



PMO

PROGRAMA
MÉDICO
OBLIGATORIO

ACTUALIZACIÓN JULIO 2023

DR. ERNESTO van der KOOY
DR. RUBÉN TORRES
DR. HÉCTOR PEZZELLA
DR. ADOLFO CARRIL
Cdor. RUBÉN RICARDO ROLDAN
LIC. NICOLÁS STRIGLIO
LIC. NATALIA JORGENSEN

ESTIMACIÓN
DEL GASTO NECESARIO
PARA GARANTIZAR
LA COBERTURA

ACTUALIZACIÓN DE LA ESTIMACIÓN DEL
GASTO
NECESARIO PARA GARANTIZAR
LA COBERTURA ASISTENCIAL CONTENIDA
EN
EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO
(PMO)
JULIO DE 2023

Autores

Dr. Ernesto van der Kooy.

Dr. Rubén Torres.

Dr. Héctor Pezzella.

Dr. Adolfo Carril.

Cdor. Rubén Ricardo Roldán.

Lic. Nicolás Striglio.

Lic. Natalia Jorgensen.

AUTORES:

Dr. Ernesto van der Kooy

Médico. Diploma de Honor.

Especialista en administración de Establecimientos de Salud.

Master en Dirección de Empresas. Universidad del Salvador - Universidad de Deusto (España).

Presidente de Prosanity S.A. Consultora de Salud.

Profesor Titular de la Cátedra de Estudios de los Sistemas y Organizaciones Sanitarias - USAL - Marzo 2013 a la fecha.

Director de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud. USAL.

Trabajo como:

Profesor titular de la Cátedra Extracurricular de Economía de la Salud de la Universidad del Salvador.

Presidente de Bristol Park.

Director del Hospital Municipal del Pilar.

Asesor del INSSJP.

Secretario de Salud y Acción Social. - Municipalidad del Pilar.

Interventor Nacional del PROFE.

Consultor del Banco Mundial. Pressal.

Autor de varios libros de investigación aplicada y numerosos trabajos publicados de la especialidad.

Varios premios recibidos.

Dr. Rubén Torres

Médico especialista en cirugía infantil (Universidad de Buenos Aires) Diploma de Honor.

Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Magister en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social.

Máster en Sociología.

Especialista en planificación y Gestión de Políticas Sociales.

Ex Rector de la Universidad Isalud.

Director General del Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS).

Presidente de la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) y de IPEGSA (Instituto de Política, economía y gestión en salud).

Miembro del Consejo Académico de la Fundación de Estudios para la salud y la Seguridad social (FESS).

Ex Superintendente de Servicios de Salud de la Nación.

Ex Gerente de Sistemas de Servicios de Salud de OPS (Organización Panamericana de la Salud).

Autor de varios libros de la especialidad.

Autor de numerosos trabajos publicados y/o presentados en libros, revistas, diarios, congresos nacionales e internacionales.

Ha recibido numerosos premios otorgados por prestigiosas entidades nacionales e internacionales

Dr. Héctor Pezzella

Médico Cirujano Especialista (MAAC).

Especialista en Medicina del Trabajo.

Especialista en Salud Pública y Administración Hospitalaria.

Director de Prosanity S.A. Consultora de Salud.

Profesor de la Cátedra de Estudios de los Sistemas y Organizaciones Sanitarias - USAL - marzo 2013 a la fecha

Trabajó como:

*Profesor Titular de la Cátedra Extracurricular de Economía de la Salud. Universidad del Salvador.
 Director del Sanatorio Güemes (CABA).
 Director Médico de ADOS-Salto (BA).
 Gerente de Prestaciones Médicas del I.N.S.S.J.P.
 Jefe de Departamento de Programación del I.N.S.S.J.P.
 Gerente Médico de la Clínica La Sagrada Familia (C.A.B.A.)
 Director Médico-Administrativo del Instituto Dupuytren (C.A.B.A.)
 Gerente de Prestaciones Médicas de M.I.M. (Medicina Integral Metropolitana).
 Autor de varios libros de investigación aplicada y numerosos trabajos publicados de la especialidad.*

Dr. Adolfo Carril

Médico.

*Especialista en Medicina de trabajo. Universidad de Buenos Aires.
 Vicepresidente de Prosanity Consulting S.A. Consultora de Salud.
 Breve reseña de su actuación profesional en el campo de la Salud Pública en la Organización, Planeamiento, Conducción, Gestión de Entidades del Sector y en la Investigación aplicada:
 Consultor de CONTECSA, Consultores Técnicos en Salud.
 Director del Departamento de Medicina Laboral y Seguridad Industrial de NEROLI SA.
 Director de prestaciones Médicas de la Obra Social del Personal de Dirección de la Industria Metalúrgica.
 Jefe Distrital del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
 Director General de Clínica Independencia S.A.
 Director General de AMID- SOS, empresa de atención médica domiciliaria y emergencias médicas.
 Director Coordinador General de la Dirección de Ayuda Social del Congreso de la Nación.
 Director General de la Obra Social del Personal de las Industrias Químicas y Petroquímicas.
 Dirección General del Proyecto Sanatorio Güemes. Ciudad de Buenos Aires.
 Director de Medicina Prepaga Hominis S.A.
 Director de Duo Emergencias S.A.
 Autor de varios libros de investigación aplicada y numerosos trabajos publicados de la especialidad.*

Cdor. Rubén Ricardo Roldán

Contador Público (UNC).

Master en Política Económica Internacional (UB).

Graduado en Administración Estratégica (UBA).

Diplomado en Administración y Dirección Hospitalaria (CIESS-UNAM).

Trabajó en:

a) Fundación Favaloro (convenio BID-FF); b) Programa de Reconversión de Obras Sociales del Banco Mundial; c) Academia Nacional de Medicina; d) Consejo Federal de Inversiones; e) INSSJyP, desempeñándose como responsable del Área de Estudios Económicos, Coordinador del convenio PNUD-INSSJyP y Gerente de Administración. Actualmente se desempeña como Consultor en Costos y Gestión de Servicios de Salud.

Antecedentes como docente:

Profesor en la cátedra de Administración y Finanzas (UB).

Profesor Titular de la cátedra Fuentes de la Producción (UCA-Salta).

Profesor de la cátedra de Economía Médica (Maestría en Salud Pública-USAL).

Actualmente docente en cursos y seminarios vinculados a la Economía de la Salud.

Autor de varios libros de investigación aplicada y numerosos trabajos publicados de la especialidad.

Lic. Nicolás Striglio

Licenciado en Economía (UCA)

Magister en Finanzas (UCEMA).

Entre 2005 y 2020 trabajo en distintos Bancos, locales y extranjeros, en el área de Finanzas - Mesa de Dinero.

A partir de agosto 2010 paso a desempeñarse como Consultor Independiente asesorando a distintas empresas e instituciones en relación con: administración, gestión y planificación financiera, diagnóstico empresarial estratégico, simulación de escenarios y análisis de sensibilidades, análisis de rentabilidad e indicadores de gestión, costeo de unidades de negocio y reingeniería de áreas, servicios y procesos.

Ex Subgerente de Evaluación de Costos de la Gerencia de Gestión Estratégica de la Superintendencia de Servicios de Salud (2020-2021)

Gerente de control económico financiero de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Natalia Jorgensen

Licenciada en Economía,

Máster en Economía Industrial por la Universidad Carlos III de Madrid, España.

Vicepresidente y Directora del área de evaluación de Tecnologías sanitarias del Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA).

Consultora para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) como experta en priorización explícita de intervenciones en salud.

Entre 2016 y 2019 se ha desempeñado como subgerente de evaluación de costos de la Superintendencia de Servicios de Salud y como gerente de medicamentos del INSSJP (PAMI).

Tiene una vasta carrera como investigadora. En la Universidad ISALUD, coordino el Programa de Investigación en Economía Aplicada en Salud (PIAS). Ha sido consultora para organismos Nacionales e Internacionales en temas relacionados con economía de la salud y evaluación económica de tecnologías sanitarias, con publicaciones nacionales e internacionales en la materia.

Es coautora del libro Mitos y realidades de las obras sociales.

AGRADECIMIENTOS:

A todas las Instituciones y Agentes de Salud consultados para el relevamiento de tasas y precios.

SCIENZA.

FARMANEXUS.

LIC. JUAN FRANCISCO MELENDO.

COMPANIA FARMACEUTICA.

VIDT.

DUO.

MANDAR SALUD.

MENTAL HEALTH.

A la Sra. Mariana Schebes por su valioso trabajo de compilación, y enlace.

PROLOGO

PROSANITY CONSULTING realiza, desde el año 2010 el trabajo de actualización de "La estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa médico obligatorio (PMO)".

Desde hace varios años, con el fin de potenciar y ampliar la calidad de la investigación, estas actualizaciones se hacen en conjunto con IPEGSA (Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud) y con la USAL (Universidad del Salvador. Facultad de Ciencias Médicas) y participan equipos técnicos y de investigación de las diferentes instituciones.

Este trabajo anual tiene como todos los años dos objetivos fundamentales.

- 1) El primer objetivo determinar el valor de la canasta prestacional conocida como PMO a una fecha definida. (31 de julio).*

Año a año seleccionamos prestaciones que conocemos van variando su aplicación o por cambios epidemiológicos o por la aparición de nuevas tecnologías. Se analizan, se determinan los nuevos indicadores de utilización y se modifican en la investigación. En los más de diez años en que se realiza este trabajo, han sido abordadas muchas de las prestaciones más relevantes y modificados sus indicadores en la grilla del PMO. Este año se han analizado específicamente Medicamentos Especiales, Discapacidad y se ha incorporado como renglón especial el análisis de Diabetes.

- 2) El segundo objetivo de esta investigación es determinar a finales de julio 2023 en qué medida las Obras Sociales Nacionales Sindicales se encuentran en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro y su comparación con los años anteriores.*

El Sistema de Salud

Es costumbre en las actualizaciones anuales, realizar un análisis de la Situación del Sistema de Salud y los eventos acontecidos en el Sector en el período transcurrido desde la última actualización.

Los desórdenes económicos generales no sólo se mantienen, sino que se potencian. La inflación es cada vez más alta. Desde julio del 2022 a la fecha del presente estudio la inflación ha sido de alrededor del 125%, y se ha producido una devaluación de la moneda en relación al dólar (107%), aunque menor a la inflación. Sigue existiendo una falta de precios de referencia en el mercado que dificulta la valorización de los diferentes

renglones, con un valor que represente al universo. Ello, seguramente puede provocar algún grado de desvío en el costeo del PMO.

Todo el Sistema Sanitario, financiador y prestador, ha entrado en una crisis cuasi terminal. Si sumamos a ello indicadores de pobreza medida por ingresos superiores al 40%, los resultados en Salud poblacional esperados son más que preocupantes.

La Argentina tiene un sistema de Servicios de Salud fragmentado, inequitativo y poco solidario. Se necesitan implementar acciones de fondo, muchas de ellas probablemente simultáneas, para hacer un sistema más equitativo, accesible, oportuno y eficiente para toda la población.

Pasan los años y las mismas no se realizan. Tenemos un sistema consolidado sobre la Base del Seguro de Salud Obligatorio, que tenemos que mejorar, apelando a acciones que se vienen marcando año a año en los diferentes foros, pero que no se realizan.

Apelar a propuestas como la de migrar a un Sistema Nacional de Salud en manos del estado aparecen como poco plausibles, más cuando es el propio estado quien no impulsa las modificaciones que se necesitan al sistema vigente y su respuesta como prestador/ financiador sobre la población bajo su cobertura es uno de los elementos a componer.

Sin dudas es necesario optimizar el sub- sector estatal (en todas sus jurisdicciones) responsable de la atención del 35% de la población del país cuyo ordenamiento es imprescindible para trabajar coordinadamente en esquemas de articulación público-privada entre los sectores públicos provinciales y municipales y las Obras Sociales y prepagas. La superposición de programas entre el estado nacional y las provincias y municipios, genera asignación ineficiente de recursos, gastos exponenciales y dilución de responsabilidades entre los actores.

Se observa un contexto del Sector con todas las dificultades expresadas, pero al que inexorablemente se necesita incorporar a las tecnologías de la información y de las comunicaciones (Tics) necesarias para la interoperabilidad en salud, el uso y promoción de la tele salud, la inteligencia artificial en procesos diagnósticos y analíticos, la digitalización de la historia clínica y las ayudas diagnósticas, la receta electrónica, la promoción de las apps para el cuidado de la salud, entre otros. Y así como existen nuevas herramientas tecnológicas, avanzar en la capacitación, la vinculación y el hábito de uso en los profesionales de la salud y pacientes.

Es decir, mejorar el Sistema de Salud sin descuidar la incorporación en el mismo de los avances que se producen.

Como referimos, el Sistema de Servicios de Salud como tal, se encuentra en graves dificultades y además con conflictos acentuados entre los diferentes participantes del sector.

Aquello que años atrás se discutía, si había una crisis de financiamiento del sector o muchos de los problemas surgían de la duplicación de recursos, mala utilización de los mismos, ineficiencias, etc., hoy no se puede negar.

Más allá que existen todos los problemas antedichos y que es necesario abordar y mejorar, el financiamiento es hoy un tema crucial. La situación económica del país tarde o temprano involucra a todos los sectores, y el de la Salud no es una excepción. La situación económica general impacta crudamente en los tres subsectores.

Asistimos a la paradoja que habiendo sido el centro de atención de la población y del estado durante la pandemia, hoy por hoy ha sido poco más que desatendido por los gobernantes, no tenido en cuenta por los candidatos (la salud pública quedó excluida como temática de los debates presidenciales) y ni siquiera considerado por la población como elemento primordial a encarar, según surge de las encuestas realizadas.

Recordamos que, como resultado de la pandemia, se había revalorizado tanto en la población en general como en el propio sector, el rol de la Salud Pública, y se había conseguido centralidad, una buena integración pública-privada, lográndose un mejor funcionamiento en Redes mixtas y minimizando temporalmente las fuertes inequidades del Sistema. Todo ello ha quedado en la historia reciente.

Desde los diferentes estamentos Gubernamentales del Sector de la Salud, durante este último año, tampoco se han producido cambios estructurales sustanciales en el sistema.

Algunas acciones realizadas que se pueden citar son entre otras: 1) El Ministerio de Salud realizó durante este año reuniones con las Jurisdicciones destinadas a una Integración federal de los subsistemas público y privado de salud. Más allá de las reuniones se desconocen avances específicos en dicha propuesta, salvo la creación del PAISS, en los últimos días y cuya aplicación deberá evaluarse en el tiempo. 2) Se firmó un crédito con el Banco Mundial para potenciar la integración y asegurar determinadas coberturas en salud. 3) Con las jurisdicciones (COFESA) se analizó el trabajo colaborativo en temas de cambio climático, (impacto del cambio climático en el país). 4) Se creó la CONETEC como órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, para la evaluación de Tecnologías Sanitarias. 5) Un Consejo de asistencia técnica para procesos judiciales en salud para asesorar técnicamente a la Justicia ante su requerimiento y

previo a la sentencia, en los casos de reclamos por medicamentos, tratamientos y procedimientos innovadores y tecnologías sanitarias para el tratamiento de enfermedades poco frecuentes y/o patologías especiales. 6) Se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027, en el marco de la cuestionada Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Se aprobaron los Ejes de Gobernanza en Atención Primaria de la Salud. 8) Creación del sistema de integración y calidad para establecimientos públicos de salud (SICEPS) y su Registro.

Tal como fuimos marcando en las últimas actualizaciones los problemas de fondo pre-existentes del sistema, encubiertos durante la pandemia por aportes extraordinarios y menos consumo prestacional, se han manifestado y magnificado crudamente.

Las Obras Sociales en conjunto y por supuesto también las Sindicales soportan año a año mayor dificultad para cubrir las prestaciones a las que están obligadas. Sus ingresos dependen de un porcentaje de los aportes y contribuciones de los salarios, sumados los bajos ingresos de los monotributistas y empleadas de casas particulares, que han seguido perdiendo valor en relación a la inflación existente. En el último año de junio a junio ha habido una caída de los salarios registrados del 2,6%, salvo en el sector estatal. No se vislumbra a futuro ninguna recomposición de los mismos.

En el estudio actual se vuelve a observar una caída de los ingresos de los financiadores en relación a los costos en Salud. Ello ocurre además en un mercado laboral cambiante donde se deberá analizar la legislación laboral argentina desconociéndose su impacto en el subsistema.

