



# PMO

## PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

ACTUALIZACIÓN JULIO 2025

DR. ERNESTO van der KOOY  
DR. RUBÉN TORRES  
DR. HÉCTOR PEZZELLA  
DR. ADOLFO CARRIL  
Cdor. RUBÉN RICARDO ROLDAN  
DR. SERGIO HORIS DEL PRETE  
DR. MARIO GLANC

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 2025

---

Autores

Dr. Ernesto van der Kooy.

Dr. Rubén Torres.

Dr. Héctor Pezzella.

Dr. Adolfo Carril.

Cdor. Rubén Ricardo Roldán.

Dr. Mario Glanc

Dr. Sergio Horis Del Prete

## **AUTORES:**

### **Dr. Ernesto van der Kooy**

*Médico. Diploma de Honor.*

*Especialista en administración de Establecimientos de Salud.*

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

*Presidente de Prosanity S.A. Consultora de Salud.*

*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.*

*Director General de Gestión Médico Operativa del Hospital Sirio Libanes. Julio 2025 a la fecha.*

*Profesor de la Cátedra de Estudios de los Sistemas y Organizaciones Sanitarias - USAL - marzo 2013 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).  
 Gerente General de la Clínica del Niño de Quilmes, mayo 2024.  
 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).  
 Máster en Política Económica Internacional (UB).  
 Graduado en Administración Estratégica (UBA).  
 Diplomado en Administración y Dirección Hospitalaria (CIESS-UNAM).  
 Trabajó en:  
 a) Fundación Favalaro (convenio BID-FF); b) Programa de Reconversión de Obras Sociales del Banco Mundial; c) Academia Nacional de Medicina; d) Consejo Federal de Inversiones; e) INSSJP, desempeñándose como responsable del Área de Estudios Económicos, Coordinador del convenio PNUD-INSSJP 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.

**Dr. Mario Glanc**

*Médico. Cardiólogo UBA Médico Sanitarista Magister en Salud Pública.*

*Magister en Economía y Gestión en Salud.*

*Doctor en Medicina. Área Salud Pública.*

*Director Académico IPEGSA Instituto de Políticas, Economía y Gestión en Salud.*

*Consultor y experto en sistemas de salud con desempeño en Argentina y Región Latinoamérica, particularmente en los procesos de reformas e implementación de políticas sanitarias en Argentina, Paraguay, México, Chile, Colombia, Ecuador y Perú.*

*Se desempeñó como:*

*Director de la Maestría y Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social Universidad Isalud, Bs. As. Argentina.*

*Jefe de Gabinete de asesores, Subsecretaría de Gestión Estratégica, Ministerio de Salud CABA*

*Integrante del Consejo Asesor Superintendencia de Servicios de Salud. Argentina.*

*Asesor Especial, para proyectos de desarrollo de infraestructura en Salud bajo modelos PPP. Ministerio de Economía, Argentina.*

*Director RISSALUD: Red colaborativa latinoamericana de referentes de Redes Integrales de Servicios de Salud (Ministerios de Salud de 12 países LATAM). Banco Interamericano de Desarrollo.*

*Secretario de Extensión Universitaria. Universidad Isalud, Bs. As. Argentina.*

*Director área Salud en América Latina, Mc. Bains Cooper y Currie & Brown Londres, UK, en proyectos sectoriales de Asociación Público - Privada para el desarrollo de infraestructura en salud.*

*Coordinador Provincial, Programa de Reforma de los Sistemas de Seguros de Salud (PRESSS) a cargo desarrollo de Seguro de Salud para Población no Asegurada. Provincia de Chubut. Argentina.*

*Es docente en varias universidades y autor de publicaciones y libros de la especialidad. Entre ellos: "Análisis Costo Efectividad en Unidades de Cuidados Coronarios", "Participación Público Privada en el desarrollo de infra estructura hospitalaria", "Gestión del Alto Costo en Salud en Argentina. Un dilema no resuelto" (coautor), Panorama de Sistemas de Salud de OCDE y Mercosur, (Compilador), y "Cambio de Rumbo. Una propuesta de reforma del sistema de salud argentino" (Coautor).*

**Dr. Sergio Horis Del Prete**

*Doctor en Medicina (1980) de la Universidad Nacional de La Plata.*

*Magister en Administración de Servicios de Salud (1995) Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).*

*Posgraduado en Economía para no Economistas (1998) de la Cámara Argentina de Comercio (CAC), Curso Superior en Economía de la Salud (1996) de CREXAL (750 Horas) y Diplomado en Economía de la Gestión Sanitaria (2005) del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) de Ciudad de México.*

*Director de la Cátedra Libre de Análisis de Mercados de Salud. Universidad Nacional de La Plata. Argentina. Profesor Titular de Economía de la Salud en el Doctorado en Salud Pública y el Magister en Administración de Servicios de Salud de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Director de Economía de la Salud y del Medicamento del Instituto de Políticas, Economía y Gestión en Salud (IPEGSA).*

*Ex Subsecretario de Medicina Asistencial y de Medicina Social (1988 a 1991) y de Planificación de la Salud y de Coordinación de Políticas de Salud (2008 a 2015) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.*

## **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**

*Se trata la presente de la quinceava actualización de "La estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa médico obligatorio (PMO)", trabajo que comenzara PROSANITY CONSULTING en el año 2010 y que en la actualidad y 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) obteniéndose una sinergia entre todas que permite análisis más completos y consistentes.*

*Como siempre 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 de cada año en qué medida los agentes de salud regulados por la S.S.S. e incluidos como entidades del Sistema Nacional del Seguro de Salud se encuentran en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro. Los cambios acaecidos por los diferentes decretos promulgados en la materia durante el 2024 y 2025, han variado este año la determinación, al incorporarse como agentes directos del Seguro de Salud Obligatorio, varias EMP que atendían pacientes desregulados a través de Obras Sociales definidas. En todos los casos además se realizan comparaciones con años anteriores que permiten visualizar su evolución en el tiempo.*

### **El Sistema de Salud**

*Es costumbre en las actualizaciones anuales, realizar un análisis de las condiciones del Sistema de Salud y los acontecimientos fundamentales acaecidos 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, establece una responsabilidad elemental del Estado.*

*A fin del año 2023, 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 inflación aún alta del 34,02% y una devaluación del dólar oficial del 42,6%.*

*El sector de la Salud viene reclamando a los sucesivos gobiernos que asuman a la salud como una de las prioridades esenciales. Salvo en época de pandemia nunca estuvo en el centro de la agenda pública y en las diferentes encuestas siempre aparece como una de las últimas prioridades de la población. Sin embargo y es una paradoja, que ese reclamo y esa falta de centralidad para la población, haya cambiado bruscamente a partir de la aparición de varios eventos (denuncias de fraudes, fentanilo, conflictos con el Garrahan, etc.) producto de marcadas impericias y de hechos delictivos aún poco claros.*

*Ha pasado más de un año y medio desde el inicio de la nueva gestión nacional en salud (con cambio Ministerial incluido) y desde nuestra perspectiva no existe claramente un derrotero que muestre cual es el modelo de sistema de salud que se pretende para todo el país. Las acciones que se han desarrollado, aplicadas sobre todo sobre el sector privado (que cubre a muy poca población), no muestran cual es el camino para mejorar la calidad del sistema y su equidad para el 100% de la población.*

*Desde hace tiempo definimos a nuestro país en transición epidemiológica. Sin embargo, es ampliamente difundido que desde hace unos años existe un incremento de enfermedades infectocontagiosas, tales como la Tuberculosis, las ETS (sífilis, gonorrea, HIV, etc.) sarampión, enfermedades respiratorias agudas, hepatitis A, etc..., que son producto de la pobreza, el hacinamiento, la desnutrición, y de dificultades de acceso al sistema de salud y de la disminución de las tasas de vacunación. Son todas señales epidemiológicas de países poco desarrollados y no se debe descartar que veremos su impacto en los indicadores poblacionales a futuro. Estos son problemas de toda la Nación, no jurisdiccionales. Se ha repetido que la Salud constitucionalmente es una responsabilidad provincial, pero es indiscutible que la seguridad social (Obras Sociales Nacionales, PAMI, prepagos etc.) son responsabilidad del gobierno Nacional. Que la salud sea una responsabilidad provincial no es óbice para recordar que la Argentina es una sola y que la función de Rectoría es patrimonio de la Nación y que la Gobernanza es compartida entre todos, pero con coordinación nacional. Y si bien la pobreza y la desnutrición son determinantes sociales muy importantes, todo lo que se haga desde el sistema sanitario, por lo menos sirve para paliar la diferencia de igualdad y equidad del conjunto.*

*Una política de Salud activa debe tender a amortiguar las diferencias de accesibilidad, oportunidad, recursos humanos, infraestructura y financieros entre las diferentes jurisdicciones y coordinar modelos de atención de la salud de impacto nacional.*

*Se visualiza cada vez más un aumento del gasto privado (de bolsillo y de seguros privados) a expensas del gasto estatal y de la Seguridad social, lo que hace al sistema menos progresivo.*

*Luego de este breve introito, trataremos de hacer un resumen de las acciones ejecutadas desde el nivel central en este año desde la última publicación, de julio 2024.*

*La consigna del Gobierno Nacional y de su Ministerio de Salud ha sido el reordenamiento del sistema con pilares en la libre elección y la desregulación. Es perfectamente conocido desde la Salud Pública de la necesidad de regular en muchos ámbitos para asegurar calidad, y efectividad, tal cual lo hacen los sistemas de salud de los países más desarrollados, logrando mejores resultados poblacionales. Las medidas inadecuadas de desregulación impactan gravemente en la calidad de los modelos.*

*A nivel internacional Argentina decidió, siguiendo a EE. UU., retirarse de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aduciendo múltiples errores de la Organización, estructuras burocráticas y priorización de intereses políticos.*

*Se coordinó con las Provincias un plan de vacunación y de abordaje del Dengue, y luego del brote de sarampión uno similar para esta patología, debiendo tenerse en cuenta que los indicadores de cobertura en vacunas están muy deprimidos desde la pandemia, por lo que es necesario un planteo integral de vacunación.*

*Se implementó la receta electrónica y la matriculación digital (avances destacables).*

*Se desregularon medicamentos que pasaron a ser de venta libre con la idea de reducir costos de adquisición por los usuarios, efecto que se logró, pero sin considerar que ello generó la falta de cobertura de estos por la Obras Sociales y los prepagos, impactando una vez más en el gasto de bolsillo de una población ya de por sí económicamente muy castigada. Se ha visto una reducción de cobertura de muchos medicamentos en el PAMI, lo que impacta sobre jubilados con escasos recursos.*

*Según informes oficiales se ha moderado el aumento del precio de los medicamentos, en algunos meses por debajo de la inflación. Es necesario analizar específicamente que ha ocurrido con las drogas de mayor consumo, sobre todo, porque el impacto de los medicamentos es muy importante sobre todo en las clases más deprimidas.*

*Es necesaria una política nacional de medicamentos no limitada al precio de venta de estos y abordar los medicamentos de alto costo por su impacto en el sistema.*

*Se han producido cambios significativos en la regulación de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, que aparecen como los ejes fundamentales del Gobierno, aunque las EMP dan cobertura a un porcentaje muy reducido de la población y sobre todo de los sectores socioeconómicos más altos.*

*Desde la SSS se ha comenzado un proceso de auditoría de Obras Sociales reduciendo la cantidad de entidades que por su masa de beneficiarios o por su crisis financiera son insustentables. Es una medida apropiada y solicitada desde diferentes sectores. Al mismo tiempo, sin embargo, se han producido algunas intervenciones de Obras Sociales que han generado serios cuestionamientos desde el sector por la forma en que se han realizado.*

*Ha sido acertada sin dudas la eliminación de terceras obras sociales como mecanismo para desregular aportes, aunque ello no ha impactado en los valores de las cuotas como se había previsto. Tampoco se tiene muy claro aún como impactan las medidas en el sector de obras sociales, habida cuenta que favorecer el pase de las personas con mejores sueldos y menor carga de enfermedad al sector privado perjudica a un sistema solidario como es el de las Obras Sociales, donde quedan los salarios más bajos, y los beneficiarios con patología y les dificulta aún más la cobertura del PMO obligatorio.*

*Respecto al PMO, no se han publicado, como canasta de prestaciones, ningún tipo de nuevo análisis de este y los trabajos para su modificación por líneas de cuidados, realizados con financiamiento del BID, han quedado cancelados a la fecha.*

*Desde estas publicaciones, año a año, se marcó como imprescindible, como política Nacional, la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (AGNET).*

*Analizar la costo-efectividad de la tecnología de alto costo, analizar su cobertura y al mismo tiempo aportar conocimientos a la justicia para reducir la litigiosidad. El Gobierno Nacional en marzo 2025 comunicó la creación, mediante decreto del Poder Ejecutivo, de la Agencia Nacional de Evaluación de Financiamiento de Tecnologías Sanitarias (ANEFiTS). Esa comunicación no ha sido plasmada en hechos y como en versiones anteriores de varios proyectos de leyes (algunos todavía con estado parlamentario), han existido seguramente motivos de mucho peso, intereses e influencias para que no haya ocurrido.*

*Debe destacarse como un elemento importante para abordar la alta litigiosidad del sistema, la creación del PROMESA. La aplicación de mediación prejudicial en materia de salud como solución alternativa de conflictos, aparece como muy conveniente según el análisis realizado por expertos.*

