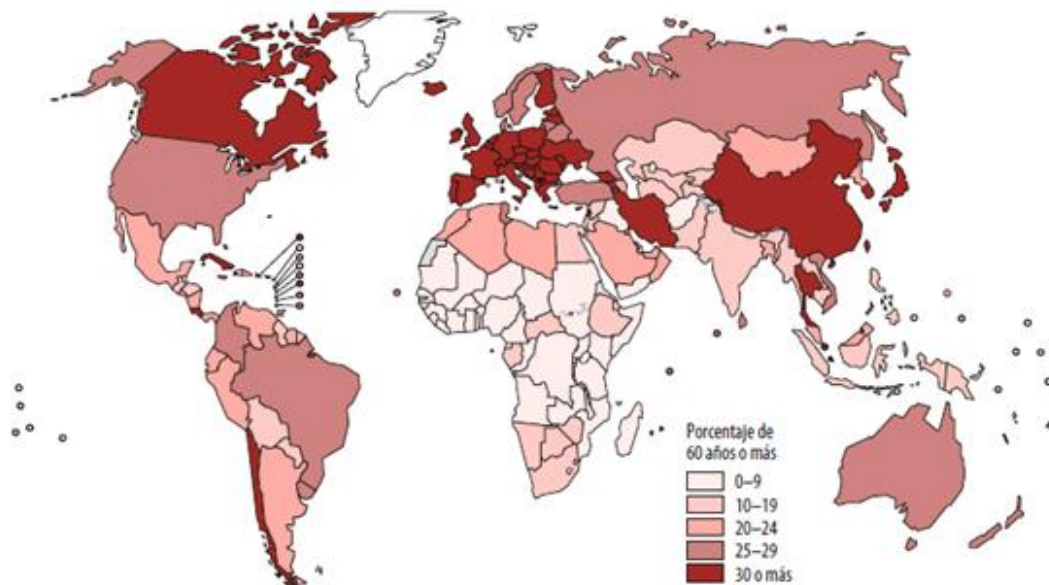


**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial (2019).

Se observa que, si bien en términos promedio la proporción de adultos mayores se incrementa en todos los grupos de países, los países de ingresos altos presentan una mayor proporción de adultos mayores que los países de ingresos medios y bajos. En el último medio siglo la población mayor a 65 años aumento del 8,5% al 17,5% en los países de ingresos altos, del 4% al 9,6% en los países de ingresos medios altos, del 3,5% al 5,5% en los países de ingreso medio bajo y del 2,9% al 3,6% para los países de ingresos bajos (Banco Mundial, 2019).

En el futuro se espera que la transición demográfica siga impulsando el aumento en la proporción de adultos mayores. Según la OMS (2015), si bien en la actualidad solo Japón tiene un porcentaje de población mayor a 60 años superior al 30%, se estima que en la segunda mitad del siglo XXI presenten la misma situación la mayoría de los países de Europa, Canadá, China e Irán, países latinoamericanos como Cuba, Chile y Costa Rica (Gráfico N° 2).

**Gráfico N° 2:** Porcentaje de personas de 60 años o más por país proyectado para 2050



**Fuente:** Beard, J. y Chatterji, S. (2015).

El envejecimiento poblacional adquiere relevancia por los cambios que se producen en diversas dimensiones de la vida de las personas. Desde el punto de vista biológico, se genera una acumulación de daños moleculares y celulares que devienen en un deterioro generalizado y progresivo de diversas funciones del cuerpo que afecta la capacidad motriz, sensorial, cognitiva, sexual, inmunitaria y las funciones de la piel, redundando en

mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte (Beard J. y Chatterji S., 2015).

Asimismo, cuando las personas envejecen aumenta la probabilidad de que exista comorbilidad o multimorbilidad; es decir, el padecimiento de dos o más enfermedades al mismo tiempo. En efecto, Marengoni *et al.* (2011) efectuaron una revisión sistemática de la literatura al respecto y encontraron que, mientras la prevalencia de multimorbilidad varía entre un 20% y un 30% cuando se considera a toda la población, dicha prevalencia varía entre un 55% y un 98% cuando solo se consideran adultos mayores. A su vez, la mayoría de los estudios revisados encuentran una relación estadística positiva y significativa entre la multimorbilidad y el uso de servicios médicos. Sin embargo, los autores advierten que no se han efectuado estudios suficientes que evalúen el impacto de otras variables, además de la edad, sobre la multimorbilidad, tales como factores genéticos o biológicos y factores asociados al estilo de vida o al ambiente.

Uno de los principales temores frente al envejecimiento poblacional es que lleve a un incremento explosivo del gasto en salud, como consecuencia de tener que atender las necesidades de una población con un mayor porcentaje de individuos con un estatus de salud deteriorado. Para Harper y Hamblin (2014), gran parte de la preocupación acerca del envejecimiento poblacional se basa en supuestos desarrollados a partir de las características de las actuales poblaciones de adultos mayores. Sin embargo, es altamente probable que las futuras generaciones de adultos mayores tengan niveles de capital humano más elevados en términos de educación y mejor estatus de salud. En esta línea, Polder *et al.* (2006) advierten que los métodos tradicionales de proyección de gasto en salud sobreestiman la influencia de la edad y que el aumento de la esperanza de vida terminará postergando dicho gasto en lugar de aumentarlo. Los autores estiman una tasa de crecimiento del gasto en salud en Países Bajos que resulta un 10% inferior a la estimada mediante métodos de proyección convencionales.

La explicación de la hipótesis conforme a la cual el gasto en salud aumenta con la edad se debe a que, si bien los adultos mayores pueden transitar su vejez de forma más saludable y enfrentando menores gastos (Gandjour, 2014), ello se ve contrarrestado por el incremento en la esperanza de vida; es decir, los gastos por año por habitante disminuyen, pero se producen a lo largo de una mayor cantidad de tiempo (Wouterse *et al.*, 2012; Dormont *et al.*, 2006). Si bien existe abundante evidencia acerca de la

efectividad de las acciones de atención primaria de la salud en la población de la tercera y cuarta edad, la utilización de los servicios provistos por el segundo y tercer nivel de atención es inevitable.

Diversos trabajos referidos a Estados Unidos han mostrado evidencia a favor de la hipótesis de que el gasto en salud aumenta con la edad. En esa línea, los resultados muestran que los adultos mayores representan en Estados Unidos un 11% de la población y un 34% del gasto en salud (Marik, 2015); que los beneficiarios de Medicare en ese país son 49,5 millones y representan un 21% del gasto total en salud (Oliver *et al.*, 2014) y que el costo medio anual durante el último año de vida quintuplica al costo medio anual en años anteriores, representando el 26% del gasto total de Medicare (Hoover *et al.*, 2002). Un caso no norteamericano que reafirma esta hipótesis es el trabajo de Ahn *et al.* (2003), quienes encuentran que en España los mayores de 65 años tenían una estancia hospitalaria cinco veces superior al resto de la población y estiman que el gasto sectorial aumentaría 0,7 % al año durante las próximas dos décadas hasta 2040.

Sin embargo, trabajos efectuados en otros países, tanto desarrollados como no desarrollados, han encontrado evidencia en contra de esta hipótesis, lo que sugiere que las características del sistema de salud norteamericano podrían estar sesgando los resultados a favor de ella. En esa línea, Polder *et al.* (2006) encuentran que en los Países Bajos el costo promedio para los difuntos más jóvenes fue mayor que para las personas que murieron en edades más avanzadas. Por su parte, Kardamanidis *et al.* (2007) encuentran que, contrariamente a lo esperado, los costos hospitalarios en un hospital australiano disminuyen con la edad y que las personas mayores de 95 años incurrieron en menos de la mitad de los costos promedio por persona de los que fallecieron entre los 65 y los 74 años. Finalmente, en países de ingresos bajos de África la inequidad en el acceso genera que los adultos mayores acudan en menor medida al sistema de salud que los jóvenes, representando una menor proporción del gasto (Aboderin, 2010).

Para Castells *et al.* (2002) la edad se sobreestima como determinante de utilización de recursos de salud frente a otros factores, tales como el nivel socioeconómico de la población o su perfil de morbilidad. Asimismo, destaca que los avances tecnológicos en el campo de la salud también han demostrado ser un importante determinante del gasto en salud. En la misma línea, Bryant *et al.* (2001) y Casado Marín (2001) encuentran que



los factores no demográficos son los que explican en mayor medida el aumento de la utilización de recursos, siendo la tecnología y el elevado costo de la asistencia sanitaria los principales responsables del aumento del gasto en salud.

De acuerdo a Harper y Hamblin (2014), existe mayor evidencia acerca de la relación entre el costo en salud y el estatus socioeconómico o el nivel de ingreso que sobre el costo en salud y el envejecimiento. Según la OMS (2019), en el año 2015 el gasto total en salud representó un 6,3% del PBI mundial, un punto porcentual más que en el año 2000. Este indicador presenta una gran variabilidad entre los distintos países: mientras el gasto en salud asciende al 16,8% del PBI en Estados Unidos, en Alemania representa el 11% y en China solo el 5,3%. A su vez, un estudio basado en encuestas realizadas entre el 2002 y el 2004 por la misma institución, muestra que para países de ingresos altos la demanda de servicios de salud aumenta con la edad (Araujo de Carvalho y Epping Jordan, 2015).

