PRESUPUESTO DEL GASTO EN LA SALUD PUBLICA EN ARGENTINA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
SEDE BERAZATEGUI
CARRERA: CONTADOR PUBLICO

NOMBRE: SIMAO VIVIANA ESTELA
DNI: 25.578.936
LEGAJO: B00019744-C8

MAIL: VIVIANAESTELA.SIMAO@ALUMNOS.UAI.EDU.AR

Profesor: Edberto Ibarra

AGRADECIMIENTOS

EN PRIMER LUGAR, QUIERO AGRADECER A MIS HIJOS AGUSTIN Y VALENTIN QUE ME ACOMPAÑARON DESDE EL PRIMER DIA Y ME APOYARON DURANTE TODA LA CARRERA, A PESAR DE LOS MOMENTOS DIFICILES QUE ATRAVEZAMOS A LO LARGO DE ESTOS AÑOS EN PARTICULAR DESPUES DEL FALLECIMIENTO DE SU PADRE ME AYUDARON A NO RENDIRME, A NO BAJAR LOS BRAZOS Y A SEGUIR SIEMPRE PARA ADELANTE Y A MI MARIDO Y PADRE DE MIS HIJOS QUE ME ALENTO DESDE EL PRIMER MOMENTO QUE LE DIJE QUE QUERIA HACER LA CARRERA. LOS AMO HASTA INFINITO Y MAS ALLA.

A MI PAPA, QUE DESDE DONDE ESTA, ME SIGUE GUIANDO Y DANDO MAS FUERZA QUE NUNCA INCLUSO EN LA ELECCION DEL TEMA DE MI TRABAJO, FUE MI MOTOR DE FUERZA PARA REALIZAR LA INVESTIGACION.

A MI MAMA, QUE SIEMPRE SE ANGUSTIABA PORQUE LLEGABA TARDE A CASA Y POR VER QUE NO TENIA NI TIEMPO PARA DESCANSAR.

A MIS HERMANOS QUE ME APOYARON TODO ESTE TIEMPO Y ME ALENTABAN A SEGUIR.

A MIS AMIGOS QUE ME ACOMPAÑARON, COMPRENDIERON Y RECORDARON QUE PODIA CUMPLIR MI SUENO EN LA VIDA.

A MIS COMPAÑEROS DE CURSADA, QUE FUERON ROTANDO A LO LARGO DE LA CARRERA, AMISTADES QUE AUN CONSERVO CON LOS YA EGRESADOS, UNA AMISTAD Y COMPLICIDAD DE MUCHOS MOMENTOS COMPARTIDOS CON COMPAÑEROS QUE FUI SUMANDO A MI VIDA, ESOS FACUAMIGOS QUE TERMINAN SIENDO TODO LO QUE ESTA BIEN, CON LOS QUE COMPARTIS RISAS, NERVIOS, Y ESE ALIENTO A NO BAJAR LOS BRAZOS COMO NADIE MAS PUEDE ENTENDER Y CON LOS QUE HOY TERMINAMOS LA CARRERA JUNTOS Y OTROS MUY PRONTO.

A LOS DOCENTES, AL PROFE TUTOR EDBERTO IBARRA QUE ME ACOMPAÑO Y ME ALENTO CUANDO PENSE QUE NO IBA A PODER LOGRAR HACER ESTE TRABAJO, ME MOSTRO EL CAMINO, ME ACONSEJO E HIZO VER QUE SE PUEDE.

A LA UAI EN GENERAL POR HACER QUE ME SIENTA TAN CONTENIDA A LO LARGO DE TODO MI TRAYECTO Y GENERAR ORGULLO DE PERTENECER A ESTA GRAN INSTITUCION EDUCATIVA.

GARCIAS INFINITAS!

INDICE

INTRODUCCION……PAG.3

- PALABRAS CLAVE……PAG.4
- NATURALEZA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION……PAG.4
- JUSTIFICACION DE LA ELECCION DEL PROBLEMA……PAG.5

MARCO TEORICO CONCEPTUAL – REFERENCIAL……PAG.7

- ANTECEDENTES……PAG.7
- MARCO TEORICO……PAG.9

MARCO METODOLOGICO……PAG.24

- OBJETIVO GENERAL……PAG.24
- OBJETIVOS ESPECIFICOS……PAG.24
- HIPOTESIS DE TRABAJO……PAG.25
- DEFINICION DE CONCEPTOS DE TRABAJO……PAG.25
- DEFINICION DE LAS VARIABLES……PAG.26
- POBLACION DE TRABAJO……PAG.26
- DETERMINACION DE LAS TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS A EMPLEAR Y ELABORACION DE LOS INSTRUMENTOS DE REGISTRO CORRESPONDIENTES……PAG.27
- FUENTES……PAG.28
- PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION……PAG.29
- DETERMINACION DE LAS TECNICAS CON QUE ANALIZARAN LOS DATOS RELEVADOS……PAG.29
- CARACTERISTICAS DEL INFORME FINAL……PAG.29
- CRONOGRAMA OPERATIVO……PAG.30
- RECURSOS NECESARIOS……PAG.31
- RECOLECCION DE DATOS……PAG.32

CONCLUSION……PAG.40

BIBLIOGRAFIA……PAG.43

INTRODUCCIÓN

El gasto catastrófico en salud (GCS) puede considerarse como el gasto efectuado en un conjunto de prestaciones, insumos y otros cuidados de salud, más o menos prolongados en el tiempo, que impactan en forma considerable sobre la economía de las instituciones, o personas que deben financiarlas. Por lo general, de acuerdo al umbral del gasto, se considera que es catastrófico cuando supera el 40% del ingreso disponible de un hogar, después de cubrir las necesidades básicas.

En Argentina, dicho gasto está influenciado por la estructura del sistema de salud, la cobertura médica, el nivel de ingresos con el que cuenta cada hogar y la carga de enfermedades crónicas y agudas.

El GCS en Argentina requiere una comprensión profunda de varios factores económicos y sociales que influyen en el acceso y la calidad de la atención médica. Se refiere a aquellos costos que son tan elevados que pueden llevar a una familia a la pobreza o agravar su situación económica.

La salud, en términos económicos, presenta características diferentes al resto de los bienes que se intercambian en el mercado (principio de incertidumbre) por lo cual el mercado ha desarrollado los seguros de salud, como instrumentos de financiación que distribuyen los riesgos de afrontar un gasto no previsto. Este mecanismo de financiación, en un mercado especializado, de productos heterogéneos, está sujeto a problemas de información asimétrica.

En el caso del GCS, se constata una persistencia temporal en el patrón de gastos elevado. Una vez establecido el diagnóstico, la mayor parte de la asistencia se concentra en medicamentos de alto costo (MAC), que poseen características de mercado particulares, condiciones monopólicas y posibilidad de generar demanda.

El problema de la financiación y gestión del GCS en la Argentina está condicionado por el contexto general del sector salud de nuestro país, caracterizado por un esquema fragmentado de responsabilidades y capacidades de

respuesta, de acuerdo con cada subsector encargado de la financiación y prestación de servicios.

Se trata de un tema relativo al análisis regulatorio y políticas públicas del país y a las necesidades de la población en un momento de vulnerabilidad donde necesitan contar con la tranquilidad de poder afrontar una enfermedad que cambia por completo su vida por tal motivo es que se pretende analizar el gasto público derivado a la salud en La República Argentina.

PALABRAS CLAVE:

SALUD PÚBLICA – MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO - ECONOMIA ARGENTINA – SEGURIDAD SOCIAL – GASTOS CATASTROFICOS EN SALUD

NATURALEZA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

El gasto catastrófico en Argentina se caracteriza por varias particularidades que reflejan las dinámicas socioeconómicas y estructuras del sistema de salud del país.

Por lo general, de acuerdo al umbral del gasto, se considera que es catastrófico cuando supera el 40% del ingreso disponible de un hogar, después de cubrir las necesidades básicas.

Existen diferencias en el acceso y calidad de la atención medica entre los distintos sectores socioeconómicos. La desigualdad de acceso a la salud entre las personas con menos ingresos y aquellas que viven en áreas rurales o marginales son más vulnerables al gasto catastrófico.

Aunque en Argentina hay un sistema de seguro de salud obligatorio y una red de obras sociales, la cobertura no siempre es completa. Los gastos fuera de bolsillo, tratamientos específicos y servicios no cubiertos pueden ser elevados.

Las enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares requieren tratamientos continuos y costosos que pueden llevar a un gasto catastrófico a la persona enferma y a sus familias.

Otro punto a considerar hoy en día es la falta de regulación de precios de medicamentos y servicios médicos que pueden no ser suficientes para proteger a los consumidores lo que influye en el aumento del costo de acceder a una atención y seguimiento médicos.

Aunque existen programas de subsidios y asistencia financiera para ciertos grupos vulnerables estos a menudo no son suficientes para cubrir todos los gastos asociados con el tratamiento de enfermedades crónicas o graves.

Para ello es fundamental analizar las políticas de salud pública y las iniciativas gubernamentales destinadas a reducir el impacto del gasto catastrófico. Esto incluye programas de asistencia financiera, subsidios para medicamentos y tratamientos médicos además de la promoción de seguros de salud más amplios y accesibles.

JUSTIFICACION DE LA ELECCION DEL PROBLEMA

La modalidad elegida corresponde a un Trabajo de Investigación, dado que, según el Instructivo de Trabajos Finales de Carreras de Grado de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Abierta Interamericana (2025), se trata de “una línea temática con enfoque especifico, denominación del proyecto de investigación Naturaleza del proyecto de investigación” relacionado al presupuesto del gasto en la salud pública en la República Argentina.

Según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014) la intervención del trabajo será observacional y documental dado que se observan documentos y se obtiene de ellos información de interés para tratar el tema abordado con el fin de analizar y comprender el tema que preocupa a la sociedad más vulnerable del país.

Según sus características, es un trabajo cualitativo Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014 pag.12) “La recolección de los

datos está orientada a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas" y desde ese lugar poder tener una amplia perspectiva de impacto que tiene en la población y su importancia.

