

PMO
PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

ACTUALIZACIÓN JULIO DE 2020

DR. ERNESTO VAN DER KOOY
DR. RUBEN TORRES
DR. HECTOR PEZZELLA
DR. ADOLFO CARRIL
DR. RUBEN RICARDO ROLDAN

ESTIMACIÓN
DEL GASTO NECESARIO
PARA GARANTIZAR
LA COBERTURA

prosanity consulting
UNIVERSIDAD ISALUD

ACTUALIZACIÓN DE LA ESTIMACIÓN DEL GASTO NECESARIO PARA GARANTIZAR LA COBERTURA ASISTENCIAL CONTENIDA EN EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO) JULIO DE 2020

Autores

Dr. Ernesto van der Kooy.

Dr. Rubén Torres.

Dr. Héctor Pezzella

Dr. Adolfo Carril

Cdor. Rubén Ricardo Roldán

AUTORES:

Dr. Ernesto van der Kooy

Médico. Diploma de Honor.
Especialista en administración de Establecimientos de Salud.
Master en Dirección de Empresas. Universidad del Salvador – Universidad de Deusto (España).
Presidente de Prosanity S.A. Consultora de Salud.
Profesor Titular de la Cátedra de Estudios de los Sistemas y Organizaciones Sanitarias – USAL – marzo 2013 a la fecha.
Trabajo como:
Profesor titular de la Cátedra Extracurricular de Economía de la Salud de la Universidad del Salvador.
Presidente de Bristol Park.
Director del Hospital Municipal del Pilar.
Asesor del INSSJP.
Secretario de Salud y Acción Social. – Municipalidad del Pilar –
Interventor Nacional del PROFE.
Consultor del Banco Mundial. Pressal.
Autor de varios libros de investigación aplicada y numerosos trabajos publicados de la especialidad.
Varios premios recibidos.

Dr. Rubén Torres

Médico especialista en cirugía infantil (Universidad de Buenos Aires) Diploma de Honor.
Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social
Magister en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social.
Máster en Sociología.
Especialista en planificación y Gestión de Políticas Sociales.
Rector de la Universidad Isalud.
Presidente del Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS).
Presidente de la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH)
Miembro del Consejo Académico de la Fundación de Estudios para la salud y la Seguridad social (FESS).
Ex Superintendente de Servicios de Salud de la Nación.
Ex Gerente de Sistemas de Servicios de Salud de OPS (Organización Panamericana de la Salud).
Autor de varios libros de la especialidad.
Autor de numerosos trabajos publicados y/o presentados en libros, revistas, diarios, congresos nacionales e internacionales.
Ha recibido numerosos premios otorgados por prestigiosas entidades nacionales e internacionales

Dr. Héctor Pezzella

Médico Cirujano Especialista (MAAC).
Especialista en Medicina del Trabajo.
Especialista en Salud Pública y Administración Hospitalaria.
Director de Prosanity S.A. Consultora de Salud.
Profesor de la Cátedra de Estudios de los Sistemas y Organizaciones Sanitarias – USAL – marzo 2013 a la fecha
Trabajó como:
Profesor Titular de la Cátedra Extracurricular de Economía de la Salud. Universidad del Salvador.
Director del Sanatorio Güemes (CABA).

Director Médico de ADOS-Salto (BA).
Gerente de Prestaciones Médicas del I.N.S.S.J.P.
Jefe de Departamento de Programación del I.N.S.S.J.P.
Gerente Medico 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.

AGRADECIMIENTOS:

A todas las Instituciones consultadas para el relevamiento de tasas y precios.

Al Lic. Nicolás Striglio por sus aportes metodológicos al estudio y su importante tarea de análisis.

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

PROLOGO

PROSANITY CONSULTING y la UNIVERSIDAD ISALUD realizan anualmente el trabajo de actualización de "La estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa médico obligatorio (PMO).

El primer objetivo de este trabajo consiste en la determinación del valor de la canasta prestacional conocida como PMO a una fecha definida. Este año, la investigación se ha encontrado sesgada desde el mes de marzo 2020 por la Pandemia de Covid 19. Por ésta razón, se decidió modificar la metodología con que realizamos dicha estimación.

Como consecuencia de haberse priorizado la atención de los enfermos con COVID, muchas de las prácticas han quedado modificadas en el período COVID, y por lo tanto no reflejan la habitualidad de uso en el PMO.

Ante ésta situación, se actualizaron los precios del trabajo anterior (julio 2019), sin considerar modificaciones de los índices o tasas de uso, de cuyo producto se obtienen los distintos valores capitados, los cuales agrupados por programa, por prestación, etc., conforman nuestra grilla de trabajo.

Año a año seleccionamos prestaciones que conocemos van variando su aplicación o por cambios epidemiológicos o por la aparición de nuevas tecnologías. Se analizan, se determinan los nuevos indicadores de utilización y se modifican en la investigación. En los más de diez años en que se realiza este trabajo, han sido abordadas muchas de las más relevantes y modificados sus indicadores en la grilla del PMO.

El segundo objetivo de esta investigación es determinar a finales de julio 2020 en qué medida las Obras Sociales Nacionales Sindicales se encuentran en condiciones financieras de brindar un PMO íntegro y compararlo con los años anteriores.

Este estudio se ha elaborado en un año en donde el Gobierno electo a Nivel Nacional, ha restituido el rango al Ministerio de Salud.

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

Los desórdenes económicos se han mantenido y potenciado, la inflación sigue siendo muy alta y desde julio del 2019 a la fecha del presente estudio, se ha producido una gran devaluación de la moneda. La pandemia ha agudizado la problemática económica previa. Sigue existiendo una falta de precios de referencia en el mercado. También, dada la gran dispersión de precios en algunos rubros, se dificulta la determinación de un valor

que represente al universo, lo cual puede provocar algún grado de desvío en el costeo del PMO.

Todo el Sistema Sanitario, financiador y prestador, se mantiene en una crisis de gran magnitud, a lo que se suman los indicadores de pobreza e indigencia, aún a determinar post pandemia, los que se estiman en un 50% de pobreza medida por ingresos. Si se hiciera la medida de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas, seguramente en muchas regiones o localidades el indicador sería mucho mayor, influyendo como ningún otro guarismo en el estado sanitario de la población.

No se conocen aún los impactos indirectos en morbimortalidad que generará la pandemia, como resultado de la falta de atención o ausencia de consulta de pacientes con patología previa o por nuevos eventos como los IAM, oncología, enfermedades mentales, etc.

Al mismo tiempo la situación epidemiológica ha modificado el formato de acceso a determinadas prestaciones. Las consultas por telemedicina en EEUU resultaron durante abril y mayo un 40% del total, situación que, también se ha podido visualizar en diferentes proporciones, en algunos sectores de nuestro sistema sanitario. En Argentina, en el mes de abril de 2020, el número de consultas por telemedicina habría alcanzado el 50% del total.

Creemos que ésta pandemia debe servir para preparar adecuadamente la atención de las personas en función de eventualidades futuras similares. Flexibilizar las medidas cambiándolas tantas veces como sean necesarias, abordajes desde la Atención Primaria de la Salud, división en sectores de los hospitales, diálogos y construcciones conjuntas de los diferentes actores y de la población.

Se ha referido en forma reiterada que nuestro Sistema es fragmentado y segmentado, aunque, durante la pandemia se logró que funcionara en Red en forma conveniente. Existen fuertes inequidades en el mismo tanto en el acceso, como en la oportunidad y la calidad de los servicios prestados. Esas faltas de equidad se verifican según las regiones y/o provincias, según el subsector financiador, la infraestructura prestacional disponible, los recursos humanos.

Durante el 2019 con el gobierno anterior, la Secretaria de Gobierno de Salud continuó con el programa de Cobertura Universal de Salud (CUS), tratando que la población no formalmente cubierta, pueda acceder al Sistema de Salud en condiciones de igualdad y equidad con aquellos cubiertos formalmente.

Se puso en marcha la Red Nacional de Salud Digital con el objetivo de mejorar el intercambio de información de las distintas jurisdicciones del país y la atención de los beneficiarios, se continuó con la estrategia de cobertura territorial basada en la medicina familiar y comunitaria, con equipos de salud con población a cargo, se agregaron nuevas líneas de cuidado. También se continuó con entrega de insumos y equipamientos a algunas provincias y municipios participantes.

Los avances del CUS han sido, sin embargo, muy limitados y fragmentados, diferentes según las jurisdicciones de que se trate, y muy distantes aún de lograr una Cobertura Universal para toda la población con alcances similares en accesibilidad y oportunidad a la población formalmente cubierta. Sigue siendo una asignatura pendiente.

A partir del cambio de gobierno en diciembre de 2019 y ya como Ministerio de Salud, las nuevas autoridades debieron afrontar casi desde el inicio la pandemia del COVID 2019, por lo que la casi totalidad de acciones desarrolladas han sido destinadas a afrontar este flagelo. Se declaró en marzo 2020 la Emergencia Sanitaria, adicional a la existente y se facultó al Ministerio a coordinar las acciones con las diferentes jurisdicciones, campañas educativas y de difusión, establecer regulaciones y restricciones, entrega de medicamentos, equipamiento, apoyo de recursos humanos etc.

Fuera del tema específico de la pandemia el Ministerio delineó en Febrero 2020 una Política Nacional de Medicamentos 2020-2023, con el objetivo de lograr un mayor acceso, calidad y promoción del uso racional de los mismos, habiéndose enunciado el relanzamiento del Programa Remediar para la atención primaria, la reorganización de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC), las compras conjuntas de medicamentos entre diversos organismos con el fin de ahorrar recursos y garantizar el acceso, precios de referencia para la seguridad social; la renovación de la ley de prescripción por nombre genérico, potencialidad de abastecimiento de medicamentos estratégicos mediante la producción nacional pública, etc.

La pandemia aceleró cambios en los formatos de asistencia a las personas, y fue aprobada en el ámbito legislativo y luego reglamentada la receta electrónica y la tele-asistencia.

