



LVI REUNIÓN ANUAL | NOVIEMBRE DE 2021

¿El INSSJP-PAMI mejora el acceso a servicios médicos? Una evaluación preliminar a través del modelo de regresión discontinua

Viridis, Juan Marcelo
Delbianco, Fernando
Elorza, María Eugenia

¿El INSSJP-PAMI mejora el acceso a servicios médicos? Una evaluación preliminar a través del modelo de regresión discontinua

Juan Marcelo Virdis^{1*}, Fernando Delbianco^{2,3‡}, and María Eugenia Elorza^{1,2†}

¹Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (CONICET-UNS).

²Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur.

³Instituto de Matemática de Bahía Blanca (CONICET-UNS).

*E-mail: jmvirdis@iieess-conicet.gob.ar

‡E-mail: fernando.delbianco@uns.edu.ar

†E-mail: eugeniaelorza@uns.edu.ar

1. Introducción

El sistema de salud argentino brinda cobertura a la población a través de tres subsistemas: el público, que tiene por objetivo brindar acceso a la salud a los sectores de menores ingresos que no cuentan con otra cobertura de gastos médicos; el de la seguridad social, que está compuesto por organizaciones denominadas Obras Sociales que brindan cobertura, principalmente, a asalariados de la economía formal y su grupo familiar; y el privado al que accede población de ingresos medios y altos dado que requiere el pago de primas voluntarias (Arnaudo, Lago, Moscoso, Báscolo, y Yavich, 2016). Dentro del sistema de la seguridad social también se encuentra el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)¹ el cual es una Obra Social creada con el objetivo principal de financiar los gastos en salud de los adultos mayores en Argentina (Ley N° 19.032, 1971). Hasta los 70 años de edad es necesario percibir una jubilación o pensión del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, mientras que a partir de los 70 años cualquier ciudadano argentino cuenta con la posibilidad de obtener una cobertura de este organismo Ley N° 23.568 (1988). El INSSJP es financiado por aportes obligatorios de los trabajadores activos y beneficiarios del sistema previsional, y aportes del Tesoro Nacional.

Los afiliados del INSSJP no deben realizar ningún tipo de pago voluntario para tener cobertura general de los servicios de salud financiados por el instituto, lo que produce importantes incentivos a la afiliación. Además, se rige por un principio solidario ya que todos los afiliados acceden a la misma prestación de servicios, independientemente de su aporte al financiamiento del INSSJP. La ausencia de barreras económicas a la afiliación enfatiza su función social, pues brinda cobertura de gastos médicos al segmento de la población con mayor riesgo de tenerlos, sin restricciones respecto a su estado de salud o el establecimiento de primas elevadas, como sucede en los mercados privados de seguros. En la actualidad, el INSSJP es la obra social más grande del país brindando cobertura a aproximadamente 5.000.000 de personas entre las cuales está comprendido más del 50% de la población de entre 60 y 64 años y más del 75% en rangos etarios mayores. El INSSJP también brinda cobertura a veteranos de guerra, personas con discapacidad y al grupo familiar de los afiliados titulares. Sin embargo, el nivel de cobertura en la población menor a 60 años es prácticamente nulo (INSSJP, 2021). A pesar de sus elevados niveles de cobertura, distintos trabajos empíricos han concluido que los adultos mayores en Argentina tienen riesgo significativo de enfrentar gastos elevados en salud (Abeldaño, 2017; Cavagnero, Carrin, Xu, y Aguilar-Rivera, 2006; Knaul y cols., 2011; Maceira y Reynoso, 2010).

