

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autoar: Irene María Herrera

PROGRAMA FEDERAL DE SALUD "INCLUIR SALUD": APLICACIÓN DE UN MODELO DE AJUSTE POR RIESGO EN UNA PROBLACIÓN VULNERABLE

2012



Citar como: Herrera, I. M. (2012). Programa federal de salud "Incluir Salud": aplicación de un modelo de ajuste por riesgo en una población vulnerable. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

I. Introducción.	Pág. 3
II. El problema a abordar	Pág.4
III. Marco teórico	Pág. 8
A. Sistema de Salud Argentino	Pág. 8
B. Seguros de Salud	Pág. 11
C. Equidad	Pág. 17
D. Mecanismos de Ajuste de Riesgo	Pág.20
IV. Metodología aplicada para el diseño de un modelo de ajuste por riesgo	Pág.25
A. Caracterización de la población del Programa Incluir Salud	Pág.25
i. Características sociodemográficas de la población a cargo del Programa Incluir Salud	Pág.25
ii. Tamaño y crecimiento de la población en el periodo junio 2009 abril 2010	Pág.28
iii. Distribución de la población según sexo y edad	Pág.29
iv. Distribución por tipo de pensión	Pág.30
B. Modelo de ajuste por riesgo:	Pág. 31
i. Variables y fuentes de información	Pág. 31
ii. Estructura por grupos de riesgo de enfermar por edad y sexo	Pág.32
iii. Metodología de ajuste y aplicación del modelo	Pág. 34
iv. Resultados	Pág. 34
V. Conclusiones	Pág.39
VI. Bibliografía.	Pág.42
VII. Glosario	Pág.45
VIII. Listado de tablas	Pág. 46
IX. Listado de gráficos	Pág.46

PROGRAMA FEDERAL DE SALUD
“INCLUIR SALUD”
APLICACIÓN DE UN MODELO DE AJUSTE POR RIESGO
EN UNA POBLACIÓN VULNERABLE

I. Introducción

El Programa Incluir Salud es un sistema de aseguramiento público del acceso a los servicios de salud, de los beneficiarios de pensiones no contributivas (PNC), a través de los gobiernos de las respectivas jurisdicciones donde éstos residen.

El Ministerio de Salud de la Nación (MSal) financia los costos incrementales que requiere la atención de los beneficiarios del Programa a través de la transferencia de una cápita básica por beneficiario, que tiene por objeto cubrir el acceso a los medicamentos y a las prestaciones de salud derivadas del Programa Médico Obligatorio (PMO), la transferencia de una cápita complementaria, que refleja el cumplimiento de indicadores de acceso y calidad de servicios de salud de los beneficiarios del Programa y el reembolso de prestaciones no incluidas en la cápita.

Este trabajo tiene como objetivo desarrollar, en el marco conceptual de ajuste de riesgo y a la luz de la experiencia internacional, una metodología para estimar diferencias de riesgo entre las poblaciones a cargo de las distintas jurisdicciones del Programa y definir compensaciones utilizando las variables de sexo y edad.

Así, la cápita ajustada por riesgo permite subsidios cruzados de individuos de bajo gasto esperado en salud hacia individuos de alto gasto esperado.

Los beneficiarios del Programa presentan, según el padrón vigente a abril 2010, una distribución geográfica que muestra neto predominio en la región Centro, similar concentración en el NEA y NOA y menor densidad en Cuyo y Patagonia. No obstante a partir de la aplicación de índices de riesgo de enfermar por sexo y edad surge que la región NEA presenta un porcentaje de menores y mujeres en edad fértil superior al promedio del Programa, mientras que el mayor porcentaje de adultos mayores se ubica en la región Patagonia como poblaciones de mayor demanda esperada de servicios.

Para llevar a cabo este trabajo se hace una presentación inicial del Programa en relación a su gestión, financiamiento y modelo de atención.

Luego, en el marco teórico, se analiza el sistema de salud argentino, los seguros de salud, el concepto de equidad y mecanismos de ajuste de riesgo para finalmente presentar una propuesta de metodología de ajuste por riesgo en una población vulnerable.

II. El problema a abordar

El Programa sigue un modelo de gestión descentralizado, "Federal". El MSal y los Ministerios de Salud Provinciales (MSP's) celebran convenios integrales para la atención médica destinada a los beneficiarios de PNC residentes en la provincia y aquellos que estuvieren en tránsito en el ámbito geográfico de la misma, según padrones suministrados por el MSal, sobre la base de un valor capitado. El MSal transfiere fondos a cada jurisdicción en función del número de beneficiarios y las Unidades de Gestión Provinciales (UGPs) son responsables de las prestaciones y la gestión del sistema en cada jurisdicción; para ello cuentan con estructuras organizativas que difieren entre sí en la asignación de funciones, su organización y los recursos disponibles.

Se configura de esta manera una relación de agencia en la cual el "principal", MSal, delega en su "agente", MSP's, la facultad de realizar acciones en su nombre y es así como, a los fines de cumplir con el objetivo primordial del Programa, el MSal encomienda a cada jurisdicción, la atención integral de tales beneficiarios residentes en su ámbito geográfico, estableciendo en el mismo pautas en lo relativo a la cobertura, accesibilidad, utilización y calidad, para el cumplimiento del cometido, manteniendo la Provincia cierto grado de discrecionalidad para administrar el servicio, y dispone la transferencia presupuestaria pertinente para asistirlos financieramente. Más allá de lo expresado las provincias siguen siendo las responsables primarias de la atención de la salud de la población que habita en sus territorios.

Desde la gestión se debe tratar de que los intereses entre "principal" y "agente" sean coincidentes, o que estén alineados, que tengan valores en línea con los principios rectores del sistema y que los incentivos siempre se relacionen con la buena prestación, la mejora en los resultados y la reducción de costos.

En el análisis del gasto de este Programa en el año 2002 se pudo detectar que las cápitas integrales utilizadas hasta esa fecha habían sufrido una grave distorsión debido al peso de las Patologías de Alto Costo y Baja Incidencia (PACBI) y al otorgamiento, cada vez mayor, de pensiones destinadas a dar cobertura a patologías graves. Por lo tanto se elaboró una propuesta de cápitas desagregadas con la finalidad de asegurar la atención de primer y segundo nivel con un sistema de cápita que impactara de lleno sobre el sistema de salud pública provincial y la ejecución de Programas Nacionales y Provinciales, lo más desagregados a nivel local posible, y un aporte con características de mecanismo de riesgo compartido para constituir un Fondo Solidario para la cobertura de PACBI. A tal fin, se ha debitado rutinariamente de la facturación mensual un valor por cápita definido por convenio, conformándose un fondo suficiente para cubrir sin dificultades las prestaciones en todo el país.

Asimismo se definieron prestaciones que por su envergadura económica tenían alto impacto presupuestario cuya cobertura se excluyó de la cápita, a saber:

- Prestaciones incluidas en el “Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad”,
- Tratamiento Dialítico Crónico en Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).
- Terapia de reemplazo enzimático en enfermedad de Gaucher,
- Tratamiento con Factores antihemofílicos. (Factor VII, VIII Y IX)

En los convenios vigentes a la fecha, además de la transferencia de una cápita básica por beneficiario, que tiene por objeto cubrir el acceso a los medicamentos y a las prestaciones de salud derivadas del Programa Médico Obligatorio (PMO), se ha incorporado la transferencia de una cápita complementaria, que refleja el cumplimiento de indicadores de acceso y calidad de servicios de salud de los beneficiarios del Programa.

Con respecto al modelo de atención, la atención médico-integral se centra prioritariamente en la red prestadora pública de cada jurisdicción y sólo en razón de una limitación de la capacidad instalada o de complejidad del sector, se otorga con prestadores privados. Se garantiza la accesibilidad regional a los servicios o, en su defecto, el traslado del beneficiario hacia prestadores de otras jurisdicciones con capacidad resolutive acorde a la demanda.

Todas las prácticas médicas incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) están al alcance de los beneficiarios inscriptos en el Programa incluidas aquellas definidas como PACBI.

Todas las prestaciones médicas de diagnóstico, tratamiento, insumos y medicamentos son al 100% de gratuidad para el beneficiario.

El modelo prestacional tiene como componente primordial la Atención Primaria de la Salud (APS), asignándole a cada beneficiario su prestador, y el cumplimiento de las Políticas Nacionales de Prevención y Promoción y la articulación con los restantes Programas Nacionales y Provinciales.

A tal efecto el Plan Nacer, Remediar, Programa Nacional de SIDA-ETS, Salud Sexual, u otros que en el futuro implemente el Sal, son motivo de acciones conjuntas con el objeto de optimizar recursos y accesibilidad a los beneficiarios compartiendo la base de datos de los inscriptos para la planificación de acciones.

Finalmente cabe señalar que en este caso de aseguramiento público financiado por un sistema nacional de salud no encontraremos *selección adversa*, pues ingresan a este aseguramiento personas con enfermedades agudas de alto impacto económico o enfermedades crónicas, definidas éstas como aquellas cuyo tratamiento no permite una recuperación total y, por lo tanto, requieren prestaciones de salud en forma permanente.

En cambio sí se observan distintas variantes de *abuso o riesgo moral*, comportamiento oportunístico de las personas aseguradas que prefieren más prestaciones que las necesarias originado en la relación costo/beneficio y en los incentivos de los proveedores y *selección por riesgos*, defecto precontractual que se da por el lado de la oferta, por el cual las aseguradoras tratan de maximizar de modo oportunista sus beneficios seleccionando los buenos riesgos y rechazando o desviando los riesgos desfavorables o altos, que potencialmente le significarían un mayor consumo de servicios (enfermos crónicos, con preexistencia o antecedentes de cáncer, enfermedades cardiovasculares, personas mayores de 60 años, discapacitados, etc.) en este caso desplazándolos de la cobertura provincial a la cobertura nacional brindada por este Programa.

Dentro de este contexto, la investigación estará orientada en orden a generar una respuesta al siguiente **PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO**:

¿CÓMO SE PUEDE LOGRAR EQUIDAD DISTRIBUTIVA EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS CAPITADOS PARA LA COBERTURA DE UNA POBLACIÓN VULNERABLE?

Los **objetivos** que guiarán el proceso de elaboración de este estudio son:

A. Objetivo general

Desarrollar, en el marco conceptual de ajuste de riesgo y a la luz de la experiencia internacional, una metodología para estimar diferencias de riesgo entre las poblaciones a cargo de las distintas jurisdicciones del Programa Incluir Salud y definir compensaciones utilizando las variables de sexo y edad.

B. Objetivos específicos

Estimar las diferencias de riesgo entre las poblaciones a cargo de las distintas jurisdicciones del Programa y definir compensaciones utilizando las variables de sexo y edad.

Para ello se procederá a:

- i. Definir las características sociodemográficas de la población a cargo del Programa a abril 2010
- ii. Evaluar el tamaño y crecimiento de la población en el periodo junio 2009 - abril 2010
- iii. Analizar la distribución de la población bajo cobertura a abril 2010 según sexo y edad
- iv. Analizar la distribución por tipo de pensión de la población bajo cobertura a abril 2010
- v. Definir un modelo de ajuste por riesgo

Este trabajo se encuentra dentro del estudio de casos dado que se aplica una herramienta de gestión a implementarse en un programa de salud público.

Con respecto a las fuentes de información, se aplicaron la investigación bibliográfica y documental, las cuales aportaron a la construcción de las definiciones básicas que se emplearon en el trabajo, como así también se realizó la recopilación, análisis e interpretación de datos secundarios procedentes del Programa Incluir Salud, a saber padrón de beneficiarios a abril 2010.

