

Manual de Implementación del Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud - Plan de Beneficios (PAISS - PB)

Hoja de ruta para la creación de un plan de
beneficios en salud en Argentina



Ministerio de Salud
Argentina

Contenidos

Resumen ejecutivo.....	4
Bases para la construcción de un Plan de Beneficios en Salud en Argentina.....	7
Introducción.....	7
Hacia un Plan de Beneficios en Salud Argentino.....	13
Diseño del PAISS - PB.....	17
Componente 1.....	17
Etapa 1: diseño estratégico.....	17
Etapa 2: identificación del universo de condiciones de salud-enfermedad.....	23
Etapa 3: priorización no excluyente de condiciones de salud-enfermedad.....	25
Componente 2.....	31
Etapa 4: identificación no excluyente de líneas de cuidado por condición de salud-enfermedad.....	31
Etapa 5: identificación del universo de prestaciones por línea de cuidado.....	32
Etapa 6: priorización de prestaciones por línea de cuidado.....	35
Etapa 7: costeo.....	37
Referencias bibliográficas.....	41
Anexos.....	48

Autoridades

Dr. Alberto Ángel Fernández

Presidente de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Ministra de Salud

Mag. Sonia Tarragona

Titular de la Unidad de Gabinete de Asesores

Dr. Victor Alberto Urbani

Secretario de Equidad en Salud

Dra. Sandra Marcela Tirado

Secretaria de Acceso a la Salud

Dr. Alejandro Federico Collia

Secretario de Calidad de Salud

Lic. Mauricio Monsalvo

Secretario de Gestión Administrativa

Elaboraron este documento: Hilario Bielsa, Julieta Arilla, Martín Pont Verges, Santiago Torroba, Lionel Gaggino y Josefina Ordenavia.

En base a Propuesta metodológica para el diseño y la elaboración del Plan de Beneficios de Argentina (PAISS), desarrollado por: Úrsula Giedion, Natalia Jorgensen, Rodrigo Muñoz, Gastón Perman, Pamela Góngora Salazar, Manuel Espinoza y Lucia Bettati.

Equipo BID: Úrsula Giedion, Iñez Tristao, Marcella Distrutti y Mario Sanchez.

Equipo MSAL: Carlos Guevel, Hilario Bielsa, Julieta Arilla, Martín Pont Verges, Santiago Torroba, Lionel Gaggino, Josefina Ordenavia, Romina Pons, Luciano Pezzuchi, Natalia Vazquez, Carlos Vallejos, Carolina Casullo, Mónica Levcovich, Laura de los Reyes, Claudio Ortiz, Mariano Fernández Lerena, Martín Menafra, Mariela Álvarez Gelvez, Manuel Donato, Lucas Gonzalez, Carlos Malla, Eliel Reiss, Nasim Iusef, Lautaro Skubaletzky, María José Varco y Sonia Tarragona.

Equipo SSSalud: David Aruachan, Juan Pablo Denamiel, Sabrina Hnatiw y Sebastián Althabe.

Agradecimientos: al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), Instituto Nacional del Cáncer (INC), Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos.

Resumen ejecutivo

Diagnóstico

Presión creciente sobre la salud

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).

Factores

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.

Conclusiones

La incorporación de un Plan de Beneficios en Salud, mediante un proceso transparente, protocolizado y basado en criterios explícitos asentados en costo-efectividad y valoración social, representará un gran paso en el camino hacia la construcción de un sistema de salud más eficiente, accesible y equitativo.

Un paquete explícito de prestaciones de salud, estructurado en líneas de cuidado y disponible para autoridades sanitarias, referentes sectoriales y la población toda, contribuirá a:

- Mitigar los efectos inequitativos del racionamiento implícito;
 - Mejorar la eficiencia general del sistema de salud;
 - Movilizar más recursos para la salud; y
 - Fortalecer la planificación estratégica y el gobierno del sistema de salud.
-

Elementos fundamentales del PAISS-PB

Motivación

Avanzar hacia un sistema de salud que tenga mayor integración entre subsectores; en el que se brinde una atención integral, basada en la persona y en el cual las diferencias en la atención esencial brindada por los distintos subsistemas no sean sustanciales y que las personas reciban los mismos beneficios sanitarios, sin que éstos dependan de sus ingresos o situación laboral.

Objetivo general

Explicitar un conjunto de beneficios esenciales en salud, para toda la población, alineado con las prioridades sanitarias de nuestro país y de referencia para la organización estratégica de los servicios asistenciales.

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. // Prestacional: Incorporará prestaciones en salud de alcance individual, en ámbito domiciliario, ambulatorio y hospitalario, basado en un enfoque mixto de cobertura explícita-implícita. // Financiero: tomará como referencia la cobertura definida en el PMO (ej. APS 100%, medicamentos 40%, crónicas 70%).

Estructura

Tres elementos, contenidos uno dentro del otro. En primer lugar, se encuentran las condiciones de salud-enfermedad priorizadas. El segundo elemento son las líneas de cuidado identificadas para cada una de las condiciones de salud-enfermedad priorizadas. Una condición de salud-enfermedad puede tener más de una línea de cuidado. Las prestaciones médicas que conforman cada una de las líneas de atención son el tercer elemento de la estructura. Cada prestación incluye servicios de salud y bienes en salud.

Universo y priorización de condiciones de salud - enfermedad

Universo 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 2019. Tras un primer proceso de filtrado, el universo quedó definido como 124 problemas de salud (GBD de tercer nivel) y 15 factores de riesgo (GBD de segundo nivel).

Priorización El método elegido fue el de análisis de decisiones multicriterio (MCDA por sus siglas en inglés, Multi-Criteria Decision Analysis). 124 problemas de salud fueron ordenados en base a un marco de valor que involucra cuatro criterios:

- Carga de enfermedad;
- Severidad de la condición de salud;
- Inequidad en el acceso y
- Magnitud del beneficio clínico.

El ranking resultante se presenta en el Anexo I.

Identificación de líneas de cuidado

Método Una vez identificadas y priorizadas las condiciones de salud-enfermedad, se definen las líneas de cuidado vinculadas a cada condición. Fue necesario desagregar los procesos de atención que pudiesen requerir cada una de ellas, teniendo en cuenta que una condición de salud-enfermedad puede contener más de un proceso asociado. Como referencia, se utilizaron guías de práctica clínica (GPC) de alta calidad, nacionales e internacionales; protocolos, algoritmos, vías clínicas o procedimientos y consenso de expertos.

Resultados La primera fase ya fue completada y se abocó a identificar líneas de cuidado para 58 problemas de salud y 15 factores de riesgo. Se identificaron un total de 86 líneas de cuidado correspondientes con problemas de salud priorizados (GBD de tercer nivel). A su vez, a este conjunto se le agregaron 8 líneas de prevención, diseñadas en base a los 15 factores de riesgo priorizados (GBD de segundo nivel). Por último, se adicionaron tres líneas transversales no asociadas directamente a condiciones de salud-enfermedad. En total, se contabilizó un total de 98 líneas de cuidado. En una segunda fase, serán abordados los problemas de salud y factores de riesgo restantes.

Universo y priorización de prestaciones

Universo Utilizando los mismos tipos de fuente de información que en el proceso anterior, se identifica al conjunto de prestaciones asociadas a cada línea de cuidado. Cada prestación incluida en el universo se condensa en un listado que debe incluir los siguientes campos: línea de cuidado; descripción de LdC; población base de LdC; etapa; prestación; descripción; población objetivo; indicaciones de uso; cantidad; frecuencia / periodicidad; priorización; fuente; observaciones. A través de una guía de validación, las áreas sustantivas del MSAL evalúan la pertinencia de cada prestación.

Priorización El abordaje propuesto se divide en tres etapas:

- Triage: se identifica las prestaciones con una interpretación unívoca sobre su inclusión o exclusión;
- Evaluación Abreviada: se efectúa una evaluación de costo-efectividad para prestaciones con algún grado de incertidumbre en la recomendación sobre su inclusión o exclusión;
- Evaluación Completa: requiere coordinación operativa con la Comisión Nacional de

Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC) para realizar evaluaciones adicionales de prestaciones, por LdC.

Costeo

Microcosteo

La metodología para el cálculo de los costos del PAISS - PB consiste en un método de microcosteo, en el que a partir de las condiciones de salud-enfermedad, las líneas de cuidado identificadas y las prestaciones priorizadas, se diseña una serie de canastas que contienen recursos con sus indicaciones de uso, cantidad o frecuencia y periodicidad. Se desarrolla una herramienta de microcosteo, capaz de realizar proyecciones de población, por subsector, edad y sexo, datos de incidencia y prevalencia para poder determinar las tasas de necesidad y cobertura, y valores de referencia para cada uno de los recursos.

1

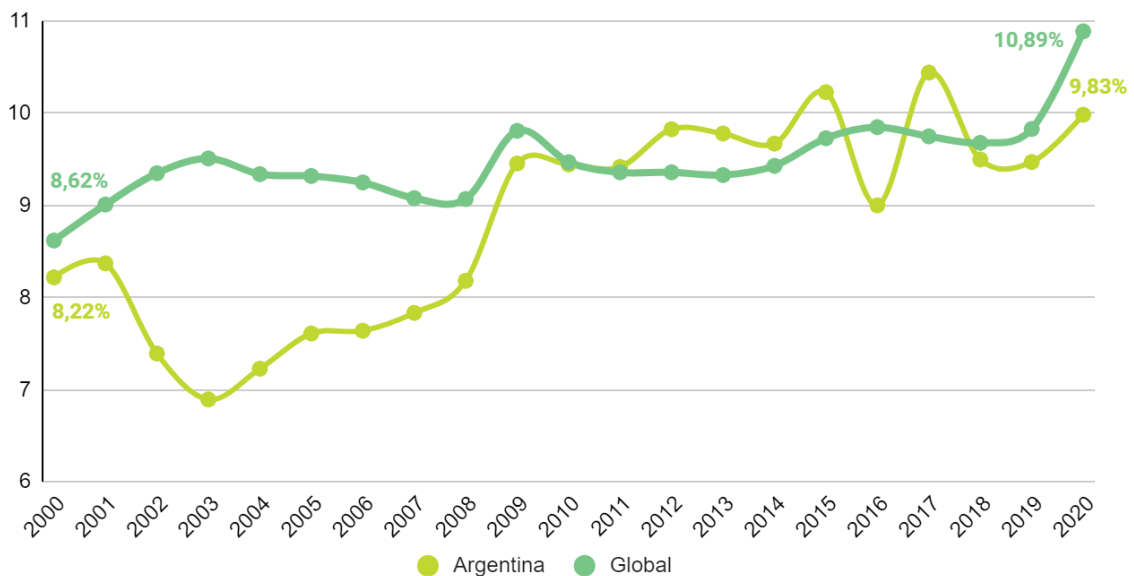
Bases para la construcción de un Plan de Beneficios en Salud en Argentina

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**

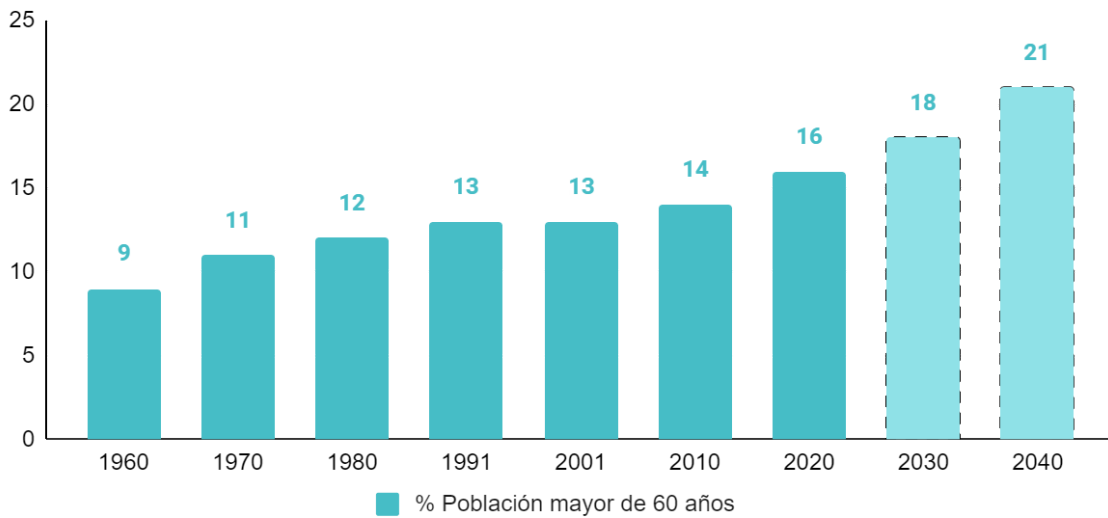


Fuente: OMS, Global Health Expenditure Database (2023).