*Un tema esencial para repasar en este último año es el estado de situación de los recursos humanos en salud y su formación. A los complejos problemas presupuestarios de las Universidades públicas y las bajas tasas de graduación, se ha sumado el tema de la residencia, para cuyo ingreso estuvo vigente el examen único con el que, cada año, se cubre gran parte de los cupos en el país para las residencias en medicina, enfermería y bioquímica. Fue una política en salud que logró sostenerse a lo largo de distintos gobiernos y gestiones nacionales, y que sin dudas, necesita modificaciones. Este año, un examen irregular, llevó a que el Ministerio de Salud suspendiera en adelante el examen único dejando como potestad de cada jurisdicción su realización. La medida es por lo menos cuestionable en lo que tiene que ver con la menor articulación de la calidad del recurso humano entre los diferentes estamentos, lo que atenta contra la igualdad del sistema.*

*Las residencias no son obligatorias (posiblemente deberían serlo). Cada vez menos recibidos las eligen porque durante su desarrollo la expectativa salarial es muy baja y la carga asistencial es muy alta, y las condiciones laborales precarias. Los que deciden su realización eligen sobre todo las especialidades con mejor rendimiento económico en el sistema, con el consiguiente desmedro de muchas del primer nivel, esenciales, o de las de Cuidados Especiales.*

*En general es muy grave la crisis de los recursos humanos del sector, médicos, enfermeras, técnicos, etc. Los Hospitales Nacionales están perdiendo recursos muy calificados por las bajas remuneraciones. Recursos que pasan al sector privado.*

*En el sector privado los honorarios médicos también se encuentran depreciados, hay muchos cobros de copagos, y turnos atrasados para los que quedan dentro del sistema.*

*La crisis de los recursos humanos, pilar de todo sistema de salud, impacta y mucho sobre la calidad de atención en el sistema. No se ha avanzado en certificaciones y recertificaciones de profesionales, ni en acreditación de establecimientos para mejorar calidad, también una política a impulsar desde la Nación junto a las provincias.*

*Parece haberse naturalizado que salud y educación son gastos de bolsillo dejando libradas a las personas a su suerte, y a pacientes y equipos de salud postergados u olvidados. La gente silenciada por el agobio no reclama. La fuerza de lo aspiracional, la*

*crisis y el nuevo descreme de las obras sociales, hacen que las personas se priven de otras cosas, para pagar educación de los hijos y salud.*

*Parece un final de época. El sistema, en terapia intensiva hace treinta años, parece estar navegando a ninguna parte, y pierden todos: pacientes, financiadores, y prestadores. O tal vez el plan este yendo hacia lo esperado: provincias que se hagan cargo de la salud de sus habitantes, traspaso de las capitas más altas a los prepagos, su integración vertical, desaparición de obras sociales, deterioro de la capacidad instalada y del nivel de ingreso de los profesionales de la salud.*

*Sin duda, se requerían reformas para abordar las persistentes inequidades e ineficiencias, pero el enfoque actual plantea interrogantes; los recortes presupuestarios, y una reestructuración orientada al mercado, podrían exacerbar los problemas subyacentes. La reforma requiere intervenciones focalizadas para fortalecer subsidios cruzados y mancomunación de riesgos, y redistribución de fondos de ricos a pobres, sanos a enfermos y jóvenes a mayores.*

*Es prematuro realizar una evaluación integral de las políticas actuales, y solo en los próximos años se podrán mensurar los cambios, en acceso y resultados, y la sostenibilidad del enfoque libertario de la rectoría sanitaria. Pero hay un profundo cambio ideológico que privilegia la austeridad, reduce las responsabilidades federales en salud y se aleja de la redistribución y tradicional solidaridad de nuestro sistema, y la presentación de estas medidas como una defensa de la libertad frente a la intervención estatal conmueve los cimientos de la salud pública.*

*No se soluciona el problema con la delegación en las jurisdicciones de los servicios de salud; sin cambiar el modelo de atención, especialmente cuando hay una sobrecarga en los prestadores públicos. Nadie parece pensar o buscar una salida, y el mercado no lo hará, y queda un agotamiento moral y bajos salarios y honorarios de los equipos de salud que sostienen un sistema, que aumenta su desigualdad y concentración en pocos actores ganadores. Este presente requiere muchas correcciones que no pueden esperar, reformas profundas y estratégicas para evitar el colapso definitivo del sistema.*

### **ACTUALIZACION 2025**

*Siendo que la actualización se realiza usando indicadores de Obras Sociales Nacionales, es imprescindible remarcar que las Obras Sociales, cualquiera sea su origen, han profundizado sus dificultades para cubrir las prestaciones a las que están obligadas respecto al año anterior al depender de un porcentaje de los aportes y contribuciones*

de los salarios, (que se han depreciado) a lo que se suma en las O.S. Nacionales los bajos ingresos de los monotributistas y de las empleadas de casas particulares.

El impacto de los fenómenos desregulatorios y el pase a EMP de los mayores salarios, han potenciado las dificultades de las Obras Sociales Nacionales de origen.

Si en las actualizaciones anteriores marcábamos que con el aumento de los costos en salud era inviable tratar de abordar la totalidad de costos de atención de beneficiarios sólo con aportes y contribuciones, con lo antes expuesto surge claramente que el problema se ha potenciado. Como expresamos ya varias veces se hace imprescindible examinar esta situación. Pero no aparece aún como prioritario en las decisiones del gobierno.

Además, el sistema se debe modificar no solo desde la perspectiva del financiamiento, sino que surge como imprescindible definir los modelos de atención, tarea que es patrimonio de la Nación en conjunto y no de cada jurisdicción por separado. Ya marcamos en el prólogo además lo poco y nada hecho con relación a los RRHH, pilar de cualquier Sistema de Salud del mundo.

El sector privado prestador institucional se sigue debatiendo en la incertidumbre y la insolvencia, amparado por ahora por una emergencia sanitaria que ha vuelto a extenderse en el tiempo.

Y el sector privado profesional, en muchos casos y frente a aranceles paupérrimos, ha comenzado el cobro de plus para las consultas, prácticas quirúrgicas y otras.

Al fin del camino, como siempre ocurre, el más impactado es el beneficiario, quien aporta cada día más dinero de bolsillo y ve caer la calidad de los productos que se le brindan.

### **EL PMO. NECESIDAD DE UNA REVISIÓN.**

En la anterior actualización se realizó una exposición detallada sobre las acciones de fondo y estructurales imprescindibles a abordar desde el estado, marcándose específicamente los 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 trata de una canasta de prestaciones que no es de alcance universal, no está protocolizada y su actualización se ha dado de manera no sistemática (leyes, resoluciones, sentencias judiciales, etc.). "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". (PMO 2024).

En este contexto, se deben analizar posibles mecanismos de modificación de la cobertura prestacional obligatoria (hoy conocida como PMO) para mejorarla y adaptarla a las nuevas necesidades de la población, y enmarcarla en conjunto con el modelo de atención y gestión. 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.

Una alternativa de modificación al PMO actual, que ya manifestamos, es quitar del mismo a las prestaciones de alto costo individual (Ej. Medicamentos de Altos 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 y financiamiento de ellas. Y analizar una a una en forma sistematizada y pormenorizada y fundados en la medicina basada en la evidencia, análisis de costo-efectividad y costo-beneficio, todas las prestaciones del PMO actual, con el fin de determinar incorporaciones y exclusiones de la canasta existente.

También en el 2024 marcamos que se habían desarrollado líneas de investigación tendientes a cambiar el modelo de canasta de prestaciones teniendo en cuenta que el PMO actual, originalmente de avanzada, hoy muestra "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". (PMO 2024).

Esas líneas de investigación han quedado hasta hoy archivadas, como ha sido el Plan de Beneficios de Servicios de salud (PAISS) con alcance poblacional universal y con eje de organización por problemas de salud y líneas de cuidado; desarrollado por niveles de atención, y acompañado de guías de práctica clínica institucionalizadas y aprobadas por el Ministerio de Salud, con un modelo de gestión específico.

En este nuevo año, más allá de alguna declaración mediática, no se ha hecho ni una cosa ni la otra. Una vez más estamos con la misma problemática y sin ninguna decisión de los gobiernos en un tema de tanta trascendencia.

*Y si bien por lo reiterado hasta puede parecer excesivo, volvemos a manifestar que la tarea que realizamos de costeo, desde el 2010, debiera constituir uno de los objetivos centrales de los organismos regulatorios (específicamente la SSS).*

### **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 superiores.*

*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.*

*Se han actualizado todos los precios de los diferentes renglones según valores de mercado, a partir de una verificación que desde el inicio hacemos en financiadores, redes, prestadores, cámaras, etc. La amplia variabilidad que aún existe en algunos precios (ejemplo paradigmático el costo del egreso) 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 utilización o por cambios epidemiológicos o por la aparición de nuevas tecnologías, y actualizamos sus tasas de uso, según la información recabada.*

## **INFLACIÓN Y DEVALUACIÓN.**

*En esta actualización se ha considerado como parámetros una inflación de julio 2024 a julio 2025 (INDEC), del 34,02%. El incremento del dólar oficial en igual período fue del 42,6%, superior en un 8% al registro de inflación.*

*Ante una inflación en descenso pero que aún persiste alta (alrededor del 2% mensual), desde el momento del corte en la investigación (31 de julio) hasta su efectiva presentación (27 de noviembre) pasan casi cuatro meses. Tratando de mantener actualizados los valores resultantes de la investigación usamos una fórmula que surge de 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 confecciona un anexo con los valores obtenidos a noviembre 2025 y al mismo tiempo mostramos en ese anexo la comparación de resultados 2024/2025 con la metodología de la investigación del PMO que realizamos desde el 2010, contra aquellos resultados que hubieran acaecido con la actualización de los valores 2024 al 31 de julio de 2025 con dicha fórmula polinómica.*

*Es un ejercicio destinado a determinar en qué medida los resultados pueden servir de referencia y con qué grado de dispersión.*

## **COSEGUROS Y COPAGOS**

*Como fue explicitado en el análisis del 2024 es una herramienta creada oportunamente con el objetivo de actuar directamente sobre la demanda por servicios de salud, buscando reducir el uso de prestaciones de poco impacto sanitario o innecesarias y si bien actúa indirectamente en los costos, no ha sido pensada como financiador directo del sistema.*

## **DEFINICIONES**

*Frente a determinada confusión respecto a los conceptos, aplicamos el siguiente criterio a este análisis.*

### **COSEGURO:**

*Es un porcentaje del costo total de la prestación que el afiliado de una obra social o prepaga debe abonar al momento de la prestación, por ciertas prestaciones de salud. Un ejemplo paradigmático es el % que debe pagar el beneficiario al comprar un medicamento, del total del costo de este, según el grado de cobertura legal que tiene según resoluciones de la S.S.S.*

## *COPAGO*

*Es un monto fijo preestablecido que el afiliado abona al momento de realizar una prestación, y que varía según de que tipo de prestación se trate.*

*Un ejemplo es el monto fijo preestablecido que debe pagar para una consulta médica.*

*El valor del copago, al ser fijo preestablecido, es conocido por el afiliado.*

*Si bien conoce el % del Coseguro, no el valor en pesos, porque es un porcentaje del valor de una prestación de costo variable como son los medicamentos.*

*Hasta la promulgación de la resolución 1926/2024, existían una serie de prestaciones del PMO en las que la Obras Sociales Nacionales podían cobrar legalmente Co-seguros y/o Copagos a los afiliados y otras con una cobertura obligatoria del 100%. Los montos máximos de los copagos y los % de los coseguros autorizados, los definía la Superintendencia de Servicios de Salud con ajustes cuya última actualización fue de marzo del 2024. El valor de los copagos se actualizaba en función del Salario Mínimo Vital y Móvil (Resolución 058/2017-MSAL).*

*La Resolución 1926/2024 liberó los topes de los copagos pasibles de ser cobrados a los pacientes, en las prestaciones autorizadas, pues sigue existiendo como antes, un conjunto de prácticas que se encuentran exentas del cobro de coseguros /copagos a través de las diferentes normativas, las cuales se encuentran confirmadas y detalladas en el Anexo I de la Resolución 201/02 modificado por la resolución 1926/2024.*

*El Copago es de uso exclusivo para beneficiarios de Obras Sociales y, la decisión de aplicarlos o no, es de cada Agente del Seguro de Salud. Hoy en día, no todos los aplican total o parcialmente.*

*A partir de la nueva resolución, los Agentes del Seguro de Salud, incluidos dentro de la Ley 23.660, pueden fijar valores topes de Copagos/Coseguros debiendo los mismos ser informados a los beneficiarios y a la Superintendencia de Servicios de Salud con 30 días de anticipación a su puesta en vigencia. Hasta tanto, siguen vigentes los publicados en el sitio web de la Salud (marzo 2024).*

*Asimismo, es importante aclarar que los copagos no son aplicables a las Entidades de Medicina Prepaga. Ni para afiliados voluntarios ni para trabajadores que desregulan y que abonan adicionales a sus aportes.*

*Las Entidades de Medicina Prepaga, están habilitadas a comercializar planes con Copagos / Coseguros dentro de su cartilla comercial y, dichos planes, deben estar autorizados por la Superintendencia de Servicios de Salud previo a su comercialización.*

*Creemos importante abordar la definición de otro pago que a veces hace el afiliado, no legalmente autorizado, pero que se ha impuesto y generalizado por el uso. Es el Plus, cobro adicional, o arancel diferenciado.*

*Es un monto extra o adicional cobrado por el profesional o institución que excede lo pactado con la obra social o prepaga.*

*Se cobra por consultas a profesionales de la salud, y en forma creciente también por prácticas, extendiéndose a todo el país en diferentes magnitudes.*

*Se le paga al profesional o a la institución al realizarse la prestación y es un elemento que ha incrementado de forma no claramente medible el costo de bolsillo de los beneficiarios.*

*La liberación del monto de los copagos para las Obras Sociales y la generalización del plus hace que la determinación de, en qué medida gravita el pago de bolsillo como % del valor total del PMO, es quimérica. No hay criterio uniforme entre las diferentes Obras Sociales y no hay forma de valorizar el peso del plus, sobre todo porque en muchos casos ni siquiera se emite factura por el mismo.*

*Es por ello que se decidió retirar todos los gráficos comparativos donde aparece el coseguro/copago y solamente realizar una determinación simulada de diferentes escenarios posibles, como aporte a la investigación.*

*Dicha simulación se encuentra detallada en la grilla del PMO que se adjunta a posteriori, de la forma que se ha hecho habitualmente, pero reafirmando que se trata de una simulación, con valores obtenidos a partir de la actualización de los últimos vigentes.*

## INDICADORES MODIFICADOS

### DISCAPACIDAD

*En el año 2023 y a través de una importante cantidad de datos recibidos, analizamos el rubro discapacidad tanto en sus indicadores como en sus precios.*

*En la actualización 2024 usamos la misma tasa de uso de indicadores, modificándose los valores sobre la base de los publicado como referencia por el Ministerio (precios regulados).*

*Para el 2025 decidimos reanalizar el rubro, considerando que en el periodo actualizado (01 de agosto 2024 al 31 de julio 2025) los valores de las prestaciones aumentaron en*

promedio de agosto a diciembre 2024 inclusive, 7,8%, ponderando los aumentos adjudicados e incluyendo el del transporte.