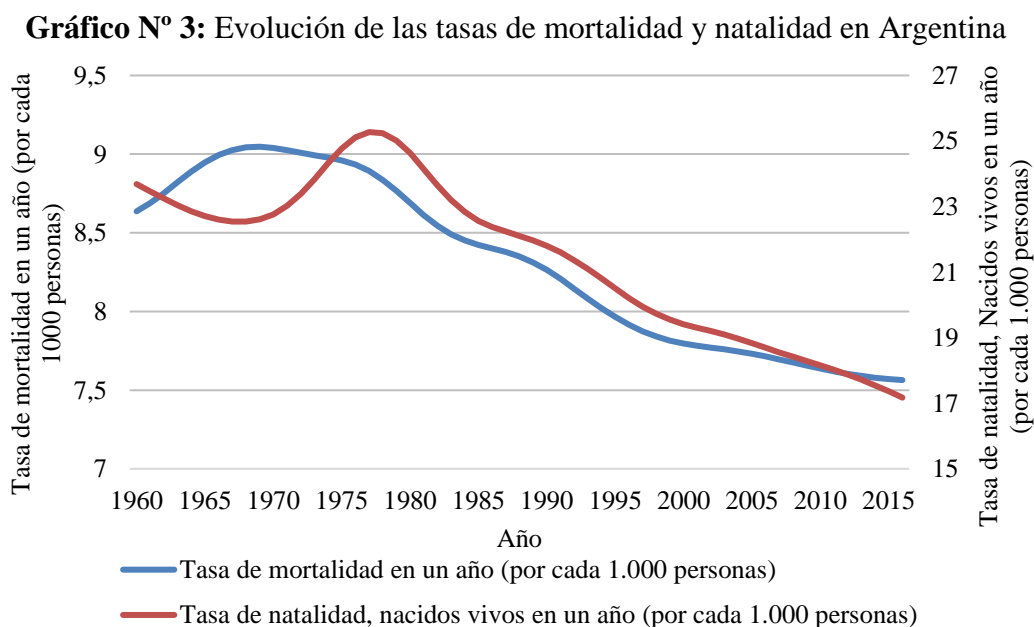
Para finalizar, si bien la literatura no es concluyente acerca del impacto del envejecimiento sobre los futuros gastos en salud resulta un objetivo primordial readecuar los sistemas de salud de forma tal que fomenten un envejecimiento saludable (Rechel *et al.*, 2009). En tal sentido, la OMS advierte que “*la mayoría de los sistemas de salud han sido diseñados en torno a modelos de atención de cuadros agudos que no coinciden con los principales problemas de salud de los adultos mayores*” (Araujo de Carvalho y Epping Jordan, 2015: p.104).

En la siguiente sección se describe sucintamente el proceso de envejecimiento poblacional en Argentina iniciado desde mediados del siglo XX, así como la situación actual en cada región del país a partir de los indicadores demográficos relevantes. Asimismo, se ofrece evidencia empírica acerca de la relación entre la edad y la demanda de bienes y servicios médicos en nuestro país.

### 2.1.1 Envejecimiento poblacional y gasto en salud en Argentina

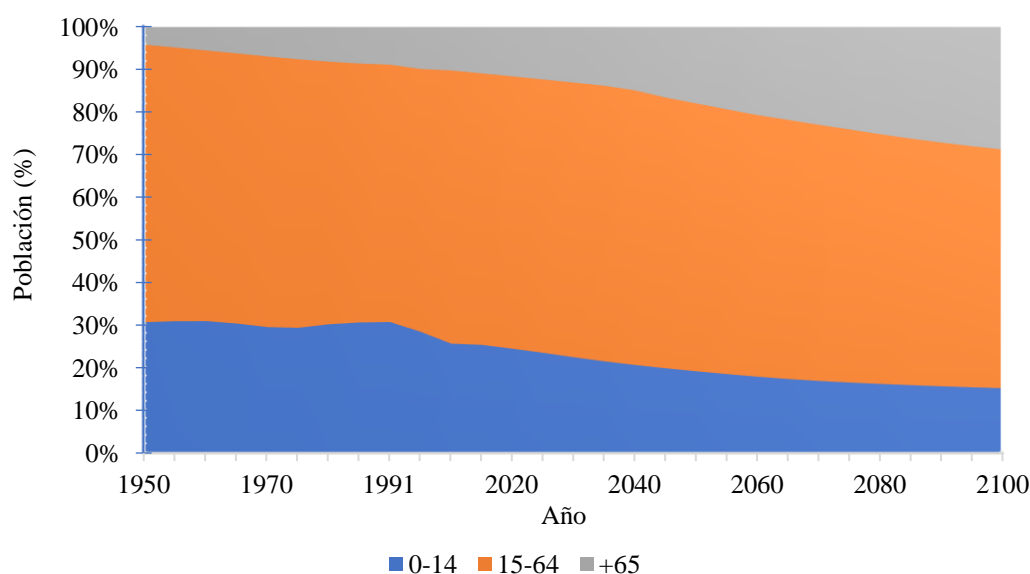
La población argentina pasó de 17 millones en 1950 a 41 millones en 2010. La tasa promedio anual de crecimiento poblacional es del 1,4%. Sin embargo, dicha tasa fue disminuyendo a lo largo del tiempo, siendo para las primeras tres décadas del periodo señalado del 1,6% y para las últimas tres del 1,2% (Gragnotati *et al.*, 2014).

Argentina es uno de los países latinoamericanos, junto con Uruguay, en los que se observó una reducción temprana de la natalidad (Chesnais, 1990). Desde 1960, la evolución relativa de las tasas de natalidad y de mortalidad dio lugar a un cambio acelerado en la estructura por edades de la población (Gráfico N° 3 y N° 4). Esta evolución implica que la proporción de adultos mayores en la población haya ido aumentando y se proyecta que lo siga haciendo en el futuro. En 2010 los mayores de 65 años representaban un 10% sobre el total de la población (INDEC, 2019), guarismo que llegaría al 18% para el 2050 y al 29% en el 2100 (Gráfico N° 4) (Naciones Unidas, 2017). De acuerdo a Chesnais (1990), lo interesante de las proyecciones poblacionales es que anuncian una estabilización en el proceso de envejecimiento entre 2025 y 2065, momento a partir del cual las proporciones de personas por grupos de edad se mantendrán constantes en 5% (entre 0 y 4 años), 20% (5-19), 50% (20-59) y 25% (60 y más).



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial (2019).

**Gráfico N° 4:** Porcentaje de la población por grupo de edad en Argentina (1950-2100)

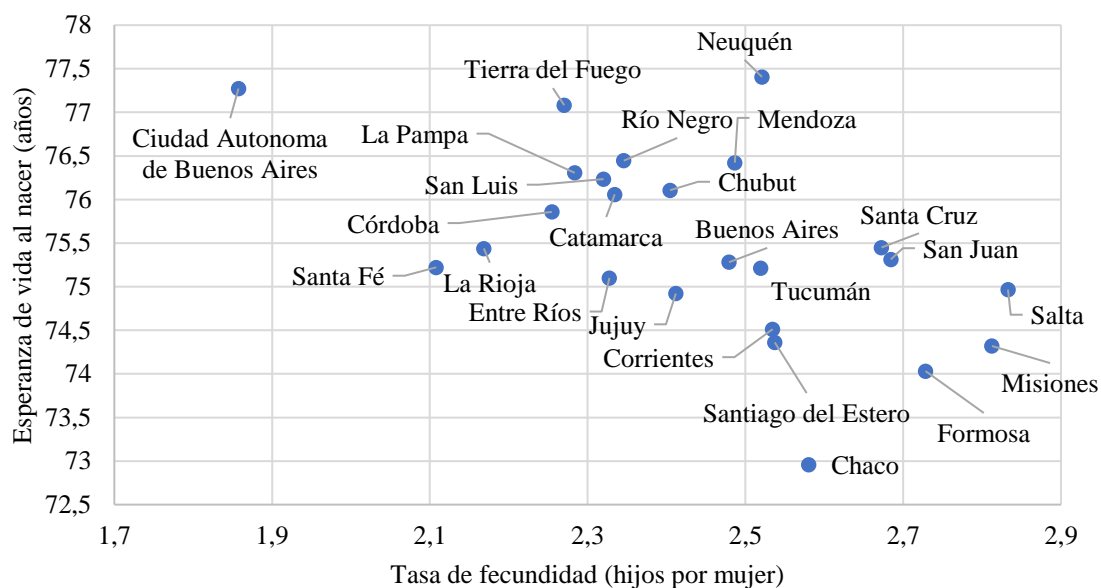


**Fuente:** Elaboración propia en base a INDEC (1989, 2019) y ONU (2017).

A su vez, se observa una marcada heterogeneidad de las variables demográficas según la región del país. El Gráfico N° 5 (página siguiente) muestra un diagrama de dispersión entre la tasa de fecundidad y la esperanza de vida al nacer en las 23 provincias y en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires muestra la tasa de fecundidad más baja del país con un valor de 1,86 nacidos por mujer; es decir, por debajo de la tasa de reemplazo poblacional (Lee, 2003). En el extremo opuesto, la provincia de Salta tiene una tasa de 2,83 hijos por mujer. Asimismo, mientras que la esperanza de vida en Neuquén o en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires supera los 77 años, en Chaco no alcanza los 73.

Naturalmente, una heterogeneidad similar se observa en la proporción de adultos mayores por provincia (Tabla N° 1). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene una proporción de adultos mayores similar a la del promedio de los países de la OCDE, lo que representa al doble de América Latina. Las provincias menos envejecidas presentan características similares al resto de Latinoamérica, siendo un 7% de la población total adultos mayores. Estos resultados implican que Argentina tiene dentro de sus propios límites características de países con envejecimiento avanzado y características de países con envejecimiento moderado o leve, lo cual debe tenerse en cuenta al momento de diseñar políticas.