Los niveles de cobertura logrados por el INSSJP lo convierten en una institución central en la cobertura de gastos en salud de los adultos mayores en Argentina. Por ende, resulta relevante evaluar cual es el impacto que tiene esta política en el porcentaje de la población que cuenta con obra social o seguro médico y su acceso al sistema de salud, una vez que los habitantes ingresan en su etapa inactiva. El abordaje de este problema presenta obstáculos metodológicos producto que los incentivos a obtener una obra

¹El INSSJP también es conocido como Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI).

social o seguro médico y la necesidad de bienes y servicios de salud están correlacionados con el estado de salud de los individuos (Finkelstein, 2015). A su vez, el estado de salud probablemente sea diferente entre la población que supera la edad jubilatoria respecto a población más joven. La edad establecida por ley para acceder a una jubilación o pensión y, como consecuencia, a la cobertura del INSSJP resulta un hecho exógeno al poder de decisión individual de los agentes. En este contexto, resulta útil el modelo de regresión discontinua (RDD, por sus siglas en inglés). Este modelo permite evaluar el cambio en una variable observada a partir de un punto de corte en una variable explicativa el cual es, en este trabajo, la edad jubilatoria. De esta forma, se elimina la fuente de endogeneidad en la cobertura y en el acceso a bienes y servicios dado que las personas que están por llegar a su edad jubilatoria tendrán, en promedio, un estado de salud similar a las personas que recientemente han alcanzado dicha edad. Esta metodología ha sido utilizada por Card, Dobkin, y Maestas (2008) con el fin de evaluar cambios en la cobertura y acceso a servicios de salud en Estados Unidos a partir de los 65 años, edad en que la población de ese país puede acceder al programa Medicare.

Este trabajo tiene por objetivos: i) estimar el impacto del INSSJP el porcentaje de la población que cuenta con Obra Social o seguro médico, ii) estimar el impacto de la cobertura en el acceso a servicios médico-sanitarios. En la segunda sección se describen los datos y metodología utilizados. En la tercera sección se presentan los resultados de este trabajo. En la cuarta sección, se presenta una discusión de las implicancias de los resultados para futuros trabajos y las limitaciones de esta investigación. Por último, la quinta sección, se compone de las referencias bibliográficas.

2. Datos y Metodología

Para cumplir con los objetivos se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) (INDEC, 2021a) y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) INDEC (2021b) realizadas en el año 2017. En el primer caso, la unidad observacional es el hogar. Por este motivo, si bien la base de datos cuenta con la cobertura médica de cada uno de sus individuos, los datos de consumo de servicios médicos corresponden a todo el hogar. En el caso de la ENFR, la unidad observacional es el individuo. Sin embargo, el consumo de bienes y servicios de salud es relevado en un sentido amplio. Por ejemplo, se consulta a los entrevistados si evaluaron sus factores de riesgo en el último año o si se encuentran realizando algún tipo de tratamiento para alguno de ellos. Dado que ambas fuentes de información presentan ventajas y desventajas, se realizaron estimaciones a partir de ambas.

En la tabla 1 se presentan las variables obtenidas de los relevamientos. Los subíndices i y j denotan a las variables que corresponden al i -ésimo individuo evaluado en la ENFR y el j -ésimo hogar evaluado en la ENGHo.

Como se puede observar en la Tabla 1, las variables que caracterizan la edad y cobertura de cada observación correspondiente a un hogar relevado en la ENGHo son las del jefe de hogar. Este supuesto fue adoptado en base a lo establecido en la legislación correspondiente al INSSJP y el resto de las Obras Sociales Argentinas. En estos casos, cada miembro titular cuenta con la posibilidad de extender el beneficio a su grupo familiar. Por este motivo, el hecho que el jefe de hogar cumpla la edad correspondiente para poder acceder al INSSJP podría tener un efecto en la cobertura de salud de todos los integrantes del hogar y, por ende, en el consumo de bienes y servicios de salud agregados del hogar.