Durante el 2025 y hasta la fecha de corte (31 de julio) no ha existido ningún incremento adicional.

Del análisis del abonado mes a mes por el programa Integración surge claramente que ha existido un incremento importante de la cantidad de prestaciones realizadas, en relación a las consideradas en julio 2023, porque el aumento de precios no justifica los montos.

Surge entonces un indicador de uso de 0,16021 prestaciones por beneficiario año, (el del año 2023 fue de 0,06770 prestaciones por beneficiario año) para una población considerada de referencia de 14.800.000 beneficiarios del sistema.

El promedio por prestación nos arroja un valor de \$ 371.256, reducido respecto al año anterior por lo explicado, participando proporcionalmente las siguientes prestaciones:

Servicios educativo-terapéuticos.....	14,5%.
Servicios Educativos.....	47%.
Servicios asistenciales.....	3%.
Servicios de Rehabilitación.....	20%.
Transporte.....	15,5%.

O sea, se visualiza un aumento de prestaciones (originados por más beneficiarios atendidos o más prestaciones por beneficiario), con un valor disminuido en promedio de estas, resultado posiblemente de una participación diferente en porcentuales de cada una de ellas, con relación al último análisis. (2023).

## MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO

Según los datos obtenidos de Obras Sociales, Droguerías y Mandatarias se ha modificado el indicador de uso de recetas que ha pasado de 3 recetas/benef. /año hasta el 2024 a 2,6 recetas por beneficiario/año. Las causas no son claras, aunque seguramente ha influido la situación económica de los sectores cubiertos.

El porcentaje de cobertura promedio ponderada a cargo de los agentes de salud se encuentra en alrededor del 62%, valor considerado en la investigación, valor que surge de la ponderación de los medicamentos vendidos con cobertura del 40% del 70% y del

100% (No se consideran las Insulinas que analizamos en un rubro aparte en Prestaciones Especiales). El valor promedio por receta al 31 de julio 2025 ha sido de \$ 42.850.

## MEDICAMENTOS ESPECIALES

De la información recibida de Obras Sociales, Mandatarias y Droguerías, el indicador de medicamentos especiales (unidades dispensadas) se ha incrementado de 0,09400 a la actual de 0,12550 o sea un 24%.

## PRECIOS

### VACUNAS.MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO.MEDICAMENTOS ESPECIALES

Es necesario aclarar algunos puntos esenciales referentes al precio en general de estos productos. En el caso de las vacunas consideradas en los programas preventivos, las mismas son en general provistas por el Estado Nacional por lo que su costo, si bien es parte de un PMO, no lo aporta el Agente de Salud.

En el caso de los medicamentos, tanto sean ambulatorios como medicamentos especiales y de alto costo en nuestras determinaciones usamos el PVP. (precio de venta al público).

Como ya expresamos en los medicamentos Ambulatorios, según la información recibida los financiadores en general aportan el 62% del total del precio por PVP.

Ahora bien, no sabemos a qué valor el financiador paga ese % a sus proveedores (mandatarias o droguerías) porque ese valor es variable según quien lo provea y la capacidad de negociación del financiador. Allí también existe un porcentaje del valor que posiblemente no afronta el Agente de Salud y que impactaría en el valor del PMO.

Con relación a los MACs/MAPs, insulinas etc. ocurre lo mismo. El mercado de medicamentos de alto costo y especiales es un mercado que por sus características es difícil de cuantificar y el valor real de lo que se paga varía mucho según el laboratorio o droguería involucrada y el agente de salud. Tiempo atrás cuando se hizo un Observatorio de Precios en la S.S.S. la dispersión entre las diferentes obras sociales era notable. En general, en el mercado se considera que se adquieren con descuentos variables promedio del 30% del valor del PVP. En este caso, entonces el valor verdadero del renglón en el PMO, pagado por los Agentes de Salud, es posiblemente menor a lo considerado.

Con el parámetro del PVP y comparando con el 2024, el precio promedio por unidad dispensada de medicamentos especiales aumentó un 46%, debiéndose remarcar que ese

*incremento es producto de la utilización de nuevos medicamentos, de un cambio de la frecuencia de uso de algunos existentes y además del aumento de precio que han padecido los medicamentos en el año.*

### **PROTESIS**

*En este rubro se ha observado un incremento importante en costos, similar al incremento del dólar, pues se ha informado que todos los precios están atados a dólar oficial, aun las de origen nacional.*

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

### **RESULTADOS DE LA ACTUALIZACION 2025**

*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 2025.*

### **DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL**

*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° 1**

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

<b>RANGO DE EDAD</b>	<b>FEMENINOS</b>	<b>MASCULINOS</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
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
<b>TOTAL</b>	<b>46,79</b>	<b>53,21</b>	<b>100</b>

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud. Julio 2023.

## RESULTADOS

*Consideramos como prioritario el valor del PMO que debe financiar cada Agente de Salud del Seguro Social Obligatorio (sin los Copagos/Co-seguros que provee el beneficiario de su bolsillo, en el momento de la prestación, y cuyo análisis hacemos por separado).*

*Al 31 de julio 2024 el valor resultante fue de \$42.069,23.*

*En esta actualización (31 de julio 2025) el valor obtenido es de \$69.492 lo que significa un incremento interanual del 65 %.*

*Mantenemos una estructura similar de gráficos que, en las ediciones anteriores, a fin de hacer más fácil la lectura comparativa. Sin embargo, se han tomado sólo los gráficos que comparan lo financiado por los Agentes de Salud.*

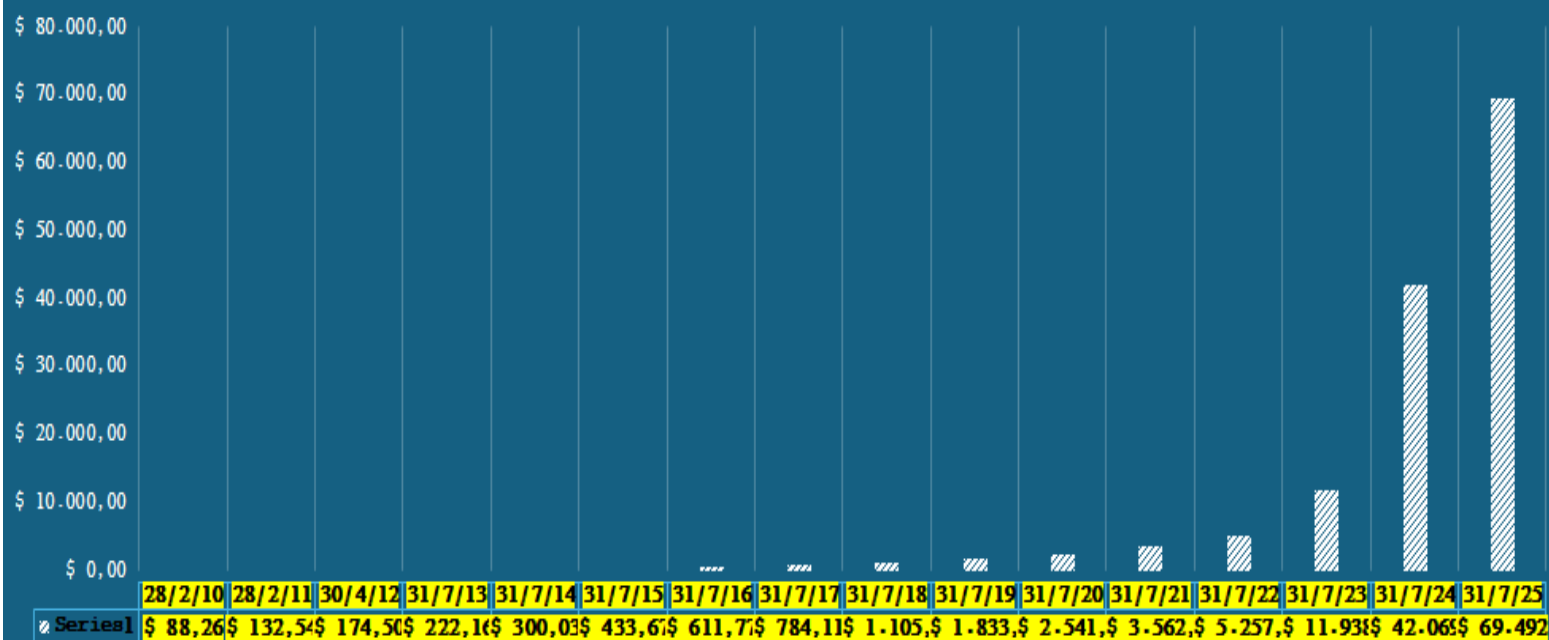
*Ya explicamos las dudas generadas en gastos de bolsillo de los afiliados por Coseguros, Copagos, plus etc., como para tomar un valor de referencia y compararlos con años anteriores donde estaban regulados.*

*El Gráfico N° I compara los valores estimados del PMO a financiar por las Obras Sociales y EMP para las actualizaciones anuales realizadas entre 2010 y 2025. 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. EL año 2024 el aumento del PMO ha sido del 252%, y EL 2025 DEL 65%.*

## GRÁFICO N°I

GASTO ESTIMADO DEL PMO.  
FINANCIAMIENTO POR LOS AGENTES DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO  
COMPARACIÓN DE 2010 A 2025



En la Tabla N° 2 se comparan los valores por grupos de prestaciones al 31 julio 2024 y al 31 julio de 2025 sin considerar co-seguros, o sea teniendo en cuenta solamente lo que deben abonar los Agentes del Seguro Social Obligatorio.

### TABLA N°2

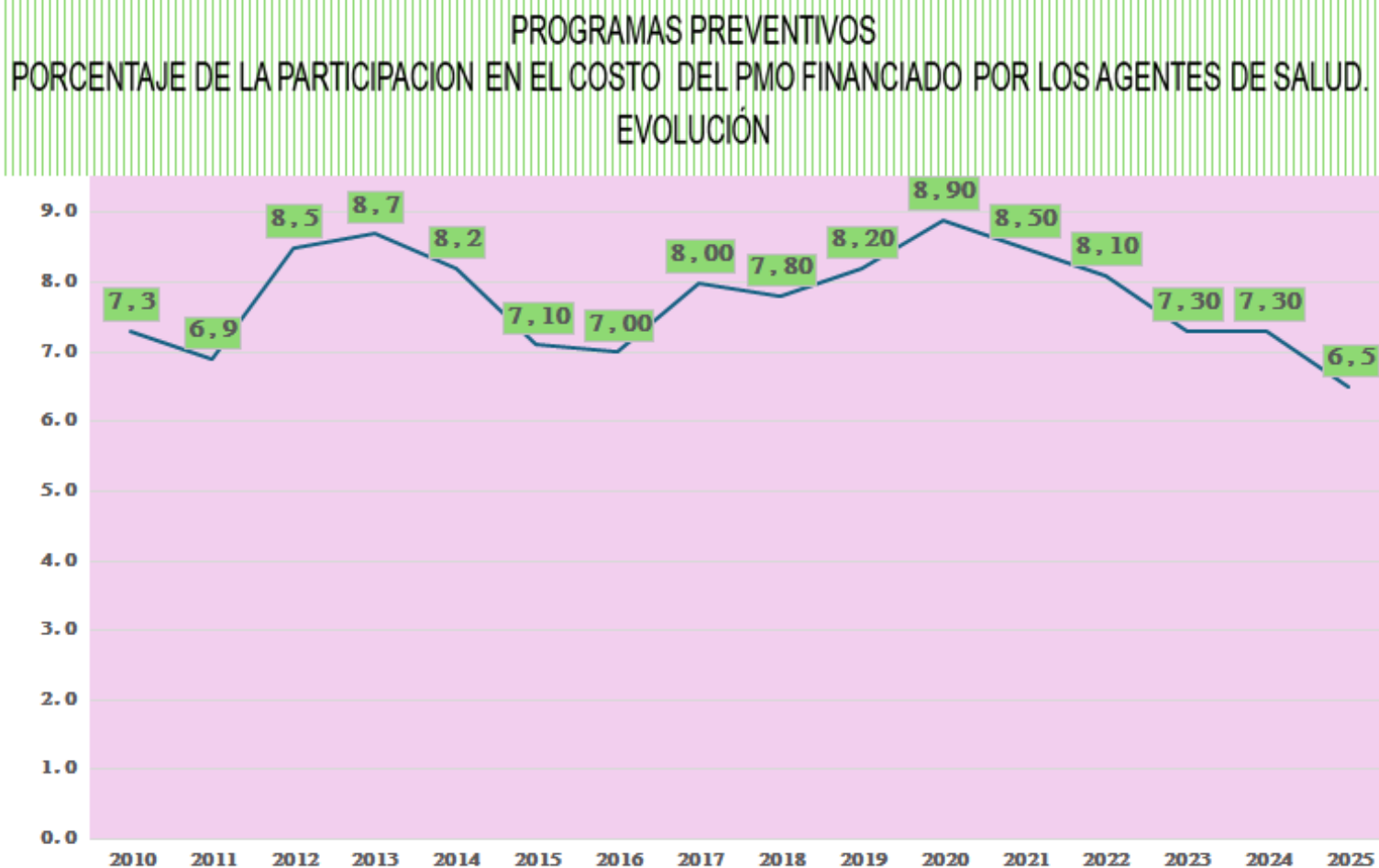
#### GRUPOS DE PRESTACIONES INCREMENTO DE VALOR SIN COSEGUROS

