

MECANISMOS DE PAGO IMPLEMENTADOS PARA LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES: EL CASO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS^o

PAYMENT MECHANISMS FOR FINANCING ELDERLY HEALTHCARE: THE CASE OF THE NATIONAL INSTITUTE OF SOCIAL SERVICES FOR RETIREES AND PENSIONERS

*Juan Marcelo Virdis**
*María Eugenia Elorza***

enviado: 21 noviembre 2023 – aprobado: 10 abril 2024

Resumen

El trabajo se propone describir los mecanismos de pago que se pueden implementar en contratos entre proveedores y financiadores del mercado de salud y presentar aquellos que ha implementado el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) entre 2004 y 2017. Existe en la literatura consenso respecto a la conveniencia del diseño de mecanismos de pago mixtos que combinen los beneficios y atenúen las desventajas de cada mecanismo. El INSSJyP implementó entre el 2004 y 2013 un sistema capitado combinado con incentivos a brindar servicios para atenuar la tendencia a la subprestación. A partir del año 2013, se estableció el pago por prestación y luego, a partir de abril del año 2017, se retornó al sistema capitado. Los mecanismos de pago implementados entre 2013 y 2017 están en oposición a los mecanismos de pago mixtos recomendados en la literatura económica.

^o Virdis, J.M. & Elorza, M. E. (2025). Mecanismos de pago implementados para la financiación de la salud de los adultos mayores: el caso del Instituto nacional de servicios sociales para jubilados y pensionado, *Estudios económicos*, 42(85), pp. 106-119. DOI: 10.52292/j.estudecon.2025.4543

* Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (CONICET-UNS); Universidad Nacional del Sur, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7118-9259>. Correo electrónico: jmvirdis@iieess-conicet.gob.ar. Autor para correspondencia.

** Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (CONICET-UNS); Universidad Nacional del Sur, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1562-1363>

Palabras clave: envejecimiento poblacional, gasto en salud, mecanismos de pago, información asimétrica, INSSJyP-PAMI.

Códigos JEL: I13

Abstract

This study aimed to describe the payment mechanisms that can be implemented in contracts between providers and funders in the healthcare market and to examine those adopted by the National Institute of Social Services for Retirees and Pensioners (INSSJyP) between 2004 and 2017. The literature widely supports the use of mixed payment mechanisms that combine the benefits and reduce the disadvantages of each mechanism. Between 2004 and 2013, the INSSJyP implemented an integrated capitated system with service provision incentives, which helped mitigate the risk of undersupply. In 2013, the institute shifted to a fee-for-service model, and in April 2017, it returned to a capitated-based system. The payment mechanisms adopted between 2013 and 2017 diverged from the mixed models recommended in the economic literature.

Keywords: population aging, healthcare expenditure, payment mechanisms, asymmetric information, INSSJyP, PAMI.

JEL codes: I13

INTRODUCCIÓN

Según proyecciones demográficas de la Organización de las Naciones Unidas (2017), en las próximas décadas aumentarán las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años, de manera que en 2050 este grupo de edad estará integrado por aproximadamente 2000 millones de personas alrededor del mundo. Argentina se encuentra atravesando este proceso, y junto con Chile y Uruguay componen los países de América del Sur cuyos habitantes de 60 años y más superan el 15% de la población (CEPAL, 2022, p. 28). El dinamismo en las tasas de fecundidad y mortalidad implican un envejecimiento gradual con connotaciones en varias dimensiones de la economía, afectando principalmente al sistema de seguridad social, las políticas públicas y las necesidades de atención sanitarias.