Según el Instructivo de Trabajos Finales de Carreras de Grado de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Abierta Interamericana (2025), la línea elegida se trata de un tema relativo al análisis regulatorio y políticas públicas del país, ya que se pretende analizar el gasto publico derivado a la salud en la República Argentina.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL – REFERENCIAL

ANTECEDENTES

En el libro Gestión del Alto Costo en Salud en Argentina publicado por los Doctores Mario Glanc y Sergio Horis Del Prete (2021) y presentado en la en la 47° Feria Internacional del Libro de Buenos Aires el 4 de mayo de 2021 abordan la propuesta de un modelo de gestión de la salud en términos de financiabilidad y ética. El libro trata sobre el dilema que representa el alto costo de la salud en Argentina, y temas como el incremento de los precios de los medicamentos, la disponibilidad de nuevas tecnologías e insumos.

La publicación realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2009), preparada a partir de las conclusiones del Primer Encuentro Internacional sobre Acceso a Medicamentos de Alto Costo y Fuentes Limitadas, realizado en noviembre de 2008 y organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Ministerios de Salud y de Relaciones Exteriores de Brasil, y en el que participaron delegaciones de Argentina, Barbados, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Uruguay, hicieron eje en el problema de los Medicamentos de Alto Costo y resaltaron que según el caso y dentro de las dificultades para su acceso se encuentra la falta de interés por parte de la industria respecto de investigar y desarrollar nuevos insumos destinados a patologías consideradas prevalentes en países de ingresos medios y bajos, dado su escaso atractivo comercial además de la falta de incentivos por parte de los gobiernos.

Por otro lado, Marisol Mancini en su tesis de Doctorado de la Universidad Nacional de San Martin de Buenos Aires la cual fue publicada el 10 de Diciembre de 2014 en la revista Enfoques, tuvo por objetivo analizar la implementación de una política pública de salud, el Programa de Salud Materno-Infantil Provincial, Plan Nacer, en una provincia argentina, Santiago del Estero,

durante los años 2005-2008 quien sostuvo que el modo específico de ejercicio del poder del Estado en Santiago del Estero limita las transformaciones burocráticas y los resultados que se esperan alcanzar en materia de impactos sobre la gestión de la política pública.

"Inequidad en salud en la Ciudad de Buenos Aires: análisis de las causas". Año 2017 es un trabajo final de maestría en el cual Agustin Andres Tolini investigó las inequidades en salud que existen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y cómo las mismas se vincularon con aspectos económicos, educativos, sociales y estructurales llamados determinantes de salud, es decir las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Tal como dice el informe se puede apreciar que, en algunos casos, estos factores responden a variaciones biológicas o de libre elección, y en otros, a factores ambientales u otras condiciones fundamentalmente fuera del control de los individuos involucrados. Por otro lado, la inequidad se refiere a diferencias que son evitables e injustas, que surgen como consecuencia de un gobierno deficiente, de la corrupción o de la exclusión cultural, y que tiene como consecuencia enfermedades y muertes que de otra forma serían evitables.

El artículo referente a Gastos Catastróficos en Salud, transferencias gubernamentales y remesas en México, publicado en la revista Papeles de población por Díaz González Eliseo y Ramírez García José Bertín (2017) de El Colegio de la Frontera Norte, México, nos muestra un análisis exhaustivo acerca del gasto de salud en México y los principales determinantes en gastos catastróficos, artículo en el cual consideran variables de ingreso como de gastos de las familias pudiendo distinguir los ingresos por subsidios gubernamentales. En dicho informe, en base a datos que obtuvieron mediante encuestas de hogares y modelos probabilísticos, pudieron estimar los factores determinantes de la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos. Los resultados que obtuvieron sugieren que la condición de aseguramiento es determinante del gasto en salud, pero no así la probabilidad de gastos catastróficos, siempre que los ingresos exógenos al hogar tienen una relación positiva en ambas determinantes.

Detrás de la dispersión en los resultados se encuentra el hecho económico de que los gastos catastróficos, cualquiera que sea su monto absoluto, representan una situación de quiebra financiera de las familias. Para superar esa quiebra financiera, las familias con vulnerabilidad económica deben recurrir a un financiamiento externo a la unidad familiar, sea de parientes o familiares que no habitan el mismo hogar, de amigos o donativos de asociaciones u organizaciones altruistas.

MARCO TEORICO

Para comenzar es fundamental definir los conceptos básicos que ayudaran a la comprensión global del tema.

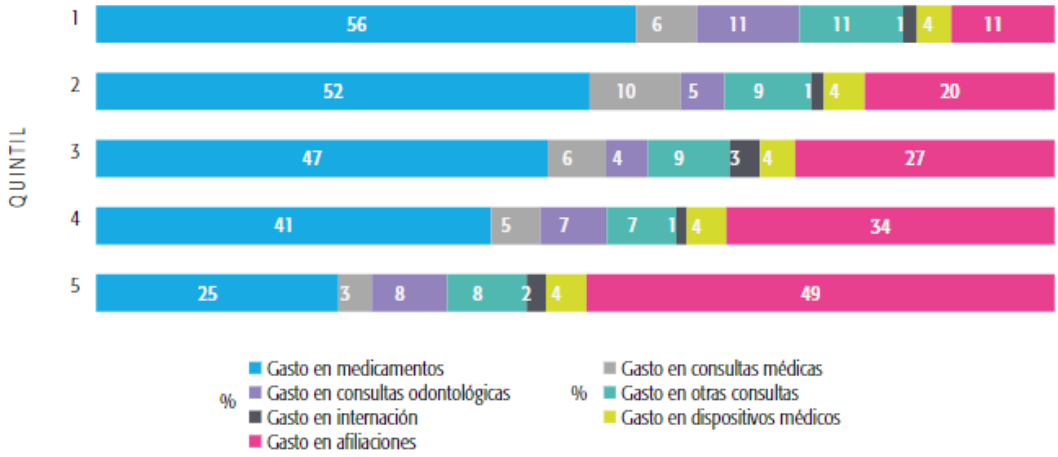
El Ministerio de Salud de la República Argentina en su "Revista Argentina de Salud Pública" (2022) definió a los gastos de bolsillo en salud y gastos catastróficos de la siguiente manera:

Gasto de bolsillo en salud (GBS):

> Es todo desembolso de dinero requerido en el momento y lugar de utilización de los servicios de salud. No incluye el pago de primas de seguros de salud, y se debe deducir cualquier reembolso realizado por un seguro. La ENGHo permite distinguir el GBS del aporte a los seguros voluntarios de salud. Cabe mencionar que el GBS consta de los siguientes rubros: gastos en medicamentos, consultas médicas, consultas odontológicas, otras consultas, internaciones y dispositivos médicos.

Gasto catastrófico en salud:

El GBS se considera catastrófico si excede una fracción del gasto del hogar en un período dado, generalmente un año. A partir de los datos de la Encuesta de Gastos de los Hogares 2017, se consideró un umbral del 10% y se observó que el 11,4% de los hogares incurrió en gasto catastrófico en salud.



Distribución del gasto en salud de los hogares por concepto, según quintil de ingreso per cápita, en porcentaje, Argentina, 2017-2018. Revista Argentina de Salud Pública (2022)

Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas:

Según Federico Tobar y Esteban Liftschitz (2011) el Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas es un sistema solidario cuya misión será consolidar el derecho universal a los cuidados adecuados frente a las enfermedades catastróficas. Todas y todos los argentinos que padezcan estas enfermedades recibirán la asistencia y tratamiento acordes al estadio de la misma, de forma independiente a su nivel de ingreso y lugar de residencia. Para alcanzar su misión el seguro dispone de autonomía, de fondos estables y administra riesgos.

¿Por qué un SEGURO? Un seguro es un mecanismo que permite reducir incertidumbres transfiriendo el riesgo de ocurrencia de un hecho fortuito (siniestro) a un tercero que por ello recibe un pago adelantado. La sostenibilidad del seguro tiene como requisito el reunir un conjunto de asegurados cuyos riesgos individuales se consolidan en un conjunto o pool de riesgo. Cuanto más grande el pool de riesgo

> más sostenible, es decir más "seguro" resulta el seguro. A mayor población cubierta, menor incidencia y mayor costo de las prestaciones involucradas, mejor resultará el funcionamiento de los seguros de salud como mecanismos de protección social frente a la adversidad económica que generan los eventos de enfermedad. Por ejemplo, tratar a un paciente con Enfermedad de Gaucher puede costar más de U$s 300 mil al año. Este valor resulta fatal si lo debe enfrentar el paciente o su grupo familiar. El costo del tratamiento también desequilibraría las finanzas de un seguro de salud que cuenta con alrededor de 10.000 beneficiarios. Pero repartido entre 40 millones de habitantes, el impacto sería mínimo.
>
> Federico Tobar y Esteban Liftschitz (pàg.2)

Enfermedades catastróficas:

Las enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares requieren tratamientos continuos y costosos que pueden llevar a un gasto catastrófico a la persona enferma y a sus familias. Federico Tobar y Esteban Liftschitz (2011) realizaron el siguiente cuadro con las enfermedades consideradas catastróficas:

Enfermedades a ser cubiertas

FASE 1
1. Fibrosis Quística, 2. Enfermedad de Gaucher, 3. Enfermedad de Fabry, 4. Enfermedad de Pompe, 5. Enfermedad de Crohn, 6. Tratamiento con Hormona de Crecimiento, 7. Insuficiencia Renal Crónica, 8. Transplante y tratamiento Inmunosupresor post trasplante

FASE 2
A las anteriores se agregan: 9. HIV/SIDA 10. Hemofilia

FASE 3
A las anteriores se agregan: 11. Esclerosis Múltiple 12. Mieloma Múltiple 13. Tumores del Sistema Nervioso Central 14. Hepatitis C 15. Leucemias y GIST 16. Cáncer de mama 17. Cáncer de Riñón 18. Cáncer Colo-rectal

Medicamentos de altos costos:

Los llamados medicamentos de alto costo (MAC) en su mayoría, se destinan al tratamiento de enfermedades raras y poco frecuentes, no tienen acción curativa, en muchos casos carecen de estudios de seguridad y eficacia comprobadas, y representan un porcentaje creciente del costo en salud.