III. Marco Teórico

A. Sistema de salud argentino

La OMS (2000) define sistema de salud como el conjunto de entidades encargadas de las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud. Estas intervenciones o acciones de salud abarcan la atención a las personas y al entorno, realizada con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud, o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal o privada de los agentes sanitarios.

El sistema de salud argentino se ha configurado a través de tres subsectores:

1. Un subsector público: de financiamiento público-estatal, y provisión pública, caracterizado por su división según jurisdicciones –nacional, provincial y municipal-, niveles entre los cuales no existe una adecuada coordinación. De ellas dependen los hospitales públicos. El sistema argentino de salud está asentado sobre esta provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado.

2. Un subsector de seguro social obligatorio de financiamiento público no estatal y provisión predominantemente privada, organizado en torno a múltiples entidades que agrupan a los trabajadores según ramas de actividad denominadas Obras Sociales (OOSS), las que presentan como característica la heterogeneidad en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan y modalidad de operación. Así, los trabajadores privados que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, y sus respectivos grupos familiares tienen una cobertura adicional provista por instituciones de la seguridad social denominadas “Obras Sociales Nacionales” (OSN). De este segmento no participan los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales y sus familias, que están asegurados en las “Obras Sociales Provinciales”, tampoco los afiliados a las Cajas Profesionales, Universidades y Fuerzas Armadas. Otro aspecto característico del sistema de seguro social argentino es la introducción de una institución destinada a proveer servicios a los jubilados y pensionados y sus grupos familiares, el Instituto Nacional de Servicios

Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), más conocido como “PAMI” (Plan de Atención Médica Integral).

3. Un subsector privado de financiamiento y provisión privada que incluye tanto la oferta de profesionales de la salud independientes como la de establecimientos de salud (sanatorios privados, clínicas, etc.) que atienden demandantes individuales y también sobre todo, a los beneficiarios de las OOSS mediante acuerdos individuales y colectivos que prevén diferentes modalidades de pago de servicios. Asimismo, el sector privado comprende entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepagas.

A modo de síntesis se presenta la Tabla 1 con la caracterización de los subsectores del sistema de salud argentino.

Los rasgos más evidentes del sistema son la desarticulación entre los distintos subsectores que lo conforman, la fragmentación y la falta de equidad que tiende a manifestarse dentro de ellos tanto en relación con la organización y financiamiento como con el acceso a los servicios.

Tobar (2010) sostiene que el mayor problema de nuestro sistema no es la falta de respuestas sino que hay demasiadas respuestas desarticuladas. Esta fragmentación permite que frente a los mismos problemas de salud, las personas reciban cuidados diferentes.

La OPS (2007) define la fragmentación del sistema de salud como la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial, servicios que no cubren todos los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo; servicios de distintos niveles de atención que no se coordinan entre sí; servicios que no se continúan a lo largo del tiempo; y servicios que no se ajustan a las necesidades de las personas.

Asimismo considera la segmentación del sistema de salud como la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación, y provisión, cada uno de ellos “especializado” en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición social.

Tabla 1: Características de los Subsectores del Sistema de Salud Argentino					
	Subsector Gobierno	Obras Sociales Nacionales y otras formales y familiares a cargo	INSSPyP (PAMI) pensionados	Obras Sociales Provinciales provincial jubilados y	Seguros Voluntarios
Población de referencia	e la población	voluntarios Adherentes y Jubilados	nacionales, cónyuges, hijos, otros.	familiares a cargo de las cajas provinciales. Adherentes	Asociados voluntarios
Población con cobertura	Total de	5.535.999	3.334.599	5.500.000	3 600.000
% de población cubierta por cada subsector	40.091	38.8	8.3	13.7	9.0
Entidades aseguradoras	1				
	Gobierno Nacional, Municipal.	280	con 24 delegaciones provinciales		65 agrupadas en cámaras. Existen entre 200 y 300 muy pequeñas. 5 empresas se reparten el 60% del mercado
Modo de financiamiento	Provincial y fiscales nacionales, provinciales, municipales.	Trabajadores 3% Empleadores 6% + co-pagos cuotas adherentes cápita PAMI	Trabajadores: 3%. Empleadores: 2%. Pasivos 3% al 6% + Tesoro + co-pagos	Aportes y Contribuciones de Empleadores y Trabajadores + Presupuestos Provinciales adherentes co-pagos.	Pago directo de los afiliados co-pagos
Canasta de Prestaciones	Sin definición	PMOE	Canasta propia	No existe paquete mínimo	PMOE
Prestación de servicios	Recupero de públicos + CAPS+Posta Sanitaria.	Pública y Privada, algunos efectores propios de las obras sociales	Privada, pública y 2 policlinicos propios.	Privada, pública, algunos efectores propios.	Pública y Privada, algunos efectores propios de las EMPP
Fuente: Población: Censo 2010	Beneficiarios de la seguridad social: Indicadores Básicos OPS y Ministerio de Salud 2008 y 2009.				
	Privado.				

Cetrángelo (2004) señala que la particular evolución de la salud pública hacia una organización crecientemente descentralizada y los problemas sociales derivados del desarrollo de una grave crisis económica han contribuido, durante los últimos años, a ahondar aún más la fragmentación del sistema.

También sostiene que desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo, estando la adhesión a los mismos condicionada a las coincidencias en el plano político más general. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita. Es así como la falta de coordinación y articulación impide la conformación de un “sistema” de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura.

B. Seguros de salud

Idealmente, los sistemas de salud garantizan el derecho de la población a través de un amplio, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios. En esta dirección, los Estados intervienen tanto para resolver las fallas propias de los sistemas de salud (externalidades, asimetrías de información, etc.) como también las diferencias en la distribución del ingreso entre grupos sociales.

La participación del Estado se extiende desde la definición de un marco regulatorio para garantizar la calidad de las prestaciones ocurridas dentro del sector, hasta la prestación directa de servicios en instituciones propias, pasando por la estandarización de paquetes sanitarios y el financiamiento de acciones o insumos generados por terceros.

En este marco, el “aseguramiento” es una de los mecanismos utilizados por los Estados para organizar y regular su estructura sanitaria.

Un seguro de salud consiste en un esquema de protección a las personas ante una contingencia de enfermedad. Los seguros, como dispositivos institucionales, involucran la gestión de riesgos, diluyendo en riesgos grupales el

riesgo individual de enfermedad, y tienden a establecer una lógica solidaria en su financiamiento (Zerda, et ál. 2001).

Existen diversos modelos y tipologías de seguros de salud. Principalmente es importante distinguir entre los dos extremos: el seguro público o social y el seguro privado. En la Tabla 2 se presentan las características distintivas de los seguros sociales y privados de salud.

Tabla 2 : Características distintivas de los Seguros Sociales y Privados de Salud		
	PÚBLICOS O SOCIALES	PRIVADOS
Competencia	Usualmente no compiten	Compiten con precios, cobertura y calidad
Plan de beneficios	Único	Diversidad de planes
Financiamiento	· Público (contribuciones e impuestos) · Subsidios cruzados a favor de los usuarios de bajo poder adquisitivo y mala salud	Primas y aranceles
Reclutamiento	· Cerrado · Obligatorio- clientela cautiva · No seleccionan a sus beneficiarios · Orientado a poblaciones vulnerables	· Voluntario · Con libre afiliación · Pueden practicar selección adversa. Tienden a concentrarse en aquellos de mayor ingreso y menor riesgo
Cobertura	Tiende a ser amplia	Tiende a ser focalizada en determinados grupos
Propiedad	Pública	Privada
Lucro	No tienen fines de lucro	Tienen fines de lucro

Fuente: Zerda, et ál., 2001

Desde el modelo de gestión podemos distinguir seguros privados que funcionan como sociedades anónimas con fines de lucro que captan recursos provenientes de fuentes públicas, como los Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) chilenas; seguros estatales que funciona como empresas públicas, la mayoría de las veces como entes descentralizados con relativa autonomía del gobierno o bien dependen del gobierno nacional como el Medicare de los Estados

Unidos y seguros sin fines de lucro constituidos como empresas de derecho privado, como las cooperativas y mutuales.

Como rasgo distintivo cabe mencionar que los seguros sociales involucran un componente de solidaridad en el cual las personas aportan al seguro de forma proporcional a sus ingresos y por otro lado consumen servicios de salud según sus necesidades. Esta solidaridad es intragrupo, es decir que se plantea sólo entre los aportantes al seguro.

En los seguros privados no hay componente solidario, cada beneficiario no aporta según sus ingresos sino según sus riesgos de enfermedad (calculados de forma actuarial).

Los seguros sociales están focalizados en población vulnerable constituyendo un esquema de protección social que permite una expansión progresiva de la universalidad mientras que los seguros privados son selectivos y la selección está relacionada con la capacidad de pago.

Con respecto al financiamiento, las dos modalidades de seguros se diferencian por el carácter compulsivo o voluntario de las contribuciones. Los seguros públicos se financian a través de contribuciones obligatorias cobradas por el Estado a empresas o individuos para poblaciones elegibles, ya sea mediante impuestos o contribuciones asociadas al mercado laboral, financiación compulsiva en la que el cotizante está obligado a contribuir al seguro. Los seguros privados se financian a través de primas pagadas voluntariamente y la base de la cotización está asociada al riesgo de enfermedad que involucra al asegurado que puede retirarse del mismo si así lo desea.

Además, tanto el sector público como el privado, pueden utilizar adicionalmente copagos como mecanismo adicional de financiamiento y, al mismo tiempo, forma de moderar la demanda.

En la Tabla 3 se pueden observar los modelos de atención en sistemas de seguros de salud. Los modelos de cartilla abierta son característicos de los seguros privados tradicionales, aquellos que no tienen vínculos con los prestadores y sólo reembolsan su gasto en salud a los asegurados según el monto máximo establecido.

Tabla 3: Modelos de atención en Sistemas de Seguros de Salud		
Modalidad	Sistema indirecto o abierto	Sistema directo o cerrado
Organización	El organismo administrativo responsable acuerda determinadas prestaciones con profesionales e instituciones independientes ya existentes	Local y personal propio del organismo prestador y administrador
Prestación	Libre elección del profesional por parte del usuario	Plantel médico dependiente o contratado por el organismo de atención médica
Modelo de pago	Predomina el subsidio a la demanda. Diferentes modalidades de pago a honorarios por servicios, en base a valores preestablecidos o libres	Predomina el subsidio a la oferta (presupuesto global). Diferentes modalidades de pago entre las que predomina el salario

Fuente: Tobar, Rosenfeld, Reale 1998

El modelo de cartilla cerrada permite al seguro un mayor control sobre los prestadores. Se identifican dos situaciones: contrato con los prestadores o provisión directa a través del modelo de integración vertical. Este último típico de los seguros públicos que se centran en un esquema de financiación de la oferta, en el cual el seguro es propietario de los establecimientos y mantiene un plantel de profesionales en relación de dependencia.

En la Tabla 4 se sintetizan las principales alternativas en la configuración de los seguros de salud de acuerdo con los componentes presentados.

Actividades públicas y privadas convivieron con distintos grados de integración en la organización, regulación o prestación de servicios de salud. Así en el Reino Unido como en España, los seguros privados son complementarios a los sistemas nacionales que brindan cobertura universal. Costa Rica, por su parte, ha avanzado en la integración entre ambos sectores (público y seguridad social) para la provisión de prestaciones ambulatorias.

