



PMO

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

ACTUALIZACIÓN JULIO 2022

DR. ERNESTO van der KOOY
DR. RUBÉN TORRES
DR. HÉCTOR PEZZELLA
DR. ADOLFO CARRIL
Cdor. RUBÉN RICARDO ROLDÁN
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 2022

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.

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.

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

Presidente de la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH)

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.

Lic. 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.

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)".

Con el fin de potenciar y ampliar la calidad de la investigación, Prosanity Consulting, en varias oportunidades, se ha asociado con instituciones académicas y con sociedades científicas de relevancia en el sector de la Salud para confeccionar actualizaciones.

Como consecuencia de análisis comunes en las que se instaló la relevancia de la investigación que se realiza, se ha considerado oportuno actuar sinérgicamente con IPEGSA (Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud), organización con la que mantenemos vínculos de docencia e investigación, y con la USAL (Universidad del Salvador. Facultad de Ciencias Médicas), entidad con la que mantenemos vínculos de tipo académico desde hace tiempo, en el convencimiento que el producto final logrado se perfecciona a partir de información relevante aportada por las partes y el análisis conjunto de los hallazgos surgidos de la investigación.

Los participantes de esta actualización hemos decidido mantener los mismos objetivos anteriores para dar una continuidad a las diferentes actualizaciones y posibilitar sus ulteriores comparaciones.

Este trabajo anual tiene dos objetivos fundamentales.

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

Hemos regresado a la metodología anterior al 2019 o sea analizar no solamente los precios, sino también tasas de uso de prácticas seleccionadas.

Durante el 2020 y 2021 a causa del sesgo que significó la pandemia de Covid 19, se trabajó sin modificación de las tasas de uso respecto a la del 2019 (última en las que fueron actualizadas). Ello motivado en que durante esos períodos muchas practicas no reflejaron la habitualidad de uso en el PMO.

En el entendimiento que en este período analizado los indicadores o tasas de uso ya se han acomodado a lo habitual, volvimos a actualizar los precios del trabajo anterior (julio 2021), pero consideramos modificaciones de los índices o tasas de uso, de cuyo producto se obtienen los distintos valores capitados, los cuales, agrupados por programa, por prestación, etc., conforman nuestra grilla de trabajo.

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 más relevantes y modificados sus indicadores en la grilla del PMO.

Este año se ha analizado el rubro Consultas Ambulatoria Electivas (CAE).

- 2) El segundo objetivo de esta investigación es determinar a finales de julio 2021 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.

En este prólogo, habitualmente, se aborda la problemática de Salud y las novedades del Sector del período transcurrido desde la última actualización.

Los desórdenes económicos se han mantenido y potenciado, la inflación es cada vez más alta y desde julio del 2021 a la fecha del presente estudio, se ha producido una devaluación de la moneda muy importante en relación al dólar, aunque menor a la inflación.

Sigue existiendo una falta de precios de referencia en el mercado. También, dada la gran dispersión de precios en algunos rubros, se dificulta la determinación de un valor que represente al universo, lo cual puede provocar algún grado de desvío en el costeo del PMO.

Todo el Sistema Sanitario, financiador y prestador, se mantiene en una crisis de gran magnitud, a lo que se suman los indicadores de pobreza e indigencia, que se estiman en un 40% de pobreza medida por ingresos. Si se hiciera la medida de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), seguramente en muchas regiones o localidades el indicador sería mucho mayor, (cercano o mayor al 50%). La pobreza influye como ningún otro factor en el estado sanitario de la población, mucho más que la oferta de servicios de Salud que se provea.

Ya en revisiones anteriores marcamos que se han ido modificando las maneras de acceso a algunas prestaciones, y se han promovido la aplicación de tecnologías que han persistido en el tiempo aún luego de la atenuación de la pandemia. Entre otras se han destacado la tele consulta, el uso de recetas digitales, las autorizaciones on line etc.

Las consultas por telemedicina (Consultas On Line) son ofrecidas por muchos prestadores y financiadores dentro de sus propuestas usuales, en consultas sobre todo de determinadas especialidades o en segundas opiniones. Dichos tipos de consultas han sido y son usadas en diferentes proporciones, en algunos sectores de nuestro sistema sanitario, aunque en forma desigual según quien sea el financiador. La telemedicina ya había mostrado antes de la pandemia su aplicación habitual en la docencia y su progresivo uso en la tele monitoreo de patologías crónicas o en la atención domiciliaria con asistencia remota. Pero actualmente existe por ejemplo una aplicación sistemática de la tele consulta en las consultas domiciliarias agudas o en consultas de distintas especialidades.

No hay dudas de su potencial actual y a futuro, en la medida de alcanzar equidad en el acceso a la conectividad. Estas herramientas son un buen complemento en determinadas oportunidades, no un reemplazo de la visita presencial, las que han sido retomadas y preferidas en muchos casos por los pacientes.

Se siguió con el uso de recetas digitales que aumentaron y fueron reguladas durante la pandemia.

Respecto a las autorizaciones de prestaciones, hoy, prácticamente todas, se hacen de manera remota.

Todas estas aplicaciones tecnológicas mejoran el acceso a los servicios de Salud, mejoran la eficiencia de los subsectores, actúan sobre reducción de costos de no calidad, en la gestión de la información, actualización de conocimientos de los integrantes del equipo de salud, mejora en la continuidad de los seguimientos, etc.

Por otro lado, marcamos durante los dos años anteriores que, como resultado de esta 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 una buena integración público - privada, lográndose un mejor funcionamiento en Redes mixtas y minimizando temporalmente las fuertes inequidades del Sistema.

Los diferentes estamentos de la salud mantuvieron al abordaje de la pandemia como prioridad casi excluyente, notándose que, durante este último año, tampoco se han producido cambios estructurales sustanciales en el sistema.

La casi totalidad de acciones desarrolladas en este período han sido destinadas a afrontar el Covid 19, con los cuidados, y la vacunación como ejes de las mismas y las medidas ante la aparición de Omicron. La respuesta de los diferentes subsectores del Sistema ha sido satisfactoria. El apoyo realizado a los financiadores y prestadores ha estado sustancialmente relacionado al financiamiento.

Se realizaron reuniones destinadas a avanzar en la necesidad de integración del sistema, aprovechando que esa integración y articulación fue satisfactoria durante la pandemia.

Era una buena oportunidad para cambios de fondo destinados a articular esa integración, pero más allá de las voluntades observadas, en lo concreto no se ha avanzado y aparece como que se ha perdido una oportunidad de aprovechar la centralidad que el Sistema Sanitario logró durante la pandemia.

En el rubro medicamentos se promulgo una resolución con la implementación de precios de referencia de 85 principios activos utilizados en tratamientos de patologías crónicas prevalentes, con cobertura del 70%, y sus formas de actualización y se publicó un Vademécum de Drogas Oncológicas del Banco de Drogas Especiales.

Se aprobó y reglamentó la Ley de cuidados paliativos, que más allá de la importancia de la misma, aparece una vez más como una acción aislada en el marco de un sistema que en lo estructural está sin avances.

Algunas jurisdicciones progresaron en los proyectos de implementación de la HC digital única.

Como ya explicamos en la publicación anterior durante el periodo de pandemia la SSS destinó fondos adicionales a las OOSS Nacionales con el propósito de paliar no sólo la caída de la recaudación potencial sino el aumento de costos, liberando fondos tendientes a compensar esa caída, provenientes del Fondo de emergencia y asistencia.

Durante este período no se destinaron fondos extraordinarios por una eventual caída recaudatoria, situación que no ocurrió. La SSS aportó fondos especiales de magnitud al SUR (más de 3000 millones por mes promedio), lo que generó serias dificultades de financiamiento actual (los últimos meses ya bajó la distribución sustancialmente) y perspectivas de déficit importante a corto y mediano plazo.

Los problemas de fondo preexistentes se mantienen y la salida de la pandemia, significó repetir y magnificar las serias dificultades del sector, a la luz de eventuales demandas contenidas, enfermedades que no han sido convenientemente cubiertas, el aumento presumible de morbimortalidad y de los costos, entre otros factores.

Las Obras Sociales en conjunto y por supuesto también las Sindicales padecen cada vez una mayor dificultad para cubrir las prestaciones a las que están obligadas, pues 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 como mínimo un 2,5% en relación a la inflación y además una pérdida significativa en el tiempo que media entre el proceso inflacionario y la recomposición obtenida, pues por el tipo de acuerdos paritarios, hasta acercarse con los sueldos a la inflación anterior, en contextos de tal alta inflación, la pérdida de poder adquisitivo y de ingresos a las O. Sociales se da en el lapso entre ambos elementos.

Se observa claramente una caída de la base de los ingresos con un aumento de costos en Salud y un mercado laboral cambiante. Como expresamos ya varias veces se hace imprescindible analizar si el Sistema de los Seguros Sociales Obligatorios es pasible de ser financiado a futuro exclusivamente con aportes y contribuciones como en la actualidad, y si no sería razonable analizar mecanismos que financien prestaciones de alto costo individual o en el tiempo, que queden por fuera de la obligación de cobertura del PMO.

El aumento de los Costos en Salud está marcado por un incremento de enfermedades crónicas y una esperanza de vida cada vez mayor, y la incorporación de nuevas tecnologías, sobre todo en medicamentos (biotecnológicos) .Las coberturas de prestaciones incorporadas al SU en caso de discapacidades (Prestaciones Educativas cubiertas por Salud), pesan mucho en el costo del PMO, y aunque sigan siendo cubiertas desde el área de Salud ,los fondos deberían provenir del estado Nacional o del Sector Educativo.

Sector privado prestador.

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 aranceles durante la pandemia de Covid 19 no se modificaron prácticamente, y durante este año en porcentajes por debajo de la inflación y de los costos en Salud.

Al mismo tiempo los honorarios profesionales y los sueldos de los trabajadores han perdido en relación a la inflación y su justa recomposición aparece imposible de abordar con los recursos que reciben los prestadores.

A partir de la pandemia el sector privado prestador recibió de parte del Estado Nacional algunas ventajas impositivas (disminución de carga impositiva y previsional), los REPRO inicialmente y luego el FESCAS, pero ya en este último caso con una clara disminución de la ayuda recibida, y con condiciones que hacen muy difícil su acceso. El objetivo de esta ayuda era aportar a cubrir el salario de los trabajadores.

Se está observando desde tiempo atrás cobro de aranceles por parte de los profesionales y varios intentos de hacerlo por parte de las instituciones prestadoras.

Los aranceles impactan sobre la población beneficiaria que es quien los asume y hacen más regresivo el sistema.

Se está observando, desde hace unos años, que es el sector privado prestador quien más está sufriendo esta crisis estructural del sistema. En los comentarios finales analizamos este tema con mayor profundidad.

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 su continuidad, 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.

La Argentina tiene un sistema de Servicios de Salud fragmentado, inequitativo y poco solidario, pero las acciones de fondo que se deberían implementar, muchas de ellas probablemente simultáneas, para hacer un sistema más equitativo y eficiente para toda la población en lo que hace a la accesibilidad, oportunidad, calidad, etc., pasa el tiempo y no se efectivizan.

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.