Existe un limitado grupo de enfermedades que conllevan un gran impacto en las personas que las padecen, sus familias y, en definitiva, en la población toda. Son enfermedades de baja prevalencia pero que demandan un costo elevado de recursos para su tratamiento, por este motivo se las denomina enfermedades catastróficas. Dicho costo está representado por los denominados medicamentos de alto costo

(MAC), los cuales generalmente son productos monopólicos y no siempre tienen efecto curativo, y en la mayoría de los casos sólo retrasan la progresión de la enfermedad.

María L Yazde Puleio (pág. 9)

Otro punto a considerar hoy en día es la falta de regulación de precios de medicamentos y servicios médicos que pueden no ser suficientes para proteger a los consumidores lo que influye en el aumento del costo de acceder a una atención y seguimiento médicos.

Aunque existen programas de subsidios y asistencia financiera para ciertos grupos vulnerables estos a menudo no son suficientes para cubrir todos los gastos asociados con el tratamiento de enfermedades crónicas o graves.

Así mismo, Laura Alejandra Giosso en su tesis de Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud (2021) aporta datos relevantes a saber:

> El Sistema de Salud de Argentina es de cobertura universal. Históricamente ha brindado respuestas a los problemas de salud de la población y ha garantizado el derecho a la salud de los ciudadanos, considerando que constituye uno de los derechos humanos fundamentales y que “la salud es un derecho colectivo, público y social de raigambre constitucional, anclado en el artículo 42 de la Constitución Nacional” .
>
> Sin embargo, el sistema de salud, cuenta con una estructura compleja y fragmentada donde se pueden observar brechas en el acceso a los servicios dependiendo del tipo de cobertura que tenga cada persona y el lugar en donde resida.
>
> El funcionamiento de nuestro sistema de salud depende de la articulación de tres componentes: el político, el económico y el técnico. La conjunción de estos componentes da lugar al modelo de financiación, gestión y atención. Estos modelos definen las prioridades para el sistema de salud: cuánto se utilizará en salud, de dónde se obtienen los recursos para pagar las prestaciones, cuándo y cómo se van a utilizar esos recursos y qué tipo de acciones y servicios se van a brindar a los ciudadanos.
>
> Es un sistema heterogéneo compuesto por tres sectores claramente diferenciados: el público, el de la seguridad social y el privado, todos regulados por el estado. Según los datos del Censo de 2001, aproximadamente un 50% de la población

total de Argentina estaba atendida por el sector público y otro 50 % eran beneficiarios de alguna obra social o de un seguro de salud voluntario (medicina prepaga).

Así mismo, el sector público de salud se subdivide en tres niveles de gestión: nación, provincia y municipio con sus respectivos ministerios y secretarías en cada nivel. En este sector de la salud, la financiación de las prestaciones se realiza a través de la recaudación fiscal. La Nación actúa coordinando, regulando y asistiendo de forma técnica y financiera, pero son las provincias y los municipios los prestadores de los servicios de salud a través de hospitales y centros asistenciales de cada región. El área pública atiende a toda la población, pero se observa una mayor asistencia a las familias de menores recursos, de las personas que no tienen cobertura de la seguridad social porque no son trabajadores en relación de dependencia o porque no tienen capacidad de pago y a personas que, si bien tienen otro tipo de cobertura, tienen limitaciones de acceso por razones geográficas o económicas.

El sector de la seguridad social, se encuentra compuesto por las obras sociales nacionales y provinciales, que prestan servicios a los trabajadores en relación de dependencia y a sus familiares directos. Se financia con el aporte de los trabajadores (3% del salario) y de las empresas (5% del salario del trabajador). Las prestaciones de los servicios de salud, las realizan a través de efectores privados, públicos o propios, debido a que cuentan con un 3% del total de hospitales del país.

El sector privado de salud, lo componen las familias y personas que pagan por acto médico o que pagan las cuotas de un plan de salud o de medicina prepaga.

Con respecto al financiamiento de las prácticas, en el caso de los hospitales públicos el establecimiento funciona como prestador y financiador del servicio, es decir, el gasto de las prácticas lo paga la misma institución de su presupuesto o a través de programas del Ministerio de Salud. Esto mismo ocurre con aquellas obras sociales y medicina prepaga que tienen servicios propios. En el resto de los casos, son distintos el financiador y el prestador de servicios.

En las estimaciones realizadas en el 2019 por el Ministerio de Salud de la Nación, el Gasto Total en Salud representaba el 9,4% del Producto Interno Bruto (PIB), donde 6,6% del PIB correspondía al Gasto Público en Salud y de la Seguridad Social (Esquemas gubernamentales y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios – clasificación SHA2011), y el restante 2,8% del PIB al Gasto Privado (Gasto de los esquemas de pago voluntario de servicios de salud y Gasto directo de los hogares – Clasificación SHA2011)

Si bien en Argentina el Programa Médico Obligatorio (PMO) define las prestaciones mínimas que deben cubrir las obras sociales o planes de medicina prepaga, los financiadores de salud brindan los servicios con marcadas diferencias en los tiempos provisión y en la calidad de las prestaciones. Lo que afecta directamente al estado de salud de las personas.

En la práctica, la fragmentación del sistema de salud argentino se ve reflejada en las distintas fuentes de financiamiento de los servicios, en la desigual adhesión a las normas nacionales que rigen en cada región del país, en la inequidad en las coberturas de las prácticas asistenciales dependiendo del sector y en la variable calidad de atención prestada por los establecimientos sanitarios.

La provisión de medicamentos de alto costo se encuentra enmarcada en esta realidad. Si bien en Argentina, el medicamento es considerado como un bien social, por las diferencias políticas, sociales y económicas que tiene con respecto a otros bienes de consumo del mercado, el acceso es inequitativo.

Dentro de los gastos que afrontan los financiadores de salud, el gasto en medicamentos es uno de los componentes más importantes para pacientes, obras sociales, planes privados y organismos públicos. En la actualidad, no se conocen datos exactos de cuánto del gasto corresponde a cada actor, ni cuánto del gasto corresponde a los diferentes grupos de medicamentos. Aun cuando no se cuenta con datos actualizados del dinero invertido en medicamentos, algunos autores estiman que un hospital público gasta el 25% de su presupuesto en medicamentos y el INSSJP (PAMI) un 50%, y que dentro de los medicamentos que generan mayor gasto se encuentran los antineoplásicos.

Además, se observa que existe una tendencia global y creciente en el gasto en tratamientos farmacológicos, debido a varias causas, entre las cuales se encuentran, el cambio en el perfil epidemiológico de la población, por el aumento de la esperanza de vida y la cronicidad de determinadas patologías, y la constante innovación y desarrollo tecnológico en el campo de los medicamentos. Siendo estos, los principales factores que obligan a los financiadores a costear terapias cada vez más caras.

Contemplando la situación actual y la que se proyecta hacia el futuro, se debería hacer un esfuerzo por trabajar en obtener datos fiables y sistemáticos del gasto en medicamentos que afronta el sistema de salud de Argentina. Para poder evaluar y planificar mejoras que aumenten la eficiencia del sistema y el acceso a las personas.

Enfermedades catastróficas

Las enfermedades conocidas como catastróficas o de alto costo constituyen un conjunto limitado de patologías de baja incidencia que demandan un volumen en constante aumento de recursos financieros. Se las denomina catastróficas por el fuerte impacto que producen tanto sobre las economías de quienes las padecen y sus hogares, como sobre el sistema de salud que debe financiar su tratamiento.

En la Argentina, la Encuesta Nacional de Gasto y Utilización en Salud de 2010 estima que alrededor del 6 % de los hogares afrontan gastos médicos que superan el 34 % de sus ingresos. No obstante, la mayor parte del gasto que involucran estas enfermedades lo absorbe el sistema de salud que deben costear los medicamentos y prestaciones médicas, en algunos casos obligados por el marco normativo vigente; y en otros, presionados por órdenes judiciales.

Según la CIPPEC, las enfermedades catastróficas se diferencian del resto por presentar las siguientes características:

• Alto costo económico. Desde el punto de vista financiero su tratamiento supera los valores normales, significando un costo directo igual o mayor al 40 % del ingreso de un hogar.

• Generan severos daños en la salud de quienes la padecen.

• Registran bajo impacto en la carga de enfermedad. Desde una perspectiva epidemiológica, estas enfermedades no son prioritarias porque su incidencia es baja y su tratamiento se concentra más en los cuidados paliativos que en la cura.

• Su financiación desde el presupuesto de los hogares resulta insustentable.

• Presentan una curva de gastos diferente. Tanto el diagnóstico y como el tratamiento inicial son costosos, siendo los medicamentos el componente central, no solo por su alto costo, sino también por su cronicidad.

• La mayor parte del gasto se destina a medicamentos. La sola utilización de medicamentos de alto costo transforma una enfermedad en catastrófica.

• Su cobertura es definida por vía judicial.

• La protección social de la población frente a las enfermedades catastróficas plantea dilemas de puja distributiva en la financiación sanitaria.

En el mismo documento, se detallan varios ejemplos de enfermedades catastróficas y su costo de cobertura, aquí se citan algunos (12):

• Enfermedad de Gaucher. Se la considera una enfermedad rara, causada por el déficit de Glucocerebrosidasa. Su prevalencia se estima en 1 caso cada 250.000 habitantes y su incidencia en 1 cada 18 millones de personas por año. El costo medio anual del tratamiento es de US$ 423.150. Especialidad medicinal: Cerezyme de Genzyme.

• Enfermedad de Fabry. Esta enfermedad, causada por el déficit de Alfa galactosidasaA Especialidad medicinal: Fabrazyme R de Genzyme, se incluye dentro del grupo de enfermedades metabólicas hereditarias. Es la segunda en frecuencia, después de Gaucher, 1 de cada 117.000 personas puede sufrir esta enfermedad, 1 cada 40. 000.El costo medio anual del tratamiento es de U$S280.000.

• Enfermedad de Pompe. Enfermedad metabólica hereditaria. Se estima que entre5.000 y 10.000 personas sufren esta enfermedad, siendo la incidencia global de 1cada 40.000 nacidos vivos. Especialidad medicinal: MyozymeR de Genzyme. Costo anual promedio de tratamiento es de U$S300.000.

