

esté alineado con los objetivos de política pública, considerando el carácter progresivo y paulatino de su implementación.

Por su parte, se estipula un enfoque mixto de cobertura explícita e implícita. La cobertura explícita viene dada por las prestaciones incluidas en el PAISS - PB, bajo el diseño normativo y de gestión que se defina, con planificación presupuestaria y prioridad en el financiamiento. Además, permanecerán aquellas prestaciones explícitas no incluidas en el PAISS - PB, regidas por la normativa vigente correspondiente. Sin embargo, las mismas no estarán bajo el diseño normativo ni de gestión de PAISS - PB. A su vez, la cobertura implícita está dada por las características normativas de la Argentina citadas con anterioridad.

Figura 3. **Alcance poblacional, prestacional y financiero del PAISS - PB**

Alcance poblacional	Se aspira a que sea exigible por toda la población independientemente de su tipo de cobertura de salud, su jurisdicción de residencia o su situación socio-económica.
Alcance prestacional	Incorporará prestaciones en salud de alcance individual, en ámbito domiciliario, ambulatorio y hospitalario, basado en un enfoque mixto de cobertura explícita-implícita.
Alcance financiero	Tomará como referencia la cobertura definida en el PMO (ej. APS 100%, medicamentos 40%, crónicas 70%).

Fuente: elaboración propia en base a Propuesta metodológica para el diseño y la elaboración del Plan de Beneficios de Argentina (PAISS).

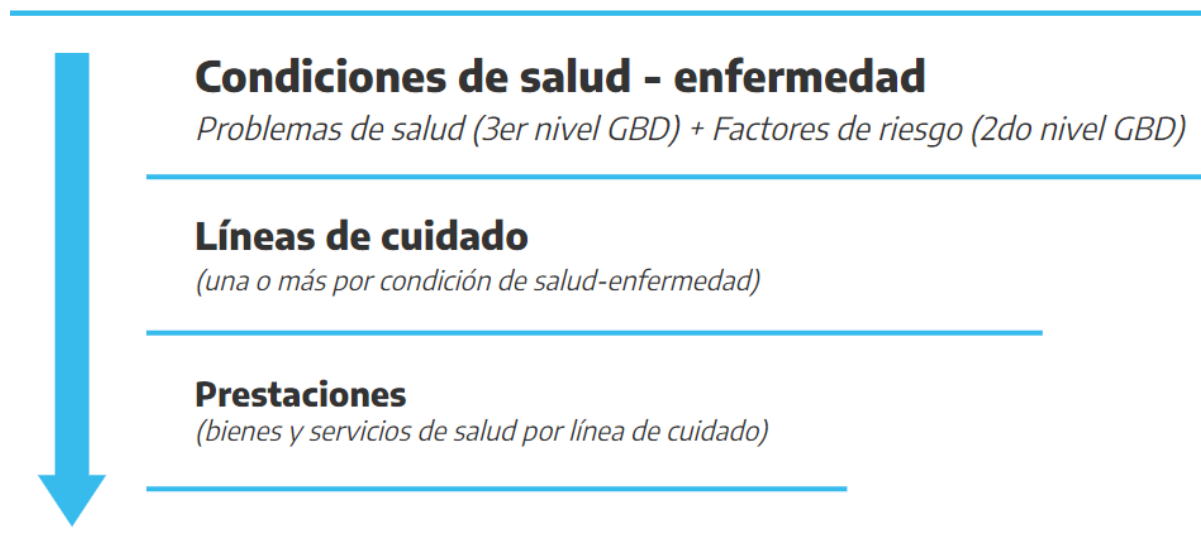
El límite entre la cobertura explícita (conformada por el PAISS - PB y otros planes de beneficios) y la implícita lo va a establecer la definición específica del alcance prestacional y los recursos disponibles en cada momento del tiempo, siendo objeto del presente trabajo el diseño del proceso por el cual se va a especificar y abordar ese enfoque mixto de cobertura, que deberá ser evaluado periódicamente para que cumpla con los criterios de coherencia, sostenibilidad y legitimidad propios de un plan de beneficios en salud (Glassman, Giedion y Smith (Ed), 2017).

En lo que respecta a alcance financiero, las prestaciones esenciales incluidas en el PAISS - PB tomarán como referencia la cobertura financiera actualmente definida en el PMO. En ese sentido, la atención primaria de la salud, las internaciones y los programas específicos allí contenidos tienen una cobertura financiera del 100%. Por otro lado, los medicamentos tienen una cobertura del 40% con algunas excepciones para las cuales la cobertura es del 70%, en el caso de patologías crónicas, o incluso del 100% (Ministerio de Salud, 2023).

Estructura

El contenido del PAISS - PB se estructuró en tres elementos, contenidos uno dentro del otro, según se presenta en la Figura 4.

