

S.A.G.G.
Sociedad Argentina de Gerontología y
Geriatría

Curso Superior Bienal de Especialista en
Medicina Geriátrica

Promoción 2009 – 2010

**Los ancianos son el grupo etario que genera más gastos
en salud: ¿Verdad u otro mito en Geriatría?**

Autor: Dr. Horacio Oscar Naveira

Email: [hnaveira@gmail.com](mailto:h naveira@gmail.com)

T.E: 011 154 409 0116

Índice:	Pág.
Introducción	03
1. Organización de la salud en Argentina	04
1.a. Financiadores de Salud en Argentina	04
2. Coberturas de Obra social en los ancianos	08
3. Nuestro PAMI	10
3.a. Historia	10
3.b. Gestión administrativa	11
3.c. Financiamiento del PAMI	12
3.d. Administración del recurso	13
3.e. Otras opciones de cobertura para jubilados	16
4. Gastos de asistencia médica en los ancianos	19
4.a. Tasas de uso de Prestaciones médicas en los ancianos	19
4.b. Cuadro comparativo gastos en salud con otros países	23
4.c. Gastos en la población geriátrica	24
5. Análisis de costos por cronicidad	26
6. Análisis de costos por discapacidad	29
7. Datos relevantes	31
8. Conclusión final	34
9. Gráficos	37
10. Citas bibliográficas	39
11. Bibliografía general	42

Introducción:

Es habitual leer en la mayoría de las publicaciones que los ancianos son quienes más gastos generan en salud a nivel oficial o privado. Con la presente monografía intento demostrar que sólo se trata de un preconcepto cultural, consecuente con toda una conducta destinada a marginar al anciano, y no elaborar políticas y legislación acorde tendientes a defender sus derechos, y garantizar la correcta atención médica en esta etapa de la vida.

En resumen busco con este trabajo demostrar que ese concepto es un nuevo mito de la geriatría. Avalar esa posición sin un conocimiento profundo de su alcance, genera discriminación e injusticia, especialmente en el área de atención privada, que lo excluye en forma directa o a través de costos desproporcionados, del sistema de salud, en el momento en que más lo necesita y que menos ingresos posee.

1. Organización de la salud en la Argentina

“La vejez como etapa vital, no es sólo una realidad biológica, sino un nivel socialmente construido. Ello hace que sea imposible estudiarla, fuera de un contexto social e histórico determinado” (1)

En función de esa realidad es que en este trabajo, resulta difícil para Argentina, las estadísticas de Estados Unidos, Inglaterra u otros países con realidades socioeconómicas y culturales diametralmente diferentes a la nuestra.

Aun dentro de Argentina no resulta fácil tomar un parámetro equitativo en las distintas provincias, con geografías, climas, culturas y situaciones muy diferentes.

1.a. Financiadores de Salud en Argentina

El financiamiento y la provisión de servicios de salud en Argentina se organizan a través de tres sectores: público, seguridad social y privado.

El sector público

Asume los roles de conducción, regulación y control del sistema, la provisión de bienes públicos (información, inmunizaciones, acciones sobre el medio ambiente) y de atención médica.

Este sub sector está compuesto por el Ministerio de Salud Nacional, los Ministerios de Salud Provinciales (o equivalentes) y sus organismos dependientes.

El sector de la seguridad social

Está conformado por Obras Sociales Nacionales, Provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

El sistema de Obras Sociales Nacionales (Ley 23.660) establece la obligatoriedad de la afiliación. Reunía en 1997 alrededor de 260 instituciones organizadas siguiendo la estructura sindical. Este sistema brinda cobertura de atención médica a todos los trabajadores en relación de dependencia y a sus familiares directos. Además, pueden destinar fondos para otorgar otras prestaciones sociales.

Las Obras Sociales administran los fondos de seguro que provienen de la recaudación de aportes y contribuciones de empleados y empleadores, que se fijan como porcentajes sobre la nómina salarial.

El sector privado

Desde el punto de vista del financiamiento está constituido por las familias, las empresas y las instituciones sin fines de lucro como financiadores directos; y por las administradoras de fondos de seguro voluntario, comúnmente denominadas empresas de medicina prepaga, como financiadores intermedios.

Según la Organización Mundial de la Salud, “los recursos externos, se están convirtiendo en una fuente de financiación importante en los países de bajos recursos. Cuando el estado no se hace cargo del gasto de las prestaciones, el mismo se realiza con el pago privado al momento de utilizar las prestaciones. Dicha situación no permite mancomunar riesgos, y pueden conducir a desembolsos ruinosos, con grandes probabilidades de sumir a los hogares en la pobreza”. (2)

La Argentina es un país atípico en distintos aspectos. Por un lado tiene como antecedente una clase media, hoy pauperizada que aun conserva un nivel educacional que fue motivo, en otras épocas de elogios internacionales. Conserva aún tasas e índices que la posicionan favorablemente.

Hace ya muchos años que ha hecho su transición demográfica, (aprox. 11% de mayores de 65 años sobre el total de la población), lo que en primera instancia da cuenta de su buena evolución social y sanitaria.

Sin embargo su nivel cultural y económico ha tenido un decrecimiento progresivo en las últimas décadas, y no porque se hayan sufrido catástrofes naturales o guerras que las justifiquen. El desarrollo de políticas equivocadas, o malintencionadas, siempre acompañadas de una corruptela autóctona, fueron caldo de cultivo para la entrega de sus genuinos recursos.

El sector salud no fue ajeno a la evolución nacional. La prestación de salud en los años setenta estaba integrada como decíamos anteriormente por el sector público, los sindicatos y mutuales y los prestadores privados. El sector público disponía de la más alta capacitación profesional y junto con los hospitales de las fuerzas armadas, la mayor complejidad diagnóstica y terapéutica. Los sindicatos y mutuales cumplían su rol social, amparados por una ley de obras sociales que paradójicamente había sido promulgada por un gobierno militar.

El sector privado estaba compuesto por consultorios particulares, centros médicos, clínicas y sanatorios. La mayoría de las instituciones, pertenecían a corporaciones de los mismos médicos, congregaciones religiosas, o a médicos de familias adineradas.

En el interior se repetía el mismo esquema pero con predominio absoluto del hospital público en cuanto a mediana y alta complejidad.

En las últimas tres décadas hemos sido testigos del descalabro del sistema, las grandes corporaciones se han hecho cargo de los sistemas privados de atención prepaga y de los sanatorios existentes, polarizando la atención médica para las clases más favorecidas económicamente. En cuanto a las obras sociales sindicales sobreviven aquellas más poderosas o amigas del poder de turno. En los últimos tiempos y en función de subvenciones se ha mantenido su cobertura.

