



PMO

PROGRAMA
MÉDICO
OBLIGATORIO

ACTUALIZACIÓN JULIO 2024

DR. ERNESTO van der KOOY
DR. RUBÉN TORRES
DR. HÉCTOR PEZZELLA
DR. ADOLFO CARRIL
Cdor. RUBÉN RICARDO ROLDÁN
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 2024

Autores

Dr. Ernesto van der Kooy.

Dr. Rubén Torres.

Dr. Héctor Pezzella.

Dr. Adolfo Carril.

Cdor. Rubén Ricardo Roldán.

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 en Salud. Facultad de Medicina. Universidad del Salvador(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.

Gerente General de la Clínica del Niño de Quilmes, mayo 2024 a la fecha.

Se desempeñó 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. 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, coordinó 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, Empresas y Agentes de Salud consultados para el relevamiento de tasas y precios.

SCIENZA ARGENTINA.

COMPANIA DE SERVICIOS FARMACEUTICOS.

VIDT ONCOLOGÍA RADIANTE.

DUO EMERGENCIAS.

MANDAR SALUD.

MENTAL HEALTH.

SIPROTEC.

A LAS DIVERSAS OBRAS SOCIALES NACIONALES QUE AÑO A AÑO APORTAN SUS DATOS DE CONSUMOS.

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)", trabajo que, desde hace ya varios años realiza en conjunto con los equipos de IPEGSA (Instituto de Política, Economía y Gestión en Salud) y de la USAL (Universidad del Salvador. Facultad de Ciencias Médicas), La asociación entre todas estas entidades ha permitido que año a año se perfeccione el análisis y los resultados.

La investigación cumple con dos objetivos 1) determinar el valor de la canasta prestacional conocida como PMO a una fecha definida. (31 de julio) de cada año. 2) determinar a finales de julio 2024 en qué medida las Obras Sociales Nacionales Sindicales se encuentran en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro. Se procede luego a su comparación con los años anteriores.

A posteriori se amplían los contenidos de cada uno de los objetivos y se realizan los considerandos de los resultados de los mismos.

En esta actualización y como novedad, incorporamos los estudios preliminares de la investigación del valor prestacional del PMO en las Obras Sociales Provinciales. Estos análisis iniciales se exponen en un anexo al cuerpo principal del estudio.

El Sistema de Salud

Es costumbre en las actualizaciones anuales, realizar un análisis de la Situación del Sistema de Salud y los sucesos fundamentales surgidos en el Sector en el período transcurrido desde la última actualización. No perdemos de vista en el análisis, que, según nuestra Constitución, la salud constituye un derecho humano fundamental y su protección, en un sentido amplio, constituye una responsabilidad elemental del Estado.

A fin del año pasado, con las elecciones, se produjo un cambio tanto del Ejecutivo Nacional como en varias Jurisdicciones Provinciales. Un nuevo gobierno Nacional fue elegido mayoritariamente en el ballottage. A partir de ese momento, el Ejecutivo comenzó a tratar de marcar un rumbo en los diferentes temas que hacen a la Sociedad, aunque la condición republicana de nuestro régimen político ha generado una serie de frenos y contrapesos entre los tres poderes de la Nación. En este apartado nos referimos exclusivamente a lo que tiene que ver con el Sector de la Salud, enmarcado en la misma dinámica.

Si bien en los últimos meses ha venido descendiendo significativamente la inflación y el dólar se mantiene estable, de julio a julio, período de este análisis, hubo que afrontar una altísima inflación, una caída de los ingresos por aportes y contribuciones y un aumento exponencial de los costos en salud, marcado por el salto del dólar (273%) y también por la Inflación que según el INDEC desde julio del 2023 a la fecha del presente estudio ha sido de alrededor del 263%. Al haberse mantenido la falta de referencia en el mercado de precios hasta julio 2024, la valorización de los diferentes renglones del PMO, ha sido una tarea ímproba que no se pudo iniciar hasta haber cerrado el mes de julio, porque los valores han ido cambiando significativamente mes a mes. Lograr un valor que represente al universo es una tarea muy difícil en este contexto, por lo que lo publicado puede contener algún tipo de desvío en el resultado del coste del PMO.

El Sistema Sanitario, financiador y prestador, sigue en una crisis que se profundiza año a año. Y si hablamos de resultados esperados en salud poblacional los mismos son preocupantes, porque la pobreza medida por ingresos ya supera al 50% y sabemos lo que ello impacta en la salud de las poblaciones, mucho más que el propio sistema de Salud.

El sistema de Servicios de Salud fragmentado, inequitativo y poco solidario, no ha sido abordado por los gobiernos en cuanto a acciones estructurales de fondo.

Dichas acciones las marcamos año a año y a posteriori las vamos a reafirmar sucintamente, entendiendo que lo realizado en estos meses ha sido limitado.

El gobierno Nacional a través de los Decretos 170/2024, 171/2024 y 172/2024 avanzó en la reglamentación de los artículos vinculados al Marco regulatorio de la Medicina Privada y Obras Sociales, al Sistema Nacional del Seguro de Salud y al derecho de libre elección, contemplados en el DNU 70/23. Establecieron que los beneficiarios tengan el derecho de libre elección desde el inicio de su contratación o sea puedan elegir entre una obra social o una empresa de medicina prepaga desde el inicio. La Superintendencia de Servicios de Salud perdió la competencia para fijar valores de cuotas. La entidad privada deberá estar inscripta en un registro de adhesión voluntaria. No se anularon los contratos por triangulación. Hay serias dudas sobre la posibilidad de ingreso ilimitado a la EMP que adhieran, según el estado de salud del postulante.

Si bien inicialmente se aumentaba al 20% los aportes al FSR, luego fue modificado, y pasó el 15% para todos (aún para las Obras Sociales de Dirección) y sólo por el monto desregulado.

Se anuló el sistema de Hospitales de gestión descentralizada existente. Los Hospitales y Centros de Salud provinciales y municipales deben hacer convenios directos con cada una de las Obras Sociales y los prepagos para cobrar las prestaciones que realicen a afiliados a los mismos, sin que participe la S.S.S. para asegurar los cobros.

El PAMI no fue incluido en las modificaciones establecidas.

En relación directa a las Obras Sociales Nacionales, junto a la reducción del 20% al 15% de los aportes al FSR que realizaban los Agentes de OO.SS. de Dirección, se modificó uno de los subsidios del FSR (EL SUMA), de mucho impacto en los fondos distribuidos por el FSR y que era necesario evaluar. Se modificó el porcentaje de distribución automática (3%) y la compensación a los Agentes de Salud de menos de 5000 afiliados.

Si bien la línea aparece como correcta, aún no se ha podido evaluar el impacto económico en el F.S.R.

Todas esas modificaciones han generado conflictos, idas y vueltas judiciales y legislativas, aunque poco a poco parece haberse consolidado.

Es importante remarcar que estos Decretos impactan sobre un sector minoritario de la población y tienen escaso efecto en el resultado de la salud poblacional.

No ha habido, salvo algunas declaraciones, acciones de fondo efectivas para todo el sistema de salud, que lo hagan más equitativo, accesible, oportuno y eficiente para toda la población. Últimamente se ha informado sobre la posibilidad de avanzar en la creación de la AGNET, que debería reemplazar a la CONETEC actual, cosa que sería un elemento de suma importancia para el sistema debiendo ser por ley, autárquica, conformada por expertos sin conflictos de intereses, nombrados por concurso, y controlada por el Congreso.

Tal cual surge de la Constitución, todas las responsabilidades de salud son de las Provincias, y fiel a ese principio, el Estado Nacional ha determinado la reducción o desaparición (aún no están claramente determinados) de varios de los programas nacionales de apoyo. Todavía dos de ellos de gran valor (SUMAR. REMEDIAR) se están discutiendo en sus alcances con las jurisdicciones... Se concuerda en la necesidad existente de analizar dichos programas, habida cuenta que la superposición de muchos entre Nación Provincias y Municipios, genera una asignación ineficiente de recursos, gastos exponenciales y dilución de responsabilidades entre los actores. Entendemos que ese análisis integral debería hacerse en conjunto con las jurisdicciones y no por resoluciones a veces espasmódicas que muchas veces obligan a retrocesos por inconducentes.

Sin dudas es necesario optimizar el sub-sector estatal (en todas sus jurisdicciones) responsable de la atención del 35 al 38% 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. Quizás las diferentes jurisdicciones podrían analizar modelos de Seguros Provinciales integrando en la Gestión y en sus redes a sus Obras Sociales Provinciales.

Del 100% de la población más del 60% está cubierta sobre la base del Seguro de Salud Obligatorio, que es por lo tanto la esencia de nuestro sistema Sanitario.

Esos seguros Obligatorios son sin embargo variables según el tipo de seguro obligatorio del que se trate (Nacionales, Provinciales, especiales, etc.).

A todos los problemas existentes de financiamiento, modelo de atención y gestión de los subsistemas debemos adicionar una exigencia forzosa de "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.

Existe claramente una crisis de financiamiento del sector. Esa crisis hay que abordarla de muchas maneras, eliminando duplicación de recursos, mala utilización de los mismos, ineficiencias, etc., disminuyendo costos de no calidad del sector, que en todos los sistemas del mundo impactan en porcentajes muy elevados. O sea, no solamente pensar en cómo conseguir más recursos, sino trabajar en hacer más efectivos los recursos existentes. 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.

La paradoja es que hoy por hoy, con todas las dificultades del Sector y la imprevisión del Estado, los problemas sanitarios ni siquiera son considerados por la población como elemento primordial a enfrentar, según surge de las encuestas realizadas. Si ha habido en los últimos meses presencia mediática, ha sido por el tema de la desregulación, los incrementos y las dificultades de atención de los prepagos. Los análisis de muchos

medios periodísticos, con grandes sesgos, (seguramente por impactar en quienes lo realizan) se han limitado a ese subsector, que sólo atiende al 14% de la población y del cual dos terceras partes provienen de la desregulación. La Salud poblacional es muchísimo más amplia y su abordaje diferente. El país necesita asegurar la atención de la salud a todos sus habitantes y son los gobiernos los primeros responsables de lograrlo.

Trasladándonos al Sector de las Obras Sociales, todas en conjunto (cualquiera sea su origen), y por supuesto también las Sindicales, soportan año a año mayores dificultades para cubrir las prestaciones a las que están obligadas. Si bien todas dependen de un porcentaje de los aportes y contribuciones de los salarios, en las Sindicales hay que agregar los bajos ingresos de los monotributistas y de las empleadas de casas particulares.

No se vislumbra a futuro ninguna recomposición importante de los mismos que cambie la ecuación de las Obras Sociales.

Por lo tanto, es inviable, hoy por hoy, tratar de abordar la totalidad de costos de atención de beneficiarios sólo con aportes y contribuciones. No es una solución aumentarlos porque genera problemas de empleo y no soluciona el tema. Hay OSP con aportes del 14% y tienen también problemas de financiamiento.

Los ingresos de los financiadores en relación a los costos en Salud se han reducido en los últimos años. A los sueldos que han perdido su valor y que no hay que esperar que se recompongan salvo parcialmente, se suma un mercado laboral cambiante donde es imprescindible analizar la legislación laboral vigente, para permitir modalidades de contratación acordes a nuevos formatos laborales. Sin dudas esos cambios también van a impactar, en una medida aún no conocida, en un subsistema financiado por aportes y contribuciones.

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.

Si bien, un tema crucial es el financiamiento, en un sector como el de la Salud es imprescindible abordar el tema de sus recursos humanos. Para no ser reiterativos y por su importancia, repetimos los conceptos vertidos en la actualización 2023.

"Los RRHH son un pilar fundamental de todos los Sistemas Sanitarios. Su calidad y su desempeño son esenciales. Lo propuesto y ejecutado en este tema, en las escasas reformas en el sector es reducido. 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. Es necesario, más allá de las dificultades económicas del sector y de los múltiples trabajos a los que deben apelar para sobrevivir, avanzar en certificación y recertificación de recursos humanos y en acreditación de establecimientos”.

Otro elemento indispensable a analizar es el del 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 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. Esto impacta directamente en la falta de atención, demoras en los turnos y listas de espera como consecuencias directas de estas asimetrías estructurales.”

“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”. (PMO 2023).

Si bien la ley de emergencia sanitaria pensada para un momento particular y prorrogada casi infinitamente, está aparentemente por finalizar, generó 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, pero, por otro lado, resintió la fuente de financiamiento de Obras Sociales del sector y hoy es una espada de Damocles para los prestadores. Es otra muestra que no se han afrontado los problemas de fondo.