Figura 4. **Componentes estructurales del PAISS - PB**



Fuente: elaboración propia.

En primer lugar se encuentran las *condiciones de salud-enfermedad*, que representan el mayor nivel de abstracción de contenido. Las condiciones de salud-enfermedad agrupan problemas de salud y factores de riesgo. Los problemas de salud corresponden a las enfermedades, lesiones y deficiencias de tercer nivel listados en el estudio Carga Global de Enfermedades 2019 (o GBD, del inglés "Global Burden of Disease") y fueron priorizados a partir de la aplicación de la herramienta Análisis de Decisión Multicriterio (o MCDA, por sus siglas en inglés de acuerdo a Multiple-criteria Decision Analysis), como se describe más adelante. Los factores de riesgo, por su parte, están nombrados en base a los factores de segundo nivel listados por el GBD 2019.

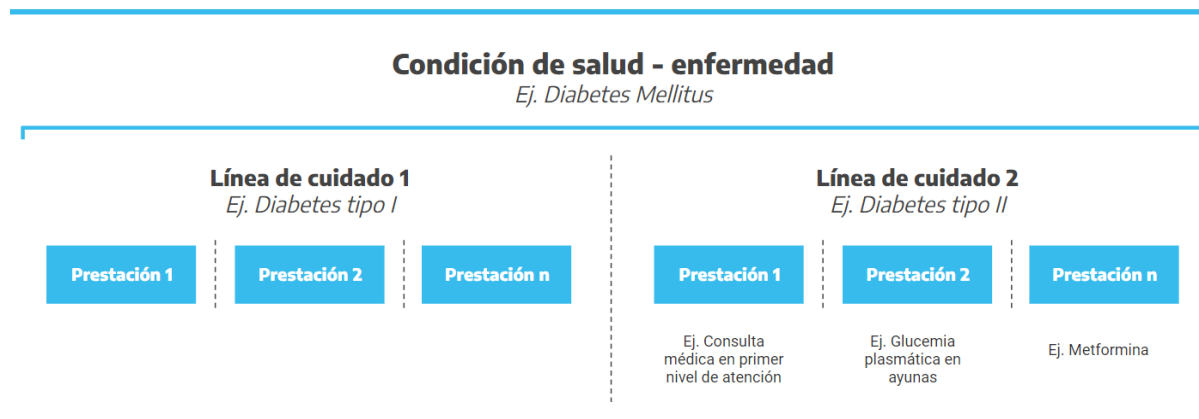
El segundo elemento lo constituyen las *líneas de cuidado* identificadas para cada una de las condiciones de salud-enfermedad priorizadas. Una línea de cuidado es el resultado de la estandarización, de acuerdo a la evidencia científica disponible, del abordaje de las condiciones de salud-enfermedad de la población (Tobar, 2013). Comprenden prestaciones de calidad, continuas e integrales, que realizan un recorrido desde los determinantes sociales de la salud, la promoción y la prevención, hasta el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos. Cabe aclarar que una condición de salud-enfermedad puede tener más de una línea de cuidado asociada.

Por último, las prestaciones que conforman cada una de las líneas de cuidado constituyen el tercer elemento de la estructura. Se utiliza este término paraguas para referirse a cualquier conjunto de servicios de salud, como consultas, prácticas o tratamientos. Si bien prestaciones típicamente se refieren a acciones, como la dispensación de un fármaco, también incluye, en este caso, los bienes en salud en sí, como fármacos, prótesis, ortesis o dispositivos. Una prestación, entonces, se refiere genéricamente a cualquier servicio de salud (ej. consulta

médica, prácticas o tratamientos médicos integrales) o bien de salud (ej. fármacos, prótesis, órtesis o dispositivos médicos).

En el producto final del PAISS - PB, una condición de salud-enfermedad agrupa a una o múltiples líneas de cuidado, que contienen en su interior, a su vez, a las prestaciones consideradas necesarias para garantizar su cobertura.

Figura 5. **Estructura básica del PAISS - PB**



Fuente: elaboración propia en base a Propuesta metodológica para el diseño y la elaboración del Plan de Beneficios de Argentina (PAISS).

Etapa 2: identificación del universo de condiciones de salud-enfermedad

Definición de la metodología

Para identificar el universo de condiciones de salud-enfermedad se trabajó conjuntamente para definir:

- ¿Qué condiciones de salud - enfermedad serán incluidas en dicho universo?
- ¿Cómo se los clasificará?
- ¿Qué grado de detalle (granularidad) tendrá cada una?