Y que, si bien la participación del Sector de la Salud es sustancial para el impacto en la salud poblacional, a través de sus acciones de educación de la salud y acciones de prevención como la vacunación, comparte las responsabilidades con muchos otros sectores y disciplinas, con los cuales debe trabajar mancomunadamente, y volcar recursos y generar acciones cuyo impacto en la Salud de las poblaciones, supera en mucho el que tiene el Sistema de Servicios de Salud.

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. Pero siendo que su impacto en la salud poblacional es limitado, (aunque importante) 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.

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.

Como se ha referido en ediciones anteriores, y es necesario reafirmar, entre tantas otras acciones estratégicas a aplicar para todos los subsectores se pueden listar: modificar los modelos de atención y basarlos efectivamente en la atención primaria de la Salud, evaluar sistemas administrados de atención y de gestión, limitar los alcances del PMO a aquellas prestaciones con evidencia científica probada, con costo-efectividad, integrar las redes públicas y privadas para bien utilizar recursos disponibles, lograr una CUS para la población sin cobertura formal equitativa con la población formalmente cubierta, pagar desde la demanda y no 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.

Este listado sólo resume 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.

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.

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 del actual, 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.

Si bien los indicadores o tasas de usos para las prestaciones incorporadas al PMO, en el informe del 2021 no se modificaron respecto a las usadas en las actualizaciones 2019 y 2020, en esta actualización (2022) se ha analizado específicamente el rubro consultas ambulatorias electivas, rubro que se desarrolla a posteriori, y cuyos indicadores de uso ya se aplican en la grilla que aquí se presenta.

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.

INDICADORES DE DEMANDA DE SERVICIOS

Al analizar las demandas en grupos poblacionales, los indicadores más relevantes usados para determinar el grado de utilización de los servicios son las tasas de uso de consultas médicas (por beneficiario/año), de egresos (cada 100 beneficiarios/año), los

promedio días de internación, tasas de estudios ambulatorios aisladas o en relación a las consultas, etc.

En el área ambulatoria la prestación fundamental es la CONSULTA en primer lugar médica, ya sea general o con especialistas y luego otros tipos de consultas no médicas como pueden ser las psicológicas, las odontológicas, las de rehabilitación etc.

Existen diferentes formas de clasificación de las Consultas y en función del análisis que se quiera hacer. Se clasifican en primera vez y ulteriores, por la duración de las mismas, por la complejidad de las mismas en cuanto a conocimiento y habilidades, etc.

En este apartado vamos a analizar la tasa de uso de las CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS ELECTIVAS (no por urgencia o emergencia) en sus diferentes formas, entendiéndolas como la Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio de dicho paciente, en instituciones generales o especializadas ambulatorias de consulta externa, o en la consulta externa en establecimientos asistenciales con internación. Consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente. (OMS), indicar prestaciones y/o prescripciones para completar diagnóstico y o tratamiento.

La consulta puede ser individual o a veces colectiva, puede darse en ambientes rurales o urbanos, y en años recientes y sobre todo a partir de la pandemia incluso se realizan consultas por medios digitales y de comunicación (telefónicas y de telemedicina).

La duración de la consulta médica es un tema debatido, porque implica muchos aspectos a considerar, de tipo técnicos, organizacionales y aun personales.

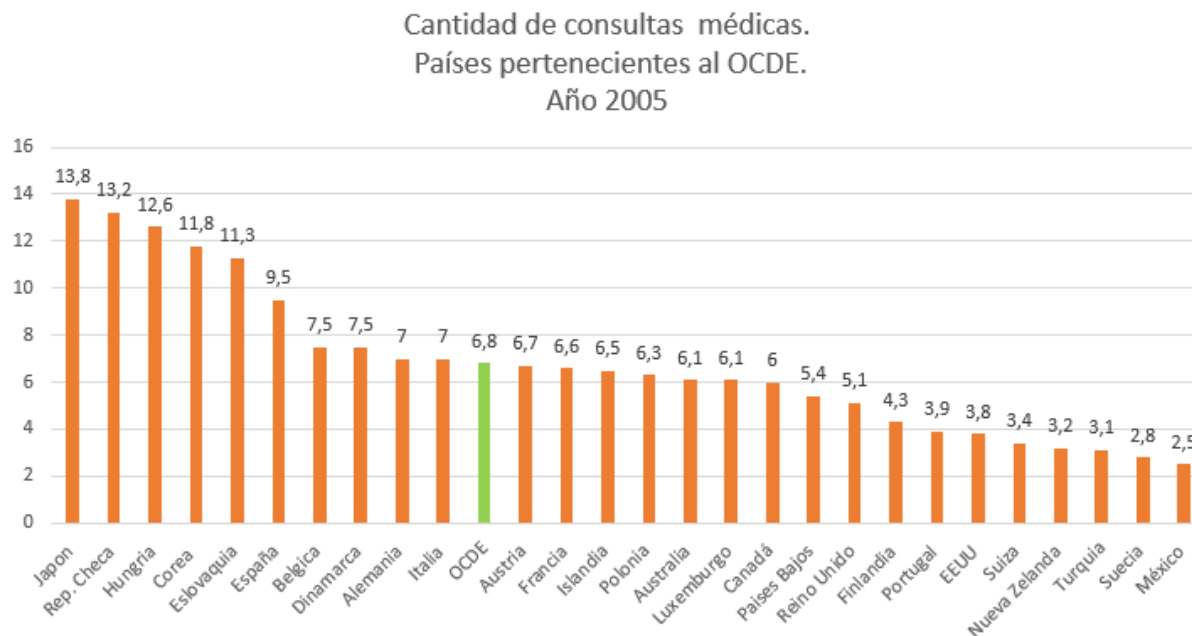
Sin embargo, el tiempo asignado a una consulta representa un elemento muy importante visto desde la satisfacción del paciente.

En cuanto a las tasas de uso, es importante remarcar que no existe un valor óptimo, de referencia, pues depende de la edad, sexo, educación, localización geográfica, nivel socioeconómico, los factores de riesgo, hábitos culturales, etc., por el lado de la demanda y el comportamiento de los prestadores, accesibilidad, modelos de atención, modalidades de pago etc. por el lado de la oferta.

Además, existen factores epidemiológicos, variables en lo temporal y en lo geográfico (como ha ocurrido en la época de pandemia.) que impactan sobremanera.

ALGUNAS REFERENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES

a) Consultas a nivel internacional.



En general, las tasas de CMA tienden a ser mayores en los países de altos ingresos e inferiores en los de bajos ingresos, lo que sugiere que las limitaciones financieras influyen en los comportamientos de búsqueda de atención médica por parte de la población, así como en la capacidad general del sistema para facilitar el acceso.

Para el área LAC (Latinoamérica y Caribe), la tasa de consultas por beneficiario y por año fue de 3,5 en 2011, con la menor tasa (0,9) en Venezuela y la mayor en Cuba (7,4).

Argentina registró una tasa de CMA per cápita de 2,5 en 2017 aunque ese registro es sólo del sector público.

b) Consultas sector público en Argentina.

En los informes recabados faltan siempre aquellas realizadas en el Sector del Seguro Social obligatorio (Reguladas y no reguladas) y en los prepagos.

Los informes del sector público analizados, no discriminan aquellas consultas realizadas en el Sector Público pertenecientes a beneficiarios de los otros subsectores, sabiendo que en muchos lugares de nuestro país es el Sector Público la única oferta disponible.

Un informe de la Provincia de Misiones, sobre todos los Subsectores del 2014 registró 4,75 consultas por beneficiario/año, con 3,72 consultas/benef/año en varones y 5,76 consultas/benef/año en mujeres.

En esa Provincia aproximadamente el 42% de las consultas corresponden a pacientes que tienen menos de 15 años y otro 42%, corresponde a las consultas de pacientes entre 15 y 49 años (Dentro de este grupo de edad, las consultas de mujeres registran el 72%).

LOIÁCONO, K. Rev. Argent. Salud Pública vol.13 Buenos Aires feb. 2021, realiza una investigación a partir de los registros de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Por lo tanto, el trabajo registra solamente las consultas ambulatorias informadas por el sector público.

La tasa de Consultas médicas Ambulatorias por habitante y por año a nivel nacional fue de 2,5 por beneficiario/año atendidas en el sector público, sin discriminar el subsector al que pertenecen.

c) Obras Sociales Provinciales

Respecto de la tasa de uso de consultas médicas se observa escasa dispersión de las distintas regiones respecto de la media nacional, ya que esta se encuentra en valores cercanos entre cinco a seis consultas por beneficiario en el año, excepto la región NEA, donde el indicador tasa de consulta por beneficiario oscila, en el período analizado, entre 3 a 4 consultas año.

O sea que la tasa de uso de las consultas de las O.S.P es muy similar a las de las O.S. Sindicales (incluyendo preventivas, salud mental, urgencias etc.).

CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS POR HABITANTE (CMA). O.S N. SINDICALES

ACTUALIZACIÓN

El trabajo inicial sobre el que se obtuvieron los indicadores de uso de Consultas, se hizo en 2010 y no ha sido modificado en lo que tiene que ver con Consultas generales de clínicos y pediatras y en tasas de consultas con especialistas.

En nuestra grilla clasificamos las Consultas en generales por un lado (incluye Pediátricas hasta 14 años inclusive) y Consultas con especialistas por otro.

Separamos las consultas de los programas preventivos, a las que se le asigna la tasa prevista en cada uno de ellos. (total 0,67 consultas por benef/año).

Las consultas de urgencia no están consideradas en este renglón, al igual que las consultas de Salud Mental (especiales por su duración y su especificidad).

Las Consultas de Salud Mental en particular fueron analizadas en la actualización del PMO 2018, considerando la nueva ley de Salud Mental vigente.

Sus indicadores actualizados fueron incorporados a la grilla desde esa fecha.

Pero lo que son consultas generales (de menores y mayores de 14 años y hasta 65 años) no han sido modificadas en sus tasas desde el estudio inicial (2010). Y tampoco las consultas con especialistas.

En la grilla usada hasta la fecha las obras sociales sindicales (PMO analizado) tienen, sumando todo tipo de consultas ambulatorias médicas, valores cercanos a 5,11 consultas por beneficiario/año, lo que incluye las de los programas preventivos y Salud Mental; en tanto que en las prepagas el dato se eleva a 8,8 a 9 por benef/año.

Depurando las preventivas y las de Salud Mental, la tasa resultante, y sobre la que trabajamos en actualizar es de **4,01 consultas por beneficiario/año**.

Las tasas en todos los casos son aquellas recabadas en Ciudad de Buenos Aires y Conurbano bonaerense. Si bien pueden representar adecuadamente las de otros grandes centros urbanos, podrían no corresponder a tasas de uso de otros lugares de nuestro país diferentes en cuanto a oferta y demanda de servicios.

El peso que tienen las consultas en el valor final del PMO, no solo por su valor intrínseco, sino como disparador de prestaciones de diagnóstico y tratamiento, hace necesario una actualización.

La gran dificultad es el acceso a una información confiable, habida cuenta que el registro de las consultas ambulatorias es un déficit crónico del sistema del Seguro Social.