Uno de los principales temores frente al envejecimiento poblacional es que conduzca a un incremento explosivo del gasto en salud, como consecuencia de tener que atender las necesidades de una población compuesta por un mayor porcentaje de individuos con un estatus de salud deteriorado. Si bien la literatura económica no es concluyente acerca del impacto que tendrá el envejecimiento, resulta primordial readecuar los sistemas de salud de forma tal que fomenten un envejecimiento saludable (Rechel et al., 2009). De acuerdo a la OMS (2010), una aproximación conservadora indicaría que entre el 20% y el 40% de los recursos destinados al sector salud a nivel mundial son malgastados. Esta estimación da lugar a una potencial mejora de los resultados alcanzados con los recursos que actualmente se destinan al financiamiento del sector. En particular, los mecanismos de pago entre financiadores y prestadores de servicios constituyen una de las principales fuentes de ineficiencia. Estos mecanismos adquieren importancia debido a los incentivos que generan en relación con la calidad y cantidad de prestaciones que finalmente serán provistas al paciente.

En este contexto de un incremento de la población mayor de 60 años, adquiere relevancia el estudio de los mecanismos de pago implementados para la financiación de la atención por la mayor aseguradora de la salud de los adultos mayores en Argentina. A continuación, se realiza un análisis de los mecanismos implementados en Argentina por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (en adelante INSSJyP). Se trata de una entidad que depende del nivel nacional de gobierno y tiene por objeto otorgar a las personas que componen el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones Argentino y a su grupo familiar primario prestaciones sanitarias y sociales. Se financia por medio de aportes obligatorios que realizan los empleadores, los trabajadores activos y los jubilados, además de transferencias directas que recibe del tesoro nacional y otros

ingresos (Montero-Odasso et al., 2004). Respecto al presupuesto total del INSSJyP, entre el 2009 y el 2014 los aportes de trabajadores y empleadores representaron entre el 74 y 78%, los aportes de los jubilados entre el 20 y el 26%, y el resto de los ingresos no superaron el 3% (Cassinotti, 2017). En relación con su alcance, brinda cobertura a más del 75% de las personas de 65 años y más que residen en el país (Virdis et al., 2021). Tiene cerca de 5 000 000 de afiliados y en el 2019 su presupuesto fue de doscientos mil millones de pesos argentinos (nueve mil millones de dólares estadounidenses ajustados por paridad de poder adquisitivo (OECD, 2023) (Res. INSSJyP 1, 2019). La escala de este organismo lo convierte en un importante factor en la demanda de servicios sanitarios del país.

El presente trabajo se propone: i) describir los distintos mecanismos de pago que se pueden implementar en el ámbito de los contratos entre proveedores y financiadores del mercado de bienes y servicios de salud; ii) presentar los distintos mecanismos de pago que ha implementado el INSSJyP desde el año 2004 hasta el 2017, identificando los argumentos por los cuales se decide modificarlos en cada caso.

METODOLOGÍA

En lo que respecta al primer objetivo, se revisa la literatura académica sobre mecanismos de pago y problemas de información asimétrica en el mercado de bienes y servicios de salud.

Para cumplir con el segundo objetivo, se analizan las resoluciones que dan lugar a las relaciones contractuales entre el INSSJyP y los prestadores del sistema de salud.

RESULTADOS

Los mercados de servicios de la salud presentan algunas particularidades que lo diferencian sustancialmente del resto de los mercados. Entre dichas particularidades se encuentran: i) la importante injerencia del Estado; ii) la presencia de incertidumbre, abarcando desde la aparición aleatoria de las enfermedades de los individuos hasta la dificultad de determinar la efectividad de los tratamientos; iii) la presencia de externalidades; es decir, acciones realizadas por los individuos que generan costos y beneficios que no son tenidos en cuenta por los mismos al momento de la toma de decisiones, y iv) problemas de información asimétrica generados por la diferencia de información existente entre el médico y el paciente sobre los productos o servicios indicados y sus potenciales beneficios (Mcguire, 2000, p. 498-500).

En particular, los problemas de información asimétrica se verifican en la medida que los pacientes demandan prestaciones según lo determine un profesional de la salud, contando con muy poco poder de decisión sobre la demanda de servicios de atención médico-sanitaria. Si adicionalmente se incluye, como suele suceder, un intermediario que funcione como financiador de la prestación, el problema de información se traslada a la relación entre el financiador y el prestador (Buglioli et al., 2002; Maceira, 1998).