Como expresamos ya varias veces se hace imprescindible examinar esta situación. A todas luces, el Sistema de los Seguros de Salud Obligatorios no es posible de ser financiado ni en la actualidad ni a futuro exclusivamente con aportes y contribuciones, y es necesario y razonable considerar mecanismos de modificaciones del PMO obligatorio a cubrir, y dejar prestaciones de alto costo individual (Ej. Medicamentos de Alto Precios) o en el tiempo (discapacidad. Prestaciones SU), por fuera de la obligación de cobertura del PMO.

En el conocimiento de este grave problema de financiamiento del subsector, el Poder Ejecutivo incluyó en el presupuesto una nueva línea presupuestaria de alrededor de 150 mil millones de pesos durante el 2023 para afrontar sobre todo gastos de discapacidad y medicación de Alto Costo, aunque a la fecha de ese monto sólo transfirió 20.000 millones a fines de agosto.

Debemos marcar, como otro tema insoslayable a abordar, el tema de los RRHH.

Los RRHH son un pilar fundamental de todos los sistemas sanitarios. Su calidad y su desempeño son esenciales. Poco es lo que se propone en materia de reformas en el sector.

Existe poca coordinación entre educación y salud lo que genera distorsiones por escasez o exceso de algunas categorías de personal, distribución y formación geográfica desigual, discordancias entre la formación recibida y las competencias requeridas para el ejercicio profesional, etc. Los bajos salarios y honorarios y la falta de un contexto propicio hacen que los médicos recibidos prioricen las especialidades con tecnología acompañante a expensas de la clínica médica y pediatría, cuyas residencias quedan a medio cubrir. Y buscan nuevos caminos en el exterior.

La mayor parte de las prestaciones que integran el PMO son brindadas por el sector privado, tanto en ambulatorio como en internación. Su financiamiento proviene del Seguro Social Obligatorio o de las Empresas de Medicina Prepaga. Los honorarios profesionales están devaluados y los sueldos de los trabajadores (muchos asalariados pobres) han perdido en relación a la inflación y su justa recomposición aparece muy difícil de modificar solo con los recursos disponibles, en un sistema desfinanciado. Los aranceles que reciben las clínicas y sanatorios son bajos y desactualizados en relación a la inflación. Los plazos de pago insostenibles en el marco de una economía inflacionaria y con volatilidad en materia cambiaria. Esto impacta directamente en la falta de atención, demoras en los turnos y listas de espera como consecuencias directas de estas asimetrías estructurales. A lo que hay que sumar la falta o escasez de algunos insumos por demoras en las importaciones, y aumento desmedido de precios.

Cuando existen crisis estructurales como la actual sin un ente regulador eficiente, comienzan las pujas distributivas aún dentro de un mismo subsector y entre los prestadores privados.

Muchos prestadores de la Ciudad de Buenos Aires priorizan la financiación por las prepagas. En el interior se enfocan fundamentalmente en la obra social provincial y el INSSJyP.

Por otro lado, en la medicina privada hay una puja distributiva al interior de los prestadores médicos por el cambio tecnológico. La práctica médica hoy se basa fundamentalmente en las especialidades, las nuevas tecnologías y la innovación en medicamentos.

Los prestadores de salud privada reciben bajos aranceles, y al mismo tiempo necesitan mantener y actualizar una estructura tecnológica costosa.

El último eslabón de la cadena de producción de atención médica, el recurso humano, es el que más sufre esa falta de recursos siendo el responsable último de la atención del paciente.

Ya expusimos en la actualización anterior que existían cobros de aranceles no explicitados por parte de los profesionales y varios intentos de hacerlo por parte de las instituciones prestadoras.

Últimamente ha habido anuncios de instauración masiva de copagos por parte de las asociaciones médicas, de las cámaras de diagnóstico por imágenes y de los laboratorios. Y aún algunos intentos, luego fallidos, de copagos en internaciones.

Se observa una salida, de muchos profesionales de las cartillas de los prepagos, sobre todo de aquellos con mayor reconocimiento y capacitación.

Sabemos perfectamente que los aranceles impactan sobre la población beneficiaria que es quien los asume y hacen más regresivo el sistema. Al fin de todo el camino, estos desajustes los termina pagando el paciente.

"La ley de emergencia sanitaria sigue generando un alivio transitorio de las deudas impositivas y previsionales del sector de prestadores privados, que es quien sustenta la atención de la mayor cantidad de prestaciones del Seguro Social Obligatorio, aunque, por otro lado, resiente la fuente de financiamiento de Obras Sociales del sector, que provienen justamente de aportes y contribuciones.

A la luz de las dificultades referidas es imprescindible la continuidad de esta ley, pero la duración de la misma en el tiempo y su renovación año a año, muestra acabadamente que no se han afrontado los problemas de fondo y se siguen con simples remiendos para mantener un sistema que cada vez se encuentra más deteriorado." (Informe 2022).

Más allá de la fuerte crisis de financiamiento de la salud que hemos marcado, siempre hemos referido como un error el abordar la atención de la salud de las personas solo desde la perspectiva del financiamiento. Se ha marcado repetidamente en nuestras diferentes presentaciones que la mayor mejora en la salud de las poblaciones se logra abordando acciones sobre la pobreza, sobre los determinantes sociales, el medio y sobre las conductas de los individuos. El Sector de la Salud es sustancial para el impacto en la salud poblacional, sobre todo a través de sus acciones de educación de la salud y acciones de prevención como la vacunación.

El Sistema Sanitario es, sin embargo, y en todos los Sistemas de Salud, quien concentra la mayor parte del gasto en salud, y al que se le vuelcan la mayor cantidad de recursos.

"Su resolución no debe y no puede ser exclusivamente de financiamiento. Abordar y pensar exclusivamente la forma de conseguir fondos adicionales para subsanar la crisis de la Salud, es un error conceptual de gran implicancia actual y a futuro." (Informe 2022).

Los costos de los Sistemas Sanitarios del mundo siguen en aumento y lo seguirán haciendo por las modificaciones epidemiológicas y por el avance tecnológico. Es necesario, por lo tanto, una búsqueda diferente, integral y con claras modificaciones de los paradigmas de abordaje. Reiteramos aquellas líneas que ya esbozamos en informes anteriores.

"Modificar los modelos de atención y basarlos efectivamente en la atención primaria de la Salud, (Modelos basados en el valor, Modelos específicos para ECNT, etc.) evaluar sistemas administrados de atención y de gestión, limitar los alcances del PMO a aquellas prestaciones con evidencia científica probada, con costo-efectividad, y analizar la posibilidad de nuevos formatos, integrar las redes públicas y privadas para bien utilizar recursos disponibles, lograr una protección para la población sin cobertura formal equitativa con la población formalmente cubierta, evaluar pagos desde la demanda y no sólo desde la oferta, propender a la educación y capacitación continua de los recursos humanos del sistema, a su certificación, acreditar efectores de Salud, generar una agencia de evaluación de tecnologías, generar mecanismos de aseguramiento para gasto catastrófico, trabajar para disminuir costos de no calidad, minimizar la variabilidad clínica ,etc. "(Actualización 2022).

Este listado, que ya fue incluido en versiones anteriores, sólo compila algunas de las varias acciones estratégicas necesarias, que aplicadas en conjunto deben ser la base del cambio estructural del Sistema de Salud, el cual debe asegurar una calidad y un financiamiento adecuado y posible del Sistema, y que lo haga sustentable en el tiempo.

Volvemos a reafirmar que para concretarlas se deben generar los espacios de consenso y coordinación y garantizar la participación de todos los actores del sector, de todas las regiones y jurisdicciones. De ahí la trascendencia que exista una decisión política firme y la ineludible Rectoría y Gobernanza de las Autoridades Sanitarias para llevar a cabo estos consensos.

Esperamos que la nueva administración, recientemente elegida por la ciudadanía, cuente con las condiciones y la voluntad para realizarlas.

Luego de estas reflexiones, nos abocaremos a la descripción del trabajo de investigación realizado y sus resultados.

Actualizamos el valor del PMO, tal como existe en la actualidad, en el convencimiento de

la necesidad imperiosa de modificarlo y hacerlo accesible a toda la población.

METODOLOGÍA

La metodología de investigación utilizada es la que usamos desde el inicio del estudio; los parámetros considerados son las tasas o indicadores de uso y los precios de mercado.

El valor resultante es exclusivamente el de las prestaciones listadas en el PMO, por lo que no incluye otros elementos tales como los costos de administración, por no contar con información fiable de los mismos, gastos bancarios, financieros, impositivos etc.

El Costo del PMO y sus indicadores han sido elaborados sobre la base exclusivamente de poblaciones activas, habiendo considerado como tales aquellas con rangos etarios entre 0 y 65 años, tanto para hombres como para mujeres.

No se valoriza el PMO para mayores de 65 años, donde los indicadores difieren de los de este estudio, sobre todo en determinadas prestaciones. En esas edades los costos son incrementales.

Los indicadores de uso y los precios considerados son de poblaciones de Obras Sociales Sindicales de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense. Si bien la matriz elaborada es aplicable a todo el país, los indicadores y valores de mercado considerados corresponden a grandes poblaciones urbanas.

La experiencia de análisis de otras poblaciones, marcan diferencias sustanciales tanto en indicadores, como en precios. Las posibilidades de acceso son muchas veces disímiles, la oferta de servicios es menor y los precios, al no haber competencia, muchas veces son sustancialmente superiores.

Es una asignatura pendiente analizar el costo regional del PMO, lo que debería hacerse probablemente con las Organizaciones representativas del Sector y que cuenten con la información necesaria para una investigación de este tipo.

En ésta edición (2023) se han analizado específicamente los Medicamentos Especiales, Diabetes y Discapacidad.

Se han actualizado todos los precios de los diferentes renglones según valores de mercado, a partir de una compulsa que desde el inicio hacemos en financiadores, redes, prestadores, cámaras, etc. La amplia variabilidad en los precios puede hacer que los

valores considerados en esta investigación no representen acabadamente y uniformemente la realidad.

PRESTACIONES ANALIZADAS EN ESTA ACTUALIZACIÓN

DISCAPACIDAD

Al realizarse la actualización del PMO correspondiente al 2018, se trató, específicamente, el tema de discapacidad, sus indicadores de uso y sus precios. Se usaron parámetros del trabajo realizado y presentado sobre Gasto Catastrófico a fines de 2017.

El indicador usado, y referido en las actualizaciones posteriores se elaboró tomando en cuenta el número de beneficiarios que accedían a prestaciones con Discapacidad, y considerando que en promedio existían 1,8 prestaciones por beneficiario.

Al analizar el programa Integración hemos observado un incremento significativo del rubro discapacidad, no justificado sólo por el incremento de precios. Es por ello que se ha realizado un nuevo análisis de indicadores (tasas de uso) y tomado como numerador el número de prestaciones por beneficiario año y no el número de beneficiarios que acceden a alguna prestación. El utilizar como numerador el número de prestaciones, nos acerca más a la realidad examinada.

De lo relevado en diferentes Agentes de Salud y lo declarado como gastado por el programa Integración en la página correspondiente de la Superintendencia de Servicios de Salud, surgen los siguientes datos al 31 de julio 2023:

Prestaciones: 92.000 por mes, 1.104.000 al año.

Tasa de prestaciones: 0,0677.

Valor mensual promedio por prestación: \$ 146.000.

Cápita mensual: \$ 824,05.

Respecto a los datos anteriores presentados en el PMO se ha visto un incremento de un 35% de prestaciones, con la siguiente distribución:

Prestaciones: 46%.

Trasporte: 18%.

Terapéutico: 11%.

Educativo: 25 %.

Los incrementos de precios están regulados y surgen de resoluciones conjuntas del Ministerio de Salud de la Nación y de la Agencia Nacional de Discapacidad.

El incremento de precios entre agosto 22 y julio 23 ha sido de alrededor del 92% en todos los rubros, salvo en el transporte donde ha sido del 112%.

El rubro transporte no está limitado al acompañamiento de prestaciones solamente Educativas, es muy difícil ponderar en este rubro que porcentaje del mismo corresponde a dichas prestaciones.

Ello lo marcamos porque existe un justo reclamo de la Obras Sociales, que las prestaciones Educativas y el transporte destinado a las mismas, deberían ser financiados desde fondos Educativos o en su defecto con un aporte adicional del estado Nacional.

Ello significa un porcentaje del total del valor del renglón analizado un poco mayor 40% del total, o sea que a valores de fines de julio 23, alrededor de \$ 350 pesos por beneficiario mes corresponderían ser financiado por fuera del financiamiento habitual de la Obras Sociales reguladas. Ello significa a valor de fines de julio 2023, un número cercano a 65.000 millones de pesos por año.

Integración es un mecanismo vigente desde el año 2016 por el cual se financia directamente del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN a los Agentes del Seguro de Salud, abonando a los prestadores, las prestaciones médico asistenciales y educativas previstas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, presentadas por cada Obra Social.

DIABETES

En esta actualización vamos a analizar específicamente los medicamentos para tratamiento de la Diabetes, pero enfocándonos en los rubros de pacientes Insulinodependientes, y en medicamentos agonistas GLP1 y similares, por su efecto económico.

El rubro Insulinas y agonistas GLP1 impacta considerablemente en los costos del PMO a partir de múltiples factores, la frecuencia cada vez mayor de diabéticos por un lado y el uso de Insulinas no sólo en Diabéticos tipo I sino y sobre todo en muchos Diabéticos tipo II, asociados a medicamentos orales o en forma aislada. Son cada vez mayores los tipos de insulinas que se han desarrollado, perfeccionando el tratamiento y combinando algunas de ellas en los mismos. Por otro lado, han surgido en el mercado los medicamentos agonistas del GPL1, también por ahora utilizados como las insulinas, por

vía parenteral, indicados para el tratamiento de la Diabetes tipo II con obesidad, y con evidencias de buenos resultados.

Existe un incremento progresivo de la diabetes a nivel mundial. Sigue siendo una de las mayores amenazas para la salud pública de nuestro tiempo y se presume va a crecer rápidamente durante las próximas tres décadas en todos los países, sin diferencia de edad o sexo, planteando un reto importante para los sistemas sanitarios de todo el mundo. Algunas estimaciones presuponen para el 2050 una duplicación de casos respecto a los números actuales.

En 2014, en toda América, el 8,3% de los adultos mayores de 18 años tenía diabetes (8,5% a nivel mundial). La Federación Internacional de Diabetes estimó en el 2017 que la prevalencia ajustada de diabetes en la región era ya de 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años.

En la misma región, en 2019, la diabetes fue la sexta causa principal de muerte, y la segunda causa principal de Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

En Argentina en 2019, se informó una prevalencia de diabéticos de 6,2 %, evaluada como muy baja para la región. A la fecha se estima una prevalencia más cercana al 8,5%, y se sigue considerando que existe un número importante de diabéticos no diagnosticados.

Sus complicaciones incluyen, entre otras, un riesgo dos o tres veces mayor de sufrir accidentes cardíacos y cerebrovasculares, la neuropatía periférica, la retinopatía diabética, la insuficiencia renal, etc. Todo ello genera un altísimo costo social y un gasto asignado a la atención de la enfermedad en constante aumento. Se encuentra entre las diez primeras causas de hospitalización y solicitud de atención médica. Los costos estimados asociados a la Diabetes en EEUU ascendieron a 132.000 millones de dólares en el año 2002, con costos médicos directos de 92.000 millones de dólares e indirectos (invalidez, pérdida de productividad laboral y mortalidad prematura) de 40.000 millones de dólares. Esos costos para el año 2020, se han estimado en EEUU en 192.000 millones de dólares. El 40% del costo total se debe directamente a la atención hospitalaria para el tratamiento de las complicaciones de la enfermedad, sobre todo los episodios cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares.

Entre el 90 % y el 95% aproximadamente de los diabéticos son tipo II. Esta forma está muy asociada a la obesidad, la dieta, el consumo de alcohol o tabaco y la falta de actividad física, y está muy relacionada con la pobreza. Su prevalencia ha aumentado en todos los países del mundo, aunque impacta más en países de ingresos medios o bajos, y

en los países más desarrollados en los sectores más pobres y marginados. Es una enfermedad que debe ser prevenida con hábitos saludables aplicados a tiempo, usando modelos de autocuidados de atención primaria específicos para las ECNT como prevención secundaria. El esfuerzo de anticipación ante la diabetes no recibe la atención necesaria. Es muy poco lo que se invierte en prevención. Los síntomas inicialmente y a menudo son poco marcados y como resultado de ello, la enfermedad puede diagnosticarse varios años después del inicio, luego que ya hayan surgido complicaciones. Según la OPS uno de cada dos adultos que viven con diabetes tipo 2 no está diagnosticado.