2. Coberturas de Obra social en los ancianos

Según el Censo Nacional de Población del año 2001, en primera instancia resulta alarmante que el 48% de la población total del país no tenga obra social. Dichos porcentajes en algunas provincias superan el 60%, es decir que más de quince millones de argentinos no tienen acceso a obra social. (Gráfico I)

El grupo etario que nos ocupa no es el que mas sufre esta situación, ya que tienen obra social alrededor del 80% de los mayores de 65 años. Esta situación se pone aun más de manifiesto con los adultos mayores de más de 75 y 80 años. (Gráfico II)

Obviamente los más pobres e indigente son los que sufren mas el no tener obra social. Vemos asimismo, que la población mas afectada es la que afecta a los más jóvenes y en especial a niños. Ello es producto del déficit cultural, y de la utilización de mano de obra sin registrar, o sea en negro, especialmente en áreas rurales. (Gráfico III)

Considerando que en Argentina la edad promedio de jubilación es de 60 años, y que son pocas las empresas de medicina pre-paga u obras sociales que integran viejos en sus padrones, es fácil deducir que este espacio de cobertura, que disponen los viejos, está ocupado por el PAMI, que es la obra social de los jubilados y pensionados.

Corroborando lo antedicho, vemos en el Gráfico IV, que sobre la totalidad de los que sí tienen obra social, las OS de administración mixta, (que prácticamente están integradas sólo por el PAMI), tienen casi el 25% de la totalidad de afiliados a obras sociales existentes.

Entre los mayores de 65 años cubre casi el 80% de esa población, quedando el resto a cargo de la atención directa del estado a través de sus organismos efectores, los hospitales públicos, y sólo algunos en obras sociales y pre pagas. (Gráfico IV).

Es decir que cuando hablamos de atención médica de viejos, en Argentina, prácticamente estamos hablando de PAMI

3. Nuestro PAMI

3.a. Historia

El 14 de mayo de 1971 se sancionó la ley 19032 (y su decreto reglamentario 1157), que dispuso la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), con el objeto de prestar por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen Nacional de Previsión y grupo familiar primario, servicios médico asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud. Estos servicios se hicieron extensibles a las personas mayores de setenta años sin cobertura social, a imposibilitados y a aquellos que gozaban de pensiones graciables.

Hasta entonces, pese al aumento de la población añosa, las autoridades sanitarias no habían logrado implementar una política adecuada a los problemas de este sector de la población. El propósito del INSSJyP fue el de concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria, simultáneamente con la universalización del régimen de Obras sociales y la unificación en tres Cajas Previsionales de las trece existentes: Autónomos, Trabajadores del Estado y Trabajadores de la Industria, Comercio y Actividades Civiles.

Hasta ese momento los autónomos, los beneficiarios de pensiones no contributivas y muchos trabajadores que en su etapa activa tenían cobertura de su Obra Social, al llegar a la edad pasiva carecían de protección médica asistencial.

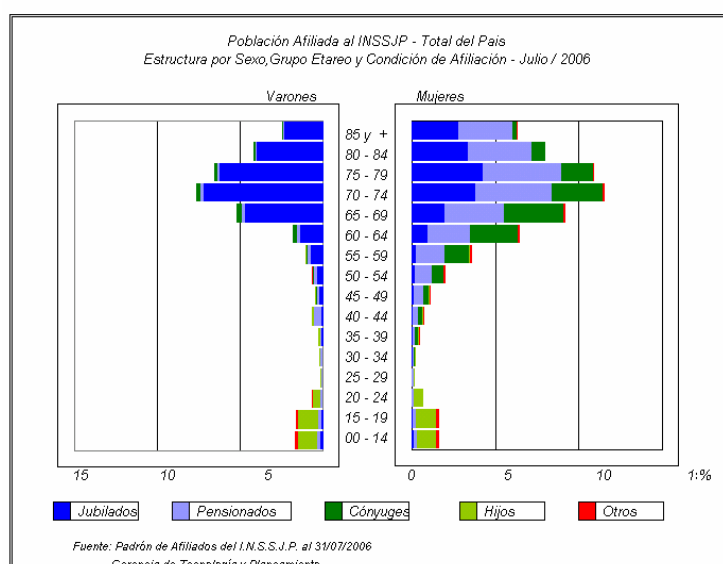
El INSSJyP surgió como monopólico y excluyente, con una fuerte centralización normativa, tendencia a la hipertrofia burocrática del nivel central y una insuficiente descentralización operativa. Padeció las

distintas crisis estructurales que atravesó el país y que impactaron en el sector salud y la seguridad social.

Comenzó para dar cobertura a los afiliados de Capital Federal, que no estaban recibiendo la correcta atención de sus obras sociales de origen. Su desarrollo fue logarítmico, hasta llegar a los 4 millones de afiliados que cuenta en la actualidad y con sedes en todo el país.

3.b. Gestión administrativa

PAMI cuenta actualmente con alrededor de 4.200.000 afiliados, siendo con ello la obra social mas grande de Latinoamérica y la segunda del continente después de Medicare en Estados Unidos. Integran esa población, fundamentalmente mayores de 65 años aunque también se han incorporado otros grupos etarios en distintas etapas a su padrón de afiliados.



3.c. Financiamiento del PAMI (3)

El Instituto para cumplir su objeto dispone de los siguientes recursos:

- a) El aporte de los beneficiarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), tengan o no grupo familiar calculado sobre los haberes de las prestaciones, incluido el haber complementario, equivalente al tres por ciento (3%) hasta el importe del haber mínimo y al seis por ciento (6%) sobre lo que excede dicho monto.
- b) El aporte de los beneficiarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social (Ex caja de Jubilaciones para Trabajadores Autónomos), y SIJP (Ex Trabajadores Autónomos), tengan o no grupo familiar, del seis por ciento (6%) calculado sobre los haberes de las prestaciones, incluido el haber complementario.
- c) El aporte de los trabajadores autónomos en actividad del cinco por ciento (5%) del monto que corresponda a su categoría conforme a las disposiciones de la Ley N° 24.241.
- d) El aporte del personal en actividad comprendido en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones consistente en el tres por ciento (3%) de su remuneración conforme a las disposiciones de la Ley N° 24.241.
- e) La contribución de los empleadores comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, consistente en el dos por ciento (2%) de las remuneraciones que deban abonar a sus trabajadores.

- f) El aporte que el Poder Ejecutivo nacional fije para los afiliados, importe que no será inferior al promedio por cápita que el Instituto erogue por afiliado y familiares a cargo.
- g) El producido de los aranceles que cobre por los servicios que preste.
- h) Las donaciones, legados y subsidios que reciba.
- i) Los intereses y las rentas de los bienes que integran ese patrimonio y el producido de la venta de esos bienes.
- j) Todo otro ingreso compatible con su naturaleza y fines.
- k) Los aportes del Tesoro que determina la Ley de Presupuesto Nacional por cada período anual.