• Fibrosis quística. Su incidencia es de 1 cada 2000 o 3000 recién nacidos vivos y de 1en 30 portadores sanos. Los dos MAC involucrados en el tratamiento son la Alfa

Dornasa y la Tobramicina Aerolizada. El costo anual del tratamiento con Tobramicina, se consideró, en promedio, U$S71.000.

En Uruguay las enfermedades catastróficas son cubiertas por el Fondo de Recursos Nacional (FRN), según refiere el Formulario Terapéutico de Medicamentos del Ministerio de Salud Pública, algunas de las patologías incluidas dentro de esta clasificación son las siguientes:

- Esclerosis múltiple

- Artritis reumatoidea

- Fibrosis quística

- Cáncer colon- rectal

- Cáncer de mama

- Cáncer de pulmón

- Mieloma múltiple

- Leucemias

- Trasplantes hepáticos, cardíacos, pulmonares

- Hipertensión arterial pulmonar

- Linfoma No Hodgking B

- Infección por citomegalovirus

- Infección por virus respiratorio sincicial

- Hepatitis C

- Enfermedad de Crohn

Cobertura de medicamentos de alto costo

Actualmente, en nuestro país, la cobertura de las enfermedades catastróficas es diversa y heterogénea, dependiendo del financiador. No se encuentran claramente definidas dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO) para obras sociales y prepagas.

En el área pública, los ministerios de salud provinciales intentan dar respuesta a las demandas de pacientes con patologías catastróficas sin cobertura formal, pero actúan de forma aislada y desarticulada. En todos los casos, los financiadores padecen el impacto vinculado al tratamiento de estas enfermedades. Según la CIPPEC (3), existen por lo menos seis modelos distintos de cobertura y financiación de enfermedades catastróficas:

1. Obras sociales nacionales. Aproximadamente 300 instituciones responsable de la cobertura de más de 18 millones de personas.

2. Obras sociales provinciales. Se trata de 24 instituciones que brindan cobertura a 6.4millones de habitantes.

3. Programa federal de salud (PROFE). Garantiza la cobertura médica-asistencial de los beneficiarios de Pensiones No Contributivas o Graciables.

4. Prepagas. Alrededor de 500 empresas privadas que brindan cobertura a 6 millones de personas.

5. Programas y servicios del Subsector público de la salud. Banco de drogas, Programa VIH-SIDA, etc.

6. Desembolso directo de los hogares. Si la persona cuenta con un seguro de salud, depende del porcentaje de cobertura de cada plan el copago que deben realizar.

Los modelos de cobertura dependen de quién financia las prestaciones y dentro de cada una de estas agrupaciones generales, cada agente de salud define de manera independiente el sistema que implementa. Los procedimientos de provisión de los medicamentos son parte del sistema de cobertura del cada financiador. Esto incrementa las diferencias en el acceso a los tratamientos.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que cumple la función de asegurar el control y cumplimiento de las funciones esenciales de Estado "para lograr eficiencia en agestión pública", según el Decreto N°1200/12 (25), creó el Sistema Único de Reintegros (S.U.R) que constituye un avance en el modelo de financiación al hacer explícitas las prestaciones a ser reembolsadas para las OSN vinculadas a un conjunto de patologías catastróficas. Giozzo,L.A. (2021).

Un artículo publicado por el periodista Jairo Starccia el 30 de noviembre de 2022 en el portal digital del Cronista.com, habla del tratamiento con hormona de crecimiento que necesito Lionel Messi durante su niñez y como enfrentaron sus padres dicho tratamiento.

El caso de las hormonas de crecimiento de Lionel Messi, la cobertura de los medicamentos del sistema de salud y la apuesta de los laboratorios por dar el 'salto' con biológicos y hacerse de un mercado que hoy consume divisas que se van al exterior.

La somatotropina es la droga que se aplicó Lionel Messi durante su niñez para suplir una hormona del crecimiento que su cuerpo no producía naturalmente. Se la indicó el médico rosarino Diego Schwarzstein cuando medía 1 metro y 25 centímetros y le prometió: "Vas a ser más alto que Maradona". Hoy mide 1,69, contra 1,67 del Diego.

El fármaco se inyecta con unas "lapiceras" todos los días. Actualmente el tratamiento cuesta algo más de US$ 2 mil dólares por mes y desde los tiempos en que la Pulga era un chico está incluido en el Programa Médico Obligatorio que deben cubrir las obras sociales y empresas de medicina prepaga, a las que luego el Estado

debería rembolsarles los pagos desde el sistema de reintegros de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Es cierto, es algo que ocurre con demoras y parcialmente, tanto que hoy por tratamientos más complejos hay una deuda de más de $150 mil millones con el sector.

Ya en su momento Messi había empezado a tratarse en el país con la cobertura médica del padre Jorge, por entonces empleado de Acindar. Pero llegó la crisis de 2001 y ahí se cortaron los pagos a las obras sociales y chau tratamiento. Fue ahí que el ahora capitán de la Selección y su familia evaluaron buscar financiamiento en clubes que apostaran por su carrera y terminó en el Barcelona de España. La vieron más que River y Newells.

La presentación comercial más popular del remedio hoy es del laboratorio Novo Nordisk y se llama Norditropin, aunque también hay otras alternativas, todas en el mismo rango de precios. Las familias presentan los estudios correspondientes en su seguro médico e inmediatamente acceden a lo que necesitan, al menos mientras el sistema lo resista.

Los avances de la ciencia como los que en su momento le permitieron a Messi desarrollarse para poder hoy hacer disfrutar de su talento a todos, son al mismo la crema del negocio farmacéutico a nivel mundial y un desafío sin límites para los sistemas de salud y en última instancia para los Estados.

Se trata del llamado universo de los medicamentos de alto costo, que buscan dar calidad de vida a las personas con cáncer, sida o diabetes, por ejemplo, o que aunque no curan mejoran el proceso de pacientes con otras enfermedades raras, conocidas como huérfanas.

Para tener una idea, lo que cuesta el "pack Messi" hasta puede resultar barato frente otros hallazgos de vanguardia. Los valores pueden ir desde los 50 mil dólares hasta el millón a lo largo de un año. (Starccia, 2022)

Este artículo nos refleja cómo influye el poder acceder al tratamiento adecuado, lo que no está al alcance de todos. Por eso la importancia del acompañamiento por parte de estado para las personas que cursan por enfermedades poco frecuentes, y que a su vez toca al azar.

En este sentido, González Chávez, E. (2025). “Niños con cáncer V.S. Durango: La vulneración del derecho fundamental a la salud de los niños con cáncer por el Gobierno del Estado de Durango” publicado en la Revista de Ciencias

Sociales y Humanidades, expone las conductas omisivas de diversas autoridades del Estado de Durango, en México, a través de distintas Administraciones Públicas locales que infringen el deber de retención del 5 al millar (0.5%) de las facturas por pagar a los proveedores de ciertas compras gubernamentales, en favor de los niñas, niños y adolescentes con cáncer y sin acceso a la seguridad social, sostenido por la Ley de Compras Gubernamentales aplicable, cuyo valor se calcula (en un simulacro) en más de 59 millones de pesos, con base datos oficiales, lo que representa violaciones graves a derechos constitucionalizados en favor de esta población como el derecho a la salud, el derecho al ejercicio lícito de recursos públicos, el derecho a la buena administración, el interés superior del menor, el principio de no regresividad o progresividad en materia de derechos humanos, cuyo efecto potencial incluso, alcanzaría a producir responsabilidad internacional del Estado, bajo el principio de unidad. El estudio demuestra la taxonomía de una teoría del caso para realizar un litigio estratégico en favor de dicha comunidad, así como los mecanismos judicializados para su reparación integral, con la precisión de las autoridades de fiscalización superior que no advirtieron estas omisiones. Se patenta la deficiente interacción entre áreas que produjo el problema, así como breves consideraciones en favor de los servidores públicos involucrados para esbozar algunos excluyentes de responsabilidad administrativa. El autor, aspira a través de esta exposición a ilustrar, con sencillez, que el Derecho Constitucional por naturaleza, es la domesticación del poder.(Gonzalez Chavez, 2025)

En un artículo de reflexión publicado por Carlo Vinicio Caballero Uribe en la Revista Colombiana de Reumatología (2004) menciona que la artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, progresiva, incapacitante y multifactorial asociada con altos costos directos e indirectos, mala calidad de vida y muerte prematura de la persona que lo padece ya que es una enfermedad de compleja que incrementa la inmovilidad, incapacidad y finalmente la mortalidad temprana ya que es altamente costosa tanto para el individuo como para la sociedad. Es una enfermedad autoinmune que se trata con inmunodepresores de valores muy elevados. La detección, diagnóstico y tratamiento temprano con la implementación de programas especiales pueden

disminuir notablemente el impacto de la enfermedad en el sistema inmunológico y mejorar la calidad de vida.

Las enfermedades reumáticas son un problema de salud pública. Las enfermedades reumáticas comprenden más de 100 diferentes enfermedades, muchas con compromiso multisistémico y una amplia variedad de manifestaciones clínicas y pronósticos. Ningún grupo racial o etario es ajeno a las enfermedades reumáticas.

La artritis reumatoide afecta el 1% de la población y es una causa más frecuente de limitación que la enfermedad cardíaca, el cáncer o la diabetes mellitus. Debido a que la mayoría de estas enfermedades se inician en la juventud o en la vida media de la persona ocasionan una gran cantidad de pacientes/año de discapacidad.

Las enfermedades músculo-esqueléticas son causa importante de años de vida con discapacidad en la población adulta de todos los continentes y economías. El 20% de los adultos tienen dolor relacionado con el aparato locomotor y 4-5% tienen discapacidad relacionada con estas enfermedades en estudios realizados en Canadá, Estados Unidos y Europa Occidental. Estas enfermedades son la principal causa de discapacidad en adultos mayores.

