

GASTO EN SALUD Y GASTO EN ATENCIÓN SANITARIA EN LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA ARGENTINA.

INFORME ACADÉMICO FESAL

GASTO EN SALUD Y GASTO EN ATENCIÓN SANITARIA EN LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA ARGENTINA

Un análisis conceptual y numérico del documento “Análisis de Situación de la Población con foco en salud. Argentina 2026” (Ministerio de Salud de la Nación, Banco Interamericano de Desarrollo y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2026)

Documento elaborado y suscripto por Fundación FESAL

Buenos Aires, Argentina — 2026

Nota metodológica: *el presente informe constituye un análisis académico secundario, elaborado por Fundación FESAL sobre la base de la evidencia, los datos y las recomendaciones contenidas en el documento fuente citado. No sustituye ni modifica el contenido original; su objetivo es sistematizar los hallazgos conceptuales y numéricos más relevantes desde la perspectiva del financiamiento de la salud y ofrecer un corolario de aplicación práctica para actores institucionales del sistema de salud argentino, en particular de la seguridad social.*

Índice

1. Resumen ejecutivo
2. Hallazgos conceptuales más relevantes
3. Hallazgos numéricos más relevantes
4. Glosario de términos
5. Corolario de aplicación práctica

Referencias

1. Resumen ejecutivo

Fundación FESAL presenta el presente informe académico como un análisis independiente del documento “Análisis de Situación de la Población con foco en salud. Argentina 2026” (en adelante, el ASP 2026), elaborado conjuntamente por el Ministerio de Salud de la Nación y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Ministerio de Salud de la Nación, Banco Interamericano de Desarrollo y Fondo de Población de las Naciones Unidas [MSAL, BID y UNFPA], 2026). El objetivo del presente trabajo es doble: por un lado, sistematizar los hallazgos conceptuales y numéricos más relevantes del ASP 2026 y, por otro, articularlos en torno a un eje analítico transversal que, a juicio de esta Fundación, resulta central para su correcta interpretación institucional: la distinción entre el gasto en salud, entendido en sentido amplio, y el gasto en atención sanitaria, entendido en sentido estrictamente asistencial y curativo.

La tesis central de este informe sostiene que el diagnóstico del ASP 2026 no describe, en lo sustantivo, un problema de insuficiencia de recursos —Argentina se ubica entre los países de mayor gasto en salud per cápita de la región (MSAL, BID y UNFPA, 2026, Gráfico 1)—, sino un problema de composición y de oportunidad temporal del gasto. El propio documento lo formula de manera explícita al recomendar “no gastar más, sino financiar antes y con mayor calidad” (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 30), y al plantear la disyuntiva entre “seguir financiando enfermedad avanzada o reconvertir el financiamiento hacia promoción, calidad y continuidad del cuidado” (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 30). Esta disyuntiva es, en los términos que desarrolla la sección conceptual de este informe, la distinción entre gasto en atención sanitaria —recursos aplicados al diagnóstico y tratamiento de enfermedad ya instalada— y gasto en salud —recursos aplicados a la promoción, la prevención, la vigilancia epidemiológica y los determinantes sociales que condicionan la aparición de esa enfermedad.

Desde el punto de vista demográfico, el ASP 2026 documenta una transición avanzada y acelerada: la Tasa Global de Fecundidad se ubicó en 1,3 hijos por mujer en 2023, muy por debajo del nivel de reemplazo de 2,1 (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 11), mientras que la esperanza de vida al nacer alcanzó 77,8 años en 2023 y se proyecta en 83 años para las mujeres y 78,7 años para los varones hacia 2040 (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 13). La combinación de ambos fenómenos redefine la

estructura etaria del país: la población de 65 años y más pasó del 10 % en 2010 al 12 % en 2022, con una proyección del 16,4 % para 2040 (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 16). Argentina transita, en consecuencia, la etapa final del denominado “bono demográfico”, ventana de oportunidad que se estima finalizará hacia 2065 (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 16).

En el plano epidemiológico, el documento describe una transición incompleta, en la que la mortalidad por enfermedades no transmisibles convive con agendas pendientes de salud materno-infantil, nutrición e inmunización, y con marcadas brechas territoriales que no siempre coinciden con el grado de envejecimiento poblacional de cada jurisdicción, sino con sus condiciones socioeconómicas estructurales (MSAL, BID y UNFPA, 2026, pp. 21-27).

En términos de financiamiento, el gasto total en salud representó el 10,5 % del PBI en 2022, distribuido en 26,3 % del sector público, 31,9 % de la seguridad social y 41,8 % del sector privado (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 9). Este informe sostiene que dicho agregado —el gasto en salud— constituye una magnitud necesaria pero insuficiente para evaluar la sostenibilidad del sistema si no se examina su composición interna, es decir, la proporción que dentro de ese 10,5 % del PBI corresponde a gasto en atención sanitaria curativa frente a la que se orienta a promoción, prevención y continuidad del cuidado.