En el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación se aprobó el Programa Nacional de seguimiento de Tecnologías Sanitarias Tuteladas.

Tal como venimos reiterando en anteriores presentaciones, dentro del ámbito legislativo, se siguen propiciando leyes de cobertura por patología. En este caso se aprobó y promulgó luego con algunos cambios, la Ley de Protección Integral para las personas con Fibrosis Quística de Páncreas o Mucoviscidosis. Este tipo de legislación

atenta contra la programación y gestión de los diferentes subsistemas y no repara en el financiamiento que les permitan afrontar el gasto.

Durante el periodo de pandemia la SSS destinó fondos adicionales a las OOSS Nacionales con el propósito de paliar la caída de la recaudación potencial (agravada por la pandemia y la crisis económica), liberando fondos tendientes a compensar esa caída en relación a febrero 2020, período donde los ingresos se encontraban muy depreciados, según los rubros de actividad, por la crisis económica recurrente de los últimos años. Dichos fondos provinieron del FONDO DE EMERGENCIA Y ASISTENCIA, dispuesto por el Decreto 908, del 2016.

Adicionalmente la SSS liberó fondos correspondientes al SUR a cuenta de expedientes potenciales, para asegurar otro ingreso indispensable para las Obras Sociales, considerando que los costos de las prestaciones cubiertas por dicho reintegro son las que más aumentan año a año en el PMO.

Esos elementos, junto a otros apoyos directos a Empresas en general y a las de Salud por parte del Estado, han hecho que en conjunto hayan amortiguado la caída de aportes y contribuciones al sistema en forma global.

En el análisis del Sistema de Salud nos queremos referir especialmente a los Seguros de Salud Obligatorios y dentro de ellos a las Obras Sociales Sindicales, como así también, a todo el sector prestador que les brinda servicios. Los problemas preexistentes se mantienen y la salida de la pandemia, seguramente significara repetir y magnificar las serias dificultades del sector, a la luz de eventuales demandas contenidas, enfermedades que no han sido convenientemente cubiertas, el aumento presumible de morbimortalidad y de los costos, entre otros factores.

Las Obras Sociales en conjunto y por supuesto también las Sindicales padecen cada vez una mayor dificultad para cubrir las prestaciones a las que están obligadas, dependiendo de un porcentaje de los aportes y contribuciones de los salarios, que han seguido perdiendo valor en relación a la inflación existente.

Se visualiza a futuro un camino de profundización de la caída de la base de los ingresos, un aumento de costos y un mercado laboral con cambios en sus formatos cuyo impacto en el subsistema es muy difícil de evaluar. Todo eso hace imprescindible analizar si el Sistema de los Seguros Sociales Obligatorios son pasibles de ser financiados a futuro exclusivamente con aportes y contribuciones como en la actualidad.

Las Obras Sociales Sindicales han debido seguir cubriendo obligatoriamente al Sector de monotributistas y monotributistas sociales y al personal de casas particulares. Los

aportes de esos grupos se encuentran, en diferente proporción, muy por debajo del valor del PMO que se les debe brindar, lo que genera un mayor desfinanciamiento de las mismas. Lo mismo ocurre con aquellas que tienen afiliados pasivos y reciben por parte del PAMI un valor muy inferior al costo de un PMO para mayores de 65 años. El Estado Nacional se ha mantenido ausente sin participar en el financiamiento de la diferencia entre lo efectivamente aportado y lo necesario para la cobertura.

El hecho que exista un incremento de enfermedades crónicas y una esperanza de vida cada vez mayor, impacta en todos los Sistemas de Salud del mundo. La incorporación de nuevas tecnologías, sobre todo en medicamentos (biotecnológicos) y el crecimiento continuo en la cobertura de prestaciones incorporadas al SU en caso de discapacidades (Prestaciones Educativas cubiertas por Salud), hacen que influyan sustancialmente en el costo del PMO.

En el caso de los medicamentos de alto costo, la investigación en proceso asegura la incorporación de muchos medicamentos nuevos en los próximos meses y años. Los amparos judiciales obligan a cubrir en muchos casos medicamentos que no han demostrado su costo efectividad, y que ni siquiera cuentan con la evidencia científica de su valor, impactando en un número limitado de beneficiarios a expensas de las posibilidades de cobertura de la mayoría.

Si bien la S.S.S. ha podido hasta ahora asegurar el reintegro total del programa Integración (Discapacitados), y aportar fondos al SUR por la pandemia, con los ingresos corrientes actuales, el mayor porcentaje de fondos van a ir a cubrir el Programa Integración (Cobertura del SU. Prestaciones Educativas).

El SUR, ya desfinanciado antes de la pandemia, generaba reintegros parciales y tardíos. La incorporación y cobertura a futuro de nuevos medicamentos y tecnologías de alto costo, harán aún más insuficientes los fondos para este tipo de reintegros. El resultado es que las Obras Sociales Sindicales deberán hacerse cargo de mayores costos por estas prestaciones, lo que hará que muchas de ellas se tornen inviables.

En la actualidad, muchos medicamentos de Alto Costo incorporados al PMO no cuentan con cobertura SUR.

A la pérdida de solidaridad institucional producto de la desregulación, se suma que el FSR, con sus ingresos actuales, no se encuentra en condiciones de asegurar una solidaridad interinstitucional, que permita a todos los Agentes de Salud del Sistema Social Obligatorio regulado, el acceso a la canasta de prestaciones a los que están obligadas. Además, dentro del universo de Obras Sociales Sindicales, existen un grupo

importante de las mismas cuyo caudal de afiliados no llega al mínimo necesario para diluir el eventual riesgo prestacional.

Se continúa con prórrogas sucesivas de la ley de Emergencia Sanitaria, y al mismo tiempo sin resolverse los temas de fondo. Entre esos temas es necesario analizar la eliminación de impuestos distorsivos para el sector prestador de la Salud. La ley de emergencia sanitaria genera un alivio transitorio de las deudas impositivas y previsionales del sector de prestadores privados, que es quien sustenta la atención de la mayor cantidad de prestaciones del Seguro Social Obligatorio, aunque por otro lado, resiente la fuente de financiamiento que proviene justamente de aportes y contribuciones.

Nuestro sistema de Servicios de Salud por fragmentado, inequitativo y poco solidario necesita de muchas acciones a implementar, muchas de ellas simultáneas a fin de perfeccionar la integración de los diferentes subsectores y hacer un sistema más equitativo y eficiente para toda la población en lo que hace a la accesibilidad, oportunidad, calidad, etc.

Dentro de las muchas acciones a implementar existen algunas que abordadas como un todo, en forma unificada, pueden impactar en todos los subsectores al ser una problemática transversal a los mismos y aplicar, sin dudas y de forma muy importante, en el costo efectividad, la calidad y la equidad del sistema.

Para concretarlas se deben generar los espacios de consenso y coordinación y asegurar la participación de todos los actores del sector, de todas las regiones y jurisdicciones. De ahí la trascendencia de la Rectoría y Gobernanza de las Autoridades Sanitarias para llevar a cabo estos consensos.

Éstas son:

Explicitación de la cobertura médica del PMO. Redefinir el alcance del PMO o definir una nueva canasta de Servicios de Salud, que sea de aplicación obligatoria no solo en Obras Sociales Nacionales y Seguros Privados sino que sea de aplicación en todo el Sistema y no sólo una referencia para los restantes integrantes del Sector de la Salud. De generarse un abordaje único para el Gasto Catastrófico, el PMO o la nueva canasta de prestaciones quedaría acotado a todas las prestaciones ambulatorias y con internación reanalizadas en base a costo efectividad y efectividad clínica.

Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitaria, cuya creación lleva varios años y gobiernos sin concretarse. Debería ser el espacio natural en el que se realicen los estudios y evaluaciones de medicamentos, productos médicos, instrumental, técnicas, procedimientos, etc. y determinar en función de criterios de calidad, costo-efectividad, equidad, ética, etc. que prestaciones mantener y cuales incorporar a la cobertura

obligatoria de los Seguros Sociales. Producir protocolos de atención de acuerdo a pautas de evidencia científica para ser incorporados al conjunto de prestaciones cubiertas por la nueva Canasta de prestaciones. Adicionalmente es una herramienta además para limitar la judicialización de la Salud.

Cabe referir que existen proyectos en estado parlamentario no tratados aún.

Abordaje del Gasto Catastrófico (GCS)

La financiación y la gestión del GCS en Argentina está condicionado por las características generales del Sector de Salud.

Las responsabilidades y capacidades de respuesta, depende de cada subsector, las coberturas son segmentadas, hay diferentes modalidades de provisión de servicios y de grados de cobertura, con disímiles formas de financiamiento, por lo tanto, con claras ineficiencias en el uso de los recursos e inequidades respecto al acceso a los servicios.

Las OS reguladas por la S.S.S. cuentan con el FSR, pero como se ha expresado anteriormente, cada vez tienen más dificultades para dar la cobertura, porque el FSR tiene limitaciones en su disponibilidad. Muchos de los medicamentos de alto costo (MACs) incluidos en el PMO, no tienen reintegros por parte del SUR.

Si bien existen importantes herramientas para disminuir el impacto de los GCS, como las compras centralizadas, la creación de fondos de reaseguro integrales, etc., se debería contar con un Seguro de GCS para toda la población, cuya composición y financiamiento, con fuerte participación del Estado, debería ser un motivo de análisis exhaustivo.

Un Seguro de GCS, permitiría no limitar el abordaje solamente al financiamiento del GCS, ni exclusivamente a las enfermedades de alto costo y baja incidencia, sino abordar la gestión integral del GCS (compras centralizadas, redes de prestadores especializados debidamente acreditadas, protocolos de tratamiento, determinación y observatorio de precios, etc.), pudiendo incluir a todos los grupos de tratamientos o prestaciones de alto costo en forma progresiva y no limitarlo a los medicamentos.