La Diabetes Tipo I. es mucho menos habitual, su causa no es conocida y es más frecuente en países desarrollados. Su prevalencia es variable según las fuentes. Los valores más aceptados la sitúan entre 0,1 a 0,15 % de la población total, variable por grupos de edad y sexo, impactando más en la infancia que en la edad adulta.

Si bien y sobre todo en la Diabetes tipo II, es fundamental el hábito de vida, establecida la misma, ambos tipos de diabetes necesitan asistencia farmacológica. Las personas con diabetes tipo II pueden tratarse con medicación oral y muy buen control y tolerancia, pero también pueden requerir insulina. Las personas con diabetes tipo I requieren indefectiblemente insulina para sobrevivir.

En ambos casos el tratamiento debe ser asequible. El PMO las cubre al 100% en todos los casos.

El mercado de los fármacos contra la diabetes crece día a día y según algunas estimaciones, llegará a los 100.000 millones de dólares en la próxima década.

Insulinas:

Existen insulinas humanas y animales y análogos de la Insulina para la terapia de reemplazo (logrados por bioingeniería).

La evidencia científica demuestra que los análogos de la insulina tienen una duración de acción más predecible, y un efecto más uniforme.

Las insulinas se dividen en categorías de acuerdo a las diferencias en el tiempo de acción y su duración.

A) Insulina de acción rápida y ultrarrápida:

- 1) Análogos de la insulina de acción rápida (insulina Aspart, insulina Lyspro) y ultrarrápida, (insulina Glulisina).
- 2) Insulina humana normal.

B) Insulina de acción intermedia:

- 1) Insulina humana NPH.
- 2) Insulina premezclada.

C) Insulina de acción prolongada:

- 1) Análogos de la insulina de acción prolongada (insulina Glargina, insulina Detemir).
- 2) Análogos de la insulina de acción ultra prolongada (Insulina Degludec).

Más allá de algunas diferencias en el hábito prescripto encontradas entre diferentes agentes de salud, en general se puede resumir lo siguiente:

Insulinas de acción rápida y Ultrarrápida representan alrededor del 35% del total de dosis entregadas. Las Insulinas intermedias y pre-mezclas entre un 5 y un 10%, las prolongadas variables entre un 35 y un 45% y las ultra prolongadas de un 12 a un 20%.

Esos han sido los porcentajes utilizados para ponderar el gasto en el PMO. Los precios considerados han sido los PVP a fines de julio 2023.

Tomando como referencia la Ley Nacional de Diabetes (N° 26914) se observa el cumplimiento de la mayoría de las normativas que allí se establecen en las prestaciones farmacéuticas, habiéndose incorporada nuevas medicaciones por Res. 2820/2022, con indicaciones en Diabetes tipo II y obesidad.

Los agonistas del receptor GLP-1 se aplican hasta el momento en forma parenteral (subcutánea). Existen formas orales aún no autorizadas en Argentina.

Los agonistas disponibles son la Liraglutida, la Dulaglutida y la Semaglutida, que hoy es la más utilizada.

Los fármacos Inhibidores de DPP4 (Sitagliptina, Vildagliptina, Pioglitazona).

Tienen bajo nivel de evidencia al beneficio, aunque aún se visualiza su uso en algunas poblaciones de Obras Sociales.

A partir de la información recibida, analizamos los indicadores de uso de las insulinas,

GLP1 y similares, glucagón y consumos de tiras y accesorios. Ese análisis se realizó por paciente en tratamiento y por cantidad de unidades dispensadas, habida cuenta que a veces se recibe más de un tipo de medicación.

Es decir, los consumos que surgen de las prescripciones realizadas, variables según el hábito prescriptivo, pero capaces de ser homogeneizadas por la magnitud de la muestra.

En el análisis del PMO se decidió considerar como tasas de uso los consumos realizados anualmente por cada rubro, dado que resultan mucho más representativos de la realidad.

Los consumos considerados han sido las unidades entregadas. En algún caso como en el de las tiras la inmensa mayoría son envases de 50 tiras, tomadas como referencia para la elaboración de la tasa.

Se consideró como precio el PVP al 31 de julio 2023, en el conocimiento que tanto este tipo de medicación como los medicamentos que denominamos de alto costo, muchas veces son adquiridos por el financiador a valores por debajo del PVP, información a la que no nos ha resultado posible acceder.

Existe en la S.S.S. dentro del SUR un Programa para la Atención Integral de Personas con Diabetes Mellitus. Dicho programa reconoce mensualmente a los agentes del Seguro de Salud, por beneficiario/a insulino-dependiente y/o bajo tratamiento con hipoglucemiantes que ingrese al padrón de diabéticos, un monto de pesos ocho mil (\$8.000), con vigencia desde el 1° de enero de 2023.

PACIENTES INSULINO DEPENDIENTES

TASA / BENEF / AÑO: 0,0089.

POBLACIÓN DIABÉTICA ESTIMADA: 8,50%.

TASA UNIDADES ENTREGADAS/BENEFICIARIO/AÑO: 0,0922.

Precio por unidad ponderada al 31 de julio 23: \$ 50.420.

\$387,39 por beneficiario/mes.

ANÁLOGOS GLP1 y GLUCAGON

TASA / BENEF / AÑO: 0,00024

SEMAGLUTIDA: 76%.

LIRAGLUTIDA: 17%.

DULAGLUTIDA: 7%.

TASA UNIDADES ENTREGADAS/BENEFICIARIO/AÑO: 0,00208.

Precio por unidad ponderada al 31 de julio 23: \$ 68.545.

\$ 11,88 por beneficiario/mes.

TASA ENVASES TIRAS REACTIVAS/BENEF/AÑO: 0,1048.

+ TASA OTROS DISPOSITIVOS Y ACCESORIOS/BENEF/AÑO: 0,0037.

Precio por unidad ponderada al 31 de julio 23: \$ 15.070

\$136,26 por beneficiario/mes.

MEDICAMENTOS ESPECIALES

En la actualización 2019 se realizó un análisis del rubro Medicamentos, abordándolo en forma integral dentro del PMO.

Específicamente en los denominados MEDICAMENTOS ESPECIALES se dividió el análisis en dos tipos de medicamentos, los cubiertos por el SUR y aquellos no cubiertos por el SUR, sean oncológicos o crónicos no oncológicos.

Si bien no todos los incorporados pueden definirse como de alto costo (según análisis y definiciones que hemos presentado oportunamente) han sido considerados en el rubro al tener reintegro SUR.

En este año 2023 hemos definido reanalizar los medicamentos Especiales o de Alto costo con el fin de reflejar en que magnitud impactan específicamente en el Costo Total de un PMO.

Por las características que tiene nuestro Mercado de medicamentos, los valores a los que los adquieren Obras Sociales, Prestadores, etc. difieren en muchos casos del P.V.P. que pagaría el afiliado de su bolsillo.

Siendo que los valores a los que se pagan difieren aún en cada Agente de Salud y en cada Prestador, se utilizaron valores promedio de referencia extraídos de los manuales Alfa/Beta, precios de Medicamentos etc., todos ellos al 31 de julio 2023.

MEDICAMENTOS ESPECIALES

a) MEDICAMENTOS CON COBERTURA SUR.

b) MEDICAMENTOS SIN COBERTURA SUR.

Esta diferenciación nos parece adecuada para tener una aproximación a medicamentos de alto precio cuya erogación afrontan en su totalidad los agentes de salud.

Los medicamentos con cobertura SUR tienen reintegro sólo parcial, muy tardío en el tiempo y de poca magnitud en relación a los costos de adquisición, muy influidos por los índices inflacionarios.

El programa Sur ha sido reemplazado por el SURGE desde abril de este año, pero al no haberse puesta en práctica aún sus reintegros, no impacta en este análisis.

Es un programa diferente al SUR, porque se trata de un apoyo financiero por gestión de enfermedades definidas taxativamente y uso de determinada tecnología (dispositivos, prácticas y medicamentos) a partir de una serie de información suministrada por los agentes de salud, con un monto máximo de reintegro, que se entiende será periódicamente actualizable.

Luego de haber analizado base de datos de alrededor de 2.000.000 de beneficiarios de las Obras Sociales reguladas, datos provenientes de las propias Obras Sociales, de redes que las gestionan o de droguerías y mandatarias que proveen en exclusividad estos medicamentos a poblaciones cerradas de Obras Sociales, hemos decidido modificar el parámetro usado para medir este renglón, cambiando la unidad tratamiento (pacientes tratados) por unidades dispensadas, no obstante hemos analizado ambos formatos.

Por la forma en que se registran en las diferentes fuentes de datos estos medicamentos, el hacer las tasas de uso por unidades dispensadas se acerca más al resultado esperado.

El hacerlo por tratamiento no registra en muchos casos la cantidad real de unidades entregadas a cada beneficiario en el transcurso del mismo. Al hacerlo por unidades dispensadas en una determinada población cerrada, el registro es mucho más certero y el valor por unidad mucho más fácil de ponderar.

Se ha notado un incremento en la tasa de tratamiento respecto al 2019, uso de medicamentos de mayor costo (seguramente de mayor efectividad, sobre todo en Oncología y en Reumatología), aparición de nuevos medicamentos para enfermedades poco frecuentes de muy alto costo y como era de esperar también un incremento de precios en muchos casos aún por encima de los valores dolarizados a un determinado momento.

DATOS RECABADOS PARA EL ESTUDIO.

Indicadores utilizados:

<i>Unidades Dispensadas: 0,094 por cada beneficiario/año.</i>
<i>SUR: 0,0423 por cada beneficiario/año.</i>
<i>No SUR: 0,0517 por cada beneficiario/año</i>

Valores obtenidos

Medicamentos Especiales: Cápita mensual: \$ 2273,66 beneficiario y por mes. Costo promedio de unidad dispensada: \$ 290.254.
SUR: Recupero Sur para las Obras Sociales alrededor de un 30%. (2022). 67% del Gasto total en Medicamentos Especiales son medicamentos con Recupero SUR.
No SUR: 33% del Gasto total en Medicamentos Especiales son medicamentos sin Recupero SUR.

GASTO MENSUAL EN DOLARES (dólar al 31 de julio 23 \$ 286,5 por unidad).

U\$S 7, 94 por beneficiario/mes.

Teniendo en cuenta la alta volatilidad de los precios y las frecuentes devaluaciones, se hizo una conversión en dólares de los valores logrados al 31 de julio de 2023, con el valor del dólar a esa fecha.

Los Medicamentos Especiales No Sur representan el 33 % del gasto total de los Medicamentos Especiales, pero representan el 55 % de las unidades dispensadas.

INFLACIÓN Y DEVALUACIÓN

En esta actualización hemos considerado como parámetros una inflación de julio 2022 a julio 2023 (INDEC), del 125%. El incremento del dólar oficial en igual período fue del 107%.

Como ya lo hemos expresado en ediciones anteriores al finalizar cada actualización y hasta su efectiva presentación vamos actualizando el valor a la realidad del momento (en un año, con la inflación de Argentina, los valores se desconectan de la realidad), para lo que usamos un mix ponderado que hemos desarrollado que considera en diferentes proporciones varios indicadores. (IPC Caba Salud, IPC Nivel Gral., Dólar).

Al final de la presentación, se ha utilizado la fórmula ponderada desarrollada por nosotros ya hace varios años, aplicándola desde el 31 de julio 2022 al 31 de julio 2023 para tener una referencia actualizada del valor y al mismo tiempo compararla con la metodología de la investigación del PMO que realizamos desde el 2010.

La misma fórmula usamos para actualizar el valor resultante de esta investigación al 31 de julio 2023 y su fecha de presentación, final de noviembre 2023.

ACTUALIZACION 2023

En cada actualización realizada, el resultado final obtenido estima el gasto promedio por beneficiario, menor de 65 años, que garantiza el acceso a las prestaciones incluidas en el PMO. En este caso al 31 de julio 2023.

La Tabla N° 1 muestra la composición en porcentajes, según edad y sexo, de la población estudiada. Se ha incorporado como novedad la distribución informada por la SSS a junio 2023.

TABLA N° I

COMPOSICION POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN AFILIADA A OBRAS SOCIALES NACIONALES. EN PORCENTAJES.

RANGO DE EDAD	FEMENINOS	MASCULINOS	TOTAL
	%	%	%
0 A 4 AÑOS	1,9	1,99	3,89
5 A 14 AÑOS	7,17	7,57	14,74
15 A 49 AÑOS	29,23	33,82	63,05
50 A 65 AÑOS	6,83	8,36	15,19
MAS DE 65 AÑOS	1,66	1,47	3,13
TOTAL	46,79	53,21	100

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud. Julio 2023.

RESULTADOS

Si se considera solamente el valor que debe financiar el Seguro Social Obligatorio (sin los co-seguros que provee el beneficiario de su bolsillo, en el momento de la prestación) teníamos al 31 de julio 2022 un valor resultante de \$ 5.257,41.

En esta actualización (31 de julio 2023) el valor obtenido es de \$11.938,80 lo que significa un incremento interanual del 127%.

Si, por otra parte, también sin considerar gastos administrativos, examinamos la totalidad del valor necesario para garantizar la cobertura (lo financiado por los Agentes de Salud y lo financiado por el beneficiario de bolsillo), el costo per cápita del PMO, al 31 de julio de 2022 fue estimado en \$ 6.102,26 con co-seguros al 100% y de \$5.870,05 con co-seguros al 50%.

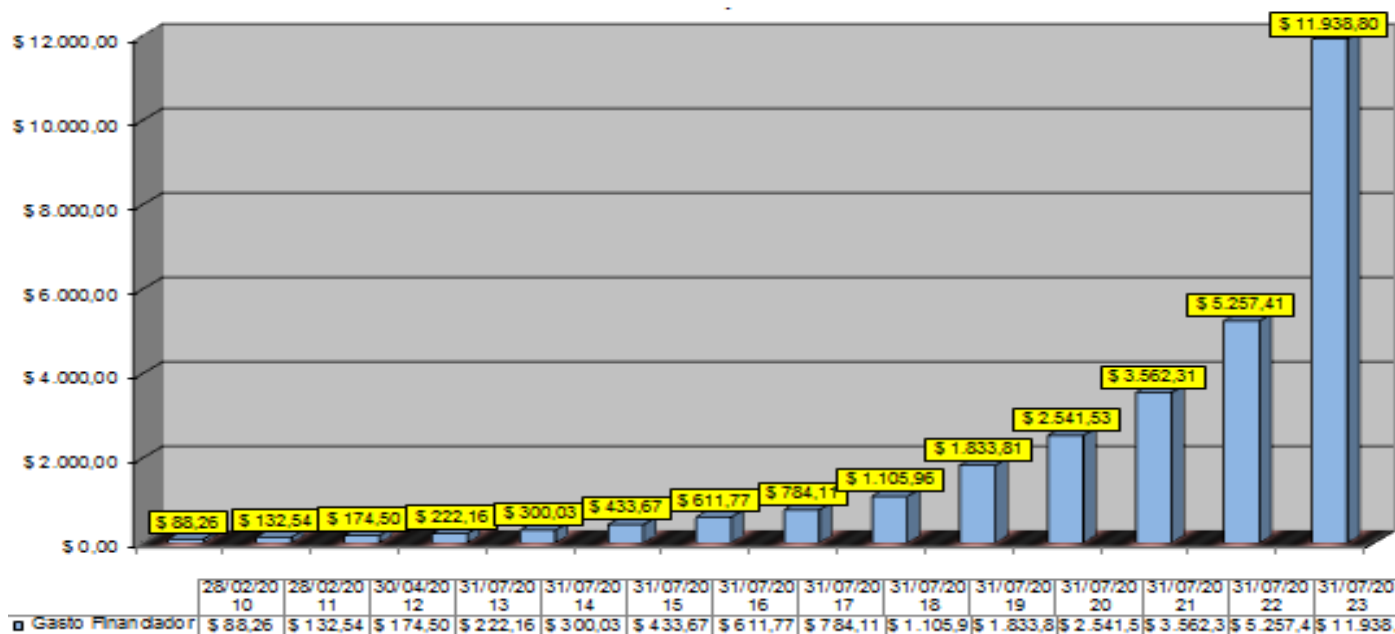
En esta actualización el costo per cápita del PMO, al 31 de julio de 2023 fue estimado en \$ 13.802,72 con co-seguros al 100% y de \$13.276,26 con co-seguros al 50%.