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

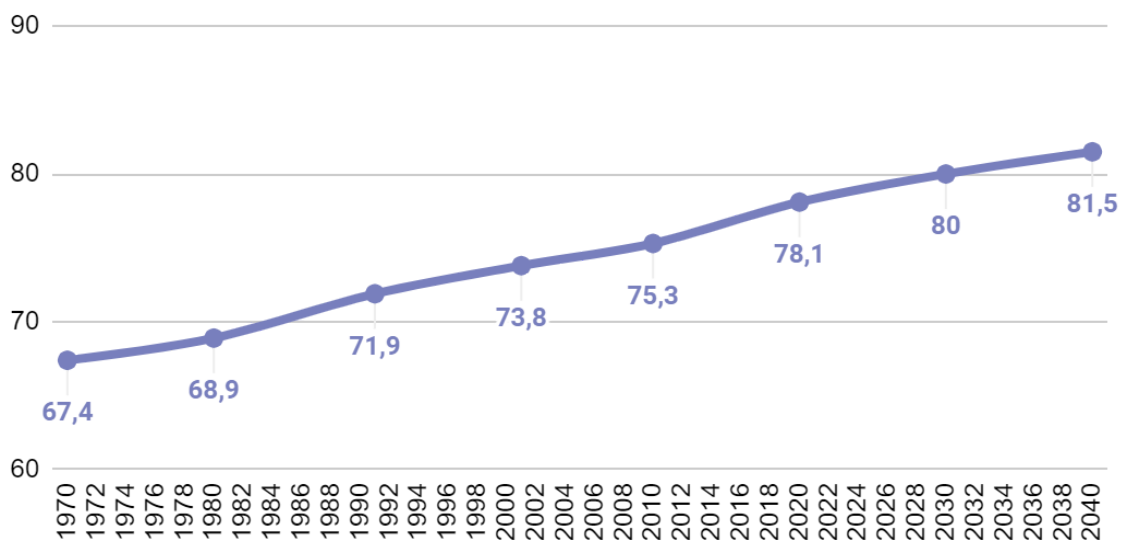
Gráfico 2. **Porcentaje de población mayor de 60 años en Argentina**



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

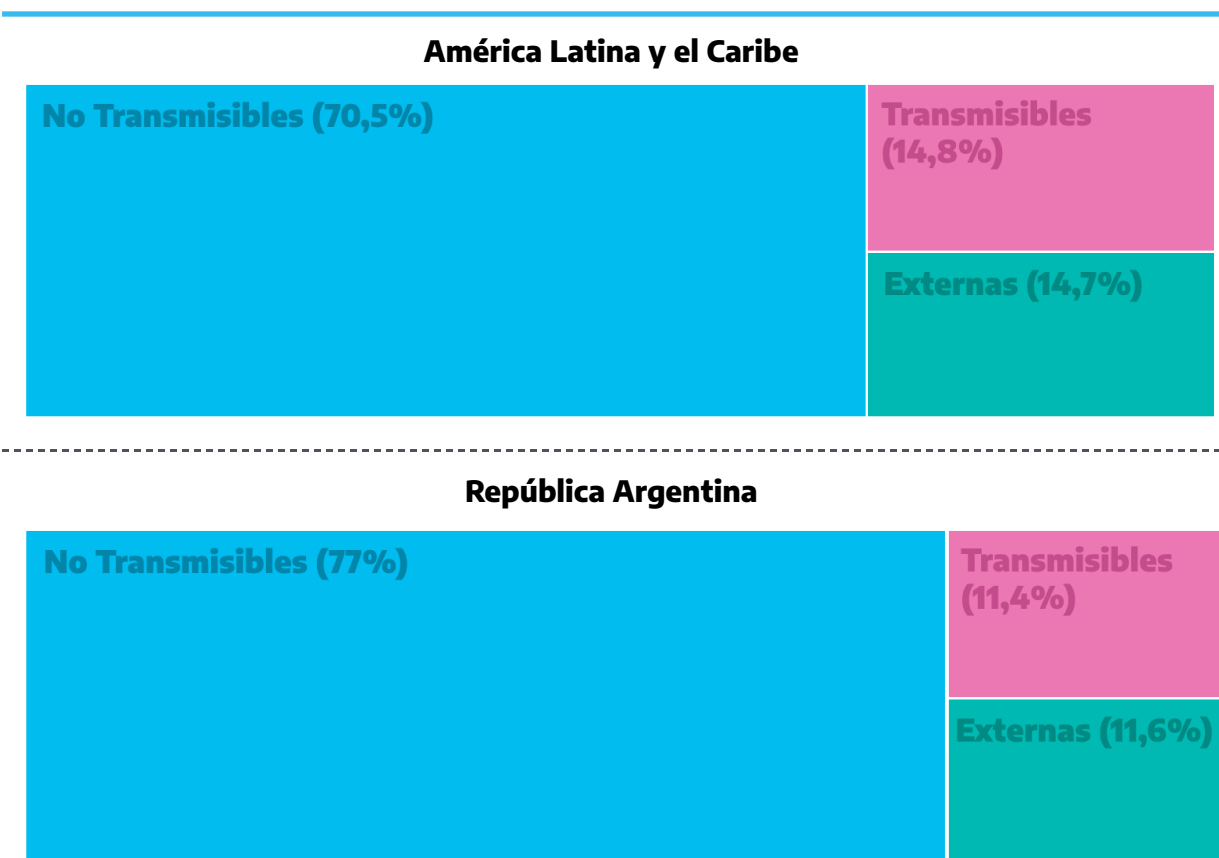
paralelo con la transición epidemiológica por la cual se incrementa la carga de las enfermedades no transmisibles. Al mismo tiempo, produce efectos negativos sobre el financiamiento del sistema de salud, al modificar la razón entre población económicamente activa y población inactiva por jubilación y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

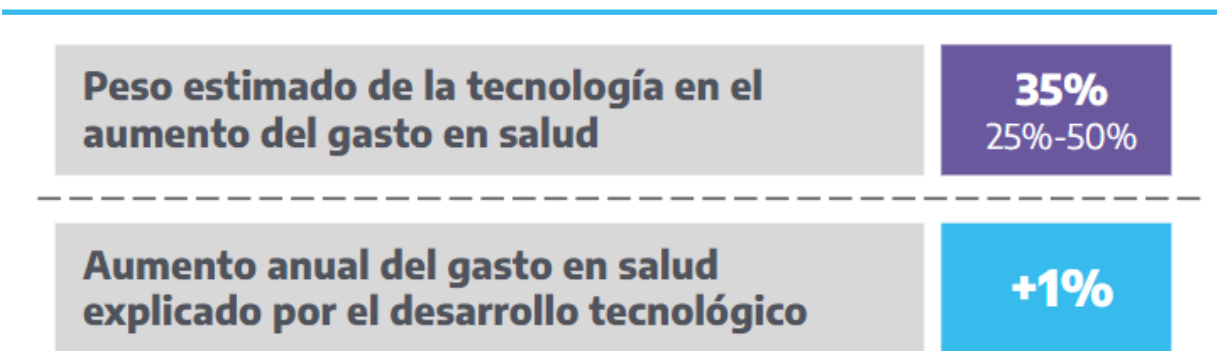


Fuente: GBD (2019).

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).

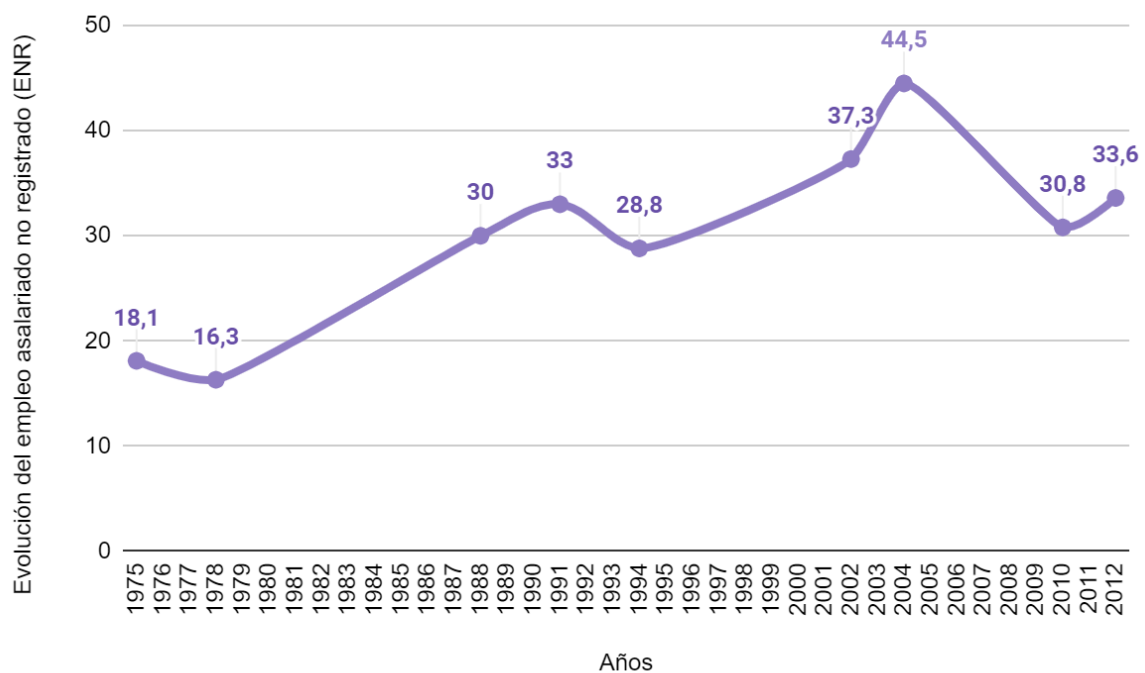
Esta dinámica debe ser abordada de manera equilibrada, entendiendo que la innovación y el desarrollo tecnológico son fundamentales para continuar mejorando la salud de la población, pero que un crecimiento descontrolado y guiado exclusivamente por reglas de mercado puede tener consecuencias desestabilizadoras 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

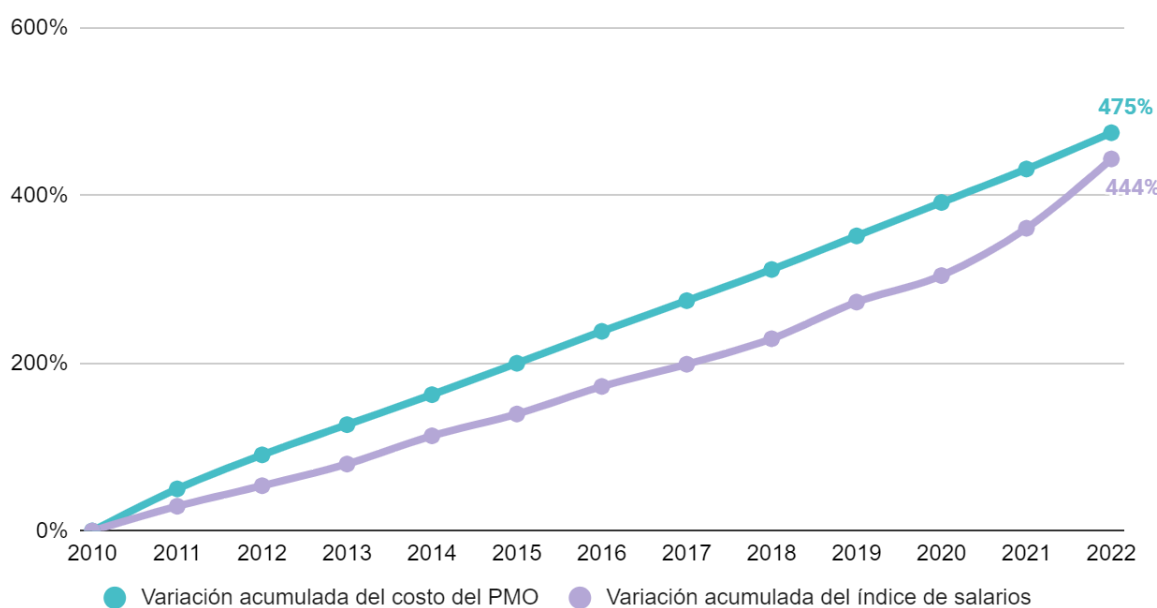
humano y una prioridad decisiva en la construcción del desarrollo humano sostenible. El ODS N°3 busca “Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible”. En el mismo sentido, el Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal (2019), suscripto 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).

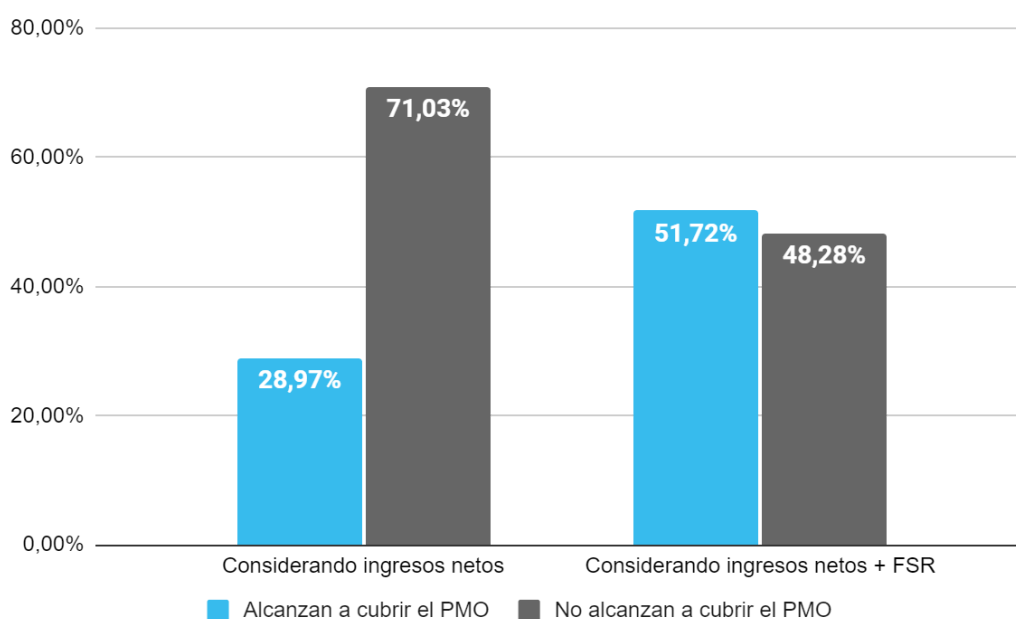
Gráfico 6. **Evolución del costo del PMO y del Índice de Salarios (2010-2022)**



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).

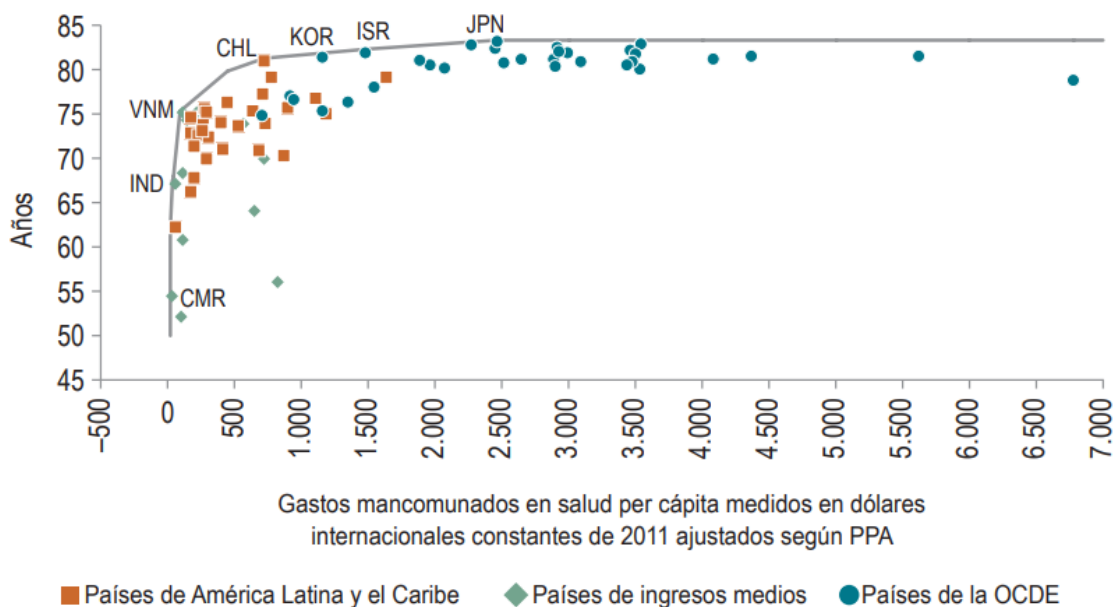
Hacia un Plan de Beneficios en Salud Argentino

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

reducir los insumos sin comprometer el resultado. La frontera de eficiencia, entonces, refleja el límite de los efectos de las “mejores prácticas” y permite anticipar las ganancias potenciales de eficiencia para países menos eficientes según su distancia con la frontera (OCDE, 2016).