El presente estudio será complementado, con un agregado que se denominará "Período COVID", en donde se examinará por separado el período marzo/septiembre 2020, analizando las prestaciones especificas realizadas a consecuencia de la enfermedad (rubro especial atención COVID) y los cambios de los indicadores de uso de las diferentes prestaciones que se produjeron en dicho lapso, en donde, por haberse postergado prestaciones (como pudieron ser por ejemplo las cirugías electivas), se modificó la demanda de otras por variadas limitaciones de acceso a la prestación por parte de la población o por disminución de la oferta.

En la actualidad nos encontramos elaborado una segunda grilla, a partir de la información brindada por financiadores y prestadores, de los indicadores de uso de estos meses (marzo-septiembre 2020 inclusive) y finalizado su análisis y valorizada la grilla, procederemos a su publicación.

La pandemia, habiendo recolocado a la salud en el centro de las agendas, constituye una oportunidad para encarar los desafíos, cuya solución definitiva, se encuentra largamente postergada.

METODOLOGÍA

No se modificó la metodología utilizada; los parámetros considerados son las tasas o indicadores de uso y los precios de mercado.

Como en todos los trabajos anteriores no se incluyen los costos de administración, por no contar con información fiable de los mismos.

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.

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.

Como ya se refirió, como consecuencia de la Pandemia de Covid 19, no se modificaron los indicadores o tasas de usos para las prestaciones incorporadas al PMO, respecto a las usadas en la actualización anterior. Solo se actualizaron los precios de mercado.

La inflación de julio 2019 a julio 2020 fue, según INDEC, del 43%. El incremento del dólar oficial en igual período fue del 69%

<u>Características particulares de esta actualización</u>:

Se decidió analizar, en otro estudio, lo ocurrido en lo que denominamos PERÍODO COVID, considerando el mismo desde marzo a septiembre 2020 inclusive, más allá que aún persista la pandemia luego de este mes.

En ese período considerado se han modificado sustancialmente algunas tasas de uso y se ha incorporado como un elemento adicional la cobertura de pacientes COVID, en sus diferentes modalidades, ambulatorias y en internación y dentro de ellas las diferentes formas de cobertura.

Es por ello que para comparar con la grilla habitual se decidió mantener como valores de mercado para todas las prestaciones no COVID los recabados a julio 2020, o sea los mismos que se encuentran en la grilla habitual.

Esa grilla COVID será motivo de una presentación posterior a esta, una vez que estén recibidos y analizados los datos y valorizados.

Volviendo al tema de los valores del mercado, y como se ha referido en el prólogo, existe una gran dispersión de los mismos. Como caso emblemático podemos referir el de los valores del día cama en piso y el de UTI entre los diferentes establecimientos, de Ciudad de Buenos Aires y Conurbano, con valores en alguno de ellos que duplican y hasta triplican los de otros prestadores, con iguales inclusiones.

Llama la atención, que, por primera vez en varios años, la actualización del valor del PMO ha dado un incremento de valores por debajo de la inflación informada por el INDEC para igual período.

Frente a la gran inflación persistente, al finalizar cada actualización según la metodología habitual, y para ir actualizando de alguna forma el valor a la realidad del momento (en un año, con la inflación de Argentina, los valores se desconectan de la realidad), usamos un mix ponderado que considera el aumento del IPC para el sector Salud y el valor del dólar oficial.

Esta forma de ajuste se fue haciendo mes a mes desde julio del 2019 para tener una referencia actualizada del valor. De ésta manera y tomando el valor obtenido al 31 de julio 2019, el valor del PMO sin coseguros al 31 de julio del 2020 resultó un valor de $2.742,74, es decir un 8% más que con la metodología habitual.

Esa diferencia de valores responde entre otras causas a los resultados de la pandemia.

Abocados a la atención de enfermos COVID 19, no ha habido por parte de los prestadores y/o financiadores esa carrera de actualización de valores propia de los momentos inflacionarios y que han sido la regla los últimos años. No ha habido prácticamente negociación de nuevos valores desde febrero 2020 a la fecha.

Sin embargo, existen algunos rubros de alto impacto en el costo de un PMO que han superado el promedio de aumento del mismo y aún el de la inflación. El paradigmático (ocurre también en las últimas actualizaciones), resulta el rubro medicamentos, ya sean los ambulatorios habituales o los medicamentos de alto costo, estén o no incluidos en el subsidio SUR. El aumento promedio en el año observado (julio 2019 a julio 2020) ha llegado al 53,07%, aun considerando la disminución de valores que ocurrió entre diciembre 2019 y marzo 2020. Este año los medicamentos ya se han apreciado en conjunto en alrededor de un 12%, variando mucho según el tipo de medicamentos. Algunos de ellos sobre todo de alto costo, han superado ampliamente estos valores promedio.

Los precios de mercado considerados han sido actualizados a fines de julio de 2020. Los datos oficiales (IPC), expresan que, para este período de 12 meses, que va desde julio del año 2019 hasta julio del año 2020, la inflación ha sido de 43% (INDEC).

Debido a que muchos insumos son importados, la variación considerada del dólar ha sido de un Incremento interanual del 69%.

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, a finales de julio del año 2020.

La Tabla N° 1 muestra la composición en porcentajes, según edad y sexo, de la población estudiada. Se ha incorporado al igual que en 2019, la distribución informada por la SSS para el 2016 sobre la base de 15.383.113 beneficiarios.

TABLA N° 1

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

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

Fuente: SSS 2016

RESULTADOS

Si se considera solamente el valor que debe financiar el Seguro Social Obligatorio (sin los coseguros que provee el beneficiario de su bolsillo, en el momento de la prestación) teníamos al 31 de julio 2019 un valor de $1.833,81. Con esta actualización de julio de 2020 el valor resultante ha sido de ***$ 2.541,53,*** *significando un incremento interanual del* ***38,6%.***

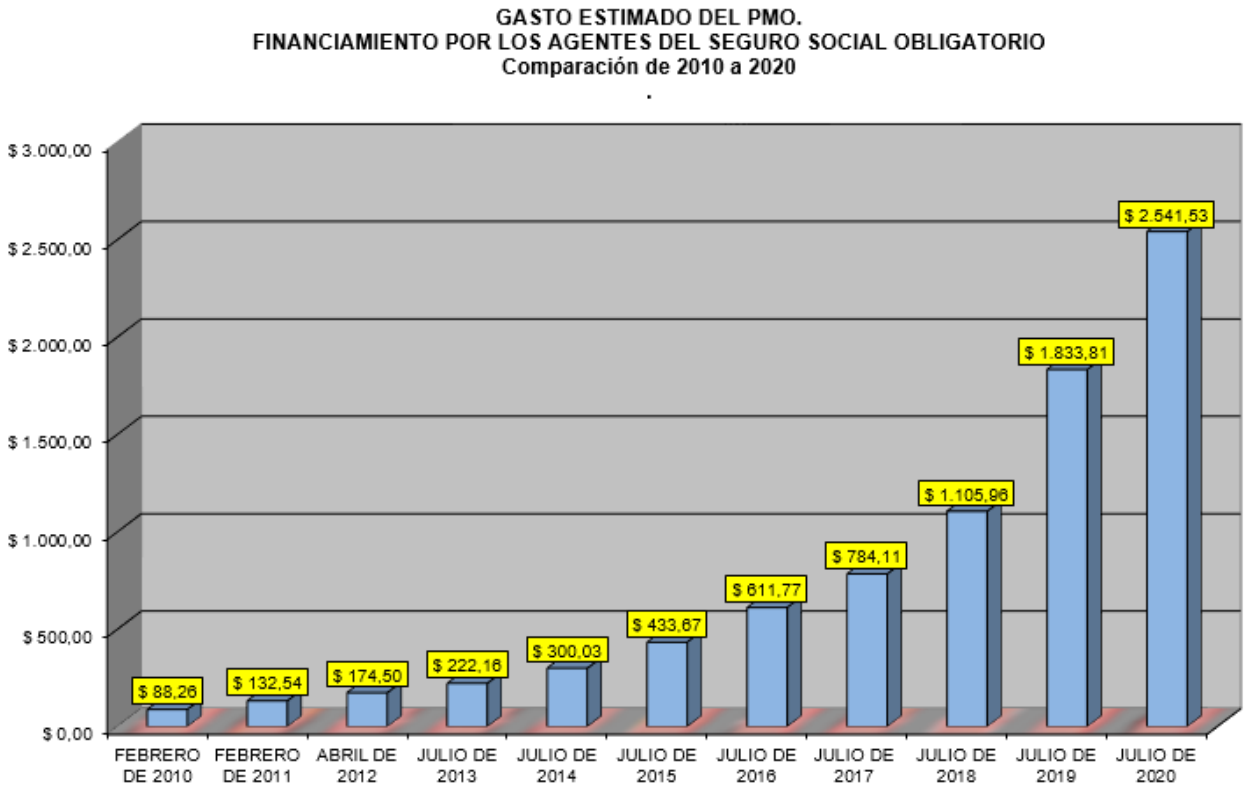
Si, por otra parte, también sin considerar gastos administrativos, examinamos la totalidad del valor necesario para garantizar la cobertura (lo financiado por los Agentes de Salud y lo financiado por el beneficiario de bolsillo), el costo per cápita del PMO, al 31 de julio de 2020 fue estimado en $ 2.869,42 con coseguros al 100% y de $2.788,25 con coseguros al 50%.

Ello significa un incremento en conjunto un poco superior al incremento del valor del PMO sin coseguros en igual período.

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

El Grafico N°1 compara los valores estimados del PMO a financiar por las Obras Sociales para las actualizaciones anuales realizadas entre 2010 y 2020. Como puede observarse, el costo del PMO a financiar por los Agentes de Salud, ha seguido una tendencia creciente desde el 2010 aumentando año a año como mínimo por encima del 25% y con un aumento sustancial de su tasa de crecimiento anual desde el 2014 donde se incrementó cada año en alrededor o por encima del 40% y en 2019 llegó al 65,8%. Este año nuestros cálculos la estiman en un 38,6 %. Sin embargo, en este período (julio 2019 a julio 2020) el costo del PMO por primera vez en los últimos años, es inferior a la inflación determinada para igual período por el INDEC, aunque siempre en un contexto de altísimo incremento interanual.