Como en general su entrada al sistema es irrestricta y sin orden de autorización, cuando se accede a la información es al ser facturadas al financiador (ex post) y en general, por la importante carga que significa, se las audita y se las paga, pero muchas veces no se las registra.

Salvo las Obras Sociales que tienen estructura ambulatoria propia y registran las consultas que se hacen en los efectores propios, las provenientes de consultorios, establecimientos asistenciales con o sin internación y las que se han hecho en domicilio tienen un registro muy parcial.

Al igual que aquellas realizadas en efectores públicos, muchas veces no facturadas por el Sistema de Autogestión.

Los informes elevados a la SSS correspondientes a la Resolución 650 por lo tanto, muchas veces no corresponden a la realidad efectiva.

A pesar de ello hemos decidido abordar el problema con las dificultades que sabemos que acarrea y los desvíos probables y solicitamos a varias Obras Sociales Sindicales los datos existentes.

Muchas de ellas correspondiente a más de 1.950.000 afiliados nos han aportado sus datos, correspondientes al 2021 y primer semestre del 2022, habida cuenta que se entendió que los indicadores del 2020 fueron impactados sobremanera por la pandemia y no representan los habituales del sistema.

El resultado es volcado en este análisis. Los resultados relevados nos dan un promedio de consultas por beneficiario/año en Ciudad de Buenos Aires y Conurbano de 3,89 consultas por beneficiario y por año, menor a la considerada en los PMO anteriores (4,01), con una proporción de consultas con especialistas cercanas al 52% del total cuando en nuestros análisis anteriores eran menores (45%).

O sea que, sobre un número total ligeramente menor, la proporción de Consultas con especialistas, se ha incrementado proporcionalmente respecto a la Consulta con Generalistas, lo que puede ser el resultado de la falta de un acceso administrado en los Modelos de Atención de las Obras Sociales.

O sea que vamos a considerar para este análisis del PMO 2022 una tasa de 1,87 consultas por beneficiario/año con médicos generalistas (incluye Pediatras) y una tasa de 2,02 consultas por beneficiario/año con Especialistas, sobre la base de lo investigado y con las distinciones expresadas anteriormente.

Es importante puntualizar que existe una gran dispersión entre los diferentes informes recibidos que consideramos dependen mucho del tipo de modelo de atención y las ofertas de servicios disponibles.

Eso hace que el promedio pueda no ser una medida de tendencia central adecuada. Pero ello no limitó nuestro análisis, sino que lo expresamos plenamente para hacer conocer las limitaciones del presente análisis.

Las especialidades más utilizadas (y eso ha sido uniforme en todos los informes) han sido y en este orden toco-ginecología, oftalmología, cardiología, traumatología, endocrinología y nutrición, dermatología y cirugía Gral. y sub especialidades.

INFLACIÓN:

En esta actualización hemos profundizado el análisis del rubro inflación a partir de varios indicadores que la consideran.

La inflación de julio 2021 a julio 2022 fue, según INDEC, del 70,98% %. El incremento del dólar oficial en igual período fue del 36,16%.

Otros indicadores de uso en el mercado han sido:

De julio a julio el INDEC publicó una inflación en salud del 76,4%.

Un aumento de insumos en salud del 67,5%.

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.

Utilizando este índice de elaboración propia (IPC CABA Salud, Dólar) el indicador de aumento del mismo ha sido 67,35%.

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 y por lo tanto no comparable a los otros indicadores de este informe.

Al final de la presentación, se ha utilizado la fórmula ponderada desarrollada por nosotros ya hace varios años, aplicándola desde el 31 de julio 2021 al 31 de julio 22 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 22 y su fecha de presentación, final de noviembre 22.

ACTUALIZACION 2022

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 2022.

La Tabla N° 1 muestra la composición en porcentajes, según edad y sexo, de la población estudiada. Se ha incorporado al igual que en 2021, la distribución informada por la SSS para el 2016 sobre la base de 15.383.113 beneficiarios.

Si bien ya han pasado varios años, creemos que poco pueden haber cambiado los porcentajes según rangos de edad y sexo de la población cubierta por las O.S. Nacionales Sindicales, y no contamos con datos actualizados confiables.

TABLA N° 1

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

RANGO DE EDAD	FEMENINOS	MASCULINOS	TOTAL
	%	%	%
0 A 1 AÑO	0,53	0,57	1,1
1 A 14 AÑOS	9,56	9,94	19,5
15 A 49 AÑOS	29,24	33,27	62,51
50 A 65 AÑOS	6,22	7,59	13,81
MAS DE 65 AÑOS	1,72	1,36	3,08
TOTAL	47,27	52,73	100

Fuente: SSS 2016

RESULTADOS

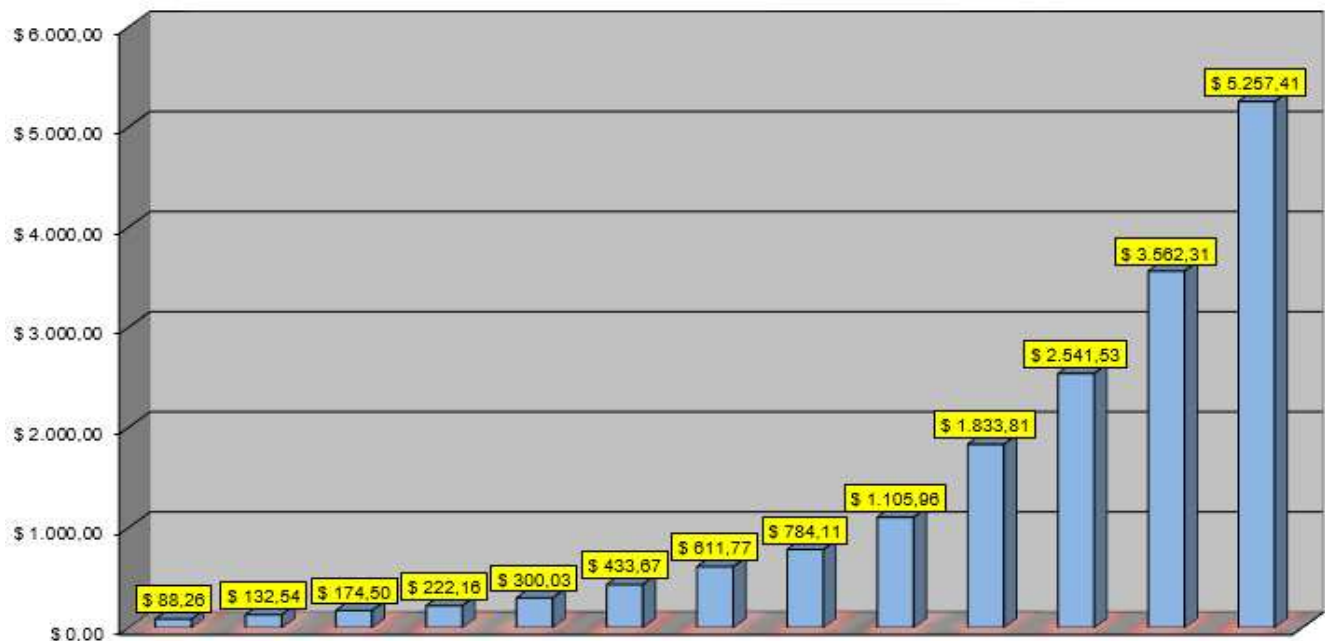
Si se considera solamente el valor que debe financiar el Seguro Social Obligatorio (sin los coseguros que provee el beneficiario de su bolsillo, en el momento de la prestación) teníamos al 31 de julio 2021 un valor resultante de \$ 3.562,31.

En esta actualización (31 de julio 2022) el valor obtenido es de \$ 5257,41 lo que significa un incremento interanual del 48%.

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 \$ 6102,26 con co-seguros al 100% y de \$5870,05 con co-seguros al 50%.

Mantenemos una estructura similar de gráficos que la edición anterior a fin de permitir un mejor cotejo de la información, y hacer más fácil la lectura comparativa. En la mayoría se ha tomado fundamentalmente el valor que deben financiar las OSN, y solo en algunos también el gasto de bolsillo de los beneficiarios.

El Grafico N°1 compara los valores estimados del PMO a financiar por las Obras Sociales para las actualizaciones anuales realizadas entre 2010 y 2022. 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% y en 2019 llegó al 65,8%. Este año nuestros cálculos la estiman en un 48 %. Por tercer período consecutivo el costo del PMO es inferior a la inflación determinada para igual período por el INDEC, aunque siempre en un contexto de altísimo incremento interanual.

GRÁFICO N°1**GASTO ESTIMADO DEL PMO.
FINANCIAMIENTO POR LOS AGENTES DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO
Comparación de 2010 a 2022**

	28/2/2010	28/2/2011	30/4/2012	31/7/2013	31/7/2014	31/7/2015	31/7/2016	31/7/2017	31/7/2018	31/7/2019	31/7/2020	31/7/2021	31/7/2022
Series1	\$ 88,26	\$ 132,54	\$ 174,50	\$ 222,16	\$ 300,03	\$ 433,67	\$ 611,77	\$ 784,11	\$ 1.105,96	\$ 1.833,81	\$ 2.541,53	\$ 3.562,31	\$ 5.257,41

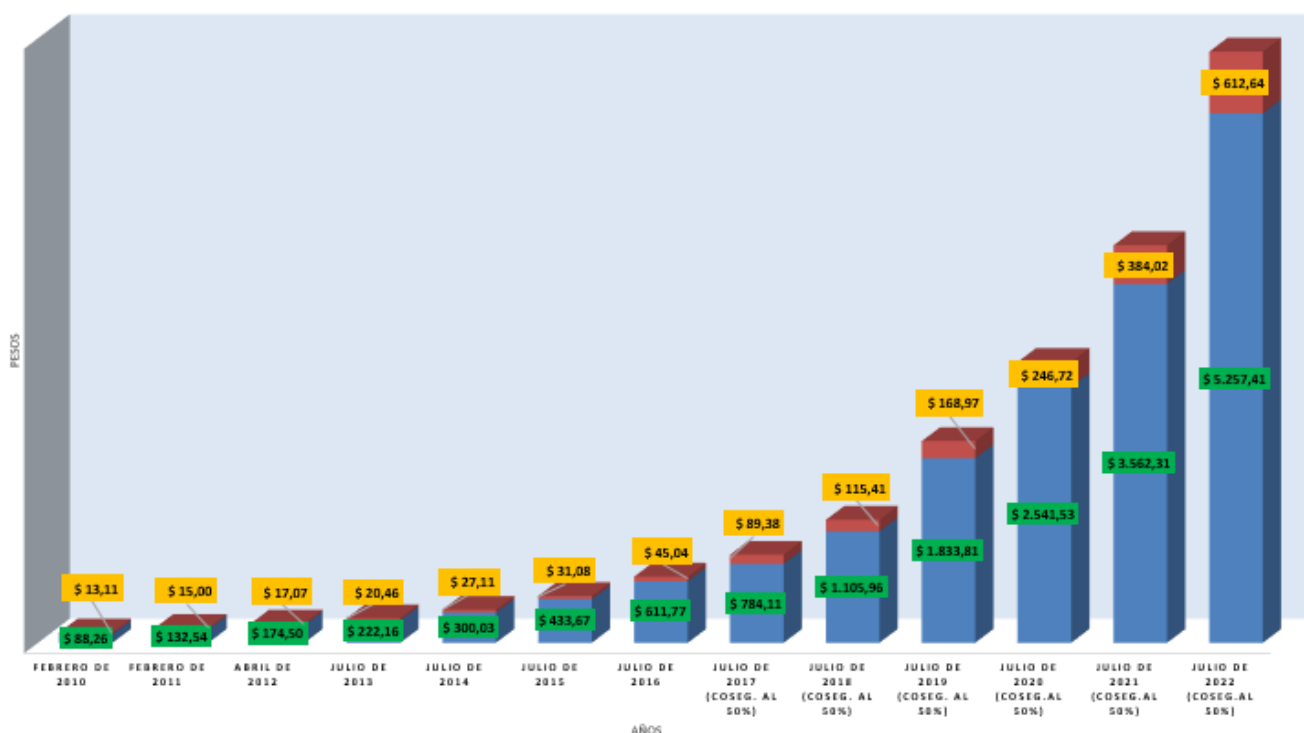
Los cosegueros como mecanismos de regulación del sistema tienen actualmente un peso que varía entre un 10 y un 14% según la magnitud de los co-segueros considerados.