En Canadá por su parte, los aseguradores privados no pueden ofrecer una cobertura que duplique la de los programas oficiales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias.

Ambas modalidades de aseguramiento tienen sus ventajas. Las instituciones de seguro público permiten a través de procesos eficientes de compra, del aseguramiento de paquetes comprehensivos de servicios y de la

organización racional y autónoma de la prestación, la continuidad de los servicios en momentos de crisis evitando que la prestación se interrumpa como resultado de crisis presupuestarias. Las instituciones de seguro privado permiten, a su vez, el financiamiento de riesgos catastróficos a través de procesos racionales de reaseguro de prestaciones que son prohibitivas de ser costeadas por los consumidores, a partir del gasto directo del bolsillo (Médici 2004).

Tabla 4: Componentes de los modelos de Seguros de Salud		
Modelos	Cuestiones centrales	Opciones
Gestión	Propiedad	• Pública • Privada (lucrativa) • No gubernamental (sin fines de lucro, cooperativas, mutuales, sindicales y comunitarias)
	Afiliación	• Abierta (universal) • Cerrada (focalizada en una determinada categoría de personas)
Financiación	Fuentes	• Voluntarias (primas y mensualidades) • Compulsivas (contribuciones, impuestos) • Mixtas (combinaciones de ambas, coseguros)
	Formas de pago a prestadores	• Financiación de la oferta (presupuesto global, salarios) • Financiación de la demanda (a través de formas de pago más o menos agregadas -desde el pago por prestación hasta las cápitas -) • Contratos de gestión (por resultados)
Atención	Provisión	• Directa (integración vertical) • Indirecta (por terceros contratados con libre elección del prestador) • Indirecta (por terceros contratados) sin libre elección del prestador • Mixtas
	Prestaciones	• Definidas libremente desde el mercado • Reguladas por el Estado (Plena, mínima, parcial o de acuerdo a criterios de costo efectividad para la selección)

Fuente: Zerda, et ál., 2001

Finalmente, cabe mencionar en este análisis las fallas que presenta el funcionamiento espontáneo del mercado de aseguramiento de salud, a saber:

Asimetrías de información: se refiere a todas aquellas situaciones en que los actores que interviene en el mercado de la salud no cuentan con la misma información. La asimetría de información puede generar selección adversa, abuso moral y entrada selectiva.

La **selección adversa** se define como el proceso a través del cual las personas de menor riesgo desplazan del mercado a las de mayor riesgo. Se encuentra presente sólo en los seguros voluntarios. Se verifica en la diversidad de planes de cobertura, que varían según la edad, la cantidad de integrantes, el grado de cobertura ofrecido, y si la modalidad es abierta o cerrada. Es un oportunismo precontractual.

El **abuso moral** se define como el engaño derivado de las diferencias informativas. Así el paciente puede “ocultar” datos de su estado de salud, generando mayores tasas de uso. Es un oportunismo postcontractual.

Se denomina **entrada selectiva** a la acción ejercida por el asegurador con el fin de disuadir o prohibir la afiliación de determinadas personas. Al igual que la selección adversa la entrada selectiva se observa en los seguros privados. Las carencias y preexistencias son formas de disuadir la afiliación.

Abuso en la relación de agencia: los prestadores pueden abusarse a través de la sub o sobreprestación. Cuanto más agregada es la modalidad de pago más se incentiva la subprestación, en tanto que la mayor desagregación incentiva la sobreprestación.

Abuso de poder: se entiende como tal toda situación en que una persona o agente cuenta con las herramientas necesarias para incidir en el comportamiento de otra persona o agente que se encuentra en situación de inferioridad negocial. Las economías de escala determinan la estructura óptima de producción, sin embargo cuando en un mercado hay abusos de poder es posible que se sostengan escalas de producción que se eliminarían si el mercado no funcionara con fallas. La posición preponderante de grupos prestadores y aseguradores originan barreras y prácticas anticompetitivas dentro de este mercado.

A modo de conclusión, estamos frente a seguros sociales cuando incorporan las siguientes cuatro características (Maceira 2003):

1. Un padrón definido de beneficiarios.

2. Un paquete conocido y accesible de servicios, disponible para cualquier usuario del sistema.
3. Criterios de aseguramiento universal en el diseño del sistema de atención, en el manejo financiero de los fondos y en la organización de los aseguradores y prestadores de servicios, de modo que se identifiquen subsidios cruzados entre usuarios sanos y enfermos.
4. Criterios de solidaridad en la constitución y en el manejo financiero de los fondos, de modo que se identifiquen asimismo subsidios cruzados entre grupos ricos y pobres.

Es este último criterio el que convierte a un sistema de aseguramiento tradicional en un sistema social de seguros de salud.

Podemos decir, a partir del análisis realizado, que el Programa Incluir Salud responde al modelo de seguro público de salud de afiliación cerrada con una fuente de financiamiento a partir de cotizantes compulsivos y un modelo de atención a través de contratos de gestión por resultados con una canasta prestacional definida por el Estado bajo una provisión directa de integración vertical y eventualmente por terceros contratados sin libre elección del prestador.

C. Equidad

El PNUD (2011) señala que la organización de los servicios de atención de la salud en Argentina padece tres tipos de fragmentaciones que obstaculizan la construcción de un sistema equitativo: fragmentación de derechos, regulatoria y territorial. En el primero de los sentidos, cada sector de la población tiene derecho a un nivel diferente de atención en función de sus capacidades y ubicación en el mercado de trabajo. Sin duda, esta **fragmentación de derechos** es fuente de inequidades e ineficiencias que reclaman reformas importantes tendientes a lograr una mayor integración entre los subsistemas. La multiplicidad de fuentes de financiamiento, con una fuerte participación de recursos de base contributiva es un obstáculo importante pero no insalvable para lograr un sistema más integrado y equitativo. Diferentes intentos de reforma reciente, entre las que se cuentan el incremento del financiamiento destinado al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) y la introducción de cápitas ajustadas por riesgo son pasos en el sentido correcto de un sendero de reformas que deberán persistir en el tiempo para que tengan efectos importantes en materia de equidad y cohesión

social. No obstante, difícilmente puedan lograrse avances sustantivos en la organización del sector en la medida en que la lógica de intervención surja de un marco regulatorio que repita la fragmentación del mercado y esté ausente la visión integradora (**fragmentación regulatoria**). Adicionalmente, sobre un escenario caracterizado por serias desigualdades territoriales, donde los indicadores sanitarios son altamente dependientes del desarrollo económico de cada región, el proceso de descentralización fiscal ha tenido una multiplicidad de respuestas locales, en lo referido tanto a la forma que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia. Como resultado de esta **fragmentación territorial**, cada provincia constituye un espacio de recepción que opera con particulares restricciones presupuestarias, sus políticas sanitarias – locales y regionales-, perfiles diferenciados de demandas, marcos regulatorios específicos (por lo general cuentan con regulaciones sanitarias propias, legislaciones laborales únicas para el personal de la administración pública, etc.) y diferente grado de desarrollo de la oferta privada. Aquellas provincias que intentaron integrar a los hospitales al sistema de salud provincial tuvieron resultados mucho más favorables que aquellas en las que predomina la desorganización.

Asimismo Martínez y Villalba (2000) sostienen que el concepto de equidad en salud, puede ser abordado, desde la perspectiva de la igual oportunidad de todas las personas que participan de un sistema de salud, de tener acceso a los servicios de acuerdo a sus necesidades reales de salud. La inequidad en el acceso se puede deber a razones económicas de las personas para cubrir sus gastos en salud, a la distribución geográfica de los servicios, a las barreras impuestas por las creencias, la cultura y la educación.

El concepto de equidad en el acceso: significa que las personas acceden a la atención de salud de acuerdo a su necesidad (equidad distributiva) y no de acuerdo a su nivel de ingreso.

El concepto de equidad en el financiamiento: significa que la gente participa en el financiamiento de su salud con relación a su nivel de ingreso (equidad contributiva) y no en relación a sus riesgos de salud.

Barbieri formula que desde el punto de vista de las respuestas a los problemas de salud de la población, la equidad requiere que los casos pertinentes

y similares sean tratados de manera similar (equidad horizontal) y los casos pertinentes y diferentes sean tratados de manera diferente (equidad vertical).

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

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

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

Considerando el concepto de equidad en la provisión de los recursos en salud, se debe apuntar a igualar el acceso a los servicios y atención de la salud, así como, a igualar la utilización de los medios y la calidad de atención, teniendo en cuenta las diferencias socioeconómicas y regionales como las habituales limitaciones a la accesibilidad de los servicios de salud, a saber:

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

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

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

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

Barreras culturales: determinadas por las diferencias entre la cultura de la población, y las formas habituales de prestación de los servicios profesionales. En general, estos se basan en un modelo de atención propio de la subcultura médico-científica y la pertenencia cultural del profesional actuante, lo

que muchas veces crea una distancia insalvable con los códigos y pautas culturales de las personas y comunidades pertenecientes a otra cultura.

Debido a las múltiples imperfecciones de los mercados de bienes y servicios médicos, el Estado tiene la responsabilidad de establecer procedimientos eficaces que permitan garantizar la calidad, evitar la ineficiencia y promover la equidad, modulando cinco funciones: el desarrollo del sistema, la provisión y coordinación, la gestión financiera, la regulación propiamente dicha y la protección al consumidor.

D. Mecanismos de ajuste de riesgo

Cuando se plantean los desafíos que tienen ante sí los sistemas de salud, la sustentabilidad es el más importante porque se enfrenta al gasto que conlleva consigo la innovación y el desarrollo que no siempre se traduce en calidad de vida y que supera las posibilidades de crecimiento económico.

La sustentabilidad de los sistemas sociales de salud se apoya en varios pilares fundacionales, entre ellos conocer la carga de enfermedad, asegurar su financiamiento con medidas innovadoras para aumentar los recursos.

La tarifa per-cápita implica una contribución solidaria pareja para todos por igual, es decir un monto fijo, generalmente equivalente al costo actuarial esperado de la canasta de prestaciones que se espera cubrir universalmente.

El modelo de reembolso capitativo ajustado según el nivel de riesgo de los beneficiarios de un servicios de salud busca, por un lado, promover conductas eficientes al aproximar el pago a los gastos realmente justificados y, por otro, mejorar el acceso de los usuarios de mayor riesgo a los servicios que les sean necesarios evitando la selección de pacientes que puede producirse ante sistemas capitativos simples (sin ajuste) (Bonilla, Ortún Rubio 2000).

Se define como ajuste de riesgo al uso de información para calcular los costos esperados en atención de salud de los individuos o grupos y definir primas subsidiadas para individuos de alto riesgo con el fin de mejorar la eficiencia y equidad del sistema de salud.

Es abundante la evidencia empírica que demuestra que es técnicamente posible encontrar una fórmula de ajuste per capita que permita predecir al menos una parte de la varianza del gasto en atención médica por persona.

Es importante que las variables que se usen para el ajuste, sean las relevantes, es decir que la información utilizada permita generar un grado importante de predicción de los costos en salud.

Los modelos en aplicación han sido graduales en la incorporación de variables empíricas para los cálculos de las primas subsidiadas, comenzando por sexo y edad, para continuar con más variables que permitan acercarse mejor a los costos esperados en salud, como los indicadores socioeconómicos y de estado de salud.

En el caso de las variables socioeconómicas, se entiende que son determinantes de salud y en algún grado, de sus costos. Así, se usan el desempleo, urbanización, región, ingreso, etc. El modelo Belga es un ejemplo de uso de una combinación de variables demográficas y socioeconómicas dado que utiliza, edad y sexo junto con urbanización, discapacidad, ingreso, estatus de empleo y mortalidad, en un modelo agregado de regresión.