DESCRIPCIÓN	JULIO DE 2024	JULIO DE 2025	INCREMENTO EN PORCENTAJE
PROGRAMAS PREVENTIVOS	\$ 3.072,08	\$ 4522	47%
PRESTACIONES AMBULATORIAS	\$ 14.629,29	\$ 22750	55%
PRESTACIONES CON INTERNACION	\$ 6.568,54	\$ 10568	61%
PRESTACIONES ESPECIALES	\$ 17.799,32	\$ 31652	78%
<b>TOTAL COSTO PMO</b>	<b>\$ 42.069,23</b>	<b>\$ 69492</b>	<b>65%</b>

Se observa en la Tabla N° 2 que el mayor incremento, como en años anteriores, se verifica en las prestaciones especiales. Este año se observa, después de varias actualizaciones que las prestaciones con internación se acercaron bastante al valor global del PMO y por encima de la inflación y del incremento del dólar.

El Gráfico N°II 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.

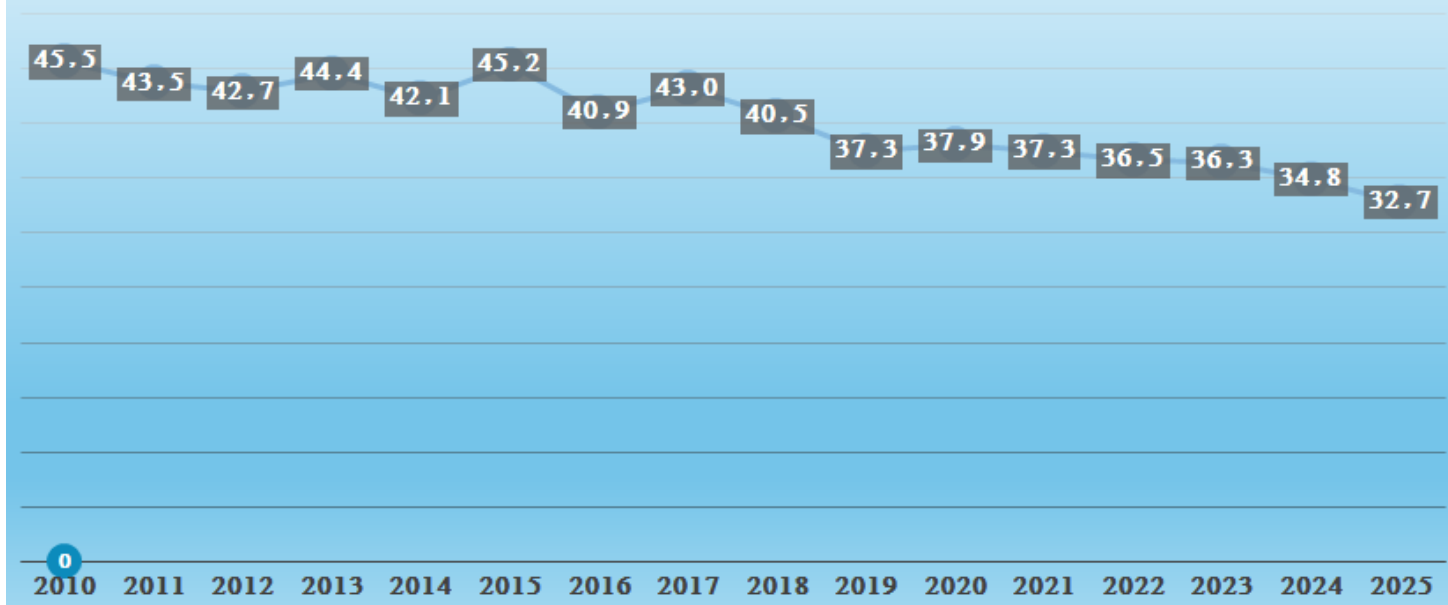
**GRÁFICO N°II**



El Gráfico N° III 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°III

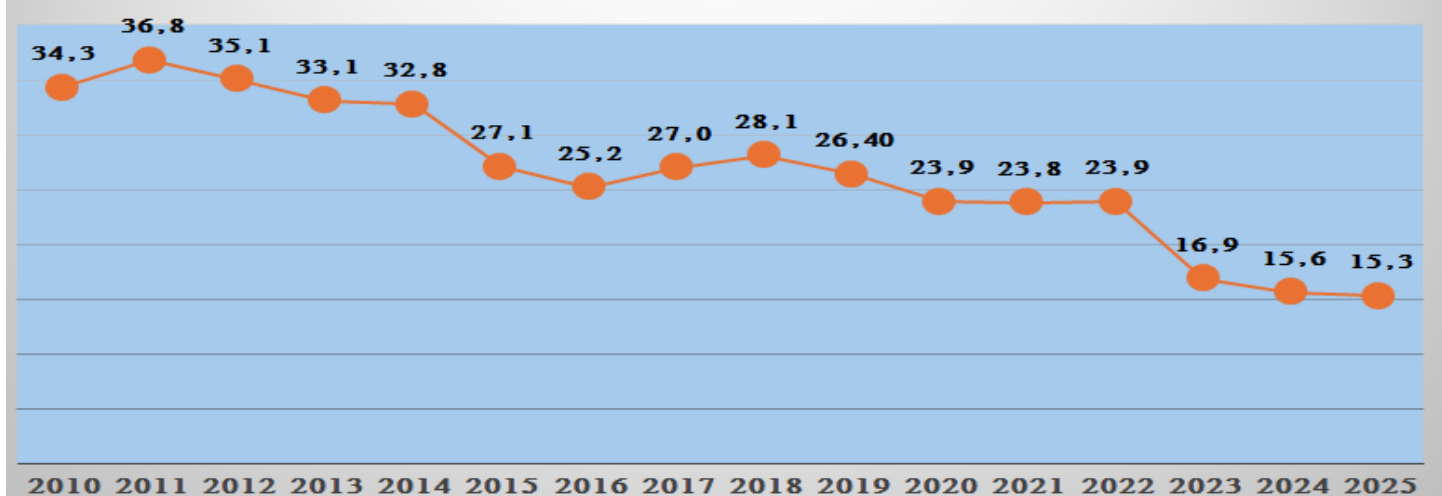
**PRESTACIONES AMBULATORIAS**  
 Porcentaje de la participación en el costo del PMO  
 financiado por los agentes de salud.  
 EVOLUCIÓN



El Gráfico N° IV 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.

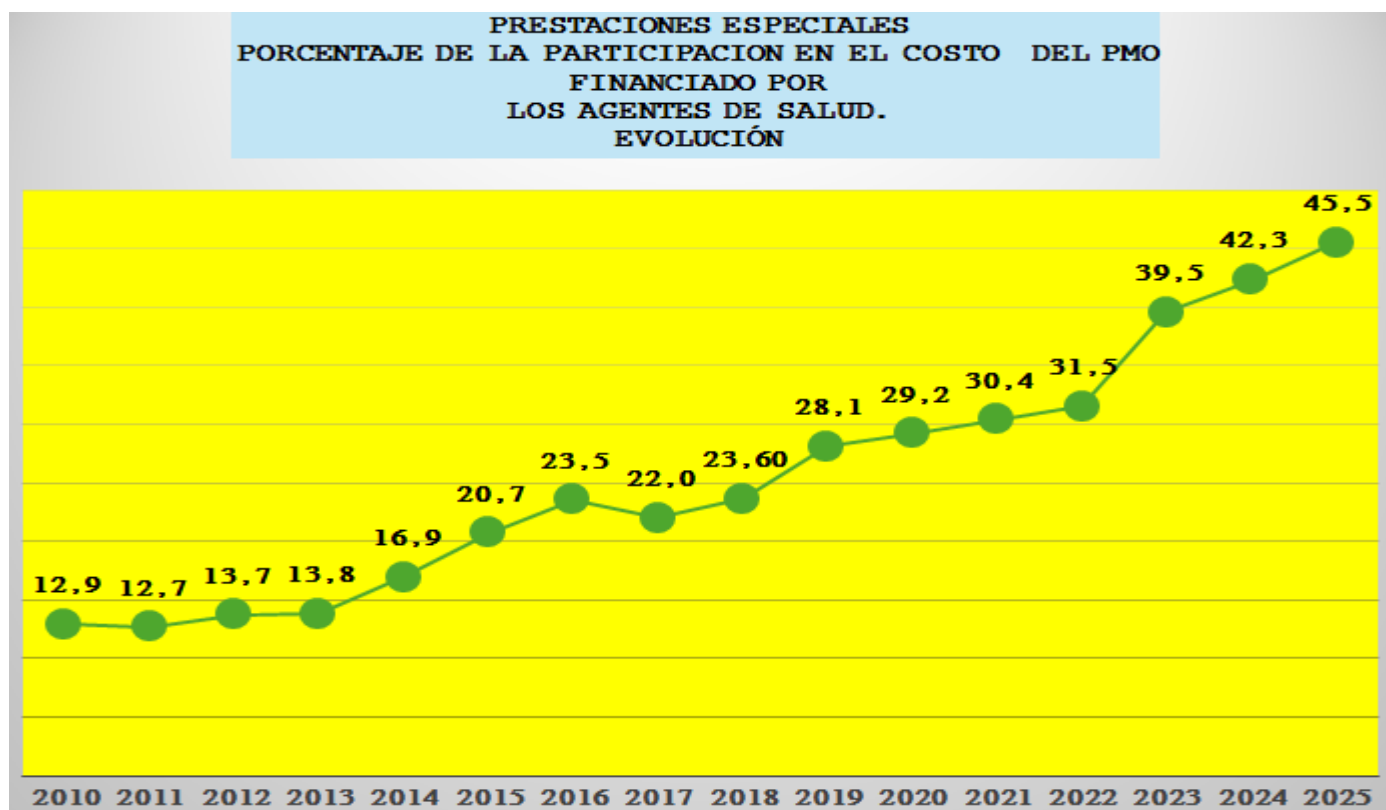
### GRÁFICO N°IV

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



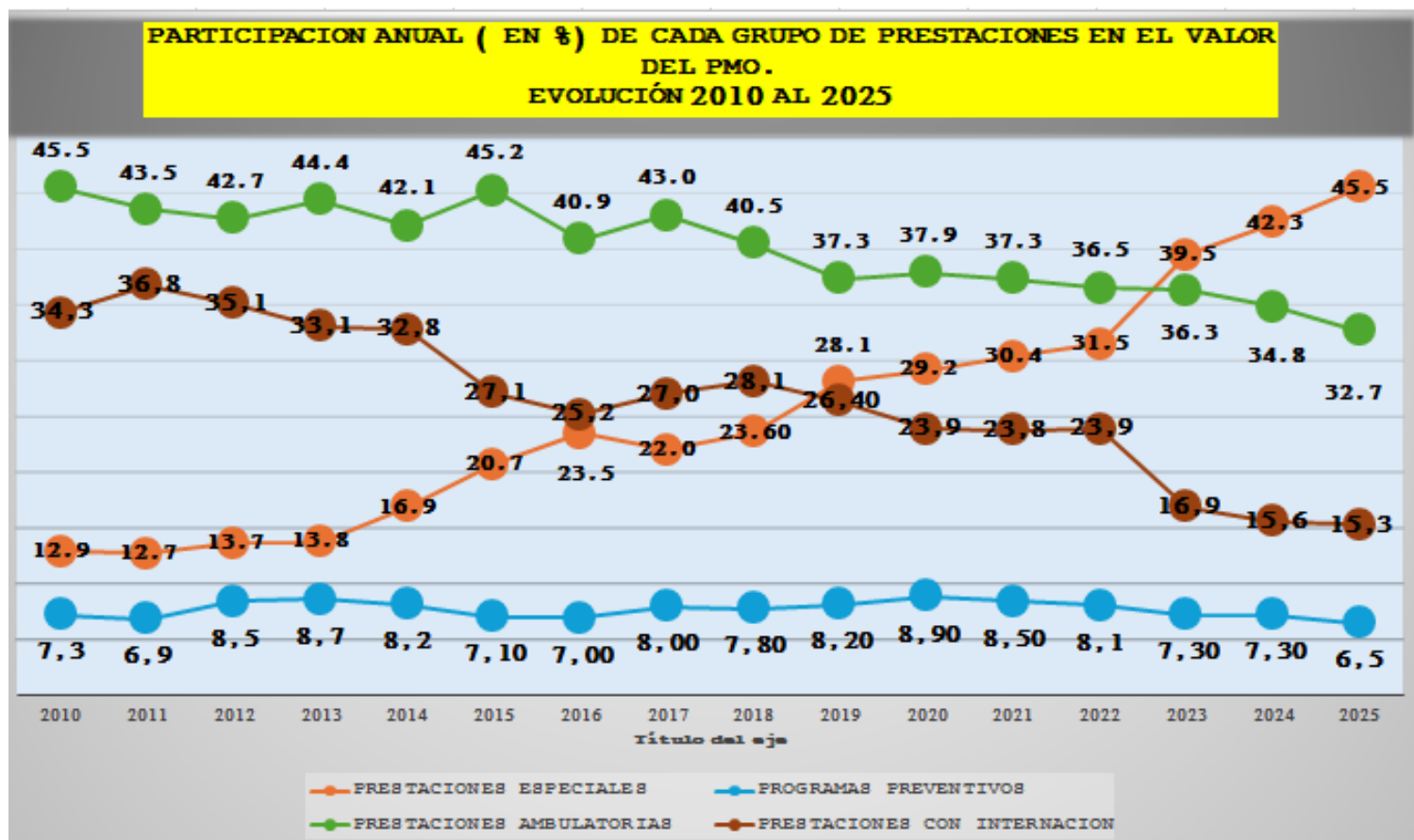
El Gráfico N° V muestra la evolución de la participación porcentual de las prestaciones especiales en el costo del PMO financiado por los Agentes de Salud, desde 2010 a la fecha.