En este análisis del PMO a fines de julio del año 2022, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 844,84 por mes con cosegueros del 100%, de los cuales un 45% del total corresponden a medicamentos ambulatorios. Si consideramos los cosegueros al 50% de lo máximo autorizado, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 612,64 de los cuales un 65% 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 2022 inclusive.

GRÁFICO N°2GASTO ESTIMADO DEL PMO 2010- 2022
APERTURA POR ORIGEN DE FONDOS

■ Gasto Financiador ■ Gasto de Bótillo



En la Tabla N° 2 se comparan los valores por grupos de prestaciones al 31 julio 2021 y al 31 julio de 2022 sin considerar coseguos, 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

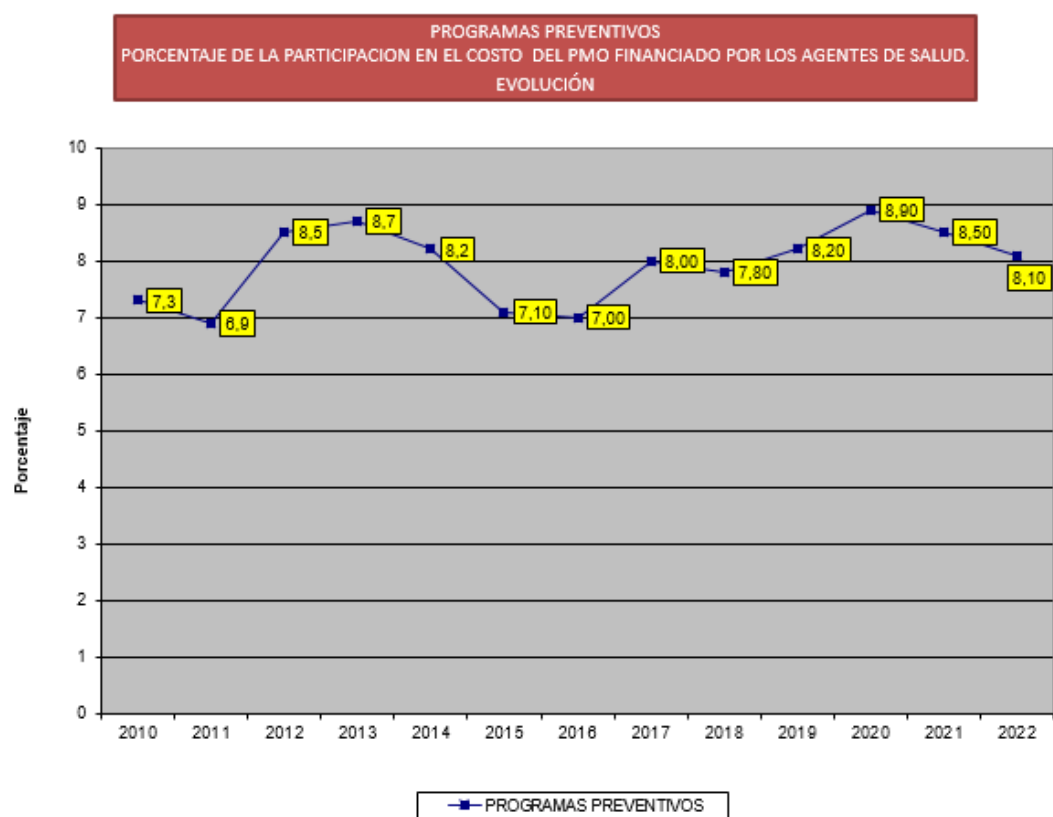
DESCRIPCIÓN	JULIO DE 2020	JULIO DE 2021	INCREMENTO EN PORCENTAJE
PROGRAMAS PREVENTIVOS	\$ 302,71	\$ 425,81	41%
PRESTACIONES AMBULATORIAS	\$ 1.328,46	\$ 1.918,58	44%
PRESTACIONES CON INTERNACION	\$ 848,86	\$ 1.255,75	48%
PRESTACIONES ESPECIALES	\$ 1.082,28	\$ 1.657,27	53%
TOTAL, COSTO PMO	\$ 3.562,31	\$ 5.257,41	48%

Fuente: elaboración propia

Se observa en la Tabla N°2 que el mayor incremento se verifica en las prestaciones especiales, influidos fundamentalmente por los precios de los medicamentos y la Discapacidad. Los medicamentos son el único rubro que supera el aumento de costo del PMO año a año.

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.

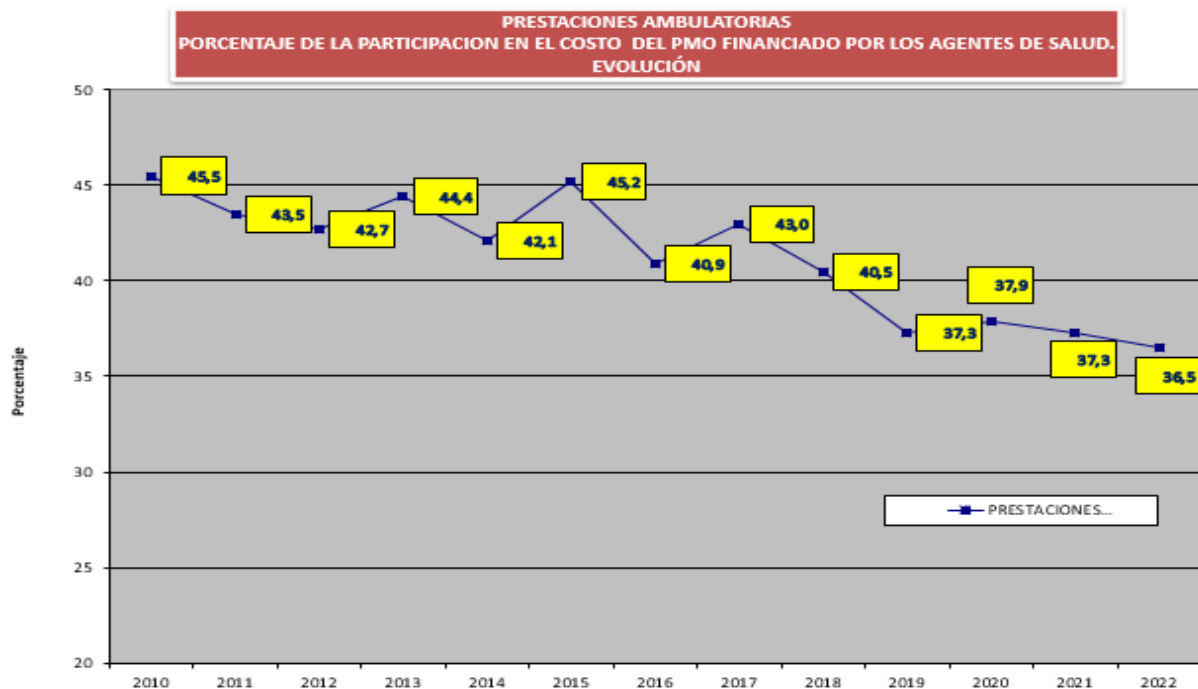
GRÁFICO N°3



Fuente: elaboración propia

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.

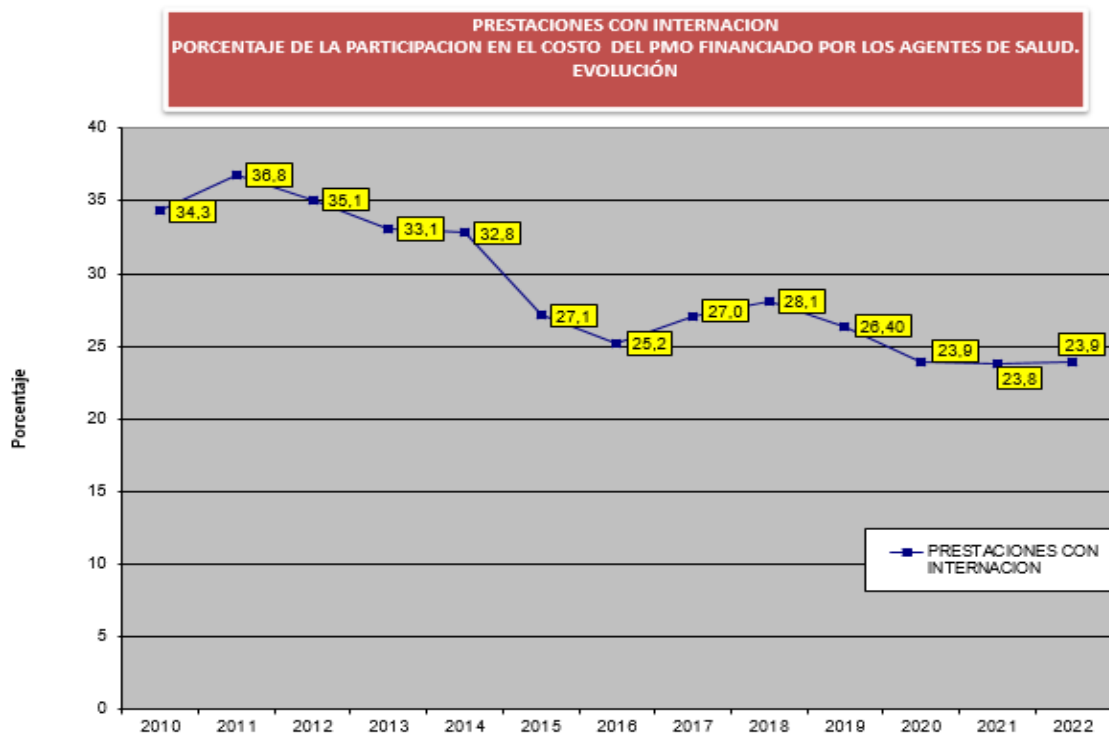
GRÁFICO N°4



Fuente: elaboración propia

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.