No obstante, las variables socioeconómicas permiten un ajuste de solidaridad en ingresos, definido como subsidio cruzado desde personas de bajo ingreso hacia individuos de alto ingreso, distinto al ajuste de riesgos de salud. En la práctica, muchos modelos usan algún indicador socioeconómico, tanto en EE.UU. como en países de Europa.

El estatus de salud ha sido incorporado también de manera “trazadora”, en modelos que están en transición hacia esquemas mejorados que estudian la incorporación de diagnósticos clínicos. Es el caso alemán, donde en el año 2003 se incorporó al sistema de ajuste de riesgos un grupo reducido de enfermedades crónicas o catastróficas, junto con un programa de manejo de ellas, llamado Disease Management Programs (DMP).

Mezclas de las formas de cálculo de las primas ajustadas por riesgo anteriormente descritas, también son usadas por ejemplo, en el caso de Medicare en EE.UU., el sistema usa variables demográficas, algunas características socioeconómicas -vinculadas a la zona de residencia y la ocupación- y también los diagnósticos como proxy del estado de salud de los beneficiarios. Estos modelos son conocidos porque han logrado el máximo nivel de predicción de costos posible hasta ahora.

Otro tipo de variables son las denominadas variables normativas. Se hace referencia a variables que por diversas razones de política resultan relevantes

de considerar en un caso concreto, aún cuando esas agrupaciones o indicadores no presenten gastos observados relevantes en salud. Por ejemplo, la etnia puede ser una variable normativa a considerar en el ajuste de riesgo, aún cuando al revisar los datos observados de costos en salud de las etnias, estos no sean relevantes. Sin embargo, puede ser que estas personas no estén consultando en el sistema formal de salud y el gobierno desee incentivar que ellos tengan acceso. En este caso, se puede incluir la variable etnia en ajuste de riesgos para incentivar al sistema de seguridad social de salud a que incorpore a estos grupos de la población y, de esta forma, mejorar sus niveles de salud.

Una distinción importante entre mecanismos de ajuste de riesgo se basa en el momento en el cual la información es procesada para calcular los gastos corrientes. En los modelos denominados prospectivos, a partir de información de un período, se estima el gasto en atención médica del período siguiente. En el modelo concurrente o retrospectivo, primero se gasta y luego se informa; es decir que los datos sobre los que se calculan las cápitas se refieren al mismo año en el que se realiza el gasto.

En el modelo prospectivo las variables son presupuestadas antes de iniciarse el período, tratando de incentivar la reducción de costos, aunque también implica querer reducir riesgos (selección de riesgos). Obviamente, los modelos retrospectivos predicen el gasto con mayor acierto ya que se cuenta con información relevante más certera, como es el caso de las variables que relatan gastos contingentes.

En la experiencia internacional los esquemas de Bélgica, Israel, Holanda y de Medicare en EE.UU., son algunos ejemplos de modelos ex-ante o prospectivos, mientras que los de Alemania y Suiza son ejemplos de modelos ex-post o retrospectivos.

Los modelos que incorporan diagnósticos para predecir los costos en salud, pueden multiplicar varias veces el nivel de predicción de la varianza de los gastos individuales, respecto de los modelos meramente demográficos. En términos estadísticos se habla que los modelos demográficos sólo pueden llegar a predecir hasta cerca del 3% de la varianza de los costos individuales y que los modelos que usan diagnósticos pueden llegar a predecir cerca del 30% o más.

Existen dos fórmulas de cálculo. Una actuarial o modelos de celdas, donde cada celda representa un grupo de riesgo previamente definido, en la cual

se calcula el promedio de gastos por persona involucrada en dicho grupo de riesgo. Otra fórmula es el análisis de regresión en que se estiman los gastos esperados individuales o por grupo de riesgo, en función de variables independientes que son las variables decididas como relevantes para el ajuste. Así, los parámetros obtenidos en la estimación, estandarizados, representan el peso que tendrá cada variable por grupo de riesgo.

El modelo de celdas es el más comúnmente usado. Alemania y Suiza son países que lo utilizan, en cambio las estimaciones econométricas son usadas en EE.UU., Holanda y Bélgica. En este último caso, con variables agregadas y no individuales. Se puede notar que los modelos que llevan en operación más de 10 años, como los anteriormente mencionados, se encuentran analizando el paso desde un modelo actuarial a uno de regresión. Esto tiene que ver, fundamentalmente, con el aumento significativo de variables en el ajuste al pasar de modelos demográficos a otros que consideren estatus de salud y con los niveles de información disponible sobre eventos de salud asociados a personas. Es el proceso que hizo Holanda y el tránsito que se encuentra ejecutando Alemania.

Dado que los modelos de ajuste de riesgos demográficos logran predecir sólo un porcentaje limitado de la varianza de los costos y en particular no logran captar los eventos de alto costo, que pueden llegar a concentrar una gran porción de los gastos, varios sistemas definen un esquema complementario especial para los costos extremos. Lo hacen, además, para fortalecer los incentivos de mitigación de la selección de riesgos. Estos modelos son conocidos en la literatura como “sistemas de riesgo compartido” (risksharing). Pueden estar diseñados para condiciones de salud específicas, donde los diagnósticos e incluso los protocolos de tratamiento son previamente determinados. También pueden ser contruidos como sistemas de umbral de costos, conocidos como riesgo compartido para altos costos (outlier risk sharing) que son más usados para abordar eventos más impredecibles, como los accidentes. Por ejemplo, Holanda utiliza un sistema de riesgo compartido para altos costos, Israel uno de riesgo compartido para condiciones específicas de salud y Alemania desde el año 2002 un costo compartido para altos costos.

En consecuencia se observa que la mayor parte de los mecanismos actuales de ajuste explícito de riesgo consideran las variables demográficas, las que en general obtiene una baja predicción del gasto. Se han incorporado otras

dimensiones como la percepción del estado de salud por parte de los individuos, utilización previa de los servicios, y la información diagnóstica o la casuística de los pacientes. Cada una de estas alternativas tiene ventajas e inconvenientes, pero globalmente puede afirmarse que la varianza total explicada por los distintos modelos a nivel individual aparece como muy pequeña. De esa pequeña proporción explicable, los modelos que obtienen mejores resultados son aquellos que incorporan información diagnóstica. No existe ninguna herramienta disponible que se considere un predictor de riesgo ideal, se valora entonces como alternativa un sistema mixto o “mix” prospectivo-retrospectivo, a través del cual podría evitarse la persistencia de mecanismos de selección de pacientes debido a las imperfecciones en el nivel de ajuste alcanzado (Bonilla, Ortún Rubio 2000).

Los criterios básicos para la determinación de un buen ajuste por riesgo debieran consistir en:

- *Incentivos apropiados*: El modelo adoptado debe propinar los incentivos adecuados orientados hacia la eficiencia y la solidaridad, y no hacia la selección de riesgos.
- *Equidad*: Debe ser suficiente para compensar a las aseguradoras que tienen miembros de mayores riesgos.
- *Factibilidad*: la información requerida para el cálculo de la fórmula debe ser posible de obtener a costos razonables, debe ser resistente a la manipulación, universal (que esté disponible para toda la población) y aceptada por todos los actores del sistema.

En la Argentina se dispone de un mecanismo de ajuste de riesgo a partir del Decreto 1901/2006, norma que regula la distribución por ajuste de riesgo de los recursos del FSR garantizándose a los agentes del seguro de salud la percepción de una cotización mínima mensual por cada uno de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS) a través de la valoración del gasto ponderado por sexo y edad de la población beneficiaria a los efectos de asignar de la mejor manera los recursos disponibles en el Sistema.

Otro mecanismo presente en el SNSS argentino es la Administración de Programas Especiales (APE) que puede ser considerada un ejemplo de riesgo compartido ya que se financian, con recursos del FSR, los gastos originados en los tratamientos, prótesis y/o medicamentos requeridos para la atención de un

conjunto de patologías consideradas de alto costo y baja incidencia de los beneficiarios del SNSS, independientemente de la obra social a la que pertenecen, de sus aportes al sistema y de su condición de afiliación (titular, familiar u otro).

IV. Metodología aplicada para el diseño de un modelo de ajuste por riesgo

A continuación se comienza a desarrollar la metodología para estimar diferencias de riesgo entre las poblaciones a cargo de las distintas jurisdicciones del Programa Incluir Salud y definir compensaciones utilizando las variables de sexo y edad.

A. Caracterización de la población Programa Incluir Salud:

En el siguiente apartado, utilizando como fuente de información el padrón de beneficiarios del Programa de referencia, a abril 2010, se presentan las características distintivas de su población a cargo.

i. Características sociodemográficas de la población a cargo

La población afiliada al Programa Incluir Salud está conformada por las personas beneficiarias de PNC. Se trata, en su mayor parte, de una población altamente carenciada, con necesidades especiales en muchos casos, y cuya accesibilidad a la atención médica esta dificultada por barreras de distinto tenor. Son personas que no poseen mecanismos económicos que le permitan acceder a la medicina privada, y al carecer de trabajo en su mayoría, o con trabajos precarios, no están comprendidos dentro del sistema de seguridad social (Obras sociales).

Las prioridades que se tienen en cuenta para el otorgamiento de estas pensiones contemplan algunos de los siguientes factores, dependiendo del tipo de pensión:

- Ausencia o desempleo del progenitor en casos de madres de 7 o más hijos
- Edad jubilatoria sin mínimo de aportes
- Incapacidad permanente
- Carecer de algún tipo de subsidio
- Falta de cobertura alternativa
- Riesgo médicosocial
- Carencia de contención socio familiar e institucional
- Desempleo

El análisis de estas prioridades permite concluir que la población a cargo del Programa se caracteriza por su alta vulnerabilidad médico-social. Son integrantes de la denominada **pobreza estructural**, con dificultades de acceso económico y cultural a los servicios de salud.

La población beneficiaria del Programa es de 683.942 personas según datos del padrón a Abril de 2010 (no incluye beneficiarios PNC PAMI), lo que representa el 1.6% de la población a nivel nacional para dicho periodo.

En la población general del Programa Incluir Salud se encuentran 48 inactivos (mayores de 65 años y menores de 15) cada 100 activos (de 15 a 64 años), superando esta relación la región Centro con 51 inactivos y la región Patagonia con 64 inactivos cada 100 activos. Cabe mencionar que para la Argentina este valor es de 55.

Por otro lado, considerando el envejecimiento de la población a cargo, la relación mayores de 65 años / menores de 0 a 14 años se coloca en la población general del Programa Incluir Salud en los 84 inactivos cada 100 jóvenes, siendo aún mayor en la región Cuyo (104) y más del doble en la región Patagonia (196). Para la Argentina este valor es inferior a la mitad del correspondiente al Programa, 41 inactivos cada 100 jóvenes.

La composición por sexo de una población se representa mediante el Índice de Masculinidad (IM): la cantidad de varones por cada 100 mujeres. Este indicador, tanto para la totalidad de la población como por edades específicas, denota una notoria mayoría femenina sobre todo a partir de los 30 años en la población beneficiaria respecto de la población de Argentina. El IM general de los beneficiarios del Programa es de 68 varones cada 100 mujeres igual al de la región Centro, mientras que es levemente menor en las regiones NOA, Cuyo y Patagonia, 67, 65 y 66 respectivamente, y mayor en el NEA: 70. En la población nacional dicha relación es mayor, 96 varones cada 100 mujeres.