**GRÁFICO N°V**



El Gráfico N° VI 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 (aunque por primera vez debajo del 7%) y un fuerte incremento en las prestaciones especiales que han pasado de un 12,9 % en 2010 al 45,5% en 2025.

## GRÁFICO N°VI



El rubro Prestaciones Especiales ha crecido un 78% desde el 2024.

Si analizamos uno a uno los rubros incorporados en el grupo, Ambulancias, Traslados y Emergencias se ha incrementado en un 70%, Prótesis, Ortesis e implantes en un 33%, discapacitados 70%, Medicamentos especiales un 96% y el rubro Diabetes (Insulinas, accesorios, análogos de Gp1, etc) 71%.

Del total de Prestaciones especiales los medicamentos especiales representan un 51%.

Junto a Ambulancias, traslados y emergencias, discapacidad y diabetes, representan el 90% del rubro.

Y medicamentos especiales y diabetes en conjunto el 65% del rubro Prestaciones Especiales, y cerca del 30% del todo el PMO.

Los medicamentos especiales representan ya el 23% del valor total del PMO.

La Diabetes el 6% del valor del PMO.

**GASTO DEL PMO AJUSTADO POR RIESGO.**

"Desde el año 2018 adjuntamos esta tabla, que admite, a partir de un coeficiente, determinar en cuanto aumenta o disminuye el costo global promedio del PMO, de acuerdo a la composición por edad y sexo de cada Obra Social. 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."(PMO 2024).

**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 del proceso de actualización.

Se busca comparar el valor del PMO financiado por los Agentes de Salud, actualizado en este caso al 31 de julio de 2025 (\$69492 sin gastos de administración) con la recaudación promedio por cada beneficiario del universo de OSN.

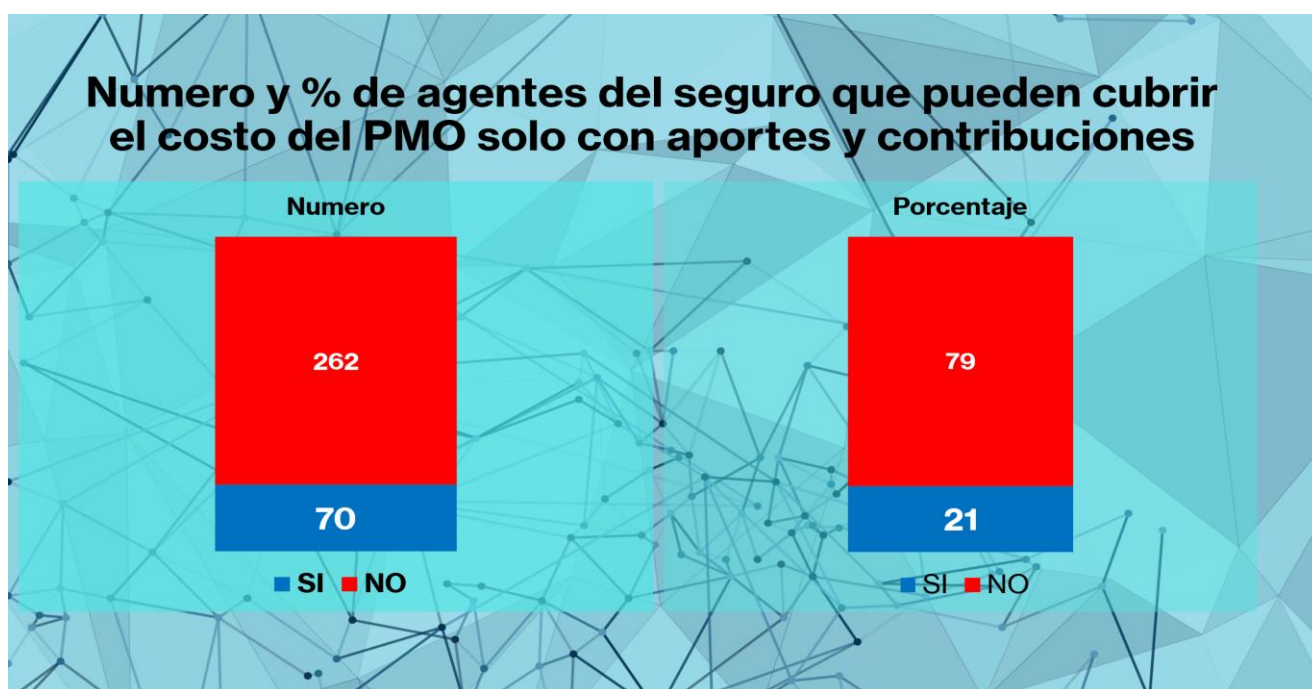
Recordamos que con el decreto desregulatorio las EMP que así lo decidieron, actúan como Agentes de salud pudiendo recibir directamente los aportes y contribuciones de los afiliados que las eligen sin pasar esos aportes a través de una tercera Obra Social.

O sea que las EMP a los fines de esta exposición y análisis comparativo se suman al universo de las OSN analizadas.

De acuerdo a los datos de la S.S.S sobre número de beneficiarios y AFIP respecto a recaudación por aportes y contribuciones, el promedio del sistema tomado a julio 2025, es de \$ 54644,65 (lo que representa un 79 % del valor del PMO).

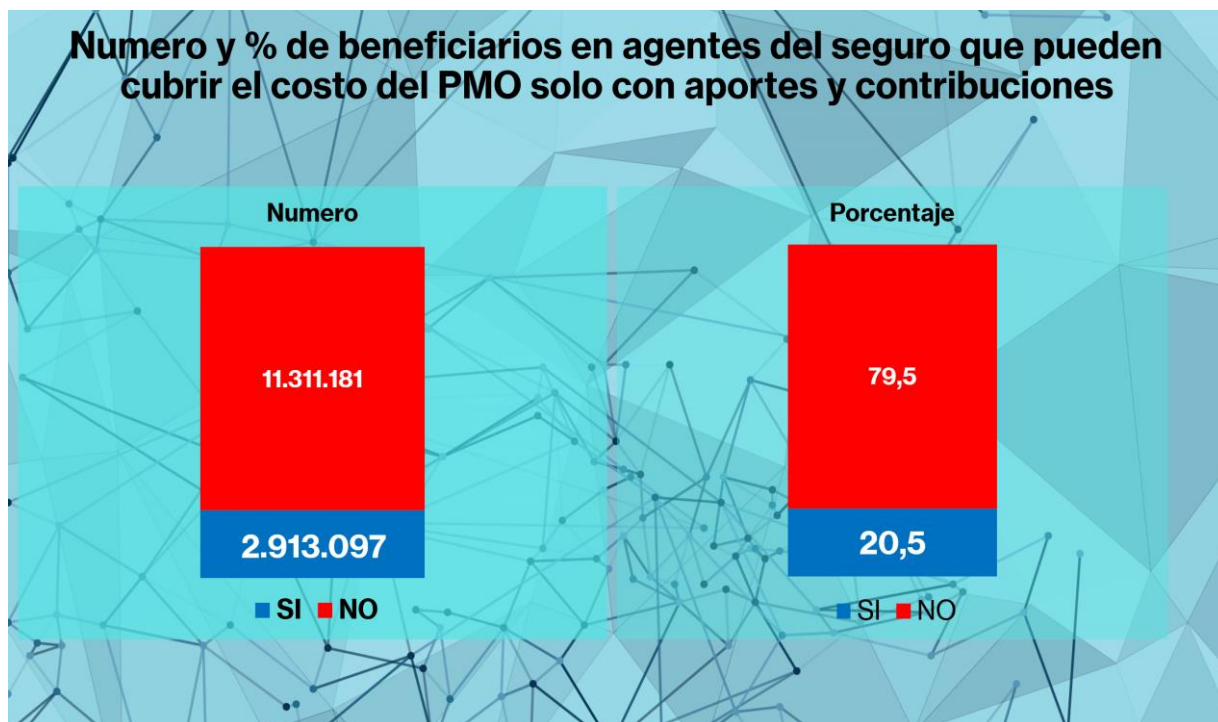
Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, (Sobre 332 OSN y EMP) al desagregar dicha información por Agente de Salud vemos que solamente un 21 % de dichas instituciones (70 OSN y EMP) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita, mientras que el 79 % restante (262 OSN y EMP) no alcanza el valor del PMO (Gráfico N°VII).

**GRÁFICO N°VII**



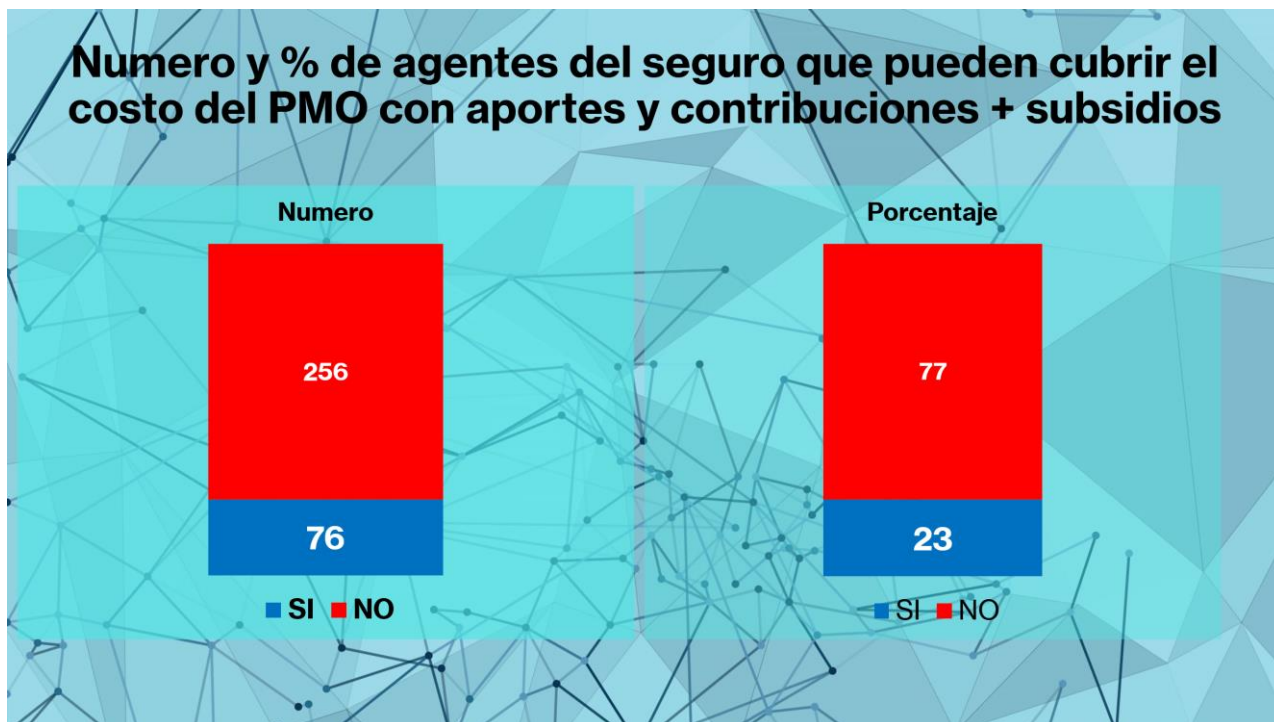
En términos de beneficiarios, las OSN y EMP que superan con su cápita promedio el valor del PMO, dan cobertura solamente al 20,5 % de los mismos mientras las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 79,5% de los beneficiarios del sistema. (GRÁFICO N° VIII).