GRÁFICO N°1



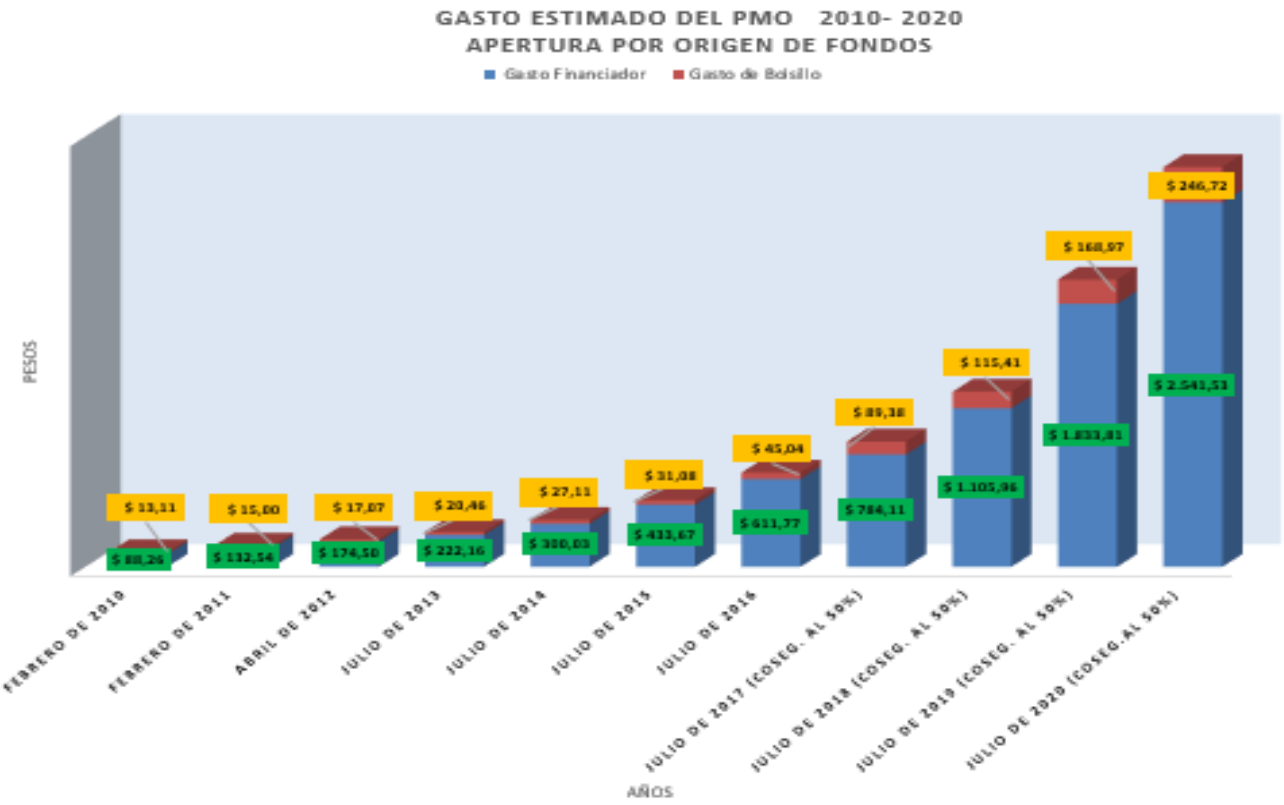
Los coseguros como mecanismos de regulación del sistema tienen actualmente un peso que ha aumentado en relación al año anterior.

En este análisis del PMO a fines de julio del año 2020, cada beneficiario abona de bolsillo $ 327,89 por mes con coseguros del 100%, de los cuales $ 164,13 corresponden a medicamentos ambulatorios (50% del total). Si consideramos los coseguros al 50% de lo máximo autorizado, cada beneficiario abona de bolsillo $ 246,72 de los cuales los medicamentos ambulatorios significan $ 164,13 o sea un 67% del total.

Según los datos surgidos de esta actualización, el gasto de bolsillo representaba a julio de 2019 un 9 % del costo total del PMO (considerando lo financiado por los Agentes de Salud y por el beneficiario de su bolsillo) con coseguros al 100% y del 8,4. % del PMO al considerar coseguros al 50% de lo autorizado. En esta actualización se han incrementado pues el gasto de bolsillo con coseguros al 100% es de 13% y baja al 10% con coseguros al 50%.

En el Gráfico N°2 se observan los valores financiados por los agentes de salud y el gasto de bolsillo en febrero 2010, en febrero 2011, en abril 2012, y en julio desde el 2013 al 2020 inclusive.

GRÁFICO N°2



En la Tabla N° 2 se comparan los valores por grupos de prestaciones en julio 2019 y en julio de 2020 sin considerar coseguros, 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 2019	JULIO DE 2020	INCREMENTO EN PORCENTAJE
PROGRAMAS PREVENTIVOS	$ 150,84	$ 226,95	**50,5**
PRESTACIONES AMBULATORIAS	$ 683,72	$ 963,84	**41,0**
PRESTACIONES CON INTERNACION	$ 484,16	$ 608,43	**25,7**
PRESTACIONES ESPECIALES	$ 515,09	$ 742,31	**44,1**
TOTAL, COSTO PMO	**$ 1.833,81**	**$ 2.541,53**	**38,6**

Fuente: elaboración propia

Se observa en la Tabla N°2 que el mayor incremento se verifica en los programas preventivos y en las prestaciones especiales, influidos fundamentalmente por los precios de los medicamentos y vacunas.

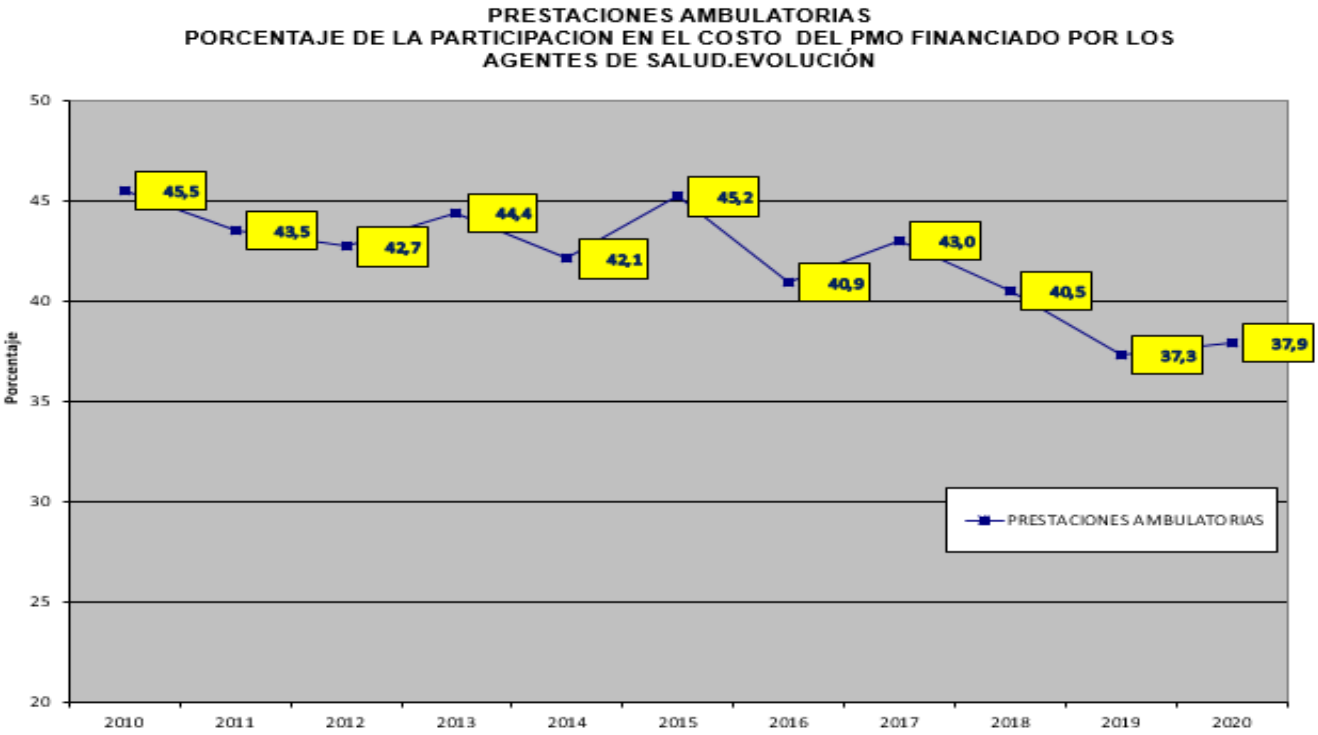
El Gráfico N°3 muestra la evolución de la participación porcentual de los programas preventivos en el costo del PMO financiado por los Agentes de Salud, desde 2010 a la fecha.