Gráfico 8. **Frontera de eficiencia estimada para la esperanza de vida**



Fuente: Izquierdo, Pessino y Vuletin (2018). Nota: la expectativa de vida se calculó promediando datos entre 2011 y 2015, mientras que el gasto utilizó un promedio de los años 2006 a 2010.

De acuerdo a las estimaciones de Izquierdo, Pessino y Vuletin (2018), Argentina ocupa el puesto n° 45 en la clasificación de eficiencia promedio de su sistema de salud, con un puntaje de 0,942. Esto la ubica apenas por encima de Colombia, Brasil y México, que se ubican en las posiciones 48°, 49° y 50° respectivamente. En contraste, Chile se coloca en la 8° posición, con 0,986, y Uruguay en el puesto 35°, con un puntaje de 0,968.

Existe, por lo tanto, una brecha entre resultados posibles y resultados reales por el mismo gasto en salud. Es decir, invirtiendo los mismos recursos, países como Argentina “podrían mejorar considerablemente los indicadores de productos de salud” en caso de mejorar su eficiencia hasta la frontera. Los autores estiman que, manteniendo el presupuesto estable, un impulso de la eficiencia del sistema de salud podría derivar en un aumento potencial de hasta 4,6 años en la esperanza de vida y una reducción de hasta 5.530 AVADs cada 100.000 habitantes (Izquierdo, Pessino y Vuletin, 2018).

En su análisis posterior, los autores concluyen que “un mensaje clave es que hay espacio para mejorar la eficiencia en la región. Los países de América Latina y el Caribe son en promedio menos eficientes que el grupo de la OCDE para cada producto DEA analizado. [...] El mensaje para los responsables de las políticas públicas en América Latina y el Caribe es claro: mejorar la eficiencia del gasto puede contribuir a vidas más sanas sin comprometer recursos adicionales”.

La dispersión de coberturas de salud, la debilidad de los mecanismos de priorización y evaluación de tecnologías sanitarias y los déficits de rectoría de las autoridades sanitarias, que aún no disponen de herramientas informáticas adecuadas, son algunos de los múltiples aspectos que afectan la eficiencia del sistema de salud en Argentina.

La incorporación de un Plan de Beneficios en Salud, mediante un proceso transparente, protocolizado y basado en criterios explícitos asentados en costo-efectividad y valoración social, representará un gran paso en el camino hacia la construcción de un sistema de salud más eficiente, accesible y equitativo. La bibliografía especializada documenta los beneficios de la implementación de PBS en numerosas experiencias internacionales. Algunos de los países con mejor desempeño en términos de su sistema de salud en Sudamérica han implementado en las últimas décadas algún tipo de paquete explícito. En 1994, Colombia creó el Plan Obligatorio de Salud (POS) a través de la ley 1.000 (Vaca, 2015). Diez años después, Chile desarrolló el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (GES - AUGE), con probados beneficios en términos de acceso y equidad y con prometedora evidencia sobre el mejoramiento de la eficiencia del sistema (Bitrán, 2013). Uruguay, por su parte, creó el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) en el año 2008.

Un paquete explícito de prestaciones de salud, estructurado en líneas de cuidado y disponible para autoridades sanitarias, referentes sectoriales y la población toda, contribuirá a:

- **Mitigar los efectos inequitativos del racionamiento implícito:** un PBS ofrece un mecanismo explícito y legitimado socialmente para priorizar las decisiones de coberturas (Youngkong et al., 2012). Por lo tanto, reduce el racionamiento implícito (“de facto”) que —con demoras, listas de espera, trámites de autorización engorrosos, rechazo a la prestación de servicios, etc.— ante la ausencia de explicitación, lleva a cerrar la brecha entre recursos y necesidades de manera arbitraria e inequitativa (Klein, Day y Redmayne, 1996; Bitrán, 2013). Al mismo tiempo, al ofrecer un listado público de servicios de salud a cubrir, garantiza la exigibilidad del derecho a la salud (Giedion, 2014).
- **Mejorar la eficiencia general del sistema de salud:** incorporar criterios de costo-efectividad y evaluación de tecnologías sanitarias contribuye a prevenir el uso irracional o inadecuado de tecnologías, medicamentos y dispositivos de salud que aumentan desproporcionadamente el gasto en salud (Riascos y Camelo, 2014; Wilkinson, 2014; Smith y Chalkidou, 2017).
- **Movilizar más recursos para la salud:** la elaboración y la publicidad de un PBS hace patentes las necesidades de cobertura de ciertos segmentos y, al brindar evidencia, facilita la movilización y asignación de recursos de acuerdo a las prioridades definidas. (Knaul et al., 2012; Sabinoso, 2017)
- **Fortalecer la planificación estratégica y el gobierno del sistema de salud:** se trata de un instrumento de gestión, también, en todos los sistemas de salud donde el gobierno ha delegado la función de aseguramiento a terceros. En este sentido, posibilita la definición de las responsabilidades de aseguramiento, simplifica la elaboración de presupuestos y mejora la transparencia en la asignación de recursos. Además, brinda la oportunidad de especificar y comunicar claramente las expectativas en cuanto a la

oferta de servicios de salud, convirtiéndose así en una herramienta útil para la planificación y el desarrollo de dichos servicios. El PBS funciona como una guía para todos los participantes del sector en cuanto a los servicios que deben ofrecerse (Sabignoso, 2017).

En la sección siguiente se da cuenta del proceso de diseño del Plan Argentino Integrado de Servicios de Salud - Plan de Beneficios, desplegando siete etapas agrupadas en dos componentes. El primer componente ya se encuentra concluído, mientras que para el segundo se prevé un desarrollo e implementación progresiva.

2

Diseño del PAISS - PB

Componente 1

Etapa 1: diseño estratégico

Definición de elementos fundamentales

En esta etapa se desplegó un proceso técnico deliberativo para definir los elementos fundamentales del PAISS - PB. Es decir, se determinaron los puntos de apoyo sobre los cuales se asienta el Plan de Beneficios en Salud, representando la base conceptual para el despliegue de los procesos posteriores. Se abordaron cuatro elementos fundamentales del PAISS - PB:

- A. la motivación, que expresa la problemática que da origen a la necesidad de diseñar e implementar un plan de beneficios en salud explícito;
- B. el objetivo general y los objetivos específicos, que representan los logros esperados luego de la implementación del PAISS - PB;
- C. el alcance, que define los límites en sus tres dimensiones: poblacional, prestacional y financiera —es decir: a qué población se quiere alcanzar, con qué prestaciones se va a conformar y cuál será su cobertura financiera;
- D. la estructura, que refleja la forma de organización y descripción de las prestaciones en salud a garantizar dentro del PAISS - PB.

A continuación, se ofrece un breve desarrollo en torno a cada uno de ellos.

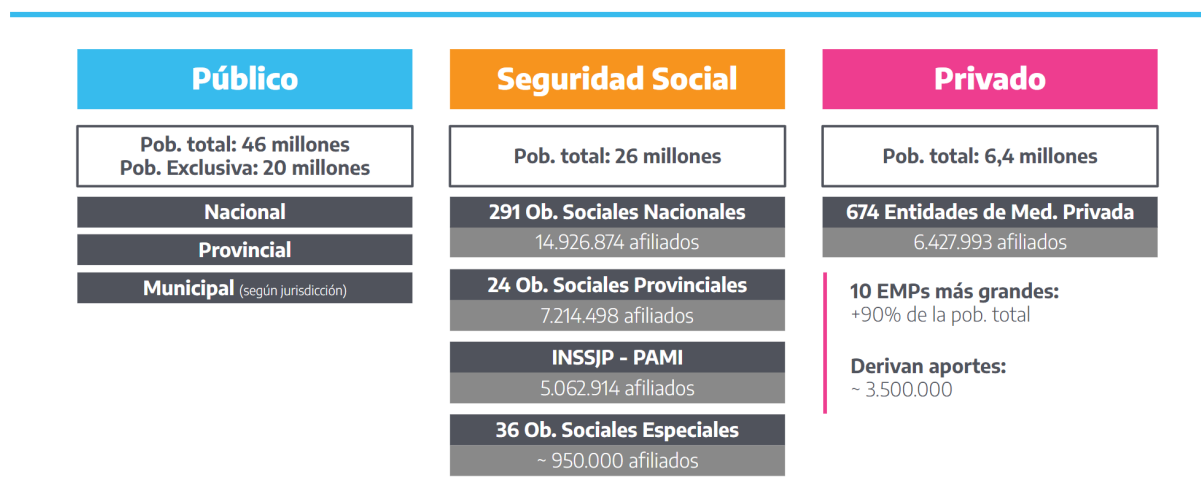
Motivación

A partir de la reforma de 1994, la Constitución Argentina, en su artículo 75, incisos 22 y 23, otorga rango constitucional a Tratados Internacionales de Derechos Humanos a los que el país suscriba. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), a través de su artículo 12, establece que “Los Estados parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. En concordancia con estos principios, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, específicamente en su artículo XI, reconoce el derecho de toda persona a preservar su salud mediante medidas sanitarias y sociales, abarcando aspectos como la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, ajustadas al nivel que permitan los recursos públicos y comunitarios. Asimismo, la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25 inciso 1, establece el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar, incluyendo aspectos como la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Por su parte, el Protocolo de San Salvador, en sus artículos 9 y 10, profundiza en el derecho a la seguridad social y a la salud, respectivamente, detallando las obligaciones de los Estados partes para garantizar estos

derechos, desde la atención primaria de la salud hasta medidas específicas para grupos (MSAL, 2023).

En Argentina el derecho a la salud -y, dentro del mismo, el derecho al acceso a servicios de salud- está indirectamente garantizado por nuestra Constitución Nacional y constituye una garantía universal. Todos los habitantes tienen el derecho a recibir una atención integral de salud de manera gratuita por parte del sector público. No obstante, la consagración efectiva del mencionado derecho tiene brechas importantes que se reflejan tanto en los resultados en salud como en la cobertura efectiva de las prestaciones, y que se relacionan con las características enunciadas en las Bases para la construcción de un Plan de Beneficios en Salud en Argentina.

Figura 2. Estructura esquemática de las coberturas del sistema de salud argentino, de acuerdo al origen de su financiamiento



Fuente: elaboración propia en base al Ministerio de Salud (2022).

En este contexto, es preciso desarrollar iniciativas orientadas a reducir las brechas de inequidad en salud, direccionando los recursos para que toda la población tenga adecuado acceso a una atención integral, protocolizada y de calidad, que no dependa de la cobertura de salud que posea la persona, el lugar en el que viva o la situación socioeconómica que atraviesa, sino de la naturaleza de su necesidad. Mediante la adopción del PAISS - PB se busca avanzar hacia un sistema de salud:

1. que tenga mayor integración entre sus tres subsistemas y los sectores que los componen;
2. en el que se brinde una atención integral, centrada en la persona;
3. en donde las diferencias en la atención esencial brindada por los distintos subsistemas no sean sustanciales y que las personas reciban los mismos beneficios sanitarios, sin que éstos dependan de otros factores.

En ese sentido, la política de un plan de beneficios en salud permite avanzar en estos tres objetivos en tanto:

- a. la definición de un plan esencial común, priorizado de acuerdo a las necesidades y preferencias de la población, permitirá evaluar la cobertura efectiva actual, tanto en términos prestacionales como financieros, precisando qué recursos se necesitan para que la población pueda gozar de su acceso efectivo;
- b. el PAISS - PB tiene como eje central la estandarización de los procesos asistenciales y su coordinación para brindar una atención integral centrada en la persona;
- c. el costeo de los elementos que componen el Plan, al igual que las características del diseño de su implementación y monitoreo, permitirán evaluar las diferencias de atención y las medidas a desarrollar para que las prestaciones priorizadas sean recibidas por toda la población de acuerdo a sus necesidades.

Objetivos

Objetivo general: explicitar un conjunto de beneficios esenciales en salud, para toda la población, alineado con las prioridades sanitarias de nuestro país y de referencia para la organización estratégica de los servicios asistenciales.

Objetivos específicos:

1. Estructurar un conjunto de servicios y tecnologías en salud a partir de los planes de beneficios vigentes en el país (Programa Médico Obligatorio (PMO), Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar (PSS), paquetes prestacionales de obras sociales provinciales y nomencladores de obras sociales de regímenes especiales y del INSSJP - PAMI) y otros programas nacionales o esquemas de transferencias del Ministerio de Salud (Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles e Inmunoprevenibles, REMEDIAR, Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión Sexual, Hepatitis Virales, Tuberculosis y Lepra y Banco de Drogas Especiales, entre otros), priorizado con criterios de equidad, eficiencia y de protección financiera, que pueda convertirse en un instrumento de política pública para movilizar los recursos disponibles en función de las necesidades de la población y de las metas de política sanitaria.
2. Organizar al conjunto de prestaciones asociadas al Plan por "líneas de cuidado", basadas en una concepción integral y continua de la atención de la población, que incluya la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y que además facilite la evaluación de las autoridades sanitarias en relación al logro de los objetivos trazados, facilitando la movilización de recursos para alcanzarlos.
3. Estimar el costo total y per cápita del Plan y de cada línea de cuidado, en base a las prestaciones priorizadas y las brechas de cobertura identificadas.
4. Estimar el impacto de diferentes escenarios de expansión de la carga de enfermedad de la población argentina.
5. Proponer una metodología de ampliación del Plan, basada en la incorporación o adaptación de nuevas líneas de cuidado y/o prestaciones, acorde con criterios éticos y con el marco de valor desarrollado como referencia.

6. Instaurar una metodología de estimación y actualización del costo y su consecuente impacto fiscal, con el fin de asegurar su coherencia y consistencia a través del tiempo.
7. Diseñar y adoptar las herramientas de gestión y financieras requeridas para asegurar una implementación exitosa del Plan, como la evaluación periódica, el monitoreo mediante indicadores, y la alineación mediante incentivos financieros.