El informe se estructura en cinco secciones. La sección 2 desarrolla los hallazgos conceptuales más relevantes del ASP 2026, con especial énfasis en la distinción entre gasto en salud y gasto en atención sanitaria como clave de lectura de las recomendaciones de política. La sección 3 sistematiza los principales hallazgos numéricos del documento fuente, organizados en tablas comparativas. La sección 4 ofrece un glosario de términos técnicos, demográficos y económico-sanitarios utilizados a lo largo del informe. La sección 5 presenta un corolario de aplicación práctica orientado a actores institucionales del sistema de salud argentino, en particular a entidades de la seguridad social, con recomendaciones operativas derivadas del análisis precedente.

Como entidad de análisis técnico-legal y económico de la salud, Fundación FESAL considera que la distinción entre gasto en salud y gasto en atención sanitaria no es meramente terminológica, sino que posee implicancias directas sobre el diseño

presupuestario, la organización de las prestaciones y la sostenibilidad de largo plazo de las instituciones de la seguridad social argentina frente a una población beneficiaria que, en línea con la tendencia nacional descrita por el ASP 2026, envejece de manera sostenida.

2. Hallazgos conceptuales más relevantes

2.1. La transición demográfica avanzada como ventana de oportunidad de duración finita

El ASP 2026 caracteriza a la Argentina como un país en transición demográfica avanzada, producto de la caída sostenida de la fecundidad y del aumento de la esperanza de vida (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 11). Ambos procesos configuran lo que la literatura demográfica denomina “bono demográfico”: un período en el que la población en edad potencialmente activa (15 a 64 años) crece más rápidamente que la población potencialmente dependiente, niños y personas mayores (CEPAL, 2009, como se cita en MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 16). El documento subraya un hallazgo conceptual crítico: el bono demográfico no es una condición estructural permanente, sino un fenómeno de duración limitada cuyo aprovechamiento efectivo depende enteramente de las políticas públicas implementadas durante su vigencia (CEPAL, 2024a, como se cita en MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 16). En ausencia de dichas políticas, la ventana se cierra sin haber generado la acumulación de capital humano y de ahorro institucional que en teoría permite.

2.2. Transición epidemiológica incompleta: coexistencia de agendas sanitarias

Un segundo hallazgo conceptual relevante es que la transición epidemiológica argentina se encuentra incompleta. Si bien las enfermedades no transmisibles —cardiovasculares, tumores, respiratorias— constituyen la primera causa de muerte en el conjunto del país (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 21), en varias jurisdicciones las enfermedades infecciosas y parasitarias continúan figurando entre las cuatro primeras causas de defunción, y persisten brotes de enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión, junto con un descenso generalizado de la cobertura vacunal posterior a la pandemia de COVID-19 (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 24). Esta coexistencia de perfiles epidemiológicos —propios de una transición avanzada en algunas jurisdicciones y de una transición incipiente en otras— implica que el sistema de salud debe sostener simultáneamente dos agendas de inversión: la propia de la salud materno-infantil y adolescente, y la propia del envejecimiento y la cronicidad.

2.3. Fragmentación institucional y descentralización con rectoría nacional débil

El ASP 2026 identifica la fragmentación del sistema de salud argentino —estructurado en los subsectores público, de seguridad social obligatoria y privado— como un factor que condiciona de manera desigual la capacidad de respuesta sanitaria (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 9). La descentralización hacia las provincias, implementada desde la década de 1990 sin una rectoría nacional suficientemente robusta, ha profundizado las desigualdades interjurisdiccionales en materia de gasto público per cápita, infraestructura y disponibilidad de recursos humanos (Maceira, 2020; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2011, como se citan en MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 10). Un ejemplo paradigmático señalado por el documento es la discordancia estructural entre la disponibilidad de pediatras y de geriatras: la primera supera ampliamente a la segunda incluso en las jurisdicciones más envejecidas, evidenciando que la organización histórica de los recursos humanos no acompañó el cambio en el perfil demográfico de la población (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 10).

2.4. El eje transversal del informe: gasto en salud versus gasto en atención sanitaria

El hallazgo conceptual que Fundación FESAL identifica como eje transversal del ASP 2026, aunque el documento no lo formula bajo esta terminología explícita, es la distinción entre dos magnitudes que suelen confundirse en el debate público: el gasto en salud y el gasto en atención sanitaria.