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



Fuente: elaboración propia

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

GRÁFICO N°5



Fuente: elaboración propia

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

GRÁFICO N°6

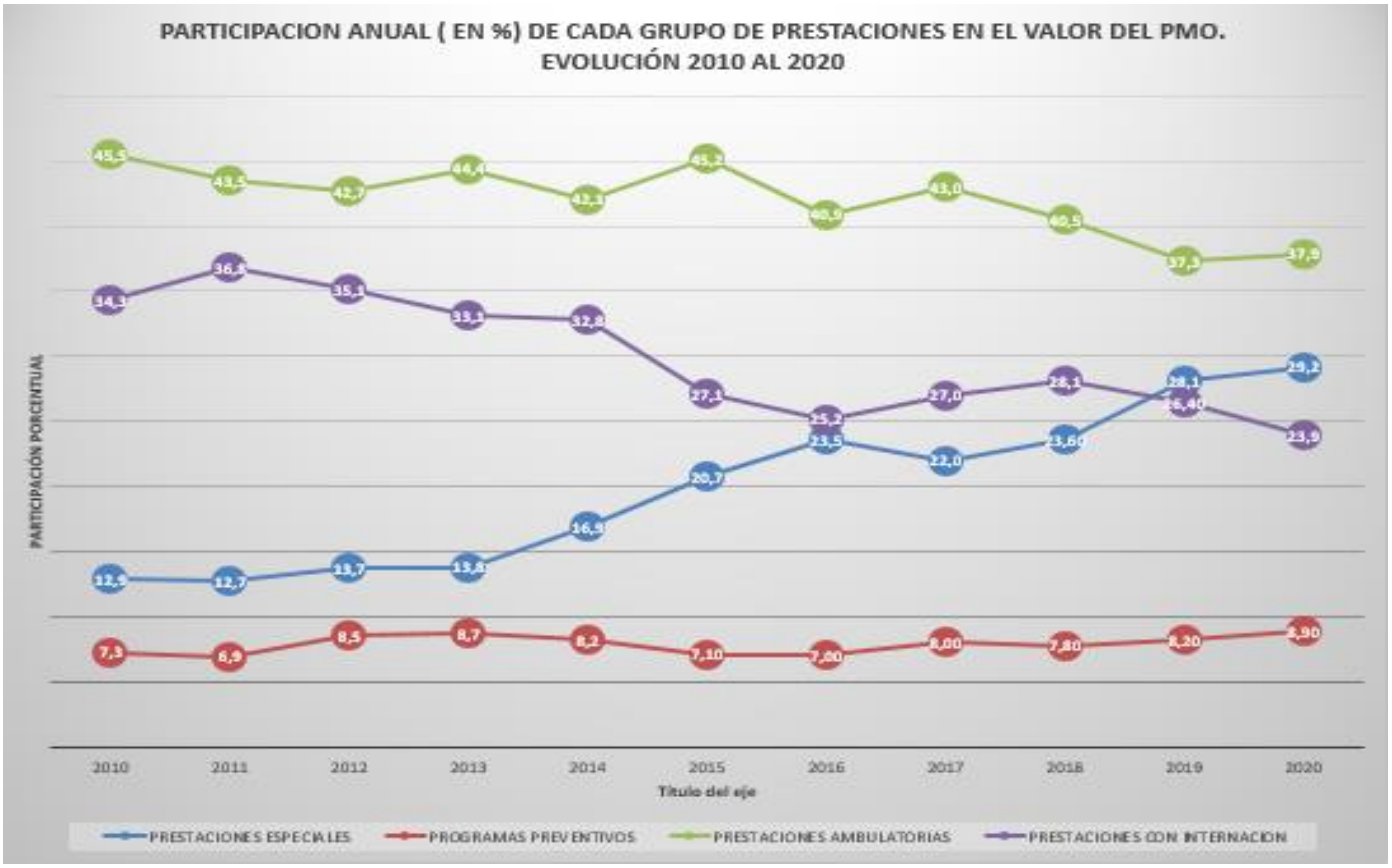


Fuente: elaboración propia

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 en esta actualización un incremento de las Prestaciones Especiales , de los Programas preventivos, y en menor medida de las prestaciones ambulatorias por sobre el promedio de incremento del PMO. Esto es el resultado de la importante caída en la participación porcentual de las prestaciones con internación, sobre todo en internación de pacientes agudos en establecimientos y en algunas prestaciones cardiovasculares.

El Gráfico N°7 muestra la evolución en el tiempo de los diferentes grupos de prácticas con una caída importante de las prestaciones ambulatorias y en internación desde el 2010, una meseta en programas preventivos y un fuerte incremento en las prestaciones especiales que han pasado de un 12,9 % en 2010 al 29,2 en 2020.

GRÁFICO N°7



Fuente: elaboración propia

En el rubro Prestaciones Especiales, que analizamos especificamente en los últimos años por su constante incremento, los renglones más significativos por su crecimiento han sido los medicamentos especiales, las prótesis ligadas al valor dólar y las urgencias, emergencias y traslados.

Las prestaciones del SU para discapacidad, con valores regulados, aumentaron por debajo del valor del PMO.

Cuando analizamos cada renglon del PMO por separado, es decir no agrupados en las cuatro aperturas principales de comparación, se nota que existen algunos tipos de prestaciones que han superado claramente la media de aumento del PMO de un año al otro y, ellos son fundamentalmente los medicamentos, tanto ambulatorios como especiales, cuya media de incremento en el año en el PMO ha sido de alrededor del 53%.

GASTO DEL PMO AJUSTADO POR RIESGO

Desde el año 2018 adjuntamos esta tabla, que permite, a partir de un coeficiente, determinar en cuanto aumenta o disminuye el costo global promedio del PMO, de acuerdo a la composición por edad y sexo de cada Obra Social. Esto permite ajustar a cada Agente de Salud el valor del PMO según las características demográficas de su padrón.

TABLA N°3

AJUSTES AL PMO POR EDAD Y SEXO

EDAD	*RELACION CON PMO*	
VALOR PMO GLOBAL A JULIO DE 2020	*FEM*	*MASC*
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 a julio de 2020 ($2.541,53) correspondiente en promedio a cada beneficiario del sistema, con la recaudación promedio por cada beneficiario del universo de OSN. Dicho promedio, de acuerdo a los datos de SSS sobre número de beneficiarios y AFIP respecto a recaudación por aportes y contribuciones, alcanza los $2008 tomando un promedio de los últimos seis meses,debiendose remarcar que ese número corresponde a lo recaudado en concepto de aportes y contribuciones solamente y que si bien se han reducido durante la pandemia , la SSS ha compensado los faltantes a todas las OOSS sobre la base de los ingresos de marzo 2020(correspondientes al período febrero 2020), a partir de recursos provenientes del Fondo de Asistencia y Emergencia.

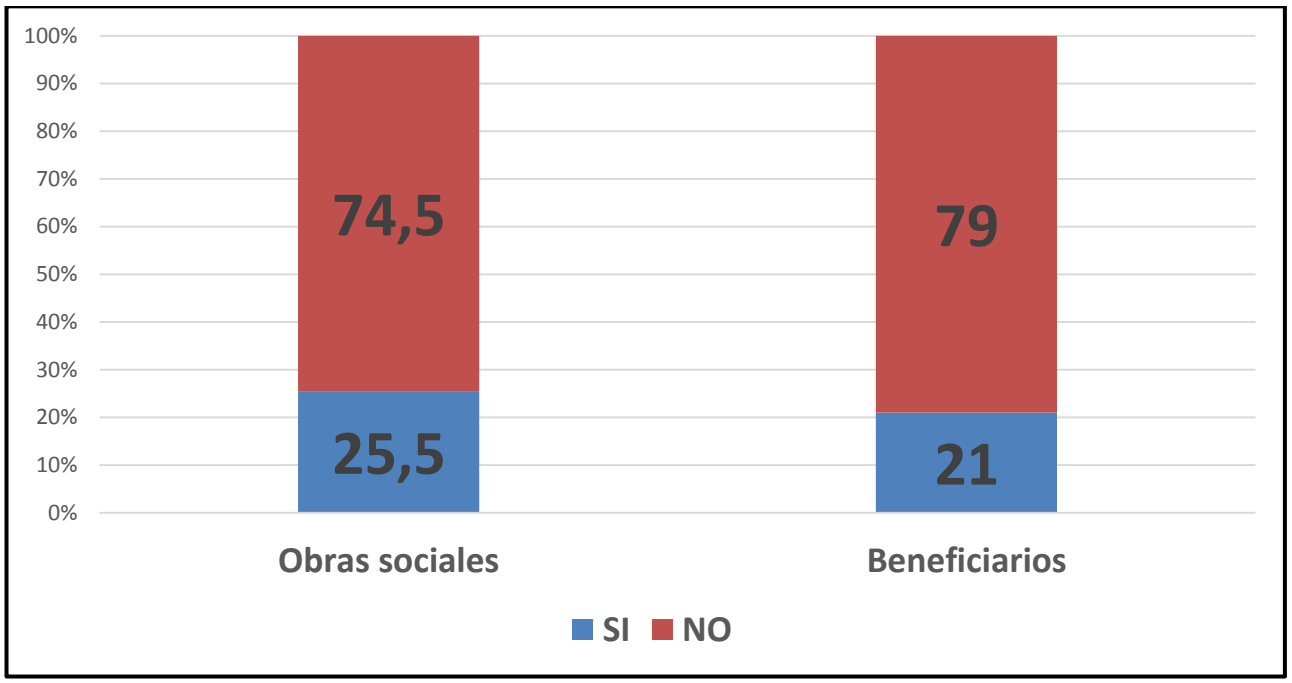
Se recuerda que la valorización del PMO no incluye el gasto de administración .

Respecto a los fondos aportados a las OOSS por el FSR en concepto de subsidios y reintegros, este año también han tenido un sesgo importante, al haberse aportado desde marzo a las diferentes Obras Sociales fondos por reintegros SUR adicionales a cuenta de expedientes potenciales. Por lo tanto la comparación con los años anteriores tiene ese sesgo de origen.

Tomando lo ingresado por aportes y contribuciones, al desagregar dicha información por OS vemos que solamente un 25,5% de dichas instituciones (74 OSN) superan el valor estimado de costo de un PMO en su recaudación per cápita ,mientras que el 74,5 % restante (216 OSN) no alcanza el valor del PMO (Gráfico N°8)

GRÁFICO N°8

Obras sociales que recaudan lo suficiente para la cobertura del PMO y beneficiarios cubiertos por ellas . (en porcentajes)
Incluye solo recaudación por aportes y contribuciones.



En términos de beneficiarios, las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO dan cobertura solamente al 21% de los mismos (Alrededor de 3 millones de beneficiarios), o sea las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 79% de los beneficiarios del sistema.(GRÁFICO N° 9).