Antes de poder constituir ese universo, fue necesario evaluar alternativas de clasificación de condiciones de salud-enfermedad para estandarizar luego los procesos de atención asociados a las mismas. Existen diversas formas de clasificar a las enfermedades y a los factores de riesgo, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Se decidió adoptar la nomenclatura y jerarquía utilizada por el estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD). Los principales factores que motivaron esta decisión fueron los siguientes:

1. Estima la carga de enfermedad para la Argentina, por categoría, en forma actualizada (última a la fecha correspondiente al 2019).
2. Establece los listados de enfermedades, lesiones, secuelas y factores de riesgo más relevantes para la salud pública y la toma de decisiones.

3. Se organiza en una estructura jerárquica con distintos niveles de agregación, conformando categorías mutuamente excluyentes y colectivamente exhaustivas para cada uno de sus niveles.³

La forma de clasificación GBD es limitada para generar un registro suficientemente detallado (granular) para una historia clínica electrónica o en el marco de determinados reportes epidemiológicos, entre otros. Sin embargo, es adecuada para agrupar las enfermedades, y/o su subdivisiones en los problemas que causan mayor mortalidad y/o morbilidad a nivel societario, por lo que se la consideró válida como referencia para definir, posteriormente, las líneas de cuidado y prestaciones a ser priorizadas para el proyecto PAISS - PB. En consecuencia, el universo de condiciones de salud-enfermedad se construyó a partir del conjunto de problemas de salud de tercer nivel y de factores de riesgo de segundo nivel, tal como se presentan en el GBD 2019⁴⁵. El listado GBD da cuenta de la composición de cada uno de los conjuntos mencionados: 174 problemas de salud y 20 factores de riesgo.

Por su parte, del análisis del listado de condiciones de salud-enfermedad derivó la decisión de excluir del proceso de priorización algunos problemas de salud, ya sea por falta de información disponible respecto de la prevalencia o impacto del problema o, para casos como la difteria, la filariasis linfática y la oncocercosis, por no tener, en términos relativos, relevancia epidemiológica en nuestro país. Por otro lado, el agua no segura, saneamiento y lavado de manos, la contaminación ambiental, la temperatura subóptima, los riesgos ocupacionales y otros riesgos ambientales tampoco fueron abordados debido a que se consideró que exceden el alcance de este conjunto de beneficios del PAISS - PB.

Finalmente y por todo lo anterior, el universo de condiciones de salud-enfermedad representó un total de 124 problemas de salud de tercer nivel y 15 factores de riesgo de segundo nivel, de acuerdo al listado GBD 2019 (Figura 6) y en base al proceso de selección posterior. Cabe destacar que dicho universo es susceptible de ampliarse de acuerdo a las necesidades de actualización previstas para este proyecto.

³ Todas las causas o factores de riesgo no especificados a nivel individual están englobados dentro de categorías residuales denominadas "otras".

⁴ Se listan todos los problemas de salud del GBD de tercer nivel. Este es un nivel en el que se definen en su mayoría enfermedades (por ejemplo "Tuberculosis") o un conjunto de enfermedades (por ejemplo "infecciones respiratorias bajas"). Es el nivel de agregación que suele utilizarse para reportes epidemiológicos, estimación de carga de enfermedad y definición de estrategias de atención. Sin embargo, en casos puntuales, será necesario mayor nivel de detalle. Por ejemplo, el código B.12.2 (a 3 niveles) corresponde a "Enfermedades urinarias e infertilidad masculina". Si se consideran los problemas que incluye (a 4 niveles), el proceso de priorización podrá ser más preciso (B.12.2.1, infecciones del tracto urinario; B.12.2.2, urolitiasis; B.12.2.3, hiperplasia prostática benigna; B.12.2.4, infertilidad masculina; y B.12.2.5, otras enfermedades urinarias).

⁵ GBD clasifica los factores de riesgo en una jerarquía que contiene cuatro niveles. Los de nivel 1 son agregados de factores de riesgo ambientales y ocupacionales, de comportamiento y metabólicos. Estos agregados no se presentan en los resúmenes. En el nivel 2, hay 20 categorías de factores de riesgo, que incluyen contaminación del aire, desnutrición infantil y materna y alto índice de masa corporal.

Figura 6. **Universo de condiciones de salud-enfermedad**



Fuente: elaboración propia en base a Propuesta metodológica para el diseño y la elaboración del Plan de Beneficios de Argentina (PAISS).

Etapas 3: priorización no excluyente de condiciones de salud-enfermedad

La priorización de las condiciones de salud-enfermedad tiene como objetivo identificar, de manera explícita, aquellas que resultan más relevantes para nuestro país, utilizando un proceso sistemático, transparente y dotado de legitimidad social. Dicho ordenamiento implica identificar las prioridades sanitarias a abordar, de acuerdo con las características de nuestra población y las metas sanitarias trazadas.