Mantenemos una estructura similar de gráficos que, en las ediciones anteriores, a fin de hacer más fácil la lectura comparativa. En la mayoría se ha tomado fundamentalmente el valor que deben financiar las OSN, y solo en algunos casos también el gasto de bolsillo de los beneficiarios. En todos ellos en el gráfico correspondiente se explicita el valor considerado.

El Gráfico N° 1 compara los valores estimados del PMO a financiar por las Obras Sociales para las actualizaciones anuales realizadas entre 2010 y 2023. Como puede observarse, el costo del PMO a financiar por los Agentes de Salud, ha seguido una tendencia creciente desde el 2010 aumentando año a año como mínimo por encima del 25% y con un aumento sustancial de su tasa de crecimiento anual desde el 2014 donde se incrementó cada año en alrededor o por encima del 40%. En 2019 aumentó el 65,8%. El año 2020 38,5%. El año 2021 40,2 %. El año 2022 el 48 %. Entre el 2020 y el 2022 muy influidos por la Pandemia, por tres años consecutivos el costo del PMO fue inferior a la inflación determinada para igual período por el INDEC, aunque siempre en un contexto de altísimo incremento interanual. En este año el aumento del PMO ha sido del 127% ligeramente por encima de la inflación anual (125%).

GRÁFICO N°1

GASTO ESTIMADO DEL PMO.
FINANCIAMIENTO POR LOS AGENTES DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO
Comparación de 2010 a 2023



Los co-seguros como mecanismos de regulación del sistema tienen actualmente un peso que varía entre un 11 y un 15% según la magnitud de los co-seguros considerados.

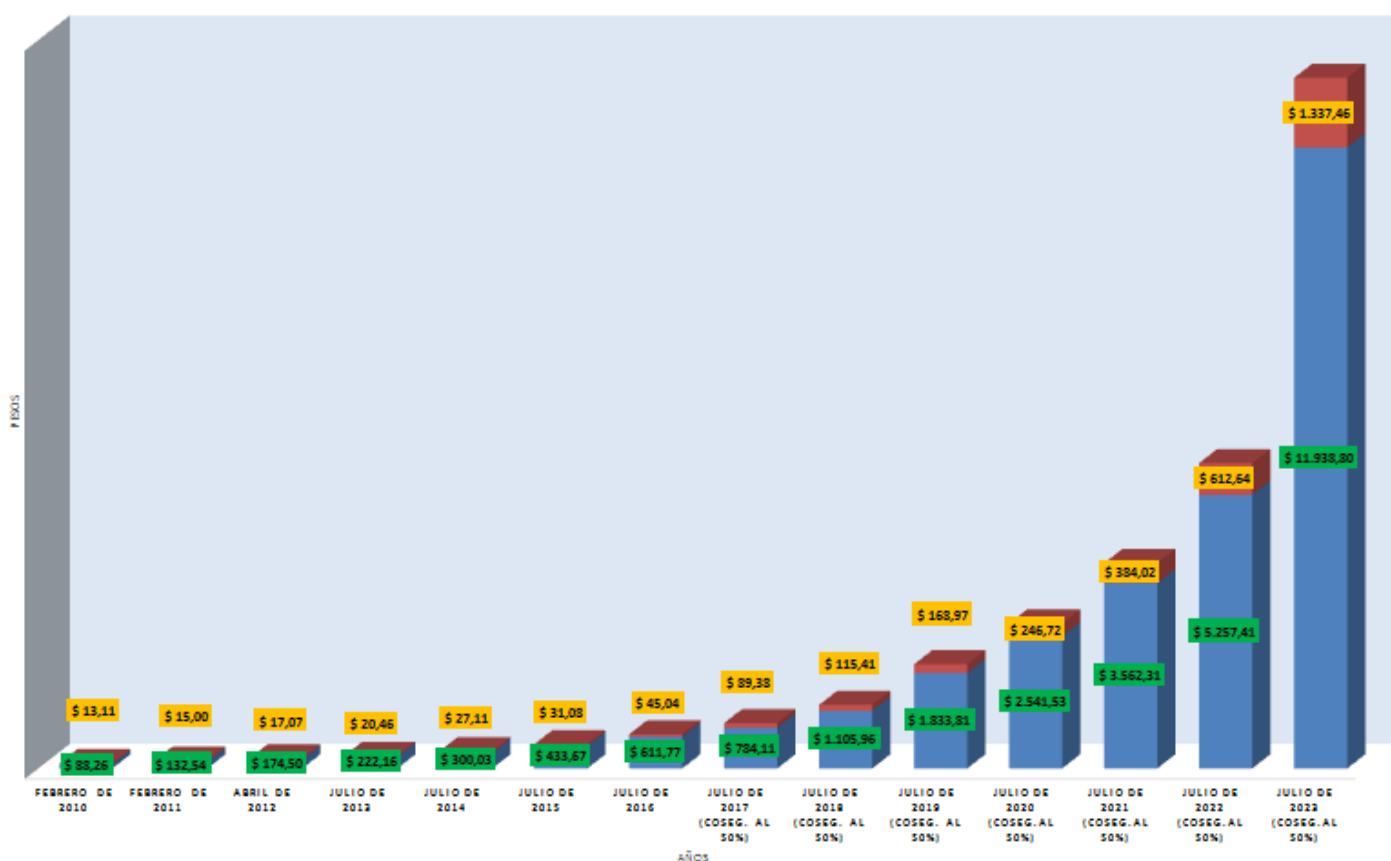
Se nota un incremento del peso del co-seguro en relación a años anteriores producto de los medicamentos ambulatorios fundamentalmente.

En este análisis del PMO a fines de julio del año 2023, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 1863,92 por mes con co-seguros del 100%, de los cuales un 43 % del total corresponden a medicamentos ambulatorios. Si consideramos los co-seguros al 50% de lo máximo autorizado, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 1337,46 de los cuales un 60% están representados por los medicamentos ambulatorios.

En el Gráfico N° 2 se observan los valores financiados por los agentes de salud y el gasto de bolsillo en febrero 2010, en febrero 2011, en abril 2012, y en julio desde el 2013 al 2023 inclusive.

GRÁFICON°2

GASTO ESTIMADO DEL PMO 2010- 2023
APERTURA POR ORIGEN DE FONDOS



En la Tabla N° 2 se comparan los valores por grupos de prestaciones al 31 julio 2022 y al 31 julio de 2023 sin considerar co-seguros, o sea teniendo en cuenta solamente lo que deben abonar los Agentes del Seguro Social Obligatorio.

TABLA N°2

GRUPOS DE PRESTACIONES INCREMENTO DE VALOR SIN COSEGUROS

DESCRIPCIÓN	JULIO DE 2022	JULIO DE 2023	INCREMENTO EN PORCENTAJE
PROGRAMAS PREVENTIVOS	\$ 425,81	\$ 872,28	105%
PRESTACIONES AMBULATORIAS	\$ 1.918,58	\$ 4.333,35	126%
PRESTACIONES CON INTERNACION	\$ 1.255,75	\$ 2.015,56	61%
PRESTACIONES ESPECIALES	\$ 1.657,27	\$ 4.717,56	185%
TOTAL COSTO PMO	\$ 5.257,41	\$ 11.938,80	127%

Fuente: Elaboración propia

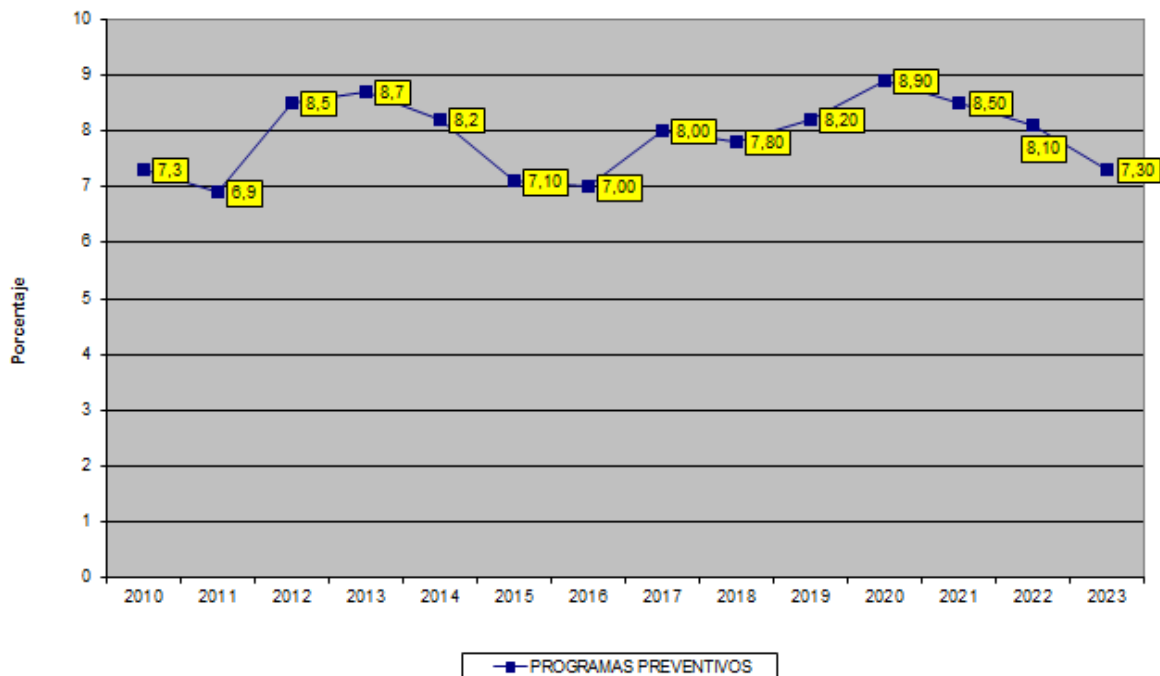
Se observa en la Tabla N° 2 que el mayor incremento, como en años anteriores, se verifica en las prestaciones especiales. Por el contrario, las prestaciones con internación no llegan a aumentar un 50% del valor de la inflación y son, con mucho, las grandes perjudicadas en este año de análisis.

En las prestaciones especiales, este año incluimos la Diabetes, en los rubros ya explicitados, habiendo excluido a estos medicamentos del renglón de ambulatorios, donde se encontraban en los estudios anteriores. Ello seguramente ha influido en los resultados de los incrementos de las prestaciones especiales, aunque las mismas se han acrecentado una vez más fundamentalmente por los precios de los medicamentos especiales (154%) y esencialmente la Discapacidad (193%).

El Gráfico N°3 muestra la evolución de la participación porcentual de los programas preventivos en el costo del PMO financiado por los Agentes de Salud, desde 2010 a la fecha.

GRÁFICO N°3

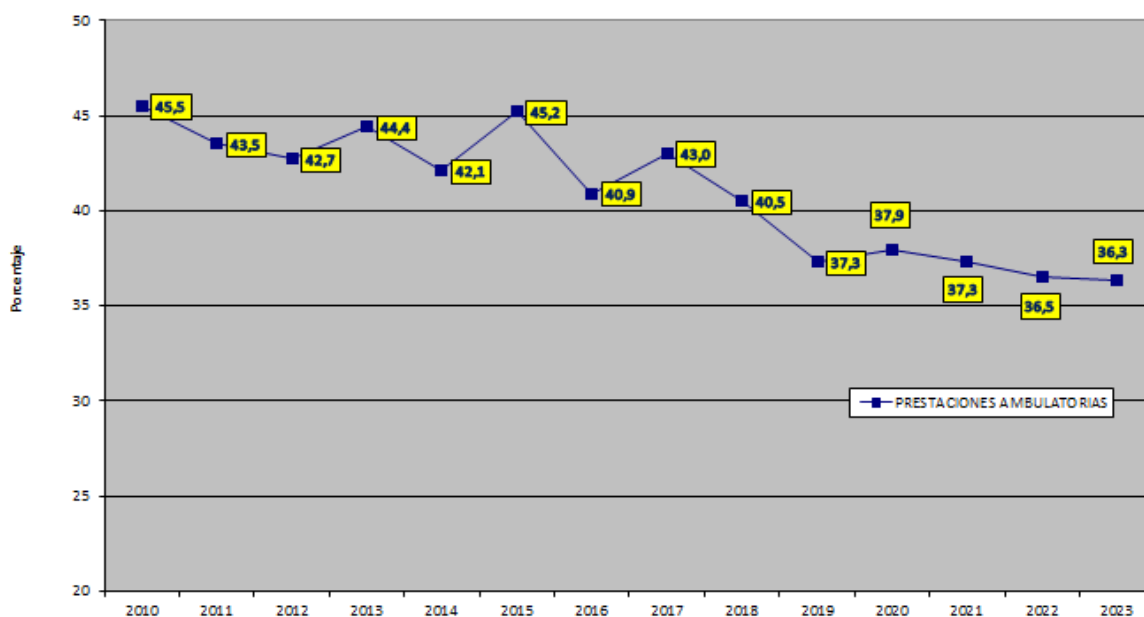
PROGRAMAS PREVENTIVOS
PORCENTAJE DE LA PARTICIPACION EN EL COSTO DEL PMO FINANCIADO POR LOS AGENTES DE SALUD.
EVOLUCIÓN



El Gráfico N° 4 muestra la evolución de la participación porcentual de las prestaciones ambulatorias en el costo del PMO financiado por los Agentes de Salud, desde 2010 a la fecha.

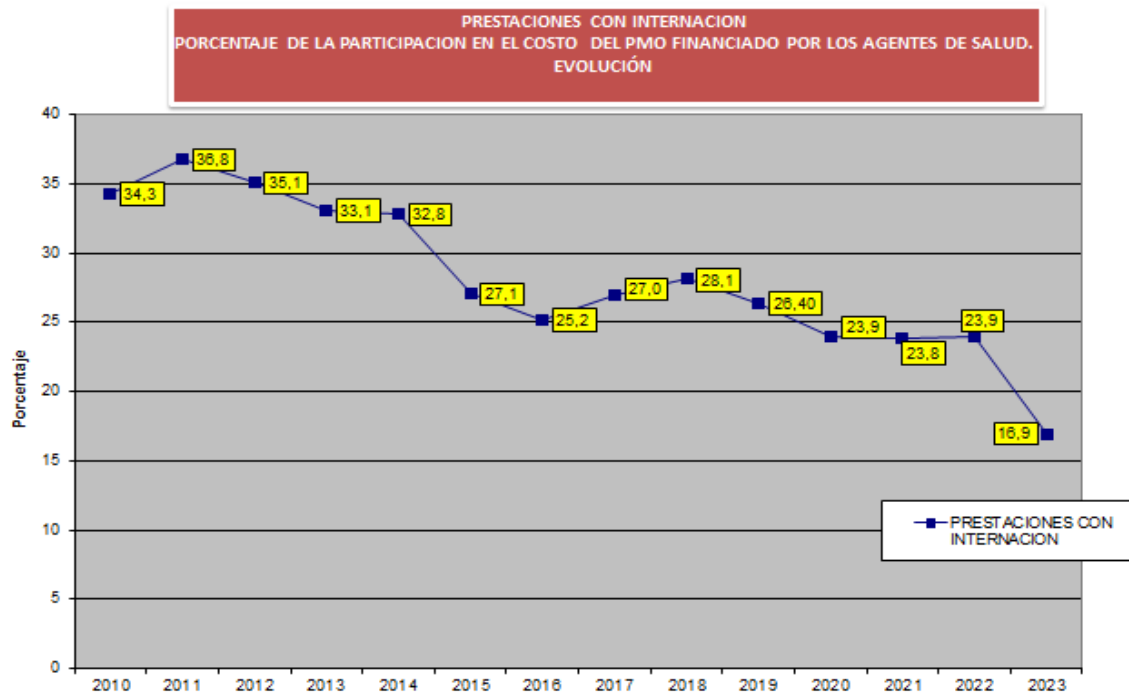
GRÁFICO N°4

PRESTACIONES AMBULATORIAS
PORCENTAJE DE LA PARTICIPACION EN EL COSTO DEL PMO FINANCIADO POR LOS AGENTES DE SALUD.
EVOLUCIÓN