El gasto en salud, en sentido amplio, comprende la totalidad de los recursos —públicos, de la seguridad social y privados— destinados a las funciones del sistema sanitario en su conjunto: promoción de la salud, prevención primaria y secundaria, vigilancia epidemiológica, intervención sobre determinantes sociales, atención primaria y, también, la atención de la enfermedad ya instalada. Es esta magnitud agregada la que el ASP 2026 cuantifica en 10,5 % del PBI para 2022 (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 9). Esta definición amplia es consistente con el marco conceptual del Sistema de Cuentas de Salud (System of Health Accounts, SHA), que integra bajo el gasto corriente en salud tanto las funciones asistenciales como las de prevención y gobernanza del sistema (Organización para la Cooperación y el Desarrollo

Económicos [OCDE], Oficina Estadística de la Unión Europea [Eurostat] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011).

El gasto en atención sanitaria, en cambio, refiere en sentido más restringido a los recursos aplicados específicamente al diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico de la enfermedad ya manifiesta: internación, alta complejidad, farmacia, prácticas diagnósticas y terapéuticas sobre condiciones instaladas. Es a esta magnitud a la que apunta el ASP 2026 cuando advierte sobre el riesgo de “seguir financiando enfermedad avanzada” (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 30) y cuando señala que la inacción en materia de promoción y prevención en etapas tempranas del curso de vida “se traduce en mayores costos sanitarios y sociales en el futuro” (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 29).

La relevancia de esta distinción conceptual radica en que permite reinterpretar la recomendación central del documento no como un llamado a incrementar el gasto agregado en salud, sino como un llamado a modificar su composición interna: desplazar recursos relativos desde el gasto en atención sanitaria curativa — concentrado en la enfermedad avanzada, la cronicidad no controlada y la discapacidad instalada— hacia el gasto en salud de carácter preventivo y promocional, sin que ello implique necesariamente una expansión del 10,5 % del PBI ya invertido. El propio documento lo sintetiza con precisión: “no se trata de gastar más, sino de financiar antes y con mayor calidad” (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 30).

Esta distinción conceptual adquiere particular relevancia para las entidades de la seguridad social argentina —como las obras sociales nacionales y provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI)—, cuya lógica prestacional histórica se ha organizado predominantemente en torno al gasto en atención sanitaria (cartilla prestacional, reintegros, prácticas de alta complejidad), y que enfrentan hoy el desafío de reorientar progresivamente parte de ese financiamiento hacia el gasto en salud poblacional, sin que ello suponga una discontinuidad en la cobertura asistencial ya garantizada a sus beneficiarios.

2.5. El enfoque de curso de vida como estrategia de inversión temprana

El ASP 2026 adopta explícitamente un enfoque de curso de vida (life course approach), según el cual las condiciones de salud en la vejez constituyen el reflejo

acumulado de toda una biografía y no exclusivamente de la edad cronológica (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 26). El documento presenta un ejercicio contrafactual de particular valor conceptual: si las prevalencias de condiciones crónicas por edad no se reducen, el envejecimiento poblacional derivará, de manera mecánica, en aumentos significativos de personas con obesidad, sobrepeso, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, discapacidad y autopercepción de salud regular o mala (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 29). Este ejercicio traduce en términos cuantitativos la relación directa entre la falta de inversión temprana en gasto en salud preventivo y el crecimiento futuro, casi inevitable, del gasto en atención sanitaria destinado a tratar la cronicidad y la dependencia funcional.

2.6. Heterogeneidad territorial: el envejecimiento no es homogéneo en términos de salud

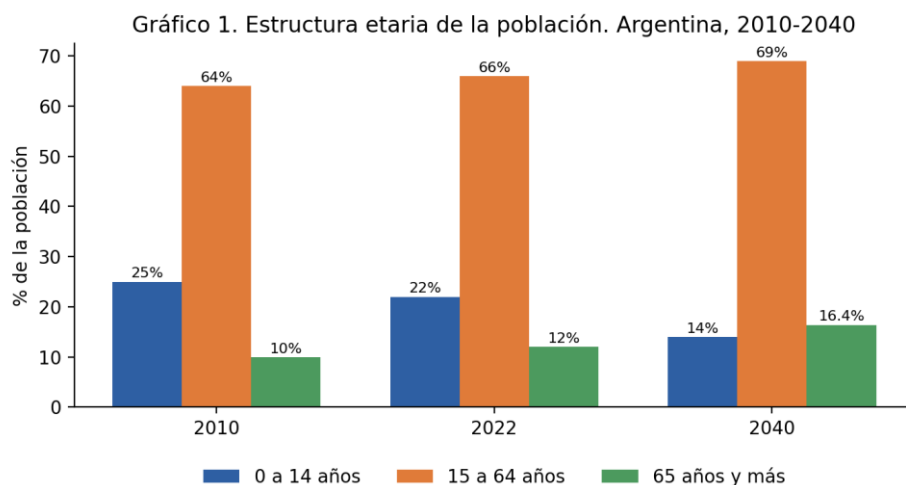
Finalmente, el ASP 2026 aporta un hallazgo conceptual de gran relevancia para la planificación sanitaria subnacional: las mayores prevalencias de discapacidad e hipertensión en personas mayores no se registran necesariamente en las provincias demográficamente más envejecidas, sino en aquellas con mayores privaciones materiales estructurales (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 25). El documento ejemplifica esta disociación al comparar la Ciudad Autónoma de Buenos Aires —14 % de discapacidad autorreportada y 55 % de hipertensión entre personas mayores— con Tucumán —34 % de discapacidad— y Santiago del Estero —70 % de hipertensión— (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 25). Esta evidencia conduce a la recomendación explícita del documento de avanzar hacia Análisis de Situación Poblacional de escala provincial, que permitan diagnósticos más precisos y una microplanificación adaptada a cada realidad territorial (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 28).