Aunque en Colombia disponemos de pocas estadísticas confiables al respecto, sabemos que en la actualidad la AR, en conjunto con otras alteraciones músculo-esqueléticas, está dentro de las primeras cinco causas de discapacidad en mujeres de 15 a 44 años, según un estudio que analizó la década de 1985 a 1995 (véase la figura1)

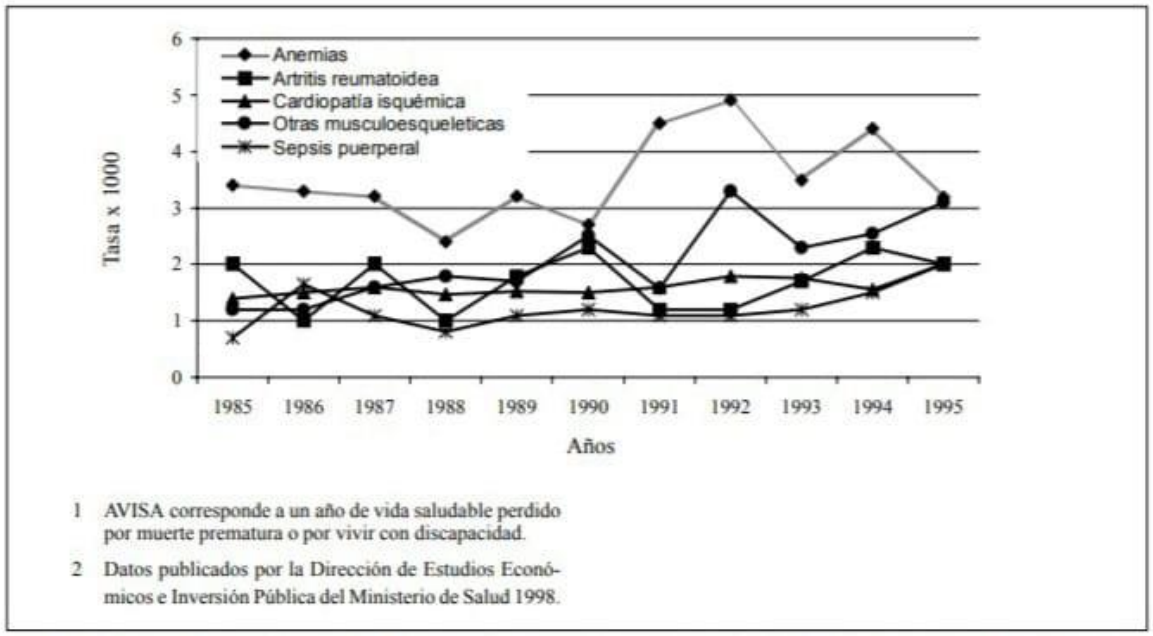


Figura 1. *Años de vida saludables (AVISA[1]) perdidos por discapacidad en mujeres de 15 a 44 años en Colombia. Años 1985-1995[2].*

Es tal el impacto actual y futuro de las enfermedades músculoesqueléticas, que la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas han declarado la década del año 2000 al 2010 como la Década del Hueso y la Articulación. Colombia es uno de los 43 países firmantes de la Declaración Global en la lucha contra las enfermedades músculo-esqueléticas, hecha en reunión llevada a cabo en Río de Janeiro (Brasil) en septiembre del año 2002. La artritis reumatoide es una enfermedad compleja El pronóstico de la AR depende de un conjunto de interacciones de factores genéticos, psicosociales, bioquímicos, hormonales y relacionados con el tratamiento. Una serie de publicaciones en los años ochenta iniciaron el cambio del concepto acerca de la AR como una enfermedad benigna, por el de una enfermedad seria, progresiva, incapacitante desde los primeros años de su aparición, asociada con altos costos directos e indirectos, mala calidad de vida y muerte prematura6 . La AR produce una disminución importante de la actividad física, un incremento del estrés psicológico, una disminución de la función social, un incremento de la incapacidad laboral y un aumento en la utilización de los servicios de salud. Se ha determinado que la incapacidad laboral entre los primeros 5 y 10 años de la enfermedad, en diferentes países, es del 43 al 50% . Los enfermos con AR tienen mayor mortalidad que la población sana. (Uribe, C. V. C. 2004)

MARCO METODOLOGICO

OBJETIVO GENERAL

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general analizar el presupuesto del gasto destinado a la salud pública en la República Argentina para comprender su importancia para la sociedad actual y también la población futura.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

En cuanto a los objetivos específicos abarca temas tales como:

- Indagar acerca del costo de los tratamientos en relación con las enfermedades tratadas
- Determinar los costos de los medicamentos indicados para las enfermedades identificadas en el objetivo anterior
- Indagar acerca de la regulación de los altos costos de los medicamentos, tratamientos y enfermedades
- Identificar las enfermedades que tienen mayor costo
- Indagar acerca de los programas existentes para brindar ayuda a las familias con estas enfermedades
- Evaluar el impacto económico de los precios en relación con el costo de la Seguridad Social

HIPOTESIS DE TRABAJO

Existen diferencias en el acceso y calidad de la atención medica entre los distintos sectores socioeconómicos.

La desigualdad de acceso a la salud entre las personas con menos ingresos y aquellas que viven en áreas rurales o marginales son más vulnerables al gasto catastrófico.

La falta de regulación de precios de medicamentos y servicios médicos no protege a los consumidores.

Los programas de subsidios y asistencia financiera no son suficientes para cubrir todos los gastos asociados con el tratamiento de enfermedades crónicas o graves.

DEFINICION DE CONCEPTOS DE TRABAJO

Para la presente investigación será se utilizará la técnica de revisión de literatura:

> Paso de investigación que consiste en detectar, consultar y obtener la bibliografía y otros materiales útiles para los propósitos del estudio, de los cuales se extrae y recopila información relevante y necesaria para el problema de investigación.
>
> La revisión de la literatura implica detectar, consultar y obtener la bibliografía (referencias) y otros materiales que sean útiles para los propósitos del estudio, de donde se tiene que extraer y recopilar la información relevante y necesaria para enmarcar nuestro problema de investigación.(Hernández Sampieri, y otros 2014, p. 61).

Dicha información se obtendrá revisando y analizando revistas, informes, bibliografía y documentos para extraer, recopilar, analizar y comprender datos de utilidad para transformarlos en información clara y precisa acorde al objeto de estudio.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

El presente trabajo nos permitirá comprender el tema en profundidad a través de la investigación, estudio y relación de las siguientes variables principales que surgen de la hipótesis:

Gastos asociados a tratamientos de enfermedades crónicas: Se evaluará el costo que debe afrontar una persona y a su familia en caso de tener que afrontar una enfermedad de larga duración.

Regulación de precio de medicamentos de alto costo: Es un sistema que busca proteger la salud pública y prevenir el precio excesivo de los mismos. Se buscará información para comprender el porqué, a diferencia de otros países, en la República Argentina no hay un sistema de regulación o limitación.

Programas de subsidios y asistencia financiera a familias que transitan por enfermedades crónicas: Son programas de asistencia por situaciones especiales en el cual el Estado brinda asistencia económica a personas con enfermedades crónicas o agudas, que no tienen cobertura médica y se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

POBLACION DE TRABAJO

Población: Para llevar a cabo la investigación, es importante recopilar datos e informes sobre los gastos médicos, el ingreso familiar, el estado de salud y el tipo de cobertura de seguro entre otros aspectos, para así identificar y analizar los factores que contribuyen a estos gastos catastróficos.

Unidad de análisis:

Individuos: Se analiza a cada persona que incurre en gastos médicos catastróficos, evaluando sus ingresos, costos de atención médica, y estado de salud.

Familias u hogares: Se considera la unidad familiar para evaluar el impacto financiero de los gastos en salud, ya que estos pueden afectar a todos los miembros de la familia.

Grupos poblacionales: Se puede investigar a segmentos específicos de la población, como poblaciones de bajos ingresos, personas con enfermedades crónicas, o grupos demográficos particulares (ej. edad, género, etnicidad).

Comunidades: Algunos estudios pueden abordar el impacto de los gastos catastróficos en la salud a nivel comunitario, analizando patrones y tendencias en áreas geográficas específicas.

Sistema de salud: Se podrían considerar los gastos catastróficos en salud desde la perspectiva de servicios de salud y financiación en el contexto de todo un sistema sanitario.

DETERMINACION DE LAS TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS A EMPLEAR Y ELABORACION DE LOS INSTRUMENTOS DE REGISTRO CORRESPONDIENTES

Para la presente investigación será se utilizará la técnica de revisión de literatura:

> Paso de investigación que consiste en detectar, consultar y obtener la bibliografía y otros materiales útiles para los propósitos del estudio, de los cuales se extrae y recopila información relevante y necesaria para el problema de investigación.
>
> La revisión de la literatura implica detectar, consultar y obtener la bibliografía (referencias) y otros materiales que sean útiles para los propósitos del estudio, de donde se tiene que extraer y recopilar la información relevante y necesaria para enmarcar nuestro problema de investigación.
>
> (Hernández Sampieri, y otros 2014, p. 61).

Dicha información se obtendrá revisando y analizando revistas, informes, bibliografía y documentos para extraer, recopilar, analizar y comprender datos de utilidad para transformarlos en información clara y precisa acorde al objeto de estudio.

FUENTES

Fuentes Primarias:

Según Hernández Sampieri, Fernández y otros (2014 pag.61) "Las referencias o fuentes primarias proporcionan datos de primera mano, pues se trata de documentos que incluyen los resultados de los estudios correspondientes. Ejemplos de fuentes primarias son: libros, antologías, artículos de publicaciones periódicas, monografías, tesis y disertaciones, documentos oficiales, reportes de asociaciones, trabajos presentados en conferencias o seminarios, artículos periodísticos, testimonios de expertos, documentales, videocintas en diferentes formatos, foros y páginas en internet, etcétera. Las fuentes primarias utilizadas en este trabajo son revistas científicas, libros, trabajos de investigación.

Fuentes Secundarias:

> Además de la observación pueden utilizarse otras formas de recolección de los datos como entrevistas y reuniones grupales (grupos focales más bien informales, pero estructurados), biografías, análisis de datos secundarios, instrumentos proyectivos, imágenes —fotografías—, grabaciones en audio y video, recopilación de documentos (diarios, mapas, atlas, etc.) y materiales, así como genealogías. Incluso llegan a efectuarse encuestas y otras herramientas cuantitativas (Fetterman,2010 y Whitehead, 2005), aunque el proceso es inductivo.
>
> (Hernández Sampieri, y otros 2014, p. 483).