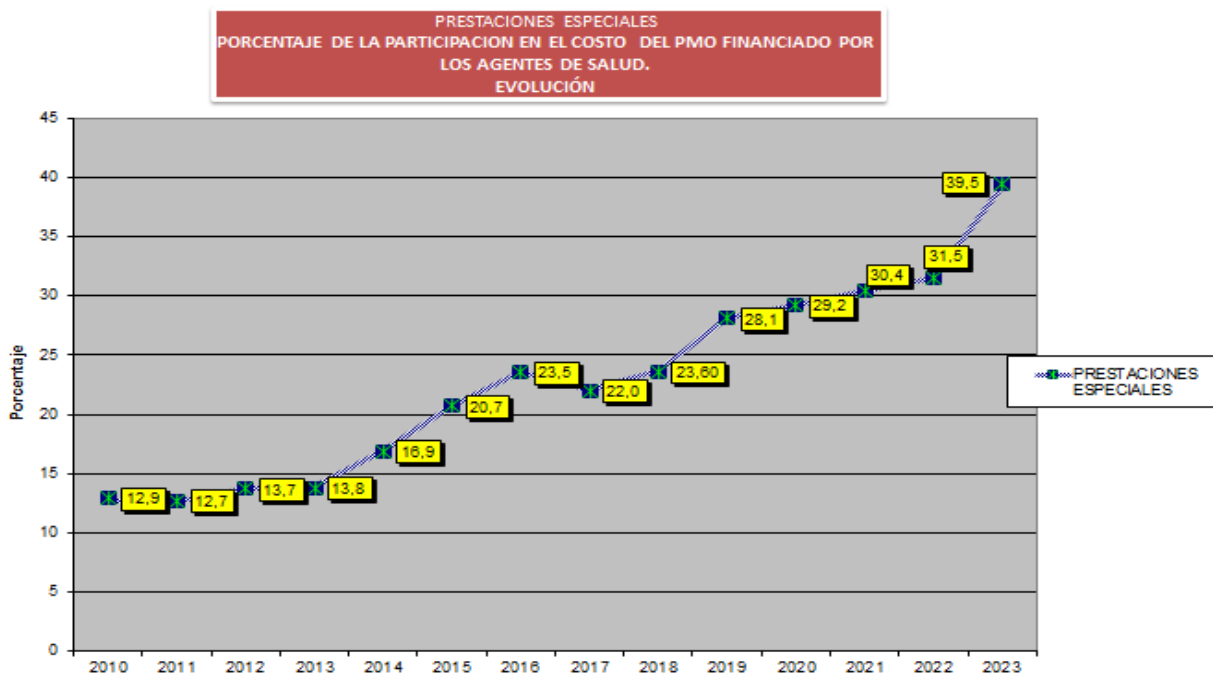
El Gráfico N° 5 muestra la evolución de la participación porcentual de las prestaciones con internación en el costo del PMO financiado por los Agentes de Salud, desde 2010 a la fecha.

GRÁFICO N°5



El Gráfico N° 6 muestra la evolución de la participación porcentual de las prestaciones especiales en el costo del PMO financiado por los Agentes de Salud, desde 2010 a la fecha.

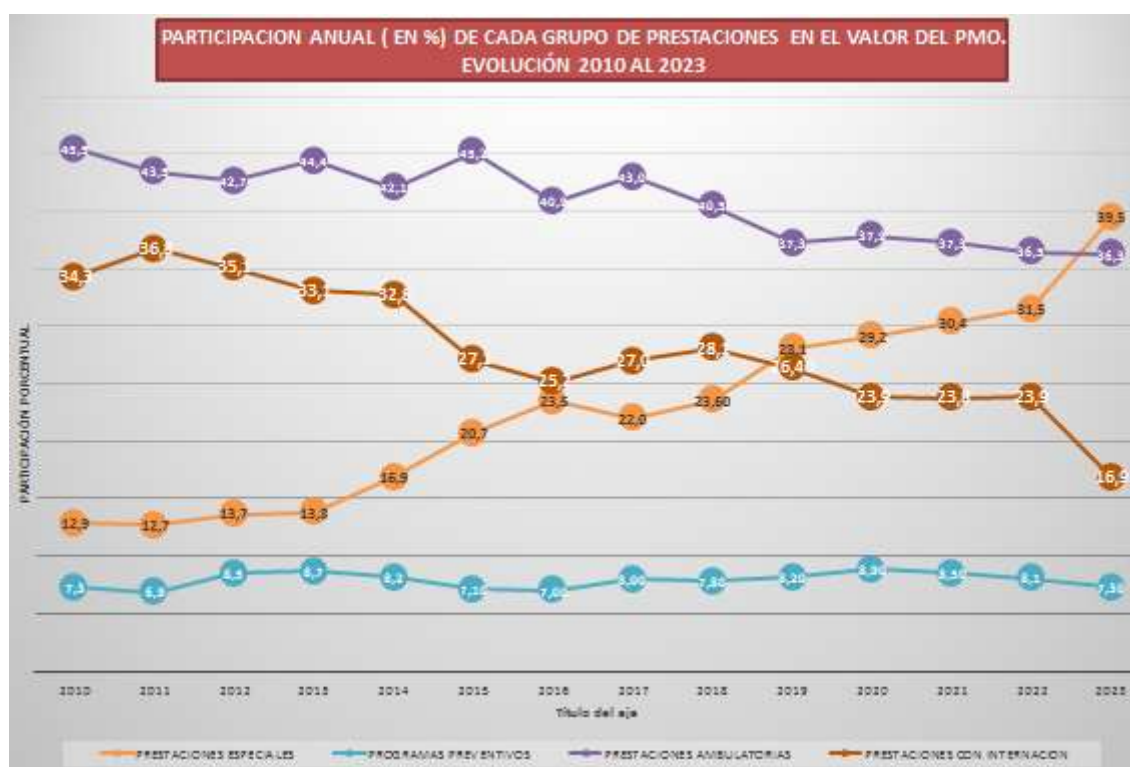
GRÁFICO N°6



Si observamos la evolución de la participación porcentual de los diferentes grupos de prácticas financiadas por los Agentes de Salud, según la clasificación usada desde el inicio, se nota un incremento progresivo de las Prestaciones Especiales, acompañado de una importante caída en la participación porcentual de las prestaciones con internación, sobre todo en internación de pacientes agudos en establecimientos generales.

El Gráfico N°7 muestra la evolución en el tiempo de los diferentes grupos de prácticas con una caída lenta de las prestaciones ambulatorias, un declive constante y muy marcado en internación desde el 2010 (del 34,3 al 16,9%), una meseta en programas preventivos y un fuerte incremento en las prestaciones especiales que han pasado de un 12,9 % en 2010 al 39,5 % en 2023.

GRÁFICO N°7



En el rubro Prestaciones Especiales, que analizamos específicamente en los últimos años por su constante incremento, los renglones más significativos por su crecimiento en este período han sido el de los medicamentos especiales (154%) y las prestaciones para discapacidad, con valores regulados, que aumentaron más (193%) en esta actualización, que los del PMO global. Incluimos el análisis del rubro Diabetes (solo en Insulinodependientes y GLP1) que nos arrojó un valor del 4,5% del valor del PMO financiado por los Agentes de Salud.

Si bien puntualmente algún renglón pudo haber superado la media del PMO, su impacto en el valor final del mismo no es relevante.

GASTO DEL PMO AJUSTADO POR RIESGO

Desde el año 2018 adjuntamos esta tabla, que admite, a partir de un coeficiente, determinar en cuanto aumenta o disminuye el costo global promedio del PMO, de acuerdo a la composición por edad y sexo de cada Obra Social. Si bien el coeficiente ha podido haber variado en estos años por la incorporación de nuevas tecnologías o modificación en el uso de otras, consideramos que dichos cambios no han impactado sustancialmente en la composición del mismo. Y es una herramienta valiosa para ajustar en cada Agente de Salud, el valor del PMO, a las características demográficas de su padrón.

TABLA

AJUSTES AL PMO POR EDAD Y SEXO

EDAD	RELACION CON PMO	
	FEM	MASC
VALOR PMO GLOBAL A JULIO DE 2020		
0 a 11m	3,43	3,41
01 a 06	0,52	0,59
07 a 14	0,42	0,50
15 a 49	1,27	0,69
50 a 64	2,09	1,69

Fuente: elaboración propia

COMPARACIÓN ENTRE EL VALOR DEL PMO Y LA RECAUDACIÓN DE LAS OSN.

En este apartado cumplimos el segundo objetivo de estos trabajos de actualización. El mismo consiste en comparar el valor del PMO financiado por los Agentes de Salud, actualizado en este caso al 31 de julio de 2023 (\$ 11.938,80) con la recaudación promedio por cada beneficiario del universo de OSN.

Dicho promedio, de acuerdo a los datos de SSS sobre número de beneficiarios y AFIP respecto a recaudación por aportes y contribuciones, alcanza los \$ 10.179 (lo que representa el 85% del valor del PMO) tomando un promedio del primer semestre del 2023, debiéndose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de

aportes y contribuciones solamente. Entendemos que el valor considerado de un semestre, en el contexto de alta inflación, puede no corresponder minuciosamente a los ingresos de los últimos meses del período.

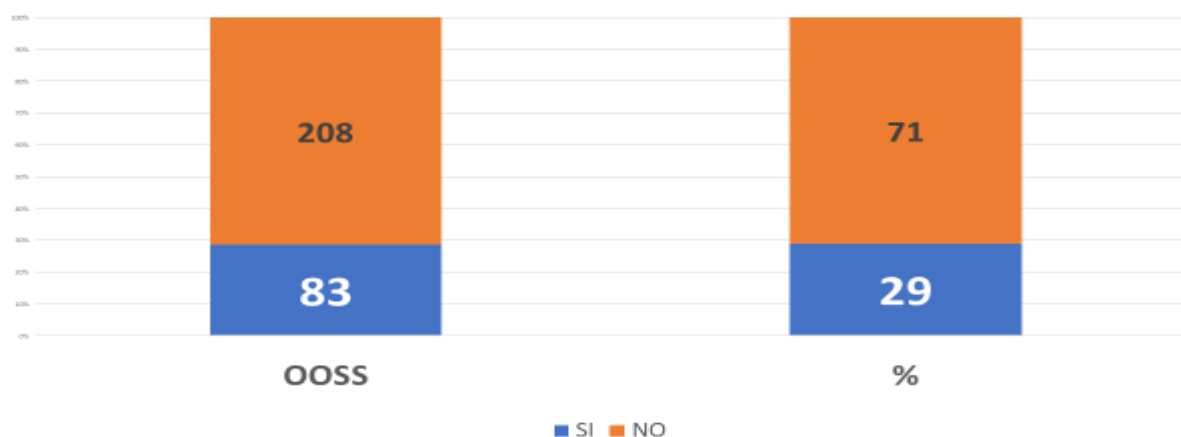
Se recuerda que la valorización del PMO no incluye el gasto de administración .

El valor recaudado promedio con todos los subsidios y reintegros ha sido de \$12.504 (5% mas del valor del PMO) para el período semestral considerado.

Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, (Sobre 291 OSN) al desagregar dicha información por OS vemos que solamente un 29 % de dichas instituciones (83 OSN) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita, mientras que el 71 % restante (208 OSN) no alcanza el valor del PMO (Gráfico N°8).

GRÁFICO N°8

Cantidad y porcentaje de obras sociales que pueden cubrir el PMO
Ingresos netos por aportes y contribuciones *exclusivamente*

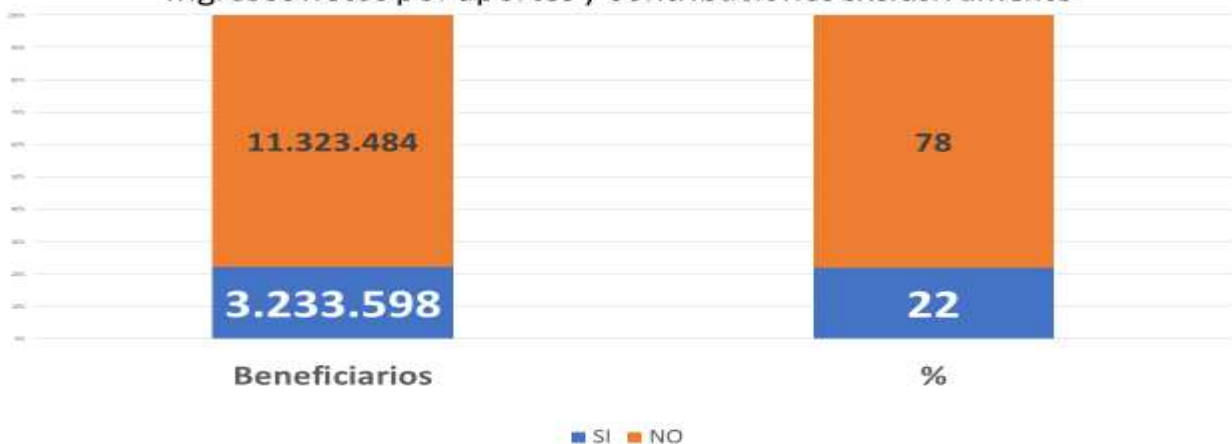


Las OOS que no llegan a cubrir el PMO tienen un ingreso promedio neto por aportes mas contribuciones de \$ 7.616 (representa un 64% del valor del PMO); las que pueden cubrirlo \$ 19.140 (60% mas que el PMO).

En términos de beneficiarios, las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO dan cobertura solamente al 22 % de los mismos mientras las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 78 % de los beneficiarios del sistema. (GRÁFICO N° 9).

GRÁFICO N°9

Cantidad y porcentaje de beneficiarios en obras sociales que pueden cubrir el PMO Ingresos netos por aportes y contribuciones *exclusivamente*



En el GRÁFICO N°10 y 11 se consideran además los ingresos provenientes del FSR por todos los subsidios y reintegros.

Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, subsidios y reintegros, (Sobre 291 OSN) al desagregar dicha información por OS vemos que un 42% de dichas instituciones (123 OSN) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita, mientras que el 58 % restante (168 OSN) no alcanza el valor del PMO (Gráficos N°10 y 11).

Las OOSS que no llegan a cubrir el PMO tienen un ingreso promedio de \$ 9.101 (representa un 76.2% del valor del PMO); las que pueden cubrirlo \$ 17.611 (47.5% mas que el PMO).