Para evaluar el efecto del INSSJP en los niveles de cobertura se estimó el siguiente modelo RDD ²:

$$Y = \alpha + \tau D + \beta_1(edad - c) + \beta_2 D(edad - c) + \varepsilon \quad (1)$$

La variable dependiente Y corresponde a la proporción de las observaciones que toman valor 1 en la variable en la cual se mide el efecto. Por ejemplo, para cuantificar el cambio en la proporción de la población que cuenta con cobertura a partir de la edad jubilatoria Y es igual a $\sum_{i=1}^n cob_i/n$ en el caso de datos obtenidos de la ENFR y $\sum_{j=1}^n cob_j/n$ en el caso de datos obtenidos de la ENGHo, siendo n la cantidad de observaciones. La variable c corresponde al punto de corte a partir del cual los individuos cuentan con la posibilidad de acceder a una jubilación. En este caso, según el régimen general del Estado Nacional, las mujeres pueden jubilares a los 60 años mientras que los varones a los 65 años. Esto significa que existen dos puntos de corte según el sexo del individuo que se está evaluando. Con el fin de unificar a las observaciones en un mismo punto de corte se calculó la variable $edadn$ que es igual a la edad del

²Para una descripción exhaustiva de este tipo de modelos ver Cunningham (2021).

Fuente	Variable	Descripción
ENFR	$edad_i$	Edad del individuo
ENFR	cob_i	El individuo cuenta con Obra Social o seguro privado de salud (Sí = 1; No = 0).
ENFR	t_{all}_i	El individuo realiza un tratamiento para cada uno de los siguientes factores de riesgo diagnosticados por un profesional de la salud: hipertensión, colesterol y azúcar alta en sangre (Sí = 1; No = 0).
ENFR	t_{any}_i	El individuo realiza un tratamiento para alguno de los siguientes factores de riesgo diagnosticados por un profesional de la salud: hipertensión, colesterol y azúcar alta en sangre (Sí = 1; No = 0).
ENGHo	$edad_j$	Edad del jefe de hogar.
ENGHo	cob_j	El jefe de hogar cuenta con Obra Social o seguro privado de salud (Sí = 1; No = 0).
ENGHo	$farm_j$	Algún integrante del hogar adquirió productos farmacéuticos (Sí = 1; No = 0).
ENGHo	$equi_j$	Algún integrante del hogar adquirió artefactos o equipos terapéuticos (Sí = 1; No = 0).
ENGHo	$cons_j$	Algún integrante del hogar realizó una consulta médica (Sí = 1; No = 0).
ENGHo	$odon_j$	Algún integrante del hogar recibió servicios odontológicos (Sí = 1; No = 0).
ENGHo	aux_j	Algún integrante del hogar recibió servicios auxiliares para pacientes ambulatorios (Sí = 1; No = 0).
ENGHo	$hosp_j$	Algún integrante del hogar recibió servicios hospitalarios (Sí = 1; No = 0).

Cuadro 1: Variables utilizadas en las estimaciones.

individuo menos la edad jubilatoria. A partir de las variables definidas, la ecuación 1 queda expresada de la siguiente manera

$$Y = \alpha + \tau D + \beta_1(edadn) + \beta_2 D(edadn) + \varepsilon \quad (2)$$

La variable *dummy* D es

$$D = \begin{cases} 1 & \text{si } c > 0 \\ 0 & \text{si } c \leq 0 \end{cases} \quad (3)$$

Los parámetros β_1 y $\beta_1 + \beta_2$ representan la pendiente de la variable dependiente antes y después del punto de corte respectivamente mientras que τ es el efecto del tratamiento aplicado (LATE, por su sigla en inglés), en este caso, la posibilidad de acceder a cobertura de gastos médicos a partir de la edad jubilatoria.

El bandwidth fue establecido en 10 años, es decir que se utilizaron 10 observaciones a ambos lados del punto de corte. Los modelos fueron estimados utilizando datos de toda la muestra y para submuestras seleccionadas según quintil de ingresos, región (AMBA, Pampeana, Noroeste, Noreste, Cuyo y Patagonia), nivel educativo (Primaria incompleta, Secundaria incompleta y Secundaria completa) y sexo (Mujer y Varón).