Alcance

En términos poblacionales, se aspira a que el alcance del PAISS - PB sea universal, es decir, exigible por toda la población argentina independientemente del tipo de cobertura de salud que tenga, la jurisdicción en la que viva o la situación socio-económica que transite.

Como se mencionó precedentemente, es misión del Estado procurar el pleno goce del derecho a la salud de todos los habitantes de la República Argentina, sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. Este abordaje universal se encuentra alineado con los acuerdos y definiciones previas asumidas por el país, tales como la adhesión a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030¹ y los acuerdos de cooperación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016-2021)².

La efectiva implementación del alcance poblacional presenta grandes desafíos, teniendo en cuenta la heterogeneidad de recursos financieros, humanos y de infraestructura de que dispone cada jurisdicción y cada subsector, además de las características del diseño normativo de nuestro país.

En lo que respecta al alcance prestacional —es decir, el tipo de prestaciones de salud a garantizar o, en otras palabras, el grado de integralidad que tendrá el conjunto (Giedion, Bitrán, Tristao, & Cañón, 2014)— el PAISS - PB incorporará prestaciones de alcance individual que se proveerán en el ámbito domiciliario, ambulatorio y hospitalario. Dichas prestaciones se brindarán de manera coordinada para asegurar una atención integral a las poblaciones susceptibles de recibirlas, de acuerdo a lo estipulado en las guías de práctica clínica que se utilizarán para protocolizarlas y estandarizarlas.

Los servicios de salud pública o de interés sanitario, particularmente las prestaciones de alcance comunitario relacionadas con la promoción de la salud y la prevención primaria de las enfermedades transmisibles y no transmisibles *no serán incorporadas en el PAISS - PB*. No obstante, se mantendrán en la órbita de las funciones de salud pública que desarrollan las autoridades sanitarias. Por el contrario, si serán incluidas en el Plan las prestaciones de alcance individual.

Es importante enfatizar que, en la actualidad, la existencia de coberturas prestacionales superpuestas y no protocolizadas limitan el impacto de la provisión de asistencia sanitaria en la salud de la población. Es por ello necesario el ordenamiento prestacional, de tal modo que

¹ ODS 1. Implementar a nivel nacional sistemas y medidas de protección social, incluidos niveles mínimos, y lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables.

Meta 3.8. Lograr la cobertura universal de salud, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, accesibles y de calidad para todos.

² Entre sus prioridades se encuentra “avanzar, en un contexto federal, hacia un sistema de salud con cobertura universal y acceso efectivo a servicios de calidad” y “reducir inequidades con un enfoque prioritario en áreas geográficas y poblaciones en situación de vulnerabilidad”.

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).

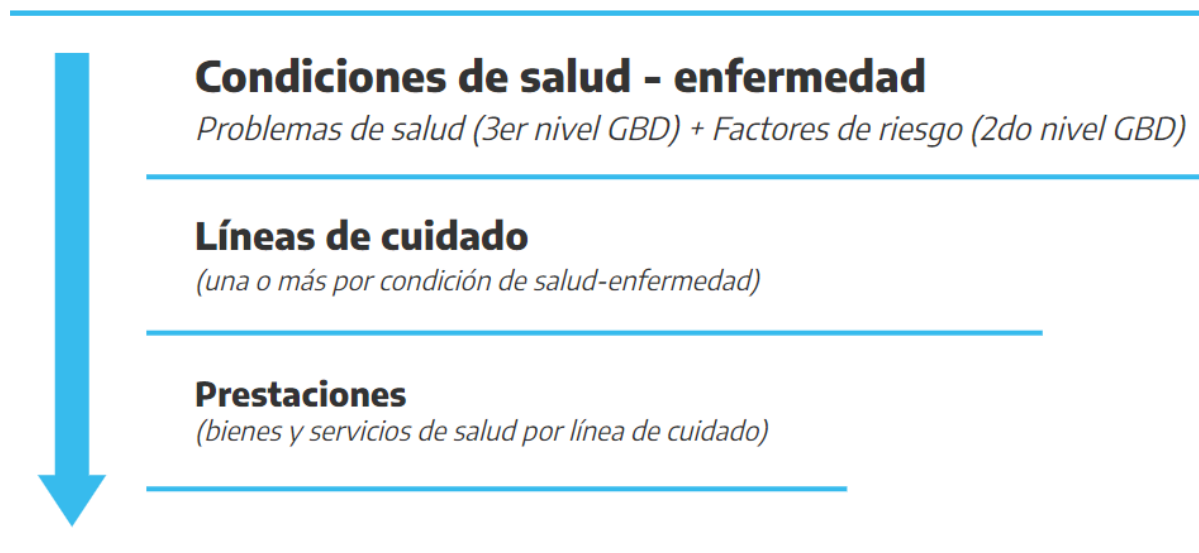
El límite entre la cobertura explícita (conformada por el PAISS - PB y otros planes de beneficios) y la implícita lo va a establecer la definición específica del alcance prestacional y los recursos disponibles en cada momento del tiempo, siendo objeto del presente trabajo el diseño del proceso por el 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.

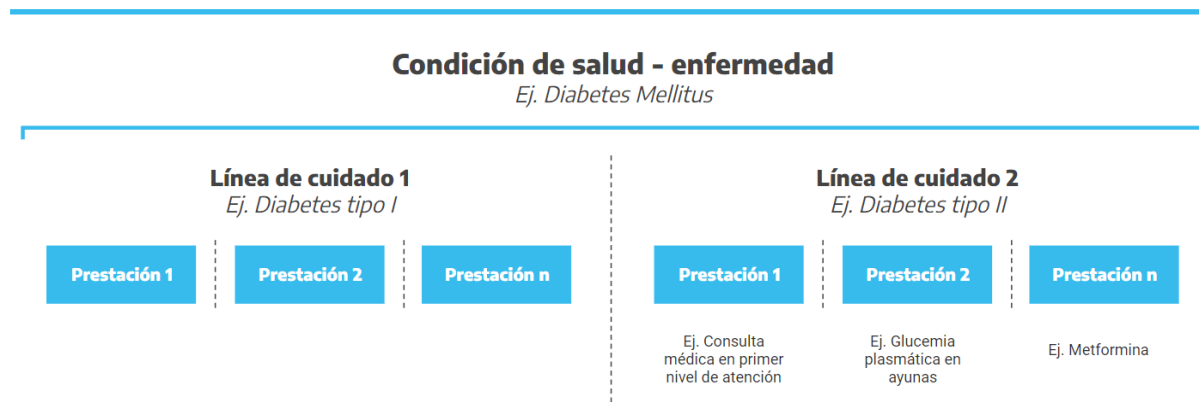
El segundo elemento lo constituyen las *líneas de cuidado* identificadas para cada una de las condiciones de salud-enfermedad priorizadas. Una línea de cuidado es el resultado de la estandarización, de acuerdo a la evidencia científica disponible, del abordaje de las condiciones de salud-enfermedad de 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.

Tabla 1. **Criterios para evaluar las condiciones de salud-enfermedad**

Criterio	Definición	Niveles	Clase	Fuente
Carga de enfermedad	Este criterio hace referencia a la noción de cuán enferma está una población, lo cual depende del tipo de condición, la frecuencia de ocurrencia en la población, el grado de discapacidad que genera y cuánto acorta la vida en relación con su esperanza de vida en una jurisdicción determinada. Esta carga se mide a través de la métrica Años de Vida ajustados por discapacidad o AVADs.	<p>Alta: La condición de salud se encuentra dentro del percentil 80 (condiciones de salud que acumulan el 80% de la carga de enfermedad).</p> <p>Media: La condición de salud se encuentra entre el percentil 80 y el percentil 95 de la carga de enfermedad restante.</p> <p>Baja: La condición de salud se encuentra encima del percentil 95 de la distribución de carga de enfermedad (5% de la carga de enfermedad restante).</p>	Cuantitativo	GBD (2019). Institute for Health Metrics and Evaluation.
Inequidad en acceso	Este criterio se define como la desigualdad territorial en la disponibilidad de servicios en relación con las necesidades de la población en dicha región (Adaptado del marco conceptual de Frenk, 1985; Donabedian, 1988).	<p>Media o baja: La oferta para implementar la línea de cuidado está disponible en todo el país y NO hay una importante desigualdad de acceso efectivo de la población por regiones.</p> <p>Alta: La oferta disponible para implementar la línea de cuidado NO está disponible en todo el país y HAY una importante desigualdad de acceso efectivo de la población por regiones.</p>	Cualitativo	Consenso entre expertos informado por indicadores de acceso a prestaciones trazadoras por regiones estimados desde registros disponibles.
Severidad de la condición de salud	Se define la severidad como el grado en que la condición disminuye la expectativa de vida o disminuye la calidad de vida relacionada con la salud de un individuo en un período definido de tiempo desde el momento del diagnóstico.	<p>No severa: La muerte y/o la falla de al menos un sistema se da en más de 5 años desde el diagnóstico.</p> <p>Severa: La muerte y/o la falla de al menos un sistema se da entre 2 años y 5 años desde el diagnóstico.</p> <p>Muy severa: La muerte y/o la falla de al menos un sistema se da en 2 años o menos desde el diagnóstico.</p>	Cualitativo	Informado por indicador de letalidad obtenido de la literatura especializada.
Magnitud del beneficio clínico: Beneficio que genera la LdeC al individuo	Se define como el beneficio que genera la línea de cuidado sobre el individuo que la requiere en términos de incremento en la esperanza de vida y/o calidad de vida.	<p>Bajo: La esperanza de vida (EV) mejora en menos de 5 años y NO mejora la calidad de vida O solo reduce complicaciones menores no invalidantes o con poco impacto en la calidad de vida</p> <p>Medio: La esperanza de vida (EV) se incrementa menos de 5 años y mejora la calidad de vida</p> <p>Alto: La esperanza de vida (EV) se incrementa en más de 5 años</p>	Cualitativo	Consenso entre expertos informado por indicadores de acceso a prestaciones trazadoras por regiones estimados desde registros disponibles.

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

- Definición de pesos para cada uno de los criterios** de evaluación, de acuerdo a preferencias de los actores involucrados. Se decidió adoptar el método de descomposición para obtener los pesos de cada uno de los criterios. En particular, se decidió adoptar el método PAPRIKA, método particularmente diseñado para el desarrollo de ejercicios de MCDA (Hansen & Ombler, 2008) que se basa en que los participantes o tomadores de decisión expresen sus preferencias con respecto a la importancia relativa de los criterios o atributos de interés para la decisión o elección en cuestión, comparando (o clasificando) alternativas por pares (Hansen, 2008).

Tabla 2. **Resultado de ponderación de los criterios**

Criterio	Peso normalizado
Carga de enfermedad	0,290
Severidad de la condición de salud	0,214
Inequidad en el acceso	0,167
Magnitud del beneficio clínico	0,329

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

- Cálculo de las puntuaciones agregadas** para cada una de las alternativas consideradas. Teniendo en cuenta las limitaciones inherentes a cualquier proceso de agregación de preferencias, se determinó la necesidad de emplear la técnica de agregación matemática, la utilizada con mayor frecuencia para este tipo de procesos.
- Interpretación de resultados.** La tabla ofrecida a continuación presenta las primeras 20 condiciones de salud-enfermedad priorizadas. Para cada una se incorporó el valor correspondiente a cada criterio y el ranking obtenido. El primer lugar en la priorización fue ocupado por el problema de salud VIH/SIDA que, con una carga de enfermedad de salud de 102.488 AVADS, fue considerado muy severo, altamente inequitativo y con un abordaje con beneficio elevado. Los cánceres más prevalentes y severos y las enfermedades cardio-renales metabólicas ocuparon los primeros lugares en el ranking. El listado completo de problemas de salud priorizados se presenta en el Anexo I del presente documento.

Tabla 3. **Primeros 20 puestos del ranking con metodología MCDA**

Problema de salud GBD 2019 3er nivel	Carga de enfermedad	Severidad	Inequidad en acceso	Beneficios individuales
1. VIH/SIDA	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio alto
2. Cáncer de colon y recto	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio alto
3. Tuberculosis	Media	Muy severa	Alta	Beneficio alto

4. Infecciones respiratorias inferiores	Alta	Muy severa	Media/Baja	Beneficio alto
5. Cáncer de mama	Alta	Severa	Alta	Beneficio alto
6. Cáncer de cuello uterino	Alta	Severa	Alta	Beneficio alto
7. Cáncer de próstata	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio
8. Leucemia	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio
9. Enfermedad cardíaca isquémica	Alta	Muy severa	Media/Baja	Beneficio alto
10. Accidente cerebrovascular	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio
11. Enfermedad cardíaca hipertensiva	Alta	Muy severa	Media/Baja	Beneficio alto
12. Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio
13. Violencia	Media	Muy severa	Alta	Beneficio alto
14. Trastornos neonatales	Alta	Severa	Alta	Beneficio medio
15. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio bajo
16. Cáncer de riñón	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio
17. Linfoma no Hodgkin	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio
18. Cáncer de estómago	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio bajo
19. Cáncer de hígado	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio
20. Cáncer de vesícula biliar y del tracto biliar	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio

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

Componente 2

Este componente involucra el proceso de establecimiento del universo de líneas de cuidado para cada condición de salud - enfermedad, la identificación de prestaciones asociadas a cada una de las líneas de cuidado seleccionadas en la etapa previa, la priorización de dichas prestaciones en base a criterios clínicos, de eficacia, costo-efectividad, accesibilidad y equidad, y, por último, el costeo del Plan de Beneficios de Salud.

Esta etapa requirió del desarrollo consensuado de una metodología común de identificación y priorización de prestaciones de la que participaron las áreas sustantivas de este Ministerio y la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Excelencia Clínica (CONETEC) como base para la construcción progresiva de las canastas prestacionales definitivas y sus respectivos costos de cobertura. En este sentido, la implementación de las etapas desarrolladas a continuación tendrá un desarrollo progresivo vinculado a la concreción de la metodología estipulada.

Etapas 4: identificación no excluyente de líneas de cuidado por condición de salud-enfermedad

Una vez identificadas y priorizadas las condiciones de salud-enfermedad, se definen las líneas de cuidado vinculadas a cada condición. Una línea de cuidado es un conjunto de prestaciones que se considera que deben ser cubiertas para garantizar la atención de un problema o situación de salud a una población específica, según los protocolos establecidos. Para el universo de condiciones de salud-enfermedad identificado en la Etapa 2, fue necesario desagregar los procesos de atención que pudiesen requerir cada una de ellas, teniendo en cuenta que una condición de salud-enfermedad puede contener más de un proceso asociado.