En el presente trabajo se analizarán datos e informes existentes en relación a enfermedades existentes que se encuentran disponibles en páginas de internet, como ser revistas científicas, datos de programas de asistencia, informes de datos gubernamentales, publicación de notas etc.

PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

En el presente trabajo de investigación no será necesario requerir consentimientos especiales dado que se obtendrá información de acceso público, no incorporando entrevistas ni información de carácter confidencial ni personal.

DETERMINACION DE LAS TECNICAS CON QUE ANALIZARAN LOS DATOS RELEVADOS

Las principales fuentes de información utilizadas en este estudio fueron seleccionadas a partir de fuentes primarias y secundarias que incluyeron publicaciones, libros, bibliografías, revistar, investigaciones, estudios previos, artículos académicos y otros prestigiosos documentos académicos.

En base a la información obtenida, se realiza un enfoque cualitativo de análisis temático, recopilando información oportuna y de interés para comprender la situación de estudio.

La técnica utilizada es la de lectura y comprensión del tema en profundidad pudiendo extraer temas significativos relacionados con los gastos catastróficos y su impacto en la economía del hogar en relación al gasto público.

CARACTERISTICAS DEL INFORME FINAL

El presente informe final aborda el presupuesto del gasto en la salud pública en Argentina.

Dicho informe se caracteriza por el relevamiento de datos de diferentes países y deferentes contextos, por ende, nos muestra la importancia del gasto público en salud y como este puede afectar en la vida de una persona.

Este es un informe de concientización y de replanteamiento de prioridades respecto al momento de evaluar los presupuestos anuales para cada sector, en este caso el sector de la salud humana como primera necesidad en momentos de vulnerabilidad antes una situación de enfermedad.

CRONOGRAMA OPERATIVO

El presente informe se realizó en tres etapas:

PRIMERA ETAPA

- Denominación del proyecto de investigación.
- Naturaleza del Proyecto de Investigación

- Justificación de la elección del problema

SEGUNDA ETAPA

- Elaboración del marco teórico conceptual –referencial.
  *Objetivo General.
  *Objetivos Específicos
- Presentación de la hipótesis de trabajo y definición de conceptos de trabajo.
- Definición de las variables (en investigaciones cuantitativas) o los rubros o categorías en que se sustenta el trabajo de investigación (en investigaciones cualitativas).
- Determinación de la población de trabajo.

TERCERA ETAPA

- Determinación de las técnicas de recolección de datos a emplear y elaboración de los instrumentos de registro correspondientes.
- Determinación de las técnicas con que analizarán los datos relevados
- Características del informe final.
- Cronograma operativo y recursos necesarios.

- Recolección de datos.
- Análisis de los datos.
- Elaboración del informe final.
- . Elaboración de las conclusiones y sugerencias.
- Reseña bibliográfica

RECURSOS NECESARIOS

Los recursos necesarios para realizar el presente trabajo fueron una computadora y acceso a internet para poder realizar búsquedas de archivos académicos y otros documentos relevantes para dicho trabajo, como así también horas dedicadas en exclusivo al relevamiento de datos y lectura documental para poder seleccionar lo más relevante y de interés para incorporar al trabajo.

RECOLECCION DE DATOS

El presupuesto anual, además de asignar recursos económicos, establece metas e indicadores que se propone cumplir con el financiamiento asignado en cada programa.

Del análisis del presupuesto nacional 2025 para Salud (en términos reales) surgen datos como la caída del 20% para la función Salud y del 52% para el presupuesto del Ministerio de Salud.

Asimismo, se observa una variación negativa del presupuesto de Programas sumamente importantes para el acceso de la población y de todas las metas planteadas para 2025.

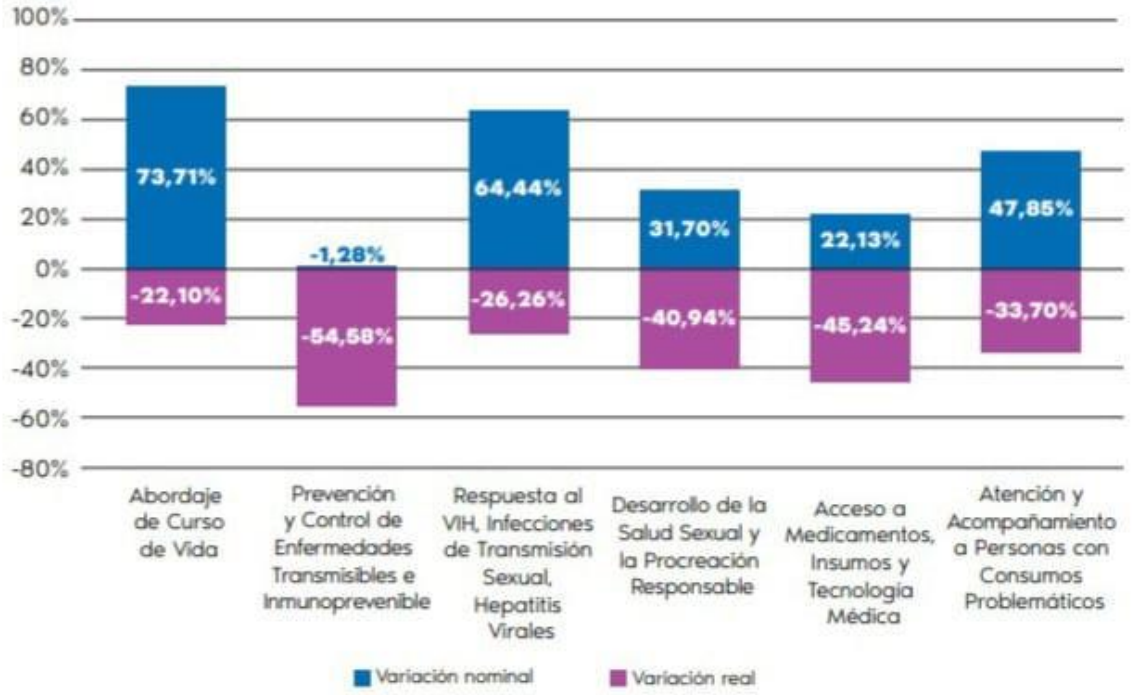
Al analizar el Presupuesto total enviado al Congreso por el Ejecutivo Nacional, se observa que el presupuesto de salud, representa el 5,6% del Presupuesto Nacional en 2025 (El presupuesto para la función salud es de 6,5 billones de pesos y el presupuesto total es de 117,5 billones de pesos). Ese 5,6% del presupuesto destinado a salud no se corresponde solamente con el presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación dado que existen componentes vinculados a la salud que llevan adelante otras áreas del Estado (otros Ministerios o Presidencia de la Nación, por ejemplo). En 2024 el presupuesto para salud está proyectado que finalice en 3,6 billones de pesos.

Si comparamos el presupuesto asignado a la función salud en 2024 y en 2025, observamos un aumento nominal de un 79%, pero una caída en términos reales1 del 20% de un año a otro. Esto quiere decir que para 2025 se está proyectando un ajuste del 20% en todas las políticas del Estado Nacional destinadas a la salud del pueblo. Para no tener caída, el presupuesto debería haber sido de 8,1 billones de pesos. Es decir 1,6 billones de pesos más de lo asignado.

En cuanto al presupuesto asignado al Ministerio de Salud, el total para 2024 fue de 4,9 billones de pesos y para 2025 de 5,2 billones de pesos, con una variación del 6,2%. Es decir, una pérdida en términos reales del 52%.

Si miramos el presupuesto del Ministerio de Salud por programas nos encontramos con recortes que van del 22% al 55% en términos reales en áreas claves.

Gráfico 2: Análisis de pérdida en términos reales de Programas seleccionados ejecutados por el Ministerio de Salud (2024-2025)



Fuente: Presupuesto Abierto, Proyecto de Presupuesto presentado al Congreso de la Nación, IPC y BCRA.

Para el Programa de Respuesta al VIH, infecciones de transmisión sexual, hepatitis virales, tuberculosis y lepra cuyo principal objetivo es garantizar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esas enfermedades, el ajuste es de un 27% en términos reales. En este programa también se observa una reducción significativa en algunas de sus metas. Llama la atención un recorte casi total en la distribución de preservativos, que pasa de la meta de 54,7 millones planificados distribuir en 2024 a 4 millones planificados para 2025, lo que implica un recorte del 93% en la meta. Otras metas de este programa también sufren recortes, aunque menos significativos. Por ejemplo, se plantea distribuir un 15% menos de tratamientos de primera elección contra la tuberculosis y un 8% de medicamentos contra la hepatitis C y se eliminan las metas vinculadas con a la asistencia con Profilaxis Post Exposición (PEP) y con Profilaxis Pre Exposición (PrEP), medicamentos que se utilizan para disminuir el riesgo de contraer VIH en personas que estuvieron o puedan estar expuestas.

El Programa que debe garantizar el acceso a medicamentos esenciales, tratamientos médicos de alto precio, medicación oncológica, medicamentos de salud mental, drogas de uso paliativo y pos trasplante (Programa Acceso a medicamentos, insumos y tecnología médica) tiene un ajuste del 45% en términos reales en el presupuesto para el 2025.