GRÁFICO N°10

Cantidad y porcentaje de obras sociales que pueden cubrir el PMO Ingresos netos por aportes y contribuciones *mas subsidios y reintegros*

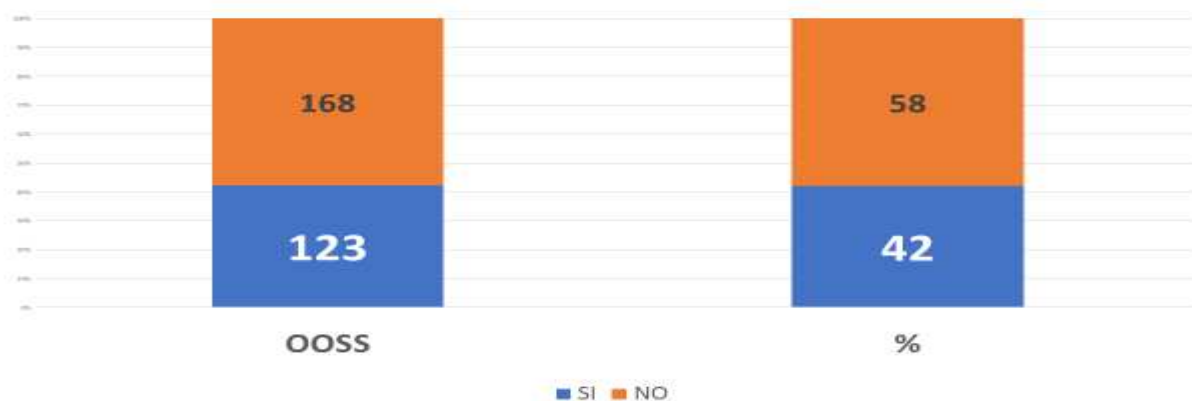


GRÁFICO N°11

Cantidad y porcentaje de beneficiarios en obras sociales que pueden cubrir el PMO
Ingresos netos por aportes y contribuciones *mas subsidios y reintegros*

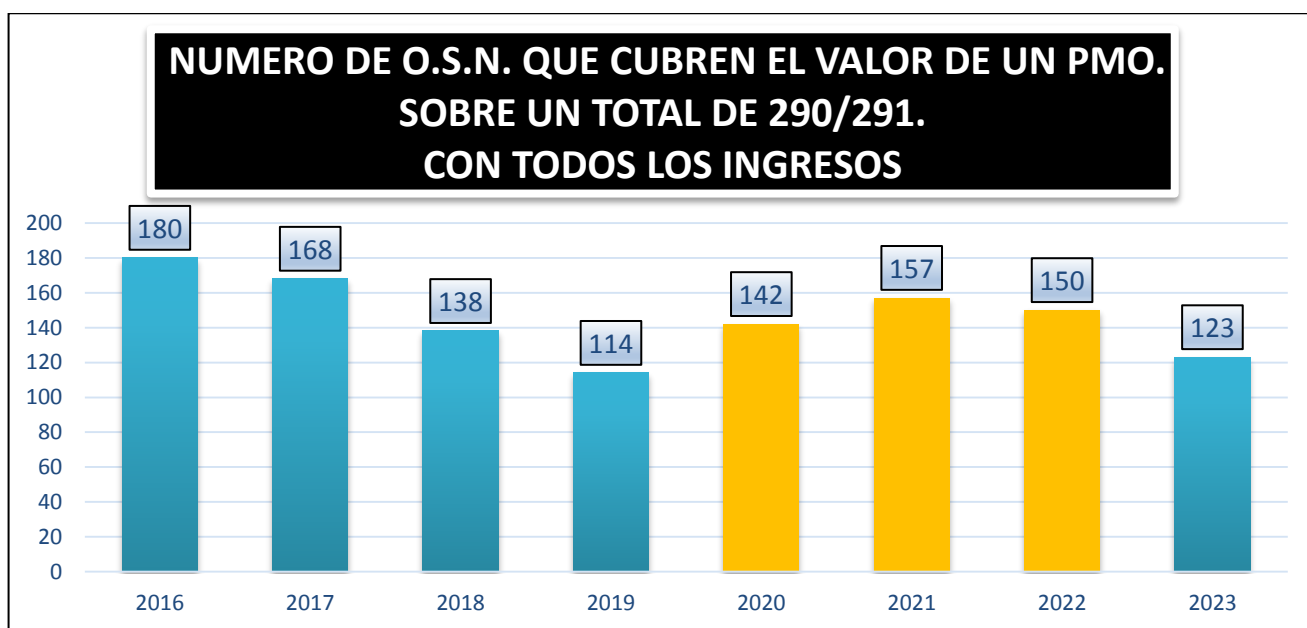


En términos de beneficiarios, las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO dan cobertura solamente al 40 % de los mismos mientras las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 60 % de los beneficiarios del sistema.

GRÁFICO N°12

Número de obras sociales que recaudan lo suficiente para cubrir el PMO
(2016-2023)

Incluye recaudación por aportes y contribuciones mas aportes totales del FSR:
INTEGRACIÓN, SANO, SUR, SUMA, SUMA65 y SUMARTE.



Este año (31 julio 2022 al 31 de julio 2023) el costo del PMO aumentó levemente por encima de la inflación, luego de tres años consecutivos en que no había ocurrido (2020/2021/2022).

27 obras sociales más no han podido cubrir el PMO respecto al 2022, período en el cual existieron aportes extraordinarios. En el gráfico los tres años con aportes extraordinarios se han destacado en un color diferente.

Debe hacerse notar que los mecanismos con que cuenta el FSR para lograr solidaridad interinstitucional son poco eficientes. En el rubro subsidios SUMA, SUMARTE, SUMA 65 de enero a octubre 2023 distribuyeron más del 95% de los mismos y el SANO (que aparece como el más progresivo) sólo un 5%. En el Rubro Reintegros INTEGRACIÓN es prácticamente privativo, siendo muy exiguo y tardío el reintegro del SUR.

Los ingresos promedios de las O.S.N. que pueden o no pueden cubrir el PMO difieren en \$ 8.510 y el ingreso promedio de todo el sistema con todos los ingresos está cerca de cubrir al PMO con su composición actual (Siempre sin Gastos de administración).

Evidentemente y a partir del simple análisis de estos datos, surge que los mecanismos de redistribución del FSR según los fines con que han sido creados, son ineficaces e ineficientes y ello debería obligar a un análisis de urgencia de los mismos y a una corrección inmediata. Con todos los problemas que tiene el Subsector, estos mecanismos agravan el financiamiento de los mismos.

ESTIMACIÓN DEL GASTO PARA GARANTIZAR COBERTURA DEL PMO.
Actualización 31 de Julio 2023

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	COSTO UNITARIO \$	CAPITA MENSUAL \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF \$
PROGRAMAS PREVENTIVOS						
PLAN MATERNO INFANTIL						
EMBARAZO						
CONSULTA	CONSULTA	0,25000	\$ 2.100	\$ 43,75	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,36000	\$ 2.560	\$ 76,80	\$ -	\$ -
ECOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,10000	\$ 2.900	\$ 24,17	\$ -	\$ -
PSICOPROFILASIS	CONSULTA	0,16000	\$ 1.760	\$ 23,47	\$ -	\$ -
INMUNIZACION	GASTO	0,02000	\$ 18.765	\$ 31,28	\$ -	\$ -
INFANTIL						
CONSULTA	CONSULTA	0,21000	\$ 2.100	\$ 36,75	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,04000	\$ 4.460	\$ 14,87	\$ -	\$ -
LECHE MEDICAM.	GASTO	0,00131	\$ 174.590	\$ 19,06	\$ -	\$ -
INMUNIZACION	GASTO	0,02200	\$ 226.890	\$ 415,97	\$ -	\$ -
PROGRAMAS ONCOLOGICOS (PREVENCION DE CA DE MAMA, UTERO, PRÓSTATA Y OTROS)						
CONSULTA	CONSULTA	0,20000	\$ 2.100	\$ 35,00	\$ -	\$ -
PAPANICOLAU	ESTUDIO	0,30000	\$ 1.645	\$ 41,13	\$ -	\$ -
COLPOSCOPÍA	ESTUDIO	0,10000	\$ 1.370	\$ 11,42	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,04000	\$ 2.240	\$ 7,47	\$ -	\$ -
MAMOGRAFIA	ESTUDIO	0,10000	\$ 2.940	\$ 24,50	\$ -	\$ -
OTROS	ESTUDIO	0,10000	\$ 1.690	\$ 14,08	\$ -	\$ -
ODONTOLOGIA PREVENTIVA	CONSULTA	0,10000	\$ 2.450	\$ 20,42	\$ -	\$ -
PROGRAMA SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE						
CONSULTA	CONSULTA	0,01350	\$ 2.100	\$ 2,36	\$ -	\$ -
METODOS ANTICONCEPTIVOS	GASTO	0,00970	\$ 4.400	\$ 3,56	\$ -	\$ -
PROGRAMA DE SALUD MENTAL	CONSULTA	0,15000	\$ 2.100	\$ 26,25	\$ -	\$ -
SUBTOTAL PROGRAMAS PREVENTIVOS				\$ 872,28	\$ -	\$ -

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	COSTO UNITARIO \$	CAPITA MENSUAL \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF \$
PRESTACIONES AMBULATORIAS						
CONSULTAS EN GENERAL						
MEDICO GENERALISTA, CLINICO Y/O PEDIATRA	CONSULTA	1,87000	\$ 2.100	\$ 327,25	\$ 163,63	\$ 81,81
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	CONSULTA	2,02000	\$ 2.550	\$ 429,25	\$ 331,45	\$ 165,72
CONSULTAS EN SALUD MENTAL						
PSICOLOGIA	CONSULTA	0,31000	\$ 2.240	\$ 57,87	\$ 27,13	\$ 13,56
PSIQUIATRIA	CONSULTA	0,07000	\$ 6.000	\$ 35,00	\$ 6,13	\$ 3,06
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	CONSULTA	0,00040	\$ 2.980	\$ 0,10	\$ 0,04	\$ 0,02
LABORATORIO						
PRACTICAS BIOQUIMICAS HASTA 5 UB (NBU) (INCLUYE ACTO BIOQUIMICO)	DETERMINACION	4,48000	\$ 640	\$ 238,93	\$ 40,82	\$ 20,41
PRACTICAS BIOQUIMICAS DE MAS DE 5 UB (NBU), INCLUYE ACTO BIOQUIMICO	DETERMINACION	0,55000	\$ 2.055	\$ 94,19	\$ 30,07	\$ 15,03
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES						
ECODIAGNÓSTICO						
ECOCARDIOGRAMAS	ESTUDIO	0,02700	\$ 5.500	\$ 12,38	\$ 1,48	\$ 0,74
ECODOPPLER	ESTUDIO	0,05100	\$ 10.400	\$ 44,20	\$ 5,58	\$ 2,79
ECOGRAFIAS	ESTUDIO	0,30000	\$ 2.900	\$ 72,50	\$ 16,40	\$ 8,20
RADIOLOGÍA (INCLUYE MEDICAMENTOS)						
RX CONTRASTADA	ESTUDIO	0,05700	\$ 9.620	\$ 45,70	\$ 6,24	\$ 3,12
RX SIMPLE	ESTUDIO	0,91000	\$ 1.505	\$ 114,13	\$ 49,75	\$ 24,87
MAMOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,11200	\$ 3.580	\$ 33,41	\$ 6,12	\$ 3,06
OTRAS PRACTICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN						
CAMARA GAMMA (INCLUYE MATERIAL RADIOACTIVO)	ESTUDIO	0,04000	\$ 18.900	\$ 63,00	\$ 10,94	\$ 5,47
TAC (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE TAC MULTISLICE, ANNGIOTOMOGRAFIAS, TAC HELICOIDAL, PET, ETC,	ESTUDIO	0,05120	\$ 19.800	\$ 84,48	\$ 14,00	\$ 7,00
RMN (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE ANGIORESONANCIAS, COLAGIRESONANCIAS, ETC.	ESTUDIO	0,04980	\$ 24.900	\$ 103,34	\$ 13,62	\$ 6,81
DENSITOMETRIA	ESTUDIO	0,00527	\$ 5.840	\$ 2,56	\$ 0,29	\$ 0,14
PRACTICAS EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS						
CARDIOLOGÍA	PRACTICAS	0,05600	\$ 5.800	\$ 27,07	\$ 9,19	\$ 4,59
GASTROENTEROLOGIA	PRACTICAS	0,01320	\$ 33.000	\$ 36,30	\$ 2,17	\$ 1,08
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	PRACTICAS	0,01200	\$ 3.600	\$ 3,60	\$ 1,97	\$ 0,98
NEUMONOLOGIA	PRACTICAS	0,00905	\$ 7.800	\$ 5,88	\$ 1,48	\$ 0,74
NEUROLOGIA	PRACTICAS	0,01580	\$ 16.400	\$ 21,59	\$ 2,59	\$ 1,30
ORL	PRACTICAS	0,02040	\$ 5.750	\$ 9,78	\$ 3,35	\$ 1,67
OFTALMOLOGIA (INCLUYE RFG Y ESTUDIOS)	PRACTICAS	0,03200	\$ 9.850	\$ 26,27	\$ 5,25	\$ 2,63
UROLOGIA	PRACTICAS	0,00400	\$ 8.900	\$ 2,97	\$ 0,66	\$ 0,33
DERMATOLOGIA	PRACTICAS	0,01000	\$ 3.420	\$ 2,85	\$ 1,64	\$ 0,82
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	PRACTICAS	0,00750	\$ 3.070	\$ 1,92	\$ 1,23	\$ 0,62
ANATOMIA PATOLOGICA	PRACTICAS	0,01460	\$ 8.070	\$ 9,82	\$ 2,40	\$ 1,20
HEMOTERAPIA	PRACTICAS	0,02500	\$ 19.540	\$ 40,71	\$ 4,10	\$ 2,05
GENETICA HUMANA	PRACTICAS	0,00200	\$ 30.090	\$ 5,02	\$ 0,33	\$ 0,16
ALERGIA	PRACTICAS	0,01300	\$ 6.900	\$ 7,48	\$ 2,13	\$ 1,07
QUIRURGICAS AMBULATORIAS	PRACTICAS	0,01750	\$ 33.200	\$ 48,42	\$ 2,87	\$ 1,44
OTRAS PRACTICAS	PRACTICAS	0,05000	\$ 2.395	\$ 9,98	\$ 8,20	\$ 4,10
BIOPSIAS GUIADAS	PRACTICAS	0,00153	\$ 33.470	\$ 4,27	\$ 0,25	\$ 0,13
ODONTOLOGIA						
CONSULTAS	CONSULTA	1,01600	\$ 5.050	\$ 427,57	\$ 83,35	\$ 41,68
PRACTICAS	PRACTICAS	0,40640	\$ 11.578	\$ 392,11	\$ 44,47	\$ 22,23
MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO	RECETAS	3,00000	\$ 8.456	\$ 1.310,68	\$ 803,32	\$ 803,32
REHABILITACION	PRACTICAS	0,96200	\$ 2.100	\$ 168,35	\$ 52,59	\$ 26,29
SUBTOTAL PRESTACIONES AMBULATORIAS				\$ 4.320,89	\$ 1.757,20	\$ 1.280,26

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	COSTO UNITARIO \$	CAPITA MENSUAL \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF \$
PRESTACIONES CON INTERNACIÓN						
INTERNACION DE AGUDOS EN ESTABLECIMIENTOS						
INTERNACION, CLINICA, QUIRURGICA Y ESPECIALIZADA UCO, UTI, UCI, UTIM, NEUROCIRUGIA, C/MEDICAMENTOS	EGRESOS	0,09150	\$ 244.915	\$ 1.867,48	\$ -	\$ -
INTERVENCION EN INTERNACIONES CARDIOVASCULARES						
HEMODINAMIAS	PRACTICAS	0,00052	\$ 104.500	\$ 4,53	\$ -	\$ -
ANGIOPLASTIAS CENTRALES Y PERIFERICAS	PRACTICAS	0,00014	\$ 406.700	\$ 4,74	\$ -	\$ -
CIRUGIAS DE CORAZON, PERICARDIO Y GRANDES VASOS	PRACTICAS	0,00020	\$ 976.870	\$ 16,20	\$ -	\$ -
CIRUGIAS DE CORAZON Y GRANDES VASOS INFANTIL	PRACTICAS	0,00005	\$ 1.025.600	\$ 3,93	\$ -	\$ -
COLOCACION DE MARCAPASOS	PRACTICAS	0,00031	\$ 150.160	\$ 3,88	\$ -	\$ -
VASCULAR PERIFERICA	PRACTICAS	0,00004	\$ 305.000	\$ 0,92	\$ -	\$ -
INTERNAC P/ TRATAMIENTO DE GRANDES QUEMADOS	EGRESOS	0,00001	\$ 1.023.400	\$ 1,24	\$ -	\$ -
INTERNAC SANATORIAL PARA CUIDADOS PALIATIVOS	EGRESOS	0,00004	\$ 1.547.900	\$ 5,16	\$ -	\$ -
INTERNACION EN SALUD MENTAL						
HOSPITAL DE DIA						
EN CLINICAS	EGRESOS	0,00050	\$ 248.800	\$ 10,37	\$ -	\$ -
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	EGRESOS	0,00132	\$ 138.600	\$ 15,25	\$ -	\$ -
EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS	EGRESOS	0,00168	\$ 81.100	\$ 11,35	\$ -	\$ -
INTERNACION PSIQUIATRICA						
EN CLINICAS	EGRESOS	0,00117	\$ 378.550	\$ 36,78	\$ -	\$ -
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	EGRESOS	0,00080	\$ 212.180	\$ 14,15	\$ -	\$ -
INTERNAC DOMICILIARIA (INCLUYE CUIDADOS PALIATIVOS DOMIC)	EGRESOS	0,00060	\$ 391.900	\$ 19,60	\$ -	\$ -
SUBTOTAL PRESTACIONES CON INTERNACIÓN				\$ 2.015,56	\$ -	\$ -