3. Resultados

3.1. Cobertura

En la Figura 1 se presentan las estimaciones correspondientes al porcentaje de la población con cobertura de Obra Social y seguro privado de salud. El gráfico de la izquierda, basado en datos de la ENFR, muestra que a partir de la edad jubilatoria se produce un incremento en el porcentaje de cobertura desde valores cercanos al 70% hasta el 85%. Estos datos son similares a los encontrados para los jefes de hogar presentados en el gráfico de la derecha. En la Tabla 2 se presenta el valor de τ correspondiente a la estimación de mínimos cuadrados ordinarios del modelo presentado en la ecuación 2 y su significatividad estadística. Se puede observar que en las estimaciones basadas en la ENFR el incremento de la

cobertura es del 16,8% mientras que en las estimaciones basadas en la ENGHo el incremento es del 14.2%

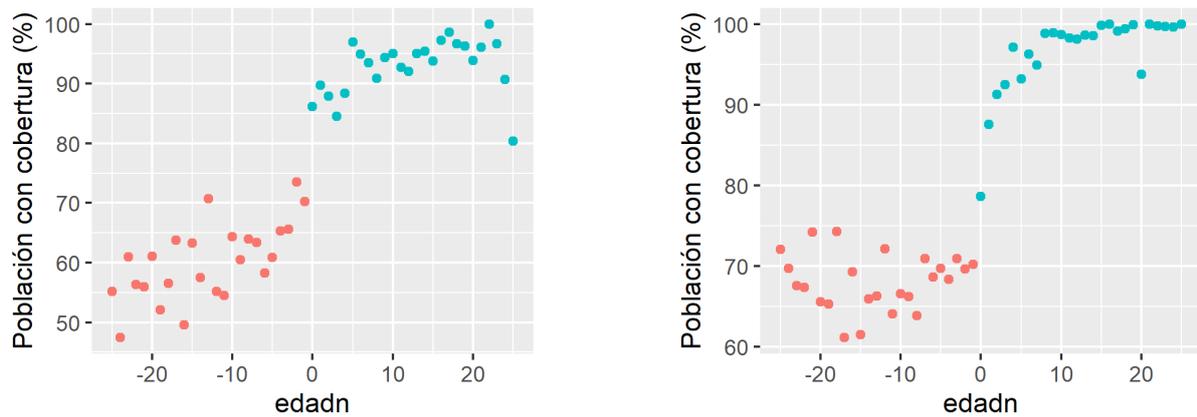


Figura 1: Izquierda: porcentaje de la población con cobertura médica (Fuente: ENFR); Derecha: Porcentaje de los hogares cuyo jefe de hogar posee cobertura médica (Fuente: ENGHo)

En la Tabla 2 también se presentan los resultados para distintas submuestras seleccionadas. Se observa que el cambio en la cobertura de la región del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) es menor que en el resto del país según la estimación basada en la ENGHo. Las estimaciones muestran que el incremento en la cobertura se verifica en todos los quintiles de ingresos a excepción del quinto. Respecto al sexo, los resultados basados en la ENFR muestran que el aumento en la cobertura se producen en mayor medida en los varones, mientras que en los parámetros basados en la ENGHo el aumento es similar. Finalmente, se encontró que el aumento en el nivel de cobertura es significativo para todos los niveles de educación, siendo mayores en el caso de primario incompleto.

	(1)	(2)
Total de la muestra	0.168***	0.142***
AMBA	0.150***	0.051***
Pampeana	0.196***	0.229***
Noroeste	0.135***	0.150***
Noreste	0.208***	0.145***
Cuyo	0.153***	0.177***
Patagonia	0.218***	0.126***
quintil_uc 1	0.359***	0.265***
quintil_uc 2	0.233***	0.111***
quintil_uc 3	0.091***	0.122***
quintil_uc 4	0.130***	0.138***
quintil_uc 5	-0.011	0.017***
Varones	0.209***	0.142***
Mujeres	0.123***	0.144***
Primaria inc.	0.335***	0.219***
Secund. inc	0.187***	0.059***
Secund. comp	0.120***	0.233***

Cuadro 2: LATE en los niveles de cobertura. (1) RDD Sharp basado en ENFR; (2) RDD Sharp basado en ENGHo. * p-valor < 0.05; ** p-valor < 0.01; *** p-valor < 0.001.