### GRÁFICO N°VIII



En el GRÁFICO N° IX se consideran además los ingresos provenientes de los subsidios y reintegros

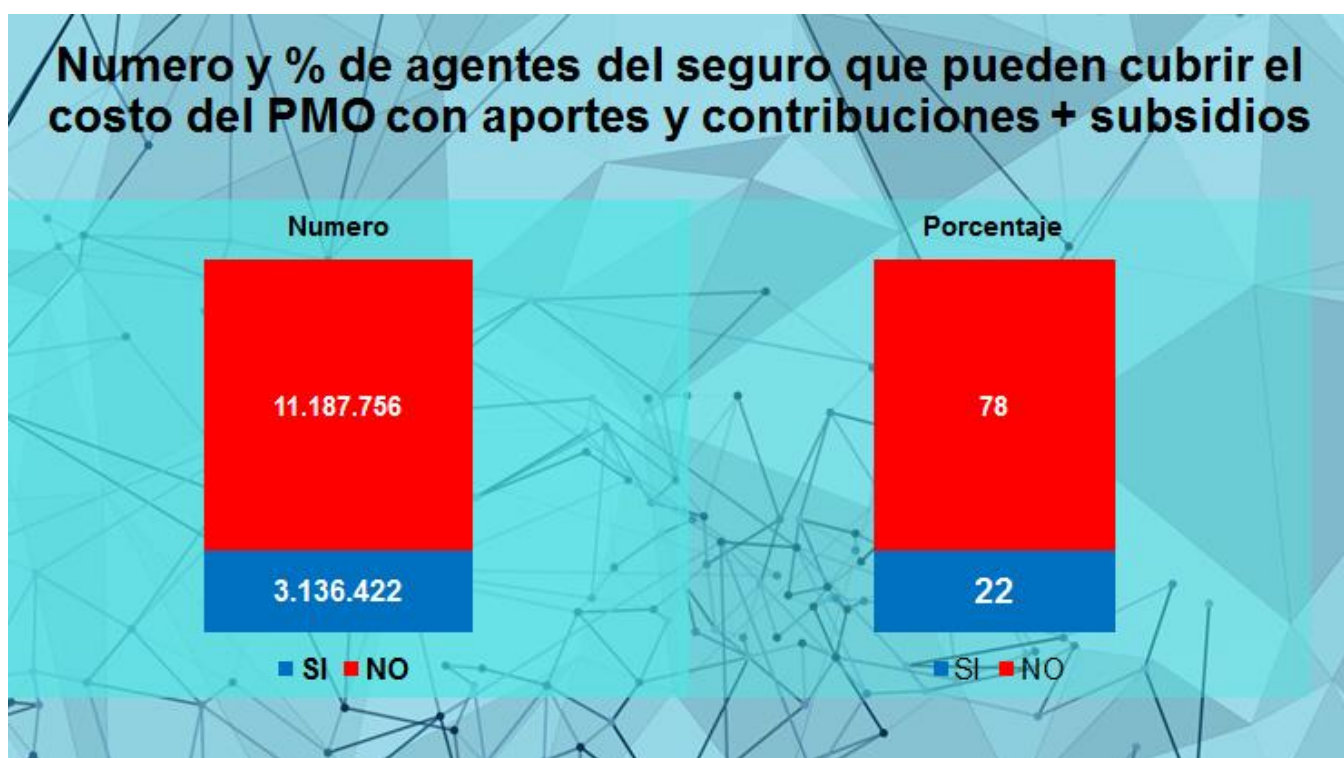
### GRÁFICO N°IX



Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, subsidios y reintegros, (Sobre 332 OSN y EMP) al desagregar dicha información por OS vemos que un 23% de dichas instituciones (76 OSN y EMP) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita, mientras que el 77 % restante (266 OSN y EMP) no alcanza el valor del PMO.

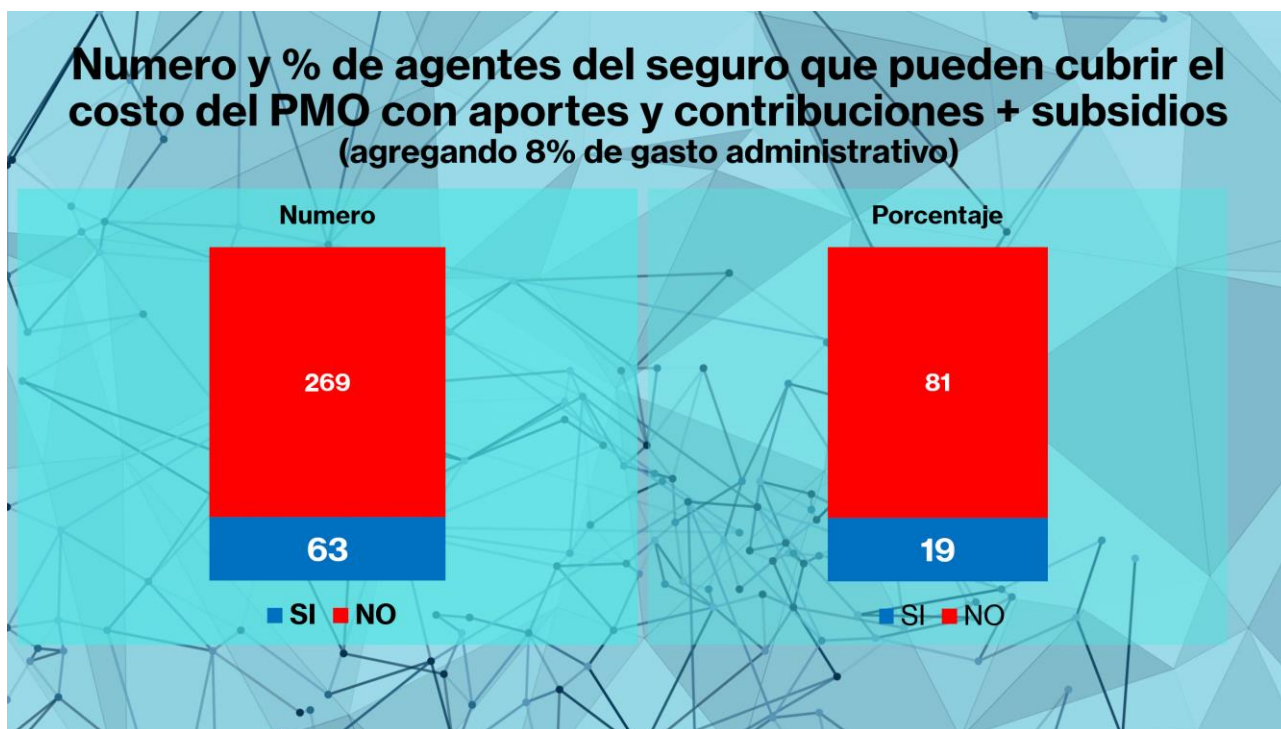
En términos de beneficiarios, las OSN y EMP que superan con su cápita promedio el valor del PMO dan cobertura solamente al 22 % de los mismos mientras las Obras Sociales y EMP que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 78 % de los beneficiarios del sistema.(ver Grafico X).

### GRÁFICO N°X



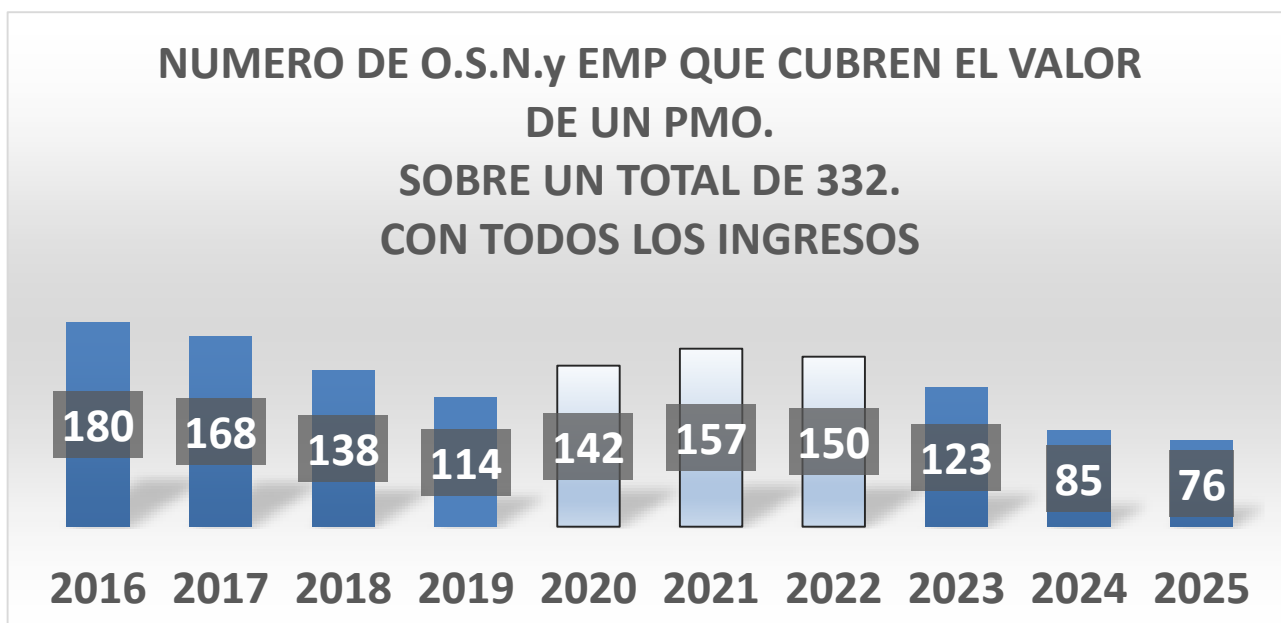
Si bien, como habitualmente explicamos el costo del PMO no considera los gastos de administración por las serias dificultades en acceder a los mismos, se hizo en este apartado una simulación cuyo objetivo es determinar que cantidad de Obras Sociales y EMP estarían en condiciones de cubrirlo si tuvieran como gasto de administración un 8%, máximo teóricamente permitido.

**GRAFICO XI**



Observamos que baja a solamente 63 (19%) el numero de Agentes de Salud en condiciones de cubrir un PMO

**GRÁFICO N°XII**



*Este año analizado (julio 24 a julio 25) el costo del PMO obtenido, alcanza un valor importante por encima de la inflación. Se vuelve a lo acaecido antes de la pandemia.*

*Entre Obras Sociales y EMP, nueve más no han podido cubrir el PMO respecto al 2024. En el gráfico los tres años con aportes extraordinarios (COVID) se han destacado en un color diferente.*

*Debe hacerse notar que los mecanismos con que cuenta el FSR para lograr solidaridad interinstitucional son cada día menos eficientes. En el año 2024 al sumar los ingresos por subsidios y reintegros pasaban a cubrir el PMO de 71 a 85 Obras Sociales, y 660.000 beneficiarios más. En el 2025, cubre a alrededor de 200.000 afiliados más, lo que representa apenas 6 Agentes de Salud más.*

*El FSR representa alrededor del 15,8 % de los fondos que ingresan al sistema por aportes y contribuciones y su distribución a junio del 25 fue aproximadamente la siguiente: Integración: 65 %, Subsidios de distribución automática 37%, para el Sur/Surge 1,5 % y para la S.S.S. el 4,5%. Déficit cercano al 8%. (Fuente S.S.S.).*

*Del análisis de estos datos surge que los mecanismos de redistribución del FSR, no satisfacen los objetivos de solidaridad interinstitucional con que han sido creados. Su corrección es otra asignatura pendiente.*