GRÁFICO N°9

Obras sociales que recaudan lo suficiente para la cobertura del PMO y beneficiarios cubiertos por ellas(en cantidades) .
Incluye solo recaudación por aportes y contribuciones.

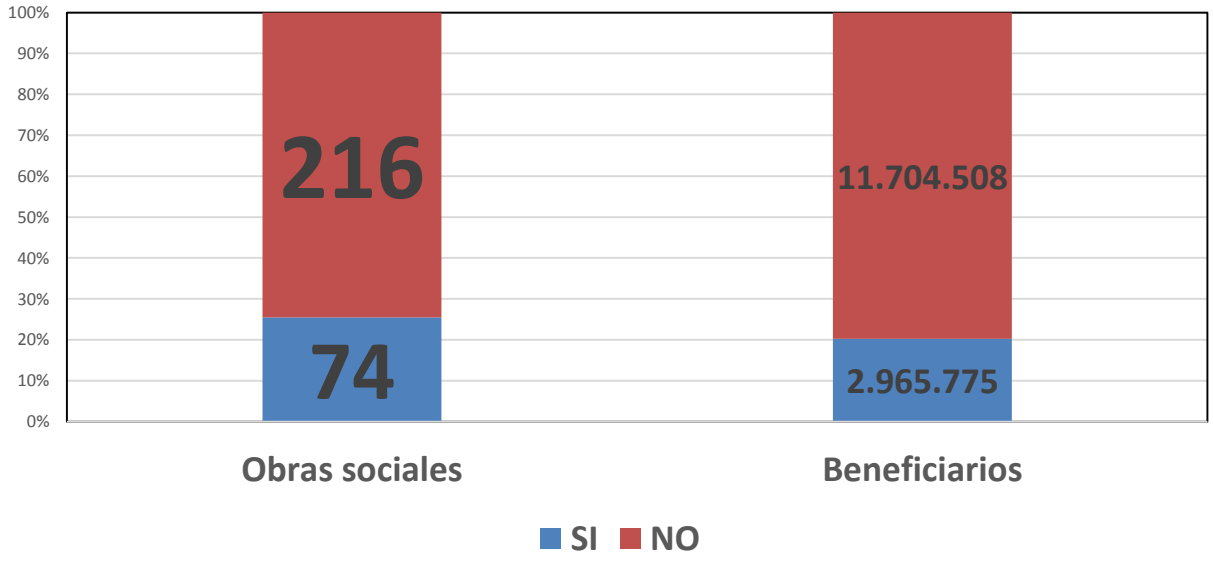
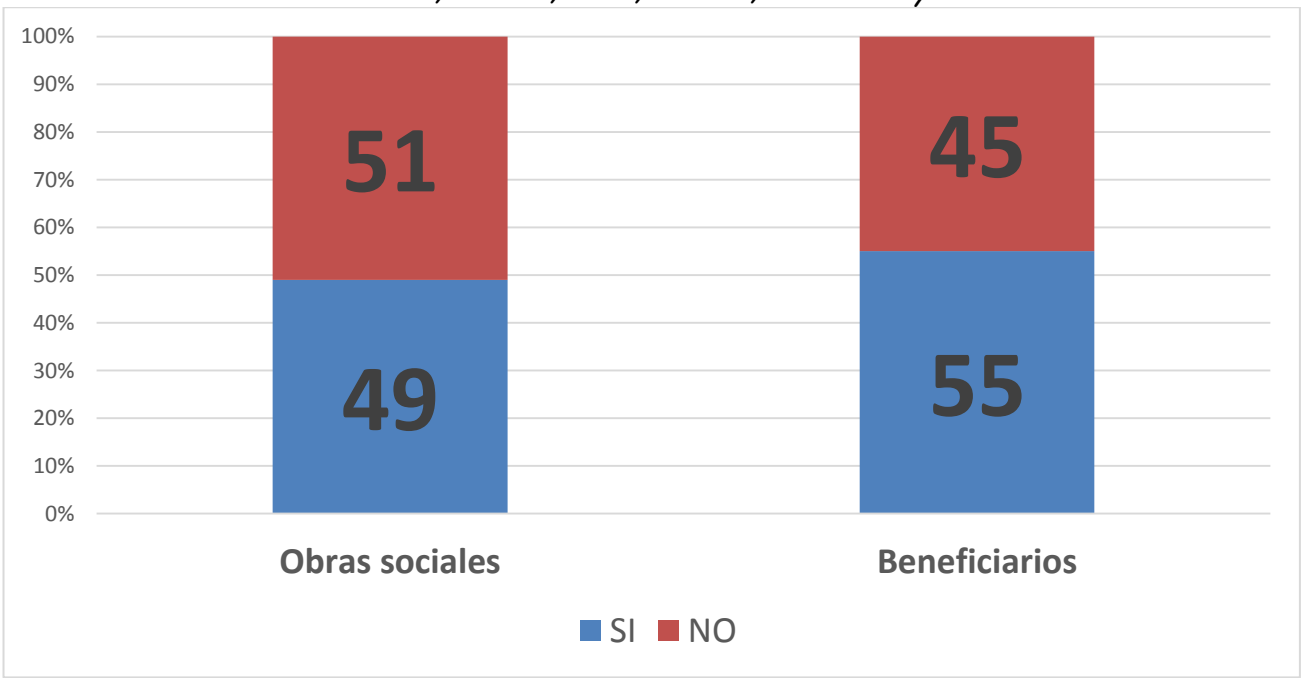


GRÁFICO N°10

Obras sociales que recaudan lo suficiente para la cobertura del PMO y beneficiarios cubiertos por ellas. (en porcentaje)
Incluye recaudación por aportes y contribuciones mas aportes totales del FSR: INTEGRACIÓN, SANO, SUR, SUMA, SUMA65 y SUMARTE.



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

Volviendo a hacer la salvedad que este año existieron adelantos de reintegros especiales SUR a cuenta de futuras prestaciones que no han existido en años anteriores, con esos fondos se logró que el 49% de las OOSS lleguen a cubrir el valor del PMO sin gastos de administración, y con ellas se pudieron cubrir al 55% de los beneficiarios. (7,77 millones de beneficiarios)

GRÁFICO N°11

Obras sociales que recaudan lo suficiente para la cobertura del PMO y beneficiarios cubiertos por ellas. (en cantidades)
Incluye recaudación por aportes y contribuciones mas aportes totales del FSR: INTEGRACIÓN, SANO, SUR, SUMA, SUMA65 y SUMARTE.

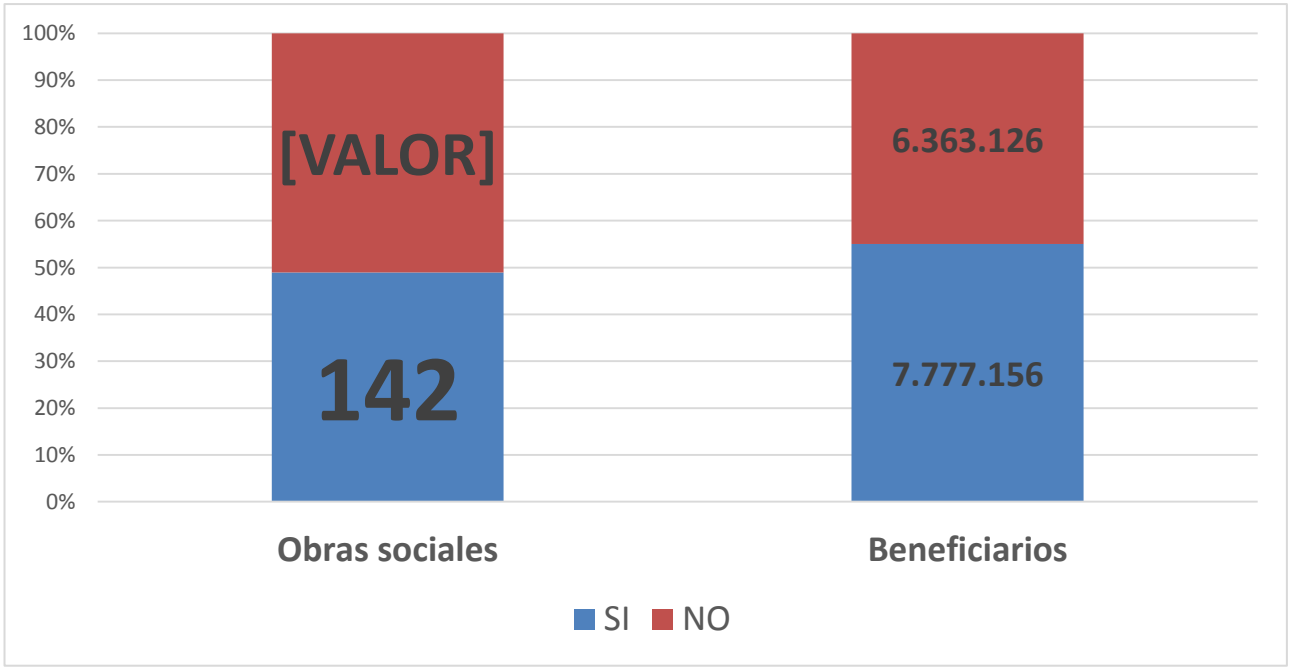
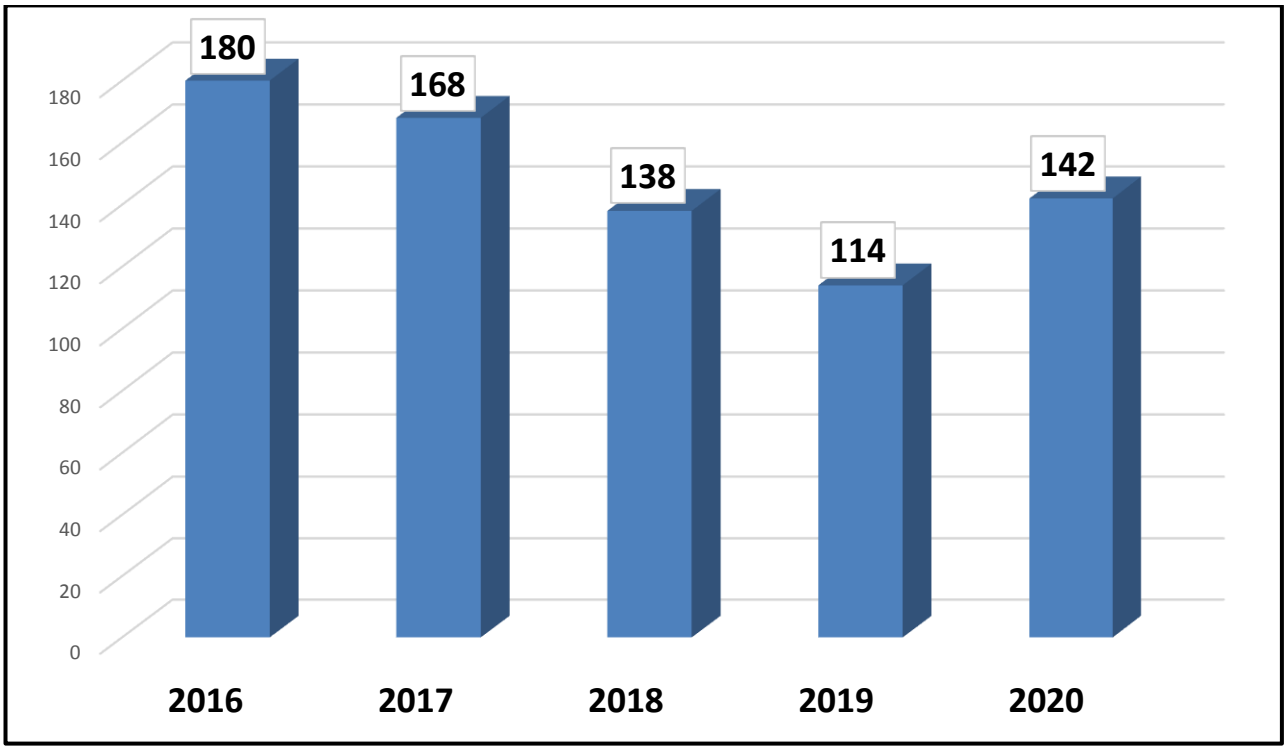