3. Hallazgos numéricos más relevantes

Esta sección sistematiza, en formato de tablas comparativas, los principales indicadores cuantitativos reportados por el ASP 2026, organizados en cuatro bloques: estructura demográfica y proyecciones, financiamiento y cobertura del sistema de salud, mortalidad materno-infantil y brechas territoriales, y otros indicadores epidemiológicos relevantes. En cada caso se indica el año de referencia y la fuente primaria consignada por el documento original.

Tabla 1. Indicadores demográficos clave. Argentina, 2010/2022 y proyección 2040

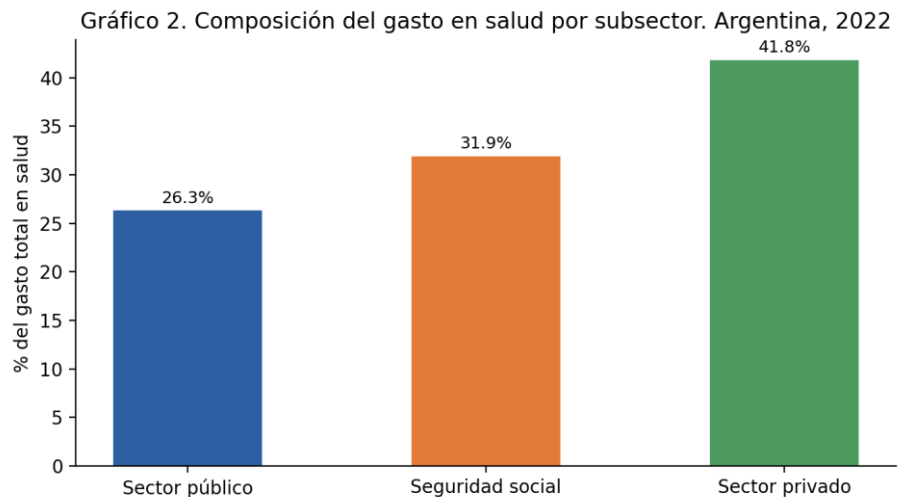
Indicador	2010	2022 / 2023	2040 (proyección)
Tasa Global de Fecundidad (hijos por mujer)	—	1,3 (2023)	≈1,4
Esperanza de vida al nacer, total (años)	—	77,8 (2023)	≈ 80,9
Esperanza de vida, mujeres (años)	—	79,1 (2022)	83,0
Esperanza de vida, varones (años)	—	73,4 (2022)	78,7
Población de 0 a 14 años (%)	25 %	22 %	14 %
Población de 15 a 64 años (%)	64 %	66 %	69 % (pico en 2034)
Población de 65 años y más (%)	10 %	12 %	16,4 %
Índice de envejecimiento (mayores 65 / cada 100 menores 15)	—	54	115
Relación de Dependencia Potencial total (cada 100 en edad activa)	—	53	44



Fuente: elaboración propia sobre la base de MSAL, BID y UNFPA (2026, pp. 11-19), con datos de INDEC (2025).

Tabla 2. Estructura del financiamiento y de la cobertura del sistema de salud. Argentina, 2022