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

Los mecanismos de pago en salud pueden ser evaluados considerando dos dimensiones: los incentivos que generan a la prestación de servicios y la distribución del riesgo financiero (Álvarez et al., 2000). En el pago capitado, la institución percibe una suma fija por paciente asignado independientemente de la demanda que el mismo realice, por lo que se generan incentivos para brindar la menor cantidad de prestaciones posibles, respetando un mínimo de calidad y de oferta. En el extremo opuesto, el sistema de pago por prestación puede generar demanda innecesaria facilitando la sobreprestación, ya que cuantas más prestaciones sean brindadas mayores serán los ingresos para la institución (Martín Martín, 2015).

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

En función de las críticas que han recibido cada uno de estos sistemas puros de pago, se han diseñado e implementado modelos intermedios. Tanto en la atención hospitalaria como la atención ambulatoria, se ha experimentado con mecanismos de pago mixtos que generen incentivos a la prestación eficiente, combinados con mecanismos para el control del gasto, con la convicción de que una

combinación razonable de las formas de pago puede conseguir niveles de eficiencia y calidad superiores a los obtenidos con cualquier modelo puro de pago (Roland & Campbell, 2014; Peiró & García Altés, 2008; Doran et al., 2006; Badía & Puelles, 2000; Robinson, 2000).

A continuación, se describen los mecanismos de pago implementados por el INSSJyP en los contratos celebrados con instituciones proveedoras en distintos niveles de atención entre el 2004 y el 2017 con el objetivo de explorar los resultados esperados de acuerdo a la teoría de los contratos, en relación con los incentivos que generarían en los proveedores de bienes y servicios del sector salud.

El INSSJyP desempeña un importante rol como intermediario entre el paciente que recibe el servicio y el proveedor que recibe una contraprestación por los mismos. Los mecanismos de pago habitualmente utilizados por el INSSJyP son pago por prestación, por capitación o una combinación de ellos. Diferentes estudios plantean las dificultades que enfrentan los proveedores de servicios por los mecanismos de pago implementados en el INSSJyP tales como: i) subsidios cruzados entre el INSSJyP y los proveedores públicos, ii) racionamiento de servicios a través de listas de espera, iii) restricciones al acceso de proveedores privados (Aleixechuk et al., 2013; Moscoso & Clark, 2010; Cervellino et al., 2003).

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

En agosto del año 2005 el organismo impulsó un nuevo esquema de incentivos reconociendo la existencia de una demanda contenida que no había podido ser absorbida con el esquema de metas (Res. INSSJyP 1060, 2005). Se mantuvo el sistema de pago capitado estableciendo un valor por paciente para todo el país, exceptuando a la región patagónica que percibiría un 20% más, dado los mayores costos que enfrentaba. El importe por paciente que recibirían los prestadores

podría variar de acuerdo a dos esquemas de incentivos. Por un lado, percibirían un adicional por enviar correctamente la información requerida por las áreas técnicas del INSSJyP. Además, existiría un pago adicional condicionado a la prestación efectiva por encima de una tasa de incentivo. Dicha tasa consistía en una cantidad mínima de servicios cada 1000 beneficiarios asignados al prestador. La tasa de incentivo fue determinada para las distintas especialidades de los niveles I, II y III de atención¹. Los servicios que se brindarían por encima de dicha tasa serían pagados por prestación, con el fin de disminuir los incentivos a la subprestación propios del sistema capitado puro.