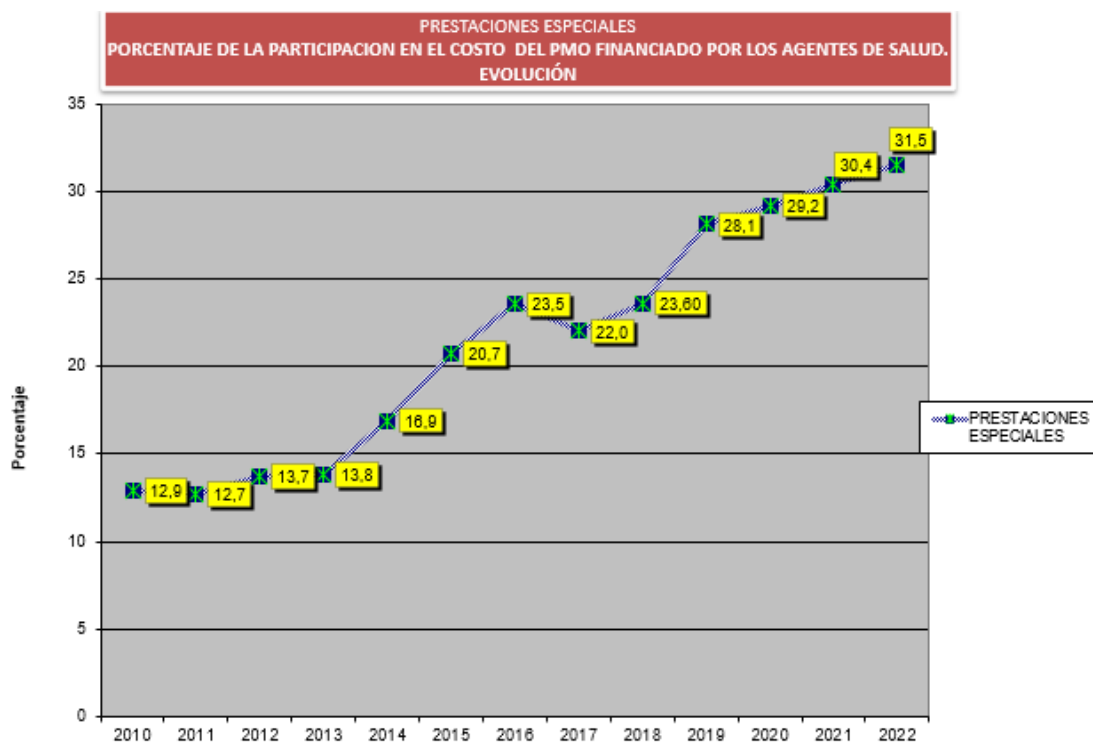
GRÁFICO N°5



Fuente: elaboración propia

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.

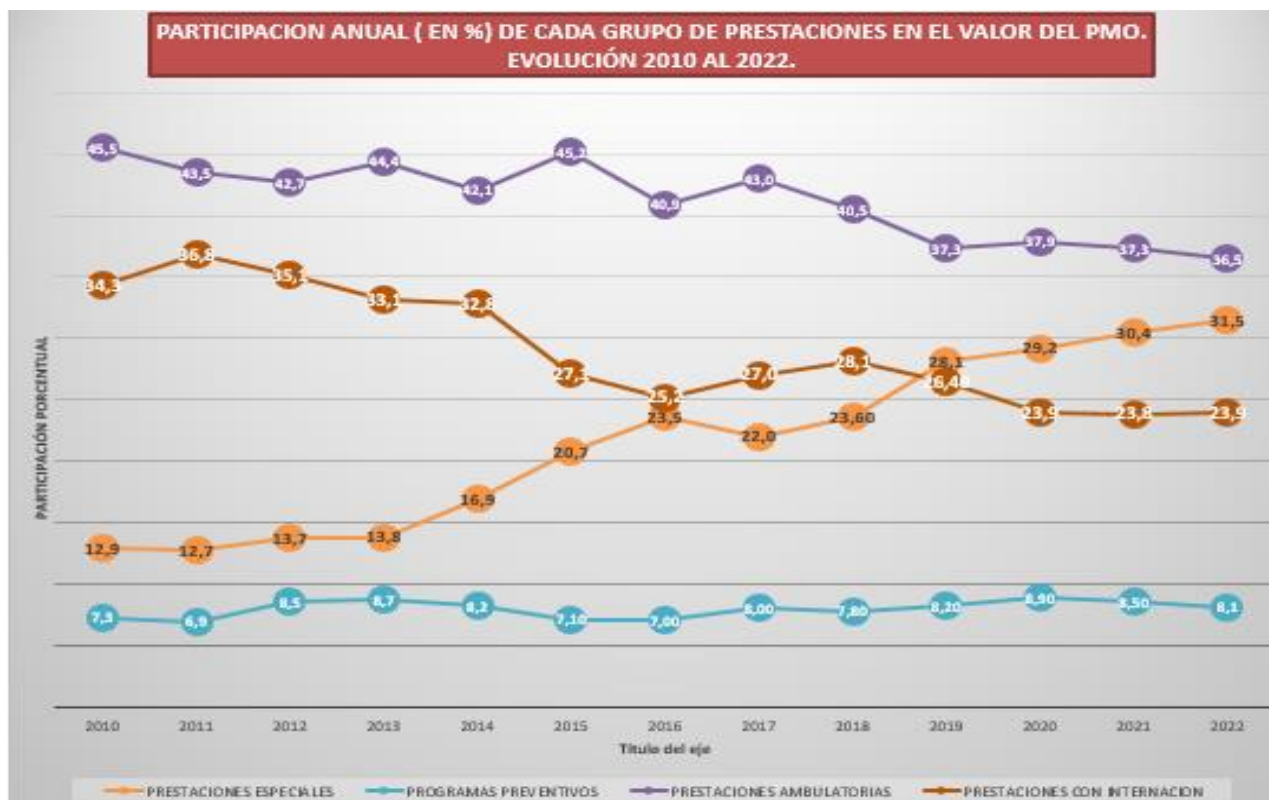
GRÁFICO N°6



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 a una importante caída en la participación porcentual de las prestaciones con internación, sobre todo en internación de pacientes agudos en establecimientos y en algunas prestaciones cardiovasculares.

El Gráfico N°7 muestra la evolución en el tiempo de los diferentes grupos de prácticas con una caída importante de las prestaciones ambulatorias y en internación desde el 2010, una meseta en programas preventivos y un fuerte incremento en las prestaciones especiales que han pasado de un 12,9 % en 2010 al 31,5 % en 2022.

GRÁFICO N°7



Fuente: elaboración propia

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 ha sido el de los medicamentos especiales (58%) y las prestaciones del SU para discapacidad, con valores regulados, que aumentaron más (61%) que los del PMO global en esta actualización.

En cambio el rubro ambulancias aumentó menos que en el 2021, al igual que el de prótesis y ortesis (seguramente por el menor aumento del dólar oficial).

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

Por otra parte las consultas, que analizamos especialmente en esta actualización, y cuyo peso es relevante, aumentaron bastante por debajo del aumento global del PMO.

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. Esto permite ajustar a cada Agente de Salud el valor del PMO según las características demográficas de su padrón.

TABLA N°3

AJUSTES AL PMO POR EDAD Y SEXO

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

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 2022 (\$5257,41) 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 \$4472 tomando seis meses del 2022 para evitar distorsiones, debiéndose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de aportes y contribuciones solamente.

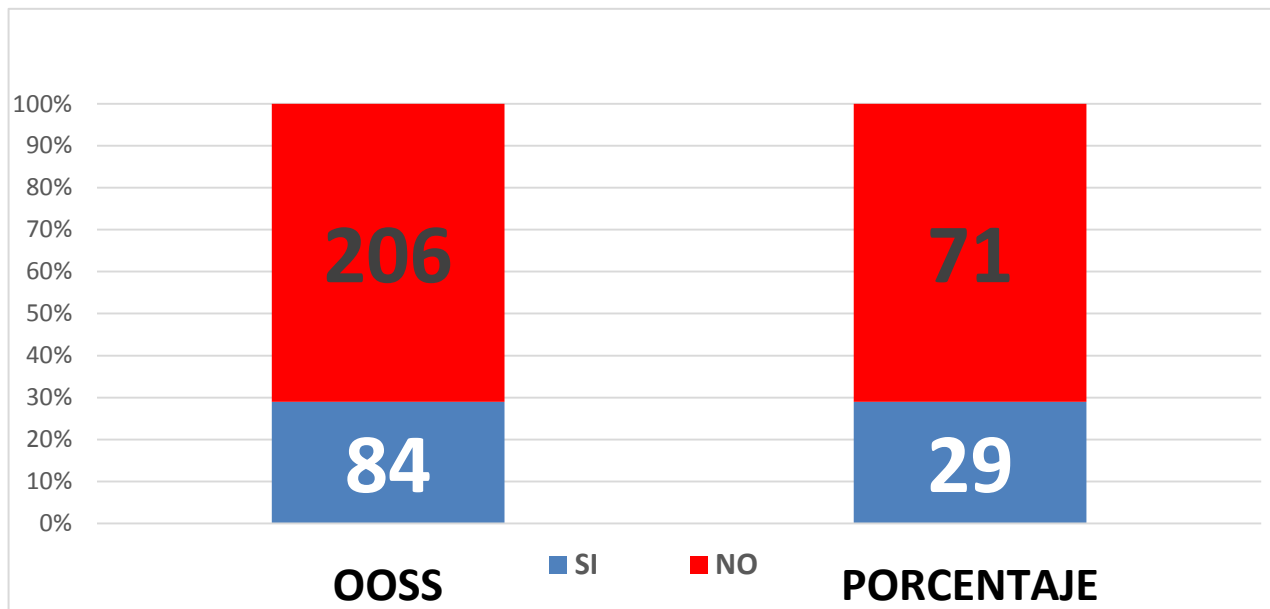
Se recuerda que la valorización del PMO no incluye el gasto de administración .

Respecto a los fondos aportados a las OOSS por el FSR en concepto de subsidios y reintegros, este año supera los 3000 millones mensuales. El valor recaudado promedio con todos los subsidios y reintegros ha sido de \$ 5.409 para el período considerado.

Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, al desagregar dicha información por OS vemos que solamente un 29 % de dichas instituciones (84 OSN) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita ,mientras que el 71 % restante (206 OSN) no alcanza el valor del PMO (Gráfico N°8).

