

1

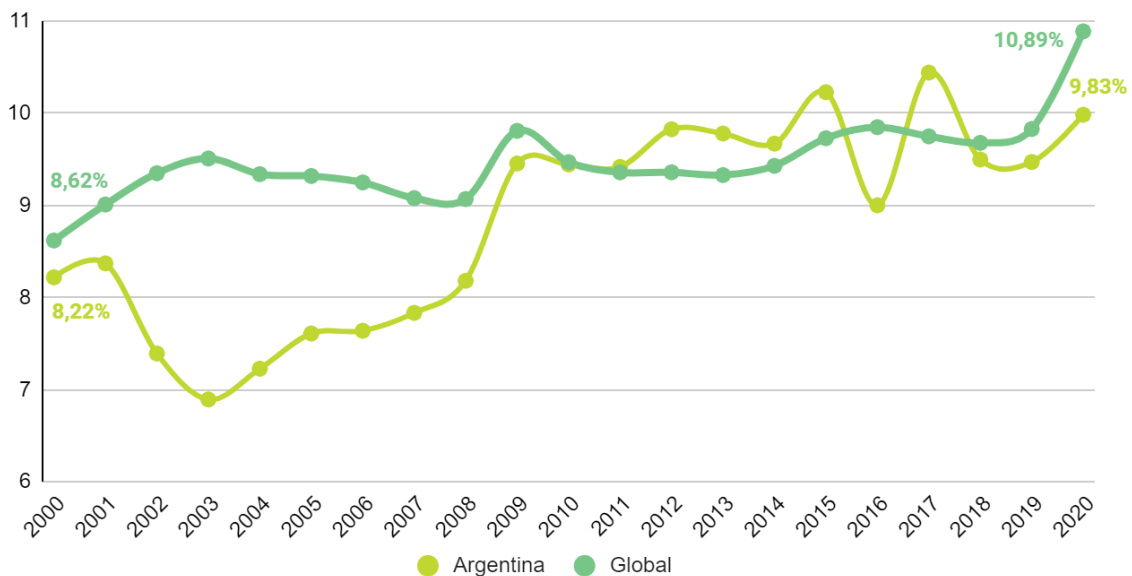
Bases para la construcción de un Plan de Beneficios en Salud en Argentina

Introducción

A nivel mundial, regional y nacional, el compromiso con el acceso universal a una salud de calidad se ve amenazado por un incremento en la presión sobre el gasto en salud. Numerosas tendencias contribuyen a aumentar el costo de la salud por habitante, que aumenta desproporcionadamente en relación a la variación de los ingresos per cápita de los países, tal como puede observarse en el Gráfico 1. El porcentaje de participación del gasto en salud sobre el producto interno bruto aumentó; es decir, el gasto en salud creció más de lo que lo hizo la producción global.

En el ámbito de la salud, crecen a la vez la cantidad y complejidad de los servicios, el número de personas que requieren su acceso y el costo asociado a su cobertura. El aumento de la demanda y el estancamiento de los recursos disponibles deriva, necesariamente, en una afectación del acceso y la calidad de los servicios de salud y en un proceso de racionamiento que puede ser implícito o explícito (Bodenheimer, 2005; Giedion et al., 2014).