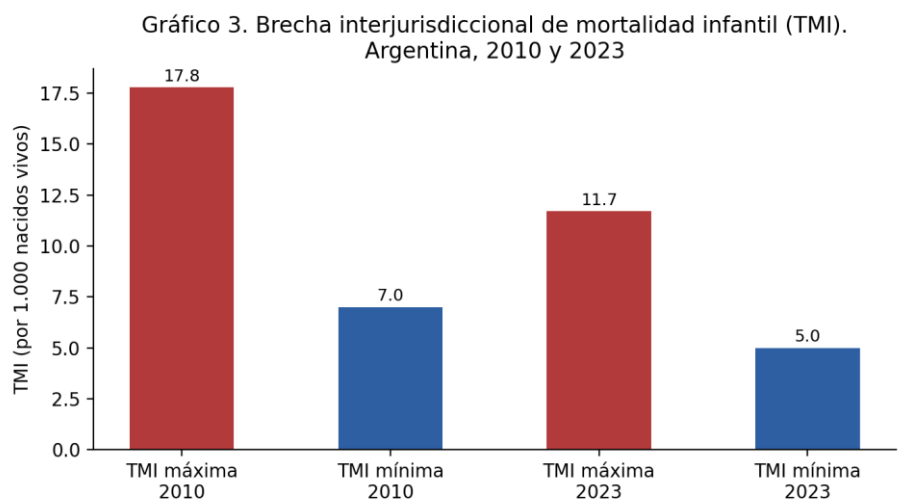
Componente	Valor
Gasto total en salud (% del PBI)	10,5 %
Participación del sector público en el gasto en salud	26,3 %
Participación de la seguridad social en el gasto en salud	31,9 %
Participación del sector privado en el gasto en salud	41,8 %
Población con cobertura pública exclusiva	42,2 %
Población cubierta por obras sociales nacionales	31,6 %
Población cubierta por obras sociales provinciales	15,2 %
Población cubierta por INSSJP-PAMI	11,0 %
Personas con cobertura de medicina prepaga	≈ 6,8 millones



Fuente: elaboración propia sobre la base de MSAL, BID y UNFPA (2026, p. 9), con datos de MSAL (2023b, 2025).

Tabla 3. Brechas territoriales en mortalidad infantil y materna, Argentina

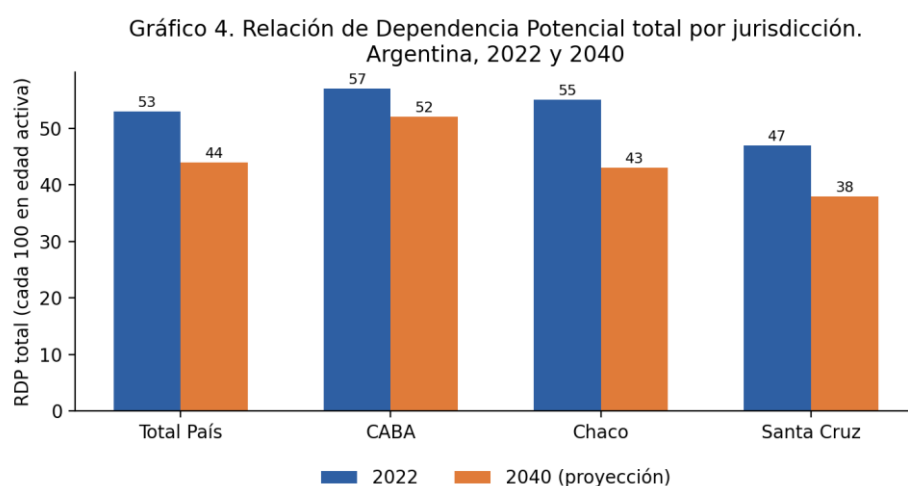
Indicador	2010	2021-2023
TMI — valor máximo interjurisdiccional (por 1.000 nacidos vivos)	≈ 17,8 (Formosa)	< 12,0 (Corrientes)
TMI — valor mínimo interjurisdiccional (por 1.000 nacidos vivos)	≈ 7,0 (CABA)	≈ 5,0 (CABA y Chubut)
Razón de Mortalidad Materna, promedio nacional (cada 10.000 nacidos vivos)	—	4,7
Razón de Mortalidad Materna — rango interjurisdiccional	—	1 a 11



Fuente: elaboración propia sobre la base de MSAL, BID y UNFPA (2026, pp. 23-24), con datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS).

Tabla 4. Relación de Dependencia Potencial (RDP) por tipo de dependencia, jurisdicciones seleccionadas. Argentina, 2022 y proyección 2040

Jurisdicción	RDP jóvenes 2022	RDP mayores 2022	RDP total 2022	RDP total 2040
Total País	35	18	53	44
CABA	27	30	57	52
Chaco	42	13	55	43
Santa Cruz	37	10	47	38