3.2. Tratamiento de factores de riesgo

En la Figura 2 se presentan los datos de la población que teniendo factores de riesgo (hipertensión, colesterol y azúcar alta en sangre) accedieron a algún tratamiento. El gráfico de la izquierda muestra la proporción de la población que, al momento del relevamiento, se encontraba realizando un tratamiento para cada uno de sus factores de riesgo. En el gráfico de la derecha se presenta el porcentaje de la población

que se encontraba realizando un tratamiento para alguno de sus factores de riesgo. En ambos casos se observan pendientes y niveles similares a ambos lados del punto de corte. En la Tabla 3 se muestran los resultados respecto al tratamiento de factores de riesgo a partir de la edad jubilatoria. Los resultados para el total de la muestra muestran parámetros pequeños, no significativos en el caso t_{all} , y contraintuitivos por resultar negativos.

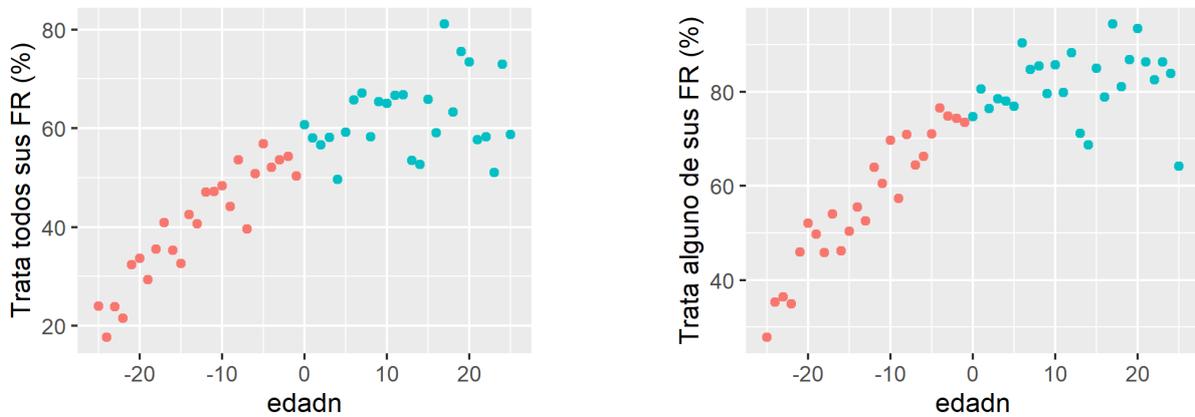


Figura 2: Porcentaje de la población que realiza tratamientos para sus factores de riesgo (FR). Fuente: ENFR.

	t_{all}	t_{any}
Total de la muestra	0.015*	-0.007
AMBA	-0.029.	-0.125***
Pampeana	0.006	0.026*
Noroeste	0.040.	-0.029
Noreste	-0.038.	0.162***
Cuyo	0.054	0.067**
Patagonia	0.018	-0.041*
quintil.uc 1	-0.004	0.064*
quintil.uc 2	0.024	-0.002
quintil.uc 3	0.143***	-0.040*
quintil.uc 4	-0.050**	0.030
quintil.uc 5	-0.107***	-0.090***
Varones	0.012	-0.008
Mujeres	-0.009	-0.012
Primaria inc.	-0.181***	0.036.
Secund. inc	0.034*	-0.013
Secund. comp	0.064***	-0.010

Cuadro 3: LATE en el tratamiento de factores de riesgo. RDD Sharp basado en ENFR. * p-valor < 0.05; ** p-valor < 0.01; *** p-valor < 0.001.