**Gráfico N° 5:** Tasa de fecundidad y esperanza de vida al nacer por provincias (2010)



**Fuente:** Elaboración propia en base a INDEC (2019).

**Tabla N° 1:** Porcentaje de población mayor a 65 años por provincia (2010)

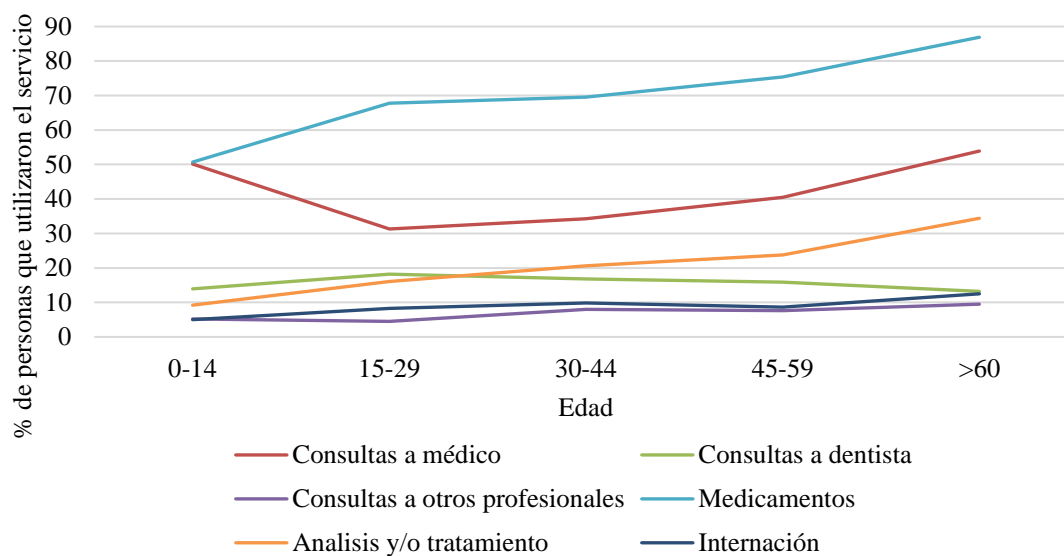
<b>Distrito</b>	<b>Población mayor a 65 años</b>
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	16%
Santa Fe	12%
La Pampa	11%
Córdoba	11%
Buenos Aires	11%
Entre Ríos	10%
Mendoza	10%
<b>Promedio</b>	<b>10%</b>
San Luis	9%
San Juan	9%
Río Negro	9%
Tucumán	8%
Catamarca	8%
Corrientes	8%
Santiago del Estero	8%
Chubut	7%
Jujuy	7%
La Rioja	7%
Salta	7%
Formosa	7%
Chaco	7%
Neuquén	7%
Misiones	6%
Santa Cruz	5%
Tierra del Fuego	4%

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del INDEC (2019).

Como se explicó anteriormente, cuando las personas envejecen aumenta la probabilidad de que exista co-morbilidad o multimorbilidad. Por este motivo el envejecimiento poblacional podría generar un incremento en la demanda de servicios de salud. Estudios realizados en Argentina concluyen que el gasto en salud de los mayores de 65 años duplica al gasto de las personas que tienen entre 14 y 65 años (Jorrat *et al.*, 2008). A su vez, se han detectado mayores niveles de gastos catastróficos en hogares cuyos miembros son adultos mayores (Knaul *et al.*, 2011).

En el año 2010 el Ministerio de Salud de la Nación realizó un informe en base a los resultados de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Entre otras cuestiones, se consultó por la demanda de medicamentos y distintos tipos de servicios médicos en los 30 días previos a la encuesta. En el Gráfico N° 6 se presentan los resultados de dicho informe.

**Gráfico N° 6:** Porcentaje de personas que demandaron servicios médicos en los 30 días previos a ser encuestados, clasificados por edad y por tipo de servicio.



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud (2012).

Como se puede observar, la utilización de servicios de salud se incrementa junto con la edad en todas las áreas excepto en las consultas a dentistas. Con respecto a las consultas médicas, la serie presenta una forma de U. Las edades con mayor necesidad de atención sanitaria son las edades tempranas (0-14 años) y avanzadas (más de 60 años), donde el porcentaje de personas que consultan al médico representa el 50 y 54%, respectivamente.

El consumo de medicamentos crece de forma continua con la edad, llegando la proporción de personas que utilizaron fármacos a un 86% en el caso de los mayores de 60 años. En el caso de las internaciones es relativamente bajo para los menores de 15 años, siendo un 5% las personas de este rango etario que utilizaron el servicio. El ratio es estable para los adultos situándose alrededor del 9%, y tiene un importante incremento para los mayores de 60 años llegando al 12,5%.

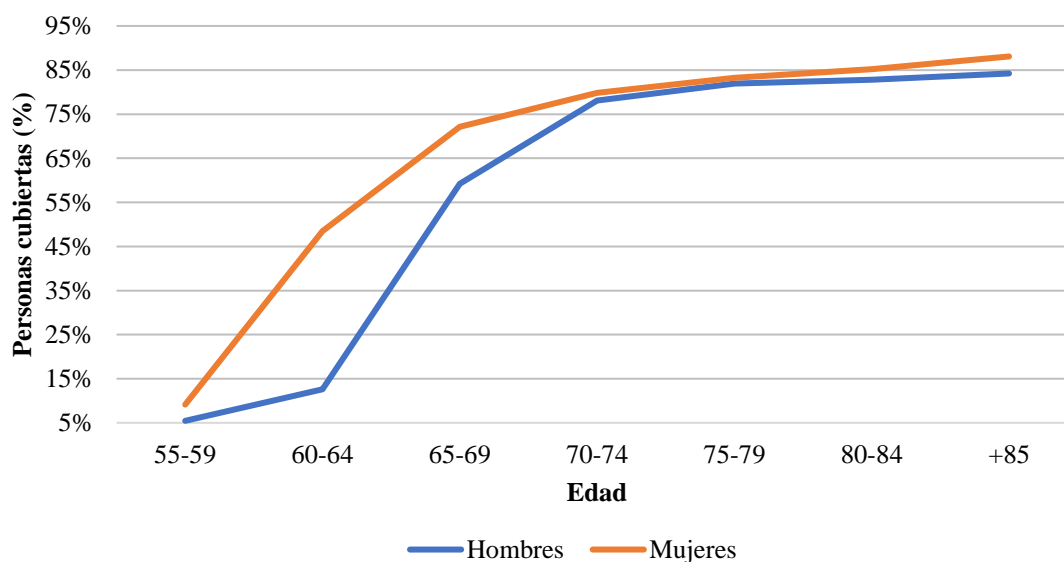
Se concluye que el contexto de envejecimiento poblacional que atraviesa el país, sumado a la mayor demanda de servicios médicos y medicamentos que presentan los adultos mayores, plantea un problema potencial de incrementos en los gastos en salud. En virtud de esto, resulta interesante analizar la situación económica de cada uno de los actores del sistema de atención de la salud de este grupo poblacional.

En la siguiente sección se efectúa una reseña histórica del organismo que funciona como obra social de los jubilados y pensionados en nuestro país, describiendo las características de su funcionamiento actual y las críticas de las que ha sido objeto. Finalmente, se presentan los objetivos del presente trabajo de grado.

## 2.2 El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (en adelante INSSJyP), socialmente conocido como PAMI<sup>1</sup>, fue creado en 1971 con el objetivo de prestar servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud de los beneficiarios del sistema previsional y de su grupo familiar (Ley 19.032, 1971). Por ello, la cobertura del organismo siempre se encontró ligada a la del sistema previsional, que actualmente cuenta con 4,9 millones de beneficiarios entre jubilados, pensionados y familiares a cargo (INSSJyP, 2019), constituyendo la obra social con más afiliados a nivel nacional. El Gráfico N° 7 muestra el porcentaje de personas cubiertas por el INSSJyP en cada rango etario según sexo.

**Gráfico N° 7:** Porcentaje de hombres y mujeres cubiertos por el INSSJyP según rango etario



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del INDEC (2019) y el INSSJyP (2019).

El INSSJyP funciona como un ente descentralizado dependiente de la Secretaría de Salud de la Nación y cubre al 77% de los adultos mayores y al 87% de los mayores de 85 años (Ver anexo 1). Al ser la obra social de los jubilados, la mayor proporción de sus afiliados corresponde a adultos mayores y, en menor proporción, a sus familiares de menor edad (Ver anexo 1). La diferencia en la edad jubilatoria entre hombres (65 años) y mujeres (60 años) explica el comportamiento de las series del Gráfico N° 7. De acuerdo al

<sup>1</sup> Las siglas correspondieron históricamente al llamado Plan de Atención Médica Integral que brindaba el INSSJyP, aunque en 2009 se modificó el significado de sus siglas a: “por una Argentina con mayores integrados”.

Observatorio de la Deuda Social Argentina (2017), el 95% de las personas que usan los servicios del INSSJyP tiene esta obra social como su única cobertura médica.

La creación del INSSJyP en la década del 70 tuvo por objeto complementar los haberes previsionales (generalmente bajos en relación al salario medio de los trabajadores activos) facilitando el acceso a prestaciones de salud (Ley N° 19.032, 1971), entendiendo que son precisamente los adultos mayores quienes conforman el grupo etario que presenta una mayor utilización de servicios de salud. En efecto, la tasa de utilización de los servicios de los afiliados al INSSJyP resulta desde sus primeros años de funcionamiento, superior a la de cualquier otro seguro de salud *“debido a la necesidad de atención de padecimientos crónicos no reversibles, con diversos grados de incapacidad y dependencia definitivos”* (Ley N° 22.245, 1980).

Desde su creación, el INSSJyP contó con fuentes de financiamiento contributivas consistentes en el aporte personal de los propios beneficiarios (6%) y de los trabajadores en actividad (3%). A partir de 1991 se incorporaron también contribuciones patronales (2%). Inicialmente, el INSSJyP fue financiado además con el 10% de lo recaudado por la Lotería Nacional y con el 3 y hasta el 10% de los ingresos brutos del sistema previsional. En los considerandos de las normas que modificaron las fuentes de financiamiento se alegaba el *“incremento del costo de los servicios brindados, en especial los médico-asistenciales”* (Ley N° 22.245, 1980). Entre los factores que explicaban el constante aumento del costo asistencial se consideraba *“el descubrimiento y desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento, que incluyen la utilización de equipos e instrumental sumamente complejos y de alto costo y que requieren personal especializado, el empleo masivo de nuevas drogas, el uso más generalizado de prótesis y las crecientes expectativas de la población respecto de la atención de su salud”* (Ley N° 22.245, 1980).

Los afiliados al INSSJyP (4,9 millones) representan una décima parte de los afiliados a Medicare (49,5 millones) en Estados Unidos, única institución comparable por su población objetivo focalizada en adultos mayores. De acuerdo a Lloyd (2003), el INSSJyP ofrece una lista de servicios que excede a la proporcionada por seguros de salud en la mayoría de los países desarrollados; sin embargo, su gasto por afiliado representa un décimo del correspondiente a Medicare en Estados Unidos. Esta discrepancia podría



causar a una brecha entre la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos y los efectivamente percibidos por los afiliados.