Más allá de la fuerte crisis de financiamiento de la salud manifiesta, siempre señalamos como un error, el abordar la atención de la salud de las personas solo desde la perspectiva del financiamiento. Se ha señalado 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, la sustentabilidad del medio ambiente y sobre las conductas de los individuos. El Sector de Servicios de Salud impacta en la salud poblacional, sobre todo a través de sus acciones de educación de la salud y acciones de prevención como la vacunación.

Los costos de los Sistemas Sanitarios del mundo siguen en aumento y lo seguirán haciendo por las modificaciones epidemiológicas y por el avance tecnológico. Los Sistemas Sanitarios, sin embargo, son quienes utilizan la mayor parte de los fondos disponibles para Salud. Y el nuestro no es una excepción.

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 y que por repetidas no dejan de ser primordiales. Hay un fuerte consenso en el sector sobre la mayoría de ellas, por lo que sería razonable que los gobernantes, dejando de lado intereses sectoriales, comiencen su análisis y ejecución.

"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. actuar para lograr un medio ambiente sustentable entendiendo que los cambios climáticos y los residuos generan alteración de la salud poblacional e impulsan la aparición de enfermedades nuevas, emergentes y reemergentes "(PMO 2022/3).

Este listado, que ampliamos año a año, 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. Hay que tener en cuenta que, más allá que la Salud es una responsabilidad de las Provincias, el país es uno sólo y un todo y la función del estado Nacional es ineludible en los cambios a realizar. Si bien ya han pasado algunos meses, esperamos que la nueva administración, cuente con las condiciones y la voluntad para realizarlas.

De todas las acciones estratégicas a abordar, hoy nos vamos a detener en el análisis del conjunto de prestaciones y servicios a cubrir, ya que su valorización es la esencia de esta investigación.

EL PMO. NECESIDAD DE UNA REVISIÓN.

Entre las acciones de fondo y estructurales que es imprescindible abordar rápidamente, aparece como necesario considerar posibles mecanismos de modificación de las prestaciones y servicios obligatorios a cubrir (hoy conocida como PMO), tanto en sus formatos como en sus contenidos.

Se ha destacado repetidas veces como una alternativa al PMO actual, el quitar del mismo a las prestaciones de alto costo individual (Ej. Medicamentos de Alto Precios) o en el tiempo (discapacidad. Prestaciones SU). O sea, excluirlas de la obligación de cobertura del Seguro Social Obligatorio, y analizar otras variables de abordaje de ellas.

Pero en este apartado queremos considerar integralmente el tema de la canasta de prestaciones o de planes y líneas de investigación desarrolladas y estudiar todas las opciones que se presentan. En la última presentación en la USAL de la actualización 2023 hecha a fines de noviembre, se realizó un conversatorio específico destinado a su análisis y propuestas. Ha pasado un año y el PMO que hoy valorizamos es similar al del año anterior.

Es importante remarcar que cuando se analiza y determina un modelo de atención, en el marco del derecho a la Salud definido constitucionalmente, ese modelo debe precisar con absoluta claridad el conjunto de prestaciones y servicios a cubrir.

Ese conjunto de prestaciones y servicios hoy es una canasta o listado de prestaciones que se conoce como PMO (Programa Médico Obligatorio). Una canasta de prestaciones que no es de alcance universal no está protocolizada ni ha sido priorizada. Su actualización se ha dado de manera no sistemática por medio de leyes, resoluciones y sentencias judiciales que impiden hoy identificar la "verdadera" cobertura que abarca y su impacto en la salud de la población. Hoy la disponibilidad de tratamientos alternativos para abordar una enfermedad hace que la complejidad en la toma de decisiones de cobertura se haya complejizado significativamente y las herramientas que

funcionaron en el pasado no necesariamente funcionan hoy. El avance en la medicina y su impacto tanto en la salud como en la necesidad de financiamiento hace imprescindible una revisión de los procesos por los cuales se define qué cubrimos, a quien lo cubrimos, en qué condiciones y bajo qué circunstancias.

En este contexto, aparece como necesario considerar posibles mecanismos de modificación de la cobertura prestacional obligatoria (hoy conocida como PMO) para mejorarla y adaptarla a las nuevas necesidades de la población, enmarcando finalmente el modelo de atención y gestión.

Si bien existe consenso desde lo académico y de los decisores respecto a esta necesidad de modificar el alcance, la estructura y los procesos que definen la misma en el PMO, tal como se presenta en las investigaciones realizadas y en los diferentes foros de discusión que han surgido, no se ha conseguido, no obstante, que, aquellos que deben tomar la decisión de hacerlo, (los diferentes estamentos del estado), hayan dado un paso efectivo en esa dirección.

Pero como esa canasta tiene una historia, creemos importante recordarla sucintamente.

El Programa Médico Obligatorio (PMO) representa el antecedente más importante de nuestro país, tendiente a explicitar un conjunto de servicios de salud, o canasta de prestaciones que en forma obligatoria los agentes del seguro de salud regidos por la ley 23.660/1/1989 deben asegurar a sus beneficiarios.

Esa canasta, a través de la Ley 26.682, se implantó a posteriori y, en forma obligatoria a las EMP.

La primera versión del PMO es la Resolución 247/96. Se hicieron algunas modificaciones posteriores hasta la Res. 939/00, conocida como Segunda versión del PMO, con catálogo explícito de prestaciones. A partir del Decreto DNU 486/02 - Declaración de Emergencia Sanitaria, se promulgó la Resolución 201/02 y la aprobación del PMO de Emergencia (PMOE).

Ese PMOE fue el resultado de un importante análisis por parte de la S.S.S de la canasta y de la misma se excluyeron cerca de 500 prestaciones sin evidencia clínica de valor. En el 2004 se incorpora el anexo del vademécum de medicamentos a cubrir, los porcentajes de cobertura y un listado de medicamentos de excepción. Sobre la base del PMOE la Resolución 1991/05 o Tercera versión del PMO, reemplazó la res. 939/00 por la 201/02, por lo que el PMOE pasó a ser el PMO definitivo.

A partir de esa versión las modificaciones han sido, en general, ampliaciones de cobertura, la mayoría de ellas a partir de leyes nacionales sin fuentes explicitadas de su financiamiento. Además, nuestro PMO, no cumple con definiciones clave de todo conjunto de prestaciones, tal como fueron concebidos por la OPS/OMS. Por ejemplo, no se acompañan de guías y protocolos, ni existe una indicación precisa para la prescripción de las tecnologías.

Con el paso del tiempo surgió en el Sector la certeza que era necesario analizar ese PMO, por los problemas que ya generaba, y de allí la realizada durante 2016/17 por la S.S.S con el apoyo técnico de reconocidas entidades en la materia. Se hizo en base a la evaluación de tecnologías sanitarias sustentadas en análisis sistematizados y pormenorizados y fundados en la medicina basada en la evidencia, análisis de costo-efectividad y costo-beneficio, con el fin de determinar incorporaciones y exclusiones de la canasta existente.

Ese trabajo iniciado no llegó a ser finalizado por cambios en la S.S.S y los resultados alcanzados nunca fueron publicados ni implementados.

Hablamos siempre de líneas de investigación dirigidas a evaluar posibles inclusiones y/o exclusiones de esta canasta de prestaciones sobre la base de parámetros de evidencia clínica, costo-efectividad, etc.

Y la realidad es que esta canasta, que originalmente ha sido de avanzada, ha sido objeto de diversas controversias en el tiempo, al mostrar ambigüedades, ausencia de una delimitación clara y precisa de los servicios que efectivamente garantiza, falta de priorización de prestaciones, en fin, una suma de zonas grises que han generado litigios y judicialización, con una justicia que en general la ha considerado como piso de cobertura. Se han originado, en consecuencia, importantes incertidumbres en el sistema, tanto en los financiadores como en los usuarios.

Es importante subrayar que, por el contrario, las prestaciones y servicios a brindar en un plan de beneficios, deberían ser formuladas de forma de ser irrefutables en la mayoría de casos, considerando por supuesto, un uso acorde a protocolos y guías.

Surge, por lo tanto, como imperioso, reanalizar, organizar, priorizar, costear e institucionalizar un nuevo plan de beneficios.

Líneas de trabajo para la modificación del PMO.

Desde hace unos pocos años con el fin de alcanzar la universalización y equidad de estas coberturas (hoy son aplicables solo al 50% de la población), y hacer irrefutables y probados los alcances de las prestaciones y servicios a brindar (planes de beneficios), han surgido tendencias a reanalizar el abordaje y cambiar los modelos de listados de canastas de prestaciones por un Plan de Beneficios de servicios de salud (PAISS) cuyo alcance poblacional sea universal (para toda la población), y cuyo eje de organización sea por problemas de salud y líneas de cuidado; desarrollado por niveles de atención, y acompañado de guías de práctica clínicas institucionalizadas y aprobadas por el Ministerio de Salud, con un modelo de gestión específico.

Contar con un modelo de este tipo busca como objetivos demarcar un paquete categórico de prestaciones de salud factibles de ser provistas con el desarrollo de la tecnología médica actual; con claros criterios asentados en costo-efectividad y valoración social y priorización de condiciones de salud-enfermedad destinadas a lograr ciertos objetivos sanitarios y sociales específicos; líneas de cuidado identificadas para cada una de las condiciones de salud-enfermedad priorizadas, con definición explícita de las prestaciones de salud (servicios y bienes) que conforman cada una de las líneas de atención y considerando que las mismas aseguren la continuidad de los cuidados, la complementariedad y la sinergia entre ellas.

Al mismo tiempo las prestaciones de Salud determinadas deben ser factibles de ser volcadas en protocolos y guías clínicas de calidad indiscutible y actualización periódica, que garanticen el adecuado uso de la tecnología médica.

Ese plan de beneficios explicito debe poder ser financiado por la totalidad de los subsectores, y ser factible de implementación de acuerdo a infraestructura disponible tanto de RRHH como de equipamiento en todo el país.

Para determinar que es posible de ser financiado por todos, es necesario realizar un cálculo de los costos, utilizando métodos de costeo que, a partir de las condiciones de salud-enfermedad y las líneas de cuidado identificadas y las prestaciones priorizadas, deban identificar tasas de incidencia y prevalencia de enfermedades por edad y sexo, frecuencia de las diferentes etapas o fases de las enfermedades sea por evolución natural o asistida, indicadores de uso para cada uno de los recursos según guías, valores de referencia, etc.

Un plan de beneficios determinado y su costeo adecuado, implica la participación multidisciplinaria de todos los actores del sector para aprovechar los conocimientos y zanjear los intereses sectoriales que inevitablemente surgen al implementarse una canasta como ésta.

Y el Estado debe ser el garante de lograr un resultado que básicamente sea valioso para la población en conjunto.

Como venimos manifestando reiteradamente a través de los años, esta tarea de costeo debiera constituir uno de los objetivos centrales de los organismos regulatorios (específicamente la SSS), y de haber sido realizada oportunamente, hubiera permitido afrontar los recientes conflictos con el sector de la medicina prepaga con una incontrastable herramienta técnica de discusión, en lugar de los endebles argumentos utilizados en la misma. La definición de este valor resulta igualmente de indudable valía para el diseño de modificaciones de las políticas de cobertura y control de las OOSS nacionales, erradicando conclusiones apresuradas sobre el origen de su problemática, basadas exclusivamente en percepciones, frecuentemente teñidas de prejuicios ideológicos.

Finalmente, se señaló en varias oportunidades como una alternativa al PMO actual, dejar de incluir en el mismo a las prestaciones de alto costo unitario (Ej. Medicamentos de Alto Precios) y a las de alto impacto presupuestario sostenido en el tiempo (discapacidad. Prestaciones SU). O sea, evaluar otras variables de cobertura y financiamiento de estas prestaciones más acordes a las características que las mismas presentan.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

La metodología de investigación utilizada es la habitual 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.

En ésta edición (2024) se ha iniciado, como una novedad de suma importancia, el análisis del PMO en las Obras Sociales Provinciales (VER Anexo).

Se han actualizado todos los precios de los diferentes renglones según valores de mercado, a partir de una compulsas 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.

Año a año seleccionamos prestaciones que conocemos van variando su aplicación o por cambios epidemiológicos o por la aparición de nuevas tecnologías. Este año, abocados a analizar el impacto del PMO en las OSP, no se han modificado las tasas de uso respecto a las utilizadas en 2023.

INFLACIÓN Y DEVALUACIÓN.

En esta actualización se ha considerado como parámetros una inflación de julio 2023 a julio 2024 (INDEC), del 263,11%. El incremento del dólar oficial en igual período fue del 273%, ligeramente superior al registro de inflación.

Tal cual marcamos en la edición anterior (2023) y ante la persistencia de una altísima inflación, desde la finalización de la investigación hasta su efectiva presentación realizamos una actualización con el fin de adecuar los valores obtenidos al momento de la misma, para hacer que la altísima inflación no haga aparecer los valores desactualizados. Para ello usamos un mix ponderado oportunamente 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 2023 al 31 de julio 2024 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 2024 y su fecha de presentación, principio de diciembre 2024.