De los ajustes en términos de metas en este Programa sobresalen:

• Un 3% menos de pacientes asistidos con drogas oncológicas y un 33% menos de drogas oncológicas entregadas

• Un 36% menos de pacientes miasténicos asistidos

• Un 12% menos de botiquines y un 37% menos de tratamientos del Programa Remediar distribuidos para el Primer Nivel de Atención

• Un 60% menos de personas asistidas con tratamientos para la fibrosis quística

Al analizar el Presupuesto total enviado al Congreso por el Ejecutivo Nacional, se observa que el presupuesto de salud, representa el 5,6% del Presupuesto Nacional en 2025. Si comparamos el presupuesto asignado a la función salud en 2024 y en 2025, observamos un aumento nominal de un 79%, pero una caída en términos reales del 20% de un año a otro. En cuanto al presupuesto asignado al Ministerio de Salud, el total para 2024 fue de 4,9 billones de pesos y para 2025 de 5,2 billones de pesos, con una variación del 6,2%. Es decir, una pérdida en términos reales del 52%. Este ajuste presupuestario impacta de manera directa en el acceso a medicamentos, vacunas, métodos anticonceptivos y leches, entre otros insumos sanitarios, e implica la vulneración del derecho a la salud de la población. Pero, además, la desinversión por parte del Estado Nacional se traduce en la transferencia de la inversión a las provincias, ya ahogadas por el ajuste global que el Estado Nacional lleva adelante, incrementando las inequidades entre jurisdicción en función de que puedan o no absorber esos costos que eran anteriormente cubiertos por el Ministerio de Salud de la Nación. (Fundación Soberanía Sanitaria, 2024)

En las últimas décadas, el desarrollo de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud ha experimentado un ritmo vertiginoso, transformando en parte la práctica médica y la gestión de la asistencia sanitaria. Dentro de estas tecnologías, actualmente los nuevos medicamentos se están caracterizando por presentar una innovación disruptiva, predominando fármacos huérfanos, anticuerpos monoclonales, terapias génica y tratamientos para enfermedades emergentes como por ejemplo el

COVID-191–3. Estas innovaciones suelen ofrecer nuevas alternativas en procesos para los que no existían anteriormente terapias eficaces, sin embargo, traen aparejados precios de adquisición cada vez más altos. Para estos casos, la industria farmacéutica aprovecha su posición dominante y/o monopólica, derivada de su derecho a patente sobre el medicamento, para hacer control exclusivo sobre fijación de altos precios, poniendo continuamente en riesgo la sostenibilidad del sistema de salud y el acceso con equidad a estas tecnologías4,5. El concepto de medicamento de "alto precio" no tiene consenso a nivel mundial y no está definido para Argentina. Para hacer una distinción entre el precio y la asequibilidad (costo del tratamiento en relación con los ingresos de las personas), algunos países han optado por definir el "alto costo" según el valor monetario del mismo, mientras que para otros se trata de un término relativo basado en costos desproporcionados con respecto a los costos previstos del tratamiento para el sistema de salud o ingreso económicos del hogar del paciente1,6,7. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dirigido sus esfuerzos a consensuar la definición de "precio justo", que tiene alcances diferentes respecto a "alto precio". La OMS, teniendo en cuenta las características intrínsecas del producto, del mercado, las transacciones, y las percepciones de los consumidores y proveedores, define al "precio justo" entre un mínimo y máximo. El precio mínimo, que pueda brindar un incentivo a la innovación y la competencia, y un precio máximo donde por encima de este valor sería excesivo y justificarían una regulación8,9. Independientemente del impacto económico y social que conlleva la cobertura de estos medicamentos, los financiadores de Argentina han creado y/o adaptado estrategias para reducir precios y fomentar el acceso temprano específicamente para estos medicamentos10. No obstante, en la actualidad, nuestro país carece de un límite definido y consensuado para el sistema sanitario respecto a qué medicamentos, en función de su precio o impacto económico, deben ser objeto de este tipo de intervención. (Donato M y otros 2025)

Un artículo publicado por la revista Medicina Buenos Aires nos revela datos respecto a lo que sucede cuando ante la desesperación la persona afectada accede a vías judiciales para poder obtener cobertura cuando cuenta con los medios necesarios para recibir tratamiento.

El sistema de salud argentino tiene una cobertura de medicamentos relativamente amplia a través del PMO y adicionalmente el SUR para la seguridad social y sistema privado, además se suele brindar cobertura a otros tratamientos no incluidos

en estos listados explícitos median te la amplia oferta de productos farmacéuticos ofrecidos al mercado interno. Sin embargo, debido a la fragmentación del sistema de salud el acceso a los medicamentos de alto precio es heterogéneo y el impacto presupuestario resulta difícil de afrontar para algunos financiadores. La calidad del sistema de atención garantiza no solo el acceso a los bienes y servicios que el mismo brinda, sino también se trasunta en muertes evitables. De allí la importancia de definir aquello que, por resultar primordial, debe ser incluido dentro de la cobertura.

Este estudio identificó un número elevado de recursos de amparo por medicamentos de alto precio en Argentina, una gran proporción sobre medicamentos que ya estarían cubiertos y otra sobre medicamentos novedosos, incluso aún no aprobados para su comercialización en el país.

La judicialización en relación con la salud ha aumentado durante las últimas décadas en todo el mundo, específicamente en mayor proporción en naciones de ingresos bajos o medios bajos como la gran mayoría de los países latinoamericanos. Estos juicios surgen para atender necesidades sentidas de la población, generalmente relacionadas con nuevas tecnologías sanitarias, que crecen muy rápido y aparecen agresivamente en el mercado de la salud, poniendo en riesgo los presupuestos de los financiadores de la salud, razón por la cual suelen negarse a brindar cobertura. Los medicamentos de alto precio son las tecnologías más judicializadas a nivel mundial.

En teoría, los amparos judiciales funcionan como herramientas protectoras de los derechos individuales de las personas más desvalidas que ante situaciones particulares consideran que se les niega el acceso a elementos vitales. No obstante, trabajos previos realizados en nuestro medio, han demostrado que la judicialización, lejos de beneficiar a aquellos individuos más socialmente vulnerables terminan creando más inequidades ya que quienes acceden a estos instrumentos pertenecen al sector de la sociedad más instruido y acaudalado. En este sentido, nuestros resultados muestran que solo el 20% de las personas que iniciaron amparos, no tenían cobertura específica en salud dependiendo del subsector público cuya cobertura ronda al 38% de la población argentina perteneciente principalmente a personas socioeconómicamente más vulnerables.

Con respecto al medicamento más judicializado, y al igual que el informe de amparos de la Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica del Ministerio de Salud de la Nación para 2021, el mismo correspondió a nusinersen, fármaco destinado al tratamiento de la AME con una gran inversión económica para los financiadores de salud para el tratamiento de pocos pacientes. La judicialización obligó

a brindar cobertura a individuos con AME tipo III, donde los beneficios y riesgos son inciertos para este medicamento.

A través de nusinersen, hemos visto también como dato interesante no reportado en estudios previos, cómo se van instalando estos nuevos medicamentos de muy alto precio en la opinión pública. Previo a su autorización en Argentina, este fármaco tuvo su aparición en los medios de comunicación masiva como la prensa gráfica.

Una limitante de nuestro trabajo fue que la calidad y el acceso a los datos fue subóptima, con datos faltantes o imposibilidad de acceder a los mismos, por lo que algunos aspectos relevantes como la apropiabilidad de la indicación o los gastos que debió afrontar el financiador no pudieron ser obtenidos o se estimaron de forma indirecta. En el país no se cuenta con un registro centralizado de los recursos de amparos presentados, por lo que, un primer paso para poder comprender el problema, podría ser una mejora en la calidad del registro.

Bracamonte y Cassiniero analizaron la evolución de la judicialización en Argentina, identificando las etapas del proceso y analizando las causas[6]. Destacan que, en el caso de los medicamentos oncológicos de alto precio como ser el caso del pembrolizumab aprobado para su comercialización por ANMAT y no recomendado por CONETEC, la situación fue resumida por los juristas como “diferente interpretación por los entes encargados”, primando una visión individual del derecho a la salud. En este sentido, Gotlieb y col. en un análisis de la judicialización ante la Corte Suprema de Justicia de Argentina, concluyen que la misma ha funcionado como “válvula de escape protectora de los derechos individuales, pero sin demasiada incidencia en las políticas públicas de salud”

Las recomendaciones emitidas por CONETEC no son carácter obligatorio para los prestadores, por lo que no se considera una defensa fuerte en un juicio por cobertura de medicamentos; el avance hacia una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías (AGNET) con carácter normativo podría eventualmente mejorar esta situación.

En Latinoamérica la judicialización es un pro ceso presente, que se ha incrementado durante los últimos años y que afecta fundamentalmente a medicamentos de alto precio.

Algunas medidas que podrían ser eficaces para la prevención de litigios en salud descriptas por Pinzón-Flórez y son la generación de espacios de discusión de los actores del sistema de salud; la generación de información y evidencia;

> la creación de comités científicos asesores de los tribunales, con el propósito de sustentar las decisiones judiciales con evidencia científica; la formación de profesionales de la salud y jueces para la toma de decisiones en casos de tutela judicial la actualización continua de los servicios y/o prestaciones en función de las necesidades y prioridades de la salud pública; la creación de una estrategia que aclare explícita mente qué insumos y procedimientos médicos están excluidos del plan de atención en salud, así como el motivo de la exclusión; el desarrollo e implementación de guías de práctica clínica; y la optimización de los tiempos de espera para la prestación de los servicios de salud.
>
> En conclusión, la judicialización se concentró en medicamentos de altísimo precio para enfermedades poco frecuentes u oncológicas. Casi la totalidad de los fallos fueron a favor del demandante, siendo los tiempos de acceso al medicamento prolongados. Los medios de comunicación anticiparon los procesos judiciales. (Medicina Buenos Aires 2024)

En este sentido, a través de la páginaAlfaBeta.net que es un vademécum de libre acceso donde se puede corroborar la realidad del precio de los medicamentos que llamamos de altos costos (entre otros), tal como GAZYVA que es el medicamento inyectable indicado para el tratamiento de pacientes adultos con leucemia linfática crónica (LLC), que según la página mencionada anteriormente nos indica que su valor al 01/07/2025 es de $17.721.509,77.

Otro ejemplo es el del medicamento CIMZIA del Laboratorio Montpellier cuya droga es certolizumab pegol que es un Inhibidor del factor necrosis tumoral y vienen 2 jeringas pre llenada por 1 ml cada una que deben aplicarse de manera quincenal estrictamente incluso en horario y su valor asciende a $3.389.645,44 según la página citada con precio actualizado al 29/05/25 en el caso de la artritis reumatoide, es decir que la persona que padece esta enfermedad autoinmune necesitaría unos $6.800.00.- aproximadamente mensuales solo para poder continuar su tratamiento prolongado sin interrupciones, es una medicación que si se interrumpe su administración tiene efectos negativos a los pocos días de su suspensión, afectando casi de inmediato la vida del paciente.