GRÁFICO N°12

Número de obras sociales que recaudan lo suficiente para cubrir el PMO (2016-2020)
Incluye recaudación por aportes y contribuciones mas aportes totales del FSR: INTTEGRACIÓN, SANO, SUR, SUMA, SUMA65 y SUMARTE.



Este año por la pandemia el costo del PMO aumentó por debajo de la inflación y la SSS aportó fondos extraordinarios al sistema.

Ambos elementos han hecho que 28 obras sociales más hayan podido cubrir el

PMO respecto al 2019.Debemos entender que este es un hecho excepcional, y que aun así, menos de la mitad de los agentes puede afrontar el costo de las prestaciones.

Queremos remarcar que a pesar de ello el 49% de la OOSS (45% de los beneficiarios) no pueden cubrir el costo de un PMO sin gastos de administración, lo que marca la gravedad de la situación del Subsistema.

La Tabla N°4 divide en grupos por rango de ingresos (por aportes y contribuciones) a las OOSS, estableciendo la cantidad de ellas y el total de los beneficiarios de cada grupo.

TABLA N° 4

CATEGORIA X CAPITA	CANTIDAD OOSS	%/ TOTAL	AFILIADOS	%/TOTAL	AFILIADOS ACUMULADOS
Cápita Menor $ 500	20	7%	419.166	3%	419.166
Cápita entre $ 500 - $ 1000	26	9%	1.322.119	9%	1.741.285
Cápita entre $ 1000 - $ 1500	57	20%	4.191.712	30%	5.932.997
Cápita entre $ 1500 - $ 2000	64	22%	3.060.616	22%	8.993.613
Cápita entre $ 2000 - $ 2550	49	17%	2.180.895	15%	11.174.508
Cápita entre $ 2550 - $ 3000	20	7%	674.998	5%	11.849.506
Cápita entre $3000 - $ 3500	12	4%	156.525	1%	12.006.031
Cápita Mayor $ 4000	42	14%	2.134.252	15%	14.140.283
	290		**14.140.283**		

ESTIMACIÓN DEL GASTO PARA GARANTIZAR COBERTURA DEL PMO.

Actualización Julio 2020.

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	CTO UNIT EN $JULIO 2020	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	$ 580	$ 12,08	$ -	$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,36000	$ 790	$ 23,70	$ -	$ -
ECOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,10000	$ 855	$ 7,13	$ -	$ -
PSICOPROFILASIS	CONSULTA	0,16000	$ 560	$ 7,47	$ -	$ -
INMUNIZACION	GASTO	0,02000	$ 3.855	$ 6,43	$ -	$ -
INFANTIL						
CONSULTA	CONSULTA	0,21000	$ 580	$ 10,15	$ -	$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,04000	$ 1.290	$ 4,30	$ -	$ -
LECHE MEDICAM.	GASTO	0,00131	$ 36.210	$ 3,95	$ -	$ -
INMUNIZACION	GASTO	0,02200	$ 53.480	$ 98,05	$ -	$ -
PROGRAMAS ONCOLOGICOS (PREVENCION DE CA DE MAMA, UTERO, PRÓSTATA Y OTROS)						
CONSULTA	CONSULTA	0,20000	$ 580	$ 9,67	$ -	$ -
PAPANICOLAU	ESTUDIO	0,30000	$ 600	$ 15,00	$ -	$ -
COLPOSCOPÍA	ESTUDIO	0,10000	$ 415	$ 3,46	$ -	$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,04000	$ 480	$ 1,60	$ -	$ -
MAMOGRAFIA	ESTUDIO	0,10000	$ 845	$ 7,04	$ -	$ -
OTROS	ESTUDIO	0,10000	$ 425	$ 3,54	$ -	$ -
ODONTOLOGIA PREVENTIVA	CONSULTA	0,10000	$ 550	$ 4,58	$ -	$ -
PROGRAMA SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE						
CONSULTA	CONSULTA	0,01350	$ 580	$ 0,65	$ -	$ -
METODOS ANTICONCEPTIVOS	GASTO	0,00970	$ 1.125	$ 0,91	$ -	$ -
PROGRAMA DE SALUD MENTAL	CONSULTA	0,15000	$ 580	$ 7,25	$ -	$ -
SUBTOTAL PROGRAMAS PREVENTIVOS				**$ 226,95**	**$ -**	**$ -**

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	CTO UNIT EN $JULIO 2018	CAPITA MENSUAL $	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF $	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF $
PRESTACIONES AMBULATORIAS						
CONSULTAS EN GENERAL						
MEDICO GENERALISTA, CLINICO Y/O PEDIATRA	CONSULTA	2,20000	$ 580	$ 106,33	$ 30,62	$ 15,31
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	CONSULTA	1,81000	$ 700	$ 105,58	$ 47,36	$ 23,68
CONSULTAS EN SALUD MENTAL						
PSICOLOGIA	CONSULTA	0,31000	$ 510	$ 13,18	$ 4,31	$ 2,16
PSIQUIATRIA	CONSULTA	0,07000	$ 1.070	$ 6,24	$ 0,97	$ 0,49
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	CONSULTA	0,00040	$ 700	$ 0,02	$ 0,01	$ 0,00
LABORATORIO		4,39040				
PRACTICAS BIOQUIMICAS HASTA 5 UB (NBU) (INCLUYE ACTO BIOQUIMICO)	DETERMINACION	4,48000	$ 184	$ 68,69	$ 6,53	$ 3,27
PRACTICAS BIOQUIMICAS DE MAS DE 5 UB (NBU), INCLUYE ACTO BIOQUIMICO	DETERMINACION	0,55000	$ 528	$ 24,21	$ 4,81	$ 2,41
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES						
ECODIAGNÓSTICO						
ECOCARDIOGRAMAS	ESTUDIO	0,02700	$ 1.100	$ 2,48	$ 0,24	$ 0,12
ECODOPPLER	ESTUDIO	0,05100	$ 3.850	$ 16,36	$ 0,89	$ 0,44
ECOGRAFIAS	ESTUDIO	0,30000	$ 855	$ 21,38	$ 2,63	$ 1,31
RADIOLOGÍA (INCLUYE MEDICAMENTOS)						
RX CONTRASTADA	ESTUDIO	0,05700	$ 2.640	$ 12,54	$ 0,99	$ 0,50
RX SIMPLE	ESTUDIO	0,91000	$ 455	$ 34,50	$ 7,96	$ 3,98
MAMOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,11200	$ 845	$ 7,89	$ 0,98	$ 0,49
OTRAS PRACTICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN						
CAMARA GAMMA (INCLUYE MATERIAL RADIACTIVO)	ESTUDIO	0,04000	$ 4.640	$ 15,47	$ 1,74	$ 0,87
TAC (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE TAC MULTISLICE, ANNGIOTOMOGRAFIAS, TAC HELICIDAL, PET, ETC,	ESTUDIO	0,05120	$ 5.180	$ 22,10	$ 2,23	$ 1,12
RMN (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE ANGIORESONANCIAS, COLAGIRESONANCIAS, ETC.	ESTUDIO	0,04980	$ 5.830	$ 24,19	$ 2,17	$ 1,09
DENSITOMETRIA	ESTUDIO	0,00053	$ 1.120	$ 0,05	$ 0,005	$ 0,00