3.d. Administración del recurso

En la actualidad, PAMI cuenta con un presupuesto de 15.600 millones de pesos, con los que en 2009 prestó servicios a 3,7 millones de afiliados, un 89 por ciento del total. Es decir que casi la totalidad de afiliados utilizan el servicio que brinda el PAMI.

Si hacemos un análisis en macro de sus cifras obtenemos los siguientes resultados:

Recaudación total año 2010	\$ 15.600.000.000.-
Equivalente a dólares (3.95)	U\$S 3.950.000.000.-
Dólares anuales por afiliado (4.2 mill)	U\$S 940.-
Dólares mensuales por afiliado	U\$S 78.33.-

Esta cifra que pareciera baja en forma individual veremos mas adelante que es por demás suficiente, si el recurso se utilizara en forma correcta.

La administración del PAMI recibió permanentes críticas. Una vez más por la tradición corrupta de sus directivos, su burocracia, hiperpoblación de empleados y dudosas compras efectivas. Muchas veces fue la caja de los gobiernos de turno.

En el art. 10 de su carta fundacional dice: “El presupuesto de gastos administrativos y de funcionamiento del Instituto no podrá exceder del cinco por ciento (5%) del total de sus recursos. Dicho porcentaje podrá ser aumentado por el Poder Ejecutivo a propuesta fundada del Directorio”. (4)

“El PAMI empezó con 700 empleados. Pero en 32 años y medio, su plantel creció 16 veces: hoy cuenta con 11.300 asalariados.

En esta mega estructura funcionan cuatro sindicatos, que cuentan en total con 1.150 delegados, o sea 10 por cada 100 empleados.

La excesiva participación gremial y política generó una masa salarial desproporcionada y salarios porcentualmente superiores comparados con las otras obras sociales. Hubo desvíos importantes en las áreas

administrativas que generaron **gasto administrativo excesivo, en detrimento del presupuesto prestacional**", dice uno de los últimos documentos internos de la obra social." (5)

A nivel asistencial siempre se dijo que donde pasa el PAMI no crece el pasto, por las múltiples quiebras de instituciones que generaron las cuentas sin pagar, de distintos períodos. Pero PAMI engordó las arcas no sólo de políticos sino de prestadores inescrupulosos que usufructuaron su fallas, verdaderas mafias que negociaban la salud de nuestros mayores.

Sin embargo es justo reconocer que PAMI es "La" obra social de los viejos y que hoy por hoy en ninguna otra obra social del ámbito de la seguridad social o privada les interesa incorporar en sus padrones a mayores, y menos aún de bajo poder adquisitivo.

La modalidad de pago a sus prestadores fue por sistema administrativo, por cápita o por patología. Siempre se acompañó su inseguridad en los pagos, con los negocios de hipo o hiperprestación de los prestadores.

Pero no todo es crítica, si hacemos un cuadro comparativo entre nuestro PAMI y el Medicare de Estados Unidos, vamos a encontrar que las cosas no son como uno se podría imaginar.

El programa **Medicare**, cubre las necesidades de servicios de salud para personas de más de 65 años o con discapacidades, residentes en EEUU. El **PAMI** tiene una misión similar en la Argentina.

Medicare fue puesto en marcha en 1966, tiene una administración independiente, y el número de beneficiarios creció de 19 millones a 40 millones en la actualidad, con lo que cubre a **uno de cada siete** norteamericanos. El PAMI fue fundado en 1967, funcionó bajo la intervención del Poder Ejecutivo la mayor parte de su historia, y cubre aproximadamente 4 millones de afiliados, estimativamente, el 12% de la población argentina, **uno de cada ocho**.

Alrededor del 85% de los beneficiarios de Medicare contratan seguros de salud adicionales, ya que la cobertura dista de ser completa. Medicare no cubre medicamentos prescritos para pacientes ambulatorios, y tiene un sistema de co-pagos y límites. Se calcula que el beneficiario promedio de Medicare gasta más de 3.000 dólares de su propio bolsillo para el cuidado de su salud. Se estima que las personas mayores de 65 años gastan en el rubro salud (en EEUU) más de un 20% de su ingreso anual.

Medicare ha sufrido y sufre crisis administrativas y fiscales, y se considera en general que su cobertura es inadecuada, deficitaria y no muy eficiente. ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾

3.e. Opciones de cobertura para jubilados

Según la Superintendencia de Servicios de Salud: “Quienes finalizan su trámite jubilatorio pueden elegir de inmediato una Obra Social si no desean permanecer en PAMI.

Los beneficiarios que se jubilan reciben con su grupo familiar primario las prestaciones médicas de la Obra Social en la que se encontraba, durante 90 (noventa) días.

Finalizado este período y de no haber obtenido su jubilación, puede solicitar una credencial provisoria para recibir prestaciones por PAMI. En el Registro de Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, se inscriben las Obras Sociales que deseen recibir los jubilados y pensionados de su propia actividad o de cualquier actividad. Las Obras Sociales registradas están obligadas a recibir a los beneficiarios que opten por ellas y a sus respectivos grupos familiares. No pueden condicionar su ingreso por ninguna causa.

Los jubilados y pensionados pueden ejercer su opción de cambio una vez por año, en cualquier fecha” (8). Esto no es real.

Al momento de intentar afiliarse a una obra social que no sea PAMI el rechazo es inevitable en la mayoría de los casos. Son pocas las obras sociales sindicales que aceptan jubilados en sus padrones y casi nulas las que aceptan a los de gremios que no son el suyo.

Esto se pone mas aún de manifiesto cuando se trata de una empresa de medicina pre-paga, donde aun las que tienen acuerdos con obras sociales para capitalizar los aportes, son pocas las que aceptan viejos y las que lo hacen pretenden aranceles privativos.

Sobre la renuencia de la mayoría surge además, la restricción que pesa sobre los aportes, ya que cuando se opta por otra entidad diferente a PAMI, el afiliado no se lleva el 100 por ciento del aporte: a diferencia de lo que ocurre con un trabajador en actividad, en el caso de un jubilado una parte de él queda retenida en al PAMI. (9)

Los jubilados que no tienen la posibilidad de contar con una obra social sindical, tendrían como única alternativa afiliarse a una prepaga, que a partir de los sesenta años, las pocas que los aceptan cobran en promedio,

aproximadamente 800 pesos por mes, un 65 por ciento del haber mínimo actual. Esta situación descarta esta posibilidad para el grueso de esta población.