Las fuentes de información utilizadas como referencia para la identificación de cada línea de cuidado por condición de salud-enfermedad son:

1. Desagregaciones de cuarto nivel para los problemas de salud del GBD;
2. Desagregaciones de tercer o cuarto nivel para los factores de riesgo del GBD;
3. Guías de Práctica Clínica (GPC) de alta calidad, de acuerdo a la herramienta AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) (Consortium, 2009), tanto nacionales como internacionales;
4. Otras definiciones de procesos asistenciales como protocolos, algoritmos, vías clínicas o procedimientos; y
5. Consenso de expertos.

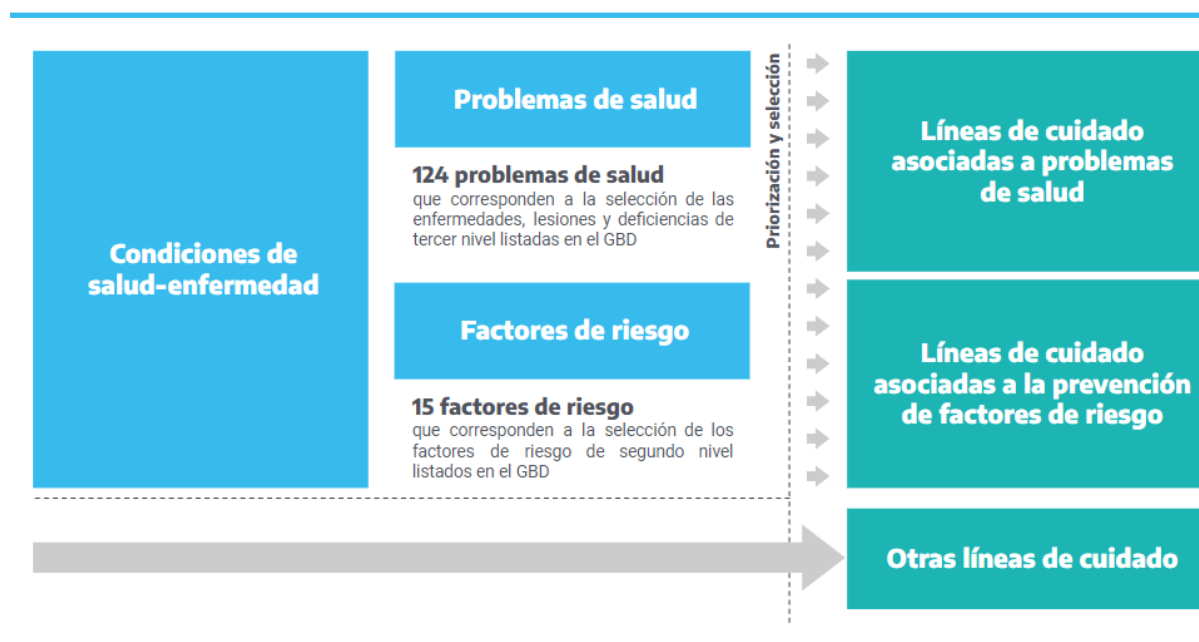
Estas fuentes de información se utilizan, a su vez, para la identificación del universo de prestaciones por línea de cuidado, como se detalla en la etapa subsiguiente (Etapa 5).

Por su parte, las líneas de cuidado se agrupan siguiendo un enfoque sanitario, como se resume en la Figura 8. Debido a la elevada carga técnica requerida para traducir la totalidad de las condiciones de salud-enfermedad a líneas de cuidado, el proceso se desarrolla en dos

fases. La primera de ellas ya fue completada y se abocó a identificar líneas de cuidado para 58 problemas de salud y 15 factores de riesgo; en una segunda fase se abordarán los problemas restantes a fin de completar la traducción del universo de condiciones de salud-enfermedad priorizado en la etapa precedente.

En la primera fase, se identificaron un total de 86 líneas de cuidado correspondientes con problemas de salud priorizados (GBD de tercer nivel). A este conjunto se le agregaron 8 líneas de prevención, diseñadas en base a los 15 factores de riesgo priorizados (GBD de segundo nivel), de acuerdo a la selección de la Etapa 2 mencionada con anterioridad. Además, se incorporó una línea vinculada a enfermedades poco frecuentes. Por último, se adicionaron tres líneas transversales no asociadas directamente a condiciones de salud-enfermedad: la línea de promoción de la salud, la línea atención de la emergencia y la línea de cuidados paliativos. El detalle de las líneas de cuidado mencionadas correspondientes a la primera fase de la Etapa 4, contabilizando 98 líneas de cuidado, se presenta en el Anexo III.

Figura 8. **Identificación de líneas de cuidado**



Fuente: elaboración propia.

Etapa 5: identificación del universo de prestaciones por línea de cuidado

Con el objetivo de identificar el universo de prestaciones asociadas a cada línea de cuidado, se tomaron como referencia, en primer término, Guías de Práctica Clínica de alta calidad, de acuerdo a los parámetros establecidos por la herramienta "Evaluación de Guías para Investigación y Evaluación II" (o AGREE II, por sus siglas en inglés, Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II). Las GPC de alta calidad desarrolladas en nuestro país representaron la primera opción. Cuando no estuvieron disponibles, se recurrió a GPC de alta calidad desarrolladas en otros países. En ausencia de estas, se consideraron otros instrumentos de protocolización de procesos asistenciales, como protocolos, algoritmos, vías clínicas, procedimientos o, en última instancia, consensos de expertos.

En el marco de la definición del universo de prestaciones, se caracteriza y estructura a cada una de ellas de acuerdo a un conjunto de campos, tal como se resume en la Tabla 4.

Para cada línea de cuidado se incluyó la definición explícita del problema de salud abordado y su población base (es decir, aquella población potencialmente vinculable a la línea de cuidado).

Luego, se describen las etapas de atención de la prestación abordada. Dichas etapas son:

- **Prevención:** involucra las acciones preventivas de corte individual relacionadas con el problema de salud en cuestión (ej. brindar consejería sobre alimentación saludable).
- **Diagnóstico:** se refiere a todas aquellas prestaciones necesarias para alcanzar un diagnóstico de la situación de salud (sospecha y confirmación diagnóstica) y su posterior estadificación (ej. estadios de cáncer o daño de órgano blanco en diabetes mellitus). Asimismo, se consideran las prestaciones necesarias para el diagnóstico de problemas de salud fuertemente relacionados con el diagnóstico actual (ej. detección de infecciones de transmisión sexual en pacientes VIH+).
- **Tratamiento:** involucra todos aquellos bienes o servicios requeridos para un tratamiento integral de la persona.
- **Seguimiento y control:** refiere a las pautas de seguimiento y control (fundamentalmente en patologías crónicas), que involucra consultas, procedimientos diagnósticos y detección de complicaciones evolutivas en tiempo y forma.

Una vez establecidas las etapas de la prestación se procede a la descripción de los distintos campos con el nivel de detalle establecido en la fuente de información de referencia. También se especifica la población objetivo y sus indicaciones de uso, su cantidad normativa (dosis máxima de fármacos, número de consultas, prácticas, etc) y su periodicidad y frecuencia (si correspondiera) con el objetivo de determinar su tasa de uso.

En caso de que la GPC explicita la cantidad recomendada para cada prestación, esta es la que se informará en su campo correspondiente. Si éstas cantidades no son explicitadas en la GPC de referencia, se recurrirá a otra fuente de información de calidad, de acuerdo a lo descrito en la etapa anterior.

Finalmente, se define la clasificación de la priorización de cada prestación, utilizando como base la fuente de información seleccionada; de manera que se dividan en prestaciones que se incorporan a la canasta prestacional (prestaciones SI-SI), prestaciones en las que hay cierto consenso de no ser incorporadas (NO-NO) y prestaciones que requieren evaluación por CONETEC para su inclusión o exclusión definitiva (ver Etapa 6).

Tabla 4. **Estandarización de campos de prestaciones**

Campo	Detalle	Ejemplo
Línea de Cuidado	Nombre de la línea de cuidado.	Hipertensión arterial.

Descripción	Explicación de la naturaleza y el alcance de la línea de cuidado.	Hipertensión arterial esencial.
Población Base de LdC	Población potencialmente vinculable a la línea de cuidado.	Población mayor de 18 años.
Etapas	Estructuración de acuerdo con el momento o etapa en la atención. Se divide en prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento y control.	Diagnóstico.
Prestación	Nombre de la prestación.	Electrocardiograma.
Descripción	Explicación de la naturaleza y el alcance de la prestación.	ECG de 12 derivaciones.
Población Objetivo	Subgrupo poblacional susceptible de recibir la prestación.	Población mayor de 18 años con HTA.
Indicaciones de Uso	Condiciones específicas para las cuales se contempla la prestación, incluyendo poblaciones específicas dentro de la población objetivo.	Todo paciente con diagnóstico de hipertensión arterial.
Cantidad	Valor numérico o medida de una magnitud específica. Refiere a dosis máxima en el caso de medicamentos o número en el caso de otros bienes no medicamentosos y servicios (consultas y prácticas).	1
Frecuencia / periodicidad	Repetición (frecuencia) de la prestación en un intervalo de tiempo específico (periodicidad).	Anual.
Priorización	Resultado del proceso de Triage estipulado en la Etapa 6.	Si-Si
Fuente	Fuente de información de referencia para la caracterización de la prestación.	GPC HTA 2019, MSAL.
Observaciones	Comentarios adicionales no contenidos en los campos anteriores.	-

Fuente: elaboración propia.

Por último, en concordancia con el enfoque desarrollado con anterioridad, se adopta una perspectiva basada en el curso de vida. Por ello, esta fase implica un proceso de definición y validación por parte de las diversas áreas sustantivas del Ministerio de Salud vinculadas a cada una de las líneas de cuidado en las que se inscriben las prestaciones mencionadas. A través de una guía de validación, las áreas evalúan cada una de las prestaciones que componen a la línea de cuidado en sus distintas etapas, partiendo de las fuentes de información tomadas como referencia para identificar el universo de prestaciones por línea de cuidado, además de su descripción, población objetivo, indicaciones de uso, cantidad, frecuencia/periodicidad y priorización.

Esta etapa requiere de un proceso de definición y validación de las distintas áreas sustantivas del Ministerio de Salud asociadas a cada una de las líneas de cuidado.

Etapa 6: priorización de prestaciones por línea de cuidado

El proceso de evaluación de acuerdo al marco de valor y al procedimiento establecido para la evaluación de tecnologías de salud⁷, del conjunto de prestaciones contenidas en el universo definido en la etapa anterior se consideró impracticable, considerando las implicancias de la realización de miles de evaluaciones de tecnologías sanitarias en términos de recursos humanos y temporales. En tal sentido, en los últimos años la literatura ha dirigido su atención hacia la priorización de la evaluación y la identificación de procesos abreviados como un enfoque para agilizar la selección de tecnologías en un tiempo reducido, haciendo uso de información internacional disponible (Nemzoff C et al., 2023). Este enfoque busca dinamizar y flexibilizar los procesos de evaluación tecnológica, adaptándose a restricciones locales, basándose en evidencia internacional previa validada y adaptable a contextos locales. La decisión de adoptar un enfoque simplificado se fundamenta en la urgencia de la toma de decisiones, el grado de certeza y la disponibilidad de recursos (Nemzoff C et al., 2023).

Por ello, el enfoque adoptado fue capaz de abordar esta complejidad al organizar y pre-priorizar las prestaciones definidas. Esto nos permitió adoptar una metodología que garantizó el achicamiento del conjunto a analizar y optimizar el proceso de priorización final, guiado por criterios cuidadosamente establecidos.

El abordaje propuesto se enmarca en procesos de evaluación tecnológica abreviada, específicamente en la Evaluación Adaptativa de Tecnologías Sanitarias (o aHTA por sus siglas en inglés, Adaptive Health Technology Assessment), y se basa en métodos de la literatura, optando por una adaptación local del enfoque conceptual de la Calificación de Recomendaciones, Evaluación, Desarrollo y Evaluaciones (o GRADE por sus siglas en inglés, Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations) y la evaluación económica abreviada. Se definió, entonces, un enfoque que equilibra los tiempos del proyecto, los recursos disponibles y la sistematicidad del proceso, asegurando transparencia.

El proceso se divide en tres etapas:

1. La primera, denominada **Triage**, identifica las prestaciones con una interpretación unívoca sobre su inclusión o exclusión;
2. La segunda, llamada **Evaluación Abreviada**, efectúa una evaluación de costo-efectividad para prestaciones con algún grado de incertidumbre en la recomendación sobre su inclusión o exclusión;
3. La tercera, nombrada **Evaluación Completa**, implica la coordinación operativa con la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC) para realizar evaluaciones adicionales de prestaciones, por LdC.

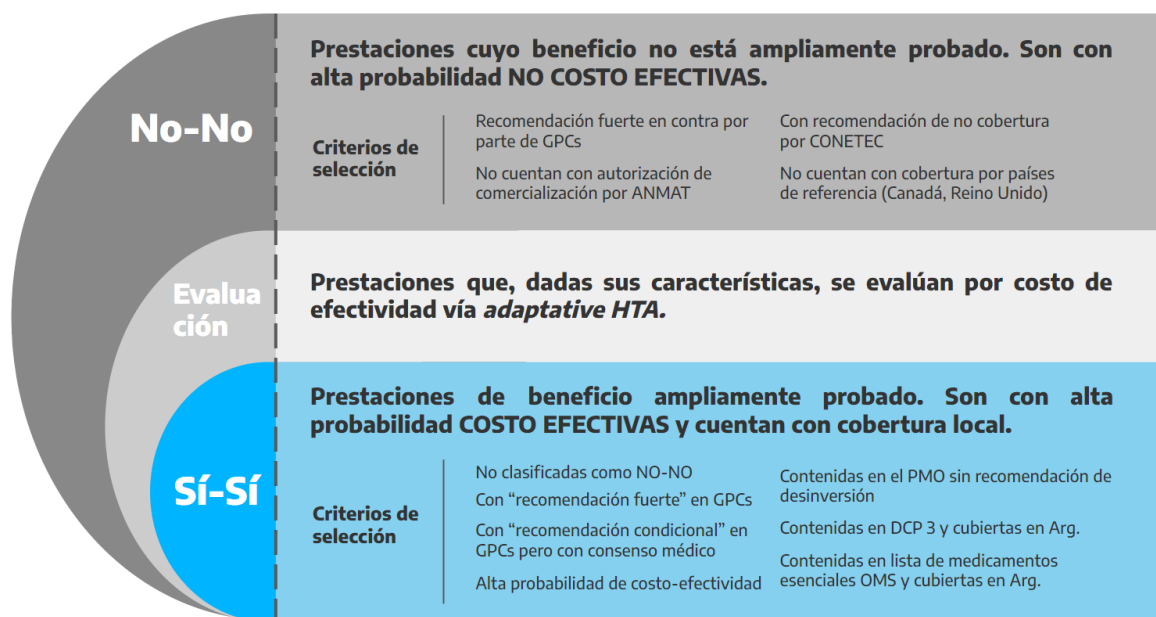
Triage

El propósito del proceso de Triage fue el de identificar prestaciones que tuvieran una interpretación unívoca sobre su inclusión o exclusión en la propuesta de contenido para su respectiva línea de cuidado. En ese sentido, se incluyeron aquellas para las cuales la

⁷ De acuerdo a los Reglamentos y Manuales estipulados por las Resoluciones N° 2965 del 2019 de la ex Secretaría de Gobierno en Salud del entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social, N° 2629 del 2020 y N° 2092/2023 del Ministerio de Salud.

información contenida en su GPC de referencia (o instrumento de protocolización de proceso asistencial utilizado) era suficiente para definir por sí misma su priorización (recomendación fuerte a favor, o recomendaciones condicionales que, por su naturaleza, se juzgó apropiado incluir de acuerdo a consenso de expertos). Por su parte, se incluyeron aquellas que poseían una recomendación fuerte en contra de acuerdo a su GPC de referencia o cumplieran con otras características (como la ausencia de autorización para la comercialización en nuestro país).