Los IM por edad de las poblaciones mencionadas (Gráfico 1) evidencian lo antedicho. En la población general de Argentina, sin embargo, el comportamiento del IM corresponde a la composición por sexo de casi todas las grandes poblaciones jóvenes. En las edades posteriores a los 50 años, el predominio femenino es consecuencia de la sobremortalidad masculina.

Tabla 5: Características sociodemográficas de la población Incluir Salud

	Población	Participación en población Profesional de Salud	Incremento población a cargo periodo junio 2009 abril 2010	Edad (Varones cada 100 mujeres)	Índice de Masculinidad 100 activos	Inactivos cada 100 jóvenes ²	Mayo Inactivos cada 100 jóvenes ³
ARGENTINA	40.518.951 ⁴			96	55	16	41
INCLUIR SALUD	683.942 ⁵		198.345	41%	48	22	84
CENTRO	285.731	42%	83.583	41%	68	51	25
CUYO	60.678	9%	17.508	41%	46	23	104
NEA	150.077	22%	49.046	49%	70	42	15
NOA	158.789	23%	44.823	39%	67	46	20
PATAGONIA	28.641	4%	3.385	13%	66	64	42

Fuente: Elaboración propia Padrones Incluir Salud abril 2010. Población Argentina INDEC proyección poblacional 2010

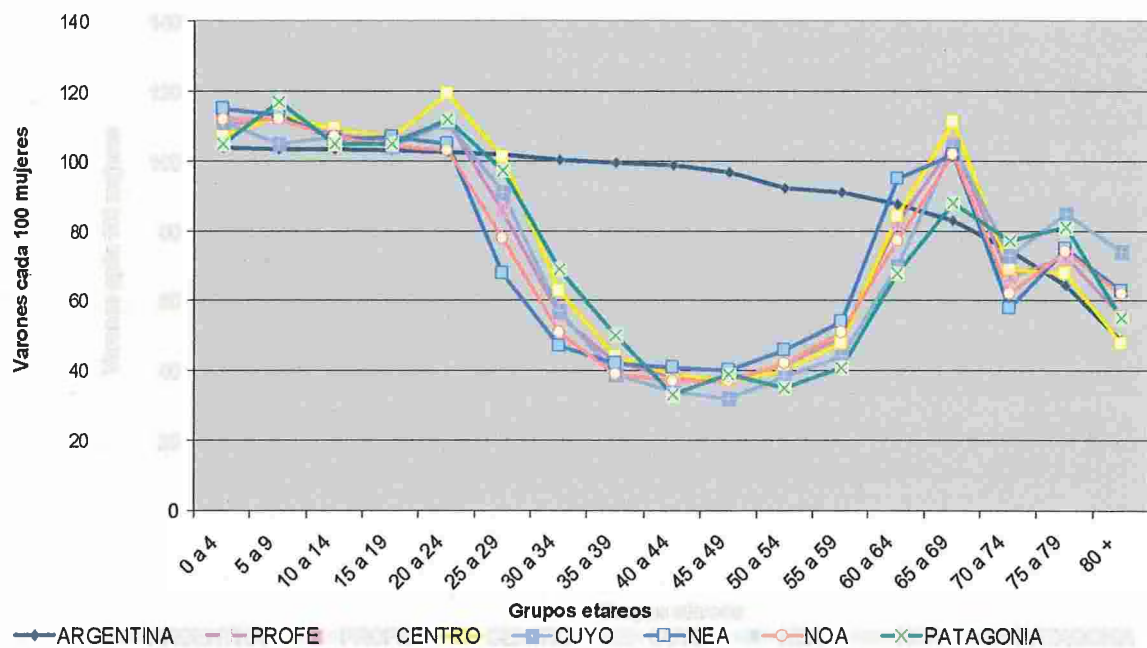
Observaciones:

- 1 Índice de Dependencia Potencial: representa la carga de población potencialmente inactiva (menores de 15 y mayores de 65 años) que soporta la población potencialmente activa (15 a 64 años).
- 2 Relación adultos mayores (> 65 años) / adultos jóvenes (15 a 64 años) Indicador útil en materia financiera, determinante del equilibrio del régimen de pensiones.
- 3 Relación adultos mayores (>65 años) cada 100 jóvenes (0 a 14 años) Indicador sociopolítico que apunta al futuro de una nación o área teniendo en cuenta el envejecimiento.
- 4 40.518.951 habitantes INDEC proyección poblacional 2010
- 5 No incluye a los beneficiarios PNC PAMI

En la población beneficiaria del Programa, el predominio femenino se evidencia en todas las edades, más marcada entre los 30 y 59 años. Esta característica, de importantes consecuencias en la demanda de servicios de salud, responde a los patrones de ingreso a los beneficios del Programa.

El 42% de los beneficiarios del Programa residen en la región Centro, 9% en Cuyo, 22% en NEA, 23 % NOA y 4% en Patagonia.

Gráfico 1: Índice de masculinidad por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia Padrones Profe Incluir Salud abril 2010. Población Argentina INDEC proyección poblacional 2010

ii. Tamaño y crecimiento de la población en el periodo junio 2009 abril 2010

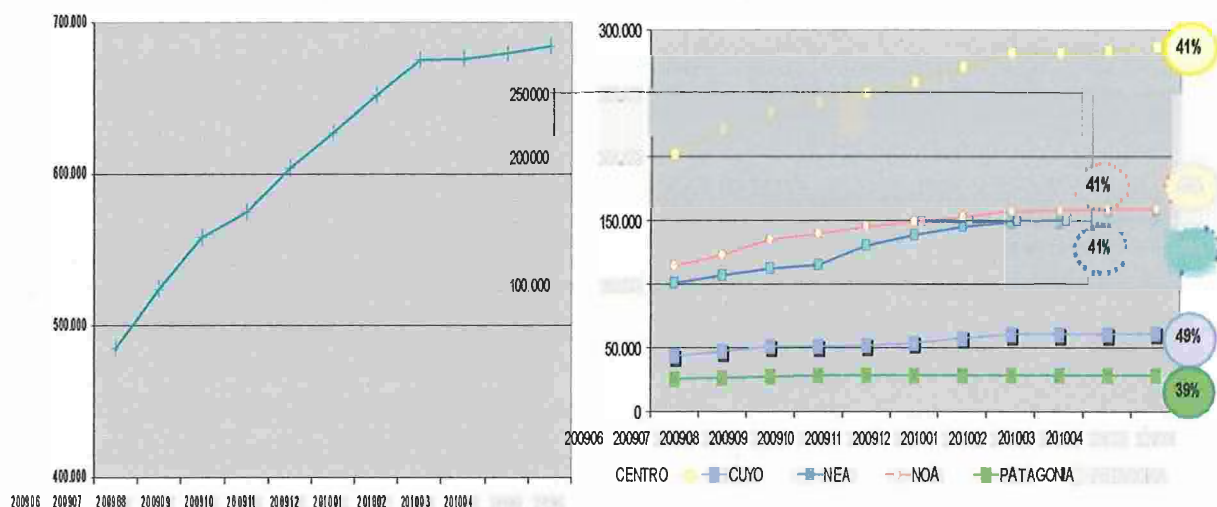
Al analizar la evolución del padrón de beneficiarios en el periodo junio 2009 abril 2010 se observa un crecimiento significativo y sostenido de la población beneficiaria coincidente con el mecanismo de afiliación automática de titulares de pensiones que ha mejorado la accesibilidad al Programa al disminuir los tiempos administrativos del proceso de afiliación. (Gráficos 2 y 3)

El padrón general muestra un incremento del 41%. Regionalmente el Centro y Cuyo presentaron similar incremento, siendo mayor en el NEA: 49% y menor en el NOA (39%) y Patagonia (13%).

Gráfico 2: Progresión de beneficiarios periodo Junio 2009 Abril 2010

Total beneficiarios Profe Incluir Salud

Beneficiarios por región

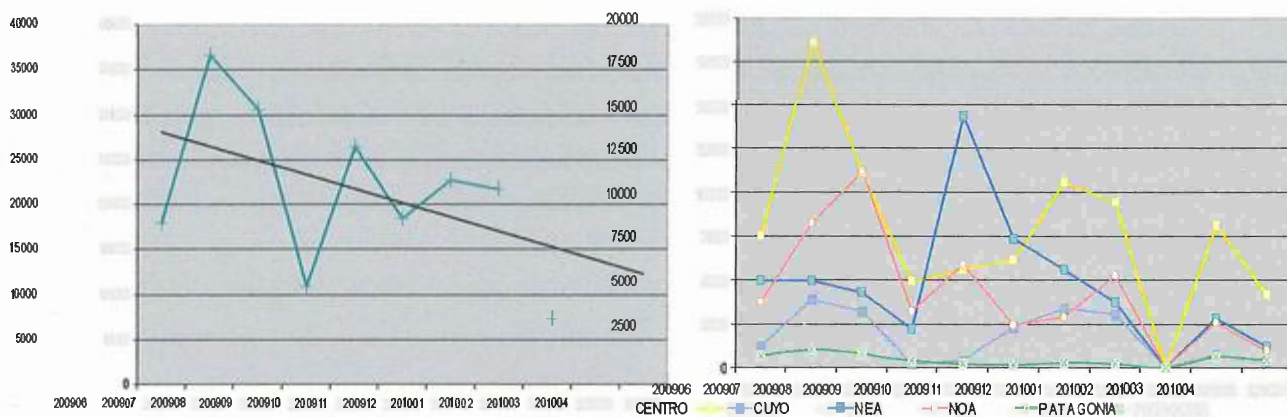


Fuente: Elaboración propia Padrones Profe Incluir Salud

Gráfico 3: Progresión de beneficiarios por mecanismo de afiliación automática

Total beneficiarios Profe Incluir Salud

Beneficiarios por región



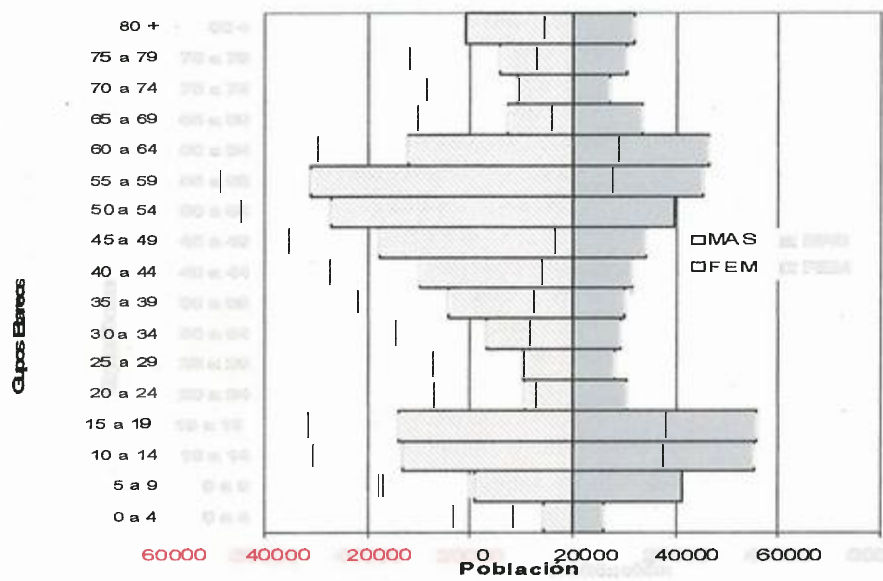
Fuente: Elaboración propia Padrones Profe Incluir Salud