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	COSTO UNITARIO \$	CAPITA MENSUAL \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF \$
PRESTACIONES ESPECIALES						
AMBULANCIAS, TRASLADOS, EMERGENCIAS						
TRASLADOS SIN MEDICO	TRASLADOS	0,09750	\$ 9.510	\$ 77,27	\$ -	\$ -
TRASLADO CON MEDICO SIMPLE	TRASLADOS	0,03203	\$ 27.300	\$ 72,87	\$ -	\$ -
TRASLADO CON MEDICO UTIM	TRASLADOS	0,02047	\$ 40.700	\$ 69,43	\$ -	\$ -
VISITAS A DOMICILIO (VERDE)	CONSULTA	0,21300	\$ 9.650	\$ 171,29	\$ 99,04	\$ 49,52
URGENCIAS Y EMERGENCIAS (ROJO+AMARILLO)	TRASLADOS	0,03700	\$ 33.190	\$ 102,34	\$ -	\$ -
PROTESIS , ORTESIS , IMPLANTES						
PROTESIS TRAUMATOLOGICAS	INSUMO	0,00488	\$ 199.200	\$ 81,01	\$ -	\$ -
VASCULARES	INSUMO	0,00085	\$ 687.800	\$ 48,72	\$ -	\$ -
NEUROLOGICAS	INSUMO	0,00027	\$ 870.800	\$ 19,59	\$ -	\$ -
CIRUGIA GENERAL	INSUMO	0,00353	\$ 101.900	\$ 29,98	\$ -	\$ -
UROLOGICAS	INSUMO	0,00092	\$ 172.216	\$ 13,20	\$ -	\$ -
OTRAS	INSUMO	0,00044	\$ 560.500	\$ 20,55	\$ -	\$ -
ORTESIS	INSUMO	0,00350	\$ 52.660	\$ 7,68	\$ 7,68	\$ 7,68
LENTES INTRAOCULARES	INSUMO	0,00006	\$ 16.800	\$ 0,08	\$ -	\$ -
MARCAPASOS Y CARDIODEFIBRILADORES	INSUMO	0,00006	\$ 960.000	\$ 4,56	\$ -	\$ -
IMPLANTE COCLEAR	INSUMO	0,00002	\$ 11.250.000	\$ 15,56	\$ -	\$ -
OTOAMPLIFONOS Y PROTESIS	INSUMO	0,00054	\$ 198.800	\$ 8,95	\$ -	\$ -
LITOTRIPSIA	PRACTICAS	0,00049	\$ 158.600	\$ 6,41	\$ -	\$ -
OPTICA	PRACTICAS	0,01090	\$ 10.190	\$ 9,26	\$ -	\$ -
DIALISIS CRONICA	PACIENTES	0,00033	\$ 404.000	\$ 11,11	\$ -	\$ -
TERAPIA RADIANTE						
BRAQUITERAPIA	PRACTICAS	0,00011	\$ 520.700	\$ 4,74	\$ -	\$ -
RADIOTERAPIA TRIDIMENSIONAL	PRACTICAS	0,00105	\$ 865.000	\$ 75,69	\$ -	\$ -
RADIOTERAPIA IMRT	PRACTICAS	0,00045	\$ 1.290.000	\$ 48,38	\$ -	\$ -
PRETRANSPLANTE, TRANSPLANTE Y POST-TRANSPLANTE	PRACTICAS	0,00010	\$ 5.035.900	\$ 41,97	\$ -	\$ -
EMBOLIZACIONES	PRACTICAS	0,00012	\$ 886.500	\$ 8,64	\$ -	\$ -
DISCAPACITADOS	PRESTACIONES	0,06770	\$ 146.000	\$ 823,68	\$ -	\$ -
MEDICAMENTOS ESPECIALES						
INCLUYE MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR EL SUR (ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS), MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO NO CUBIERTOS POR EL SUR (ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS) MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR AMPAROS NO PMO, ETC.	UNIDADES DISPENSADAS	 0,09400	 \$ 290.254	 \$ 2.273,66	 \$ -	 \$ -
DIABETES						
INSULINODEPENDIENTES						
INSULINAS	UNIDADES DISPENSADAS	0,09220	\$ 50.420	\$ 387,39		
ACCESORIOS	UNIDADES DISPENSADAS	0,10850	\$ 15.070	\$ 136,26		
ANALOGOS GLP1 Y GLUCAGON	UNIDADES DISPENSADAS	0,00208	\$ 68.545	\$ 11,88		
OBESIDAD	PRACTICAS	0,00009	\$ 785.000	\$ 5,89	\$ -	\$ -
FERTILIZACION	PRACTICAS	0,00540	\$ 315.700	\$ 142,07	\$ -	\$ -
SUBTOTAL PRESTACIONES ESPECIALES				\$ 4.730,08	\$ 106,72	\$ 57,20

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	COSTO UNITARIO \$	CAPITA MENSUAL \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF \$
TOTAL GASTO PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO				\$ 11.938,80	\$ 1.863,92	\$ 1.337,46
VALOR DEL PMO CON COSEGURO AL 100%					\$ 13.802,72	
VALOR DEL PMO CON COSEGURO AL 50%						\$ 13.276,26

TABLA N° 3

INCIDENCIA MEDICAMENTOS EN EL PMO

Concepto	Capita Mensual	Con Coseguro	Total	Estructura del Gasto
en Programas Preventivos	\$ 469,86	\$ -	\$ 469,86	8%
en Ambulatorio	\$ 1.310,68	\$ 803,32	\$ 2.114,00	37%
en Internación	\$ 466,87	\$ -	\$ 466,87	8%
en Prestaciones Especiales	\$ 2.661,05	\$ -	\$ 2.661,05	47%
Totales	\$ 4.908,46	\$ 803,32	\$ 5.711,78	100,0%
Impacto sobre el PMO	41%		48%	

CONCLUSIONES

Este trabajo corresponde a la decimotercera actualización de la "Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el PMO", a partir del documento metodológico original correspondiente al año 2010.

Se ha realizado en conjunto entre PROSANITY CONSULTING, IPEGSA y la USAL.

Continuamente hemos referido que conocer los valores de las prestaciones que conforman el PMO es esencial. Es una referencia que permite a cada Obra Social estimar la posible carga financiera que tiene que afrontar para brindar las prestaciones incluidas en el PMO, a las que está obligada. La altísima inflación hace, sin embargo, que esta actualización con la metodología tradicional rápidamente pierda vigencia. Sin

embargo, consideramos ineludible realizarla, porque las otras fórmulas que han pretendido sustituirla, con el tiempo muestran diferencias importantes en los resultados. (Tal como mostramos en el apéndice final).

Esta sistemática implica relevar las tasas de uso de todas las prestaciones y actualizarlas periódicamente. Otras fórmulas toman indicadores globales no atados al consumo prestacional.

Su técnica conlleva un tiempo importante de análisis y actualización por lo que resulta muy difícil replicarla con mayor periodicidad. Y aún no ha podido ser realizada en forma regional, por no haber podido acceder a los indicadores de uso de cada provincia y/o zona.

Los ingresos de las diferentes Obras Sociales difieren sustancialmente entre ellas, tal cual puede visualizarse en esta investigación y más allá de los mecanismos de compensación existentes (que por su ineficacia hay que repensar), muchas no alcanzan el piso mínimo para lograr cubrir la canasta.

Los Seguros de Salud Obligatorios, cuyos ingresos son un porcentaje de los salarios (aportes y contribuciones), se vienen deteriorando año a año en relación a la evolución del costo de las prestaciones y al aumento de la inflación, y si no lo han hecho más del año 20 al 22 inclusive, es porque existieron aportes especiales sobre todo desde la SSS y también desde el estado nacional.

Pero este año de análisis, donde han tenido que financiarse con sus propios ingresos y los proveniente del F.S.R. (que también surge de los aportes y contribuciones) notamos una declinación sustancial del sub sistema.

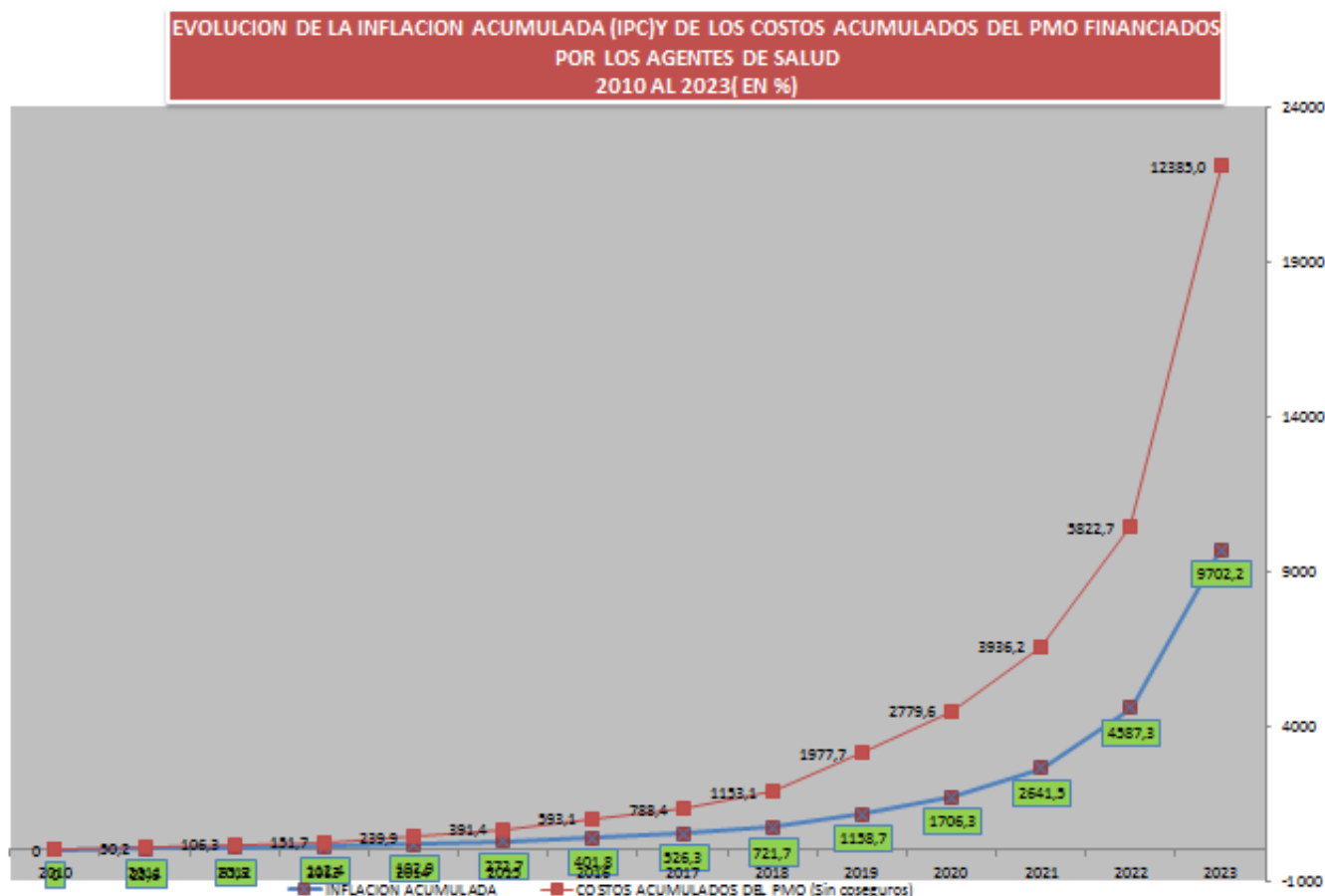
Es necesario reiterar, como lo venimos haciendo año a año, y lo señalamos en el prólogo, que es necesario tomar acciones de fondo, estructurales, en el Sistema de Salud Argentino y al mismo tiempo hacer viable al sector del Seguro Social que es la columna vertebral del mismo. Con los ingresos por aportes y contribuciones no se puede pretender seguir cubriendo las prestaciones SU de discapacidad ni el gasto catastrófico, sobre todo en medicamentos.

En el GRÁFICO N° 13 se observa claramente la evolución del Costo del PMO y de la inflación (considerando únicamente la Parte del PMO financiada por los Agentes de Salud). Este gráfico ha sido realizado consolidando todos los informes plasmados desde el 2010, en forma acumulada, tomando el año 2010 como base cero, en el caso del costo de las prestaciones y la inflación acumulada basada en los informes de consultoras y el Congreso de la Nación hasta 2016 y luego del IPC oficial.

En el GRÁFICO N° 13 desde el 2010 hasta el 2023, para una inflación acumulada del 9702 % se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 12.385%. Es decir que en 12 años el valor del PMO ha superado holgadamente a la inflación.

Debe tenerse en cuenta que en los tres períodos anteriores los costos del PMO fueron inferiores a la inflación informada, lo que acercó las curvas. Este año vuelven a separarse.

GRÁFICO N° 13



Fuente: elaboración propia.

Si no se consideran los co-seguros, o sea tomando en cuenta solamente lo que financian los Agentes del Seguro de Salud, el PMO se ha incrementado en el período analizado en un 127%, o sea un 2% más que la inflación oficial para igual período.

El aporte promedio como gasto de bolsillo representa entre un 11 y un 15 % del costo total del PMO 2023, según a qué valor se tomen los co-seguros autorizados, teniendo cada vez más peso los medicamentos ambulatorios en el aporte de bolsillo que hacen los

beneficiarios, a pesar de la cobertura al 70% y al 100% de muchos de ellos. (62% promedio).

Solo queremos agregar que los mecanismos solidarios tendientes a mejorar la equidad dentro del Seguro de Salud Obligatorio, siguen perdiendo relevancia año a año, marcándose cada vez más las diferentes capacidades financieras existentes entre las diferentes Instituciones.

El rubro medicamentos es el que sigue concentrando el mayor interés.

En este año de investigación, los medicamentos una vez más se colocan por encima del incremento del propio PMO. Algunos medicamentos han superado sobradamente ese porcentaje global de incremento.

Según el análisis que hacemos en este trabajo para el 2023 el ingreso per cápita promedio para las diferentes OSN por aportes y contribuciones se ha estimado en \$10.179 por beneficiario/mes. Ello da como resultado que con estos aportes solo un 29% de las OOSS (22 % de los beneficiarios) tienen la posibilidad de cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.

Si incluimos todos los ingresos adicionales provenientes del FSR (subsídios y reintegros) este año el monto promedio ha sido de \$12.504, observándose que sólo el 42 % de las OOSS sindicales (40 % de beneficiarios) tienen los fondos suficientes para cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.

Véase que poco impactan los mecanismos de redistribución en la posibilidad de mayor cobertura de OSN. Sólo 13 O. Sociales más y 18% de los beneficiarios del sistema acceden a la cobertura del PMO luego de aplicar subsidios y reintegros.

Una referencia especial al análisis del PMO y del Sector Privado Prestador.

Durante varios años fuimos comentando que el costo del PMO que nosotros investigamos superaba año a año el de la inflación medida por IPC.

Eso seguramente tenía que ver con lo que ocurre en la mayoría de los países donde los Costos en Salud se incrementan año a año por encima del incremento de otros sectores de la economía. Ese incremento de los Costos de insumos, medicamentos, salarios, impuestos etc. se fue trasladando al costo del PMO cuyo resultado es el producto de los indicadores o tasas de uso, y de los precios de mercado, o sea de lo que los prestadores y proveedores cobran a los financiadores.

Ese parámetro se mantuvo hasta el análisis del 2019, donde se pudo vislumbrar la mayor diferencia acumulada entre Costo del PMO e inflación.

Desde ese momento y hasta el 2022 se ha apreciado una disminución importante de la brecha. Ya desde el análisis del PMO habitual y el específico del Covid 19 que realizamos en 2020, y hasta el 2022 inclusive, año a año la inflación superó al costo del PMO, contrario a lo ocurrido en todos los años anteriores.

En esta actualización, aunque en escasa medida (2%) los costos en salud han vuelto a superar a la inflación del período.

De cualquier forma, los aranceles actualizados recibidos por el sector privado no han podido compensar el aumento de sus costos en salud. Y eso se marca sobremanera en los honorarios profesionales y en el sector privado prestador con internación, donde los costos superaron ampliamente la recomposición de aranceles logrados. Eso ha hecho que la situación del sector prestador haya empeorado en relación a como estaba en 2019.

Esta es la realidad de la inmensa mayoría de prestadores del sector. Muchos de ellos han debido dejar de pagar obligaciones impositivas o previsionales, reducir sus planteles no actualizando valores a los prestadores y proveedores en relación a la inflación, dependiendo para su subsistencia del mantenimiento de la ley de emergencia sanitaria.