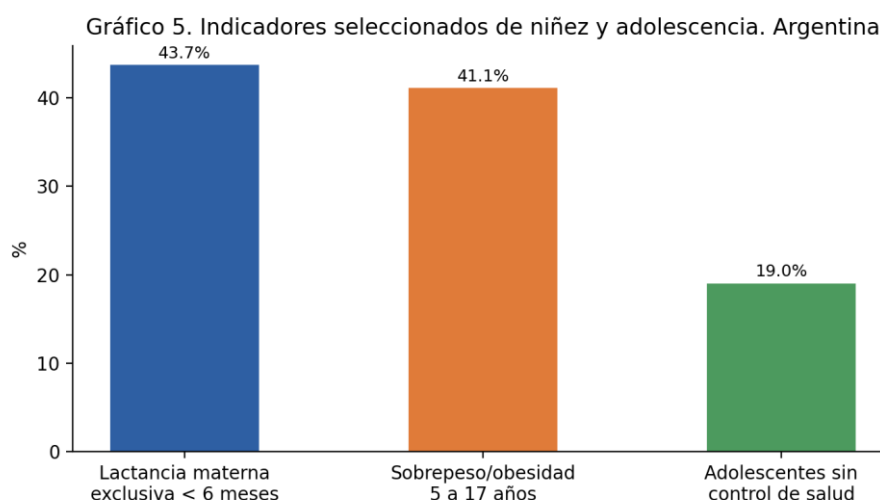


Fuente: elaboración propia sobre la base de MSAL, BID y UNFPA (2026, p. 18, Tabla 1), con datos de INDEC (proyección oficial 2022-2040).

Tabla 5. Indicadores seleccionados de salud materno-infantil, adolescente y de inmunización. Argentina

Indicador	Valor
Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	43,7 %
Sobrepeso u obesidad en población de 5 a 17 años	41,1 %

Indicador	Valor
Adolescentes sin control de salud en el último año	≈ 19 % (nacional); 13,5 % en el NEA
Tasa específica de fecundidad adolescente (15-19 años), 2010	66 por 1.000 mujeres
Tasa específica de fecundidad adolescente (15-19 años), 2022	24,7 por 1.000 mujeres (nacional); 45,3 en Chaco (máximo)
Cobertura de vacunas trazadoras que alcanza el 90 %, 2024	Ninguna



Fuente: elaboración propia sobre la base de MSAL, BID y UNFPA (2026, pp. 12, 24), con datos de DEIS y del Ministerio de Salud de la Nación (2025b).

La lectura conjunta de estas tablas permite una observación central para el eje transversal de este informe: el nivel agregado de gasto en salud (10,5 % del PBI) no se traduce, por sí solo, en una reducción homogénea de las brechas territoriales de mortalidad, morbilidad crónica o cobertura preventiva. La persistencia de una cobertura de vacunación por debajo del 90 % en todas las vacunas trazadoras durante 2024, en un país que invierte una proporción del producto comparativamente alta en salud, constituye evidencia numérica directa de que la composición del gasto —y no únicamente su magnitud— condiciona los resultados sanitarios. En términos del eje conceptual desarrollado en la sección 2, esta brecha de cobertura vacunal representa una contracción del gasto en salud preventivo que, de no revertirse, previsiblemente

derivará en mayor gasto en atención sanitaria futuro asociado a enfermedades prevenibles.

4. Glosario de términos

Gasto en salud. Conjunto de recursos financieros —públicos, de la seguridad social y privados— destinados a la totalidad de las funciones del sistema sanitario: promoción, prevención, vigilancia epidemiológica, atención primaria, atención de la enfermedad instalada y gobernanza del sistema. En Argentina representó el 10,5 % del PBI en 2022 (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 9).

Gasto en atención sanitaria (asistencial). Subconjunto del gasto en salud destinado específicamente al diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico de la enfermedad ya manifiesta: internación, alta complejidad, farmacia y prácticas terapéuticas. El ASP 2026 lo identifica implícitamente al advertir sobre el riesgo de continuar “financiando enfermedad avanzada” (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 30).

Gasto de bolsillo. Erogación directa de los hogares para el acceso a bienes y servicios de salud, no reembolsada por ningún subsector. En Argentina ha disminuido en los últimos años y se mantiene por debajo del promedio regional de América Latina y el Caribe (Maceira y Jiménez, 2022, como se cita en MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 9).

Bono demográfico. Período de oportunidad económica en el cual la población en edad potencialmente activa (15 a 64 años) crece más rápidamente que la población potencialmente dependiente (menores de 15 y mayores de 65 años). En Argentina se estima su finalización hacia 2065 (CEPAL, 2009; MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 16).

Transición demográfica. Proceso de cambio estructural de la población caracterizado por la caída sostenida de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, que reconfigura la pirámide poblacional y la relación entre generaciones.

Transición epidemiológica. Proceso de cambio en el perfil de morbilidad y mortalidad de una población, desde el predominio de enfermedades transmisibles hacia el predominio de enfermedades no transmisibles y causas externas, sin que ello implique necesariamente la desaparición completa de las primeras.

Relación de Dependencia Potencial (RDP). Cociente entre la población potencialmente dependiente (menores de 15 años y mayores de 65 años) y la población potencialmente activa (15 a 64 años), expresado cada 100 personas en

edad activa. Se descompone en RDP de jóvenes y RDP de mayores (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 17).