En este sentido, se han vertido diversas críticas al INSSJyP, entre las cuales resaltan: i) que los servicios que presta tienen un fuerte sesgo curativo, con niveles desproporcionados de gasto en medicamentos y servicios especializados, ii) que las distintas intervenciones realizadas desde 1991 con el objetivo de optimizar la asignación de sus recursos (con el Banco Mundial como principal promotor de las mismas) fracasaron por los numerosos delitos de corrupción ocurridos al interior del instituto, iii) que el sistema de contratación resulta ineficiente y difícil de controlar: *“el sistema laberíntico de contratos entre el INSSJyP y los proveedores de servicios crea amplias oportunidades para la negligencia”* (Lloyd, 2003), iv) que la ausencia de regulación ha permitido niveles de calidad muy desiguales de los servicios prestados, v) y que las crecientes deudas acumuladas por el organismo con sus proveedores en distintos momentos históricos fragilizaron la institucionalidad de INSSJyP a punto tal que muchos profesionales se niegan a ser proveedores del organismo por falta de confianza en el cumplimiento de los contratos.

En Argentina el conjunto de servicios, productos, instituciones, regulaciones y personas involucradas en el sistema de salud generó un movimiento de recursos del 6,8% del PBI en el 2015 (OMS, 2019). De acuerdo a la OMS (2010), una aproximación conservadora indicaría que entre el 20% y el 40% de los recursos destinados al sector salud son malgastados. Esta estimación da lugar a una potencial mejora de los resultados alcanzados con los recursos que actualmente se destinan al financiamiento del sector. En particular, una de las fuentes de ineficiencia podría originarse en el diseño de los contratos y los mecanismos de pagos acordados entre financiadores y prestadores de servicios. Estos mecanismos adquieren importancia debido a los incentivos que los mismos generan en relación a la calidad y cantidad de prestaciones que finalmente serán provistas al paciente asegurado.

### **3. Metodología**

En lo que respecta al primer objetivo, se revisa la literatura acerca de mecanismos de pago y problemas de información asimétrica en el mercado de bienes y servicios de salud, con el objetivo de describir cuáles son los incentivos que, de acuerdo a la teoría económica, generan los distintos tipos de contratos entre proveedores y financiadores.

Para describir la evolución de los mecanismos de pago implementados por el INSSJyP se efectúa un análisis de las resoluciones que dan lugar a las relaciones contractuales entre el INSSJyP y los prestadores del sistema de salud. Se evalúan tanto los aspectos resolutivos como los argumentos que motivaron las sucesivas modificaciones de los mecanismos de pago, señalando en cada caso los incentivos que, de acuerdo a la literatura, generarían esas modificaciones en la cantidad y calidad de los bienes y servicios ofrecidos por los proveedores.

Por último, para interpretar el impacto económico de los mecanismos de pago implementados en los contratos acordados entre el INSSJyP y el HMBB durante el período 2016-2017 se analiza la evolución de los ingresos y los costos incurridos por los servicios brindados en el área de internación a los pacientes afiliados al INSSJyP, y el porcentaje de costos cubiertos por los ingresos devengados. Para acceder a la información necesaria se consultó al profesional contable la dirección del HMBB.

Se obtuvo información sobre los egresos monetarios hospitalarios discriminados por la cobertura de los pacientes, identificando los correspondientes a afiliados del INSSJyP. Además se obtuvieron datos de facturación mensual del HMBB al INSSJyP correspondientes al nivel II de atención. En dicho nivel se agrupan las prestaciones realizadas bajo la modalidad de internación y los servicios correspondientes a radiología, eco-diagnóstico laboratorio y fisio/kinesioterapia para pacientes internados, según se establece en el Nomenclador Único de Prácticas Médicas del Instituto (INSSJyP, 2019). Si bien, el HMBB también provee servicios de cirugía laparoscópica los mismos no fueron tenidos en cuenta por tener una cápita asignada distinta a las prestaciones del nivel II y por su escasa relevancia económica (ver Anexo 2). Se consideraron únicamente los ingresos devengados por la atención de la cápita asignada. Por último, se obtuvieron los costos correspondientes al nivel II de atención para el año 2017. Estos incluyen gastos de internación, quirófano, material descartable, otros materiales usados en intervenciones

quirúrgicas, pagos a los médicos y servicios intermedios como radiología, ecografía y tomografía.

Una limitación de este estudio es que no se contó con gastos incurridos durante el año 2016. Para su estimación se calculó el costo promedio de los pacientes atendidos en el año 2017, se lo deflactó según el índice de precios del sector salud para la región (INDEC, 2019), y se multiplicó por la cantidad de pacientes atendidos en el año 2016.

## **4. Resultados**

### **4.1 Mecanismos de pago a proveedores de servicios de salud y problemas de información asimétrica**

Si bien el mercado de servicios del cuidado de la salud comparte varias características con otros mercados, presenta algunas particularidades que lo diferencian sustancialmente del resto. Tales particularidades pueden generar ineficiencias en su funcionamiento. Entre dichas particularidades se pueden incluir: i) la importante injerencia del Estado; ii) la presencia de incertidumbre, abarcando desde la aparición aleatoria de las enfermedades de los individuos hasta la dificultad de determinar la efectividad de los tratamientos; iii) la presencia de externalidades; es decir, acciones realizadas por los individuos que generan costos y beneficios que no son tenidos en cuenta por los mismos al momento de la toma de decisiones y iv) problemas de información asimétrica generados por la diferencia de información existente entre el médico y el paciente sobre los productos o servicios adquiridos y sus potenciales beneficios (Phelps, 1997).

En particular, los problemas de información asimétrica se verifican en la medida que los pacientes demandan prestaciones según lo determine un profesional médico, teniendo el paciente muy poco poder de decisión sobre la demanda de servicios de atención médica. Si adicionalmente se incluye, como suele suceder, un intermediario que funcione como financiador de la prestación, pudiéndose tratar de una obra social o empresa de medicina prepaga, el problema de información se traslada a la relación entre el financiador y el prestador (Buglioli, *et al*, 2002; Maceira, 1998).

La esencia de los contratos es generar incentivos para obtener el esfuerzo de un individuo u organización (habitualmente denominado principal) para inducir y premiar ciertos comportamientos en otro (denominado agente). De esta manera, a través del diseño de los mecanismos de pago los tomadores de decisión y gestores del sistema de cuidados de la salud pueden incentivar a los prestadores a alterar sus conductas y por lo tanto, modificar: i) la productividad y calidad de las prestaciones, ii) la composición y distribución de la oferta de servicios, iii) la previsibilidad y el control de los costos de atención y iv) las formas de vinculación entre médico y paciente, entre otros (Buglioli, *et al.*, 2002; Tobar *et al.*, 1998).

Los mecanismos de pago pueden ser evaluados considerando dos dimensiones: los incentivos que generan a la prestación de servicios y la distribución del riesgo financiero

(Alvarez, *et al.*, 2000). En el pago capitado, la institución percibe una suma fija por paciente asignado independientemente de la demanda que el mismo realice, por lo que se genera incentivos para brindar la menor cantidad de prestaciones posibles, respetando un mínimo de calidad y de oferta. En el extremo opuesto, el sistema de pago por prestación puede generar demanda innecesaria facilitando la sobreprestación, ya que cuanto más prestaciones sean brindadas mayores serán los ingresos para la institución (Martín Martín, 2015).

En cuanto a la distribución del riesgo, el mecanismo de pago capitado coloca todo el riesgo de enfrentar grandes gastos sobre el responsable de la atención, dado que el financiador no tendrá que desembolsar cantidades extra de dinero en periodos de gasto elevado, pues el pago por paciente es una suma fija. En cambio, el sistema de pago por prestación transfiere el riesgo al financiador que, ante contingencias que produzcan costos elevados, tendrá mayores erogaciones (Buglioli *et al.*, 2002).

Dadas las críticas que han recibido cada uno de estos sistemas puros de pago, se han diseñado modelos intermedios. Tanto en la atención hospitalaria como la atención ambulatoria, distintas instituciones (como seguros de salud, asociaciones profesionales y servicios integrados de salud) están experimentando con mecanismos de pago mixtos que generen incentivos a la prestación eficiente, combinados con mecanismos para el control del gasto, con la convicción de que una combinación razonable de las formas de pago puede conseguir niveles de eficiencia y calidad superiores que un modelo puro de pago (Roland y Campbell, 2014; Peiró y García Altés, 2008; Doran *et al.*, 2006; Badia y Puelles, 2000; Robinson, 2000).

El INSSJyP, además de proveer ciertos bienes y servicios a sus afiliados, desempeña un importante rol como intermediario entre el paciente que recibe el servicio y el proveedor que recibe una contraprestación por los mismos. Por tal motivo, genera un típico caso de problema de información, trasladado desde la relación paciente-prestador hacia la relación asegurador-prestador. Los mecanismos de pago habitualmente utilizados por el INSSJyP son pago por prestación, por capitación o una combinación de ellos. Diferentes estudios plantean las dificultades que enfrentan los proveedores de servicios por los mecanismos de pago implementados en el INSSJyP tales como: i) subsidios cruzados entre el INSSJyP y los proveedores públicos, ii) racionamiento de servicios a través de

listas de espera, iii) restricciones al acceso de proveedores privados (Aleixechuk *et al.*, 2013; Moscoso y Clark, 2010; Cervellino *et al.*, 2003).

En la siguiente sección se describen los mecanismos de pago implementados por el INSSJyP entre el 2004 y el 2018 con el objetivo de explorar los resultados esperados de acuerdo a la teoría de los contratos, en relación a los incentivos que generarían en los proveedores de bienes y servicios del sector salud.

#### **4.1.1 Mecanismos de pago usados por el INSSJyP entre el 2004 y el 2018**

En el año 2004 el Instituto estaba vinculado a sus prestadores por un mecanismo de pago capitado. Los prestadores que brindaban servicios a afiliados de la institución estaban experimentando un incremento en los costos de atención y reclamaban al Instituto aumentos en los valores que recibían por paciente. En ese momento la dirección del organismo estableció un incremento en el valor de las cápitas, condicionado al cumplimiento de un esquema de metas (Res. INSSJyP 458, 2004). Entre los objetivos se incluían límites en el tiempo de otorgamiento de turnos, estándares mínimos de las prestaciones en un determinado periodo y la eliminación de prácticas indebidas como el cobro de adicionales o rechazos injustificados de pacientes (Ver anexo 3). La intención de este esquema era generar un incentivo a brindar servicios de calidad, en oposición a la tendencia hacia la subprestación típica del sistema capitado puro.