Observación: No se cuenta con los datos de febrero y marzo 2010

iii. Estructura por sexo y edad

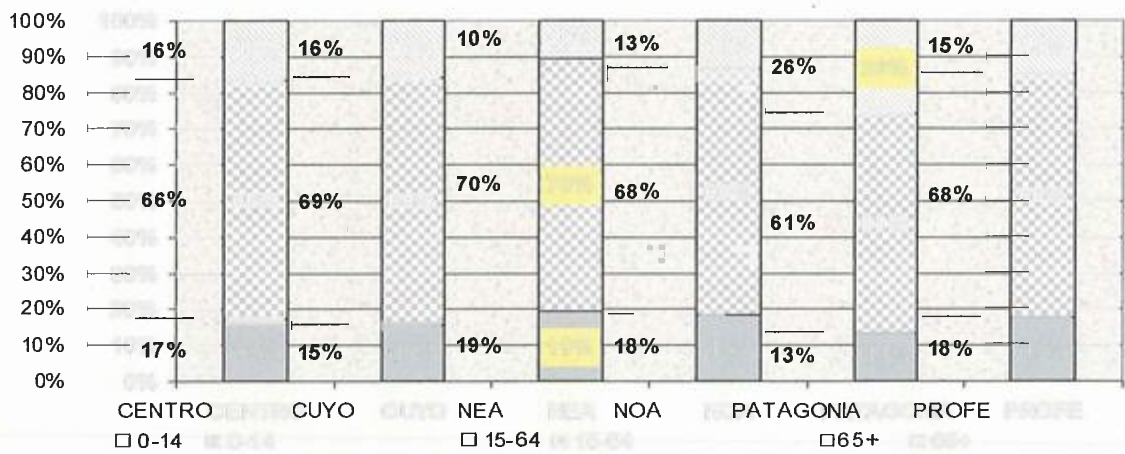
La estructura etárea de la población del Programa Incluir Salud corresponde a una estructura joven (Gráfico 4), con un 16% de su población concentrada en el grupo menor de 15 años y el 15 % en el grupo mayor de 65 años. A nivel regional se mantiene igual tipo de estructura observándose un mayor porcentaje de menores (0 a 14 años), 20%, y población activa (15 a 64 años), 70%, en la región NEA, mientras que en la Patagonia hay un mayor porcentaje (26%) de adultos mayores. (Gráfico 5)

Gráfico 4: Población según grupos quinquenales de edad y sexo



Fuente: Elaboración propia Padrones Profe Incluir Salud abril 2010

Gráfico 5: Población Profe Incluir Salud, según sexo y edad (Grupos funcionales)



Fuente: Elaboración propia Padrones Profe Incluir Salud abril 2010

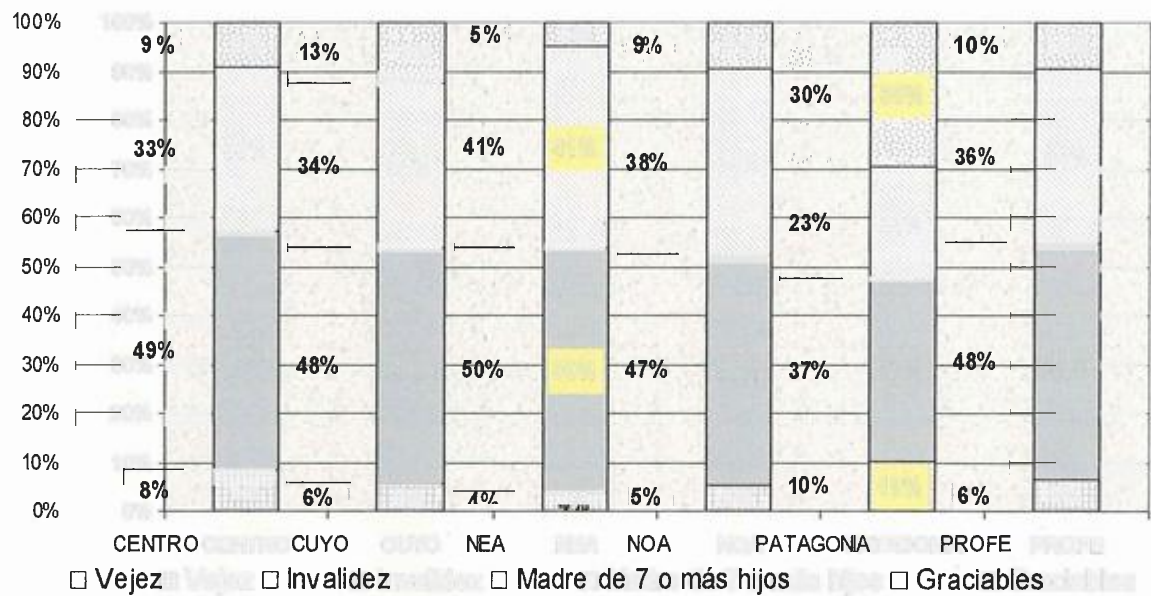
iv. Distribución por tipo de pensión

Actualmente en la población beneficiaria del Programa se evidencia el predominio de pensiones asistenciales (85%) sobre las Graciables (15%). Dentro de las asistenciales la pensión por Invalidez es la más representativa con un 48 % y las de Madre de 7 o más hijos un 36% mientras que las otorgadas por Vejez solo representan el 6%.

Regionalmente, el NEA tiene los mayores porcentajes de Invalidez (50%) y Madres de 7 o más hijos (41%) mientras que en la Patagonia predominan las de Vejez (10%) y Graciables (30%) (Gráfico 6)

Al analizar las pensiones con fecha de alta posterior al 1 de junio de 2009 se observa que el 68 % fueron otorgadas por Invalidez y el 30 % a Madres de 7 o más hijos, es decir que son pensiones asistenciales que por definición corresponden a poblaciones de alto riesgo y una demanda supuesta de servicios mayor. Estas pensiones se corresponden al 34% del padrón actual.

Gráfico 6: Distribución porcentual de beneficiarios por tipos de pensión



Fuente: Elaboración propia Unidad Datos Padrones Profe Incluir Salud abril 2010

B. Modelo de ajuste por riesgo:

1. Variables y fuentes de información

Ajuste por riesgo es el término que se emplea para caracterizar la conciliación de las cápitas según las particularidades de los beneficiarios, con el objetivo de hacer coincidir las mismas con el costo esperado de la atención de dichos beneficiarios.

Una de las principales limitaciones para la selección de las variables de ajuste es la información disponible. Smith (1999) recomienda incluir solamente las características de los individuos que dispongan de: un registro universal, consistente y verificable; estén libres de incentivos perversos, escasa

vulnerabilidad a la manipulación tanto de proveedores como de los beneficiarios, y tengan una relación clara con la necesidad de servicios.

Los factores demográficos, como se ha señalado, son los más utilizados por la ventaja que supone su menor coste de obtención y su fácil revisión.

En el caso presentado, las variables sexo y edad incluidas en los padrones de beneficiarios del Programa Incluir Salud cumplen con las premisas señaladas en los párrafos anteriores. Estos padrones son generados en el Área de Tecnología e Informática del Programa y se ponen a disposición de las jurisdicciones provinciales a través de la web mensualmente. A partir de ellos se define la cápita básica por beneficiario que mensualmente se transfiere a las provincias.

Es decir que estas variables demográficas son de fácil acceso, consistentes, verificables, universales, no pasibles de manipulación y reflejan la necesidad de servicios.

Otras variables tales como diagnósticos no son accesibles a la fecha pues se desconoce el motivo de otorgamiento de la pensión y no se llevan registros de patologías crónicas prioritarias, tales como hipertensión, diabetes, cáncer, a nivel jurisdiccional.

El modelo propuesto, entonces, parte de la estimación del número total de personas por jurisdicción, clasificadas por grupos de edad y sexo.

ii. Estructura por grupos de riesgo de enfermar por edad y sexo

Siguiendo el modelo formulado por San Martín (2006) la agrupación se hizo por diferencias en el riesgo de enfermar, construyendo grupos epidemiológicos generalmente aceptados y agrupando en seis categorías, de manera de tener un esquema simplificado.

Es importante mencionar que no solo el riesgo corresponde a enfermar sino a la necesidad de recursos que genera una situación de atención particular, como lo puede ser un embarazo no patológico o una consulta preventiva.

Así se reconoce la mayor necesidad de atención de los niños menores de un año que la de los niños de 1 a 14 años, sin diferencia de sexo. Luego se introduce la diferencia por sexo en el período en que las mujeres están en edad fértil. Por sobre los 50 años no hay diferencias por sexo, pero se diferencian los

mayores de 65 años por el mayor consumo relacionado con la edad. Los grupos seleccionados, en consecuencia, son:

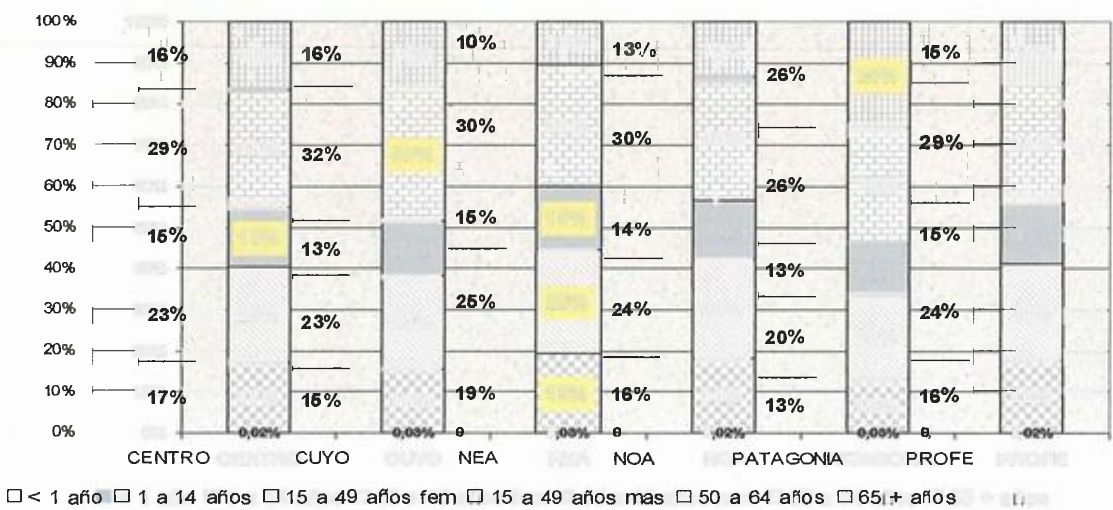
- 1. Menores de un año (ambos sexos).
- 2. De 1 a 14 años (ambos sexos).
- 3. De 15 a 49 años (mujeres).
- 4. De 15 a 49 años (varones).
- 5. De 50 a 64 años (ambos sexos).
- 6. De 65 y + años (ambos sexos).

Cabe mencionar, en relación al grupo de menores de un año, que en el padrón del Programa su porcentaje es insignificativo hecho relacionado con la legislación que permite la atención del recién nacido, durante el primer año de vida, a cargo del beneficio de la madre lo que justificaría el subregistro.

En el Gráfico 7 se detalla la distribución porcentual por grupos de riesgo según edad y sexo observándose que la región NEA presenta un porcentaje de menores de 1 a 14 años (19%) y mujeres en edad fértil (25%) superior al promedio del Programa (18 y 24% respectivamente), mientras que el mayor porcentaje de adultos mayores se ubica en la región Patagonia (26% vs. 15% del Programa) como poblaciones de mayor demanda esperada de servicios.