4. Gastos de asistencia médica en los ancianos

“A la vez que hemos aumentado la esperanza de vida hemos creado una legión de personas con enfermedades crónicas, dependientes y dementes, que nuestros sistemas de salud no están preparados para tratar”. (10)

Creo que esta última frase de Ken Dychtwald es la base que justifica el presente trabajo. Sabemos que hoy los ancianos generan gastos por encima de la media de la población, pero las preguntas son: ¿Está bien aprovechado el recurso asistencial? ¿Están capacitados los médicos generales para la atención de los ancianos? ¿El sistema asistencial contempla las necesidades de este grupo poblacional?

Utilización de recursos asistenciales para las personas mayores de 65 años:

1. Mayor consumo de fármacos (60% de la prescripción).
2. Mayor utilización de atención primaria (50% del tiempo de trabajo).
3. Mayor utilización de atención hospitalaria (40 – 50% de altas).
4. Mayor necesidad de cuidados rehabilitadores.
5. Mayor necesidad de cuidados continuados (atención domiciliaria, unidades de larga estancia).
6. Mayor consumo de recursos sociales (comunitarios y domiciliarios).
7. Mayor necesidad de institucionalización (residencia). (11)

4.a. Tasas de uso de Prestaciones médicas en los ancianos

Tomando como referencia, los consumos esperables en la población añosa atendida por intermedio del PAMI, obtenemos los siguientes resultados:

A) Primer nivel. Promedio de prestaciones

- ✓ Consulta Médico de Cabecera: 5,5 consultas anuales por beneficiario
- ✓ Consulta Médico Especialista: 2,3 consultas anuales por beneficiario
- ✓ Laboratorio ambulatorio: 12 determinaciones por año cada 100 beneficiarios
- ✓ Radiología: 0,4 exposiciones por año por beneficiario
- ✓ Fisiokinesioterapia: 2,5 consultas cada 100 beneficiarios por año

B) Segundo nivel

- ✓ Radiología Alta Complejidad: Tasa de Uso (Promedio) 0,0023
- ✓ Laboratorio Alta Complejidad: Tasa de Uso (Promedio) 0,042
- ✓ Internación Clínica: 416 egresos cada 10000 beneficiarios por año
- ✓ Internación Quirúrgica: 100 egresos cada 10000
- ✓ Litotricia Renal: 100 egresos cada 10000 beneficiarios por año
- ✓ Oftalmología Compleja (Prácticas y Qx): Tasa de Uso (Promedio) 0,00005
- ✓ Medicina Nuclear: Se han considerado un promedio de 160 exposiciones cada 10000 beneficiarios por año
- ✓ Otras Prácticas: Se incluyen todas las otras prácticas incluidas en el segundo nivel de atención, cuya tasa de uso es de muy baja incidencia (tales como Potenciales Evocados, Laparoscopia, Mapeo Cerebral, Procedimientos Artroscópicos y CVP)

C) Tercer Nivel

- ✓ Cirugía Cardiovascular: Se consideraron 10 Cirugías cada 10000 beneficiarios por año.
- ✓ Resonancia Magnética Nuclear: Se han considerado un promedio de 23 exposiciones cada 10000 beneficiarios por año.
- ✓ Terapia Radiante: Se ha considerado un promedio de 40 exposiciones cada 10000 beneficiarios por año.
- ✓ Hemodinamia: Se han considerado un promedio de 40 exposiciones cada 10000 beneficiarios por año.
- ✓ Angioplastía: Se han considerado un promedio de 8 intervenciones cada 10000 beneficiarios por año.
- ✓ Neurocirugía: Se consideraron 3,5 intervenciones cada 10000 beneficiarios por año ⁽¹²⁾.

Tasa de uso en relación al total de prestaciones

I Nivel de Atención	Tasa Uso
Consulta Médico Cabecera	0,46
Consulta Médico Especialista	0,21
Laboratorio	0,01
Rx	0,03
Fisiokinesioterapia	0,02
II Nivel de Atención	Tasa Uso
Rx Alta Complejidad	0,0023
Laboratorio Alta Complejidad	0,042
Internación Clínica	0,04
Internación Quirúrgica	0,01
Litotricia	0,00004

Medicina Nuclear	0,00117
Doppler	0,0004
Oftalmología	0,000050
Cirugía Oftálmica	0,0001
Cirugía Vascul ar Periférica	0,0001
Proced. Artroscópicos	0,00005
Potenciales Evocados	0,00025

III Nivel de Atención	Tasa Uso
Terapia Radiante	0,0003
RMN	0,0002
Hemodinamia	0,0003
Angioplastía	0,0001
CCV	0,0001
Neurocirugía	0,00003 ⁽¹³⁾

Los datos planteados corresponden a tasa de uso por cantidad de habitantes. Esto incluye a la población que se atiende y la que no lo hace. Ello nos lleva a valorar el recurso con otro parámetro diametralmente diferente a la evaluación individual de un paciente.

Si analizamos los costos mensuales de dichas prestaciones, vemos que el mismo no supera los 40 dólares mensuales, 480 dólares anuales. Casi la mitad de los casi 80 dólares mensuales, o los **940 dólares anuales que recauda el PAMI por afiliado.**

Con una cápita de 50 dólares mensuales, o sea 600 anuales PAMI debería estar en óptimas condiciones para dar este tipo de prestaciones.

Además nuestros jubilados, deberían ser muy atractivos para muchos financiadores de salud.

4.b. Cuadro comparativo gastos en salud con otros países

La cifra obtenida por la OMS sobre gastos en salud por habitante en Argentina, es de U\$S 551, cifra que si bien esta muy lejos de las que manejan los países europeos, es la segunda en América latina. ⁽¹⁴⁾

✓ Colombia	U\$S 247
✓ Brasil	U\$S 319
✓ Uruguay	U\$S 660
✓ México	U\$S 240
✓ Italia	U\$S 1.855
✓ Holanda	U\$S 2.041
✓ Suecia	U\$S 2.456
✓ España	U\$S 1.071

En Argentina:

- ✓ Gasto total en salud % del PBI: 10.1%(Similar a Alemania y Austria)
- ✓ Gasto gubernamentales sobre gasto total de salud: 45.5% (Similar a Brasil o Ecuador)
- ✓ Gastos gubernamentales en Salud sobre gastos totales: 14.2%
- ✓ Gasto en salud total per capita U\$S: 551 (Distinto a Alemania 3718)

En el análisis comparativo del gasto per cápita un dato que se debe tener en cuenta es el producto bruto de cada país. Obviamente los países con

alto producto bruto per cápita tendrán en valores absolutos un gasto per cápita más alto en salud. No obstante se puede observar como el gasto en salud de Argentina, para 1997 se sitúa por encima de la mayoría de los países Latinoamericanos a excepción de Uruguay y muy por debajo del gasto de los países europeos o Canadá.