En agosto del año 2005 el organismo impulsó un nuevo esquema de incentivos reconociendo la existencia de una demanda contenida que no había podido ser corregida con el esquema de metas (Res. INSSJyP 1060, 2005). Se mantuvo el sistema de pago capitado estableciendo un valor por paciente para todo el país, exceptuando a la región patagónica que percibiría un 20% más, dado los mayores costos que enfrentaba. El importe por paciente que recibirían los prestadores podría variar de acuerdo a dos esquemas de incentivos. Por un lado, percibirían un adicional por enviar correctamente la información requerida por las áreas técnicas del Instituto (Ver anexo 4). Además, existiría un pago adicional condicionado a la prestación efectiva por encima de una tasa de incentivo. Dicha tasa consistía en una cantidad mínima de prestaciones cada 1.000 beneficiarios asignados al efector. La tasa de incentivo fue determinada para las distintas especialidades de los niveles I, II y III de atención (Ver anexo 5). Los servicios que se brindaran por encima de dicha tasa serían pagados por acto. De esta forma, se intentaba morigerar los incentivos a la subprestación propios del sistema capitado puro, ya que existían incentivos a la prestación de diversos servicios y prácticas de salud, tanto antes de alcanzar dicha tasa de incentivo como una vez superada la misma.

Entre el año 2005 y el año 2010 la realidad del instituto tuvo grandes cambios cuantitativos. La cantidad de afiliados aumentó en más de dos millones de personas como consecuencia de la puesta en marcha del Plan de Inclusión Previsional, razón por la cual se incrementó el uso efectivo de las prestaciones en un 214% (Res. INSSJyP 349, 2011).

La nueva escala de los costos del organismo generó la necesidad de instrumentar mecanismos de pago más complejos que reflejen la utilización real de los servicios de cada prestador.

En el año 2011 se implementó una modificación en los incentivos a la prestación. Se realizaría la construcción de un perfil prestacional que determinaría la tasa de incentivo de cada prestador. Las variables que conformaban el perfil eran: i) la tasa de uso del periodo, ii) la tasa de uso a nivel regional, iii) la tasa de uso histórica del prestador y iv) la tasa de uso histórica de la región. De esta forma, la cantidad de prestaciones exigidas estaría contemplando: i) la existencia de estacionalidad, al contemplar las tasas de uso históricas y ii) los aumentos o disminuciones en la demanda no previstas, al contemplar las tasas de uso regionales en el periodo. Como se expone en la Tabla N° 2, el valor de la cápita percibido por el prestador era el resultado de comparar la tasa de incentivo con la tasa de uso del periodo.

**Tabla N° 2:** Umbrales de pago según tasa de uso y tasa de incentivo

Tasa de uso / Tasa de incentivo	Pago
Inferior a 40%	Pago por prestación
Entre 40% y 60%	60% del valor de la cápita
Entre 60% y 80%	80% del valor de la cápita
Entre 80% y 100%	100% del valor de la cápita

**Fuente:** Elaboración propia en base a normativas del INSSJyP.

Tanto el esquema de metas introducido en el 2005 como el sistema de incentivos diseñado en el año 2010 necesitaban contar con una gran cantidad de datos para la estimación precisa de las tasas de uso y tasas de incentivo. Por tal motivo, la cantidad de datos con las que contaba el organismo aumentó en este periodo en un 926% (Res. INSSJyP 349, 2011). El incremento tuvo dos causas principales: en primer lugar, la existencia de un pago específico por la transmisión de información y en segundo lugar por las importantes disminuciones que podrían sufrir los efectores en los valores de la cápita, si comunicaban de forma incompleta los servicios brindados. Los incentivos a la transmisión de datos del prestador al financiador buscaban disminuir la asimetría de información para atenuar los efectos negativos enunciados anteriormente.

En el año 2013 el instituto implementó el pago por prestación con cartera asignada para los niveles I, II y III de atención (Res. 687 y 846 INSSJyP, 2013). Los afiliados seguirían



teniendo un prestador asignado pero la forma de pago sería por cada prestación, efectuada de acuerdo a lo establecido en el nomenclador de prácticas médicas. El objetivo que perseguía el organismo con esta modificación era eliminar los tiempos administrativos que eran necesarios para el cálculo de la tasa de incentivos. Además, en los casos en que un paciente por una cuestión geográfica o técnica debía ser tratado por un efector distinto al que tenía asignado, era necesario activar procedimientos complejos para liquidar las prestaciones bajo un sistema de pago capitado (Res. 687 INSSJyP, 2013). Este nuevo sistema significaba un potente incentivo a la prestación, sin embargo, no estaba combinado con mecanismos que intentaran evitar la sobreprestación típica de este tipo de mecanismo de pago.

En el año 2017 el instituto realizó un nuevo cambio en los mecanismos de pago. Rescindió unilateralmente todos los contratos de pago por prestación para los niveles I y II, retomando el mecanismo de pago capitado que funcionaba en el año 2005 (Res. 395 INSSJyP, 2017). En este caso eliminó los incentivos a la prestación y la transmisión de datos (Res. 416 INSSJyP, 2017), conformando un sistema de pago capitado puro. El cambio de mecanismo significó una herramienta importante para el control del gasto, pero carecía de elementos que incentivarán a brindar prestaciones en calidad y cantidad.

Bajo el nuevo esquema, los prestadores del nivel II fueron categorizados en base a dos dimensiones: la cantidad total de camas y el nivel de complejidad. Según la cantidad total de camas, podrían clasificarse en 1 (entre 0 y 49 camas), 2 (entre 50 y 90 camas) o 3 (más de 91 camas). La complejidad se establecería según un ratio calculado entre la cantidad de camas en la unidad de terapia intensiva y el total de camas que podría tomar los valores: 1 (entre 0% y 15%), 2 (entre 16% y 25%) y 3 (más de 25%). De acuerdo a las distintas combinaciones de niveles de complejidad y cantidad de camas los prestadores se categorizaron de la manera indicada en la Tabla N° 3 (página siguiente).

Los valores de las cápitás fueron establecidos inicialmente en \$200,92, \$270,92 y \$340,92 para las categorías A, B y C. Sin embargo, en un principio el INSSJyP estableció que los hospitales públicos de ámbitos municipales, provinciales y/o nacionales, serían automáticamente categorizados como “A” (Res. 416 INSSJyP, 2017). Esta modificación supone una medida efectiva para el control del gasto.

**Tabla N° 3:** Categorización de prestadores del segundo nivel

		Cantidad total de camas		
		1	2	3
Complejidad del Prestador	1	A	B	B
	2	B	B	C
	3	B	C	C

**Fuente:** Elaboración propia en base a normativas del INSSJyP.

En síntesis, desde el punto de vista del INSSJyP, los contratos implementados con los proveedores de servicios médicos han perseguido diferentes objetivos en distintos períodos de tiempo. Entre los años 2005 y 2010 el principal objetivo fue combinar el sistema capitado con incentivos a la prestación para eliminar la demanda contenida. En el año 2013 el objetivo fue simplificar procedimientos administrativos y brindar grandes incentivos a la prestación, resignando el control sobre el gasto. Por último, a partir de 2017 se consideró como objetivo primordial el control y la previsibilidad del gasto.

En la siguiente sección se presenta el impacto económico de los contratos implementados por el INSSJyP entre los años 2016 y 2017, desde el punto de vista de un proveedor público del segundo nivel de atención. En particular se verificará si el proveedor en cuestión fue capaz de cubrir los costos generados por la atención de los afiliados al INSSJyP con los recursos recibidos por dicho organismo en concepto de pago por cápitás.

## 4.2 Caso de estudio: impacto económico de las internaciones de afiliados al INSSJyP en el Hospital Municipal de Bahía Blanca

El Hospital Municipal de Bahía Blanca “Dr. Leónidas Lucero” fue fundado en 1889 durante la gestión del intendente Luis Caronti. Cuenta con 139 camas, distribuidas de la siguiente manera: 38 en Clínica Quirúrgica, 40 en Clínica Médica, 23 en Pediatría, 17 en el Servicio de Emergencias, 13 en la Unidad de Terapia Intensiva y 8 en Hospital de Día (HMBB, 2018). Su objetivo es brindar atención a la población de Bahía Blanca, priorizando a las personas que no cuentan con ningún tipo de cobertura. De acuerdo a la encuesta permanente de hogares correspondiente al tercer trimestre de 2018 en el aglomerado de Bahía Blanca, esas personas representan aproximadamente un 26% de la población total de la ciudad (INDEC, 2018). Sin embargo, en la práctica el HMBB presta servicios tanto a pacientes sin cobertura como a pacientes cubiertos por las distintas entidades de la seguridad social (Aleixechuk *et al.*, 2013).

Durante la totalidad del periodo de estudio el HMBB mantuvo una relación contractual con el INSSJyP que ha funcionado bajo los mecanismos de pago descriptos. El sistema de pago por prestación que funcionaba desde el año 2013 fue modificado por las autoridades de la obra social en abril del 2017, estableciendo un mecanismo de pago capitado.

Según la Res. 416 del INSSJyP del año 2017, el HMBB corresponde a la categoría “A”, por lo que fue contratado inicialmente con un valor per cápita de \$200,92. Sin embargo, a partir de julio de 2017, el hospital consiguió que se le asignara la categoría “B”. A su vez, el INSSJyP decidió implementar una actualización escalonada compuesta por un incremento en los valores de las cápitas del 9% en julio, un 5% en agosto y un 6% en septiembre, lo que representa un incremento total del 20% en 2017 (Tabla N° 4) (Res. 752 INSSJyP, 2017).

**Tabla N° 4:** Valor de la cápita para prestadores del nivel II categoría “B”

	Julio 2017	Agosto 2017	Septiembre 2017
Valor de la cápita	\$ 295,30	\$ 308,85	\$ 325,10

**Fuente:** Elaboración propia en base a normativas del INSSJyP.

La Tabla N° 5 expone los montos facturados por el HMBB al INSSJyP con los costos de las prestaciones brindadas a sus afiliados en los años 2016 y 2017, indicando en cada caso el mecanismo de pago vigente.