COSEGUROS

Hasta la promulgación de la resolución 1926/2024, existían una serie de prestaciones del PMO en las que la Obras Sociales Nacionales podían cobrar co-seguros a los afiliados y otras con una cobertura obligatoria del 100%. Los montos máximos de los co-seguros autorizados, los definía la Superintendencia de Servicios de Salud con ajustes cuya última actualización fue de marzo del 2024.

La Resolución liberó los topes de los co-seguros pasibles de ser cobrados a los pacientes, en las prestaciones autorizadas.

El tema de los co-seguros o copagos legales, tienen varios abordajes posibles.

Es una herramienta creada oportunamente con el objetivo de actuar directamente sobre la demanda por servicios médicos, buscando reducir el uso de prestaciones de poco impacto sanitario o innecesarias y si bien actúa indirectamente en los costos de los servicios de salud, no ha sido pensada como financiador directo del sistema.

La herramienta busca reducir el denominado riesgo moral, o sea la tendencia que tiene el beneficiario de un seguro de salud, luego de pagar el mismo, a hacer un uso poco eficiente del mismo y no controlar la demanda. Estudios realizados han demostrado que los sistemas de copagos tienen una influencia manifiesta sobre la demanda de servicios médicos y su uso no se traduce en un empeoramiento del estado de salud de los individuos sujetos a estos sistemas, con relación a los que no lo estaban. Por el contrario, hay pruebas elocuentes que la sobre-utilización de servicios médicos puede ser perjudicial para la salud, al generarse prescripciones de estudios y tratamientos errados.

Ahora bien. Aquí surgen dos realidades. La de los Seguros Privados y la de los Seguros de Salud Obligatorios.

En los Seguros privados es seguramente donde más se da esta tendencia. Es por ello que con frecuencia se han establecido, en las prestaciones autorizadas, coberturas con pago de copagos al momento de requerir una prestación.

En el caso de las Obras Sociales la situación es diferente. Esta realidad ha sido analizada por las Obras Sociales a partir de la resolución. Hasta ahora y a pesar de lo autorizado por la SSS pocas Obras Sociales cobraban Co-seguros y las que lo hacían en muchos casos por debajo del monto máximo autorizado.

Ello se debe que también está demostrado que, en los segmentos de menores ingresos, (los sueldos de mayor monto han, en muchos casos, desregulado sus aportes) el co-seguro puede generar una disminución de la demanda de prestaciones necesarias, debido a la incapacidad económica para hacer frente a la estructura de copagos. Ello se ve claramente con los co-seguros de los medicamentos en épocas de crisis económicas como las actuales. Todo ello atenta contra la calidad de la atención de la salud.

En nuestro análisis y teniendo en cuenta esos conceptos, para mantener el criterio utilizado a la fecha, y poder comparar y luego de consultas realizadas a obras sociales se ha decidido hacer la actualización del PMO como en las ediciones anteriores, manteniendo el valor de marzo 24 previsto por la S.S.S. con una ligera actualización por inflación, siempre al 50% y al 100%.

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.

ACTUALIZACION 2024.

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 2024.

La Tabla N° 1 muestra la composición en porcentajes, según edad y sexo, de la población estudiada. Se ha incorporado la distribución informada por la S.S.S a julio 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 2023 un valor resultante de \$11.938,80.

En esta actualización (31 de julio 2024) el valor obtenido es de \$42069,23, lo que significa un incremento interanual del 252%.

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 2023 fue estimado en \$13.802,72 con co-seguros al 100% y de \$13.276,26 con co-seguros al 50%.

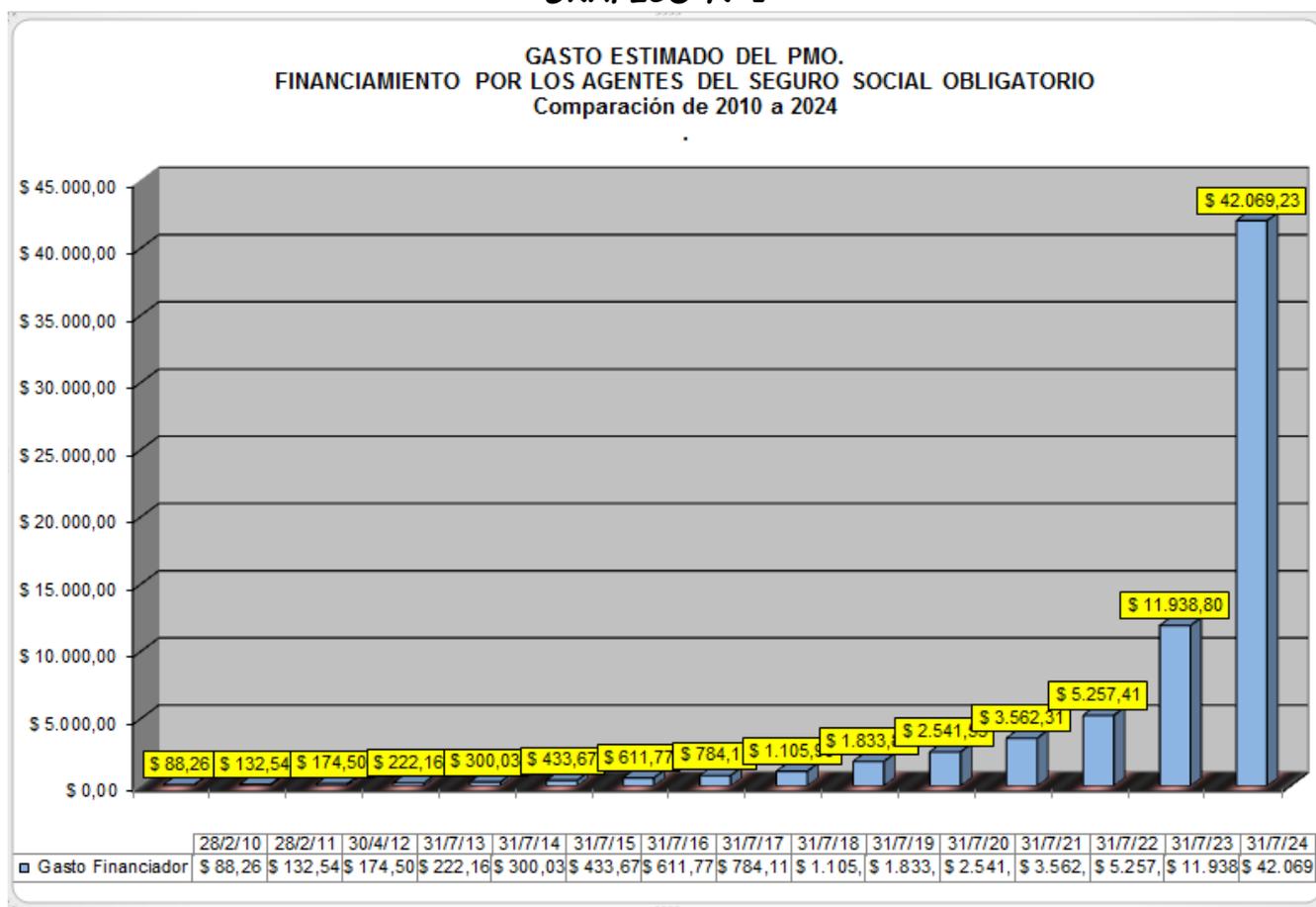
En esta actualización el costo per cápita del PMO, al 31 de julio de 2024 fue estimado en \$48550,13 con co-seguros al 100% y de \$46876,66 con co-seguros al 50%.

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 2024. 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 252%, por debajo de la inflación anual del INDEC (263,11%).

GRÁFICO N°1



Los co-seguros como mecanismos de regulación del sistema, han sido considerados según lo analizado up supra y según esos valores tienen actualmente un peso que varía entre un 10% y un 13% según la magnitud de los co-seguros considerados. (50 y 100%).

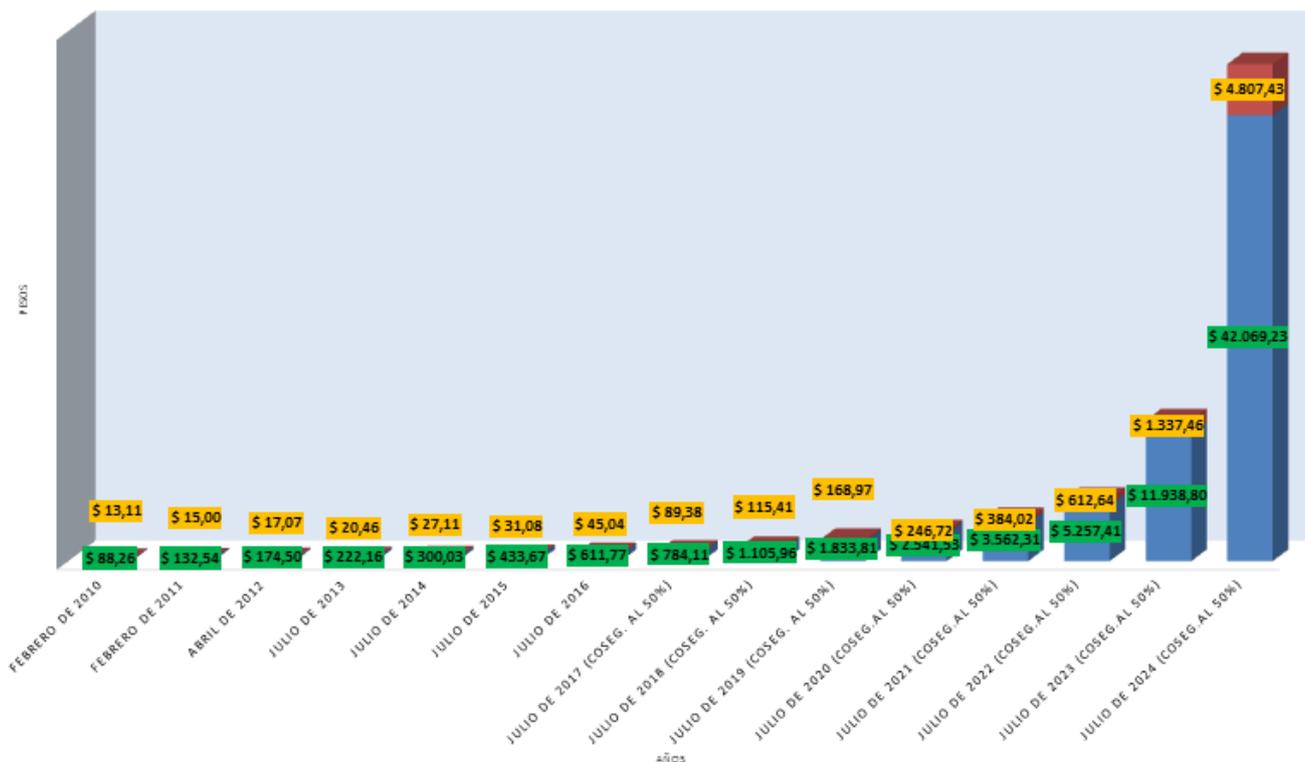
El peso fundamental de los co-seguros tiene que ver con los medicamentos ambulatorios.

En este análisis del PMO a fines de julio del año 2024, cada beneficiario abona de bolsillo \$6.480,90 por mes con co-seguros del 100%, de los cuales un 48% del total corresponden a medicamentos ambulatorios. Si consideramos los co-seguros al 50% de lo máximo autorizado, cada beneficiario abona de bolsillo \$4.807,43, 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 al 31 de julio desde el 2013 al 2024 inclusive.

GRÁFICON°2

GASTO ESTIMADO DEL PMO 2010-2024
APERTURA POR ORIGEN DE FONDOS



En la Tabla N° 2 se comparan los valores por grupos de prestaciones al 31 julio 2023 y al 31 julio de 2024 sin considerar co-seguros, o sea teniendo en cuenta solamente lo que deben abonar los Agentes del Seguro Social Obligatorio.