Gráfico 1. **Evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB**

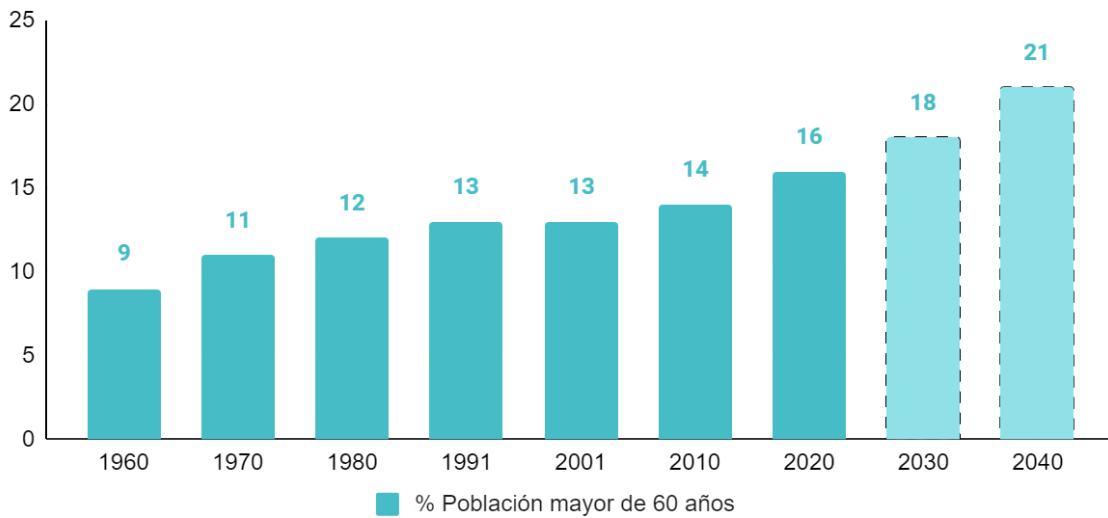


Fuente: OMS, Global Health Expenditure Database (2023).

El incremento de la presión financiera sobre los sistemas de salud —es decir, aumento del gasto y estancamiento de los recursos— está guiado, a nivel global pero especialmente en nuestro país, por 5 factores: 1) La transición demográfica; 2) La transición epidemiológica; 3) El cambio tecnológico; 4) La transformación del mercado laboral; y 5) El compromiso con el derecho a la salud

La transición demográfica

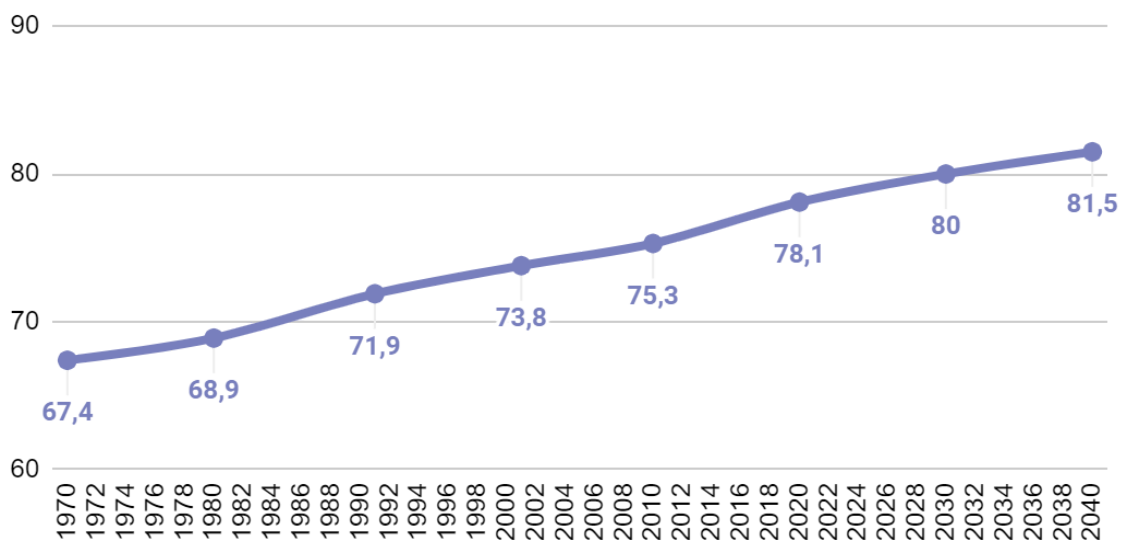
Gráfico 2. **Porcentaje de población mayor de 60 años en Argentina**



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2020). Datos de 2030 y 2040 corresponden a proyecciones INDEC del Censo 2010.

Entre 1991 y 2020, el porcentaje de la población mayor de 60 años en Argentina pasó del 13% al 16% y se proyecta que, para 2040, este segmento supere el quinto de la población nacional. En simultáneo, la esperanza de vida al nacer de ambos sexos alcanzó los 78 años en el año 2020; se estima que, para 2040, rondará los 81 años.

Gráfico 3. **Variación de la esperanza de vida al nacer en Argentina**



Fuente: MSAL (2020). Los datos de 2030 y 2040 corresponden a proyecciones INDEC del Censo 2010.