4.c. Gastos en la población geriátrica

En la Argentina se desconoce el gasto que demanda la asistencia de la población geriátrica. En cambio en EEUU dicho costo es un tercio del total de los gastos de salud.

Lubitz y col. (1995) han realizado un estudio sobre el gasto que demanda la población geriátrica en servicios de agudos. Consideran que para el año 2020 el gasto acumulado (siempre para agudos) se habrá incrementado porque los pacientes, al vivir más años, habrán acumulado más gasto a lo largo de su vida.

Si bien el gasto estimado por afecciones agudas aumenta según la mayor edad del paciente (Lubitz y col. 1995), el incremento por gastos totales, no será directamente proporcional al avance de los años; por el contrario, se ha observado que a medida que la muerte es más tardía, el incremento del gasto en los últimos años se hace relativamente menor.

Esto significa que el gasto en la salud se atenúa en los últimos años previos al fallecimiento de un paciente. Por ejemplo si se toma en cuenta el gasto de los últimos 2 años previos al fallecimiento de un paciente de 100 años, se observa que el gasto fue solamente del 37% del gasto equivalente al fallecimiento a los 70 años de edad. (15)

Cuando se analiza el costo en los servicios que asisten afecciones crónicas, y minusvalizantes, las tendencias del gasto son siempre

progresivas. Por ejemplo se calcula que los gastos en un paciente de edad avanzada crecen en forma paralela a su déficit funcional y éste último es edad dependiente. Es conocido también el hecho de que los gastos por internaciones en institutos geriátricos aumenta según la edad del paciente, pues aproximadamente el 17% de los pacientes con enfermedades neuropsiquiátricas, fallecidos entre los 65 y los 75 años, había vivido en un geriátrico. Mientras que de los fallecidos entre los 85 y los 95 años, había vivido en un geriátrico un 60%.

Casi la mitad del gasto en salud de los ancianos corresponde a internaciones, con un giro cama aproximado de 12 días, mucho mayor que el de los jóvenes. Sin embargo es frecuente observar que las terapias intensivas estén abarrotadas de ancianos que no debieran utilizar ese recurso. En los países de Latinoamérica la mayoría de las personas mueren hospitalizadas y generalmente previo a su muerte pasan por servicios de terapia intensiva innecesariamente.

5. Análisis de costos por cronicidad

Cuando analizamos costos en pacientes jóvenes, buscamos resultados de patologías agudas o subagudas, en general de enfermedades pre determinadas.

Las afecciones crónicas existen por cierto, pero están consideradas de alto costo y baja frecuencia. A modo de ejemplo Hemodiálisis por Insuficiencia Renal Crónica, tratamientos farmacológicos prolongados como Enfermedad de Goucher, Diabetes, Sida, Rehabilitación de Accidentes Vasculares, etc., para subvencionar estos casos, el Estado crea el APE, (Administración de Programas Especiales), dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Las obras sociales tienen derecho a reintegrar los costos ocasionados por este tipo de patologías de sus afiliados. Los sistemas privados, contratan seguros de riesgos, o se autoaseguran.

Pero los viejos, tienen síndromes geriátricos, con causas múltiples que sinergizan entre sí, que no tienen tratamiento clínico o quirúrgico simple, pero sobre todo que tienden a la cronicidad, a la alteración de la función, y que generan desventajas y dependencia.

Paradójicamente estas afecciones que como hemos visto, aumentan a medida que aumenta la edad, no están subvencionadas (salvo la demencia, por medio de la ley de discapacidad).

Entonces como pretender que una obra social sindical o privada le interese hacerse cargo de los viejos, siendo más fácil mandarlos al PAMI

o en su defecto cobrarles cifras astronómicas, incompatibles con la economía habitual en esta etapa de la vida.

Entonces surge que el PAMI se hace acreedor y financiador de la subvención, y en medio de esta situación nuestros viejos son atendidos en hospitales públicos o en Instituciones, con un criterio de indigencia, indigna de aquel que ha aportado una sustancial parte de sus ingresos a lo largo de toda su vida laboral.

Si analizamos entonces los gastos comparativos de esta etapa, con los mas jóvenes, deberíamos hacerlo solamente con los ítems que sean comparables, quedando fuera de ello solamente aquellas prestaciones que hacen a la cronicidad y dependencia, las cuales deberían tener otro tratamiento económico.

Veríamos entonces que los gastos que genera esta población son equiparables y aún menores que los que se generan en otras etapas de la vida. La discriminación es Institucional, y personal, aún médica. Los viejos son feos y molestos, olorosos y con hábitos o actitudes que pueden generar desagrado. Aun entre los médicos son marginados cuestionándose tratamientos sin criterio, pues no vale la pena gastar esfuerzo o dinero en quien le queda poco tiempo de vida.

El APE (Administración de Programas Especiales) es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud, con personería jurídica propia y un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera.

En su prólogo de creación el APE dice:

“La Administración de Programas Especiales es un organismo que, por el tipo de servicios que brinda, no se relaciona directamente con los ciudadanos. Sin embargo, todas sus acciones están destinadas a incidir en la prevención, mejora y cuidado de la salud de aquellos beneficiarios de las Obras Sociales Nacionales (sindicales, de dirección y de empresas) que padezcan enfermedades crónicas de alto impacto económico y/o requieran prestaciones de baja incidencia y alto costo. Se trata de aquellas enfermedades que más angustian, más complejas y dolorosas. Basta citar los tratamientos de VIH-SIDA y la atención de las personas con discapacidad, entre otras.

Se nos ha asignado la responsabilidad de sostener uno de los pilares esenciales de la Seguridad Social cual es el principio de solidaridad, solidaridad expresada en términos de interactividad, es decir, todas las obras sociales sostienen con su aporte un Fondo Solidario por el cual se le asegura a todos los beneficiarios el acceso a prestaciones de alto costo, que serían muy difícil de financiar por las obras sociales de actividades con menores niveles de ingreso.

Detrás de cada expediente que iniciamos, analizamos, y resolvemos, existe una persona y una familia que afectada por una enfermedad de las caracterizadas como especiales, requieren de un Agente del Seguro que sepa que podrá contar con nuestros servicios en forma eficiente y oportuna.

Por ello, derogamos las normas que habilitaban la entrega de subsidios por asistencia financiera a los Agentes del Seguro de Salud y canalizamos todos nuestros esfuerzos, económicos y humanos, a fin de privilegiar a los beneficiarios del Sistema por encima de las estructuras de las Obras Sociales.” (16)

6. Análisis de costos por discapacidad

“Si los cambios normales durante la vejez se confunden con cambios patológicos, los ancianos estarán siendo víctimas sociales de una visión patologizante del envejecimiento.