Índice de envejecimiento. Relación entre la población de 65 años y más y la población menor de 15 años, expresada cada 100 personas menores de 15 años. Alcanzó 54 en 2022 y se proyecta en 115 para 2040 (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 17).

Índice de Dependencia Potencial de Padres (IDPP). Relación entre la población en edad de ser cuidadora potencial (50 a 64 años) y la población de 80 años y más que podría requerir cuidados, expresada cada 100 personas de 50 a 64 años (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 17).

Tasa Global de Fecundidad (TGF) y nivel de reemplazo. La TGF estima el número promedio de hijos por mujer en edad fértil. El nivel de reemplazo poblacional se fija en 2,1 hijos por mujer; valores inferiores implican, en ausencia de migración compensatoria, una eventual reducción del tamaño poblacional (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 11).

Compresión / expansión de la morbilidad. Dos escenarios teóricos sobre la relación entre esperanza de vida y carga de enfermedad. La compresión supone que las enfermedades crónicas se retrasan y se concentran en los últimos años de vida; la expansión supone que la mayor esperanza de vida se traduce en más años vividos con enfermedad (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 27).

Capacidad intrínseca y capacidad funcional. La capacidad intrínseca es la suma de las capacidades físicas y mentales de una persona; la capacidad funcional resulta de la interacción entre esa capacidad intrínseca y las características del entorno. Ambas constituyen el eje de las estrategias de envejecimiento saludable (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 27).

Enfoque de curso de vida (life course approach). Marco analítico que interpreta el estado de salud en cualquier etapa de la vida, en particular en la vejez, como resultado acumulado de las condiciones sociales, económicas y sanitarias experimentadas a lo largo de toda la biografía de una persona (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 26).

Primer nivel de atención. Nivel del sistema de salud de mayor capilaridad territorial, responsable de los controles sistemáticos, la vacunación, la salud materno-infantil,

los tamizajes y el seguimiento comunitario de personas con condiciones crónicas. El ASP 2026 lo identifica como eje articulador del sistema (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 29).

Redes integradas de atención. Modelo de organización de servicios que articula de manera coordinada a los subsectores público, de seguridad social y privado, con el objetivo de garantizar continuidad del cuidado y evitar la fragmentación y duplicación de prestaciones (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 30).

Cuidados de larga duración. Conjunto de servicios —domiciliarios, comunitarios o institucionales— destinados a personas con dependencia funcional, en particular personas mayores, orientados a preservar su autonomía y calidad de vida (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 33).

Análisis de Situación Poblacional (ASP). Instrumento metodológico de generación de evidencia demográfica y epidemiológica orientado a la planificación estratégica del sector salud. El documento fuente de este informe constituye la versión nacional de este instrumento para Argentina (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 7).

5. Corolario de aplicación práctica

A partir del análisis conceptual y numérico precedente, Fundación FESAL formula el siguiente corolario de aplicación práctica, dirigido a entidades de la seguridad social argentina —obras sociales nacionales y provinciales, agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y organismos de gestión sanitaria institucional— que deben adaptar su planificación presupuestaria y prestacional a las tendencias demográficas y epidemiológicas descriptas por el ASP 2026.

5.1. Reclasificar el gasto institucional según la distinción gasto en salud / gasto en atención sanitaria

Se recomienda que las entidades de la seguridad social incorporen en sus sistemas de información presupuestaria una reclasificación de partidas que permita distinguir, dentro del gasto total en salud de cada institución, la proporción destinada a gasto en atención sanitaria curativa (internación, alta complejidad, farmacia, prácticas sobre condiciones ya instaladas) de la destinada a gasto en salud de carácter preventivo y promocional (tamizajes, controles periódicos, primer nivel de atención, programas de salud materno-infantil, vacunación, prevención de factores de riesgo cardiometabólico). Esta reclasificación permite monitorear en el tiempo la composición del gasto, más allá de su nivel agregado, en línea con el hallazgo conceptual central del ASP 2026 (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 30).

5.2. Fortalecer el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema

En consonancia con la recomendación explícita del ASP 2026 (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 29), las entidades de la seguridad social deberían priorizar el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención dentro de sus redes prestacionales, mediante líneas de cuidado adaptadas a los distintos grupos etarios y condiciones socioeconómicas de su población beneficiaria, sustentadas en diagnósticos basados en evidencia propia.

5.3. Anticipar el impacto del envejecimiento de la población beneficiaria sobre la demanda de cuidados

Toda entidad de la seguridad social debería proyectar, con la misma lógica metodológica que el ASP 2026 aplica a nivel nacional, la evolución esperada de la

estructura etaria de su propia población beneficiaria, con el fin de anticipar la demanda futura de cuidados de larga duración, redes integradas de atención y servicios geriátricos, evitando así que el ajuste presupuestario se produzca de manera reactiva y tardía.