TABLA N°2

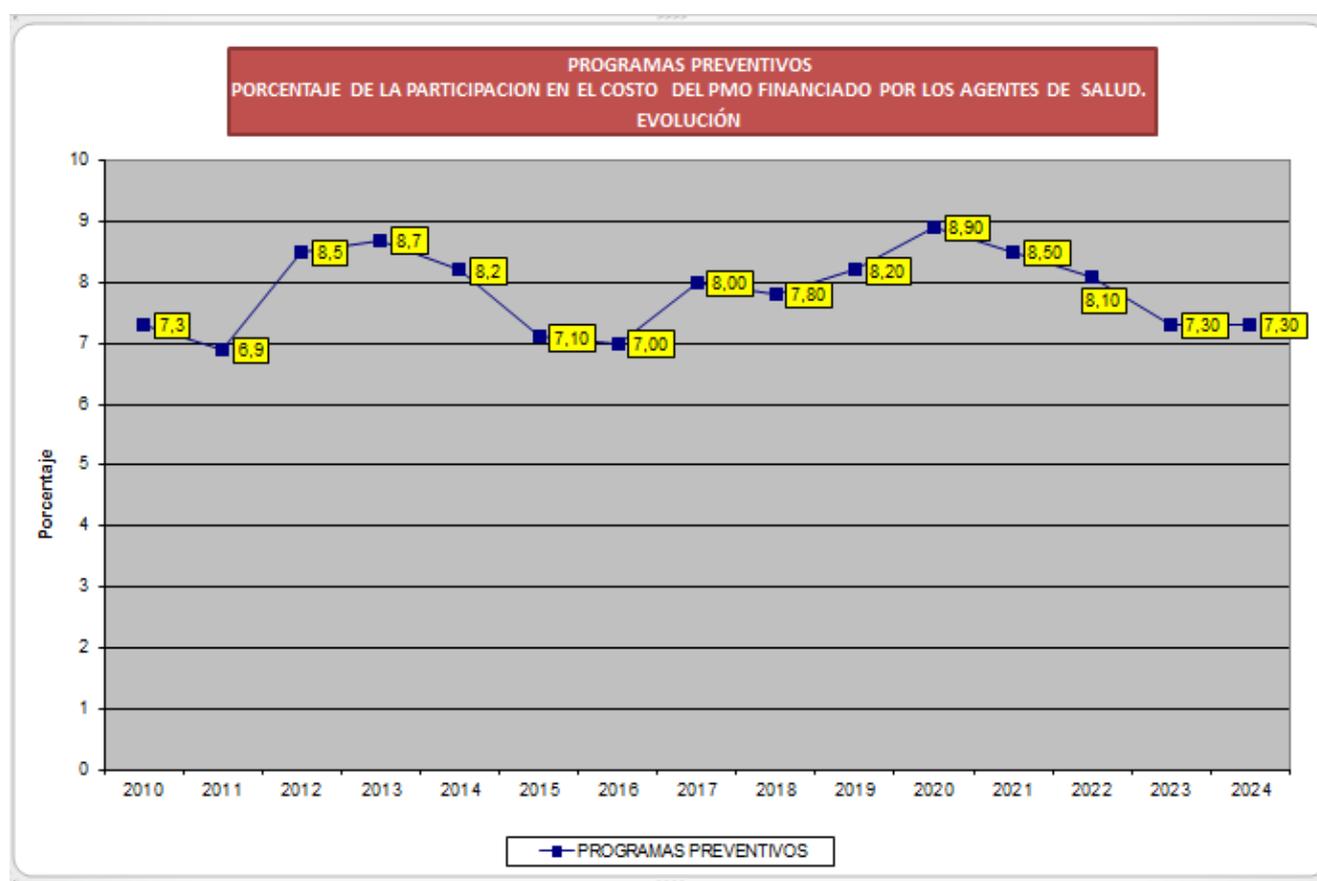
GRUPOS DE PRESTACIONES INCREMENTO DE VALOR SIN COSEGUROS

DESCRIPCIÓN	JULIO DE 2023	JULIO DE 2024	INCREMENTO EN PORCENTAJE
PROGRAMAS PREVENTIVOS	\$ 872,28	\$ 3.072,08	252%
PRESTACIONES AMBULATORIAS	\$ 4.333,35	\$ 14.629,29	239%
PRESTACIONES CON INTERNACION	\$ 2.015,56	\$ 6.568,54	226%
PRESTACIONES ESPECIALES	\$ 4.717,56	\$ 17.799,32	276%
TOTAL COSTO PMO	\$ 11.938,80	\$ 42.069,23	252%

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 aumentan muy por debajo del valor global del PMO y de la inflación y son, con mucho, las grandes perjudicadas ya desde hace varios años.

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.

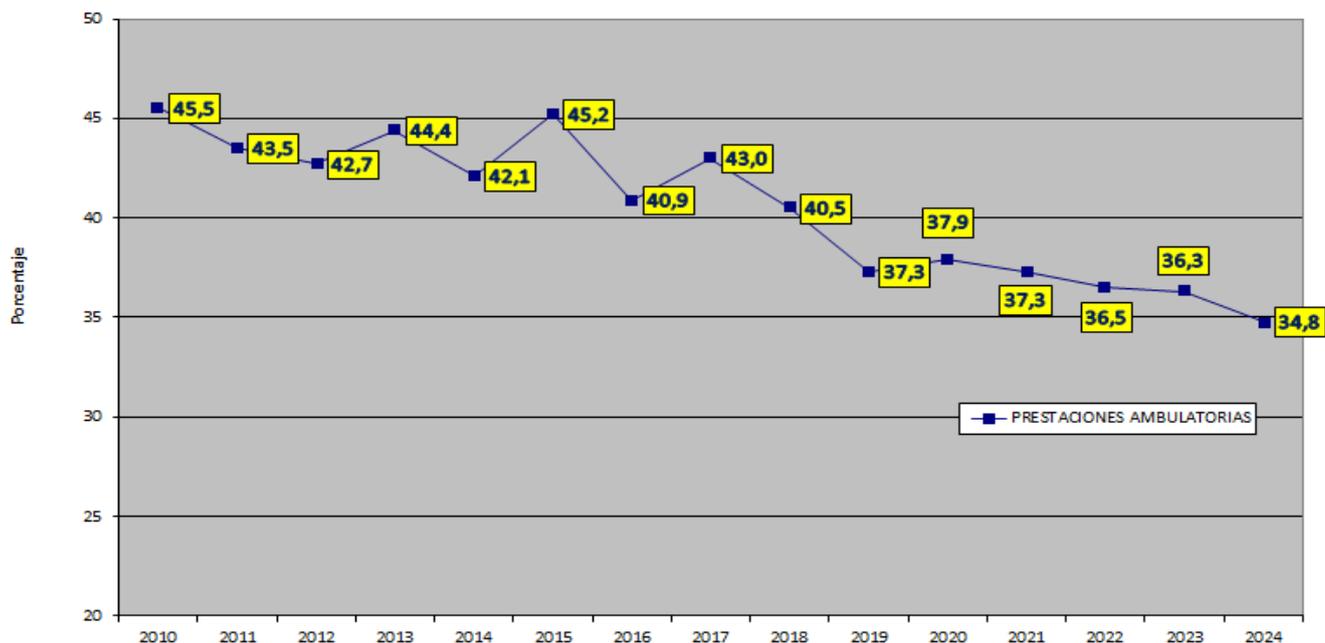
GRÁFICO N°3



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

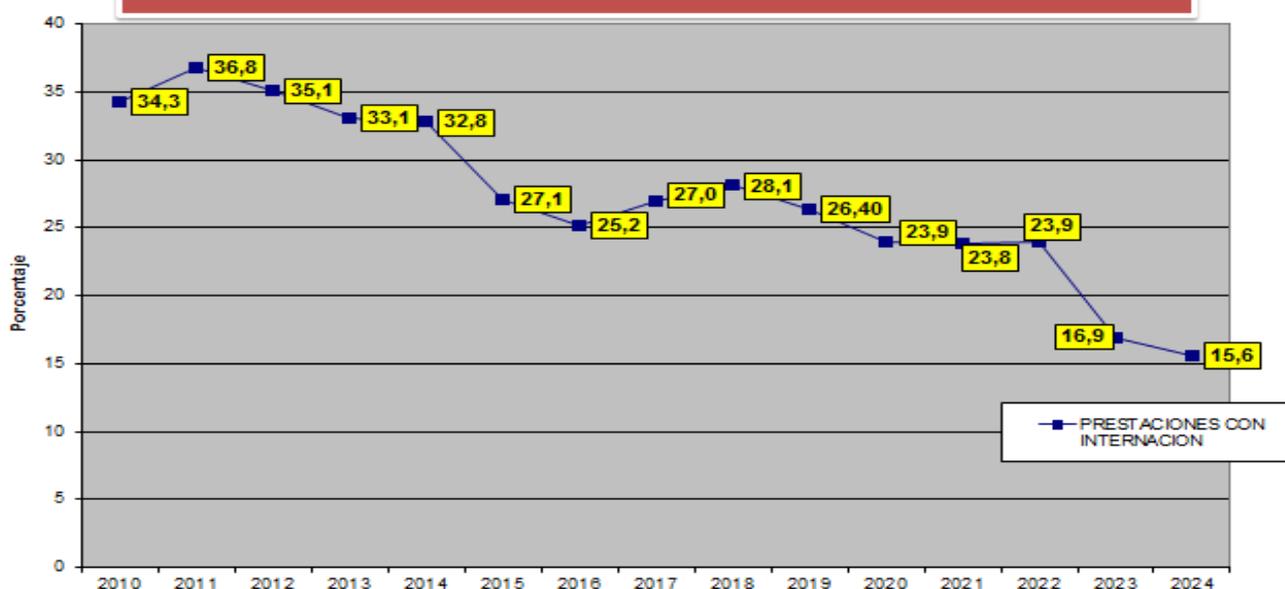
PRESTACIONES AMBULATORIAS
PORCENTAJE DE LA PARTICIPACION EN EL COSTO DEL PMO FINANCIADO POR LOS AGENTES DE SALUD.
EVOLUCIÓN



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

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



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.

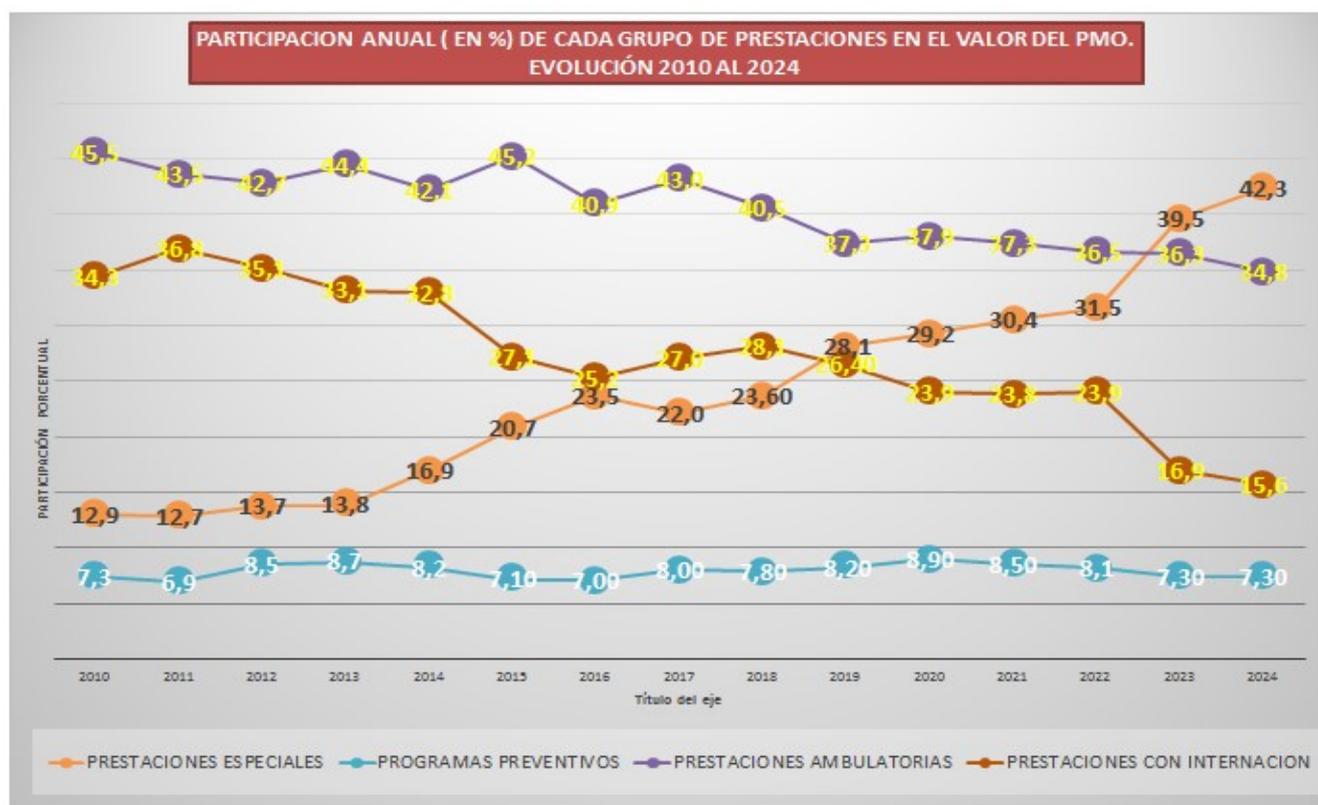
GRÁFICO N°6



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 (casi 20 puntos) una meseta en programas preventivos y un fuerte incremento en las prestaciones especiales que han pasado de un 12,9% en 2010 al 42,3% en 2024.