El envejecimiento poblacional afecta fuertemente el gasto en salud, ya que representa un aumento del peso relativo de la población con mayores necesidades de salud, tanto en términos de AVADs (GBD, 2019) como de costo por habitante (Fogel, 2008), y evoluciona en

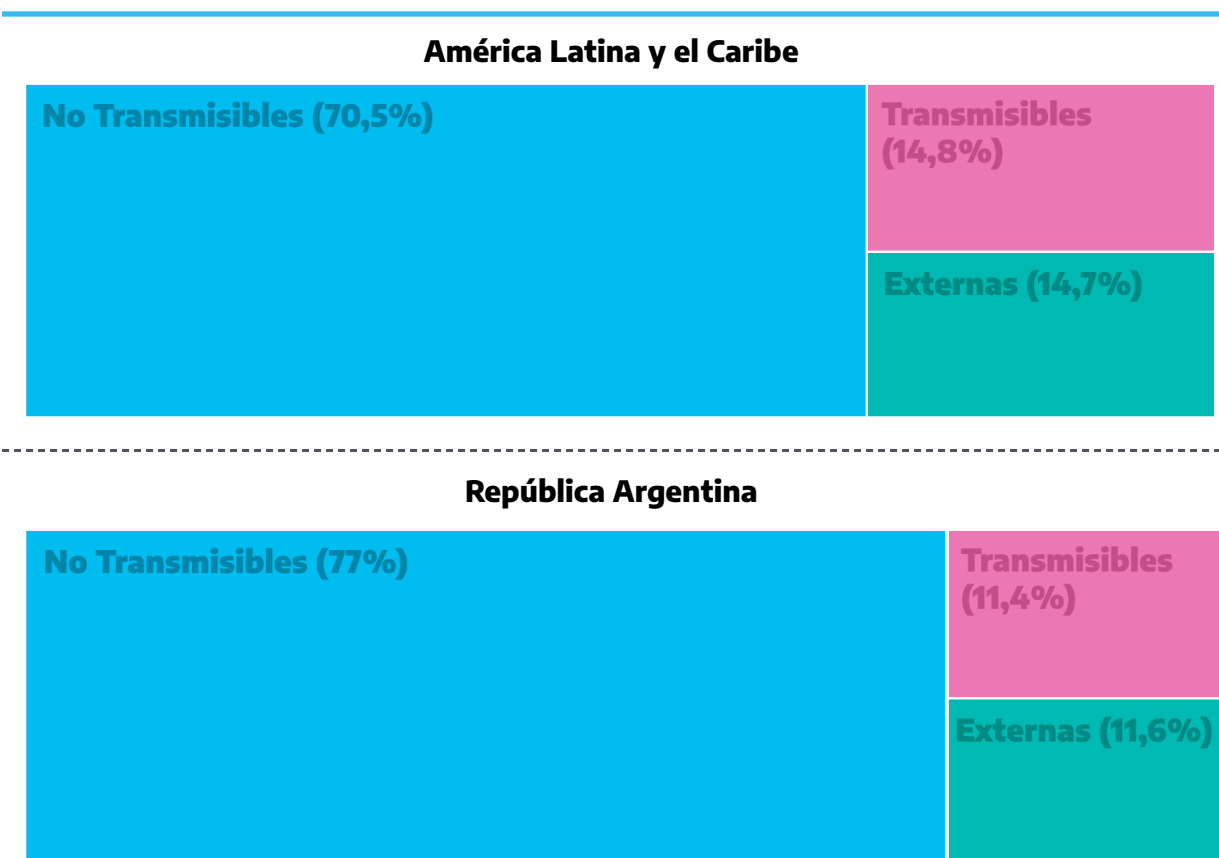
paralelo con la transición epidemiológica por la cual se incrementa la carga de las enfermedades no transmisibles. Al mismo tiempo, produce efectos negativos sobre el financiamiento del sistema de salud, al modificar la razón entre población económicamente activa y población inactiva por jubilación y transformar, por lo tanto, la estructura laboral.