**Tabla N° 5:** Facturación y costos atribuibles a la cartera asignada del INSSJyP.  
Años 2016/2017

<b>Año</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Mecanismo de pago	Por prestación	Por prestación (hasta abril) Capitado (desde mayo)
Promedio de pacientes asignados	9.389	10.313
Facturación	\$19.650.176,31	\$27.348.327,11
Costos	\$39.604.178,84	\$50.471.915,14
Superávit/déficit	\$ -19.954.002,53	\$ -23.123.588,03
<b>% de costos cubiertos</b>	<b>50%</b>	<b>54%</b>

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos provistos por el HMBB.

En ninguno de los años analizados los montos facturados por el HMBB alcanzaron a cubrir los costos incurridos por la atención en el área de internación de los pacientes del INSSJyP. En particular, en el año 2016 los ingresos recibidos financiaron en promedio solo el 50% de su costo. En el año 2017 (en el cual se implementa el pago por capitación) se registra una leve mejora en el resultado económico respecto del año 2016, dado que el porcentaje de los costos cubiertos se incrementa en un 4%.

Dado el déficit observado en ambos años, y considerando que a mediados del año 2017 se implementó un mecanismo de pago capitado, resulta relevante determinar cuál debería haber sido el valor teórico de la cápita de forma tal de cubrir la totalidad de los costos incurridos. Tomando como referencia los costos del año 2017, en los 1.880 casos atendidos y el promedio de pacientes asignados en ese periodo, dicho monto debería haber sido establecido en \$ 407,83.

En virtud de lo comentado anteriormente, hasta julio de 2017, la cápita recibida por el hospital alcanzaba los \$200,92, luego entre julio y septiembre el valor de la cápita fue de 299,32, para luego aumentar hasta su valor actual de \$329,55. Si bien este valor representa una mejora sustancial respecto de la situación inicial, sólo equivale al 80% de la cápita teórica que permitiría el recupero del total de los costos incurridos. Esto implica que, en caso de no haber un nuevo ajuste en el valor de la cápita, los ingresos del HMBB obtenidos por la atención de la población cubierta por el INSSJyP seguirán siendo menores que los costos derivados de dicha atención.

El hecho que los montos facturados al INSSJyP por el HMBB no alcancen a cubrir los costos de las prestaciones provistas a sus afiliados indica la existencia de un subsidio desde el sector público de la salud al sector de la seguridad social. Este tipo de subsidios ya fue estudiado en el Hospital Municipal de la ciudad de Bahía Blanca por Moscoso y Clark (2010), quienes evaluaron esta transferencia de fondos en los procesos de internación de todos los pacientes (cualquiera sea su edad) que fueron atendidos por las patologías prevalentes: apendicetomía, colecistectomía y neumonía en el periodo 2004 a 2008. Las autoras observan que los montos pagados por la seguridad social (cualquiera sea la aseguradora) no cubrieron los costos incurridos por el hospital. Dado que el estudio se restringe a los 790 pacientes internados por las tres patologías mencionadas, el monto del subsidio podría ser substancialmente mayor si este fenómeno se verificara en otros diagnósticos de internación.

Posteriormente, Aleixechuk *et al.* (2013) evaluaron los recursos que debió subsidiar el Estado por los pacientes que pertenecían al INSSJyP y fueron internados entre 2007 y 2010, periodo en el que el mecanismo de pago era capitado. Las autoras encontraron que el valor recuperado por el hospital en concepto de cápitras fue inferior al costo generado por la atención de los pacientes, generando un déficit en perjuicio de la institución proveedora.

Si bien desde la teoría económica el pago capitado puede incentivar menores niveles de provisión de servicios, nuestro caso de estudio no se propuso comprobar la adecuación de la calidad y cantidad de prestaciones efectivamente utilizadas por los afiliados al INSSJyP bajo la implementación de los mecanismos de pago vigentes en el período analizado.

Los resultados obtenidos solo indican que bajo los dos tipos de mecanismo de pago propuestos por el instituto, el HMBB no logra financiar sus costos, excluyendo del análisis la medición de la eficiencia técnica en el proceso de producción de los servicios de internación. Sin embargo, la relevancia del resultado obtenido se da en la medida que dependiendo de la capacidad de financiamiento que tenga el proveedor el acuerdo de un contrato bajo el sistema capitado que no cubra los costos puede dar lugar a listas de espera que permitan el racionamiento de la atención hasta el punto que asegure la viabilidad económica o punto de equilibrio. Naturalmente, este tipo de decisiones pondría en riesgo la atención oportuna de los pacientes afiliados al INSSJyP, mejorando la sustentabilidad

del proveedor a costa de empeorar el acceso efectivo a la atención de la salud de los adultos mayores protegidos por el instituto.

## 5. Conclusiones

El proceso de envejecimiento poblacional plantea grandes desafíos a los sistemas que deben mantener el estatus de salud de la población. En Argentina, el incremento de la población envejecida impone en la agenda de los gestores de los servicios salud la planificación económica de la provisión de servicios para la atención de los adultos mayores. Esto permitirá, entre otros beneficios, diseñar mecanismos de pago a los prestadores de servicios médicos que permitan garantizar su adecuado financiamiento y, al mismo tiempo, brindar atención de calidad.

El mecanismo de pago diseñado para financiar a los proveedores de bienes y servicios de salud puede tener un gran impacto en la gestión de los mismos en la medida que generan diferentes incentivos con respecto a la productividad y calidad de las prestaciones, la composición y/o la distribución de la oferta de servicios. Los mecanismos de pago pueden clasificarse en pagos por prestación, por capitación o una combinación de ellos. Los mecanismos de pago por prestación generan incentivos a aumentar la cantidad de servicios brindados, ocasionando mayor satisfacción de los pacientes. Las desventajas de este sistema son los incentivos a la realización de prácticas innecesarias y la falta de incentivos a la prevención. En cuanto al mecanismo de pago capitado, se trata de una importante herramienta para controlar gastos, pero puede generar incentivos a la subprestación de servicios. Los distintos autores analizados consideran conveniente el diseño de mecanismos de pago que combinen los beneficios de cada sistema y atenúen sus desventajas.

En particular, el INSSJyP implementó entre el 2004 y 2013 un sistema capitado combinado con incentivos (establecidos en base a distintas metas a cumplir) a brindar servicios para atenuar la tendencia a la subprestación que caracteriza a dicho sistema. Asimismo, se implementaron incentivos a la transmisión de datos estadísticos, principalmente por los requerimientos de información que tenía el sistema de incentivos. A partir del año 2013, por las dificultades técnicas que presentaba este sistema mixto de pago, se estableció el pago por prestación y luego, a partir de abril del año 2017, se retornó al sistema capitado para poner énfasis en controlar el nivel de gasto.

El análisis del impacto económico que generaron los contratos entre el INSSJyP y el HMBB, demuestra que en el periodo estudiado el hospital no pudo cubrir los costos de atención de los pacientes cubiertos por el instituto. Los importes facturados representaron

solo los recursos para financiar el 50% y 54% de los costos incurridos en 2016 y 2017, respectivamente. Este resultado estaría indicando la presencia de subsidios cruzados desde los recursos municipales que financian un hospital hacia los recursos nacionales que, en teoría financian un subsistema de la seguridad social, tal como ya han concluido otros autores.

Estos antecedentes revelan que la situación deficitaria observada en el HMBB, en tanto y en cuanto representativa de las condiciones enfrentadas por otros hospitales públicos municipales o provinciales con igual nivel de complejidad y capacidad similar, es un fenómeno capaz de generar importantes subsidios cruzados desde el sector público hacia el sector de la seguridad social, ocasionando un desfinanciamiento de la atención de la salud pública que impacta directamente en la capacidad de acceso de la población sin recursos ni seguro de salud, principales demandantes de los servicios públicos.

Los resultados de este trabajo deben ser evaluados teniendo en cuenta las siguientes limitaciones, las cuales se constituyen en futuras líneas de acción. En primer lugar, resulta interesante ampliar el periodo de análisis con el objetivo de verificar el impacto en la situación financiera del HMBB cuando ocurren cambios en los mecanismos de pago. Por otro lado es relevante replicar este estudio para proveedores del segundo nivel de atención del sector privado. De esta forma, se podría evaluar si el carácter público o privado reviste importancia en los resultados económicos de las instituciones que tengan vínculos contractuales con el INSSJyP. También es relevante evaluar la situación de proveedores públicos que no posean un convenio con el instituto. En este último caso, los prestadores brindan servicios a afiliados pero los valores percibidos y los mecanismos de pago pueden diferir. Por último, sería interesante evaluar si los servicios de internación bajo análisis se encuentran operando en condiciones de eficiencia técnica, pues podría darse el caso de que los servicios prestados no se estuvieran produciendo a los menores costos posibles.



## Referencias bibliográficas

- Aboderin, I. (2010). Understanding and advancing the health of older populations in sub-Saharan Africa: policy perspectives and evidence needs. *Public Health Reviews*, 32(2), 357-376.
- Ahn, N., Meseguer, J. A., y San Miguel, J. A. H. (2003). Gasto sanitario y envejecimiento. *Documentos de Trabajo de la Fundación BBVA*, (7).
- Aleixechuk C., Clark M. y Temporelli K. (2013). Formas de pago y subsidios cruzados en los hospitales públicos: El caso del convenio capitado del hospital «Dr. Leónidas Lucero» de la ciudad de Bahía Blanca con PAMI. *Revista Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal*, 21, 125-141.
- Álvarez, B., Pellisé, L., y Lobo, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 8(1/2), 55-70
- Araujo de Carvalho, I. y Epping Jordan, J. (2015). Sistemas de salud. En Organización Mundial de la Salud (Ed.), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (pp. 91-131). Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
- Badía J. G. y Puelles P. G. (2004). Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Atención Primaria*, 34(4), 198-201.
- Banco Mundial (2010). *Informe sobre la salud en el mundo*. Disponible en <https://www.who.int/whr/2010/es/>
- Banco Mundial. (2019). Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/>
- Beard, J. y Chatterji, S. (2015). La salud en la vejez. En Organización Mundial de la Salud (Ed.), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (pp. 43-90). Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
- Bryant, J. y Sonerson, A. (2006). Gauging the cost of aging. *Finance and Development*. 43(3), 48-50.
- Buglioli, M., Gianneo, O., y Mieres, G. (2002). Modalidades de pago de la atención médica. *Revista Médica del Uruguay*, 18(3), 198-210.
- Casado Marin, D. (2001). Effects of population aging on health care expenditure: myths and facts. *Gaceta sanitaria*, 15(2), 154-163.
- Castells, X., Mercadé, L. y Riu, M. (2002). Envejecimiento y utilización hospitalaria. *Informe Sespas*, 495-570.