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 (265%) y Diabetes (solo en Insulinas 400%). En medicamentos ambulatorios que si bien no forma parte del rubro Prestaciones especiales, sino del de Prestaciones en Ambulatorio, se ha marcado un incremento del 287%.

O sea, en todo el PMO el rubro Medicamentos ha aumentado por encima del promedio.

Si bien puntualmente algún otro renglón del PMO pudo haber superado la media del mismo, (ejemplo algún sector de Salud Mental y de prácticas en consultas especializadas) 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.

COEFICIENTE DE CORRECCIÓN

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

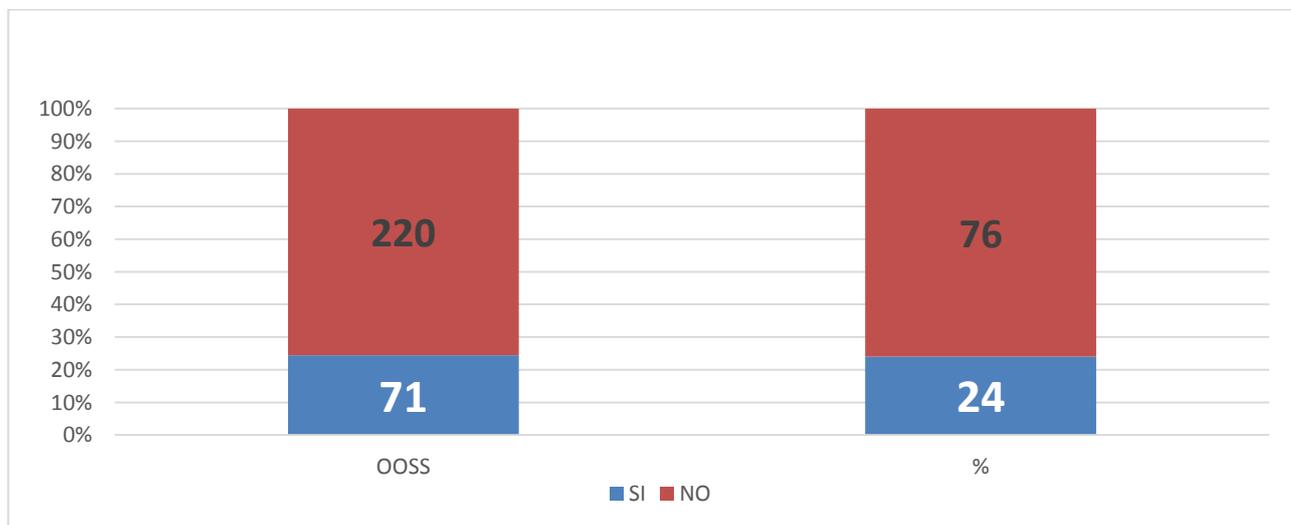
COMPARACIÓN ENTRE EL VALOR DEL PMO Y LA RECAUDACIÓN DE LAS OSN.

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 2024 (\$42069,23 sin gastos de administración) con la recaudación promedio por cada beneficiario del universo de OSN.

Dicho promedio, de acuerdo a los datos de la S.S.S sobre número de beneficiarios y AFIP respecto a recaudación por aportes y contribuciones, alcanza los \$32816 (lo que representa el 78% del valor del PMO) debiéndose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de aportes y contribuciones durante el mes de junio 2024.

Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, (Sobre 291 OSN) al desagregar dicha información por OS vemos que solamente un 24% de dichas instituciones (71 OSN) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita, mientras que el 76% restante (220 OSN) no alcanza el valor del PMO (Gráfico N°8).

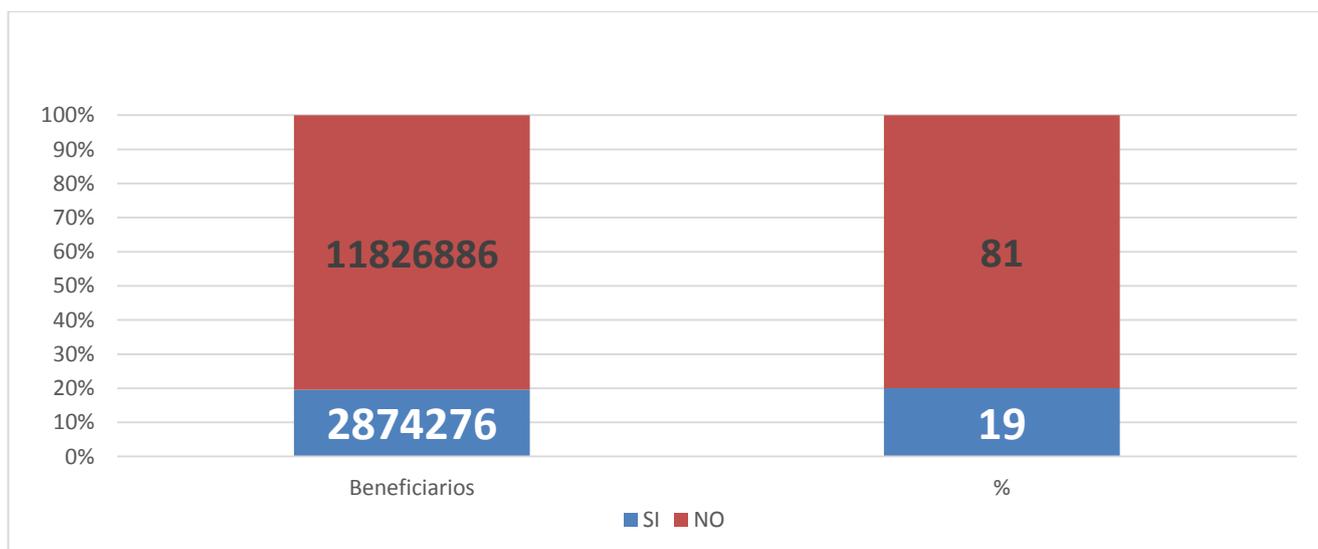
**Cantidad y porcentaje de obras sociales que pueden cubrir el PMO
Ingresos netos por aportes y contribuciones *exclusivamente***



En términos de beneficiarios, las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO, dan cobertura solamente al 19% de los mismos mientras las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 81% 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 29% de dichas instituciones (85 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 (Gráficos N°10 y 11).

GRÁFICO N°10

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

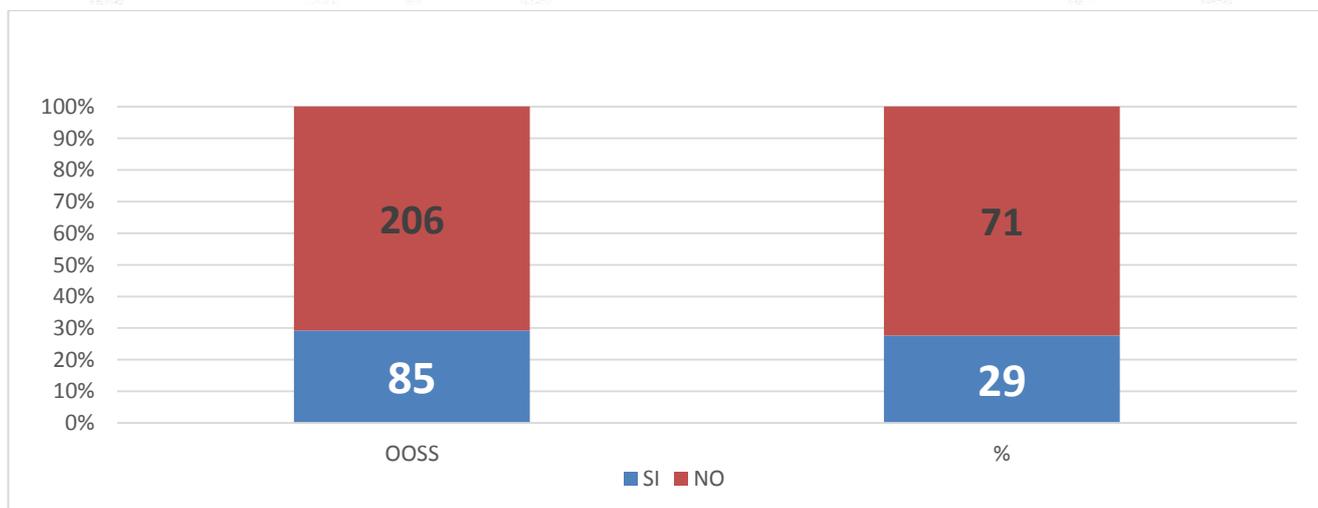
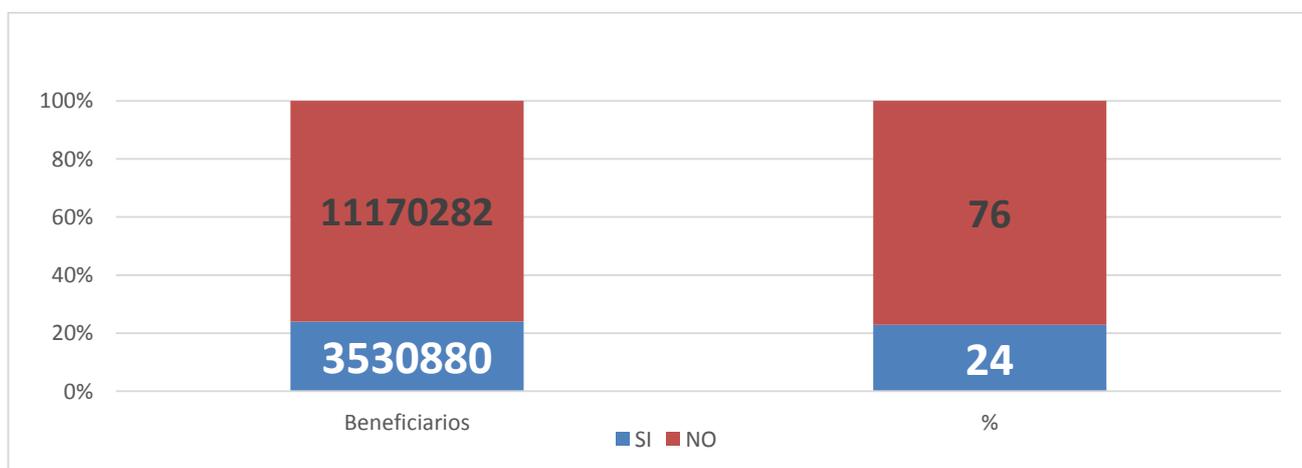


GRÁFICO N°11

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

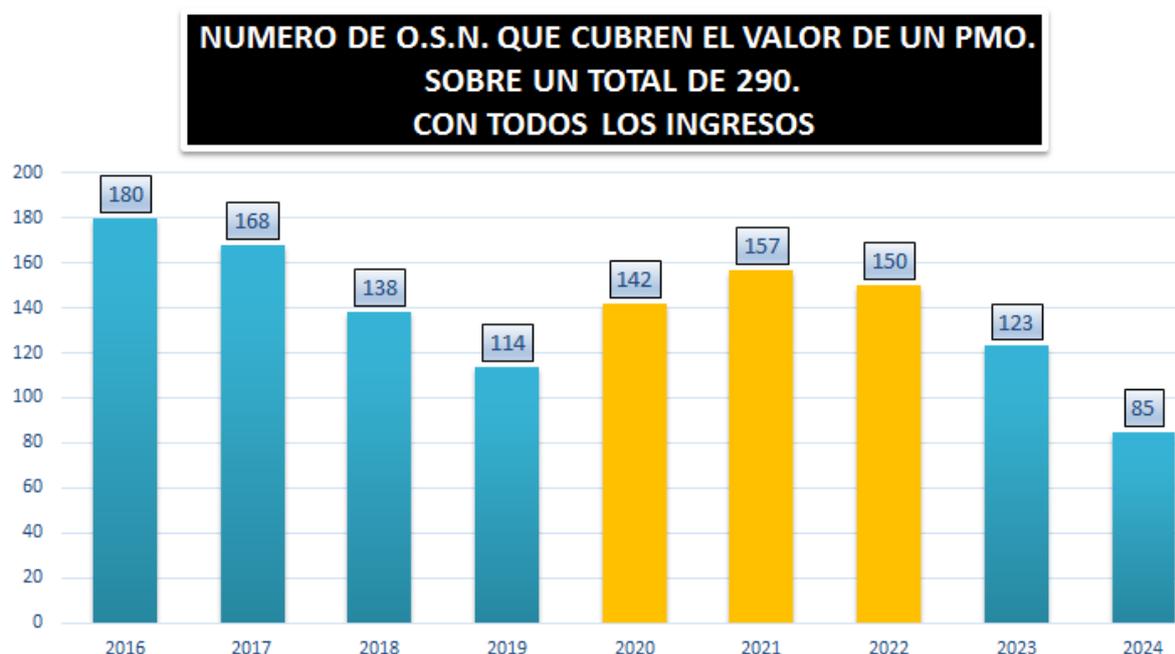


En términos de beneficiarios, las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO dan cobertura solamente al 24% de los mismos mientras las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 76% de los beneficiarios del sistema.