3.3. Consumo de bienes y servicios

En la Figura 3 se presentan estimaciones basadas en la ENGHo respecto al consumo de bienes y servicios relacionados con la salud. En este caso, los porcentajes expresados en el eje vertical corresponden a los hogares que hicieron uso de los bienes o servicios comprendidos en cada categoría. En ninguno de los casos se observan tendencias claras o saltos en los valores observados, a excepción del gráfico correspondiente a servicios odontológicos (d) en el cual los valores observados en edades mayores a la edad jubilatoria son en su mayoría inferiores a los anteriores a la edad jubilatoria. En las Tablas 4 y 5 se presentan los valores que toma el parámetro τ para cada una de las estimaciones. El parámetro τ resultó pequeño y marginalmente significativo en el caso de la estimación basada en la ENFR y no significativo y negativo en la estimación basada en la ENGHo. En el caso de estimaciones en submuestras los resultados resultan positivos en algunos casos y negativos en otros.

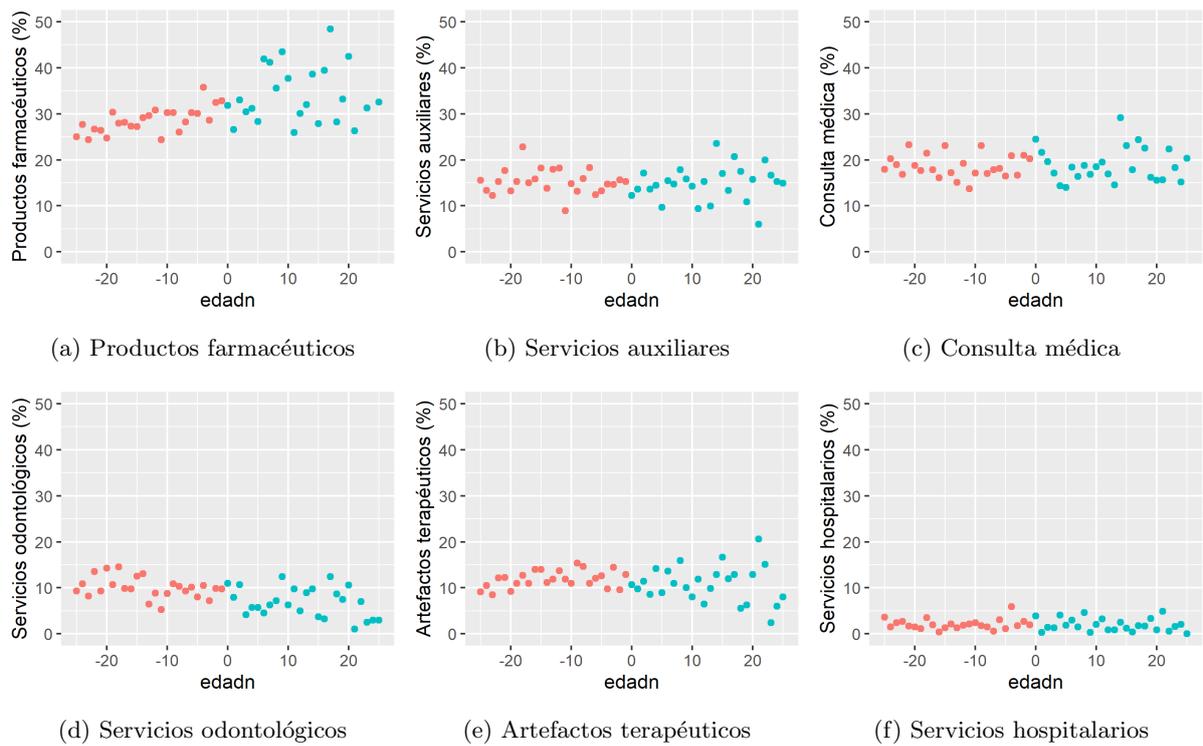


Figura 3: Consumo de bienes y servicios de salud. Fuente: ENGHo.