- Cervellino J., Corazza S., Bignone I., Fligman D., Figueroa S., Roldán R., Morici P. y Diez R. (2003). Transferring the financial risks of pharmaceutical benefits from a large health care provider in Argentina to a consortium of pharmaceutical companies. *Pan American Journal of Public Health*, 13(4), 203-213.
- Chesnais, J (1990). *El proceso de envejecimiento de la población*. Centro latinoamericano y caribeño de demografía.
- Doran T., Fullwood C., Gravelle H., Reeves D., Kontopantelis E., Hiroeh U. y Roland M. (2006). Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 355, 375-384.
- Dormont, B., Grignon, M. y Huber, H. (2006). Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health economics*, 15(9), 947-963.
- Gandjour, A. (2014). Health care expenditures from living longer—how much do they matter. *The International journal of health planning and management*, 29(1), 43-51.
- Gragnotati M., Rofman R., Apella I. y Troiano S. (2014) en Banco Mundial (ed.), *Los años no vienen solos: oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina* (pp. 13-51). Buenos Aires, Argentina: Banco Mundial.
- Harper, S. y Hamblin, K. (2014). *International handbook on ageing and public policy*. Oxford Institute of Population Ageing, University of Oxford, Reino Unido.
- Hoover, D. R., Crystal, S., Kumar, R., Sambamoorthi, U. y Cantor, J. C. (2002). Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health services research*, 37(6), 1625-1642.
- INDEC (1989). *Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025*. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/9122>
- INDEC (2019). Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/>
- INSSJyP (2019). Nomenclador Único de Prácticas Médicas del Instituto. Disponible en [https://prestadores.pami.org.ar/bot\\_nomenclador\\_unico.php](https://prestadores.pami.org.ar/bot_nomenclador_unico.php)
- INSSJyP (2019). Disponible en <https://gobiernoabierto.pami.org.ar/>.
- Jorrat, J. R., Fernández, M. D. L. M., & Marconi, E. H. (2008). Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005: comparaciones internacionales de diferenciales socio-económicos en salud. *Salud colectiva*, 4, 57-76.

- Kardamanidis, K., Lim, K., Da Cunha, C., Taylor, L. K. y Jorm, L. R. (2007). Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 383-386.
- Knaul, FM; Wong, R.; Arreola-Ornelas, H.; Méndez, O. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean countries. *Salud pública de México*, 53 (2), p. 85-95.
- Lee, R. (2003). The demographic transition: three centuries of fundamental change. *Journal of economic perspectives*, 17(4), 167-190.
- Lloyd Sherlock, P. (2003). Financing health services for pensioners in Argentina: a salutary tale. *International Journal of Social Welfare*, 12(1), 24-30.
- Maceira, D. (1998). *Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional Aportes para un programa de investigación en países en desarrollo*. CEDES, Documento de Trabajo. Recuperado de <http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/economia/1998/5086.pdf>
- Marengoni A., Angleman S., Melis R., Mangialasche F., Karp A., Garmen A., Meinow B. y Fratiglioni L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing research reviews*, 10(4), 430-439.
- Marik, P. E. (2015). The cost of inappropriate care at the end of life: implications for an aging population. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(7), 703-708.
- Martín Martín, J., J. (2015). Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud. *Presupuesto y gasto público*, (79), 149-162.
- Ministerio de Salud. (2012). *Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud*. Recuperado de <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie10Nro21.pdf>.
- Moscoso N. y Clark M. (2010). Relevancia de la estimación de costos para la gestión hospitalaria. *Revista Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal*, 10(15), 1-13.
- Naciones Unidas (2017). Disponible en <https://population.un.org/wpp/>.
- Observatorio de la Deuda Social Argentina (2017). *Las condiciones de salud de las personas mayores*. Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, Serie del Bicentenario. Buenos Aires: Educa. Disponible en <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/2017-Observatorio-Personas-Mayores-Boletin-N2-Condicion-Salud.pdf>.

- Oliver, D., Foot, C. y Humphries, R. (2014). *Making our health and care systems fit for an ageing population*. King's Fund.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/>
- Peiró S. y García Altés A (2008). Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. *Gaceta Sanitaria* 22(1), 55-143.
- Pérez Díaz, J. (1998). La demografía y el envejecimiento de las poblaciones, en: Staab, A.S. y Hodges, L.C. *Enfermería gerontológica*. McGraw Hill, México DF, p. 451-463.
- Phelps C., E. (1997). *Health economics* (2nd ed.). Estados Unidos: Addison Wesley Longman Inc.
- Polder, J. J., Barendregt, J. J. y Van Oers, H. (2006). Health care costs in the last year of life – the Dutch experience. *Social science and medicine*, 63 (7), 1720-1731.
- Rechel, B., Doyle, Y., Grundy, E., McKee, M., y OMS. (2009). *How can health systems respond to population ageing*. Copenhagen, Dinamarca: Organización Mundial de la Salud oficina regional para Europa.
- Resolución N° 1060/05. Boletín del Instituto, Buenos Aires, 18 de agosto de 2005.
- Resolución N° 349/11. Boletín del Instituto, Buenos Aires, 30 de marzo de 2011.
- Resolución N° 395/17. Boletín del Instituto, Buenos Aires, 4 de abril de 2017.
- Resolución N° 416/17. Boletín del Instituto, Buenos Aires, 27 de abril de 2017.
- Resolución N° 458/04. Boletín del Instituto, Buenos Aires, 5 de julio de 2004.
- Resolución N° 687/13. Boletín del Instituto, Buenos Aires, 10 de julio de 2013.
- Resolución N° 846/13. Boletín del Instituto, Buenos Aires, 28 de Agosto de 2013.
- Robinson, J., C. (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 149-177.
- Roland M. y Campbell S. (2014). Successes and failures of pay for performance in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 370, 1944-1949.
- Tobar, F., Rosenfeld, N., y Reale, A. (1998). Modelos de pago en servicios de salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, (74), 39-52.
- Wouterse, B., Huisman, M., Meijboom, B. R., Deeg, D. J. y Polder, J. J. (2013). Modeling the relationship between health and health care expenditures using a latent Markov model. *Journal of health economics*, 32(2), 423-439.

## Anexos

### Anexo 1: Población estimada y cobertura del INSSJyP 2018

	Población estimada		Cobertura			
	Varones	Mujeres	Varones		Mujeres	
			Afiliados	% de la población	Afiliados	% de la población
0-4	1.923.444	1.814.785	8.055	0%	9.328	1%
5-9	1.910.645	1.800.560	10.527	1%	10.343	1%
10-14	1.809.332	1.714.704	22.562	1%	22.362	1%
15-19	1.792.030	1.721.209	40.025	2%	41.024	2%
20-24	1.801.939	1.759.248	14.256	1%	17.164	1%
25-29	1.746.826	1.737.845	5.648	0%	5.941	0%
30-34	1.613.810	1.630.031	7.413	0%	9.029	1%
35-39	1.555.594	1.586.891	8.643	1%	12.817	1%
40-44	1.454.862	1.500.972	10.570	1%	19.101	1%
45-49	1.222.518	1.278.344	13.676	1%	29.989	2%
50-54	1.074.291	1.142.244	19.881	2%	53.438	5%
55-59	987.817	1.076.028	53.901	5%	98.263	9%
60-64	872.557	983.551	109.932	13%	476.383	48%
65-69	732.831	870.372	433.721	59%	628.054	72%
70-74	556.566	716.011	434.702	78%	571.402	80%
75-79	373.831	544.232	306.249	82%	453.113	83%
80-84	225.783	390.360	187.016	83%	332.462	85%
85 en adelante	169.696	402.743	142.927	84%	354.750	88%
<b>Total</b>	<b>21.824.372</b>	<b>22.670.130</b>	<b>1.829.704</b>	<b>8%</b>	<b>3.144.963</b>	<b>14%</b>

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del INDEC y el INSSJyP.

**Anexo 2: Anexo IV de la resolución 416/17: Valor de la cápita**

Módulo	Valor de cápita
2- Radiología ambulatoria de nivel 1	\$ 6,45
3- Ecodiagnóstico de nivel 1	\$ 6,00
4- Fisiokinesioterapia de nivel 1	\$ 4,58
5- Laboratorio ambulatorio de nivel 1 - Tipo A	\$ 27,60
5- Laboratorio ambulatorio de nivel 1 - Tipo B	\$ 45,76
34- Laboratorio de nivel 3 - Tipo A	\$ 5,61
34- Laboratorio de nivel 3 - Tipo B	\$ 9,31
27- Densitometría ósea	\$ 0,85
28- Medicina nuclear	\$ 4,89
30- Terapia radiante - Braquiterapia intracavitaria	\$ 0,07
31- Terapia radiante - Acelerador lineal	\$ 0,10
33- Terapia radiante - Radioterapia tridimensional conformada	\$ 4,47
36- Oftalmología - Consultas y practicas	\$ 2,20
37- Oftalmología - Prácticas quirúrgicas	\$ 8,04
38- Oftalmología - compleja	\$ 6,32
75- Cirugía de cataratas	\$ 16,50
17- Procedimientos neurológicos de alta complejidad - potenciales evocados	\$ 0,07
17- Procedimientos neurológicos de alta complejidad - otras prácticas	\$ 0,60
11- Colocación de marcapaso	\$ 1,40
Nivel 2 (7-8-9-10-12) - Tipo F1	\$ 90,92
Nivel 2 (7-8-9-10-12) - Tipo F2	\$ 120,92
Nivel 2 (7-8-9-10-12) - Tipo A	\$ 200,92
Nivel 2 (7-8-9-10-12) - Tipo B	\$ 270,92
Nivel 2 (7-8-9-10-12) - Tipo C	\$ 340,92
6- Consulta especialista	\$ 24,65
22- Ecodoppler	\$ 6,93
23- Resonancia magnética nuclear (Incluye gadolinio)	\$ 7,15
24- Tomografía axial computada	\$ 15,09
25- Artroscopia	\$ 0,63
26- Litotricia extracorpórea	\$ 0,54
35- Cirugía laparoscópica	\$ 3,70
29- Estudios electrofisiológicos	\$ 0,12

### **Anexo 3: Anexo I de la resolución 458/04 del INSSJyP: Metas a cumplir por los efectores**

Pare percibir el aumento, no se podrá superar este número máximo de incumplimientos sobre el total de 34 ítems:

- 8 ítems en el mes uno
- 7 ítems en el mes dos
- 6 ítems en el mes tres y cada mes subsiguiente

Además, no se podrá incumplir más de dos ítems en cada aspecto de accesibilidad, cobros indebidos, utilización y bioseguridad. En el último aspecto los pagos a los integrantes de la red por parte del contrato, es necesario cumplir completamente su único ítem.