GRÁFICO N°12

Número de obras sociales que recaudan lo suficiente para cubrir el PMO (2016-2024).

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



Este año (31 julio 2023 al 31 de julio 2024) el costo del PMO obtenido, alcanza un valor levemente por debajo de la inflación. Se repite lo ocurrido los años 2020/2021/2022, aunque en la época de pandemia, se recibieron aportes extraordinarios.

19 obras sociales más no han podido cubrir el PMO respecto al 2023. 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 año 2023 al sumar los ingresos por subsidios y reintegros pasaban a cubrir el PMO de 90 a 179 Obras Sociales y casi 2960000 beneficiarios más. En este 2024 pasan de 71 a 85 Obras Sociales, y sólo 660000 beneficiarios más.

El FSR representa alrededor del 15% de los fondos que ingresan al sistema por aportes y contribuciones y su distribución desde enero a mayo 2024 inclusive fue la siguiente: SANO: 0,7%, SUMA: 19,9%, SUMARTE: 9,1%, SUMA 65: 7,3%, INTEGRACIÓN: 61,5 % y para el SUR/SURGE: solo el 1,6%.

El total de lo distribuido aumentó alrededor de un 150% contra una inflación en igual período mayor a 270%.

Si analizamos año 2023 contra los primeros meses del 2024, más allá de la disminución del monto total distribuido, en los porcentajes han disminuido claramente el SANO (seguramente el mecanismo de distribución más justificado) y el SUR/SURGE.

Además, lo distribuido en SUR/SURGE es por prestaciones realizadas mucho tiempo atrás, por lo que los valores a los que se reintegran (el escaso porcentaje que se hace) son mínimos en relación a la inflación y al aumento de precios de las tecnologías de alto costo o precio.

Del análisis de estos datos surge que los mecanismos de redistribución del FSR (más allá del cambio positivo que se generó en el SUMA), no cumplen con el objetivo con que han sido creados, por lo que el examen y corrección de los mismos pasa a ser otro elemento sustancial.

ESTIMACIÓN DEL GASTO PARA GARANTIZAR COBERTURA DEL PMO.

Actualización 31 de Julio 2024

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	\$ 5.600	\$ 116,67	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,36000	\$ 7.540	\$ 226,20	\$ -	\$ -
ECOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,10000	\$ 8.990	\$ 74,92	\$ -	\$ -
PSICOPROFILASIS	CONSULTA	0,16000	\$ 6.320	\$ 84,27	\$ -	\$ -
INMUNIZACION	GASTO	0,02000	\$ 72.430	\$ 120,72	\$ -	\$ -
INFANTIL						
CONSULTA	CONSULTA	0,21000	\$ 5.600	\$ 98,00	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,04000	\$ 12.930	\$ 43,10	\$ -	\$ -
LECHE MEDICAM.	GASTO	0,00131	\$ 660.400	\$ 72,09	\$ -	\$ -
INMUNIZACION	GASTO	0,02200	\$ 862.180	\$ 1.580,66	\$ -	\$ -
PROGRAMAS ONCOLOGICOS (PREVENCION DE CA DE MAMA, UTERO, PRÓSTATA Y OTROS)						
CONSULTA	CONSULTA	0,20000	\$ 5.600	\$ 93,33	\$ -	\$ -
PAPANICOLAU	ESTUDIO	0,30000	\$ 5.550	\$ 138,75	\$ -	\$ -
COLPOSCOPIA	ESTUDIO	0,10000	\$ 4.700	\$ 39,17	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,04000	\$ 6.490	\$ 21,63	\$ -	\$ -
MAMOGRAFIA	ESTUDIO	0,10000	\$ 10.300	\$ 85,83	\$ -	\$ -
OTROS	ESTUDIO	0,10000	\$ 4.480	\$ 37,33	\$ -	\$ -
ODONTOLOGIA PREVENTIVA	CONSULTA	0,10000	\$ 13.100	\$ 109,17	\$ -	\$ -
PROGRAMA SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE						
CONSULTA	CONSULTA	0,01350	\$ 5.600	\$ 6,30	\$ -	\$ -
METODOS ANTICONCEPTIVOS	GASTO	0,00970	\$ 15.700	\$ 12,69	\$ -	\$ -
PROGRAMA DE SALUD MENTAL	CONSULTA	0,15000	\$ 8.900	\$ 111,25	\$ -	\$ -
SUBTOTAL PROGRAMAS PREVENTIVOS				\$ 3.072,08	\$ -	\$ -
PRESTACIONES AMBULATORIAS						
CONSULTAS EN GENERAL						
MEDICO GENERALISTA, CLINICO Y/O PEDIATRA	CONSULTA	1,87000	\$ 6.600	\$ 1.028,50	\$ 446,00	\$ 223,00
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	CONSULTA	2,02000	\$ 9.400	\$ 1.582,33	\$ 903,28	\$ 451,64
CONSULTAS EN SALUD MENTAL						
PSICOLOGIA	CONSULTA	0,31000	\$ 8.900	\$ 229,92	\$ 73,94	\$ 36,97
PSIQUIATRIA	CONSULTA	0,07000	\$ 17.900	\$ 104,42	\$ 16,70	\$ 8,35
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	CONSULTA	0,00040	\$ 12.300	\$ 0,41	\$ 0,10	\$ 0,05
LABORATORIO						
PRACTICAS BIOQUIMICAS HASTA 5 UB (NBU) (INCLUYE ACTO BIOQUIMICO)	DETERMINACION	4,48000	\$ 1.935	\$ 722,40	\$ 667,89	\$ 333,95
PRACTICAS BIOQUIMICAS DE MAS DE 5 UB (NBU), INCLUYE ACTO BIOQUIMICO	DETERMINACION	0,55000	\$ 9.185	\$ 420,98	\$ 82,00	\$ 41,00
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES						
ECODIAGNÓSTICO						
ECOCARDIOGRAMAS	ESTUDIO	0,02700	\$ 32.700	\$ 73,58	\$ 4,03	\$ 2,01
ECODOPPLER	ESTUDIO	0,05100	\$ 39.800	\$ 169,15	\$ 15,20	\$ 7,60
ECOGRAFIAS	ESTUDIO	0,30000	\$ 8.990	\$ 224,75	\$ 44,73	\$ 22,36
RADIOLOGÍA (INCLUYE MEDICAMENTOS)						
RX CONTRASTADA	ESTUDIO	0,05700	\$ 23.850	\$ 113,29	\$ 16,99	\$ 8,49
RX SIMPLE	ESTUDIO	0,91000	\$ 3.730	\$ 282,86	\$ 135,67	\$ 67,83
MAMOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,11200	\$ 10.300	\$ 96,13	\$ 16,70	\$ 8,35

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						
OTRAS PRACTICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN						
CAMARA GAMMA (INCLUYE MATERIAL RADIOACTIVO)	ESTUDIO	0,04000	\$ 88.200	\$ 294,00	\$ 29,81	\$ 14,91
TAC (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE TAC MULTISLICE, ANNGIOTOMOGRAFIAS, TAC HELICOIDAL, PET, ETC,	ESTUDIO	0,05120	\$ 50.630	\$ 216,02	\$ 38,16	\$ 19,08
RMN (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE ANGIORESONANCIAS, COLAGIRESONANCIAS, ETC.	ESTUDIO	0,04980	\$ 71.500	\$ 296,73	\$ 37,11	\$ 18,56
DENSITOMETRIA	ESTUDIO	0,00527	\$ 21.240	\$ 9,32	\$ 0,79	\$ 0,39
PRACTICAS EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS						
CARDIOLOGÍA	PRACTICAS	0,05600	\$ 21.800	\$ 101,73	\$ 25,04	\$ 12,52
GASTROENTEROLOGIA	PRACTICAS	0,01320	\$ 115.450	\$ 127,00	\$ 5,90	\$ 2,95
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	PRACTICAS	0,01200	\$ 16.850	\$ 16,85	\$ 5,37	\$ 2,68
NEUMONOLOGIA	PRACTICAS	0,00905	\$ 17.560	\$ 13,24	\$ 4,05	\$ 2,02
NEUROLOGIA	PRACTICAS	0,01580	\$ 40.200	\$ 52,93	\$ 7,07	\$ 3,53
ORL	PRACTICAS	0,02040	\$ 20.530	\$ 34,90	\$ 9,12	\$ 4,56
OFTALMOLOGIA (INCLUYE RFG Y ESTUDIOS)	PRACTICAS	0,03200	\$ 29.740	\$ 79,31	\$ 14,31	\$ 7,15
UROLOGIA	PRACTICAS	0,00400	\$ 21.600	\$ 7,20	\$ 1,79	\$ 0,89
DERMATOLOGIA	PRACTICAS	0,01000	\$ 17.300	\$ 14,42	\$ 4,47	\$ 2,24
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	PRACTICAS	0,00750	\$ 12.920	\$ 8,08	\$ 3,35	\$ 1,68
ANATOMIA PATOLOGICA	PRACTICAS	0,01460	\$ 43.520	\$ 52,95	\$ 6,53	\$ 3,26
HEMOTERAPIA	PRACTICAS	0,02500	\$ 61.900	\$ 128,96	\$ 11,18	\$ 5,59
GENETICA HUMANA	PRACTICAS	0,00200	\$ 109.800	\$ 18,30	\$ 0,89	\$ 0,45
ALERGIA	PRACTICAS	0,01300	\$ 20.650	\$ 22,37	\$ 5,81	\$ 2,91
QUIRURGICAS AMBULATORIAS	PRACTICAS	0,01750	\$ 84.250	\$ 122,86	\$ 7,83	\$ 3,91
OTRAS PRACTICAS	PRACTICAS	0,05000	\$ 6.345	\$ 26,44	\$ 22,36	\$ 11,18
BIOPSIAS GUIADAS	PRACTICAS	0,00153	\$ 114.430	\$ 14,59	\$ 0,68	\$ 0,34
ODONTOLOGIA						
CONSULTAS	CONSULTA	1,01600	\$ 13.100	\$ 1.109,13	\$ 227,12	\$ 113,56
PRACTICAS	PRACTICAS	0,40640	\$ 39.810	\$ 1.348,23	\$ 121,11	\$ 60,55
MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO	RECETAS	3,00000	\$ 32.750	\$ 5.076,21	\$ 3.111,23	\$ 3.111,23
REHABILITACION	PRACTICAS	0,96200	\$ 4.850	\$ 388,81	\$ 143,42	\$ 71,71
SUBTOTAL PRESTACIONES AMBULATORIAS				\$ 14.629,29	\$ 6.267,67	\$ 4.689,45