5.4. Desarrollar Análisis de Situación Poblacional a escala institucional o territorial

El ASP 2026 recomienda explícitamente avanzar hacia Análisis de Situación Poblacional de escala provincial para favorecer la microplanificación (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 28). Fundación FESAL extiende esta recomendación al ámbito institucional: las entidades de la seguridad social pueden beneficiarse de replicar esta metodología sobre su propia población beneficiaria, considerando su distribución territorial, su estructura etaria y sus condiciones socioeconómicas, a fin de diseñar estrategias prestacionales pertinentes y consistentes con sus necesidades específicas.

5.5. Incorporar el enfoque de curso de vida en el diseño de coberturas

Se recomienda incorporar el enfoque de curso de vida en el diseño de programas de cobertura, priorizando intervenciones tempranas en salud materno-infantil, niñez y adolescencia, bajo el criterio de que la inversión temprana en gasto en salud reduce la carga futura de gasto en atención sanitaria asociada a la cronicidad y la dependencia funcional (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 29).

5.6. Fortalecer los sistemas de información y evaluar el retorno de la inversión en prevención

Finalmente, se recomienda que las entidades de la seguridad social avancen en la interoperabilidad de sus registros clínicos y administrativos, y que incorporen, siguiendo la sugerencia metodológica del ASP 2026 (MSAL, BID y UNFPA, 2026, p. 33), estudios de retorno social y/o retorno para el sistema de salud de sus intervenciones de promoción del envejecimiento saludable, de modo de contar con evidencia propia que respalde la reorientación progresiva del financiamiento hacia el gasto en salud preventivo.

En síntesis, el corolario práctico que se desprende del ASP 2026, leído a través del eje conceptual desarrollado en este informe, no consiste en demandar mayores recursos agregados para el sistema de salud argentino, sino en promover una reasignación gradual, planificada y basada en evidencia, del gasto en atención sanitaria curativa hacia el gasto en salud preventivo y promocional, en todas las etapas del curso de vida y en todas las jurisdicciones del país. Fundación FESAL pone este informe a disposición de OSDEPYM y de las demás entidades de la seguridad social argentina como insumo técnico para la actualización de sus estrategias institucionales de mediano y largo plazo.

Referencias

- Cabella, W., y Nathan, M. (2018). Los desafíos de la baja fecundidad en América Latina y el Caribe (Documento de trabajo). UNFPA.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2009). Rápido envejecimiento de población obligará a redefinir políticas públicas. Notas de la CEPAL, 62. <https://www.cepal.org/notas/62/titular01>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2024a). La dinámica demográfica de América Latina y su impacto en la fuerza de trabajo. Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/68798-observatorio-demografico-america-latina-caribe-2023-la-dinamica-demografica>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2025). [Estimaciones sobre brecha de fecundidad deseada e infertilidad, citadas en MSAL, BID y UNFPA, 2026].
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). 4.^a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. INDEC; Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025). Estimaciones y proyecciones de población, por sexo y edad: total del país, años 2022-2040 (Análisis demográfico n.º 39). INDEC. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyecciones_nacionales_2022_2040.pdf
- Loyola, V. F., y Peláez, E. (2024). El comportamiento de la fecundidad en las regiones de Argentina entre 2010 y 2021: Cambios en el calendario reproductivo de las poblaciones. Población y Salud en Mesoamérica, 22(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v22i1.5920>
- Maceira, D. (2020). Caracterización del sistema de salud argentino. Debate en el contexto latinoamericano. Revista Estado y Políticas Públicas, 14, 155-179.
- Maceira, D., y Jiménez, A. (2022). El gasto de bolsillo en salud como indicador clave de equidad y calidad sistémica en Argentina. Fundar. <https://www.fundar>

- Ministerio de Salud de la Nación, Banco Interamericano de Desarrollo, y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2026). Análisis de Situación de la Población con foco en salud. Argentina 2026. Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2024). Boletín de mortalidad por enfermedades no transmisibles 2022.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletin_ent_3.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2025). Gasto en salud en Argentina. Análisis para 2017-2022.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/05/informe_gasto_en_salud_2017-2022-vf.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2025b). Coberturas de vacunación. Calendario Nacional 2024.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/coberturas-de-vacunacion>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Oficina Estadística de la Unión Europea, y Organización Mundial de la Salud. (2011). A system of health accounts. OECD Publishing.
- Peláez, E., Cuesta, C. D. L., Pastorino, L. A., Trinchero, T. M., y Viganó, A. (2022). La fecundidad en Argentina a inicios del siglo XXI: ¿El fin de la meseta? El papel de la educación en los cambios. Revista Brasileira de Estudos de População, 39, e0224.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: Logros alcanzados y desafíos futuros. PNUD.