Figura 7. **Estrategia de abordaje para la priorización de líneas de cuidado**



Fuente: elaboración propia en base a Propuesta metodológica para el diseño y la elaboración del Plan de Beneficios de Argentina (PAISS).

En un proceso de construcción de un plan de beneficios concurren elementos sanitarios, económicos, sociales y políticos, algunas veces contrapuestos en sus objetivos. La complejidad del proceso requiere, por lo tanto, de la conjunción de procesos técnicos y políticos para abordarlos (Glassman et al., 2017). En ese sentido, es necesario llevar adelante un proceso técnico robusto, pero complementado por procesos participativos y deliberativos que incorporen valores sociales (Figura 7).

La priorización de las condiciones de salud-enfermedad abarca los siguientes subprocesos, que son descritos en las secciones subsiguientes:

1. Selección del método analítico a utilizar
 - a. Identificación de los métodos existentes en la literatura;
 - b. Evaluación de su utilización de acuerdo a las características específicas de la Argentina;
 - c. Deliberación en talleres para la selección del método más adecuado.
2. Implementación del método analítico seleccionado

Selección del método analítico

Para la selección del método analítico, se evaluaron un conjunto de métodos de priorización que han sido documentados en la literatura: Método Simplex, Método Hanlon, Método OPS ENDES, Análisis de costo-efectividad, Análisis de costo-efectividad generalizado, Análisis de costo-efectividad extendido, Evidence to decision frameworks y Análisis de decisiones multicriterios (MCDA).

El método elegido fue el de análisis de decisiones multicriterio (MCDA por sus siglas en inglés, Multi-Criteria Decision Analysis). Se trata de un marco que permite estructurar problemas de decisión complejos, reconociendo los múltiples objetivos o criterios de valor de interés, así como las preferencias de los distintos actores involucrados.

Los argumentos decisivos para la elección de este método pueden resumirse de la siguiente manera. El MCDA:

- Permite identificar y medir la importancia relativa de distintos criterios de valoración social, y conformar una medida global de beneficio social en salud;
- Permite cuantificar el aporte de cada condición de salud-enfermedad a cada uno de los criterios y a la medida de beneficio social en salud;
- Permite ordenar las condiciones de salud-enfermedad, integrando la valoración social contenida por los criterios elegidos;
- Facilita el cumplimiento de los requisitos de transparencia, consistencia, rendición de cuentas y deliberación, condiciones necesarias para dotar de legitimidad el proceso (Glassman A, 2012);
- Garantiza una explicación relativamente sencilla;

- Posibilita el escrutinio público y la mejora continua.

El análisis de decisiones multicriterio parte de la definición de un marco de valor, es decir, un conjunto de atributos que deben ser considerados como criterios de priorización. Luego, el método apoya el proceso mediante técnicas métricas donde se mide cuánto valor tiene cada alternativa en una escala comparable y qué pondera cada atributo según su valor social.

Aplicación del método seleccionado

La aplicación del MCDA consistió en 7 pasos, que fueron llevados adelante tal como se consigna a continuación:

1. **Definición del problema de decisión**, identificando el objetivo que se persigue, las alternativas disponibles (en este caso, condiciones en salud-enfermedad) y el producto final buscado. En este caso, el ordenamiento de un universo de problemas de salud, en función de criterios explícitos que reflejen las necesidades de salud y las prioridades valorativas de la sociedad argentina. Por lo tanto, se definió avanzar sobre la priorización de los problemas de salud contenidos dentro del universo de condiciones de salud-enfermedad⁶, tal como se definió en la etapa anterior.
2. **Identificación y selección de los criterios de valor** (o atributos), para avanzar en el ordenamiento de los problemas de salud más relevantes. Para ello fue necesario, en primer lugar, especificar los atributos que permiten caracterizar la importancia que tiene cada uno de ellos, con su/s correspondiente/s línea/s de cuidado asociada/s. Se determinaron cuatro criterios: 1) Carga de Enfermedad; 2) Inequidad de Acceso; 3) Severidad de la Condición; y 4) Magnitud del Beneficio.
3. **Medición de desempeño** de cada alternativa en términos de cada uno de los atributos, definiendo los indicadores y escala con la cual se pretende evaluar cada criterio. Fue necesario cumplir las características de validez, confiabilidad, precisión y disponibilidad (Dodgson J, 2009).
4. **Puntuación de alternativas (scoring)** de acuerdo a los criterios y el método de medición seleccionados y según las preferencias de los actores involucrados. Se puntuó cada criterio para cada problema de salud en base a procesos deliberativos internos, documentos técnicos e información epidemiológica del país.

⁶ Resulta pertinente aclarar que los factores de riesgo de segundo nivel del GBD no fueron sometidos al método de priorización por la dificultad que entraña el acceso a información para la realización de su puntuación, de acuerdo a los criterios elegidos.