Figura 9. **Resultado esperado del Triage de prestaciones**



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

Este proceso permitió categorizar las prestaciones en dos grupos: SI-SI y NO-NO, respectivamente. Por último, se utilizó una tercera categoría denominada EVALUACIÓN para aquellas prestaciones a las que se consideró pertinente realizar una evaluación adicional.

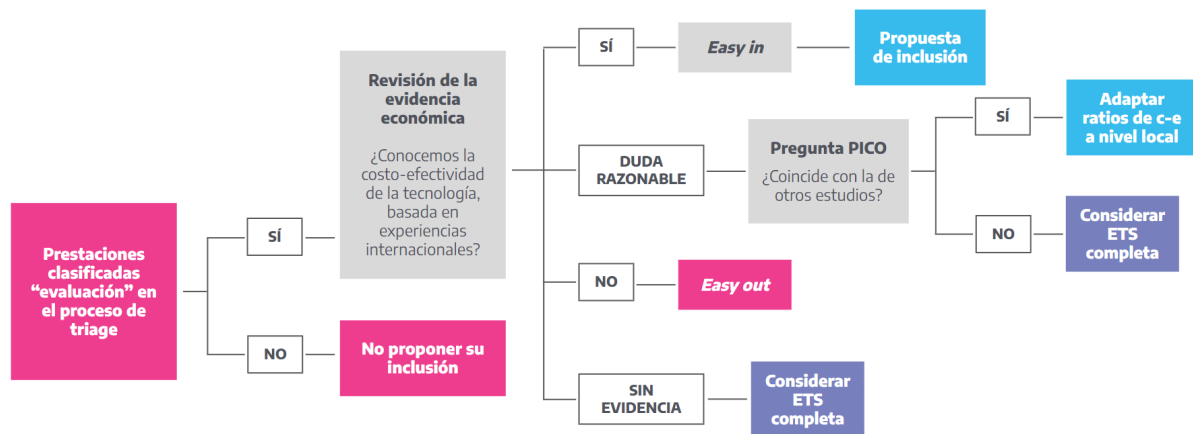
Evaluación Abreviada

Para aquellas prestaciones categorizadas como EVALUACIÓN de acuerdo al proceso descrito precedentemente, se realiza una evaluación económica abreviada cuando la naturaleza de la prestación y de la información disponible lo permita. Dicha evaluación, como método propuesto, se basa en las estimaciones de costo efectividad disponibles a nivel internacional para una tecnología, adaptándola a nivel local mediante la consideración de los precios y costos de la Argentina.

La evaluación económica abreviada (aHTA, como se mencionó con anterioridad), emplea la información de costo-efectividad disponible en la literatura para identificar rápidamente las prestaciones que cuentan con evidencia de ser costo efectivas, así como aquellas que necesitan una evaluación económica más exhaustiva, de acuerdo al método sintetizado en la Figura 10.

Si bien este proceso no reemplaza una evaluación económica completa, proporciona información valiosa para la toma de decisiones a corto plazo y permite identificar aquellas prestaciones que necesitan estudios más detallados basados en los resultados de costo-efectividad de referencia. Este método se ha implementado en otros países cuando los recursos locales son limitados para evaluar diversas tecnologías en salud (Lopert R, 2013).

Figura 10. **Flujograma de evaluaciones abreviadas.**



Fuente: adaptación de Dan Ollendorf (2022).

Evaluación Completa

En la tercer y última etapa, se estipula la coordinación con la CONETEC, de acuerdo a las pautas establecidas por el Anexo II de la Resolución N° 2092/2023 del Ministerio de Salud o la que en el futuro la reemplace, a efectos de realizar evaluaciones económicas completas adicionales. Dichas evaluaciones se realizan sobre las prestaciones categorizadas como EVALUACIÓN que lo requiriesen, no constituyendo lo anterior causal de exclusión de otras prestaciones no contempladas en ella.

Etapa 7: costeo

Metodología de costeo

El objetivo de la etapa de costeo consiste en estimar los costos actuales y los costos necesarios para alcanzar un nivel de cobertura universal de las prestaciones priorizadas en el PAISS - PB. La metodología para el cálculo de los costos del PAISS - PB consiste en un método de microcosteo en el que, a partir de las condiciones de salud-enfermedad, las líneas de cuidado identificadas y las prestaciones priorizadas, se diseña una serie de canastas que contienen recursos con sus indicaciones de uso, cantidad o frecuencia y periodicidad. Así, el contenido del microcosteo del PAISS - PB se estructuró en cuatro elementos, contenidos uno dentro del otro, según se presenta en la Figura 11.

Figura 11. **Componentes del microcosteo del PAISS - PB**

Condiciones de salud - enfermedad

Problemas de salud (GBD 3 dígitos) + Factores de riesgo (GBD 2 dígitos)

Líneas de cuidado

una o más por condición de salud-enfermedad

Canastas

conjunto de recursos

Recursos

bienes y servicios de salud

Fuente: elaboración propia.

A partir de la caracterización de cada uno de los recursos en función de los parámetros señalados, se valoriza individualmente cada uno de ellos, obteniendo su costo unitario.

Asimismo, se realizarán cálculos epidemiológicos y evaluaciones de la actual situación de cobertura con el propósito de calcular la tasa de necesidad, que indica el número anual de casos dentro de la población que requieren una determinada canasta, así como la tasa de cobertura, la cual representa una proyección de la cantidad anual de casos que actualmente reciben la prestación. Ambas tasas están definidas por subsector y expresadas en unidades de caso.

En la Tabla 5 se describen cada uno de los componentes del microcosteo PAISS - PB.

Tabla 5. **Componentes de la metodología de microcosteo**

Componente	Detalle
Recurso	Es un bien o servicio de salud, como un medicamento, práctica de laboratorio, imagen o insumo, entre otros.
Canasta	Conjunto de recursos dentro de una línea de cuidado.
Necesidad	Refiere a la población objetivo correspondiente a cada canasta. Se calcula como el cociente entre la población objetivo y la población base. Puede ser expresada también como tasa de necesidad. La población base se define como el grupo de personas susceptibles a requerir la canasta y la población objetivo es aquella población que necesita dicha canasta.
Cobertura	La cobertura actual es una estimación del porcentaje de la población objetivo que actualmente tiene acceso a esta canasta. Puede ser expresada también como tasa de cobertura.
Precio	Es el valor individual estimado de cada Recurso.

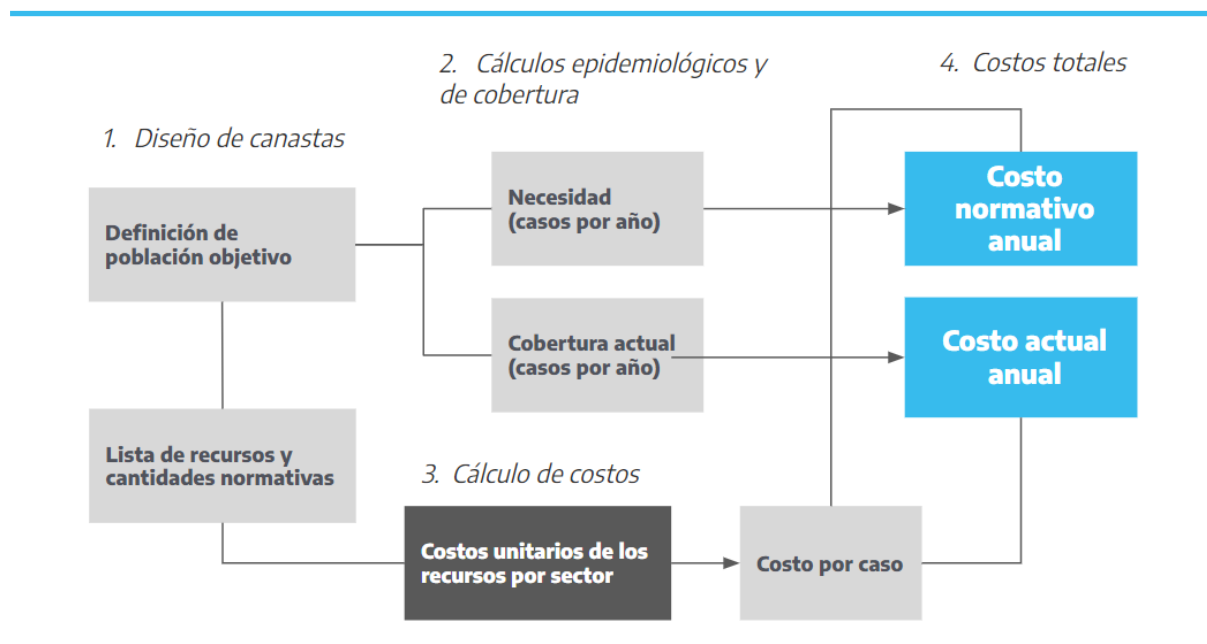
Fuente: elaboración propia.

Una vez definidas las tasas se realiza la estimación de los costos. Por un lado, el costo normativo anual de cada prestación, que se calcula multiplicando la tasa de necesidad por el

costo individual de cada uno de los recursos que componen a la canasta y, por el otro lado, el costo actual, que se define por la multiplicación de la tasa de cobertura y el costo unitario de cada recurso. La diferencia entre el costo normativo y el costo actual representa el costo incremental de alcanzar la cobertura universal de la canasta.

Los costos anuales de cada prestación se obtienen multiplicando, para el costo normativo, el costo promedio por caso por la tasa de necesidad y, para el costo actual, por la tasa de cobertura. De esta forma, a partir del costeo de cada recurso, pueden estimarse los costos de las líneas de cuidado y las condiciones de salud-enfermedad.

Figura 12. **Metodología de costeo de las líneas de cuidado**



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

Herramienta de costeo

La herramienta de microcosteo utilizada consolida los cálculos del modelo enunciados previamente. La misma consiste en un software que contiene cada una de las canastas con los recursos que las componen, ordenados por líneas de cuidado y condiciones de salud-enfermedad. Además, la herramienta contempla proyecciones de población, por subsector, edad y sexo, datos de incidencia y prevalencia para poder determinar las tasas de necesidad y cobertura, y valores de referencia para cada uno de los recursos. La Figura 13 ilustra cómo la herramienta unifica toda la información necesaria para la estimación del costo de cada una de las prestaciones.

Figura 13. **Base de prestaciones de la Herramienta de microcosteo PAISS - PB**

Editar necesidad y utilización...
Editar canasta...
Generar informe
Ayuda

Información general

Código de prestación: Descripción de prestación:

Tipo de prestación: Línea de salud:

Población base: Población objetivo:

Única vez o periódica:

Resumen de costos, según sector (2022):

Piso tasa de utilización:

Sector	Población base	Necesidad	Utilización	Costo por caso Pesos	Costo total Pesos	Porcentaje del costo conjunto

Incluir prestación en cálculos de costos

3

Referencias bibliográficas

- Roy, B., Figueira, J. R., Greco, S., y Ehrogott, M. (2016). Paradigms and challenges, en Multiple Criteria Decision Analysis: State of the Art Surveys (pp.3-24).
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2019). Proyectos. Recuperado el 24 de Febrero de 2020, de HO- T1293 : Apoyo a la elaboración del Plan Nacional de Beneficios en Salud (PNBS) en Honduras: <https://www.iadb.org/es/project/HO-T1293>
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2021). Documento Base para el Proceso de Elaboración de la Política del Conjunto Priorizado de Prestaciones en Salud para Honduras: una Propuesta para Avanzar hacia la Cobertura Universal en Salud.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) - Red CRITERIA (2022). Propuesta metodológica para el diseño y la elaboración del Plan de Beneficios de Argentina (PAISS) (documento inédito).
- Banco Mundial (2019). <https://datos.bancomundial.org/pais/argentina?view=chart>.
- Belton V, S. T. (2002). Multiple Criteria Decision Analysis: an integrated approach. . Springer Science and Business Media LLC;
- Bertranou, F., y Casanova, L. (2014). Informalidad laboral en Argentina: Segmentos críticos y políticas para la formalización Buenos Aires, Oficina de País de la OIT para Argentina, 2014. 155 p.
- Bitrán R. (2013). UNICO Studies Series 21 Explicit Health Guarantees for Chileans: The AUGÉ Benefits Package. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/308611468014981092/pdf/749580NWPOCHIL00Box374316B00PUBLIC0.pdf>
- Bitrán R. & Asociados. (2012). Estudio Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas.
- Bodenheimer T. High and rising health care costs. Part 1: seeking an explanation. *Ann Intern Med.* 2005 May 17;142(10):847-54. doi: 10.7326/0003-4819-142-10-200505170-00010. PMID: 15897535.
- Butler J., Klein R., Day P. y Redmayne S. (1997). Managing Scarcity, Open University Press, Buckingham, *Journal of Social Policy*, 26(3), 397-423. doi:10.1017/S0047279497255078
- Cetrangolo. (2015). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de economía política de Buenos Aires* , núm. 13
- Choi BCK, M. R. (2019). PAHO Strategic Plan Advisory Group. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, 43:e61.