GRÁFICO N°8

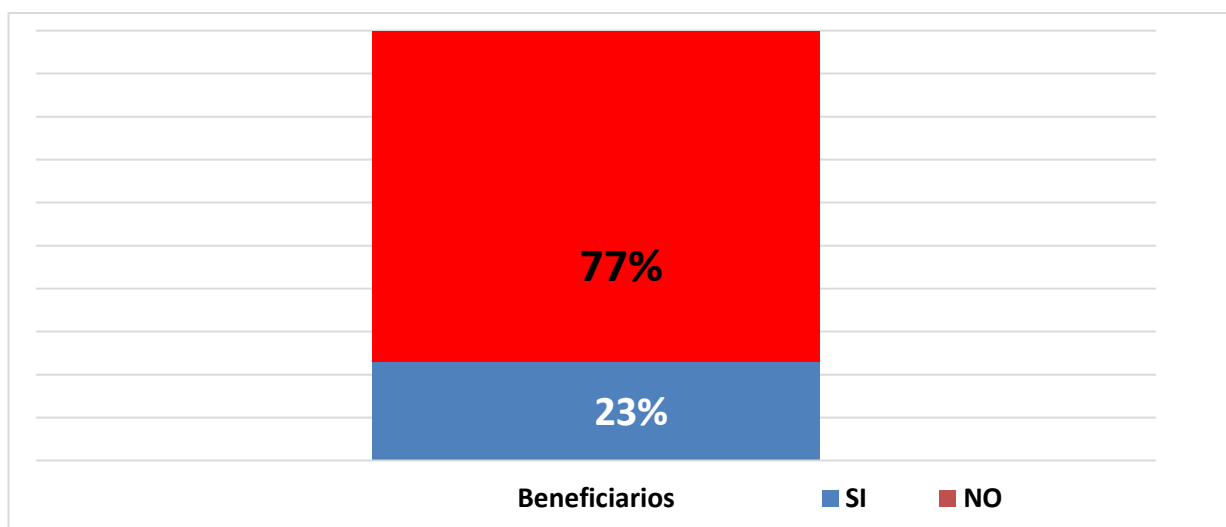
Cantidad y porcentaje de OOSS, según posibilidad de cobertura del PMO
Ingresos netos (sin considerar subsidios del FSR)



En términos de beneficiarios, las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO dan cobertura solamente al 23 % de los mismos mientras las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 77 % de los beneficiarios del sistema.(GRÁFICO N° 9).

GRÁFICO N°9

Cantidad de beneficiarios en OOSS según posibilidad de cobertura del PMO
Ingresos netos (sin considerar subsidios del FSR)



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

Volviendo a hacer la salvedad que este año existieron nuevamente aportes de reintegros especiales SUR que no han existido en años anteriores al 2019, y con esos fondos se logró que el 52% de las OOSS lleguen a cubrir el valor del PMO sin gastos de administración, lo que significa la cobertura solamente del 38 % de los beneficiarios.

GRÁFICO N°10

Cantidad y porcentaje de OOSS, según posibilidad de cobertura del PMO
Ingresos netos más subsidios del FSR, más reintegros.

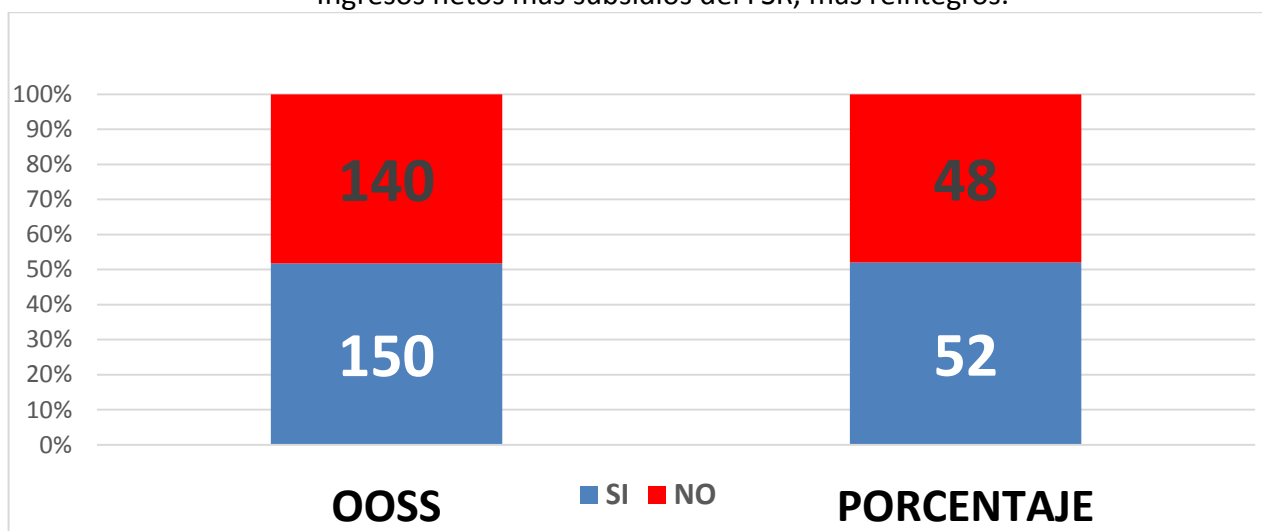


GRÁFICO N°11

Cantidad de beneficiarios en OOSS según posibilidad de cobertura del PMO
Ingresos netos más subsidios del FSR, más reintegros.

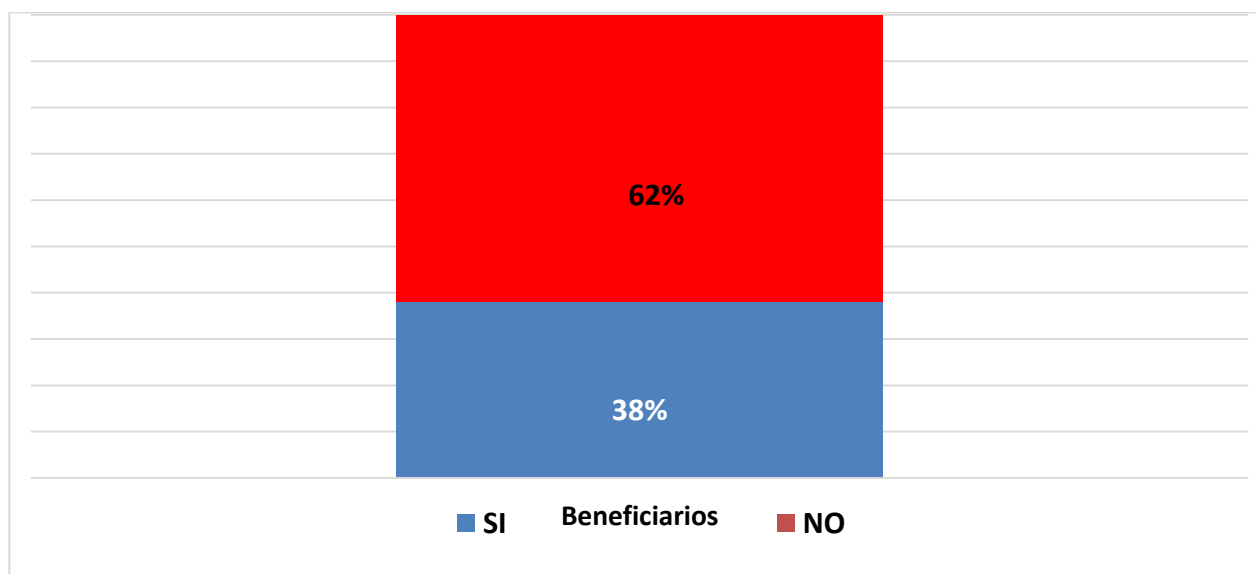
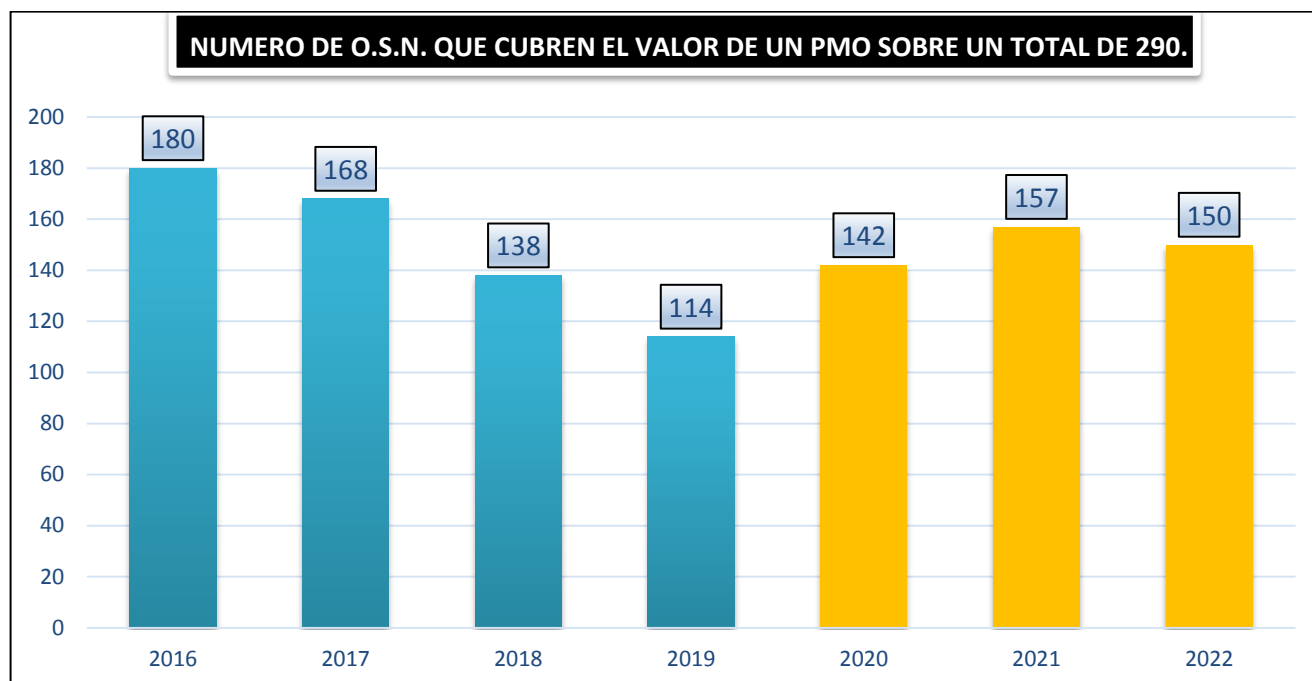


GRÁFICO N°12

Número de obras sociales que recaudan lo suficiente para cubrir el PMO (2016-2022). Incluye recaudación por aportes y contribuciones mas aportes totales del FSR: INTEGRACIÓN, SANO, SUR, SUMA, SUMA65 y SUMARTE.



Este año (31 julio 2021 al 31 de julio 2022) el costo del PMO aumentó por debajo de la inflación y la SSS aportó fondos extraordinarios al sistema. Es el tercer año consecutivo que ello ocurre. A pesar de ello solo 36 obras sociales más han podido cubrir el PMO respecto al 2019. Y menos aún que el 2022, a pesar de los aportes recibidos del SUR. Debemos entender que estos aportes son un hecho excepcional, que se ha dado en los últimos años, muy difícil de mantener y financiar en el tiempo y que, a pesar de ello, sólo el 52 % de la OOSS (38 % de los beneficiarios) pueden cubrir el costo de un PMO sin gastos de administración, lo que marca la gravedad de la situación del Subsistema. En el gráfico los tres años se han destacado en un color diferente.

Como dato adicional que muestra la pérdida progresiva de equidad del sistema la cápita promedio del sistema de las OS que pueden cubrir el PMO es \$8.254 y el de las que no lo cubren es \$3.343.

Con subsidios, por el efecto compensatorio de los mismos, la cápita promedio de las que pueden cubrir el PMO es \$7.727, y las de aquellas que no pueden hacerlo es \$3.965.