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, NEUROCIURUGIA, C/MEDICAMENTOS	EGRESOS	0,09150	\$ 785.066	\$ 5.986,13	\$ -	\$ -
INTERVENCION EN INTERNACIONES CARDIOVASCULARES						
HEMODINAMIAS	PRACTICAS	0,00052	\$ 296.500	\$ 12,85	\$ -	\$ -
ANGIOPLASTIAS CENTRALES Y PERIFERICAS	PRACTICAS	0,00014	\$ 1.345.000	\$ 15,69	\$ -	\$ -
CIRUGIAS DE CORAZON, PERICARDIO Y GRANDES VASOS	PRACTICAS	0,00020	\$ 2.462.000	\$ 40,83	\$ -	\$ -
CIRUGIAS DE CORAZON Y GRANDES VASOS INFANTIL	PRACTICAS	0,00005	\$ 2.585.100	\$ 9,91	\$ -	\$ -
COLOCACION DE MARCAPASOS	PRACTICAS	0,00031	\$ 432.000	\$ 11,16	\$ -	\$ -
VASCULAR PERIFERICA	PRACTICAS	0,00004	\$ 1.062.500	\$ 3,19	\$ -	\$ -
INTERNAC P/ TRATAMIENTO DE GRANDES QUEMADOS	EGRESOS	0,00001	\$ 3.095.200	\$ 3,74	\$ -	\$ -
INTERNAC SANATORIAL PARA CUIDADOS PALIATIVOS	EGRESOS	0,00004	\$ 4.537.960	\$ 15,13	\$ -	\$ -
INTERNACION EN SALUD MENTAL						
HOSPITAL DE DIA						
EN CLINICAS	EGRESOS	0,00050	\$ 729.300	\$ 30,39	\$ -	\$ -
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	EGRESOS	0,00132	\$ 586.100	\$ 64,47	\$ -	\$ -
EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS	EGRESOS	0,00168	\$ 600.180	\$ 84,03	\$ -	\$ -
INTERNACION PSIQUIATRICA						
EN CLINICAS	EGRESOS	0,00117	\$ 1.690.900	\$ 164,30	\$ -	\$ -
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	EGRESOS	0,00080	\$ 1.050.500	\$ 70,03	\$ -	\$ -
INTERNAC DOMICILIARIA (INCLUYE CUIDADOS PALIATIVOS DOMIC)	EGRESOS	0,00060	\$ 1.134.100	\$ 56,71	\$ -	\$ -
SUBTOTAL PRESTACIONES CON INTERNACIÓN				\$ 6.568,54	\$ -	\$ -
PRESTACIONES ESPECIALES						
AMBULANCIAS, TRASLADOS, EMERGENCIAS						
TRASLADOS SIN MEDICO	TRASLADOS	0,09750	\$ 31.530	\$ 256,18	\$ -	\$ -
TRASLADO CON MEDICO SIMPLE	TRASLADOS	0,03203	\$ 60.140	\$ 160,52	\$ -	\$ -
TRASLADO CON MEDICO UTIM	TRASLADOS	0,02047	\$ 111.890	\$ 190,87	\$ -	\$ -
VISITAS A DOMICILIO (VERDE)	CONSULTA	0,21300	\$ 32.000	\$ 568,00	\$ 190,49	\$ 95,25
URGENCIAS Y EMERGENCIAS (ROJO+AMARILLO)	TRASLADOS	0,03700	\$ 109.550	\$ 337,78	\$ -	\$ -
PROTESIS , ORTESIS , IMPLANTES						
PROTESIS TRAUMATOLOGICAS	INSUMO	0,00488	\$ 647.400	\$ 263,28	\$ -	\$ -
VASCULARES	INSUMO	0,00085	\$ 2.060.400	\$ 145,95	\$ -	\$ -
NEUROLOGICAS	INSUMO	0,00027	\$ 2.602.400	\$ 58,55	\$ -	\$ -
CIRUGIA GENERAL	INSUMO	0,00353	\$ 303.850	\$ 89,38	\$ -	\$ -
UROLOGICAS	INSUMO	0,00092	\$ 525.260	\$ 40,27	\$ -	\$ -
OTRAS	INSUMO	0,00044	\$ 1.653.470	\$ 60,63	\$ -	\$ -
ORTESIS	INSUMO	0,00350	\$ 155.870	\$ 22,73	\$ 22,73	\$ 22,73
LENTE INTRAOCULARES	INSUMO	0,00006	\$ 47.040	\$ 0,23	\$ -	\$ -
MARCAPASOS Y CARDIODESFIBRILADORES	INSUMO	0,00006	\$ 2.755.000	\$ 13,09	\$ -	\$ -
IMPLANTE COCLEAR	INSUMO	0,00002	\$ 23.550.000	\$ 32,58	\$ -	\$ -
OTOAMPLIFONOS Y PROTESIS	INSUMO	0,00054	\$ 506.940	\$ 22,81	\$ -	\$ -

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						
LITOTRIPSIA	PRACTICAS	0,00049	\$ 529.600	\$ 21,40	\$ -	\$ -
OPTICA	PRACTICAS	0,01090	\$ 25.900	\$ 23,53	\$ -	\$ -
DIALISIS CRONICA	PACIENTES	0,00033	\$ 29.520.000	\$ 811,80	\$ -	\$ -
TERAPIA RADIANTE						
BRAQUITERAPIA	PRACTICAS	0,00011	\$ 1.450.000	\$ 13,20	\$ -	\$ -
RADIOTERAPIA TRIDIMENSIONAL	PRACTICAS	0,00105	\$ 1.840.000	\$ 161,00	\$ -	\$ -
RADIOTERAPIA IMRT	PRACTICAS	0,00045	\$ 2.460.600	\$ 92,27	\$ -	\$ -
PRETRANSPLANTE, TRANSPLANTE Y POST-TRANSPLANTE	PRACTICAS	0,00010	\$ 14.970.000	\$ 124,75	\$ -	\$ -
EMBOLIZACIONES	PRACTICAS	0,00012	\$ 2.383.100	\$ 23,24	\$ -	\$ -
DISCAPACITADOS	PRESTACIONES	0,06770	\$ 517.560	\$ 2.919,90	\$ -	\$ -
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	\$ 1.059.420	\$ 8.298,79	\$ -	\$ -
DIABETES						
INSULINODEPENDIENTES						
INSULINAS	UNIDADES DISPENSADAS	0,09220	\$ 256.810	\$ 1.973,16	\$ -	\$ -
ACCESORIOS	UNIDADES DISPENSADAS	0,10850	\$ 64.400	\$ 582,28	\$ -	\$ -
ANALOGOS GLP1 Y GLUCAGON	UNIDADES DISPENSADAS	0,00208	\$ 312.800	\$ 54,22	\$ -	\$ -
OBESIDAD	PRACTICAS	0,00009	\$ 2.170.000	\$ 16,28	\$ -	\$ -
FERTILIZACION	PRACTICAS	0,00540	\$ 934.830	\$ 420,67	\$ -	\$ -
SUBTOTAL PRESTACIONES ESPECIALES				\$ 17.799,32	\$ 213,22	\$ 117,98
TOTAL GASTO PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO				\$ 42.069,23	\$ 6.480,90	\$ 4.807,43

VALOR DEL PMO CON COSEGURO AL 100% **\$ 48.550,13**

VALOR DEL PMO CON COSEGURO AL 50% **\$ 46.876,66**

CONCLUSIONES

Este trabajo corresponde a la decimocuarta 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 referimos 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, aunque se ha podido iniciar el análisis en algunas Obras Sociales Provinciales, análisis que pretendemos perfeccionar durante el próximo período hasta la nueva actualización.

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 provenientes de la S.S.S.

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

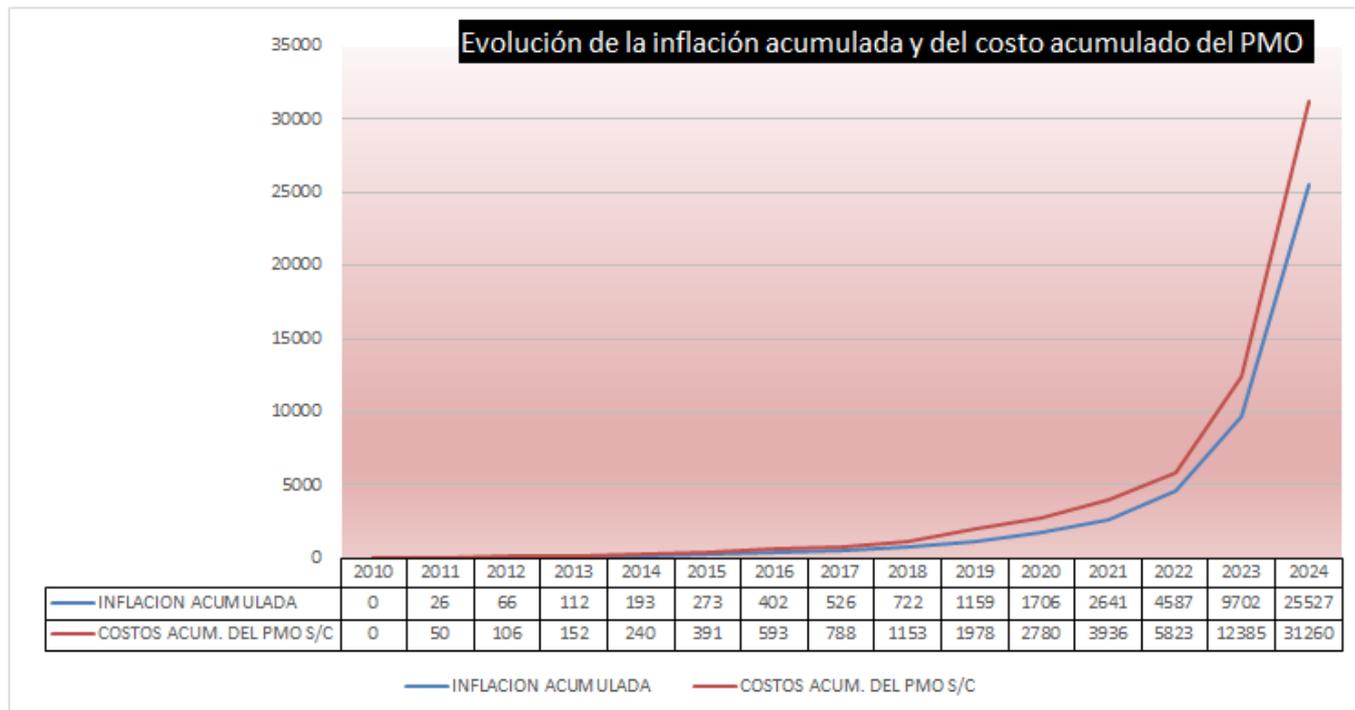
Es necesario reiterar, como lo venimos haciendo año a año, y lo señalamos en el prólogo, que es necesario tomar acciones de fondo, estructurales, en el Sistema de Salud Argentino y al mismo tiempo hacer viable al sector del Seguro Social que es la columna vertebral del mismo. Con los ingresos por aportes y contribuciones no se puede pretender seguir cubriendo la totalidad de prestaciones de la canasta conocida como PMO, y en el caso de mantener el formato del PMO actual, las prestaciones SU de discapacidad y el gasto catastrófico, sobre todo en medicamentos, debería estar fuera de cobertura por este mecanismo.

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 2024, para una inflación acumulada del 25527,5% se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 31259,7%. Es decir que en 12 años el valor del PMO ha superado holgadamente a la inflación, más allá que este año ha tenido un incremento ligeramente por debajo de la inflación.

Debe tenerse en cuenta que en los tres períodos marcados especialmente los costos del PMO fueron inferiores a la inflación informada, lo que acercó las curvas. El 2023 volvieron a separarse y este año son casi similares al año anterior.

GRÁFICO N° 13



Fuente: elaboración propia.

Sin considerar 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 252%.

El aporte promedio como gasto de bolsillo representa entre un 10 y un 13% del costo total del PMO 2024, 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.

Se adjunta a continuación la TABLA N° 3 en la que se analiza, actualizado a julio 2024, el peso de los medicamentos en cada grupo de prestaciones del PMO, y el impacto final en el PMO, con o sin co-seguros.

TABLA N° 3

INCIDENCIA MEDICAMENTOS EN EL PMO				
Concepto	Capita Mensual	Con Coseguro	Total	Estr del Gasto
en Programas Preventivos	\$ 1.786,16	\$ -	\$ 1.786,16	8%
en Ambulatorio	\$ 5.076,21	\$ 3.111,23	\$ 8.187,44	38%
en Internación	\$ 1.496,53	\$ -	\$ 1.496,53	7%
en Prestaciones Especiales	\$ 10.271,95	\$ -	\$ 10.271,95	47%
Totales	\$ 18.630,86	\$ 3.111,23	\$ 21.742,09	100,0%
Impacto sobre el PMO	44%		52%	

De esa misma tabla surge que los medicamentos en ambulatorio representan el 19% del costo del PMO global y el 38% del gasto en medicamentos del PMO. Los medicamentos especiales más diabetes insulínica el 24% del costo total del PMO y el 47% del gasto en medicamentos del mismo.

Sumando todos los medicamentos y sin considerar lo que paga de su bolsillo el beneficiario en lo ambulatorio, los medicamentos representan el 44% del costo del PMO y si sumamos el 38% promedio que paga el beneficiario por co-seguro en ambulatorio, el peso del medicamento se encuentra en el 52% del valor total del PMO. Huelgan las palabras para remarcar otro elemento a abordar con premura.

Según el análisis que hacemos en este trabajo para el 2024, el ingreso per cápita promedio para las diferentes OSN por aportes y contribuciones se ha estimado en \$ 32816 (lo que representa el 78% del valor del PMO) debiéndose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de aportes y contribuciones solamente durante el mes de junio 2024.

Ello da como resultado que con estos aportes solo un 24% de las OOS (19% 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) sólo el 29% de las OOSS sindicales (24% de beneficiarios) tienen los fondos suficientes para cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.

Véase como año a año los mecanismos de redistribución impactan menos en la posibilidad de mayor cobertura de OSN. Sólo 14 O. Sociales y 600000 beneficiarios más 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 los costos en salud se encuentran por debajo de la inflación del período.