	farm	equi	cons
Total de la muestra	-0.045***	-0.006	0.009.
AMBA	0.035*	0.032***	0.028*
Pampeana	-0.143***	-0.033**	-0.025**
Noroeste	0.001	0.030***	0.021.
Noreste	0.030*	-0.079***	-0.006
Cuyo	0.060**	-0.049**	0.028
Patagonia	-0.034**	0.054***	0.026.
quintil_uc 1	0.100***	-0.034*	0.063***
quintil_uc 2	-0.056***	0.002	-0.113***
quintil_uc 3	-0.180***	-0.004	-0.059***
quintil_uc 4	-0.056***	-0.020***	-0.012
quintil_uc 5	0.001	0.005	0.099***
Varones	-0.021**	0.001	0.012.
Mujeres	-0.053***	-0.011	0.011
Primaria inc.	0.017.	-0.051***	0.058***
Secund. inc	-0.116***	0.042***	-0.010
Secund. comp	0.050*	0.006	-0.103***

Cuadro 4: LATE en el consumo de bienes y servicios de salud. RDD Sharp basado en ENGHo

	odon	aux	hosp
Total de la muestra	-0.011*	-0.017***	-0.006*
AMBA	-0.103***	-0.098***	-0.002
Pampeana	0.069***	0.016	0.006*
Noroeste	-0.022*	0.071***	-0.041***
Noreste	-0.016**	0.018*	-0.034***
Cuyo	-0.018*	0.086***	-0.017**
Patagonia	-0.048**	0.010	-0.005
quintil_uc 1	-0.007	-0.010	0.018**
quintil_uc 2	-0.044***	-0.055***	-0.019*
quintil_uc 3	0.004	0.034*	-0.055***
quintil_uc 4	-0.040***	-0.087***	0.012***
quintil_uc 5	0.010	0.016**	0.008
Varones	-0.012*	0.010	-0.014*
Mujeres	-0.003	-0.041***	0.001
Primaria inc.	0.013*	-0.001	-0.003
Secund. inc	-0.039***	-0.007	-0.011**
Secund. comp	-0.034*	-0.088***	-0.011

Cuadro 5: LATE en el consumo de bienes y servicios de salud. RDD Sharp basado en ENGHO. * p-valor < 0.05; ** p-valor < 0.01; *** p-valor < 0.001.

4. Discusión

Argentina contempla dentro de su complejo sistema de salud un mecanismo de cobertura para adultos mayores que se encuentra cercano a la universalidad. Este objetivo se logra principalmente mediante el INSSJP que otorga, sin requerir una contraprestación económica, un seguro de salud a todos los jubilados y pensionados del Sistema Nacional a partir de los 65 años y a todos los adultos mayores a partir de los 70 años. En este trabajo hemos demostrado que este mecanismo incrementa significativamente el porcentaje de población que cuenta con cobertura de gastos médicos, a excepción del quintil de mayores ingresos. Sin embargo, no hemos encontrado resultados consistentes en cuanto al impacto de este aumento en el acceso a bienes y servicios de salud.

Trabajos previos realizados por Card y cols. (2008) han abordado un análisis similar para el caso de Medicare en Estados Unidos. En ese país, a partir de los 65 años las personas que han trabajado al menos 40 trimestres pueden acceder sin costo a un seguro de salud denominado Medicare. En ese caso, se encontró que a partir de los 65 años se produce en EEUU un salto en los niveles de cobertura médica y un salto en el acceso a ciertos bienes y servicios de salud como admisión en hospitales e intervenciones quirúrgicas de cadera y rodilla. En este caso, se obtuvieron resultados similares para Argentina respecto a la cobertura, pero no se logró encontrar cambios en el acceso al sistema de salud.