Entre el año 2005 y el año 2010, el INSSJyP sufrió grandes cambios cuantitativos: la cantidad de afiliados aumentó en más de dos millones de personas como consecuencia de la puesta en marcha del Plan de Inclusión Previsional. Este permitía a las personas que no habían cumplido con los años de aportes necesarios acceder a una prestación jubilatoria y a la cobertura del INSSJyP. Por esta razón, se incrementó el uso efectivo de las prestaciones en un 214% (Res. INSSJyP 349, 2011). El incremento de los costos asociados generó la necesidad de instrumentar mecanismos de pago más complejos que reflejaran la utilización real de los servicios de cada prestador.

En el año 2011 se implementó una modificación en los incentivos a la prestación a partir de la construcción de un perfil que determinaría la tasa de incentivo de cada prestador. Las variables que conformaban el perfil eran: i) la tasa de uso del período, ii) la tasa de uso a nivel regional, iii) la tasa de uso histórica del prestador y iv) la tasa de uso histórica de la región. De esta forma, la cantidad de prestaciones exigidas estaría contemplando: i) la capacidad de cada prestador al considerar su tasa de uso histórica; ii) los aumentos o disminuciones en la demanda no previstas, al considerar las tasas de uso regionales en el período; iii) la demanda potencial al considerar la tasa de uso histórica de la región. Como se expone en la tabla 1, el valor de la cápita percibido por el prestador era el resultado de comparar la tasa de incentivo con la tasa de uso del período.

¹ Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. El primer nivel es el más cercano a la población y se caracteriza por establecimientos de baja complejidad como consultorios, policlínicas etc. En el segundo nivel se ubican los hospitales y establecimientos relacionados a la atención en medicina interna. En el tercer nivel se realiza la atención de problemas poco prevalentes que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología (Vignolo et al., 2011).

Tabla 1. Umbrales de pago según tasa de uso y tasa de incentivo

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

Fuente: elaboración propia sobre la base de normativas del INSSJyP.

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

En el año 2013 el instituto implementó el pago por prestación con cartera asignada para los niveles I, II y III de atención (Res. 687 y 846 INSSJyP, 2013). Los afiliados seguirían teniendo un prestador asignado pero la forma de pago sería por cada prestación efectuada de acuerdo a lo establecido en el nomenclador de prácticas médicas². El objetivo que perseguía el INSSJyP con esta modificación era eliminar los tiempos administrativos que eran necesarios para el cálculo de la tasa de incentivos. Además, en aquellos casos en donde un paciente por una cuestión geográfica o técnica debía ser atendido por un efector distinto al que tenía asignado, bajo un sistema de pago capitado era necesario activar procedimientos complejos para liquidar las prestaciones (Res. 687 INSSJyP, 2013). Este nuevo sistema, que buscaba incentivar el número de servicios recibidos por los pacientes, no estaba combinado con mecanismos para evitar problemas de sobreprestación.

2 El nomenclador de prácticas médicas es el catálogo de nombres de técnicas médicas destinadas al tratamiento de enfermedades o patologías. Además puede incluir ciertos aspectos que ayuden a individualizar y valorizar cada prestación.

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

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

Los valores de las cápitás fueron establecidos inicialmente en 200.92, 270.92 y 340.92 pesos argentinos (el equivalente a 12.80, 17.26 y 21.72 dólares estadounidenses, respectivamente) para las categorías A, B y C. Sin embargo, en un principio el INSSJyP estableció que los hospitales públicos de ámbitos municipales, provinciales y/o nacionales, serían automáticamente categorizados como “A” (Res. 416 INSSJyP, 2017). Esta modificación supone una medida efectiva para el control del gasto del financiador que tendrá que erogar una suma fija por afiliado, independientemente de la cantidad de prestaciones que demande.

Tabla 2. Categorización de prestadores del segundo nivel

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

Fuente: elaboración propia sobre la base de normativas del INSSJyP.

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

DISCUSIÓN

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

El mecanismo de pago diseñado para financiar a los proveedores de bienes y servicios de salud puede tener un gran impacto en la gestión de los mismos en la medida que generan diferentes incentivos con respecto a la productividad y calidad de las prestaciones, la composición y/o la distribución de la oferta. Los mecanismos de pago pueden clasificarse en pagos por prestación, por capitación o una combinación de ellos.