Sin embargo, el envejecimiento poblacional no es necesariamente un golpe irreversible a la sostenibilidad del sistema. Las personas mayores siguen contribuyendo a la sociedad e incluso desde una perspectiva económica, mejorar su estado de salud es más barato que reducir su atención y recaer en intervenciones especializadas cuando el problema de salud se agrava. Las sociedades envejecidas no están condenadas a tener sistemas de salud más costosos, siempre que se implementen políticas de priorización adecuadas junto con un enfoque equitativo de curso de vida (Greer et al., 2022).

La transición epidemiológica

Argentina enfrenta una triple carga de enfermedad. El país sigue haciendo frente a enfermedades infecciosas, maternas, neonatales y nutricionales (11,4% de la carga de enfermedad), mientras se incrementa año a año la carga por las enfermedades no transmisibles (77%) y las causas externas (11,6%). Como puede observarse en el Gráfico 4, el peso promedio de AVADs por causas no transmisibles es 6,5 puntos superior al continental.

Gráfico 4. **Porcentaje de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por grupos de causas. Año 2019**

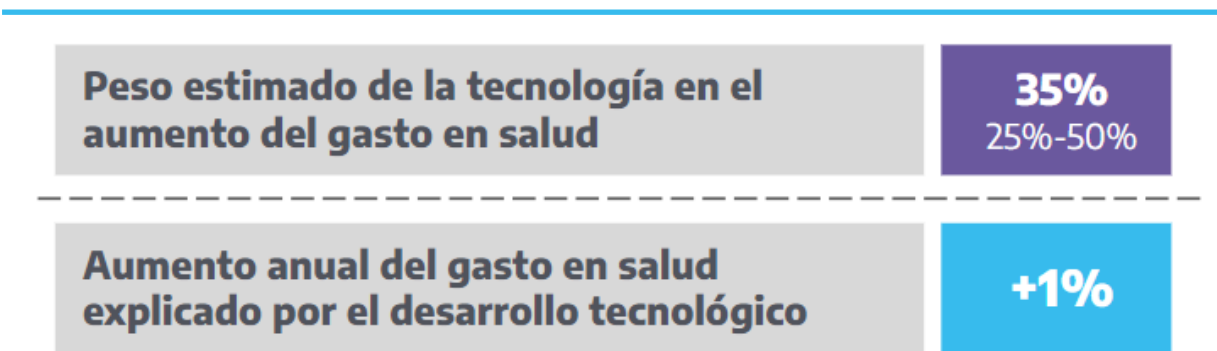


Fuente: GBD (2019).

La expansión de las tecnologías en salud

El desarrollo sin precedentes de tecnologías e insumos médicos, motorizado por una robusta industria farmacéutica mundial y avances significativos en la informática y la biotecnología, puede implicar un aumento en los costos al ofrecer mejores pero más sofisticados servicios para enfermedades complejas e incluso resolver algunas que previamente eran intratables (Crosta et al., 2019). De esta forma, se extiende la frontera de lo tratable o se mejora la atención a través de mecanismos que insumen mayores recursos.

Figura 1. **La tecnología explicó un tercio del aumento del gasto en salud en el período 1995-2015**



Fuente: elaboración propia en base a Marino y Lorenzoni (2019).