- Cleemput, D. K. (2016). Multi-criteria decision analysis for the appraisal of medical needs: a pilot study. Health Services Research (HSR) Brussels.
- Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Excelencia Clínica (CONETEC), M. d. (2022). www.argentina.gob.ar.
- Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Excelencia Clínica (CONETEC) (20/12/2021). (<https://www.argentina.gob.ar/salud/conetec>).
- Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Excelencia Clínica (CONETEC) (2022). www.argentina.gob.ar/sites/default/files/conetec-manual-operativo-2020.pdf. Obtenido de www.argentina.gob.ar.
- Consortium, A. N. (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. Disponible en: <http://www.agreetrust.org> Accedido el 24/10/2021.
- Crosta, F. L., Navaridas, R., Robla Vilá, L. (2019). Gasto público en salud: Envejecimiento, tecnología, crecimiento y no observables.
- Culyer (2016). HTA - Algorithm or Process? Comment on "Expanded HTA: Enhancing Fairness and Legitimacy.". *Int J Health Policy Manag.*, 5(8):501-505. doi:10.15171/ijhpm.2016.59.
- Daniels N, S. J. (2008). Setting limits fairly: learning to share resources for health. *Choice Rev Online.* , 46(03):46-1513-46-1513.
- Dirección de Economía de la Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación (2019). <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadores-basicos-2019.pdf>
- Dodgson J, S. M. (2009). Multi-criteria analysis: a manual.
- Drummond, M. F. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes.* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press. <https://books.google.co.uk/books?id=lvWACgAAQBAJ>.
- Fogel, R. W. (2008). Forecasting the cost of U.S. health care in 2040. NBER working paper series. Working Paper 14.361. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w14361/w14361.pdf
- Fraser, N., Chukwuma, A., Koshkaryan, M., Yengibaryan, L., T, X. H., & Wilkinson, o. (2021). Reforming the basic benefits package in Armenia: modeling insights from the health interventions prioritization tool. The World Bank Group.
- Giedion, Bitrán, Tristao editores. (2014). Planes de beneficios en salud en América latina. Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Glassman A, C. K.-R. (2012). Priority-Setting Institutions in Health. Recommendations from a Center for Global Development Working Group. *Glob Heart* [Internet]. .
- Glassman, A. G. (2017). The Health Benefits Package. Bringing Universal Health Coverage from Rhetoric to Reality. I. En A. G. Glassman, What's in, what's out : designing benefits for universal health coverage. Washington DC: n A. Glassman, U. Giedion, & P. Smith,.

- Glassman, A., Giedion, U., y Smith, P. (2017). What's, what's out? Designing Benefits for Universal Health Coverage.
- Glassman, A., Giedion, U., Sakuma, Y., y Smith, P. (2016). Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes? *Health Systems & Reform*, 2(1), 39-50.
- Goetghebeuer Mireille, C. M. (2021). Deliberative processes by health technology assessment agencies: a reflection on legitimacy, values and patient and public involvement comment on "use of evidence- informed deliberative processes by health technology assessment agencies around the globe. *J Health Policy Management*.
- Goethgherbeuer, Wagner, et.al. (2008). Evidence and Value: Impact on Decision Making - The EVIDEM FRAMEWORK - and potential applications. *BMC Health Serv Res*.
- González-López Valcárcel (2007). Incorporación de nuevas tecnologías, salud y gasto sanitario. OPS.
- Gray, A. C. (2010). *Applied Methods of Cost-effectiveness Analysis in Healthcare*, . Oxford University Press.
- Greer, S.L., Lynch, J. F., Reeves, A., et al. (2022). The Politics of Healthy Ageing. *European Observatory on Health Systems and Policies*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356910/Policy-brief-1997-8073-2022-1-eng.pdf?sequence=1>
- Groothuis-Oudshoorn CGM, B. H. (2017). Dealing with uncertainty in the analysis and reporting of MCDA. In: *Multi-Criteria Decision Analysis to Support Healthcare Decisions* . Springer International Publishing.
- Hansen, P. a. (2008). A new method for scoring additive multi-attribute value models using pairwise rankings of alternatives. *J. Multi-Crit. Decis. Anal.*, 15: 87-107.
- Hernández, J. (1872). *Martín Fierro. Son campanas de palo las razones de los pobres*. Editorial CLASA.
- IADB. (2020). Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana - Nota Técnica-. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Estudio-de-caso-del-Plan-de-Servicios-de-Salu>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC) (2013). Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040.
- Izquierdo, A., Pessino, C. y Vuletin G. (2018). Mejor gasto para mejores vidas. *Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos*. <https://flagships.iadb.org/sites/default/files/dia/chapters/Capitulo-8-Un-gasto-eficiente-para-vidas-mas-sanas.pdf>
- Jamison, D. H. (2018). *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. Volume 9, . En D. H. Jamison, *Disease Control Priorities* (third edition). Washington, DC: World Bank.: Jamison, D.T., H. Gelband, S. Horton, P. Jha, R. Laxminarayan, C.N. Mock, and R. Nugent, editors.

- Johnson FR, L. E. (2013). Constructing experimental designs for discrete-choice experiments: Report of the ISPOR conjoint analysis experimental design good research practices task force. Value in health.
- Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, et al. (2012) The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. Lancet. 2012 Oct 6;380(9849):1259-79. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61068-X. Epub 2012 Aug 16.
- Kwon SH, P. S. (2017). Eliciting societal preferences of reimbursement decision criteria for anti cancer drugs in South Korea. Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res.
- Lassman, A. G. (2017). What's, what's out? Designing Benefits for Universal Health Coverage.
- Love-Koh J, G. S. (s.f.). Incorporating concerns for equity into health resource allocation A guide for practitioners. .
- Marino A. y Lorenzoni L. (2019). The impact of technological advancements on health spending - a literature review. OECD Health Working Paper No. 113.
- Marsh K, I. M. (2016). Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making - Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. . Value Heal. , 19(2):125-.
- Marsh K, L. T. (2014). Assessing the value of healthcare interventions using multi-criteria decision analysis: a review of the literature. Pharmacoeconomics., 345-65. doi: 10.1007/s40273-014-0135-0. PMID: 24504851.
- Marsh, K., Goetghebeur, M., Thokala, P., & Baltussen, R. (2017). Multi Criteria Decision Analysis to Support Healthcare Decisions. Springer International Publishing AG.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020). Estado de situación de salud de las Personas Mayores Año 2020. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/situacion_personas_mayores_23-11-2022.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020). <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-de-servicios-de-salud-del-programa-sumar>.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Actualización del Valor de la Cápita del Plan de Servicios de Salud.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2022). Coberturas de salud en Argentina. 2022. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/coberturas-de-salud-en-argentina-2022-deiss.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2023). Marco Normativo en Salud y la Agenda Legislativa. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/marco-normativo-en-salud-y-la-agenda-legislativa-de-iss>

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2023). Análisis del Programa Médico Obligatorio (P.M.O). Hacia la consagración del derecho a la salud en Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/analisis-del-programa-medico-obligatorio-pmo-hacia-la-consagracion-del-derecho-la-salud-en>
- Morgan RL, K. L. (2018). Decision-making frameworks and considerations for informing coverage decisions for healthcare interventions: a critical interpretive synthesis. . *J Clin Epidemiol.* , 143- 150. doi: 10.1016/j.jcli.
- Nemzoff, C., Shah, H. A., Heupink, L. F., et al. (2023). Adaptive Health Technology Assessment: A Scoping Review of Methods, *Value in Health*, Volume 26, Issue 10, Pages 1549-1557.
- Ochaleck, Revill, Manthalu, McGuire, Nkhoma, Rollinger, . . . Claxton. (2018). Supporting the development of a health benefits package in Malawi. *MBJ Global*.
- OCDE (2020). Gasto en salud per cápita y en relación al PIB. Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe. OECD Library.
- OCDE (2016). Scoping paper on health system efficiency measurement. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Scoping-Paper-Measuring-efficiency-in-health-system.pdf>
- Oliveira MD, M. I. (2019). Multi-criteria decision analysis for health technology assessment: addressing methodological challenges to improve the state of the art. *Eur J Heal Econ.* , 20(6).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) / Avenir Health (2016). One Health Tool Intervention Assumptions.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). The World Health Report 2010. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
- Parmelli E, A. L.-C., & Group., G. W. (2017). GRADE EVIDENCE TO DECISION (EtD) FRAMEWORK FOR COVERAGE DECISIONS. . *Int J Technol Assess Health Care*.
- Perón, J.D. (1949). *La Comunidad Organizada*. Biblioteca del Congreso de la Nación.
- Phillips. (2017). Best practice for MCDA in healthcare. In: *Multi-Criteria Decision Analysis to Support Healthcare Decisions*. Springer International Publishing;, p. 311–29.
- Pontificia Universidad Católica (2021). Encuesta de la Deuda Social Argentina.
- Riascos A. J. y Camelo, S. A. (2014). Una estimación del costo y cambios en el bienestar de los colombianos con el nuevo Plan de Beneficios en Salud *Revista de Economía del Rosario*, vol. 17, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 299-314.
- Riviere, P., Drummond, Martí, G., y Augustowski. (2021). Aplicación de la evidencia económica en la evaluación de tecnologías sanitarias y la toma de decisiones sobre asignación de recursos sanitarios en América Latina. Siete temas claves y una propuesta preliminar de implementación. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Rubinstein, P. R. (2016). Definición de políticas de cobertura de Argentina. CECE.

- Ryan M, G. K. (2003). using discrete choice experiments to value health care programmes: current practice and future research reflections. . Health Econ Health Policy. , 2(1):55-64. PMID: 14619274.
- Sabignoso, M. (2017). Planes de beneficios en salud y financiamiento basado en resultados: dos aliados para la cobertura universal y efectiva en salud.
- Smith PC, Chalkidou K. (2017). Should Countries Set an Explicit Health Benefits Package? The Case of the English National Health Service. Value Health. 2017 Jan;20(1):60-66. doi: 10.1016/j.jval.2016.01.004. PMID: 28212971; PMCID: PMC5338874.
- Spiegen A, H. H. (1991). Strategic Health Planning: Methods and Techniques Applied to Marketing and Management. Ablex Publishing Corporation.
- Superintendencia de Servicios de Salud, S. d. (2016). Revisión integral del Programa Médico Obligatorio. Universidad ISALUD.
- Thokala P, D. N. (2016). Multiple criteria decision analysis for health care decision making - An introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. . Value Health, 19(1):1-13.
- TL., S. (2016). The analytic hierarchy and analytic network processes for the measurement of intangible criteria and for decision-making. In: Multiple criteria decision analysis: state of the art surveys. Springer Science and Business Media LLC.
- Tobar, F., Anigstein, C. (2013). Redes en salud. Universidad Arturo Jauretche.
- Torres, J. R. (2020). Mitos y realidades de la seguridad social.
- Universidad de La Plata (2018). Trabajo específico N°2 Revisión de Costos y Cápitas del Plan de Servicios de Salud Priorizado.
- Universidad de Washington (2019). Health Data. Obtenido de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- Vaca, C. (2015). El plan de beneficios de Colombia ¿Qué lecciones nos deja? BID, Red Criteria.
- Van den Broek-Altenburg, E. A. (2020). Using discrete choice experiments to measure preferences for hard to observe choice attributes to inform health policy decisions. . Health Econ Rev, 10, 18 . <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00276-x>.
- Verguet, S. K. (2016). Extended cost-effectiveness analysis for health policy assessment: a tutorial. Pharmacoconomics, pp.913-923. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40273-016-0414-z>.
- Wang Y, W. Z. (2021). Application of Discrete Choice Experiment in Health Care: A Bibliometric Analysis. Public Health 9:673698. , <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.673698>.
- Watkins, D. (2017). Working Paper # 20, Costing Universal Health Coverage: The DCP3 Model. En Disease Control Priorities in Developing Countries, 3rd Edition.
- World Bank (2021). Walking the Talk : Reimagining Primary Health Care After COVID-19.

Youngkong S., Baltussen R., Tantivess S., Mohara A., Teerawattananon Y. (2012). Multicriteria Decision Analysis for Including Health Interventions in the Universal Health Coverage Benefit Package in Thailand, *Value in Health*, Volume 15, Issue 6, 2012, Pages 961-970. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S109830151201618X>

Zawodnik A, N. (2018). Multiple Criteria Decision Analysis (MCDA) for Health Care Decision Making- overview of guidelines. . *jhpoc.com.*, 29.

4

Anexos

Anexo I. Listado de problemas de salud priorizados

	Problemas de salud	Carga de enfermedad	Severidad	Inequidad en acceso	Beneficios indiv.	Rank	Score
1	VIH / SIDA	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio alto	1°	100,0%
2	Cáncer de colon y recto	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio alto	1°	100,0%
3	Tuberculosis	Media	Muy severa	Alta	Beneficio alto	3°	85,7%
4	Infecciones respiratorias inferiores	Alta	Muy severa	Media/Baja	Beneficio alto	3°	85,7%
5	Cáncer de mama	Alta	Severa	Alta	Beneficio alto	3°	85,7%
6	Cáncer de cuello uterino	Alta	Severa	Alta	Beneficio alto	3°	85,7%
7	Cáncer de próstata	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio	3°	85,7%
8	Leucemia	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio	3°	85,7%
9	Enfermedad cardíaca isquémica	Alta	Muy severa	Media/Baja	Beneficio alto	3°	85,7%
10	Accidente cerebrovascular	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio	3°	85,7%
11	Enfermedad cardíaca hipertensiva	Alta	Muy severa	Media/Baja	Beneficio alto	3°	85,7%
12	Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio medio	3°	85,7%
13	Violencia	Media	Muy severa	Alta	Beneficio alto	3°	85,7%
14	Trastornos neonatales	Alta	Severa	Alta	Beneficio medio	14°	71,4%
15	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio bajo	14°	71,4%
16	Cáncer de riñón	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio	14°	71,4%
17	Linfoma no Hodgkin	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio	14°	71,4%
18	Cáncer de estómago	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio bajo	14°	71,4%
19	Cáncer de hígado	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio	14°	71,4%
20	Cáncer de vesícula biliar y del tracto biliar	Media	Muy severa	Alta	Beneficio medio	14°	71,4%
21	Cáncer de páncreas	Alta	Muy severa	Alta	Beneficio bajo	14°	71,4%
22	Defectos congénitos	Alta	Severa	Alta	Beneficio medio	14°	71,4%
23	Endocarditis	Alta	Severa	Media/Baja	Beneficio alto	14°	71,4%
24	Enfermedad cardíaca valvular no reumática	Media	Severa	Alta	Beneficio alto	14°	71,4%
25	Cardiomiopatía y miocarditis	Alta	Muy severa	Media/Baja	Beneficio medio	14°	71,4%
26	Diabetes mellitus	Alta	No severa	Alta	Beneficio alto	14°	71,4%
27	Enfermedad renal crónica	Alta	Severa	Alta	Beneficio medio	14°	71,4%
28	Insuficiencia cardíaca	Alta	Severa	Alta	Beneficio medio	14°	71,4%
29	Enfermedades diarreicas	Media	Severa	Media/Baja	Beneficio alto	29°	57,1%
30	Dengue	Baja	Severa	Alta	Beneficio alto	29°	57,1%