<b>Aspectos</b>	<b>Días hábiles u otra unidad o pauta especificada</b>
<b>Accesibilidad</b>	
Mantener actualizados los listados de efectores de la red, completos y disponibles, con exhibición a los afiliados en consultorios y establecimientos, acompañados de nómina de afiliados y domicilios y horarios de atención de los efectores	Exposición Permanente
Demoras en turnos en el Nivel I para consulta de primera vez con médico de cabecera	Hasta 3 días
Demoras en turnos en el Nivel I para consulta de segunda vez con médico de cabecera	Según indicación médica
Demoras en turnos en el Nivel II para consulta de primera vez con médicos especialistas	Hasta 7 días (a excepción de 10 días para oftalmología)
Demoras en turnos en el Nivel II para consulta de segunda vez con médicos especialistas	Según indicación médica
Demoras en cirugías programadas	Hasta 30 días
Demora en turnos para laboratorio programado de rutina	7 días
Demora para radiología simple programada, no contrastada	7 días
Demora en turnos para laboratorio, fuera de la rutina	12 días
Demora para radiología contrastada y otros estudios por imágenes	12 días
Bonos para servicios de diagnóstico y tratamiento o cualquier otra gestión innecesaria de los afiliados como condición para la accesibilidad	Ninguno
Rechazos injustificados de atención y/u omisión de derivación oportuna	Ninguno
Kinesiología para unidades de cuidados intensivos	Ninguno
Demoras para turnos de kinesiología ambulatoria urgente	Inmediata
Demoras para los turnos de kinesiología ambulatoria programada	5 días
Traslados programados y de urgencia	Demostrar disponibilidad efectiva de vehículos y personal

Coste de servicios parcial o total	Ninguno
<b>Cobros indebidos</b>	
Aspectos	Días hábiles u otra unidad o pauta especificada
Planes diferenciales para los afiliados	Ninguno
Cobro de plus o cualquier otra forma de requerimiento de dinero al afiliado u otro beneficio para el efector como condición para la prestación.	Ninguno
Pagos de medicamentos por internados	Ninguno
Pagos de descartables por internados	Ninguno
Pago de insumos o materiales descartables (incluyendo pañales y medicamentos) para estudios ambulatorios	Ninguno
Pagos de internados por cualquier otro concepto	Ninguno
Exhibición de leyenda de gratuidad de servicios para afiliados, en consultorios y establecimientos	Permanente
<b>Utilización</b>	
Tasa de utilización de consultas de Nivel I	No menor a 5 consultas por afiliado por año
Tasa de utilización de internación	No menor a 10 internaciones por cada 100 afiliados por año
Tasa de utilización en cirugía de cataratas	Mínimo 1 cada 1000 afiliados por mes
<b>Bioseguridad</b>	
Ropa de cama para internación, aportada por el afiliado	Ninguna (debe ser provista exclusivamente por el efector, en cantidad suficiente)
Stock de reemplazo de ropa de cama por cada cama	No menos de un juego de ropa de cama de reserva y listo para su uso por cama
Limpieza de tanque de agua para bebida y cumplimiento de otras normas de bioseguridad (esterilización, tratamiento de residuos patológicos, higiene, etc.)	Según normas vigentes
Cumplimiento de normas relativas a planta física, equipamiento, procedimientos y de personal	Según normas vigentes
<b>Personal y desempeño</b>	
Relación enfermera camas	Según normas vigentes
Falta de asientos o evaluación en HG por más de 24 horas en cualquier internado agudo sin alta médica	Ninguna
<b>Pagos a los integrantes de la red por parte del contratado</b>	
Incumplimiento injustificado del compromiso mensual de distribución de la cápita	Ninguno



**Anexo 4: Anexo II – Resolución N° 1060/05 del INSSJyP**

**Adicional por transmisión de la información**

<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>\$ 1</b>
<b>I NIVEL</b>	<b>24,02%</b>	<b>\$ 0,2402</b>
Médico de Cabecera	13,58%	\$ 0,1358
Radiología Ambulatoria	1,71%	\$ 0,0171
Ecodiagnóstico	1,37%	\$ 0,0137
Fisiokinesioterapia	1,27%	\$ 0,0127
Laboratorio	6,09%	\$ 0,0609
<b>II NIVEL</b>	<b>52,86%</b>	<b>\$ 0,5286</b>
Consulta Especialista	5,77%	\$ 0,0577
Radiología	1,76%	\$ 0,0176
Ecodiagnóstico	2,35%	\$ 0,0235
Internación	41,30%	\$ 0,4130
Laboratorio	0,69%	\$ 0,0069
Fisiokinesioterapia	0,42%	\$ 0,0042
Colocación Marcapasos	0,56%	\$ 0,0056
<b>III NIVEL</b>	<b>15,33%</b>	<b>\$ 0,1533</b>
Hemodinamia	0,76%	\$ 0,0076
Cirugía Cardiovascular Central	4,96%	\$ 0,0496
Angioplastia	1,26%	\$ 0,0126
Cirugía Cardiovascular Periférica Venosa y Arterial	0,73%	\$ 0,0073
<b>Neurocirugía</b>		
a- Procedimientos neurológicos de alta complejidad		
a-1 Potenciales Evocados	0,02%	\$ 0,0002
a-2 Mapeo Cerebral computarizado	0,00%	\$ -
a-3 otras prácticas	0,01%	\$ 0,0001
b- Neurocirugía de mediana y alta complejidad	0,92%	\$ 0,0092
Ablación de focos ectópicos mediante...	0,02%	\$ 0,0002
Ecodopler	1,44%	\$ 0,0144
RMN (incluye Gadolinio)	0,45%	\$ 0,0045
TAC	0,41%	\$ 0,0041
Litotricia Extracorpórea	0,27%	\$ 0,0027
Artroscopía	0,07%	\$ 0,0007
Densitometría Ósea	0,02%	\$ 0,0002
Medicina Nuclear (Cámara Gama)	0,46%	\$ 0,0046
Estudios Electrofisiológicos	0,01%	\$ 0,0001
<b>Terapia Radiante</b>		
Braquiterapia	0,02%	\$ 0,0002
Acelerador Lineal	0,43%	\$ 0,0043
Telecobaltoterapia	0,91%	\$ 0,0091
Radioterapia	0,04%	\$ 0,0004

Laboratorio	1,06%	\$ 0,0106
Cirug. Laparoscópica	1,04%	\$ 0,0104
<b>Oftalmología Tres Niveles</b>	<b>4,25%</b>	<b>\$ 0,0425</b>
Consultas y Prácticas	0,51%	\$ 0,0051
Prácticas Quirúrgicas	2,39%	\$ 0,0239
Oftalmología compleja	1,35%	\$ 0,0135
<b>Traslados Urgencias y Domicilios</b>	<b>3,54%</b>	<b>\$ 0,0354</b>
(NO CORRESPONDE EN ÁREA METROPOLITANA)		
Traslados	1,97%	\$ 0,0197
Emergencias y Urgencias	1,56%	\$ 0,0156

## Anexo 5: Anexo III de la resolución 1060/05 del INSSJyP

### Tasa de incentivo

Prestaciones por mes c/1000 beneficiarios.

I NIVEL	
Médico de Cabecera	600
Radiología Ambulatoria	60
Ecodiagnóstico	21
Fisiokinesioterapia	18
Laboratorio	250
II NIVEL	
Consulta Especialista	170
Radiología	34
Ecodiagnóstico	34
Internación	14,4
Laboratorio	57
Fisiokinesioterapia	2
Colocación Marcapasos	0,266
III NIVEL	
Hemodinamia	0,45
Cirugía Cardiovascular Central	0,24
Angioplastia	0,15
Cirugía Cardiovascular Periférica Venosa y Arterial	0,092
Neurocirugía	
a- Procedimientos neurológicos de alta complejidad	
a-1 Potenciales Evocados	0,057
a-2 Mapeo Cerebral computarizado	0,0048
a-3 otras prácticas	0,06
b- Neurocirugía de mediana y alta complejidad	0,06
Ablación de focos ectópicos mediante radiofrecuencia	0,005
Ecodopler	34
RMN (incluye Gadolínico)	0,8
TAC	1,6
Litotricia Extracorpórea	0,1
Artroscopía	0,0292
Densitometría Ósea	0,0439
Medicina Nuclear (Cámara Gama)	1,9
Estudios Electrofisiológicos	0,009
Terapia Radiante:	
Braquiterapia	0,015
Acelerador Lineal	0,0899
Telecobaltoterapia	0,4793

Radioterapia	0,015
Laboratorio	57
Cirug. Laparoscópica	0,366
<b>OFTAMOLOGIA Tres Niveles</b>	
Consultas y Prácticas	12
Prácticas Quirúrgicas	3
Oftalmología compleja	0,91
<b>TRASLADOS URGENCIAS Y DOMICILIOS</b>	
Traslados	15,5
Emergencias y Urgencias	6,5