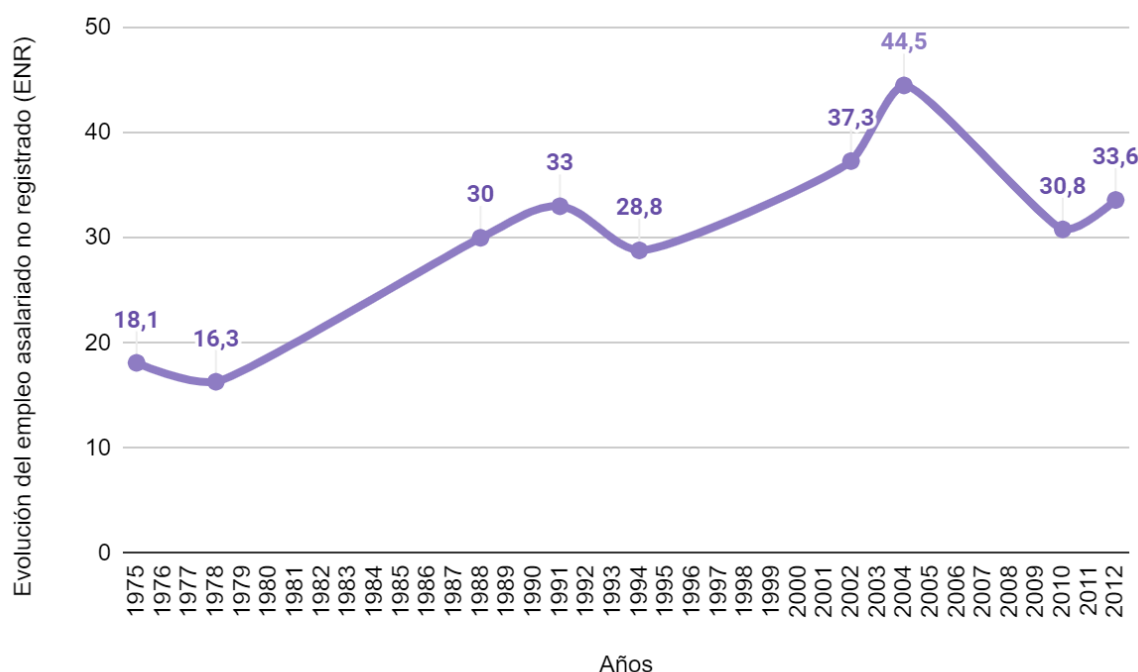
Esta dinámica debe ser abordada de manera equilibrada, entendiendo que la innovación y el desarrollo tecnológico son fundamentales para continuar mejorando la salud de la población, pero que un crecimiento descontrolado y guiado exclusivamente por reglas de mercado puede tener consecuencias desestabilizadoras sobre el financiamiento de la salud (Schwab, 2016). Ciertos desarrollos no siempre son accesibles para la población general o no se alinean con las metas sanitarias que las sociedades plantean en entornos de recursos limitados (tanto financieros como humanos), demandas que tienden al infinito (en pos de satisfacer las siempre cambiantes necesidades en salud) y estados nación que poseen pocas herramientas para regular el acceso al financiamiento de tecnologías de alto costo. De esta forma, se genera tensión hacia dentro de la distribución del gasto en salud, profundizando brechas de equidad, acceso y calidad, elevando estándares de atención por encima de lo que los estados y sus sociedades son capaces de pagar y desfinanciando estrategias y entornos con probado valor social y sanitario como la atención primaria de la salud.

La medición del impacto de la tecnología como impulsor del gasto en salud es compleja, teniendo en cuenta que desarrollo tecnológico suele correlacionar con otros determinantes como el ingreso o el estado de salud. Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre el tema estiman un impacto sobre el aumento del gasto de entre 33% y 50% (González-López Valcárcel, 2007). En promedio, se entiende que más de un tercio del gasto incremental en salud de los últimos 20 años se explica por la incorporación de nuevas tecnologías a la atención sanitaria. Esto significa que, en el período 1995-2015, el gasto creció 1% anual exclusivamente por el cambio tecnológico, con proyecciones que lo ubican en 0,9% anual hasta 2030 (Marino y Lorenzoni, 2019) (Figura 1).

La transformación del mercado laboral

El mercado laboral ha sufrido modificaciones con un sustancial incremento en el empleo asalariado no registrado. Esta reconfiguración en el mercado laboral mostró una tendencia franca de ascenso entre los años 1978 y 2004, con una tendencia descendente de asalariados sin aportes jubilatorios entre el 2004 y el 2011, aunque continúa en niveles elevados que casi duplican los registrados 4 décadas atrás (Bertranou, F., y Casanova, L., 2014). En la actualidad, el mercado del trabajo informal argentino representa el 47,6% del total al cuarto trimestre del 2022 (INDEC, 2023).

Gráfico 5. **Evolución del empleo asalariado no registrado en Argentina**



Fuente: Bertranou, F., y Casanova, L. (2014)

El aumento de la informalidad afecta al financiamiento del sistema de salud a partir del debilitamiento de los aportes contributivos al subsistema de la seguridad social. Así, se segmenta la cobertura poblacional y se continúa tensando la capacidad prestacional del subsistema público que debe contener una porción mayor de población.