En palabras de Robinson (2000):

Hay muchos mecanismos para pagar servicios médicos; algunos son buenos y otros son malos. Los tres peores son el pago por prestación, la capitación y el salario (...). El debate público tiende a omitir la combinación de distintos mecanismos que tengan un balance y moderen los incentivos indeseados que generan las versiones puras del pago capitado, pago por prestación y el salario (p. 149).

En este sentido, se observa una involución de los mecanismos implementados por el INSSJyP a lo largo del período de estudio. La causa podría encontrarse en la implementación de mecanismos demasiado complejos para el cálculo de la tasa de incentivo. Es importante para la efectividad de los incentivos económicos que sean aplicados con una metodología simple y transparente (Badia & Puelles,

2004). Asimismo, los mecanismos diseñados pueden tener una influencia marginal, si no están vinculados a estrategias organizacionales globales que involucren a los distintos sectores que forman parte del sistema (Badia & Puelles, 2004; Peiró & García-Altes, 2008).

En el ámbito internacional, diversos países como Inglaterra, Estados Unidos, Alemania, Países Bajos, Chile y Colombia han adoptado mecanismos de financiamiento per cápita, ajustados de acuerdo a las necesidades de servicios médicos de su población (Mcguire, 2018, pp. 8-9, 243-244, 285-288). La implementación de este tipo de sistemas conlleva una carga significativa de esfuerzos de investigación y la recopilación de datos provenientes de diversas fuentes administrativas. Sin embargo, este enfoque ha sido señalado en trabajos previos como útil para mejorar la equidad y eficiencia en la prestación de servicios (Smith, 2017, pp. 8-9), y podría ser la base de un sistema de financiamiento más justo para el INSSJyP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aleixechuk C., Clark M. & Temporelli K. (2013). Formas de pago y subsidios cruzados en los hospitales públicos: El caso del convenio capitado del hospital «Dr. Leónidas Lucero» de la ciudad de Bahía Blanca con PAMI. *Revista Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal*, 21, 125-141.
- Álvarez, B., Pellisé, L., & Lobo, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Pabamericana de Salud Pública*, 8(1/2), 55-70. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2000.v8n1-2/55-70/es>
- Badia J. G. & Puelles P. G. (2004). Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Atención Primaria*, 34(4), 198-201. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7669171/pdf/main.pdf>
- Buglioli, M., Gianneo, O., & Mieres, G. (2002). Modalidades de pago de la atención médica. *Revista Médica del Uruguay*, 18(3), 198-210. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v18n3/v18n3a03.pdf>
- Cassinotti, S. (2017). *Financiamiento del Instituto de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados (PAMI). Su impacto en el modelo prestacional*. [Ciclo de Debate 2017 en la Fundación Sanatorio Güemes] <http://fsg.org.ar/wpfsfg/wp-content/uploads/2021/12/20170511-Cassinotti.pdf>
- Cervellino, J., Corazza, S., Bignone, I., Fligman, D., Figueroa, S., Roldán, R., Morici, P. & Diez, R. (2003). Transferring the financial risks of pharmaceutical benefits from a large health care provider in Argentina to a consortium