Los aranceles actualizados recibidos por el sector privado no han podido compensar el aumento de sus costos en salud. En determinados rubros como en internación de agudos, existe una gran dispersión de valores, muchos de los cuales seguramente han sido pactados sin tener en cuenta los costos previsionales ni impositivos, al igual que los considerados para los honorarios profesionales. La situación del sector privado prestador es cada vez más acuciante y empeora año a año.

Según nuestra metodología de análisis donde tomamos los precios que efectivamente pagan los financiadores a los prestadores, hay un sector, y eso se visualiza claramente

en esta investigación, que está financiando parte del desfasaje. Los ingresos para financiar el Sector del Seguro Social Obligatorio no alcanzan (tal como lo mostramos en el análisis) y es el Sector Privado prestador quien absorbe parte del déficit, existiendo al mismo tiempo una innegable e inevitable caída de la calidad.

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 octubre 2024) financiado por los Agentes de Salud, a partir del valor obtenido a fin de julio 2024 en esta investigación. Se tomó en cuenta una fórmula ponderada que se ha desarrollado a tal efecto.

Queremos resaltar, como prueba ya referida, que existe una diferencia en los valores obtenidos para el período julio 2023/julio 2024, 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 2023 el valor resultante a julio 24 del PMO financiado por los agentes de salud, sería de \$46001,75 o sea un 9% por encima 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 31 de octubre del 2024 el valor actualizado sería de \$48677,76 o sea, un incremento del alrededor del 15% respecto a los valores surgidos de este estudio al 31 de julio 2024.

En esta adenda final, también, se ha realizado, como el año anterior, y sólo como pauta, una simulación o inferencia de lo que ocurriría de limitar algunas inclusiones obligatorias del PMO, tal como se presenta en la actualidad.

Comparamos 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, como valor aproximado, representa lo correspondiente a Prestaciones Educativas y a transporte del total del SU.

TABLA N° 4**ALTERNATIVA PMO - DISCAP AL 50% - MED ESP y DBT INSULINODEPENDIENTE**

CONCEPTO	PMO S/COSEG
PMO SIN COSEGUROS	\$ 42.069,23
MENOS DISCAPACIDAD AL 50%	\$ 1.459,95
MENOS MEDIC ESP y DBT 1	\$ 10.271,95
COSTO PMO	\$ 30.337,33

El ingreso per cápita promedio para las diferentes OSN por aportes y contribuciones se ha estimado en \$32816. La simulación muestra que con esas dos acciones y una mejoría del sistema de redistribución del FSR, se podría alcanzar a la fecha de esta investigación un equilibrio del subsistema.

Se vuelve a remarcar que esta es sólo una simulación y que el análisis integral del programa de beneficios es la prioridad en el sistema. De cualquier forma, de seguirse con una canasta como la actual, estas dos medidas de fondo (ampliamente reclamadas por todos los agentes de salud) permitirían hacerlo sustentable hasta poner en marcha otro modelo.

ANEXO
LAS OBRAS SOCIALES PROVINCIALES.
INVESTIGACIÓN DEL COSTO DEL PMO EN ESAS ORGANIZACIONES.

CONCEPTOS GENERALES

Nuestro sector de Salud se caracteriza por coberturas segmentadas. Ese tipo de cobertura origina distintas modalidades de provisión de servicios, de grados de cobertura y de formas de financiamiento, lo que hace que la capacidad de respuesta está en relación a cada subsector encargado de la financiación y prestación de servicios. Se generan claras ineficiencias en el uso de los recursos e inequidades respecto al acceso a las prestaciones.

Según nuestra Constitución, la responsabilidad primaria en materia de regulación, financiamiento, provisión y control de acciones de salud recae sobre las provincias.

La Constitución Nacional, al mismo tiempo, asigna al Estado Nacional la responsabilidad primaria en materia de Seguridad Social.

Las provincias han delegado parte de sus tareas tanto en la Nación como en los Municipios. Por ejemplo, la Nación provee servicios de salud con algunos establecimientos propios de gran envergadura en algunas jurisdicciones.

La coordinación entre Nación y Provincias se instrumenta mediante el Consejo Federal de Salud (COFESA).

Si bien las escasas fuente de datos disponibles son variables, (influyen mucho las doble afiliaciones) en las jurisdicciones existe entre un 36 y un 38% de personas sin cobertura formal y un 16% amparada por las obras y servicios sociales provinciales (OSP). O sea que más del 52% de la población del país se encuentra bajo su gestión inmediata. En conclusión, y en promedio, más de uno de cada dos habitantes de cada provincia está bajo la responsabilidad del estado provincial en lo que hace a la ejecución directa de sus políticas de salud y aseguramiento social sanitario, independientemente de la modalidad prestacional elegida.

Ese 52% de la población no tiene por ley obligación de cobertura en base al PMO actual. El PMO es obligatorio sólo para las OSN y EMP.

Características de las Obras Sociales Provinciales

Las Obras Sociales Provinciales (O.S.P.) forman parte del Subsector de Seguridad Social, y dentro del mismo lo que se conoce como Seguros Sociales Obligatorios.

Las OSP cubren aproximadamente a 7,2 millones de personas, 16% de la población Nacional y representan alrededor del 11% del gasto total de salud.

Se diferencian de las Obras Sociales del Sistema Nacional de Seguros de Salud, en el hecho que cada Provincia ha creado su propia Obra Social a partir de una legislación específica de la misma, y dependen de las políticas que fija cada Estado Provincial.

La mayoría de las OSP son entidades autárquicas que, si bien se encuentran bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud de cada Provincia, actúan en forma autónoma y no consolidan en el presupuesto provincial.

La Superintendencia de Seguros de Salud no tiene injerencia sobre estas entidades y solo son auditadas por los Tribunales de Cuenta de cada jurisdicción.

Las Obras Sociales Provinciales (OSP) no cuentan con ningún mecanismo como el FSR o similar y frente al evento, lo cubren a través de contrataciones con prestadores o proveedores en forma individual.

Brindan fundamentalmente prestaciones de Salud (medico asistenciales), teniendo como marco de referencia al PMO, aunque no están obligadas al mismo. Algunas OSP también brindan prestaciones sociales a sus beneficiarios.

Cubren la salud a los empleados en relación de dependencia, empresas y organismos descentralizados, municipios y comunas, a los jubilados de cajas provinciales de previsión social y a adherentes voluntarios bajo condiciones específicas. La afiliación se hace extensiva al núcleo familiar primario.

Tienen una composición etaria diferente. Tienen población mayor de 65 años superior al 10% del total en promedio.

Una de las características de las Obras Sociales Provinciales es que no existe libertad de elección a diferencia de lo que ocurre en el sistema de Obras Sociales Nacionales.

Las afiliaciones dependen, fundamentalmente, de las altas y bajas que se presenten en el nivel de empleo de los agentes provinciales.

Su financiamiento se hace con los aportes de los trabajadores en proporción a su salario y las contribuciones del Estado Provincial en su rol de empleador. Los aportes y contribuciones son variables según cada O.S.P. y van del 8 al 14%, con un promedio del 10,4%.

Otra fuente de ingresos corresponde al cobro de co-seguros, que en su mayoría están contemplados en sus normas y son variables según cada una de ellas.

En caso de déficit (cosa muy frecuente), está contemplado el financiamiento de las deudas de las OSP, por parte del estado Provincial.

Participan en promedio en un 33% del gasto público provincial y municipal en salud.

Respecto a la posibilidad de cobertura del PMO, en el año 2021 se realizó una actualización de lo realizado en 2019 por Torres y Col. (sobre 21 OSP). El promedio de ingresos de las O.S.P al 2021 fue de \$3742,5 por beneficiario y por mes, sin considerar coseguros ni gastos de administración. Sólo 5 OSP cubrían el valor del PMO elaborado y presentado por nosotros para las OSN, ese mismo año.

El porcentaje de población cubierta por OSP respecto de la población total asegurada es en promedio de un 23%, variando desde un 7% en CABA al 44% en Santa Cruz.

Se agrupan en el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA).

El 53% de los afiliados a las obras sociales provinciales se aglutinan en sólo cuatro jurisdicciones: Buenos Aires, Mendoza, Córdoba y Santa Fe.

Objetivo de la Investigación:

Desde la primera investigación realizada en 2010 a la fecha, se ha pretendido realizar el análisis del Costo del PMO en el interior de nuestro país, lo cual se dificultaba por la ausencia de información fiable y oportuna a disposición.

Desde hace un tiempo y gracias a un impulso de las autoridades de la COSSPRA y la participación activa de algunas Obras Sociales Provinciales, se ha podido comenzar a analizar el impacto que tiene el PMO actual en dichas Obras Sociales.

Claramente se ha entendido que, para esas organizaciones no obligadas por ley, pero si por la realidad, costear el PMO es una herramienta esencial para la gestión, al permitir

elaborar presupuestos, permitir comparaciones, conocer gasto por productos, priorización en asignación de recursos, y hasta analizar qué tipo de prestaciones y servicios poder asegurar, con sus propios recursos, a sus beneficiarios.

Este trabajo fue iniciado en julio de este año y los datos se han recibido a partir de esa fecha, teniendo en cuenta que los precios debían ser al 31 de julio 2024. Los consumos, muchas veces tienen diferente formato de registro al de la grilla del PMO que analizamos año a año, por lo que se ha comenzado una tarea en conjunto para armonizarlos.

Como en muchos casos cubren prestaciones de salud por encima del PMO y además prestaciones sociales, en sus registros ha sido necesario depurarlas.

Es por ello que lo logrado a la fecha es solo una primera aproximación al análisis del Costo del PMO en esas organizaciones. La progresiva incorporación de otras OSP, y la magnitud y calidad de información recibida en muchos casos, permitirá investigar no sólo los resultados en las provincias sino también por regiones, entendiendo que existen en muchas de ellas realidades socio-sanitarias, epidemiológicas y prestacionales similares.

RESULTADOS PRELIMINARES

- 1) En las prestaciones ambulatorias se ha observado en general una tasa de consultas variable entre 4 a 5,5 consultas por beneficiario/año. Como en la información recibida a la fecha, las consultas ambulatorias no se encuentran discriminadas por tipo, al sumar todas las del PMO que nosotros diferenciamos (preventivas, de médicos generalistas, de especialistas, electivas o de urgencia, etc.) el número que obtenemos en el PMO para O.S. Nacionales es de 4,8 consultas por beneficiario/año, o sea muy similar a las observadas en el PMO de las Obras Sociales Provinciales. En ambos casos sin considerar las correspondientes a Salud Mental, que son informadas en forma separada.*
- 2) En general en las OSP existe un caudal de beneficiarios mayores a 65 años, superior en promedio a los que tienen las OSN. Los consumos en estos rangos etarios son mayores.*
- 3) Las tasas de los estudios surgidos como consecuencia de las consultas, son disímiles en sus resultados. Sin embargo, existe una tendencia de tasas de uso de algunas*

prestaciones (Laboratorio, eco diagnóstico, TAC, RNM) claramente por encima de lo determinado en nuestro estudio del PMO. Hay que analizar el motivo, que posiblemente sea resultado del modelo de atención y contratación y de la composición de su población. Las OSP emplean en general una oferta muy amplia de prestadores y Los afiliados tienen libre elección de esa oferta.

- 4) En internación en establecimientos de agudos, las tasas de referencia son similares, y oscilan, como en el PMO que nosotros elaboramos en 0,09 egresos por beneficiario/año.
- 5) En las internaciones, el valor por egreso que surge en general, está hasta dos veces por encima del valor por egreso que surge del PMO para O.S. Nacionales. La evaluación de los motivos, van a ser un producto de la investigación en marcha. Al existir una tasa similar y un precio mayor, la cápita del rubro o renglón impacta mucho en el valor final del PMO para O.S.P. lo que es claramente diferente a lo que ocurre en el rubro en las O.S. Nacionales, donde el renglón ha perdido participación porcentual desde que iniciamos la investigación.
- 6) En el caso de Medicamentos de alto precio y diabetes los valores que se abonan por rubro, son en general por debajo del PVP, con variaciones según el tipo de medicamento (oncológico o de planes especiales). Los descuentos obtenidos son considerables. Las tasas de uso son más elevadas, aunque en el rubro, es importante discernir la canasta de medicamentos incorporados al mismo. Es otra línea de investigación en proceso.

Se analiza actualmente la información recibida y la que continuamente sigue llegando.

Debemos extremar el análisis del formato de carga en cada Obra Social y la posibilidad de realizar un proceso de homologación de códigos para poder comparar los resultados obtenidos.

Evidentemente, esta línea de investigación que se ha comenzado, impulsada por la COSSPRA, necesita un tiempo importante de análisis y esperamos que apenas existan resultados consolidados, se pueda proceder a su referencia a cada Obra Social y a su eventual publicación comparada.