"Queremos delinear una explicación del problema de financiamiento del Sistema del Seguro Social y de sus prestadores, que de alguna forma esclarezca la dificultad de la problemática. En los indicadores del IPC CABA como en los del IPC general se consideran componentes tales como costos de medicamentos, costos de aumentos de EMP, salarios, insumos etc. mientras que en nuestra metodología se toman los precios que efectivamente pagan los financiadores a los prestadores. Son dos perspectivas diferentes del análisis, uno de costos en Salud y otro del Costo del PMO para los financiadores. Hay un sector, y eso se visualiza claramente en esta investigación, que está financiando parte del desfasaje. Y como al mismo tiempo el monto del financiamiento del Sector del Seguro Social Obligatorio no alcanza (tal como lo mostramos en el análisis) el Sector Privado prestador absorbe parte del déficit, y para paliar la inevitable caída de la calidad, se comienza el cobro de aranceles diferenciados que paga el afiliado, primero en consultas y cirugías electivas, y progresivamente en todas las prestaciones. Podríamos definirla como una inflación de costos en donde se perforan los precios que puede soportar el sistema, y que termina impactando en la calidad que recibe y en los costos de los beneficiarios" (Actualización 2022).

ADDENDA

Dada la alta inflación existente, se realizó, como en años anteriores, una simulación tendiente a determinar cuál sería el valor actual del PMO (a fines de noviembre 2023) financiado por los Agentes de Salud, a partir del valor obtenido a fin de julio 2023 en esta investigación. Se tomó en cuenta una fórmula ponderada que se ha desarrollado a tal efecto.

Queremos resaltar, como prueba y como se ha referido en actualizaciones anteriores, que existe una diferencia importante en los valores obtenidos para el período julio 2022/julio 2023, entre esta metodología de actualización de fórmula ponderada y la investigación que realizamos anualmente.

Es así que, utilizando esta fórmula, y partiendo del valor del PMO de fin de julio del 2022 el valor resultante del PMO financiado por los agentes de salud, sería de \$ 10.613 o sea, un 11% menos que con la metodología habitual.

O sea, debemos remarcar que este tipo de actualización de fórmula ponderada solo debe ser usada como una referencia para restablecer valores en épocas de alta inflación, pero no supe ni presenta el grado de certeza que la habitual que realizamos.

Con la misma metodología, y el mismo grado de certeza, se ha estimado que para el 30 de noviembre del 2023 el valor actualizado sería de \$ 15.367,91 (considerando inflación para octubre y noviembre, aún no publicada de 10% cada mes) o sea, un incremento del 29 % respecto a los valores surgidos de este estudio al 31 de julio 2023.

La SSS ha elaborado un índice ponderado sobre la base de aumento de medicamentos, insumos médicos, salarios por paritarias e insumos y gastos generales (Resolución 1293/22) con el que actualiza bimestralmente los incrementos otorgados a las EMP. Es aplicable desde junio 22.

Con ese índice de julio 22 a fin de julio 23 el valor actualizado es de \$10.848,02 o sea un 9% menos en comparación con el presente estudio.

En esta adenda final, también, hemos querido realizar algunas SIMULACIONES e INFERENCIAS, realizando modificaciones en algunas inclusiones obligatorias del PMO.

Una de ellas es comparar el ingreso promedio de las O. S. Sindicales explicitado ut supra, con el costo del PMO, si del mismo se suprimieran los medicamentos de alto costo y la diabetes insulino-dependiente, y el 50% del rubro Discapacidad, que es un valor sólo aproximado, por Prestaciones Educativas y el transporte de dichas prestaciones.

TABLA N° 4

ALTERNATIVA PMO - DISCAP AL 50% - MED ESP y DBT INSULINODEPENDIENTE		
CONCEPTO	PMO S/COSEG	PMO C/COSEG 50%
PMO	\$ 11.938,80	\$ 13.658,72
MENOS DISCAPACIDAD AL 50%	\$ -411,84	\$ -411,84
MENOS MEDIC ESP y DBT 1	\$ -2.809,19	\$ -2.809,19
COSTO PMO	\$ 8.717,77	\$ 10.437,69

Hemos realizado dos análisis, a) uno retirando solamente el 50% del rubro discapacidad y b) otro removiendo ese porcentaje y los renglones de medicamentos especiales y diabetes.

- a) En ese análisis y considerando solamente lo que deben financiar los Agentes de Salud surge un valor del PMO de \$ 11.527 frente a el valor de \$ 11.938,8 que surge del análisis actual 2023. Ello significa una reducción del valor del PMO del 3,5%.

GRÁFICO N° 14

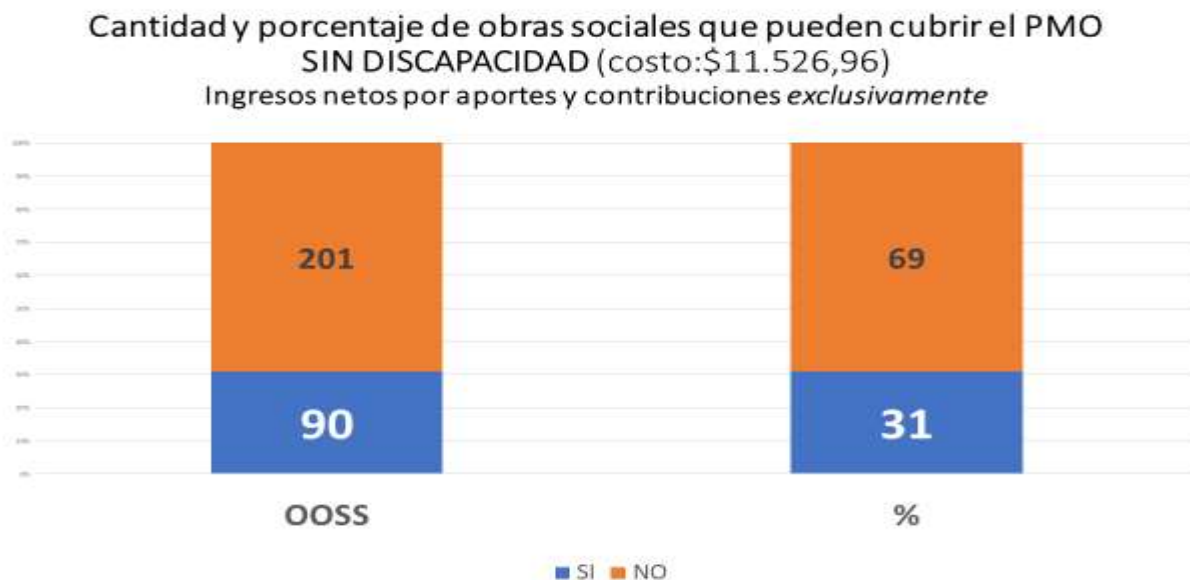


GRÁFICO N° 15

Cantidad y porcentaje de beneficiarios en obras sociales que pueden cubrir el PMO SIN DISCAPACIDAD (costo: \$11.526,96) Ingresos netos por aportes y contribuciones *exclusivamente*



GRÁFICO N° 16

Cantidad y porcentaje de obras sociales que pueden cubrir el PMO SIN DISCAPACIDAD (costo: \$11.526,96) Ingresos netos por aportes y contribuciones *mas subsidios y reintegros*

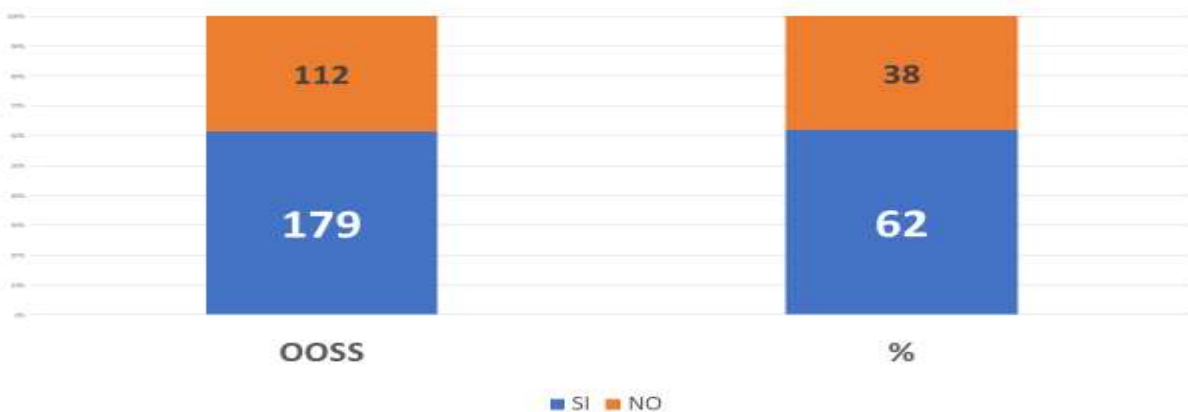
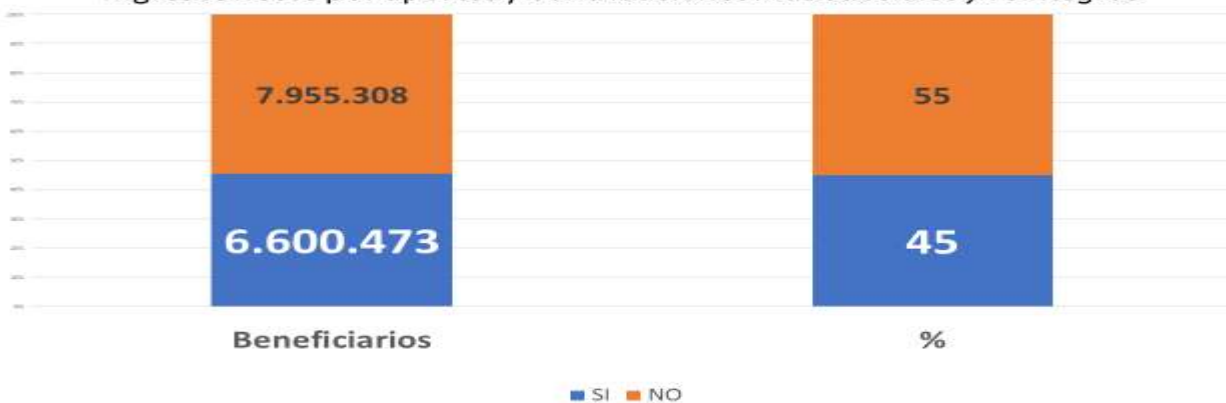


GRÁFICO N° 17

Cantidad y porcentaje de beneficiarios en obras sociales que pueden cubrir el PMO SIN DISCAPACIDAD (costo: \$11.526,96) Ingresos netos por aportes y contribuciones *mas subsidios y reintegros*



Comparando estos resultados con los analizados en relación al PMO actual, en el caso de aportes y contribuciones solamente, están cubiertas 7 obras sociales más (31% contra 29%) y 3% más de afiliados.

En el caso analizado con aportes y contribuciones, subsidios y reintegros son 56 Obras Sociales más (62%) aunque solamente un 5% más de beneficiarios.

b) En ese análisis y considerando solamente lo que deben financiar los Agentes de Salud resulta un valor del PMO de \$ 8717,77, frente a el valor de \$ 11.938,8 que surge del análisis actual, 2023. Ello significa una reducción del valor del PMO del 27%.

GRÁFICO N° 18

Cantidad y porcentaje de obras sociales que pueden cubrir el PMO SIN DISCAPACIDAD, ALTO COSTO y DIABETES (costo: \$8.717,77) Ingresos netos por aportes y contribuciones *exclusivamente*

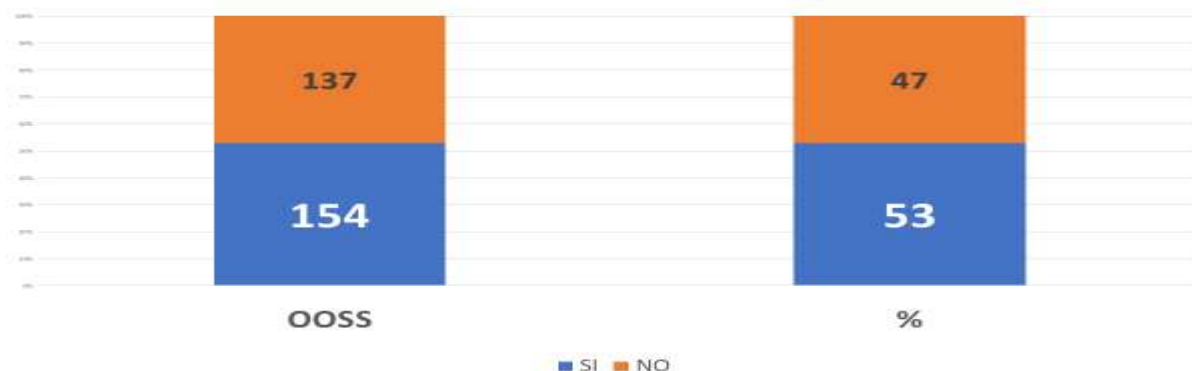


GRÁFICO N° 19

Cantidad y porcentaje de beneficiarios en obras sociales que pueden cubrir el PMO SIN DISCAPACIDAD, ALTO COSTO y DIABETES (costo: \$8.717,77) Ingresos netos por aportes y contribuciones *exclusivamente*



GRÁFICO N° 20

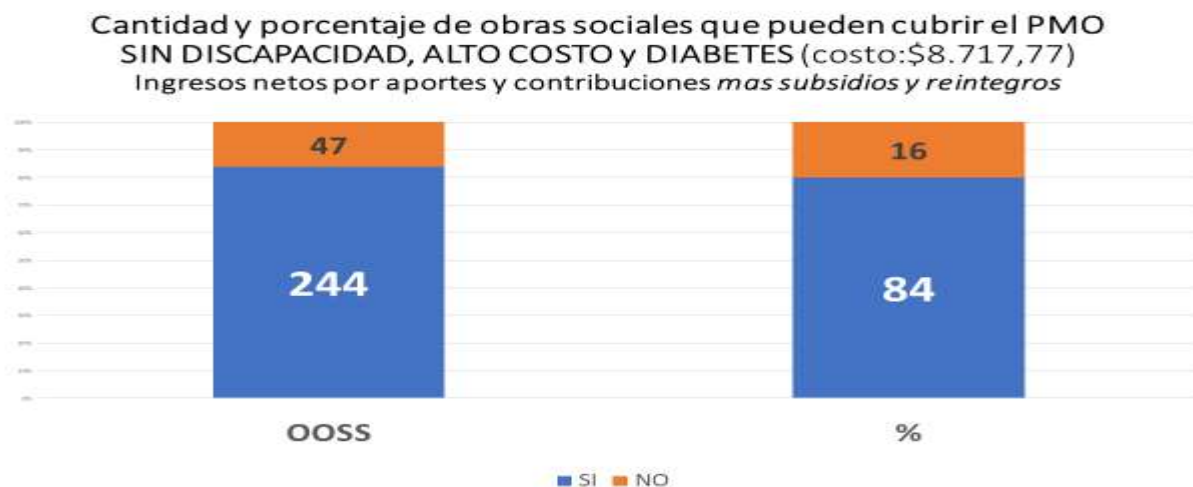


GRÁFICO N° 21



En este segundo análisis se observa que de las 291 O.S.N. solo con aportes y contribuciones, 154 (53%) pueden cubrir el costo del PMO, y se duplican los beneficiarios cubiertos (46%).

En el caso analizado con aportes y contribuciones, subsidios y reintegros son 244 las Obras Sociales (84%) las que acceden a la cobertura del PMO, llegando a casi el 80% de los beneficiarios del sistema.

De ese análisis surgen otras posibles hipótesis de investigación mejorando los aranceles médicos, los ingresos de Establecimientos Asistenciales, etc. y ver como impactan en los diferentes esquemas analizados y en las posibilidades de cobertura de las O.S.N.

Es importante remarcar que con una depuración de las obligaciones de Cobertura del PMO, una modificación de los mecanismos de subsidios interinstitucionales, revisar las Obras Sociales inviables por no cubrir el riesgo asegurador, y garantizar un ingreso razonable promedio por monotributistas, se puede armonizar el subsistema, desde el punto de vista exclusivo de su financiamiento y hacerlo más equitativo.