31	Meningitis	Baja	Muy severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
32	Hepatitis aguda	Baja	Muy severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
33	Malnutrición calórico-proteica	Media	No severa	Alta	Beneficio alto	29°	57,1%
34	Cáncer de laringe	Media	Muy severa	Alta	Beneficio bajo	29°	57,1%
35	Melanoma maligno de la piel	Baja	Muy severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
36	Cáncer de ovario	Media	Severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
37	Cáncer de vejiga	Media	Muy severa	Alta	Beneficio bajo	29°	57,1%
38	Cáncer de cerebro y del sistema nervioso	Media	Muy severa	Alta	Beneficio bajo	29°	57,1%
39	Linfoma de Hodgkin	Baja	Muy severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
40	Mieloma múltiple	Baja	Muy severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
41	Cáncer de esófago	Media	Muy severa	Alta	Beneficio bajo	29°	57,1%
42	Osteoartritis	Alta	No severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
43	Fibrilación auricular y aleteo	Media	Severa	Media/Baja	Beneficio alto	29°	57,1%
44	Aneurisma aórtico	Baja	Muy severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
45	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Alta	Muy severa	Media/Baja	Beneficio bajo	29°	57,1%
46	Enfermedad inflamatoria intestinal	Baja	Severa	Alta	Beneficio alto	29°	57,1%
47	Trastornos depresivos	Alta	No severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
48	Trastorno bipolar	Alta	No severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
49	Trastornos por consumo de alcohol	Alta	No severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
50	Trastornos por consumo de drogas	Media	Severa	Alta	Beneficio medio	29°	57,1%
51	Infecciones de transmisión sexual excluyendo el VIH	Baja	No severa	Alta	Beneficio alto	51°	42,9%
52	Infecciones de las vías respiratorias superiores	Media	No severa	Media/Baja	Beneficio alto	51°	42,9%
53	Otitis media	Baja	No severa	Alta	Beneficio alto	51°	42,9%
54	Tétanos	Baja	Severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
55	Trastornos maternos	Media	No severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
56	Deficiencia dietética de hierro	Media	No severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
57	Cáncer de labio y cavidad oral	Baja	Muy severa	Alta	Beneficio bajo	51°	42,9%
58	Cáncer uterino	Baja	Severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
59	Cáncer testicular	Baja	Severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
60	Cáncer de Nasofaringe	Baja	Muy severa	Alta	Beneficio bajo	51°	42,9%
61	Cáncer de tiroides	Baja	Severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
62	Mesotelioma	Baja	Muy severa	Alta	Beneficio bajo	51°	42,9%
63	Ceguera y deficiencia visual	Media	No severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
64	Artritis reumatoide	Baja	No severa	Alta	Beneficio alto	51°	42,9%
65	Dolor lumbar	Alta	No severa	Media/Baja	Beneficio medio	51°	42,9%
66	Enfermedades ginecológicas	Alta	No severa	Media/Baja	Beneficio medio	51°	42,9%
67	Trastornos orales	Alta	No severa	Alta	Beneficio bajo	51°	42,9%
68	Síndrome de muerte súbita infantil	Baja	Muy severa	Alta	Beneficio bajo	51°	42,9%

69	Enfermedad cardíaca reumática	Media	No severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
70	Asma	Alta	No severa	Media/Baja	Beneficio medio	51°	42,9%
71	Enfermedades del sistema digestivo superior	Media	Severa	Media/Baja	Beneficio medio	51°	42,9%
72	Apendicitis	Baja	Severa	Media/Baja	Beneficio alto	51°	42,9%
73	Pancreatitis	Media	Severa	Media/Baja	Beneficio medio	51°	42,9%
74	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	Alta	No severa	Alta	Beneficio bajo	51°	42,9%
75	Enfermedad de Parkinson	Media	No severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
76	Epilepsia	Media	Severa	Media/Baja	Beneficio medio	51°	42,9%
77	Esclerosis múltiple	Baja	Severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
78	Cefaleas	Alta	No severa	Media/Baja	Beneficio medio	51°	42,9%
79	Esquizofrenia	Alta	No severa	Alta	Beneficio bajo	51°	42,9%
80	Trastornos de ansiedad	Alta	No severa	Alta	Beneficio bajo	51°	42,9%
81	Trastornos alimentarios	Media	No severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
82	Trastornos del espectro autista	Media	No severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
83	Trastorno de conducta	Media	No severa	Alta	Beneficio medio	51°	42,9%
84	Infecciones por nematodos intestinales	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
85	Enfermedad de Chagas	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
86	Cisticercosis	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
87	Equinocosis quística	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
88	Encefalitis	Baja	Severa	Alta	Beneficio bajo	84°	28,6%
89	Tos ferina	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
90	Varicela y herpes zóster	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
91	Otras enfermedades infecciosas no especificadas	Baja	Severa	Alta	Beneficio bajo	84°	28,6%
92	Deficiencia de vitamina A	Baja	No severa	Media/Baja	Beneficio alto	84°	28,6%
93	Otras deficiencias nutricionales	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
94	Cáncer de piel no melanoma	Baja	Severa	Alta	Beneficio bajo	84°	28,6%
95	Otros cánceres de faringe	Baja	Severa	Alta	Beneficio bajo	84°	28,6%
96	Otras neoplasias	Baja	Severa	Alta	Beneficio bajo	84°	28,6%
97	Gota	Baja	Severa	Media/Baja	Beneficio medio	84°	28,6%
98	Hemoglobinopatías y anemias hemolíticas	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
99	Enfermedad arterial periférica	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
100	Neumoconiosis	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
101	Otras enfermedades respiratorias crónicas	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
102	Enfermedades de vesícula y vías biliares	Media	No severa	Media/Baja	Beneficio medio	84°	28,6%
103	Otros trastornos neurológicos	Media	No severa	Alta	Beneficio bajo	84°	28,6%
104	Otros trastornos mentales	Media	No severa	Alta	Beneficio bajo	84°	28,6%
105	Úlcera por decúbito	Baja	Severa	Media/Baja	Beneficio medio	84°	28,6%

106	Psoriasis	Media	No severa	Media/Baja	Beneficio medio	84°	28,6%
107	Enfermedades bacterianas de la piel	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
108	Sarna	Baja	No severa	Alta	Beneficio medio	84°	28,6%
109	Enfermedades urinarias e infertilidad masculina	Media	No severa	Media/Baja	Beneficio bajo	109°	14,3%
110	Hernia inguinal, femoral y abdominal	Baja	No severa	Media/Baja	Beneficio medio	109°	14,3%
111	Trastornos intestinales vasculares	Baja	Severa	Media/Baja	Beneficio bajo	109°	14,3%
112	Discapacidad del desarrollo intelectual idiopático	Baja	No severa	Alta	Beneficio bajo	109°	14,3%
113	Dermatitis	Media	No severa	Media/Baja	Beneficio bajo	109°	14,3%
114	Urticaria	Baja	No severa	Alta	Beneficio bajo	109°	14,3%
115	Otras enfermedades de la piel y subcutáneas	Media	No severa	Media/Baja	Beneficio bajo	109°	14,3%
116	Micosis cutáneas	Baja	No severa	Alta	Beneficio bajo	109°	14,3%
117	Enfermedades virales de la piel	Media	No severa	Media/Baja	Beneficio bajo	109°	14,3%
118	Acné vulgar	Media	No severa	Media/Baja	Beneficio bajo	109°	14,3%
119	Otras enfermedades de los órganos del sentido	Baja	No severa	Media/Baja	Beneficio bajo	119°	0%
120	Enfermedad de las neuronas motoras	Baja	No severa	Media/Baja	Beneficio bajo	119°	0%
121	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Baja	No severa	Media/Baja	Beneficio bajo	119°	0%
122	Alopecia areata	Baja	No severa	Media/Baja	Beneficio bajo	119°	0%
123	Prurito	Baja	No severa	Media/Baja	Beneficio bajo	119°	0%
124	Otras lesiones en el transporte	Baja	No severa	Media/Baja	Beneficio bajo	119°	0%

Anexo II. Listado de factores de riesgo priorizados

Factores de riesgo

ID REI

	Factores de riesgo	ID REI
1	Malnutrición infantil y materna	92
2	Tabaco	98
3	Uso de alcohol	102
4	Uso de drogas	103
5	Riesgos alimentarios	110
6	Violencia de pareja	135
7	Abuso sexual en la infancia y acoso escolar	381
8	Sexo inseguro	170
9	Baja actividad física	125
10	Glucemia en ayunas elevada	105
11	Colesterol LDL elevado	367
12	Presión arterial sistólica elevada	107
13	Índice de masa corporal alto	108
14	Baja densidad mineral ósea	109
15	Función renal alterada	341

Anexo III. Listado de líneas de cuidado identificadas por condición de salud-enfermedad (fase 1)

	Línea de cuidado	Condición de salud-enfermedad
1	VIH / SIDA	VIH / SIDA
2	Cáncer de colon y recto	Cáncer de colon y recto
3	Tuberculosis	Tuberculosis
4	Cáncer de mama (temprano)	Cáncer de mama
5	Cáncer de mama (avanzado)	
6	Cáncer de cuello uterino	Cáncer de cuello uterino
7	Cáncer de próstata	Cáncer de próstata
8	Leucemia mieloide aguda	Leucemia
9	Leucemia mieloide crónica	
10	Enfermedad cardíaca isquémica crónica	Enfermedad cardíaca isquémica
11	Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST	
12	Angina inestable e infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST	
13	Accidente cerebrovascular isquémico	Accidente cerebrovascular
14	Accidente cerebrovascular hemorrágico	
15	Hipertensión arterial primaria	Enfermedad cardíaca hipertensiva
16	Cirrosis hepática	Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas
17	Hígado graso no alcohólico	
18	Hepatitis B	
19	Hepatitis C	
20	Sepsis neonatal	Trastornos neonatales
21	Recién nacido pretérmino	
22	Ictericia neonatal	
23	Atención del recién nacido sano	
24	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (células no pequeñas)	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón
25	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (células pequeñas)	
26	Cáncer de riñón	Cáncer de riñón
27	Linfoma no Hodgkin (linfoma folicular)	Linfoma no Hodgkin
28	Linfoma no Hodgkin (linfoma de células B grandes)	
29	Cáncer de estómago	Cáncer de estómago
30	Cáncer de hígado (hepatocarcinoma)	Cáncer de hígado

31	Cáncer de vesícula biliar y del tracto biliar	Cáncer de vesícula biliar y del tracto biliar
32	Cáncer de páncreas	Cáncer de páncreas
33	Endocarditis	Endocarditis
34	Enfermedad cardíaca valvular no reumática	Enfermedad cardíaca valvular no reumática
35	Miocarditis	Cardiomiopatía y miocarditis
36	Diabetes mellitus tipo 2	Diabetes mellitus
37	Diabetes mellitus tipo 1	
38	Enfermedad renal crónica (no terminal)	Enfermedad renal crónica
39	Enfermedad renal crónica terminal con reemplazo de función	
40	Enfermedad renal crónica con trasplante renal	
41	Insuficiencia cardíaca congestiva aguda	Insuficiencia Cardíaca
42	Insuficiencia cardíaca congestiva crónica	
43	Meningitis	Meningitis
44	Hepatitis aguda	Hepatitis aguda (aguda, B y C)
45	Melanoma maligno de la piel	Melanoma maligno de la piel
46	Cáncer de ovario	Cáncer de ovario
47	Cáncer de vejiga	Cáncer de vejiga
48	Cáncer de cerebro y del sistema nervioso	Cáncer de cerebro y del sistema nervioso
49	Linfoma de Hodgkin	Linfoma de Hodgkin
50	Mieloma múltiple	Mieloma múltiple
51	Cáncer de esófago	Cáncer de esófago
52	Artrosis de rodilla	Osteoartritis
53	Artrosis de cadera	
54	Fibrilación auricular	Fibrilación auricular y aleteo
55	Aneurisma de aorta	Aneurisma aórtico
56	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de manejo ambulatorio	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
57	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica reagudizado	
58	Colitis ulcerosa	Enfermedad inflamatoria intestinal
59	Enfermedad de Crohn	
60	Depresión	Trastornos depresivos
61	Trastorno bipolar	Trastorno bipolar
62	Preeclampsia y eclampsia	Trastornos maternos
63	Hemorragia postparto	
64	Aborto	

65	Diabetes gestacional	
66	Hipertensión arterial en embarazo	
67	Cesárea	
68	Inducción del parto	
69	Cáncer uterino (cáncer de endometrio)	Cáncer uterino
70	Cáncer testicular	Cáncer testicular
71	Cáncer de nasofaringe	Cáncer de Nasofaringe
72	Cáncer de tiroides	Cáncer de tiroides
73	Mesotelioma	Mesotelioma
74	Artritis reumatoidea	Artritis reumatoide
75	Endometriosis	Enfermedades ginecológicas
76	Asma adultos y adolescentes en mayores 12 años	Asma
77	Asma en niños menores 12 años	
78	Úlcera gastroduodenal	Enfermedades del sistema digestivo superior
79	Apendicitis	Apendicitis
80	Pancreatitis	Pancreatitis
81	Esclerosis múltiple	Esclerosis múltiple
82	Enfermedad de Parkinson	Enfermedad de Parkinson
83	Trastornos de ansiedad	Trastornos de ansiedad
84	Cáncer de piel no melanoma (epidermoide)	Cáncer de piel no melanoma
85	Cáncer de piel no melanoma (basocelular)	
86	Enfermedad arterial periférica	Enfermedad arterial periférica
87	Factores de riesgo asociados a enfermedades contagiosas materno-infantiles	
88	Factores de riesgo asociados a enfermedades cardio-metabólicas	
89	Factores de riesgo asociados a otras enfermedades cardiológicas	
90	Factores de riesgo asociados al cáncer	
91	Factores de riesgo asociados a trastornos mentales y neurodegenerativos	
92	Factores de riesgo asociados a enfermedades respiratorias	
93	Factores de riesgo asociados a otras enfermedades crónicas no transmisibles	
94	Factores de riesgo asociados a causas externas	
95	Promoción de la salud	
96	Enfermedades poco frecuentes	
97	Atención de la emergencia	



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Anexo III

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 57 pagina/s.