Este trabajo tiene algunas limitaciones. En primer lugar, la ENFR releva el consumo de bienes y servicios de forma amplia consultando al entrevistado si realizó tratamientos en el último mes. Para obtener conclusiones más precisas serían necesarios datos específicos sobre el tipo de bienes o servicios adquirido. En segundo lugar, en la ENGHo la unidad observacional es el hogar lo que dificulta efectuar estimaciones que incluyan a la edad o la cobertura de gastos médicos en hogares compuestos por personas de distintas edades en los que no todos tienen cobertura. Por este motivo, cada hogar fue caracterizado a partir de la información de su jefe de hogar. Esta caracterización da lugar a distintas imprecisiones. Por ejemplo, un hogar en el que todos sus integrantes tienen cobertura a excepción del jefe de hogar y en el que se verifican consumo de bienes y servicios relacionados con la medicina sería erróneamente clasificado como un hogar sin cobertura que accedió al sistema. En tercer lugar, distintos parámetros estimados, sobre todo en el caso de submuestras, dieron como resultado cambios negativos en el consumo de bienes y servicios de salud. Este resultado podría deberse a errores de especificación, es decir, que no exista una relación lineal entre las variables antes y después del punto de corte.

Como continuación de esta investigación se propone evaluar distintas especificaciones en el modelo RDD para poder obtener resultados robustos, particularmente en el caso del acceso a servicios de salud.

5. Bibliografía

- Abeldaño, R. A. (2017). Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(5), 1631–1640. Descargado de <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n5/1631-1640/es/> doi: 10.1590/1413-81232017225.21102015
- Arnaudo, M. F., Lago, F., Moscoso, N., Báscolo, E., y Yavich, N. (2016). Concentración y desigualdades en el financiamiento de las obras sociales posdesregulación: Un análisis comparativo de los años 2004 y 2011. *Salud Colectiva*, 12(1), 125–137. Descargado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/880> doi: 10.18294/sc.2016.880
- Card, D., Dobkin, C., y Maestas, N. (2008, dec). The impact of nearly universal insurance coverage on health care utilization: Evidence from medicare. *American Economic Review*, 98(5), 2242–2258. Descargado de [/pmc/articles/PMC2600774/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600774/) [/pmc/articles/PMC2600774/?report=abstract](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600774/?report=abstract) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600774/> doi: 10.1257/aer.98.5.2242
- Cavagnero, E., Carrin, G., Xu, K., y Aguilar-Rivera, A. (2006). *Health financing in Argentina : An Empirical Study of Health Care Utilization and Health Care Expenditure* (Vol. 8; Inf. Téc.). Descargado de <http://digicollection.org/hss/documents/s15747e/s15747e.pdf>
- Cunningham, S. (2021). Regresión discontinua. En *The mixtape* (cap. 6th).
- Finkelstein, A. (2015). *Moral hazard in health insurance*. New York: Columbia University Press.
- INDEC. (2021a). *Bases de datos: gastos de los hogares*. Descargado 2020-09-24, de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-4>
- INDEC. (2021b). *Bases de datos: Salud*. Descargado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2>
- INSSJP. (2021). *Datos abiertos*. Descargado de <https://datos.pami.org.ar/>
- Knauth, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., Bitran, R., Campino, A. C., ... Rathe, M. (2011). Gastos catastróficos en salud de los hogares: un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe. *Salud Pública de México*, 53, s85–s95. Descargado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800005&script=sci_arttext&tling=en
- Ley N° 19.032. (1971). *Boletín Oficial de la República Argentina N°22.184*. Buenos Aires, 28 de mayo de 1971. Descargado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=16081>
- Ley N° 23.568. (1988). *Boletín Oficial de la República Argentina N° 26.408*. Buenos Aires, viernes 24 de junio de 1988. Descargado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=20658>
- Maceira, D., y Reynoso, A. (2010). *Gasto Financieramente Catastrófico y Empobrecedor en Salud. Argentina, 1997-2005*. México, DF.