Por el contrario, si un proceso patológico es confundido con un proceso normal, puede que no se lleve a cabo la intervención social o médica necesaria para optimizar el bienestar de la persona mayor”. (17)

Al decir del Dr. Isidoro Fainstein, al respecto del concepto de Desventaja - Minusvalía – Handicap: “Dentro de la experiencia de salud, minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo, factores sociales o culturales)” (18)

Según consta en la normativa del APE “se considera discapacitada, a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad o medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral” (19)

La Ley de Discapacidad N° 24.901 incluye a las personas con demencia como discapacitados. Por tanto, les corresponde obtener, además de la medicación, todo lo que el profesional prescriba (tratamiento, internación, estimulación, cuidadora externa, traslados, etc.), según la necesidad de cada paciente, de forma gratuita, en Obras Sociales, Prepagas y/o el Estado Nacional. (20)

Si bien no es mi intención patologizar la vejez, sería injusto hacia nuestros viejos no reconocer la discapacidad y minusvalía que poseen la mayoría de pacientes con síndromes geriátricos.

No corresponde que sólo a la demencia la determinación de discapacidad para poder beneficiarse con un programa que amortigüe su limitación y evite la discriminación asistencial.

Nadie dudaría de incluir en la ley de discapacidad a un niño que padece una espasticidad perinatal. Sin embargo no se tiene ese mismo énfasis frente a un paciente que ha sufrido un accidente cerebrovascular, que además es diabético, hipertenso, cardiópata, dislipémico, etc. etc.

7. Datos relevantes

Tienen obra social alrededor del 80% de los mayores de 65 años.

Entre los mayores de 65 años el PAMI cubre casi al 80%, quedando el resto a cargo de la atención directa del estado a través de sus organismos efectores, los hospitales públicos, y sólo algunos en obras sociales y pre pagas.

En la actualidad, PAMI cuenta con un presupuesto de 15.600 millones de pesos, con los que en 2009 prestó servicios a 3,7 millones de afiliados, un 89 por ciento del total de afiliados.

Recaudación total año 2010	\$ 15.600.000.000.-
Equivalente a dólares (3.95)	U\$S 3.950.000.000.-
Dólares anuales por afiliado (4.2 mill)	U\$S 940.-
Dólares mensuales por afiliado	U\$S 78.33.-

La cifra obtenida por la OMS sobre gastos en salud por habitante en Argentina, es de 551 dólares. Cifra que si bien esta muy lejos de las que manejan los países europeos, es la segunda en América latina.

Al momento de intentar afiliarse a una obra social que no sea PAMI el rechazo es inevitable en la mayoría de los casos. Son pocas las obras sociales sindicales que aceptan jubilados en sus padrones y casi nulas las que aceptan a los de gremios que no son el suyo.

Esto se pone mas aún de manifiesto cuando se trata de una empresa de medicina pre-paga, donde aun las que tienen acuerdos con obras sociales

para capitalizar los aportes, son pocas las que aceptan viejos y las que lo hacen pretenden aranceles privados.

Cuando se analiza el costo en los servicios que asisten afecciones crónicas, y minusvalizantes, las tendencias del gasto son siempre progresivas. Por ejemplo se calcula que los gastos en un paciente de edad avanzada crecen en forma paralela a su déficit funcional y éste último es edad dependiente.

Si analizamos los gastos comparativos de esta edad, con los más jóvenes, deberíamos hacerlo solamente con los ítems que sean comparables, quedando fuera de ello solamente aquellas prestaciones que hacen a la cronicidad y dependencia, las cuales deberían tener otro tratamiento económico.

Casi la mitad del gasto en salud de los ancianos corresponde a internaciones, con un giro cama aproximado de 12 días, mucho mayor que el de los jóvenes. Sin embargo es frecuente observar que las terapias intensivas estén abarrotadas de ancianos que no debieran utilizar ese recurso.

En los países de Latinoamérica la mayoría de las personas mueren hospitalizadas y generalmente previo a su muerte pasan por servicios de terapia intensiva innecesariamente.

Según consta en la normativa del APE “se considera discapacitada, a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad o medio social

implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”

Las prestaciones que encarecen los costos de correcta atención en geriatría, están relacionadas con la cronicidad y discapacidad a la que tienden los síndromes geriátricos.

8. Conclusión final

Los viejos no gastan más, sino que se gasta mal en la atención de los viejos.

Los viejos sí, son el grupo etario en que se gasta más en la atención de salud, en las condiciones actuales.

Hay rubros en los cuales es indudable que gastan más, como el consumo de medicamentos o la atención primaria.

El gasto inadecuado se debe, entre otras causas, a la mala capacitación en pre y pos grado de los profesionales de la salud, en atención geriátrica.

Todos los pacientes geriátricos deben ser asistidos por geriatras, especialmente en los momentos de definición existencial.

El uso de tecnología o tratamientos de alta complejidad no debería estar limitado por la edad cronológica, pero sí por la edad biológica. Mas allá de los intereses espurios, relacionados con los tratamientos complejos y costosos, debemos los geriatras evaluar la real posibilidad de sobrevida de los pacientes bajo nuestra asistencia. Ello tiende a descartar la indicación incorrecta de métodos cruentos o innecesarios que afectan la calidad de vida, no mejorando la sobrevida. Como dice el viejo dicho popular, evitar que el remedio sea peor que la enfermedad.

Los viejos son sí, grandes consumidores de medicamentos, aproximadamente el 60% del total de consumos. Sin embargo, la industria farmacéutica no siempre los incluye en los trabajos de

investigación. Posibilita ello que el consumo se mantenga aún desconociéndose los verdaderos efectos sobre esta edad.

La vejez es discriminada en la atención de la salud, esa discriminación la ejerce la sociedad, y aun los mismos integrantes del equipo de salud.

La discriminación se evidencia en una atención muchas veces indigna para quien ha aportado toda su vida y que siguen aportando otros trabajadores en actividad, recibiendo una calidad de atención insuficiente mientras sus recursos son aprovechados por gobiernos de turno, para abultar cajas que no se corresponden con el destino a que estaban dirigidas.

Es nuestro deber como geriatras proteger al anciano de cualquier tipo de discriminación, en particular en nuestro propio medio asistencial.

La discriminación terapéutica en los ancianos se manifiesta como mala praxis, sea ésta por defecto o exceso en su realización. Genera gastos desproporcionados.

La familia no es imparcial al momento de una decisión trascendental en la vida de un anciano. Los actos médicos no pueden estar subordinados a la decisión familiar, sino a la voluntad del anciano y al criterio profesional.