ESTIMACIÓN DEL GASTO PARA GARANTIZAR COBERTURA DEL PMO.

Actualización 31 de Julio 2022

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	CTO UNIT EN \$ 2022	CAPITA MENSUAL \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENE \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENE \$
PROGRAMAS PREVENTIVOS						
PLAN MATERNO INFANTIL						
EMBARAZO						
CONSULTA	CONSULTA	0,25000	\$ 895	\$ 18,65	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,36000	\$ 1.368	\$ 41,04	\$ -	\$ -
ECOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,10000	\$ 1.450	\$ 12,08	\$ -	\$ -
PSICOPROFILASIS	CONSULTA	0,16000	\$ 840	\$ 11,20	\$ -	\$ -
INMUNIZACION	GASTO	0,02000	\$ 8.810	\$ 14,68	\$ -	\$ -
INFANTIL						
CONSULTA	CONSULTA	0,21000	\$ 895	\$ 15,66	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,04000	\$ 2.394	\$ 7,98	\$ -	\$ -
LECHE MEDICAM.	GASTO	0,00131	\$ 82.700	\$ 9,03	\$ -	\$ -
INMUNIZACION	GASTO	0,02200	\$ 107.380	\$ 196,86	\$ -	\$ -
PROGRAMAS ONCOLOGICOS (PREVENION DE CA DE MAMA, UTERO, PRÓSTATA Y OTROS)						
CONSULTA	CONSULTA	0,20000	\$ 895	\$ 14,92	\$ -	\$ -
PAPANICOLAU	ESTUDIO	0,30000	\$ 1.220	\$ 30,50	\$ -	\$ -
COLPOSCOPIA	ESTUDIO	0,10000	\$ 870	\$ 7,25	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,04000	\$ 900	\$ 3,00	\$ -	\$ -
MAMOGRAFIA	ESTUDIO	0,10000	\$ 1.620	\$ 13,50	\$ -	\$ -
OTROS	ESTUDIO	0,10000	\$ 900	\$ 7,50	\$ -	\$ -
ODONTOLOGIA PREVENTIVA	CONSULTA	0,10000	\$ 970	\$ 8,08	\$ -	\$ -
PROGRAMA SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE						
CONSULTA	CONSULTA	0,01350	\$ 895	\$ 1,01	\$ -	\$ -
METODOS ANTICONCEPTIVOS	GASTO	0,00970	\$ 2.080	\$ 1,68	\$ -	\$ -
PROGRAMA DE SALUD MENTAL	CONSULTA	0,15000	\$ 895	\$ 11,19	\$ -	\$ -
SUBTOTAL PROGRAMAS PREVENTIVOS				\$ 425,81	\$ -	\$ -

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	CTO UNIT EN \$ 2022	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	\$ 895	\$ 139,47	\$ 74,18	\$ 37,09
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	CONSULTA	2,02000	\$ 1.150	\$ 193,58	\$ 150,32	\$ 75,16
CONSULTAS EN SALUD MENTAL						
PSICOLOGIA	CONSULTA	0,31000	\$ 990	\$ 25,58	\$ 12,30	\$ 6,15
PSIQUIATRIA	CONSULTA	0,07000	\$ 2.380	\$ 13,88	\$ 2,78	\$ 1,39
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	CONSULTA	0,00040	\$ 1.276	\$ 0,04	\$ 0,02	\$ 0,01
LABORATORIO						
PRACTICAS BIOQUIMICAS HASTA 5 UB (NBU) (INCLUYE ACTO BIOQUIMICO)	DETERMINACION	4,48000	\$ 342	\$ 127,76	\$ 18,54	\$ 9,27
PRACTICAS BIOQUIMICAS DE MAS DE 5 UB (NBU), INCLUYE ACTO BIOQUIMICO	DETERMINACION	0,55000	\$ 1.085	\$ 49,73	\$ 13,66	\$ 6,83
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES						
ECODIAGNÓSTICO						
ECOCARDIOGRAMAS	ESTUDIO	0,02700	\$ 1.845	\$ 4,15	\$ 0,67	\$ 0,34
ECODOPPLER	ESTUDIO	0,05100	\$ 6.300	\$ 26,78	\$ 2,53	\$ 1,26
ECOGRAFIAS	ESTUDIO	0,30000	\$ 1.505	\$ 37,63	\$ 7,45	\$ 3,73
RADIOLOGÍA (INCLUYE MEDICAMENTOS)						
RX CONTRASTADA	ESTUDIO	0,05700	\$ 4.840	\$ 22,99	\$ 2,83	\$ 1,41
RX SIMPLE	ESTUDIO	0,91000	\$ 755	\$ 57,25	\$ 22,60	\$ 11,30
MAMOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,11200	\$ 1.620	\$ 15,12	\$ 2,78	\$ 1,39
OTRAS PRACTICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN						
CAMARA GAMMA (INCLUYE MATERIAL RADIATIVO)	ESTUDIO	0,04000	\$ 8.975	\$ 29,92	\$ 4,96	\$ 2,48
TAC (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE TAC MULTISLICE, ANGIOTOMOGRAFIAS, TAC HELICOIDAL, PET, ETC,	ESTUDIO	0,05120	\$ 9.870	\$ 42,11	\$ 6,35	\$ 3,18
RMN (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE ANGIORESONANCIAS, COLAGIRESONANCIAS, ETC.	ESTUDIO	0,04980	\$ 10.955	\$ 45,46	\$ 6,18	\$ 3,09
DENSITOMETRIA	ESTUDIO	0,00527	\$ 2.010	\$ 0,88	\$ 0,13	\$ 0,07
PRACTICAS EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS						
CARDIOLOGÍA	PRACTICAS	0,05600	\$ 2.697	\$ 12,58	\$ 4,17	\$ 2,08
GASTROENTEROLOGIA	PRACTICAS	0,01320	\$ 17.800	\$ 19,58	\$ 0,98	\$ 0,49
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	PRACTICAS	0,01200	\$ 1.790	\$ 1,79	\$ 0,89	\$ 0,45
NEUMONOLOGIA	PRACTICAS	0,00905	\$ 2.540	\$ 1,92	\$ 0,67	\$ 0,34
NEUROLOGIA	PRACTICAS	0,01580	\$ 7.635	\$ 10,05	\$ 1,18	\$ 0,59
ORL	PRACTICAS	0,02040	\$ 2.750	\$ 4,68	\$ 1,52	\$ 0,76
OFTALMOLOGIA (INCLUYE RFG Y ESTUDIOS)	PRACTICAS	0,03200	\$ 5.230	\$ 13,95	\$ 2,38	\$ 1,19
UROLOGIA	PRACTICAS	0,00400	\$ 5.640	\$ 1,88	\$ 0,30	\$ 0,15
DERMATOLOGIA	PRACTICAS	0,01000	\$ 2.250	\$ 1,87	\$ 0,74	\$ 0,37
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	PRACTICAS	0,00750	\$ 1.505	\$ 0,94	\$ 0,56	\$ 0,28
ANATOMIA PATOLOGICA	PRACTICAS	0,01460	\$ 3.150	\$ 3,83	\$ 1,09	\$ 0,54
HEMOTERAPIA	PRACTICAS	0,02500	\$ 10.230	\$ 21,31	\$ 1,86	\$ 0,93
GENETICA HUMANA	PRACTICAS	0,00200	\$ 12.375	\$ 2,06	\$ 0,15	\$ 0,07
ALERGIA	PRACTICAS	0,01300	\$ 3.275	\$ 3,55	\$ 0,97	\$ 0,48
QUIRURGICAS AMBULATORIAS	PRACTICAS	0,01750	\$ 18.870	\$ 27,52	\$ 1,30	\$ 0,65
OTRAS PRACTICAS	PRACTICAS	0,05000	\$ 1.880	\$ 7,83	\$ 3,72	\$ 1,86
BIOPSIAS GUIADAS	PRACTICAS	0,00153	\$ 17.650	\$ 2,25	\$ 0,11	\$ 0,06
ODONTOLOGIA						
CONSULTAS	CONSULTA	1,01600	\$ 1.310	\$ 110,91	\$ 37,80	\$ 18,90
PRACTICAS	PRACTICAS	0,40640	\$ 4.720	\$ 159,85	\$ 20,15	\$ 10,08
MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO	RECETAS	3,00000	\$ 3.970	\$ 615,35	\$ 377,15	\$ 377,15
REHABILITACION	PRACTICAS	0,96200	\$ 780	\$ 62,53	\$ 23,89	\$ 11,94
SUBTOTAL PRESTACIONES AMBULATORIAS				\$ 1.918,58	\$ 809,86	\$ 593,50

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	CTO UNIT EN \$ 2022	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, NEUROCIURUGIA, C/MEDICAMENTOS	EGRESOS	0,09150	\$ 154.029	\$ 1.174,47	\$ -	\$ -
INTERVENCION EN INTERNACIONES CARDIOVASCULARES						
HEMODINAMIAS	PRACTICAS	0,00052	\$ 45.675	\$ 1,98	\$ -	\$ -
ANGIOPLASTIAS CENTRALES Y PERIFERICAS	PRACTICAS	0,00014	\$ 199.015	\$ 2,32	\$ -	\$ -
CIRUGIAS DE CORAZON, PERICARDIO Y GRANDES VASOS	PRACTICAS	0,00020	\$ 395.500	\$ 6,56	\$ -	\$ -
CIRUGIAS DE CORAZON Y GRANDES VASOS INFANTIL	PRACTICAS	0,00005	\$ 425.800	\$ 1,63	\$ -	\$ -
COLOCACION DE MARCAPASOS	PRACTICAS	0,00031	\$ 88.260	\$ 2,28	\$ -	\$ -
VASCULAR PERIFERICA	PRACTICAS	0,00004	\$ 134.700	\$ 0,40	\$ -	\$ -
INTERNAC P/ TRATAMIENTO DE GRANDES QUEMADOS	EGRESOS	0,00001	\$ 648.900	\$ 0,78	\$ -	\$ -
INTERNAC SANATORIAL PARA CUIDADOS PALIATIVOS	EGRESOS	0,00004	\$ 938.755	\$ 3,13	\$ -	\$ -
INTERNACION EN SALUD MENTAL						
HOSPITAL DE DIA						
EN CLINICAS	EGRESOS	0,00050	\$ 148.275	\$ 6,18	\$ -	\$ -
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	EGRESOS	0,00132	\$ 77.515	\$ 8,53	\$ -	\$ -
EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS	EGRESOS	0,00168	\$ 48.410	\$ 6,78	\$ -	\$ -
INTERNACION PSIQUIATRICA						
EN CLINICAS	EGRESOS	0,00117	\$ 242.010	\$ 23,52	\$ -	\$ -
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	EGRESOS	0,00080	\$ 126.380	\$ 8,43	\$ -	\$ -
INTERNAC DOMICILIARIA (INCLUYE CUIDADOS PALIATIVOS DOMIC)	EGRESOS	0,00060	\$ 175.460	\$ 8,77	\$ -	\$ -
SUBTOTAL PRESTACIONES CON INTERNACIÓN				\$ 1.255,75	\$ -	\$ -