**ESTIMACIÓN DEL GASTO PARA GARANTIZAR COBERTURA DEL PMO.**  
Actualización 31 de Julio 2025

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO	COSTO UNITARIO 2025 EN \$	CAPITA MENSUAL 2025 \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF \$
<b>PROGRAMAS PREVENTIVOS</b>						
<b>PLAN MATERNO INFANTIL</b>						
<b>EMBARAZO</b>						
CONSULTA	CONSULTA	0,25000	\$ 11.800	\$ 246	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,36000	\$ 14.700	\$ 441	\$ -	\$ -
ECOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,10000	\$ 21.200	\$ 177	\$ -	\$ -
PSICOPROFILASIS	CONSULTA	0,16000	\$ 11.300	\$ 151	\$ -	\$ -
INMUNIZACION	GASTO	0,02000	\$ 106.000	\$ 177	\$ -	\$ -
<b>INFANTIL</b>						
CONSULTA	CONSULTA	0,21000	\$ 11.800	\$ 207	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,04000	\$ 24.200	\$ 81	\$ -	\$ -
LECHE MEDICAM.	GASTO	0,00131	\$ 804.050	\$ 88	\$ -	\$ -
INMUNIZACION	GASTO	0,02200	\$ 988.000	\$ 1.811	\$ -	\$ -
<b>PROGRAMAS ONCOLOGICOS (PREVENCION DE CA DE MAMA, UTERO, PRÓSTATA Y OTROS)</b>						
CONSULTA	CONSULTA	0,20000	\$ 11.800	\$ 197	\$ -	\$ -
PAPANICOLAU	ESTUDIO	0,30000	\$ 8.000	\$ 200	\$ -	\$ -
COLPOSCOPIA	ESTUDIO	0,10000	\$ 6.800	\$ 57	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,04000	\$ 13.150	\$ 44	\$ -	\$ -
MAMOGRAFIA	ESTUDIO	0,10000	\$ 29.600	\$ 247	\$ -	\$ -
OTROS	ESTUDIO	0,10000	\$ 5.470	\$ 46	\$ -	\$ -
<b>ODONTOLOGIA PREVENTIVA</b>	CONSULTA	0,10000	\$ 18.100	\$ 151	\$ -	\$ -
<b>PROGRAMA SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE</b>						
CONSULTA	CONSULTA	0,01350	\$ 11.800	\$ 13	\$ -	\$ -
METODOS ANTICONCEPTIVOS	GASTO	0,00970	\$ 18.350	\$ 15	\$ -	\$ -
<b>PROGRAMA DE SALUD MENTAL</b>	CONSULTA	0,15000	\$ 14.100	\$ 176	\$ -	\$ -
<b>SUBTOTAL PROGRAMAS PREVENTIVOS</b>				<b>\$ 4.522</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO	COSTO UNITARIO 2025 EN \$	CAPITA MENSUAL 2025 \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF \$
<b>PRESTACIONES AMBULATORIAS</b>						
<b>CONSULTAS EN GENERAL</b>						
MEDICO GENERALISTA, CLINICO Y/O PEDIATRA	CONSULTA	1,87000	\$ 11.800	\$ 1.839	\$ 667,28	\$ 333,64
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	CONSULTA	2,02000	\$ 14.100	\$ 2.374	\$ 1.351,55	\$ 675,77
<b>CONSULTAS EN SALUD MENTAL</b>						
PSICOLOGIA	CONSULTA	0,31000	\$ 11.200	\$ 289	\$ 138,23	\$ 69,12
PSIQUIATRIA	CONSULTA	0,07000	\$ 21.400	\$ 125	\$ 31,21	\$ 15,61
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	CONSULTA	0,00040	\$ 15.100	\$ 1	\$ 0,18	\$ 0,09
<b>LABORATORIO</b>						
PRACTICAS BIOQUIMICAS HASTA 5 UB (NBU) (INCLUYE ACTO BIOQUIMICO)	DETERMINACION	4,48000	\$ 4.310	\$ 1.609	\$ 999,04	\$ 499,52
PRACTICAS BIOQUIMICAS DE MAS DE 5 UB (NBU), INCLUYE ACTO BIOQUIMICO	DETERMINACION	0,55000	\$ 17.900	\$ 820	\$ 122,65	\$ 61,33
<b>DIAGNOSTICO POR IMÁGENES</b>						
<b>ECODIAGNÓSTICO</b>						
ECOCARDIOGRAMAS	ESTUDIO	0,02700	\$ 52.500	\$ 118	\$ 6,02	\$ 3,01
ECODOPPLER	ESTUDIO	0,05100	\$ 67.300	\$ 286	\$ 22,74	\$ 11,37
ECOGRAFIAS	ESTUDIO	0,30000	\$ 21.200	\$ 530	\$ 66,90	\$ 33,45
<b>RADIOLOGÍA (INCLUYE MEDICAMENTOS)</b>						
RX CONTRASTADA	ESTUDIO	0,05700	\$ 67.800	\$ 322	\$ 25,42	\$ 12,71
RX SIMPLE	ESTUDIO	0,91000	\$ 12.500	\$ 948	\$ 202,93	\$ 101,47
MAMOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,11200	\$ 29.600	\$ 276	\$ 49,94	\$ 24,97
<b>OTRAS PRACTICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN</b>						
CAMARA GAMMA (INCLUYE MATERIAL RADIOACTIVO)	ESTUDIO	0,04000	\$ 213.600	\$ 712	\$ 44,61	\$ 22,30
TAC (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE TAC MULTISLICE, ANNGIOTOMOGRAFIAS, TAC HELICOIDAL, PET, ETC,	ESTUDIO	0,05120	\$ 104.500	\$ 446	\$ 57,10	\$ 28,55
RMN (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE ANGIORESONANCIAS, COLAGIRESONANCIAS, ETC.	ESTUDIO	0,04980	\$ 134.050	\$ 556	\$ 55,54	\$ 27,77
DENSITOMETRIA	ESTUDIO	0,00527	\$ 41.800	\$ 18	\$ 2,35	\$ 1,17

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO	COSTO UNITARIO 2025 EN \$	CAPITA MENSUAL 2025 \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF \$
<b>PRACTICAS EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS</b>						
CARDIOLOGÍA	PRACTICAS	0,05600	\$ 49.300	\$ 230	\$ 37,47	\$ 18,73
GASTROENTEROLOGIA	PRACTICAS	0,01320	\$ 251.800	\$ 277	\$ 8,83	\$ 4,42
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	PRACTICAS	0,01200	\$ 42.100	\$ 42	\$ 8,03	\$ 4,01
NEUMONOLOGIA	PRACTICAS	0,00905	\$ 49.300	\$ 37	\$ 6,06	\$ 3,03
NEUROLOGIA	PRACTICAS	0,01580	\$ 107.800	\$ 142	\$ 10,57	\$ 5,29
ORL	PRACTICAS	0,02040	\$ 44.200	\$ 75	\$ 13,65	\$ 6,82
OFTALMOLOGIA (INCLUYE RFG Y ESTUDIOS)	PRACTICAS	0,03200	\$ 48.600	\$ 130	\$ 21,41	\$ 10,71
UROLOGIA	PRACTICAS	0,00400	\$ 65.800	\$ 22	\$ 2,68	\$ 1,34
DERMATOLOGIA	PRACTICAS	0,01000	\$ 50.600	\$ 42	\$ 6,69	\$ 3,35
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	PRACTICAS	0,00750	\$ 23.500	\$ 15	\$ 5,02	\$ 2,51
ANATOMIA PATOLOGICA	PRACTICAS	0,01460	\$ 51.200	\$ 62	\$ 9,77	\$ 4,88
HEMOTERAPIA	PRACTICAS	0,02500	\$ 156.600	\$ 326	\$ 16,73	\$ 8,36
GENETICA HUMANA	PRACTICAS	0,00200	\$ 259.100	\$ 43	\$ 1,34	\$ 0,67
ALERGIA	PRACTICAS	0,01300	\$ 52.200	\$ 57	\$ 8,70	\$ 4,35
QUIRURGICAS AMBULATORIAS	PRACTICAS	0,01750	\$ 268.500	\$ 392	\$ 11,71	\$ 5,85
OTRAS PRACTICAS	PRACTICAS	0,05000	\$ 7.400	\$ 31	\$ 33,45	\$ 16,73
BIOPSIAS GUIADAS	PRACTICAS	0,00153	\$ 334.500	\$ 43	\$ 1,02	\$ 0,51
<b>ODONTOLOGIA</b>						
CONSULTAS	CONSULTA	1,01600	\$ 17.500	\$ 1.482	\$ 339,81	\$ 169,90
PRACTICAS	PRACTICAS	0,40640	\$ 48.550	\$ 1.644	\$ 181,22	\$ 90,61
<b>MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO</b>	RECETAS	2,60000	\$ 42.850	\$ 5.756	\$ 3.527,98	\$ 3.527,98
REHABILITACION	PRACTICAS	0,96200	\$ 7.900	\$ 633	\$ 214,53	\$ 107,26
<b>SUBTOTAL PRESTACIONES AMBULATORIAS</b>				<b>\$ 22.750</b>	<b>\$ 8.310,34</b>	<b>\$ 5.919,16</b>

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO	COSTO UNITARIO 2025 EN \$	CAPITA MENSUAL 2025 \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF \$
<b>PRESTACIONES CON INTERNACIÓN</b>						
<b>INTERNACION DE AGUDOS EN ESTABLECIMIENTOS</b>						
INTERNACION, CLINICA, QUIRURGICA Y ESPECIALIZADA UCO, UTI, UCI, UTIM, NEUROCIRUGIA, C/MEDICAMENTOS	EGRESOS	0,09150	\$ 1.275.900	\$ 9.729	\$ -	\$ -
<b>INTERVENCION EN INTERNACIONES CARDIOVASCULARES</b>						
HEMODINAMIAS	PRACTICAS	0,00052	\$ 494.000	\$ 21	\$ -	\$ -
ANGIOPLASTIAS CENTRALES Y PERIFERICAS	PRACTICAS	0,00014	\$ 1.690.900	\$ 20	\$ -	\$ -
CIRUGIAS DE CORAZON, PERICARDIO Y GRANDES VASOS	PRACTICAS	0,00020	\$ 5.254.500	\$ 87	\$ -	\$ -
CIRUGIAS DE CORAZON Y GRANDES VASOS INFANTIL	PRACTICAS	0,00005	\$ 5.318.100	\$ 20	\$ -	\$ -
COLOCACION DE MARCAPASOS	PRACTICAS	0,00031	\$ 577.200	\$ 15	\$ -	\$ -
VASCULAR PERIFERICA	PRACTICAS	0,00004	\$ 1.527.200	\$ 5	\$ -	\$ -
<b>INTERNAC P/ TRATAMIENTO DE GRANDES QUEMADOS</b>	EGRESOS	0,00001	\$ 4.096.900	\$ 5	\$ -	\$ -
<b>INTERNAC SANATORIAL PARA CUIDADOS PALIATIVOS</b>	EGRESOS	0,00004	\$ 5.227.100	\$ 17	\$ -	\$ -
<b>INTERNACION EN SALUD MENTAL</b>						
HOSPITAL DE DIA						
EN CLINICAS	EGRESOS	0,00050	\$ 1.064.500	\$ 44	\$ -	\$ -
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	EGRESOS	0,00132	\$ 844.300	\$ 93	\$ -	\$ -
EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS	EGRESOS	0,00168	\$ 1.019.500	\$ 143	\$ -	\$ -
INTERNACION PSIQUIATRICA						
EN CLINICAS	EGRESOS	0,00117	\$ 2.168.100	\$ 211	\$ -	\$ -
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	EGRESOS	0,00080	\$ 1.218.050	\$ 81	\$ -	\$ -
<b>INTERNAC DOMICILIARIA (INCLUYE CUIDADOS PALIATIVOS DOMIC)</b>	EGRESOS	0,00060	\$ 1.545.400	\$ 77	\$ -	\$ -
<b>SUBTOTAL PRESTACIONES CON INTERNACIÓN</b>				<b>\$ 10.568</b>	<b>\$ -</b>	<b>\$ -</b>

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO	COSTO UNITARIO 2025 EN \$	CAPITA MENSUAL 2025 \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF \$
<b>PRESTACIONES ESPECIALES</b>						
<b>AMBULANCIAS, TRASLADOS, EMERGENCIAS</b>						
TRASLADOS SIN MEDICO	TRASLADOS	0,09750	\$ 57.000	\$ 463	\$ -	\$ -
TRASLADO CON MEDICO SIMPLE	TRASLADOS	0,03203	\$ 115.600	\$ 309	\$ -	\$ -
TRASLADO CON MEDICO UTIM	TRASLADOS	0,02047	\$ 227.400	\$ 388	\$ -	\$ -
VISITAS A DOMICILIO (VERDE)	CONSULTA	0,21300	\$ 43.600	\$ 774	\$ 285,04	\$ 142,52
URGENCIAS Y EMERGENCIAS (ROJO+AMARILLO)	TRASLADOS	0,03700	\$ 206.200	\$ 636	\$ -	\$ -
<b>PROTESIS , ORTESIS , IMPLANTES</b>						
PROTESIS TRAUMATOLOGICAS	INSUMO	0,00488	\$ 839.100	\$ 341	\$ -	\$ -
VASCULARES	INSUMO	0,00085	\$ 2.671.000	\$ 189	\$ -	\$ -
NEUROLOGICAS	INSUMO	0,00027	\$ 3.373.600	\$ 76	\$ -	\$ -
CIRUGIA GENERAL	INSUMO	0,00353	\$ 393.900	\$ 116	\$ -	\$ -
UROLOGICAS	INSUMO	0,00092	\$ 680.900	\$ 52	\$ -	\$ -
OTRAS	INSUMO	0,00044	\$ 2.143.500	\$ 79	\$ -	\$ -
ORTESIS	INSUMO	0,00350	\$ 202.100	\$ 59	\$ 58,95	\$ 58,95
LENTES INTRAOCULARES	INSUMO	0,00006	\$ 61.000	\$ 0	\$ -	\$ -
MARCAPASOS Y CARDIODESFIBRILADORES	INSUMO	0,00006	\$ 3.521.500	\$ 17	\$ -	\$ -
IMPLANTE COCLEAR	INSUMO	0,00002	\$ 28.750.000	\$ 40	\$ -	\$ -
OTOAMPLIFONOS Y PROTESIS	INSUMO	0,00054	\$ 584.700	\$ 26		\$ -
<b>LITOTRIPSIA</b>	PRACTICAS	0,00049	\$ 595.400	\$ 24	\$ -	\$ -
<b>OPTICA</b>	PRACTICAS	0,01090	\$ 29.800	\$ 27	\$ -	\$ -
<b>DIALISIS CRONICA</b>	PACIENTES	0,00033	\$ 34.210.000	\$ 941	\$ -	\$ -
<b>TERAPIA RADIANTE</b>						
BRAQUITERAPIA	PRACTICAS	0,00011	\$ 1.786.300	\$ 16	\$ -	\$ -
RADIOTERAPIA TRIDIMENSIONAL	PRACTICAS	0,00105	\$ 2.250.000	\$ 197	\$ -	\$ -
RADIOTERAPIA IMRT	PRACTICAS	0,00045	\$ 2.730.000	\$ 102	\$ -	\$ -
<b>PRETRANSPLANTE, TRANSPLANTE Y POST-TRANSPLANTE</b>	PRACTICAS	0,00037	\$ 19.600.000	\$ 604	\$ -	\$ -
<b>EMBOLIZACIONES</b>	PRACTICAS	0,00012	\$ 3.713.600	\$ 36	\$ -	\$ -
<b>DISCAPACITADOS</b>	PRESTACIONES	0,16021	\$ 371.256	\$ 4.957	\$ -	\$ -
<b>MEDICAMENTOS ESPECIALES</b>						\$ -
INCLUYE MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR EL SUR/SURGE (ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS), MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO NO CUBIERTOS POR EL SUR /SURGE(ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS) MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR AMPAROS NO PMO, ETC.	UNIDADES DISPENSADAS	0,12550	\$ 1.552.650	\$ 16.238	\$ -	\$ -
<b>DIABETES</b>						
<b>INSULINODEPENDIENTES</b>						
INSULINAS	UNIDADES DISPENSADAS	0,09220	\$ 399.930	\$ 3.073	\$ -	\$ -
ACCESORIOS(Tiras+sensores+accesorios)	UNIDADES DISPENSADAS	0,10850	\$ 145.500	\$ 1.316	\$ -	\$ -
ANALOGOS GLP1 Y GLUCAGON	UNIDADES DISPENSADAS	0,00208	\$ 371.100	\$ 64	\$ -	\$ -
<b>OBESIDAD</b>	PRACTICAS	0,00009	\$ 2.680.000	\$ 20	\$ -	\$ -
<b>FERTILIZACION</b>	PRACTICAS	0,00540	\$ 1.050.300	\$ 473	\$ -	\$ -
<b>SUBTOTAL PRESTACIONES ESPECIALES</b>				<b>\$ 31.652</b>	<b>\$ 343,98</b>	<b>\$ 201,47</b>