Muchos médicos temen a las familias, condicionando sus indicaciones terapéuticas a la posibilidad de juicios por mala praxis. Ello suele ser causa de mala praxis.

Las indicaciones terapéuticas de importancia deben estar indicadas por geriatras o por comités de ética integrados por geriatras.

La discapacidad que generan los síndromes geriátricos debe ser tratada como tal y ser subvencionada por la sociedad como gastos extraordinarios de las coberturas habituales. Ello otorgaría el justo privilegio y beneficio hacia los ancianos discapacitados y liberaría a los financiadores de salud y sobre todo a las familias de esa carga extra que genera rechazo hacia los viejos. Posibilitaría ello además eliminar la elevación de aranceles en planes de medicina pre paga relacionados con la edad.

Es necesario erradicar el concepto de que los ancianos no son productivos, como elemento de justificación para no invertir en su atención. Más allá de la actividad que habitualmente realizan los viejos en la actualidad, son a veces el único sustento de hijos sin trabajo o los responsables de nietos de padres ausentes.

El dinero de las cajas de jubilados no debe utilizarse para otros destinos que el que específicamente se asignó.

La salud, a nivel Público, Seguridad Social o Privado, debe tener con los viejos, siempre un carácter solidario.

Los viejos son responsabilidad de toda la sociedad.

8. Gráficos

Gráfico I

Población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual por grupo de edad y sexo, según provincia. Total del país. Año 2001

Provincia	Población		Grupo de edad y sexo							
	Total	Sin cobertura de obra social	0-14 años		15-49 años		50-64 años		65 años y más	
			Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Total del país	36.260.130	48,1	55,5	55,7	52,8	49,8	46,0	37,6	21,6	16,7
Ciudad de Buenos Aires	2.776.138	26,2	32,2	32,2	31,3	29,9	26,4	23,0	10,4	8,6
Buenos Aires	13.827.203	48,8	55,4	55,7	54,0	51,5	49,3	41,2	20,8	16,7
24 partidos del Gran Buenos Aires	8.684.437	52,0	58,4	58,6	56,0	54,6	52,7	45,8	22,9	19,8
Resto de Buenos Aires	5.142.766	43,5	50,3	50,5	50,4	45,9	44,2	33,6	17,9	12,3
Catamarca	334.568	45,0	49,3	49,8	49,9	46,6	35,1	31,1	23,2	16,2
Chaco	3.066.801	45,8	72,4	72,4	69,2	64,8	59,2	47,9	38,5	28,8
Chubut	930.991	62,1	40,2	40,8	43,1	39,4	41,3	32,7	29,0	23,7
Córdoba	984.446	65,5	53,2	53,5	51,4	47,9	44,7	35,5	19,6	14,4
Corrientes	413.237	39,5	67,5	67,1	65,7	62,8	58,1	47,7	37,1	33,9
Entre Ríos	1.158.147	48,7	55,6	56,0	53,7	49,9	45,8	36,0	23,7	18,9
Formosa	486.559	65,8	71,0	70,8	69,2	64,3	58,4	49,1	47,7	40,4
Jujuy	611.888	54,2	57,0	57,0	58,2	55,4	48,4	40,6	31,7	33,9
La Pampa	299.294	45,5	50,6	51,5	51,2	46,9	44,4	34,0	24,5	17,9
La Rioja	289.983	40,8	44,4	44,3	46,7	41,1	34,8	26,0	20,0	12,2
Mendoza	1.579.651	50,6	56,6	56,8	55,1	52,7	48,3	41,9	25,8	20,0
Misiones	965.522	57,8	61,7	61,7	59,8	56,7	55,4	46,8	41,3	35,9
Neuquén	474.155	48,7	49,9	50,2	52,3	49,2	48,6	41,4	30,5	26,2
Río Negro	552.822	49,9	51,7	52,2	54,8	50,4	51,3	41,5	32,6	25,6
Salta	1.079.051	60,4	65,8	65,6	63,7	61,2	55,2	45,0	32,7	27,7
San Juan	620.023	53,0	58,1	58,7	59,0	55,2	47,1	38,9	25,5	19,6
San Luis	367.933	51,6	55,8	55,8	56,1	52,4	51,4	40,3	30,5	24,3
Santa Cruz	196.958	29,2	27,3	26,6	33,0	31,1	29,7	25,4	18,7	17,3
Santa Fe	3.000.701	42,0	52,2	52,4	47,0	44,1	38,7	30,1	14,9	10,9
Santiago del Estero	804.457	63,7	70,5	70,3	68,6	63,6	56,6	45,1	36,1	28,2
Tierra del Fuego	101.079	30,1	28,1	28,0	32,2	30,4	35,1	31,2	23,9	19,1
Tucumán	1.338.523	48,2	54,8	54,9	52,4	48,6	42,6	34,1	22,6	17,6

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Gráfico II

Población total	Porcentaje de población sin cobertura	Porcentaje de población sin cobertura por grupo de edad								
		0-4 años	5 a 14 años	15 a 19 años	20 a 49 años	50 a 59 años	60 a 64 años	65 a 74 años	75 a 79 años	80 años y más
36.260.130	48,1	58,7	54,1	53,5	50,8	43,4	36,9	22,9	13,4	11,9

Fuente: INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población, Dirección de Estadísticas : I Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Gráfico III

Porcentaje de población sin cobertura de obra social y/o plan médico o mutual por condición de pobreza, por regiones. Segundo semestre 2005

Regiones	Porcentaje de población sin cobertura de obra social y/o plan médico o mutual por condición de pobreza			
	Total	No pobre	Pobre ¹	Indigente ²
	%			
Total	41,1	23,3	75,8	89
Metropolitana	41,4	24,5	78,6	91,7
Noroeste	46	24	70,2	86,7
Nordeste	50,9	27	72,5	85,4
Cuyo	41,5	23,7	72	89
Pampeana	37,3	20,4	76,2	87,4
Patagónica	26,9	16,1	63,6	80

¹ Se consideran pobres a las personas que a partir de los ingresos de los hogares, no tienen capacidad de satisfacer -por medio de la compra de bienes y servicios- un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.) denominada Canasta Básica Total (CBT).

² Se consideran indigentes a las personas que no cuentan con ingresos suficientes como para cubrir una Canasta Básica de Alimentos (CBA) capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. (Ver Metodología, documento de la Dirección Nacional de Encuestas a Hogares, INDEC).

"Acerca del método utilizado para la medición de la pobreza en Argentina". Buenos Aires, marzo del 2003.)