El compromiso con el derecho a la salud

Argentina reconoce constitucionalmente el derecho a la salud en su artículo 75, incisos 22 y 23, al otorgar rango constitucional a Tratados Internacionales de Derechos Humanos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, art. 12°), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (art. XI), la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25 inciso 1), el Protocolo de San Salvador (art. 9 y 10).

A su vez, en el marco de la Agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (2015) de las Naciones Unidas, el acceso equitativo y de calidad a la salud emerge como un derecho

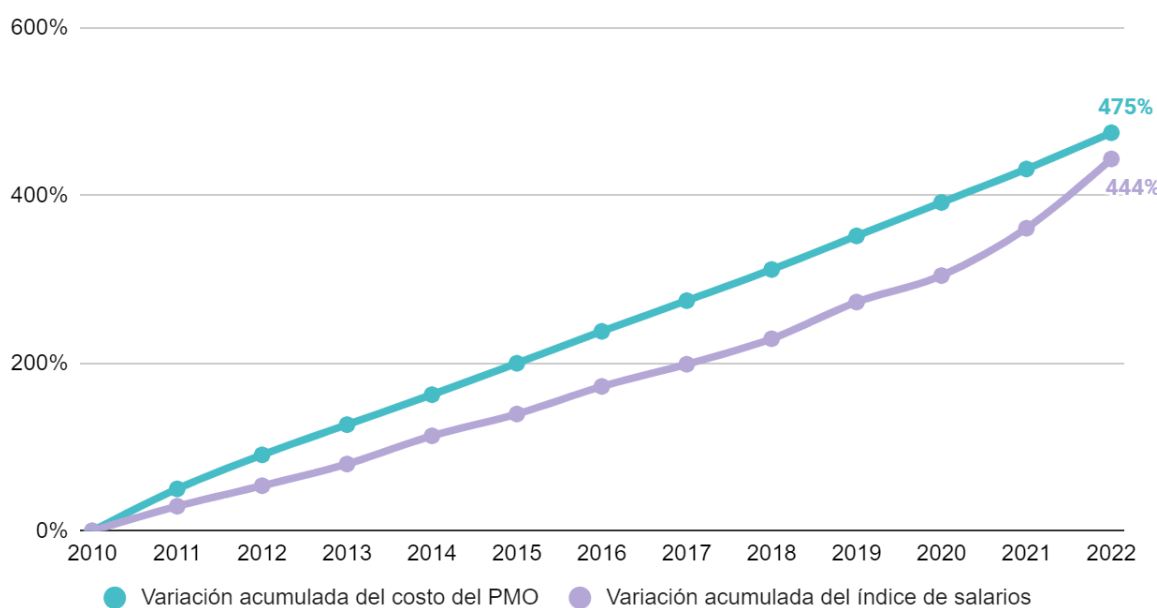
humano y una prioridad decisiva en la construcción del desarrollo humano sostenible. El ODS N°3 busca “Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible”. En el mismo sentido, el Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal (2019), suscripto por Argentina, reiteró el llamado a acelerar los esfuerzos para cumplir con los ODS y garantizar la salud como derecho universal, mejorando la cobertura y removiendo las barreras de acceso “institucionales, geográficas, económicas, organizacionales, sociales y culturales [que] constituyen los principales impedimentos para la equidad y la salud”.

Mayores exigencias en los compromisos de los Estados y mayores expectativas de la ciudadanía requieren mayores esfuerzos para garantizar el acceso equitativo al derecho a la salud. La Argentina debe cumplir con los compromisos asumidos para con los ciudadanos y la comunidad internacional. Para ello, necesita abordar las limitaciones estructurales que afectan la calidad, la eficiencia y la equidad de su sistema de salud.

Un caso paradigmático: la crisis de financiamiento del PMO

El Programa Médico Obligatorio (PMO) garantiza cobertura prestacional mínima para los beneficiarios de obras sociales nacionales y empresas de medicina privada y se destaca por representar el más importante antecedente en la determinación política de explicitar el derecho a un conjunto de servicios de salud por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto. El PMO prefigura el derecho básico de aproximadamente 18 millones de personas —lo que representa casi un 40% del total de la población—, convirtiéndolo en la canasta prestacional de mayor alcance en nuestro país (MSAL, 2022).