Este medicamento, además de la artritis reumatoidea se indica en muchas otras enfermedades crónicas como por ejemplo la enfermedad de Crohn y

para el mantenimiento de la respuesta clínica en pacientes adultos con enfermedad activa, moderada a severa, quienes han tenido una respuesta inadecuada con la terapia convencional.

En muchos casos, si bien dichos medicamentos son cubiertos en su totalidad, se genera una demora importante debido a los protocolos relacionados con las autorizaciones que debe enfrentar la persona que se encuentra en tratamiento y demora su continuidad.

CONCLUSION

A lo largo del desarrollo de este trabajo de investigación, se ha puesto en evidencia la existencia de profundas desigualdades en el acceso y la calidad de la atención médica dentro del sistema de salud pública argentino. La hipótesis planteada al inicio del trabajo ha sido confirmada: Las brechas entre distintos sectores socioeconómicos son notorias, afectando particularmente a los sectores de menores. Esta realidad se traduce en una mayor exposición al llamado “gasto catastrófico” en salud, es decir, a situaciones en las que los costos de atención médica superan la capacidad de pago de los hogares, comprometiendo gravemente su estabilidad económica y su calidad de vida.

En este marco, la judicialización para obtener acceso a medicamentos de alto costo se ha transformado en un fenómeno creciente, que refleja tanto el colapso parcial de los mecanismos administrativos de cobertura como la ausencia de políticas públicas sólidas para abordar de manera integral las enfermedades de alto impacto financiero y social. En muchos de estos casos, el acceso a tratamientos ocurre solo después de largos procesos judiciales, y en no pocos de ellos, el fallo favorable llega cuando ya es tarde, es decir, cuando el paciente ha fallecido. Esta dramática situación no solo representa una tragedia individual y familiar, sino también una señal de alarma sobre la ineficiencia y deshumanización del sistema sanitario y no solo respecto al reclamo via judicial, sino también a la lentitud del sistema en sí, la medicación muchas veces no llega a tiempo, y lo que es peor, esa medicación difícilmente pueda asignarse a otro paciente que lo necesite con urgencia salvo a través de cadenas humanas del boca a boca o por publicaciones privadas, sino deben ser desechadas por ser llamadas peligrosas ante la eventualidad de haber perdido la cadena de frio por ejemplo.

Una cuestión relevante que emerge en este contexto es el destino de los medicamentos de alto costo que han sido entregados tras una orden judicial y no llegaron a ser utilizados completamente. Muchas veces, estos tratamientos

quedan en manos de los familiares, sin un protocolo claro que regule su devolución, reciclaje o distribución racional. El Estado carece de una política sanitaria específica para administrar estos recursos escasos, generando pérdidas económicas significativas, falta de transparencia y, sobre todo, la imposibilidad de reasignar esos tratamientos a otros pacientes que podrían necesitarlos con urgencia.

Adicionalmente, el análisis del presupuesto destinado a salud muestra que, si bien el gasto público ha tenido incrementos en términos absolutos, la asignación y ejecución del mismo carece de una mirada estratégica e inclusiva, que priorice la equidad territorial, la cobertura integral y el acceso universal. Muchas veces, los recursos no llegan donde más se necesitan, o se ven consumidos por estructuras burocráticas ineficientes, dejando al descubierto la necesidad de reformas estructurales en el modo de presupuestar y ejecutar el gasto sanitario.

En relación con los medicamentos, la falta de regulación de precios y la dependencia tecnológica y farmacológica de insumos importados generan un mercado en el que los consumidores, especialmente los más vulnerables, no están protegidos. Esto afecta de manera directa la sustentabilidad del sistema público y también impone límites concretos al derecho a la salud. La ausencia de una política nacional coherente en materia de acceso a medicamentos de alto costo coloca al país en una situación de vulnerabilidad frente a laboratorios y corporaciones farmacéuticas.

Por último, se concluye que los programas de asistencia financiera y subsidios estatales, aunque bienintencionados, no alcanzan a cubrir la complejidad de los tratamientos para enfermedades crónicas, graves o poco frecuentes, y muchas veces solo funcionan en las ciudades grandes y muy pobladas que cuentan con una gran importancia económica, política y social. En consecuencia, quienes habitan en zonas alejadas o no cuentan con redes de apoyo técnico o legal se ven forzados a resignar derechos fundamentales.

Además, el presupuesto del gasto en salud pública en Argentina necesita no solo un aumento en su volumen, sino una profunda revisión en sus criterios de planificación, asignación y control. Es imperioso incorporar una

perspectiva de justicia sanitaria que considere las condiciones de vulnerabilidad estructural y que articule al Estado, al Poder Judicial y al sector privado en una estrategia integral. Solo así se podrá avanzar hacia un sistema de salud verdaderamente equitativo, solidario, eficaz y centrado en las personas, que no permita que el acceso a la salud dependa del poder adquisitivo, el lugar de residencia o la posibilidad de litigar judicialmente por derechos que deben estar garantizados de antemano.

BIBLIOGRAFIA

Alcaraz, Andrea, Donato, Manuel, Álvarez, Jorgelina, Messina, Natalia, Alfie, Verónica A., & Marin, Gustavo H.. (2024*). Judicialización de medicamentos de alto precio en Argentina: estudio cuali-cuantitativo*. Medicina (Buenos Aires), 84(3), 445-458. Recuperado en 07 de julio de 2025, de https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802024000500445&lng=es&tlng=es

Díaz-González, Eliseo, & Ramírez-García, José Bertín. (2017). *Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México*. Papeles de población,23(91),65-91.Recuperado de https://doi.org/10.22185/24487147.2017.91.004 23/11/2024.

Donato, Manuel, Tortosa, Fernando, Montero, Guadalupe, Manoukian, Daniel E., Iglesias, Agustín, Meschini, María Julia, & Marin, Gustavo H.. (2025). Definición de medicamento de alto precio y muy alto precio para Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, *85*(2), 1. Recuperado en 07 de julio de 2025, de https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802025000300001&lng=es&tlng=es.

Fundación Soberanía Sanitaria (2024) *Recortes en el presupuesto para 2025.* Recuperado de

https://soberaniasanitaria.org.ar/wp-content/uploads/2024/11/FSS-Informe-83.-Noviembre-2024.pdf

Giosso, Laura Alejandra (2021) *El circuito del medicamento de alto costo en la República Argentina: Trazabilidad y seguridad del paciente*Trabajo final de Magíster en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud (Universidad Nacional de La Plata). Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/165648

Glanc Mario, Del Prete Sergio (2021) *Gestión del alto costo en la salud Argentina* Recuperado de

https://www.famsa.org.ar/2022/08/31/libro-gestion-del-alto-costo-en-salud-en-argentina-un-dilema-no-resuelto/ (04/10/2024)

González Chávez, E. (2025). *Niños con cáncer V.S. Durango: La vulneración del derecho fundamental a la salud de los niños con cáncer por el Gobierno del Estado de Durango.* Recuperado deLATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades, 6(1), 1348 – 1376. https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3421

Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio María del Pilar (2014) *Metodología de la investigación*. México D.F: Editorial Mc Graw Hill Education.

Mancini, M. (2014). *Régimen político, gestión estatal e implementación de políticas a nivel subnacional. El caso de Santiago del Estero, Argentina*. Revista Enfoques: Ciencia Política Y Administración Pública, 9(15), 151-176. https://doi.org/10.60728/9thabb27

Ministerio de Salud de la República Argentina (2022) *Revista Argentina de Salud Publica.* Recuperado de

https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/741 03/11/2024 (07-07-2025)

Organización Panamericana de la Salud (2009) *El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas.* Recuperado de https://iris.paho.org/handle/10665.2/3131924/11/2024 (07-07-2025)

Starccia, Jairo (2022)*La industria farmacéutica y las hormonas de Lionel Messi*. Recuperado de

https://www.cronista.com/columnistas/la-industria-farmaceutica-y-las-hormonas-de-lionel-messi/ (01/06/2025)

Tobar Federico y Esteban Liftschitz (2011) *Seguro Nacional de enfermedades catastróficas.* Recuperado de chrome-extension: https://cdi.mecon.gob.ar/bases/docelec/br1015.pdf

Tolini, Agustín Andrés. (2021*). Inequidad en salud en la Ciudad de Buenos Aires: Análisis de las causas*. Año 2017. (Trabajo Final de Posgrado. Universidad de Buenos Aires.) Recuperado de http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tpos/1502-1999_ToliniAA.pdf

Universidad Abierta Interamericana. (2025) *Instructivo de Trabajos Finales de Carreras de Grado*. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1OcGkiCGvaCCqmZiIM6BwOOQDDixbPNF4/view (07/07/2025)

Uribe, C. V. C. (2004). Artritis reumatoide como enfermedad de alto costo. Revista Colombiana de Reumatología, 11(3), 225-231. Recuperado de

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/30773439/219-libre.pdf?1363443334=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DArtritis_reumatoide_como_enfermedad_de_a.pdf&Expires=1753656209&Signature=gdqcepAE5kBXp-LUgpBjbJoe4EbzQcPkM46SI08M6MbhkMHSnd5MzylBE~C7mQ380zd57w6p~5paFBx7vkmrmWBw6H8tUMphlypvggeiPHAHTG2KG9VObGiwdcHhOQqhQmA4NG23BlJfGKa5Nb5n1WKWLjLuksNDdbO1ZMdWadgfseaPMaaWW-Tol~f72aw3RaZoGrIjRHgq~UbAOA3uL9EBufk9HyEFYnnweH-GK5qkn-O6lT~WiV2MAt7UhtHn~K9mOm~FctGtGe5O41uDkpNoKrrwN-10mt~yMUL6mB~OVR8BhzE9xAPxT6zJPLFep7wGRmI1-g3zuhD-W-0AYQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA (07-07-2025)

Vademecum (2025). *Manual Farmaceutico Digital.* Recuperado de

https://www.alfabeta.net/home/ (07-07-2025)

Yazde Puleio Marìa L (2022) *Medicación de alto costo en el sistema de salud argentino: riesgos, beneficios y factores implicados en su indicación.* Recuperado de https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/19203/2/TFLACSO-2022%20MLYP.pdf (04/11/2024)