- of pharmaceutical companies. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(4), 203-213. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v13n4/a02v13n4.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. (LC/CRE.5/3) Santiago de Chile: Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e-22db139a02/content>
- Doran, T., Fullwood C., Gravelle H., Reeves D., Kontopantelis E., Hiroeh U. & Roland M. (2006). Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 355(4), 375-384. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa05550>
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - INSSJyP (2019). *Afiliados*. [Base de datos INSSJyP]. <https://prestadores.pami.org.ar/result.php?c=6-2&vm=2>
- Maceira, D. (1998). Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional. Aportes para un programa de investigación en países en desarrollo. (CEDES, Documento de Trabajo). <http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/economia/1998/5086.pdf>
- Martín Martín, J. J. (2015). Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud. *Presupuesto y gasto público*, (79), 147-160. https://focap.files.wordpress.com/2015/11/2015-0875_10_jose_martin.pdf
- Mcguire, T. G. (2000). Physician Agency. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.). *Handbook of Health Economics* (Chapter 9, pp. 461-536). Amsterdam: Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80168-7](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80168-7)
- Mcguire, T. G., & van Kleef, R. C. (2018). *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets. Theory and practice*. Amsterdam: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2016-0-01299-8>
- Montero-Odasso, M., Przygoda, P., Redondo, N., Adamson, J. & Kaplan, R. (2004). Health Care for Older Persons in Argentina: A Country Profile. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(10), 1761-1765. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52474.x>
- Moscoso, N. & Clark, M. (2010). Relevancia de la estimación de costos para la gestión hospitalaria. *Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal*, 15(10), 29-41. <https://doi.org/10.14409/da.v1i15.1258>
- Organización de las Naciones Unidas (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*. <https://population.un.org/wpp/Download/Archive/Standard/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: 2010: La financiación de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44373>

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD). (2023). *Purchasing power parities (PPP) (indicator)*. <https://doi.org/10.1787/1290ee5a-en>
- Peiró, S. & García Altés, A (2008). Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. *Gaceta Sanitaria* 22(1), 143-155. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)76086-2](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76086-2)
- Rechel, B., Doyle, Y., Grundy, E., & McKee, M. (2009). *How can health systems respond to population ageing?* (OMS, Health Systems and Policy Analysis: policy brief No. 10). <https://iris.who.int/handle/10665/107941>
- Resolución 1 de 2019. [Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados] *Boletín del Instituto*, 15(3190), 1-14. https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/03-01-19.pdf
- Resolución 1060 de 2005. [Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados] *Boletín del Instituto*, 1(176), 1-7. https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/18-08-05.pdf
- Resolución 349 de 2011. [Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados]. *Boletín del Instituto*, 7(1303), 1-5. https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/30-03-11.pdf
- Resolución 395 de 2017. [Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados]. *Boletín del Instituto*, 12(2763), 1-10. https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/04-04-17.pdf
- Resolución 416 de 2017. [Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados]. *Boletín del Instituto*, 12(2778), 6-7. https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/27-04-17.pdf
- Resolución 458 de 2004. [Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados]. *Boletín del Instituto*, 00(02), 1-3. https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/05-07-04.pdf
- Resolución 687 de 2013. [Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados]. *Boletín del Instituto*, 9(1853), 2-5. https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/10-07-13.pdf
- Resolución 846 de 2013. [Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados]. *Boletín del Instituto*, 9(1888), 3-4. https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/28-08-13.pdf
- Robinson, J. C. (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 149-177. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00202>

- Roland, M. & Campbell, S. (2014). Successes and failures of pay for performance in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 370(20), 1944-1949. <https://doi.org/10.1056/NEJMhpr131605>
- Smith, P. C. (2017). *Formula Funding of Public Services*. New York: Routledge.
- Tobar, F., Rosenfeld, N., & Reale, A. (1998). Modelos de pago en servicios de salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, (74), 39-52. <https://web.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/17/2023/03/n74a341.pdf>
- Virdis, J. M., Delbianco, F., & Elorza, M. E. (2021). *¿El INSSJP-PAMI mejora el acceso a servicios médicos? Una evaluación preliminar a través del modelo de regresión discontinua*. LVI Reunión Anual de la Asociación Argentina de Economía Política. Buenos Aires, Argentina. https://bd.aiep.org.ar/anales/works/works2021/virdis_2021.pdf

© 2025 por los autores; licencia no exclusiva otorgada a la revista Estudios económicos. Este artículo es de acceso abierto y distribuido bajo los términos y condiciones de una licencia Atribución-No Comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0) de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>