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO	COSTO UNITARIO 2025 EN \$	CAPITA MENSUAL 2025 \$	ALT 1: COSEGURO A/C BENE \$	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENE \$
<b>TOTAL GASTO PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO</b>				<b>\$ 69.492</b>	<b>\$ 8.654</b>	<b>\$ 6.121</b>
<b>VALOR DEL PMO CON COSEGURO AL 100%</b>					<b>\$ 78.147</b>	
<b>VALOR DEL PMO CON COSEGURO AL 50%</b>						<b>\$ 75.613</b>

## CONCLUSIONES

*Este trabajo corresponde a la decimoquinta 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. Ha sido realizado en conjunto entre PROSANITY CONSULTING, IPEGSA y la USAL.*

*Conocer los valores de las prestaciones que conforman el PMO es primordial y básico. Es una referencia que permite a cada Obra Social/EMP estimar la posible carga financiera que tiene que afrontar para brindar las prestaciones incluidas en el PMO, a las que está obligada.*

*Han sido analizadas otras fórmulas que han pretendido sustituir a la que desarrollamos, así se ha accedido a presentaciones que mostraban mecanismos que permitían una actualización prácticamente automática. Los resultados que logran están muy alejados de la realidad que se observa en la gestión cotidiana, por lo que no han sido prácticamente utilizadas.*

*Aun la que usamos nosotros para actualizar en tiempos de alta inflación, tienen diferencias significativas en más o en menos respecto a esta metodología.*

*Como se ha referido anteriormente la metodología utilizada obliga a un trabajo muy arduo de recopilación y a contar con información relevante. La sistemática de trabajo precisa relevar las tasas de uso o indicadores de uso de todas las prestaciones y actualizarlas periódicamente. Otras fórmulas toman indicadores globales no atados al consumo prestacional.*

*La técnica de análisis y actualización es compleja, lo que hace muy difícil replicarla con mayor periodicidad. A pesar de los esfuerzos realizados, aún no la hemos podido elaborar en forma regional. Hemos iniciado durante el 2023/24 el análisis en algunas*

*Obras Sociales Provinciales, pero ha sido muy difícil continuar con el mismo, en general por cambios en las gestiones de las organizaciones, y el desplazamiento de personas que colaboraban con nosotros.*

*Los ingresos de las diferentes Obras Sociales/EMP 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 con 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, con financiamiento de aportes y contribuciones y los proveniente del F.S.R. (que también surge de los aportes y contribuciones) notamos una nueva declinación sustancial del subsistema.*

*El sector del Seguro Social Obligatorio, columna vertebral de nuestro sistema de Salud, no tiene ingresos para seguir cubriendo la totalidad de prestaciones de la canasta conocida como PMO. Lo venimos repitiendo año a año y cada vez se ahonda el problema.*

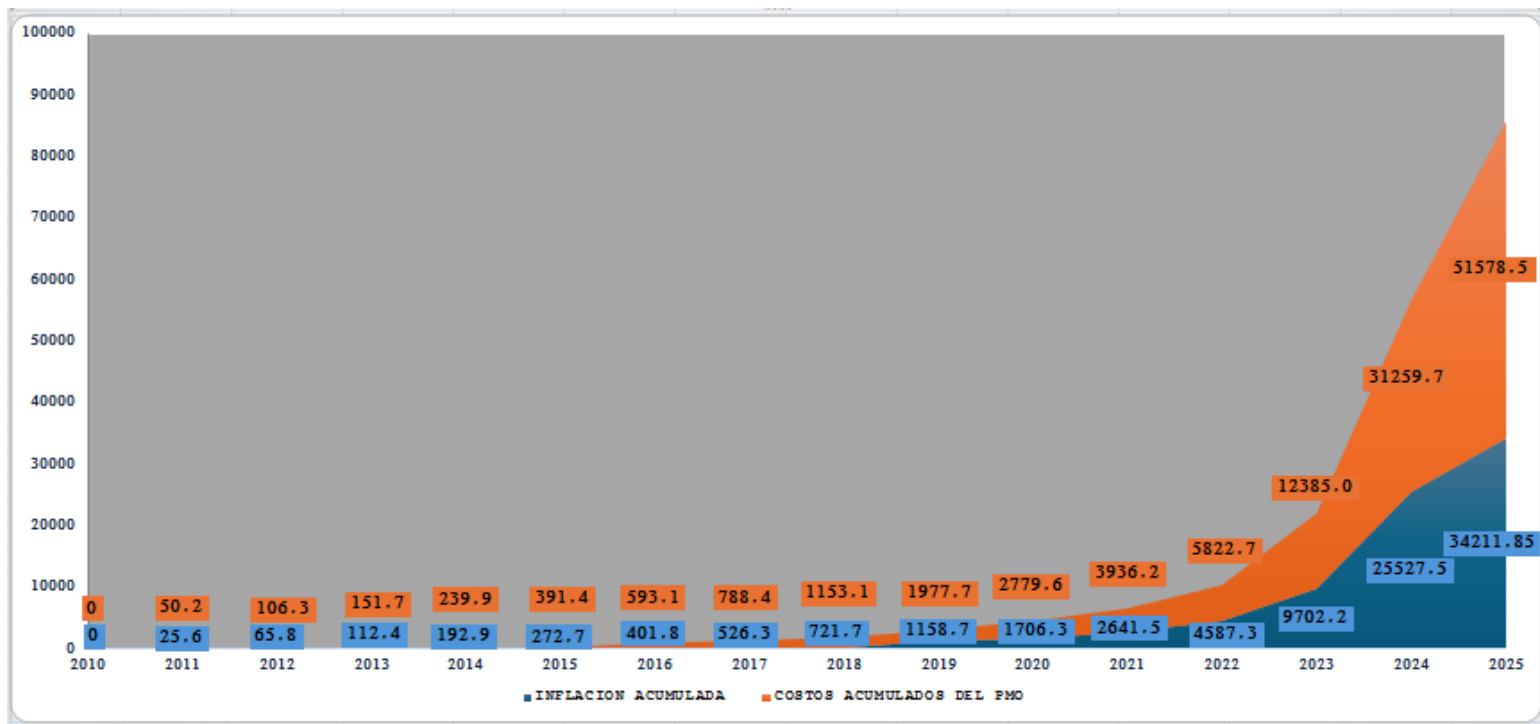
*En el GRÁFICO N° XII se observa claramente la evolución del Costo del PMO y de la inflación (considerando únicamente la Parte del PMO financiada por los Agentes de Salud). Este gráfico ha sido realizado consolidando todos los informes plasmados desde el 2010, en forma acumulada, tomando el año 2010 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.*

*Se observa que para una inflación acumulada del 34212 % al 2025 se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 51578 % al mismo año. Es decir que en 15 años el valor del PMO ha superado holgadamente a la inflación, en casi 17300 %.*

*Debe tenerse en cuenta que en los tres períodos marcados especialmente (20/21/22) los costos del PMO fueron inferiores a la inflación informada, lo que acercó las curvas. Desde el 2023 volvieron a separarse y este año 2025 supera en más del 30 % a la inflación informada por IPC.*

## GRÁFICO N° XIII

## EVOLUCION DE LA INFLACION ACUMULADA (IPC) Y DE LOS COSTOS ACUMULADOS DEL PMO FINANCIADOS POR LOS AGENTES DE SALUD 2010 AL 2025 ( EN % )



Fuente: elaboración propia.

Considerando solamente lo que financian los Agentes del Seguro de Salud, el PMO se ha incrementado en el período (24/25) en un 65%.

Por lo explicado anteriormente de coseguros, copagos y plus, es sumamente dificultoso saber cuál es el gasto de bolsillo y en qué porcentaje incide en el valor total de un PMO.

El aporte promedio como gasto de bolsillo para el 2024 representaba entre un 10 y un 13% del costo total del PMO siempre considerando hasta allí que los medicamentos ambulatorios son el aporte sustancial del gasto de bolsillo que hacen los usuarios (38% del precio de medicamentos a PVP).

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, más ahora con el advenimiento de EMP como actores directos del sistema.

Se vuelve a remarcar que el rubro medicamentos es el que sigue concentrando el mayor interés, por su peso en el PMO y por su evolución.

Los medicamentos especiales una vez más se colocan por encima del incremento del propio PMO. Algunos medicamentos, tomados individualmente, han superado sobradamente ese porcentaje global de incremento.

Se adjunta a continuación la TABLA N° 3 en la que se analiza actualizado a julio 2025, el peso de los medicamentos en cada grupo de prestaciones del PMO, y su impacto final.

TABLA N° 3

INCIDENCIA DE LOS MEDICAMENTOS EN EL COSTO DEL PMO 2025.

CONCEPTO	CAPITA	EST RELAT	OBSERVACIONES
INMUNIZACIONES	\$ 1.811,33	6,1%	PVP
LECHE MEDICAM	\$ 87,78	0,3%	PVP
MPA	\$ 5.756,18	19,3%	PVP
M+MD EN INTERN	\$ 1.459,31	4,9%	INCIDENCIA 15% DEL COSTO EGRESO
MAC	\$ 16.238,13	54,5%	PVP
DIABETES	\$ 4.452,68	14,9%	PVP
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 29.805,42</b>	<b>100,0%</b>	
INCID S/PMO S/COSEG	43%		
INCID S/PMO S/COSEG MAC + DIAB	30%		

De esa misma tabla surge que los medicamentos en ambulatorio (el 62% que paga el financiador) representan el 8 % del costo del PMO global y el 19,3% del gasto en medicamentos del PMO. Los medicamentos especiales más diabetes insulino dependiente el 30. % del costo total del PMO y el 69 % del gasto en medicamentos del mismo.

Sumando todos los medicamentos (sin considerar lo que paga de su bolsillo el beneficiario en lo ambulatorio, sólo lo que paga el financiador) los medicamentos representan el 43% del costo del PMO.

Según el análisis que hacemos en este trabajo para el 2025, el ingreso per cápita promedio para las diferentes OSN por aportes y contribuciones se ha estimado en \$54.644,65, (lo que representa el 79% del valor del PMO) debiéndose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de aportes y contribuciones durante el mes de julio 2025.

Ello da como resultado que con estos aportes solo un 21% de las OOSS y EMP (20,5% 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 23% de las OOSS y EMP (22% 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 6 Obras. Sociales y EMP y 200.000 beneficiarios más del sistema acceden a la cobertura del PMO luego de aplicar subsidios y reintegros.

Una referencia especial al análisis del PMO y al 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 (ingresos de fondos extraordinarios). En esta actualización, los costos en salud se encuentran nuevamente por encima de la inflación del período (un 34% más que la inflación).

Si bien, en el análisis desde hace años remarcamos que el sector privado prestador (sobre todo establecimientos de agudos y profesionales) está financiando parte del desfasaje con sus bajos ingresos, en este año debemos señalar un fenómeno muy marcado, que es el traslado de costos del sistema a los beneficiarios, con un gasto cada vez mayor de bolsillo, muy difícilmente medible, pero muy claro a la luz de la generalización de los plus, en consultas y también en muchas prácticas, que se acompaña de la dificultad de acceso a turnos en los tres subsistemas.

El que no puede acceder (y no puede pagar extra) pierde la oportunidad en su tratamiento. Los impactos negativos en la calidad de los servicios son muy marcados. Los resultados en la salud poblacional serán patrimonio de análisis epidemiológicos a futuro.

### ADDENDA

Dada la inflación existente, se realizó, como en años anteriores, una simulación tendiente a determinar cuál sería el valor actual del PMO (a fines de octubre 2025) financiado por los Agentes de Salud, a partir del valor obtenido a fin de julio 2025 en esta investigación. Se tomó en cuenta una fórmula ponderada que se ha desarrollado a tal efecto.

Al mismo tiempo y utilizando esta fórmula, comparamos el valor del PMO de fin de julio del 2025 que surgiría partiendo del trabajo de actualización 2024, con el obtenido con la metodología habitual.

La idea es marcar que este tipo de actualización de fórmula ponderada solo debe ser usada como una referencia para restablecer valores en épocas de inflación, pero no suple ni presenta el grado de certeza que la habitual que realizamos.

**TABLA 4**

julio 2025 a octubre 2025	Fórmula propia	<b>\$ 75.318,67</b>
Julio 2024 a julio 2025	Investigación	\$ 69.492,00
Julio 2024 a julio 2025	Fórmula propia	\$ 61.532,07
Diferencia		12,9%