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	CTO UNIT EN \$ 2022	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	\$ 5.530	\$ 44,93	\$ -	\$ -
TRASLADO CON MEDICO SIMPLE	TRASLADOS	0,03203	\$ 12.030	\$ 32,11	\$ -	\$ -
TRASLADO CON MEDICO UTIM	TRASLADOS	0,02047	\$ 20.640	\$ 35,21	\$ -	\$ -
VISITAS A DOMICILIO (VERDE)	CONSULTA	0,21300	\$ 4.350	\$ 77,21	\$ 31,71	\$ 15,86
URGENCIAS Y EMERGENCIAS (ROJO+AMARILLO)	TRASLADOS	0,03700	\$ 13.550	\$ 41,78	\$ -	\$ -
PROTESIS , ORTESIS , IMPLANTES						
PROTESIS TRAUMATOLOGICAS	INSUMO	0,00488	\$ 94.740	\$ 38,53	\$ -	\$ -
VASCULARES	INSUMO	0,00085	\$ 326.450	\$ 23,12	\$ -	\$ -
NEUROLOGICAS	INSUMO	0,00027	\$ 414.285	\$ 9,32	\$ -	\$ -
CIRUGIA GENERAL	INSUMO	0,00353	\$ 48.400	\$ 14,24	\$ -	\$ -
UROLOGICAS	INSUMO	0,00092	\$ 81.735	\$ 6,27	\$ -	\$ -
OTRAS	INSUMO	0,00044	\$ 278.550	\$ 10,21	\$ -	\$ -
ORTESIS	INSUMO	0,00350	\$ 22.485	\$ 3,28	\$ 3,28	\$ 3,28
LENTES INTRAOCULARES	INSUMO	0,00006	\$ 8.700	\$ 0,04	\$ -	\$ -
MARCAPASOS Y CARDIODEFIBRILADORES	INSUMO	0,00006	\$ 246.405	\$ 1,17	\$ -	\$ -
IMPLANTE COCLEAR	INSUMO	0,00002	\$ 3.836.080	\$ 5,31	\$ -	\$ -
OTOAMPLIFONOS Y PROTESIS	INSUMO	0,00054	\$ 95.645	\$ 4,30	\$ -	\$ -
LITOTRIPSIA	PRACTICAS	0,00049	\$ 72.700	\$ 2,94	\$ -	\$ -
OPTICA	PRACTICAS	0,01090	\$ 4.800	\$ 4,36	\$ -	\$ -
DIALISIS CRONICA	PACIENTES	0,00033	\$ 198.600	\$ 5,46	\$ -	\$ -
TERAPIA RADIANTE						
ACELERADOR LINEAL CONVENCIONAL (en desuso)	PRACTICAS	0,00000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
TELECOBALTO (en desuso)	PRACTICAS	0,00000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
BRAQUITERAPIA	PRACTICAS	0,00011	\$ 154.240	\$ 1,40	\$ -	\$ -
RADIOTERAPIA TRIDIMENSIONAL	PRACTICAS	0,00105	\$ 190.200	\$ 16,64	\$ -	\$ -
RADIOTERAPIA IMRT	PRACTICAS	0,00045	\$ 351.235	\$ 13,17	\$ -	\$ -
PRETRANSPLANTE, TRANSPLANTE Y POST-TRANSPLANTE	PRACTICAS	0,00010	\$ 2.265.400	\$ 18,88	\$ -	\$ -
EMBOLIZACIONES	PRACTICAS	0,00012	\$ 374.500	\$ 3,65	\$ -	\$ -
DISCAPACITADOS	TRATAMIENTO	0,00257	\$ 1.313.180	\$ 281,24	\$ -	\$ -
MEDICACIONES 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.)	TRATAMIENTO	0,00660	\$ 1.624.730	\$ 893,60	\$ -	\$ -
OBESIDAD	PRACTICAS	0,00009	\$ 365.400	\$ 2,74	\$ -	\$ -
FERTILIZACION	PRACTICAS	0,00540	\$ 147.000	\$ 66,15	\$ -	\$ -
SUBTOTAL PRESTACIONES ESPECIALES				\$ 1.657,27	\$ 34,99	\$ 19,13
TOTAL GASTO PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO				\$ 5.257,41	\$ 844,84	\$ 612,64

VALOR DEL PMO A JULIO 2021 CON	\$ 6.102,26
VALOR DEL PMO A JULIO 2021 CON COSEGURO AL 50%	\$ 5.870,05

CONCLUSIONES

Este trabajo corresponde a la duodécima 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, la USAL e IPEGSA.

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.

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, muchas no alcanzan el piso mínimo para lograr cubrir la canasta.

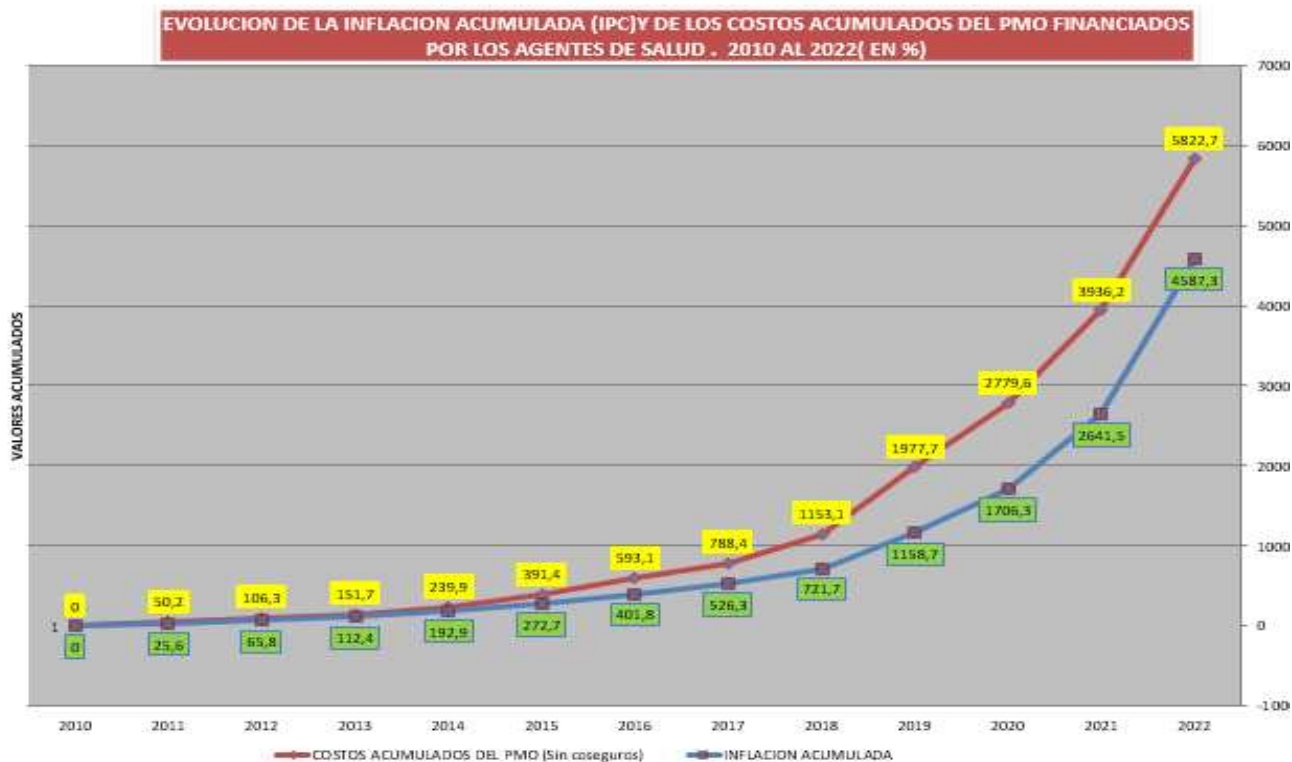
Los Seguros Sociales Obligatorios, cuyos ingresos son un porcentaje de los salarios (aportes y contribuciones), se vienen deteriorando año a año en relación a la evolución del costo de las prestaciones y al aumento de la inflación, y si no lo han hecho más, es por algunos aportes especiales desde la SSS y desde el estado.

Es necesario reiterar, como lo venimos haciendo año a año, y lo marcamos 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.

En el gráfico N° XIII 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 2022, para una inflación acumulada del 4587,3 % se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 5822,7 %. Es decir que en 11 años el valor del PMO ha superado a la inflación. Debe tenerse en cuenta que los tres últimos años los costos del PMO han sido inferiores a la inflación informada.

GRAFICO N° 13



Fuente: elaboración propia

Sin considerar los coseguros, 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 48 % o sea en alrededor de un 23 % por debajo de la inflación oficial.

El aporte promedio como gasto de bolsillo representa entre un 10 y un 14 % del costo total del PMO 2022, según a que 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.

Solo queremos agregar que los mecanismos solidarios tendientes a mejorar la equidad dentro del Seguro Social 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 2022 el ingreso per cápita para las diferentes OSN por aportes y contribuciones se ha estimado en \$4472. por beneficiario/mes. Ello da como resultado que con estos aportes solo un 29% de las

OOSS (23 % 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 (subsidios y reintegros) este año el monto ha sido de \$5409, observándose que sólo el 29 % de las OOSS sindicales (38 % de beneficiarios) tienen los fondos suficientes para cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.

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 elementos 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 visualizar la mayor diferencia acumulada entre Costo del PMO e inflación.

Desde ese momento y hasta este análisis se ha visualizado 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 ahora, año a año la inflación supera al costo del PMO, haciendo que en esta actualización la brecha se haya reducido sustancialmente.

Y eso no es porque se hayan reducido los costos de Salud (De julio 21 a julio 22 el INDEC publicó una inflación en salud del 76,4%, y un aumento de insumos en salud del 67,5%). Y el PMO solo se incrementó en un 48%.

O sea que el sector prestador no pudo compensar el aumento de sus costos en salud con los precios a facturar. Ha debido asumir aumento de costos que superaban ampliamente la recomposición de los ingresos. Aumentaron el déficit y debieron ajustar sobre la base de una estrategia única de costos, con lo que ello significa en los resultados de calidad de los productos. Eso ha hecho que la situación del sector prestador haya aun empeorado en relación a como estaba en 2019, 2020 y 2021.

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.

El Sector de la medicina prepaga no es ajeno a la problemática. Dos tercios de sus afiliados provienen de la desregulación y si bien son en general los afiliados con sueldos más altos, los mismos también han caído en relación a la inflación. Para mantener sus planes y siendo que los consumos son diferentes al de los afiliados residuales de las Obras Sociales, deben pagar montos adicionales incrementales hasta el punto de lo autorizado por el gobierno. Ello ha producido pases a planes más acotados y a veces regreso a la Obra Social de origen.

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 2022) financiado por los Agentes de Salud, a partir del valor obtenido a fin de julio 2022 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 2021/julio 2022, 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 2021 (\$ 3.562,31) el valor resultante del PMO financiado por los agentes de salud, sería de \$ 6133,5 o sea un 17% más 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, se ha estimado que para el 30 de noviembre del 2022 el valor actualizado sería de \$6575,3 o sea, un incremento del 25,1 % respecto a los valores surgidos de este estudio al 31 de julio 2022.