En relación al grupo de varones de 15 a 49 años, el Programa, región NEA y Centro poseen igual porcentaje (15%) mientras que los adultos jóvenes predominan en Cuyo (32% vs. 29% del Programa).

Gráfico 7: Distribución porcentual por grupos de riesgo según edad



Fuente: Elaboración propia Padrones Profe Incluir Salud abril 2010

iii. Metodología de ajuste y aplicación del modelo

Desde el punto de vista metodológico, para la estimación del gasto esperado por grupos de edad y sexo, se aplicó el coeficiente de costo relativo desarrollado por San Martín(2006) (Tabla 6) en el modelo de ajuste por riesgo en los subsidios que distribuye la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) a las diferentes OSN, a través del mecanismo de distribución automática del FSR, garantizándose a los agentes del seguro de salud la percepción de una cotización mínima mensual por cada uno de los beneficiarios del SNSS, a los grupos etáreos definidos en el punto anterior.

Tabla 6	Coeficiente de Costo Relativo	
	Masculino	Femenino
Grupos de edad		
0 < 1	1,6	1,6
1 a 14	0,83	0,83
15 a 49	1	1,7
50 a 64	1,75	1,75
65 y +	3,57	3,57

Fuente: San Martín Mariano. 2006

De esta forma, de acuerdo a la distribución porcentual por grupos de edad y sexo de la población a cargo de cada jurisdicción, aplicando los coeficientes de costo relativo mencionados se genera un *coeficiente de costo por riesgo de enfermar* por jurisdicción. (Tabla 7)

iv. Resultados

Definido el *coeficiente de costo por riesgo de enfermar* se observa que, considerada la población total a cargo del Programa, surge un coeficiente global de 1,76 superior al 1,50 que presenta la población de Argentina en su conjunto, hecho esperado atento a las características de alta vulnerabilidad médico social de la población a cargo del Programa beneficiaria de PNC cuyas características de otorgamiento fueran mencionadas en el apartado A i.

Desde el punto de vista regional la Patagonia presenta el mayor coeficiente, 1,99, en relación a su mayor carga de adultos mayores. Luego sigue Cuyo, 1,79, por su predominio en adultos jóvenes. La región Centro presenta un coeficiente similar al del Programa, 1,77. Finalmente NEA y NOA presentan los menores coeficientes, 1,64 y 1,71 respectivamente por su mayor porcentaje de menores de 1 a 14 años.

TABLA 7 : FRECUENCIA DE COSTO POR RIESGO DE ENFERMAR POR JURISDICCION Y REGION PROGRAMA INCLUSIVO COSTO POR													
REGION	POBLACION	0 <	a % POBLACION POR GRUPOS ETAREOS POR SEXO a				65 y	CORRIENTE DE ENFERMAR					
			MASCULINO		FEMENINO								
			14	49	64	65 y +			64	65 y +			
BUENOS AIRES	177.632	0,01	9,60	14,84	9,48	65 y +	0 < 1	8,70	23,65	18,53	9,75	1,62	
CABA		1	7,3	16,07	9,62	+	1		7,38	14,87	8,50	1,73	
CORDOBA			7,17	12,24	12,43	6,07	0,01	6,59	19,50	8,62	12,83	2,01	
ENTRE RIOS	17.041	0,01	1	5,61	25	9,77	0,02	8,67	25,02	9,92	15,46	1,95	
SANTA FE	44.530	0,00	8,89	15,16	9,24	10,61	0,02	7,63	28,44	19,69	6,55	1,67	
	21.112	9,97	9,97	14,60	10,06	4,12	0,01	8,17	23,16	18,53	9,75	1,77	
	25.416	0,02	7,35	15,55	12,90	4,37	0,01	7,35	23,84	21,76	4,78	1,69	
CENTRO	285.731	0,02	6,46	3,05	9,88	6,70			24,51	24,37	8,15	1,81	
LA RIOJA	10.062	0,01	9,57	13,33	10,7	6,41			21,31	20,31	9,49	1,77	
MENDOZA	19.909	0,00	8,09	12,48	11,54	7,38	0,02	6,16	21,03	9,08		1,69	
SAN JUAN	20.187				1	7,03	0,00	8,78				1,81	
SAN LUIS	10.520					8,53	0,00	7,41		1	11,84	1,77	
CUYO	60.678	0,02	7,93	13,46	10,76	7,30	0,01	7,45	23,84	16,80	5,57	1,87	
FORMOSA	42.131	0,01	8,38	16,29	12,24	4,83	0,01	7,54	26,64	19,45	5,96	1,79	
MISIONES	45.321	0,02	12,98	14,79	10,43	3,48	0,03	12,06	24,90	19,73	6,75	1,66	
	25.431	0,00	8,86	15,48	10,92	4,94	0,01	7,92		18,48		1,58	
	37.209	0,01	9,13	15,03	10,88	5,03	0,01	8,53				1,66	
NEA	150.092	0,01	10,04	15,39	11,13	4,49	0,02	9,22	25,22		6,00	1,68	
												1,64	

PROVINCIA

% POBLACION POR GRUPOS ETAREOS POR SEXO

COEFICIENTE DE

REGION	POBLACION	MASCULINO												FEMENINO												RIESGO DE ENFERMAR	COSTO POR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
		1 a						5 a						65 y						0 <								1 a						15 a						50 a						65 y																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
		14						49						64						+								1						14						49						64						+																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
		0 <	1,60	0,83	1,70	1,89	15,31	1,75	3,57	6,54	0,00	9,99	22,88	8,93	7,38																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		0,00	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Profe Incluir Salud abril 2010

Considerando que este coeficiente define el costo relativo esperado para la atención sanitaria de la población a cargo, se evaluó la diferencia porcentual (brecha) entre el correspondiente a la población total bajo cobertura, considerado como valor promedio de la cobertura, y cada región / jurisdicción.

El objetivo de este cruce de variables es establecer las relaciones porcentuales que deberían tener los valores capitados básicos a transferir por jurisdicción acorde al costo relativo esperado que surge del coeficiente calculado.

En la tabla 8 se observa la brecha porcentual de costo relativo por región.

TABLA 8: BRECHA PORCENTUAL DE COSTO RELATIVO POR REGIÓN		
REGION	COEFICIENTE DE COSTO POR RIESGO DE ENFERMAR	BRECHA PORCENTUAL
PATAGONIA	1,99	13,00%
CUYO	1,79	1,70%
CENTRO	1,77	0,57%
NOA	1,71	-2,84%
NEA	1,64	-6,82%
INCLUIR SALUD	1,76	0,00%
ARGENTINA	1,50	-14,77%

Fuente: Elaboración propia en base a padrones Profe Incluir Salud abril 2010

Esta brecha es muy significativa, 13%, en la región Patagonia sugiriendo que la atención médica en dicha región supone un mayor costo requiriendo una mayor cápita.

Por otro lado, en el caso del NEA el costo relativo es inferior (-6.82%) lo que presupone la necesidad de una menor cápita.

Sin embargo hay que señalar que lo observado por región no se extrapola en igual proporción al analizar el coeficiente por jurisdicción. (Tabla 9).

Así, el 46% de las provincias (11) presentan un coeficiente superior al promedio con brechas que van desde un 0.57% (poco significativo) como en el caso de San Juan hasta un 17.60% (muy significativo) como el caso de Chubut y Tierra del Fuego lo que implica la necesidad de una cápita mayor.

Mientras que el restante 56% presentan un coeficiente inferior al promedio con brechas que van desde un 1.70% (poco significativo) como en el

caso de Buenos Aires hasta un 10.23% (muy significativo) como el caso de Corrientes.

TABLA 9: BRECHA PORCENTUAL DE COSTO RELATIVO POR JURISDICCIÓN			
REGION	PROVINCIA	COEFICIENTE DE COSTO POR RIESGO DE ENFERMAR	BRECHA PORCENTUAL
PATAGONIA	CHUBUT	2,07	17,60%
PATAGONIA	TIERRA DEL FUEGO	2,07	17,60%
PATAGONIA	NEUQUEN	2,04	15,90%
PATAGONIA	RIONEGRO	2,02	14,80%
CENTRO	CAPITAL FEDERAL	2,01	14,20%
PATAGONIA	SANTA CRUZ	1,96	11,00%
CENTRO	CORDOBA	1,95	10,80%
CUYO	SAN LUIS	1,87	6,25%
PATAGONIA	LA PAMPA	1,87	6,25%
CUYO	MENDOZA	1,81	2,84%
CUYO	SAN JUAN	1,77	0,57%
CENTRO	BUENOS AIRES	1,73	-1,70%
NOA	JUJUY	1,72	-2,27%
NOA	TUCUMAN	1,72	-2,27%
NOA	SALTA	1,71	-2,84%
NOA	CATAMARCA	1,70	-3,41%
CUYO	LA RIOJA	1,69	-3,98%
NEA	MISIONES	1,68	-4,55%
NOA	SANTIAGO DEL ESTERO	1,68	-4,55%
CENTRO	SANTA FE	1,67	-5,11%
NEA	CHACO	1,66	-5,68%
NEA	FORMOSA	1,66	-5,68%
CENTRO	ENTRERIOS	1,62	-7,95%
NEA	CORRIENTES	1,58	-10,23%

Fuente: Elaboración propia en base a padrones Profe Incluir Salud abril 2010

Por todo lo expuesto luego del análisis del padrón de beneficiarios del Programa Incluir Salud y la aplicación de un modelo de ajuste por riesgo de enfermar surge como propuesta establecer una cápita básica promedio y acorde al *coeficiente de costo por riesgo de enfermar* construir los valores capitados por región logrando una asignación de una cápita ajustada según riesgo como forma racional y progresiva para asignar recursos frente a un gasto en salud que siempre tiende a crecer.

V. Conclusiones

Uno de los desafíos que tienen ante sí los sistemas de salud es la sustentabilidad dado el costo creciente que conllevan la innovación y el desarrollo en el tratamiento de las patologías. Los mismos no siempre se traducen en calidad de vida, pero en la mayoría de los casos superan las posibilidades de financiamiento.

La sustentabilidad de los sistemas sociales de salud se apoya en varios pilares fundacionales, entre ellos conocer la carga de enfermedad y asegurar su financiamiento con medidas innovadoras para aumentar los recursos.

La tarifa per-cápita es una modalidad de contribución solidaria pareja consistente en un monto fijo, generalmente equivalente al costo actuarial esperado de la canasta de prestaciones que se espera cubrir universalmente. Sin embargo dicho mecanismo no permite lograr equidad distributiva en la asignación de recursos capitados para la cobertura de una población vulnerable.

La Solidaridad de riesgos, que implica subsidios cruzados desde personas de bajo riesgo hacia individuos de alto riesgo, requiere la implementación de un modelo de ajuste por riesgo.

A tal efecto la experiencia internacional justifica este tipo de intervención, como incentivo para mejorar la eficiencia en el mercado de seguros de salud aún cuando es difícil lograr ajustadores que sean buenos predictores del gasto.

Ante este contexto, el diseño de mecanismos de redistribución que compensen las fuertes disparidades regionales en las necesidades de atención de la población respecto de la capacidad de financiamiento de cada una de ellas surge como un claro mecanismo financiero para asegurar la viabilidad de los contratos de gestión a partir de una equidad distributiva en la asignación de los recursos.