^{Nota:} refiere a la cobertura de salud por medio de un sistema de atención médica (obligatoria) brindado por las Obras Sociales en el caso de las personas que trabajan en relación de dependencia, o son jubiladas o pensionadas. También incluye a las personas afiliadas a un plan médico o mutual de pago voluntario.

^{Fuente:} INDEC. Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población. Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH).

Gráfico IV

Beneficiarios de obras sociales por naturaleza institucional. Total del país. Años 2004-2008

Naturaleza de la obra soc	Beneficiarios de obras sociales				
	2004	2005	2006	2007	2008
Total	14.882.140	15.514.299	15.502.139	15.943.256	18.231.181
Sindicales	10.247.704	10.916.326	10.558.787	10.074.014	12.459.359
Estatales	27.804	27.694	22.390	16.438	16.830
Por convenio	22.727	67.541	58.080	42.729	18.814
Personal de dirección	916.015	922.595	979.900	952.103	1.038.416
Administración mixta	2.727.367	2.566.352	2.621.863	3.789.726	3.503.292
Por adhesión (2)	25.420	28.407	29.714	28.750	29.089
Ley N° 21.476 (3)	18.179	17.339	16.716	15.341	22.495
De empresas (4)	6.450	6.874	9.516	11.049	15.814
De otra naturaleza	890.474	961.171	1.005.173	1.013.106	1.127.072

(1) Creadas por ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores. Incluye PAMI y otras menores.

(2) Exceptuadas de la Ley de Obras Sociales que no obstante se adhieren.

(3) De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misionero, etc.)

(4) Corresponde a una sola empresa.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

9. Citas bibliográficas

- 1.** Juan F Macías Núñez - José Luís Vega Vega, “Geriatría desde el Principio” Tema 2. Sociología del envejecimiento. Edición 2005 pag44
- 2.** Organización Mundial de la Salud. Gasto en Salud, Estadísticas Sanitarias Mundiales año 2007. Tabla 7
- 3.** LEY 19.032. Creación del PAMI. Artículo 8 - Buenos Aires,13 de mayo de 1971 - Lanusse Alejandro - Francisco G. Manrique
- 4.** Ídem 3. Art. 10
- 5.** Clarín.com » Edición Domingo 11.01.2004 » Zona » PAMI: un gigante que desborda de burocracia y personal
- 6.** Moon Marilyn. Medicare. The New England Journal of medicine. Año 2001; Vol. 344. N° 12. Pág. 928-931.
- 7.** Politi PM. Medicare versus PAMI. Análisis de dos situaciones difíciles. Equipo Interdisciplinario de Oncología.tripod.com foro 008. html. Abril de 2001.
- 8.** Superintendencia de Servicios de Salud 30, Manual de consultas 12 Decreto 292/95
- 9.** Confederación Médica de la República Argentina - COMRA, Sistema de contenidos desarrollado por Connmed

- 10.** Ken Dychtwald. Modern Geriatrics Vol 12. N 5. Mayo 2005
- 11.** Fainstein Isidoro, Curso Superior Bienal de Especialista en Medicina Geriátrica - Introducción
- 12.** Cippec - Estimación de la cápita del PAMI para la Ciudad de Buenos Aires. Área de Política en Salud. Febrero 2003
- 13.** Proyecto de Desarrollo de Políticas y Regulación de los Seguros de Salud - Ministerio de Salud y DN Cuentas Nacionales y de Gastos Sociales Consolidados -Ministerio de Economía
- 14.** OMS. Organización Mundial de la Salud - The World Health Report 2000. W.H.O.
- 15.** Lubitz, James D., Gerald F. Riley. Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life The New England Journal of Medicine Vol. 328 n° 15. April 1993
- 16.** APE. Administración de programas especiales. Ministerio de Salud. Lic. Eugenio Zanarini. Carta Compromiso con el ciudadano. Marzo 2005
- 17.** Ídem 1
- 18.** Ídem 11
- 19.** Ídem 15. Definición de discapacidad.

20. Ley 24.901. Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad.
Decreto 762/97 .Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

10.-Bibliografía General

Arenas Luis Durán, Reynaldo Sánchez

Financiamiento de la Atención a la salud de la población de la tercera edad

Salud Pública Méx 1996; Vol. 38(6):501-512

Cippecc

Estimación de la cápita del PAMI para la Ciudad de Buenos Aires.
Área de Política en Salud.

Febrero 2003

Fahs, Marianne C.

La Vejez y la Economía

Alzheimer Association. Revista 2009

Gascón, Silvia

Envejecimiento Poblacional. Una Realidad hoy

Revista Argentina de Gerontología y Geriatria

Tomo XXV – Año 25 – Sept. 2007

Gobierno de Chile. Súper Intendencia de Salud

Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile: 2002 – 2020

Departamento de Estudios y Desarrollo. Julio 2006

Gobierno de Chile. Súper Intendencia de Salud

Adultos Mayores en el Sistema ISAPRE: Resultados de una década (1998 -2007) Departamento de Estudios y Desarrollo Agosto 2008

González García, Ginés; Abadie, Pablo; Llovet, Juan José; Ramos, Silvina.

El gasto en salud y medicamentos. Argentina, 1985. Buenos Aires. Estudios CEDES-Humanitas. 142 páginas. 1989.

Lubitz, James D.; Gerald F. Riley

Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life

The New England Journal of Medicine

Vol. 328 n° 15, April 1993

Macías Nuñez, Juan F.

Geriatría desde el Principio

Editorial Glosa. 2º edición 2005

Ministerio de Economía- Ministerio de Salud.

Estimaciones de Gasto y Financiamiento del Sector Salud en Argentina.

Año 1997. Proyección 1997-2000.

Murgieri, Margarita. Dr. Eduardo Fox

Ética de la Praxis Gerontológico Geriátrica

Revista Argentina de Gerontología y Geriatría

Tomo XXVI año 26. Sept. 2009

Navarro, Roberto.

El presupuesto del PAMI se incrementó un 500% desde 2003

Página 12.- 2/08/2010

Rossi, María Teresa. Lic Amanda Noemí Rabilar.

Breve reseña histórica de la evolución de los sistemas de salud

Revista de la Asociación Médica Argentina

Vol. 120 n° 2, Junio 2007

Spillman, B.C. and J. Lubitz

The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long- Term Care

The New England journal of medicine

Vol. 342 n° 19, Mayo 2000

Tallis Raymond, John C. - Fillit Howard

Brocklehurst´s, Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology.

Edit. Marban. Edición 2005

Federico Tobar - Graciela Ventura

El Gasto en Salud en Argentina y su Método

Buenos Aires. Diciembre de 2000

D.M. Wernick

Payment by Capitation and the quality of Care

The New England Journal of medicine

Vol. 335 n° 16, Octubre 1996