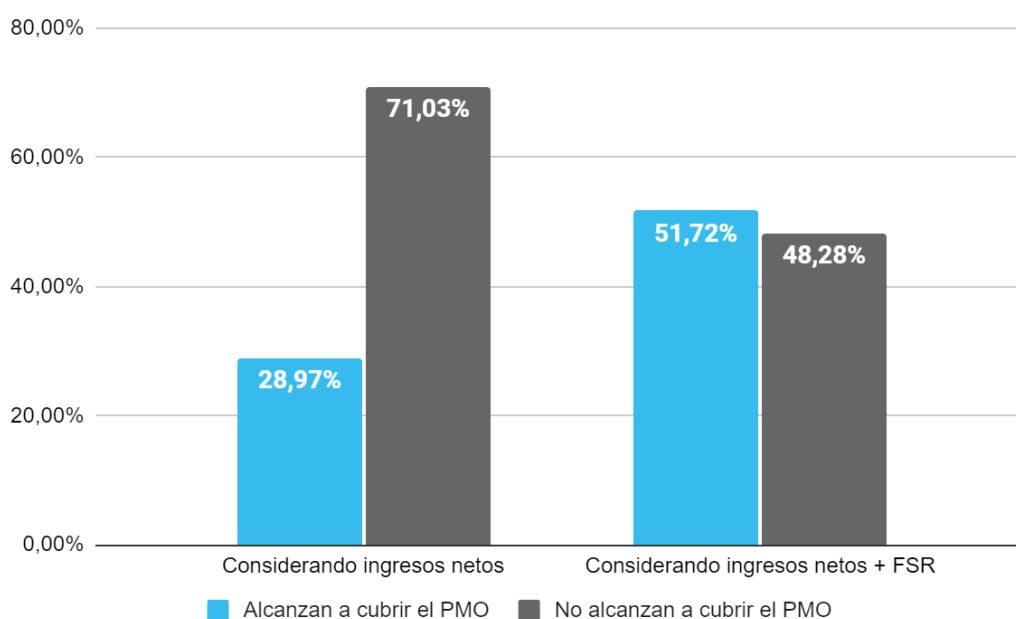
Gráfico 6. **Evolución del costo del PMO y del Índice de Salarios (2010-2022)**



Fuente: Ministerio de Salud (2023).

Entre el 2010 y el 2022 mantuvo en todo momento un aumento desproporcionado de su costo en relación a la variación de las contribuciones que, en definitiva, financian a estas entidades (ver Gráfico 6). Esto proporciona un fuerte incentivo para limitar lo máximo posible la cobertura a fines de garantizar la sustentabilidad de la entidad. Así puede verse en el Gráfico 7: incluso con fondos adicionales, al menos el 50% de las Obras Sociales no alcanzan a cubrir el valor del Programa Médico Obligatorio para sus afiliados. La diferencia entre ingresos y costo total del PMO es saldada, en definitiva, con priorización implícita, ya sea a través de demoras, obstáculos administrativos o la negativa concreta a garantizar prestaciones.

Gráfico 7. **Porcentaje de entidades que alcanzan a cubrir el valor del PMO**



Fuente: Ministerio de Salud (2023).

Hacia un Plan de Beneficios en Salud Argentino

En 2010, el Informe sobre la Salud en el Mundo estimaba que entre el 20% y el 40% de todos los recursos gastados en salud se malgastan (OMS, 2010). Entre las principales fuentes de ineficiencia (entendida como la relación entre los recursos invertidos y los resultados de salud obtenidos – OCDE, 2016) que dicho informe identificó, se incluía la combinación inadecuada o costosa de profesionales de la salud, precios altos, baja calidad y uso irracional de medicamentos, calidad asistencial y escala subóptimas de servicios sanitarios, sobreutilización de productos y servicios sanitarios, y desvíos debidos a la corrupción y el fraude.

El Gráfico 8 presenta la frontera de eficiencia del gasto mancomunado en salud, construida por Izquierdo, Pessino y Vuletin mediante el método envolvente de análisis de datos (DEA). Un país eficiente se define como aquel que no puede mejorar el resultado (por ejemplo, la esperanza de vida) sin aumentar los insumos (por ejemplo, el gasto en salud) o no puede