El modelo de reembolso capitolativo ajustado según el nivel de riesgo de los beneficiarios de un servicios de salud busca, por un lado, promover conductas eficientes al aproximar el pago a los gastos realmente justificados y, por otro, mejorar el acceso de los usuarios de mayor riesgo a los servicios que les sean necesarios evitando la selección de pacientes que puede producirse ante sistemas capitolativos simples (sin ajuste) (Bonilla, Ortún Rubio 2000).

Ajuste por riesgo es el término que se emplea para caracterizar la conciliación de las cápit as según las particularidades de los beneficiarios, con el objetivo de hacer coincidir las mismas con el costo esperado de la atención de dichos beneficiarios. Ello implica el uso de información para calcular los costos esperados en atención de salud de los individuos o grupos y definir primas subsidiadas para individuos de alto riesgo con el fin de mejorar la eficiencia y equidad del sistema de salud.

El Programa Incluir Salud es una estrategia de aseguramiento público explícito para reducir la exclusión en salud de una población carenciada sin cobertura formal a través de contratos de gestión que privilegian el sector público de salud como prestador.

Del análisis de la población del Programa referido surge claramente su condición de vulnerabilidad a partir de los indicadores socioeconómicos, que señalan una población con alto índice de dependencia potencial con predominio femenino que se evidencia en todas las edades, fuente de importantes consecuencias en la demanda de servicios de salud y que responde a los patrones de ingreso a los beneficios del Programa.

Así también es de destacar el significativo crecimiento de la población a cargo, 41%, en el periodo 2009-2010, con un neto predominio de pensiones asistenciales y dentro de ellas aquellas otorgadas por invalidez, que por definición corresponden a poblaciones de alto riesgo y una demanda supuesta de servicios mayor. Estas pensiones se corresponden al 34% del padrón actual. Analizada la población bajo estudio se observa que la distribución por sexo y edad muestra una estructura joven con diferencias regionales observándose predominio de menores y población activa en la región NEA y de adultos mayores en la Patagonia.

Surge el modelo de ajuste.

El modelo propuesto comparativamente se alinea con el resto de los países, puesto que se eligen sexo y edad como determinantes del gasto esperado.

Se seleccionan estas variables por su fácil acceso pues están disponibles en los padrones que se remiten a las jurisdicciones provinciales mensualmente aunque tienen como limitación el subregistro en relación al grupo de menores de un año, hecho relacionado con la legislación que permite la atención del recién nacido, durante el primer año de vida, a cargo del beneficio de la madre.

A partir de la aplicación de la herramienta de gestión presentada se verifican brechas entre los *coeficientes de costo por riesgo de enfermar* que ratifican la necesidad del ajuste propuesto para lograr el trade off entre eficiencia y equidad.

A modo de propuesta de mejora, visto que la mayor capacidad predictiva es provista por la información diagnóstica, en el caso particular de este Programa la posibilidad de disponer del diagnóstico de la patología que define el otorgamiento de la PNC, por Invalidez particularmente, permitiría estimar futuros costes y lograr un mejor mecanismo de ajuste de riesgo.

Asimismo, las UGPs, a partir del relevamiento de individuos con cierta carga de morbilidad y en particular con alguna enfermedad crónica, sobre todo en aquellos casos que demandan recursos continuamente a lo largo del tiempo, tales como diabetes, hipertensión, cáncer, mejorarían la disponibilidad de información diagnóstica y así la posibilidad de construir un coeficiente con múltiples variables de ajuste.

Del mismo modo, a partir de los nuevos convensos vigentes, la articulación con los restantes Programas Nacionales y Provinciales y la generación de una base de datos de los inscriptos para la planificación de acciones conjuntas generará la oportunidad de mejorar el modelo propuesto de ajuste.

Como mención final se considera que más allá de las limitaciones técnicas de la estimación de riesgos no debieran ahorrarse esfuerzos en instrumentarse esta política en pos de lograr mejoras en términos de equidad.

VI. Bibliografía.

- Asociación de Economía de la Salud (AES). 2004. XIII Jornadas Internacionales, XIV Jornadas Nacionales. "Financiamiento y Asignación de Recursos para la atención de la Salud". Bs. As. Ediciones Isalud
- AES. 2007. II Congreso de Economía de la Salud América Latina y el Caribe, XV Jornadas Internacionales, XVI Jornadas Nacionales. "Aportes para la construcción de sistemas de Salud Universales y Equitativos". Bs. As. Ediciones Isalud.
- AES. 2008. XVII Jornadas Internacionales, XVIII Jornadas Nacionales. "Desafíos al sistema sanitario. Impacto de los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos". Bs. As. Ediciones Isalud.
- Baeza C., Cabezas, M. "¿Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros en América Latina?" CLAISS Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud. Sin año de publicación.
- Baeza C., Copetta C. "Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo en el contexto de portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile". CLAISS. Sin año de publicación.
- Barbieri N., de la Puente C., Tarragona S. "La equidad en el gasto público en salud". Bs. As. Ediciones Isalud, sin año de impresión
- Báscolo E. 2004. "Los seguros públicos de salud como estrategia de reforma del sector público en la Argentina. Seguro público de salud: aportes para un debate abierto". Rosario. Ediciones del Instituto de la Salud Juan Lazarte.
- Bonilla M. y Ortún Rubio. 2000. "Sistemas de ajuste por riesgo". V. Rev. Méd. Uruguay; 16: Pág.123-132
- Cetrángolo O, Devoto, F. 2002. "Organización de la salud en Argentina y equidad: Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual". Documento realizado para ser presentado en el Taller: Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health. Toronto. Mimeo

- Cetrángolo O. 2004. "Introducción al gasto provincial en salud y los seguros provinciales de salud" en Báscolo, Ernesto (comp.): "Seguro Público de Salud: Aportes a un debate abierto", Instituto de la Salud de Juan Lazarte, Rosario.
- Cid C., Muñoz A. 2005. "Los beneficios de un modelo de ajuste de riesgos en el Sistema Isapre". Documento de Trabajo. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud. Chile.
- González García G., Tobar F. 2004. "Salud para los Argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina". Bs. As. Ediciones Isalud
- Maceira D. 2003. "Seguros Sociales de Salud en el Cono sur: Experiencias y Desafíos". Documento de Trabajo. CEDES. Buenos Aires.
- Maceira D.; Cejas C. y Olaviaga S. 2010. "Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino". Documento de Trabajo N°49. CIPPEC, Buenos Aires.
- Madies C. 2002. "Un análisis de la regulación para la protección de los beneficiarios en el emergente mercado de aseguramiento de la salud en Argentina". Policy brief.
- Martínez E. y Villalba S. 2000. "La Equidad frente a los sistemas de seguros públicos y privados: La experiencia en Paraguay". I Jornadas Americanas, IX Jornadas Internacionales y X Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. AES. Fundación Isalud, Bs.As.
- Mazzarino S. 2008. "Programa Federal de Salud, Gestión 2004-2007" Características de la población de afiliados al Profe. Dirección Nacional de Prestaciones Médicas. MSal
- Médici A. 2004. "Seguros públicos de salud en América Latina: ¿Cuáles son las perspectivas?" en Báscolo E. (comp.): "Seguro Público de Salud: Aportes a un debate abierto", Instituto de la Salud de Juan Lazarte, Rosario.
- Ministerio de Salud, Resolución 1862/2011. Programa Federal de Salud "Incluir Salud". Funciones
- Muñoz N. y colaboradores. 1999. "Pensiones No Contributivas. El mayor programa de ayuda social del Estado. 1996-1999". Indugraf SA. Buenos Aires.

- OMS. 2000. "Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud". Ginebra: OMS.
- OPS. 2002. "La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción". Washington, DC: OPS; (Publicación científica y técnica No. 589).
- OPS. 2007. "Salud en las Américas 2007". Vol 1 pág 319. Washington, DC:OPS.
- PNUD. 2011. "El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros". 1º ed. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas.
- San Martín M. 2006. "Mecanismos de ajuste por riesgos. Factibilidad de aplicación en Argentina".
- Sistema Nacional del Seguro de Salud Decreto 1901/2006
- Sociedad Argentina para la Equidad en Salud. 2002. Encuentro Nacional: "La equidad en Salud, un desafío que nos convoca". Bs.As.
- Tobar F. 2010. "Que aprendimos de las reformas en salud". Buenos Aires. Ediciones Fundación Sanatorio Güemes.
- Torres R. 2004. "Mitos y realidades de las obras sociales en la Argentina" Bs. As. Ediciones Isalud.
- Vargas V., Cid C. y col. 2005. "Una metodología para ajustar y compensar las diferencias de riesgo ente el sistema público y privado de salud en Chile".
- Zerda Á., Velásquez G., Tobar F., Vargas J. 2001. "Tipología de sistemas de seguros de salud. Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos: estudio de casos de Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América y Guatemala". Washington, DC:OPS.

VII. Glosario

- **AES:** Asociación de Economía de la Salud
- **APE:** Administración de Programas Especiales
- **APS:** Atención Primaria de la Salud
- **CEDES:** Centro de Estudios de Estado y Sociedad
- **CIPPEC:** Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento)
- **CLAISS:** Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud
- **SNSS:** Sistema Nacional del Seguro de Salud
- **DPM:** Disease Management Programs
- **FSR:** Fondo Solidario de Redistribución
- **IM:** Índice de Masculinidad
- **INSSJyP:** Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
- **IRCT:** Insuficiencia Renal Crónica Terminal
- **ISAPRES:** Instituciones de Salud Previsional
- **MSal:** Ministerio de Salud de la Nación
- **MSP's:** Ministerios de Salud Provinciales
- **NEA:** Noreste Argentino
- **NOA:** Noroeste Argentino
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OOSS:** Obras Sociales
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **OSN:** Obras Sociales Nacionales
- **PACBI:** Patologías de Alto Costo y Baja Incidencia
- **PAMI:** Plan de Atención Médica Integral
- **PMO:** Programa Médico Obligatorio
- **PNC:** Pensiones No Contributivas
- **PNUD:** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- **SIDA-ETS:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido - Enfermedades de Transmisión Sexual
- **SSS:** Superintendencia de Seguros de Salud
- **UGPs:** Unidades de Gestión Provinciales

VIII. Listado de tablas

Tabla 1: Características de los Subsectores del Sistema de Salud Argentino	Pág. 10
Tabla 2: Características distintivas de los Seguros Sociales y Privados de Salud	Pág. 12
Tabla 3: Modelos de atención en Sistemas de Seguros de Salud	Pág. 14
Tabla 4: Componentes de los modelos de Seguros de Salud	Pág. 15
Tabla 5: Características sociodemográficas de la población Incluir Salud	Pág. 27
Tabla 6: Coeficiente de Costo Relativo	Pág. 34
Tabla 7: Coeficiente de costo por riesgo de enfermar por jurisdicción y región	Pág. 35 y 36
Tabla 8: Brecha porcentual de costo relativo por región	Pág. 37
Tabla 9: Brecha porcentual de costo relativo por jurisdicción	Pág. 38

IX. Listado de gráficos

Gráfico 1: Índice de masculinidad por grupos etarios	Pág. 28
Gráfico 2: Progresión de beneficiarios periodo Junio 2009 Abril 2010	Pág. 29
Gráfico 3: Progresión de beneficiarios por mecanismo de afiliación automática	Pág. 29
Gráfico 4: Población según grupos quinquenales de edad y sexo	Pág. 30
Gráfico 5: Población Profe Incluir Salud, según sexo y edad (Grupos funcionales)	Pág. 30
Gráfico 6: Distribución porcentual de beneficiarios por tipos de pensión	Pág. 31
Gráfico 7: Distribución porcentual por grupos de riesgo según edad	Pág. 33