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	CTO UNIT EN $JULIO 2020	CAPITA MENSUAL $	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF $	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF $
PRACTICAS EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS						
CARDIOLOGÍA	PRACTICAS	0,05600	$ 1.428	$ 6,66	$ 1,47	$ 0,73
GASTROENTEROLOGIA	PRACTICAS	0,01320	$ 9.750	$ 10,73	$ 0,35	$ 0,17
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	PRACTICAS	0,01200	$ 880	$ 0,88	$ 0,31	$ 0,16
NEUMONOLOGIA	PRACTICAS	0,00905	$ 1.360	$ 1,03	$ 0,24	$ 0,12
NEUROLOGIA	PRACTICAS	0,01580	$ 3.650	$ 4,81	$ 0,41	$ 0,21
ORL	PRACTICAS	0,02040	$ 1.530	$ 2,60	$ 0,53	$ 0,27
OFTALMOLOGIA (INCLUYE RFG Y ESTUDIOS)	PRACTICAS	0,03200	$ 2.600	$ 6,93	$ 0,84	$ 0,42
UROLOGIA	PRACTICAS	0,00400	$ 2.340	$ 0,78	$ 0,10	$ 0,05
DERMATOLOGIA	PRACTICAS	0,01000	$ 875	$ 0,73	$ 0,26	$ 0,13
ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	PRACTICAS	0,00750	$ 815	$ 0,51	$ 0,20	$ 0,10
ANATOMIA PATOLOGICA	PRACTICAS	0,01460	$ 1.425	$ 1,73	$ 0,38	$ 0,19
HEMOTERAPIA	PRACTICAS	0,02500	$ 4.560	$ 9,50	$ 0,65	$ 0,33
GENETICA HUMANA	PRACTICAS	0,00200	$ 6.300	$ 1,05	$ 0,05	$ 0,03
ALERGIA	PRACTICAS	0,01300	$ 1.040	$ 1,13	$ 0,34	$ 0,17
QUIRURGICAS AMBULATORIAS	PRACTICAS	0,01750	$ 8.700	$ 12,69	$ 0,46	$ 0,23
OTRAS PRACTICAS	PRACTICAS	0,05000	$ 995	$ 4,15	$ 1,31	$ 0,65
BIOPSIAS GUIADAS	PRACTICAS	0,00153	$ 9.670	$ 1,23	$ 0,04	$ 0,02
ODONTOLOGIA						
CONSULTAS	CONSULTA	1,01600	$ 550	$ 46,57	$ 13,29	$ 6,65
PRACTICAS	PRACTICAS	0,40640	$ 1.850	$ 62,65	$ 7,08	$ 3,54
MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO	RECETAS	3,00000	$ 1.728	$ 267,79	$ 164,13	$ 164,13
REHABILITACION	PRACTICAS	0,96200	$ 480	$ 38,48	$ 8,42	$ 4,21
SUBTOTAL PRESTACIONES AMBULATORIAS				***$ 963,84***	***$ 315,31***	***$ 239,72***

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	CTO UNIT EN $JULIO 2018	CAPITA MENSUAL $	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF $	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF $
PRESTACIONES CON INTERNACIÓN						
INTERNACION DE AGUDOS EN ESTABLECIMIENTOS						
INTERNACION, CLINICA, QUIRURGICA Y ESPECIALIZADA UCO, UTI, UCI, UTIM, NEUROCIRUGIA, C/MEDICAMENTOS	EGRESOS	0,09150	$ 74.405	$ 567,34	$ -	$ -
INTERVENCION EN INTERNACIONES CARDIOVASCULARES						
HEMODINAMIAS	PRACTICAS	0,00052	$ 24.600	$ 1,07	$ -	$ -
ANGIOPLASTIAS CENTRALES Y PERIFERICAS	PRACTICAS	0,00014	$ 98.200	$ 1,15	$ -	$ -
CIRUGIAS DE CORAZON, PERICARDIO Y GRANDES VASOS	PRACTICAS	0,00020	$ 243.000	$ 4,03	$ -	$ -
CIRUGIAS DE CORAZON Y GRANDES VASOS INFANTIL	PRACTICAS	0,00005	$ 265.000	$ 1,02	$ -	$ -
COLOCACION DE MARCAPASOS	PRACTICAS	0,00031	$ 56.800	$ 1,47	$ -	$ -
VASCULAR PERIFERICA	PRACTICAS	0,00004	$ 90.930	$ 0,27	$ -	$ -
INTERNAC P/ TRATAMIENTO DE GRANDES QUEMADOS	EGRESOS	0,00001	$ 272.380	$ 0,33	$ -	$ -
INTERNAC SANATORIAL PARA CUIDADOS PALIATIVOS	EGRESOS	0,00004	$ 435.600	$ 1,45	$ -	$ -
INTERNACION EN SALUD MENTAL						
HOSPITAL DE DIA						
EN CLINICAS	EGRESOS	0,00050	$ 75.600	$ 3,15	$ -	$ -
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	EGRESOS	0,00132	$ 40.150	$ 4,42	$ -	$ -
EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS	EGRESOS	0,00168	$ 25.700	$ 3,60	$ -	$ -
INTERNACION PSIQUIATRICA						
EN CLINICAS	EGRESOS	0,00117	$ 114.750	$ 11,15	$ -	$ -
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	EGRESOS	0,00080	$ 63.500	$ 4,23	$ -	$ -
INTERNAC DOMICILIARIA (INCLUYE CUIDADOS PALIATIVOS DOMIC)	EGRESOS	0,00060	$ 75.305	$ 3,77	$ -	$ -
SUBTOTAL PRESTACIONES CON INTERNACIÓN				***$ 608,43***	***$ -***	***$ -***

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	CTO UNIT EN $JULIO 2018	CAPITA MENSUAL $	ALT 1: COSEGURO A/C BENEF $	ALT 2: 50% COSEGURO A/C BENEF $
PRESTACIONES ESPECIALES						
AMBULANCIAS, TRASLADOS, EMERGENCIAS						
TRASLADOS SIN MEDICO	TRASLADOS	0,09750	$ 2.990	$ 24,29	$ -	$ -
TRASLADO CON MEDICO SIMPLE	TRASLADOS	0,03203	$ 5.700	$ 15,21	$ -	$ -
TRASLADO CON MEDICO UTIM	TRASLADOS	0,02047	$ 9.393	$ 16,02	$ -	$ -
VISITAS A DOMICILIO (VERDE)	CONSULTA	0,21300	$ 2.250	$ 39,94	$ 11,15	$ 5,57
URGENCIAS Y EMERGENCIAS (ROJO+AMARILLO)	TRASLADOS	0,03700	$ 5.915	$ 18,24	$ -	$ -
PROTESIS , ORTESIS , IMPLANTES						
PROTESIS TRAUMATOLOGICAS	INSUMO	0,00488	$ 44.560	$ 18,12	$ -	$ -
VASCULARES	INSUMO	0,00085	$ 166.500	$ 11,79	$ -	$ -
NEUROLOGICAS	INSUMO	0,00027	$ 195.470	$ 4,40	$ -	$ -
CIRUGIA GENERAL	INSUMO	0,00353	$ 21.700	$ 6,38	$ -	$ -
UROLOGICAS	INSUMO	0,00092	$ 34.570	$ 2,65	$ -	$ -
OTRAS	INSUMO	0,00044	$ 116.420	$ 4,27	$ -	$ -
ORTESIS	INSUMO	0,00350	$ 9.800	$ 1,43	$ 1,43	$ 1,43
LENTES INTRAOCULARES	INSUMO	0,00006	$ 4.530	$ 0,02	$ -	$ -
MARCAPASOS Y CARDIODESFIBRILADORES	INSUMO	0,00006	$ 112.800	$ 0,54	$ -	$ -
IMPLANTE COCLEAR	INSUMO	0,00002	$ 1.945.000	$ 2,69	$ -	$ -
OTOAMPLIFONOS Y PROTESIS	INSUMO	0,00054	$ 38.650	$ 1,74	$ -	$ -
LITOTRIPSIA	PRACTICAS	0,00049	$ 43.000	$ 1,74	$ -	$ -
OPTICA	PRACTICAS	0,01090	$ 2.370	$ 2,15	$ -	$ -
DIALISIS CRONICA	PACIENTES	0,00033	$ 69.080	$ 1,90	$ -	$ -
TERAPIA RADIANTE						
ACELERADOR LINEAL CONVENCIONAL (en desuso)	PRACTICAS	0,00000	$ -	$ -	$ -	$ -
TELECOBALTO (en desuso)	PRACTICAS	0,00000	$ -	$ -	$ -	$ -
BRAQUITERAPIA	PRACTICAS	0,00011	$ 79.000	$ 0,72	$ -	$ -
RADIOTERAPIA TRIDIMENSIONAL	PRACTICAS	0,00105	$ 102.000	$ 8,93	$ -	$ -
RADIOTERAPIA IMRT	PRACTICAS	0,00045	$ 235.000	$ 8,81	$ -	$ -
PRETRANSPLANTE, TRANSPLANTE Y POST-TRANSPLANTE	PRACTICAS	0,00010	$ 1.259.800	$ 10,50	$ -	$ -
EMBOLIZACIONES	PRACTICAS	0,00012	$ 222.500	$ 2,17	$ -	$ -
DISCAPACITADOS	TRATAMIENTO	0,00257	$ 582.600	$ 124,77	$ -	$ -
MEDICACIONES ESPECIALES (INCLUYE MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR EL SUR(ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS), MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO NO CUBIERTOS POR EL SUR(ONCOLOGICOS Y NO ONCOLOGICOS) MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR AMPAROS NO PMO,ETC.)	TRATAMIENTO	0,00660	$ 674.125	$ 370,77	$ -	$ -
OBESIDAD	PRACTICAS	0,00009	$ 239.400	$ 1,80	$ -	$ -
FERTILIZACION	PRACTICAS	0,00540	$ 89.600	$ 40,32	$ -	$ -
SUBTOTAL PRESTACIONES ESPECIALES				***$ 742,31***	***$ 12,58***	***$ 7,00***
TOTAL GASTO PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO				**$ 2.541,53**	**$ 327,89**	**$ 246,72**

VALOR DEL PMO A JULIO 2020 CON COSEGURO AL 100%	**$ 2.869,42**	
VALOR DEL PMO A JULIO 2020 CON COSEGURO AL 50% (sin moficación en coseguro Medicamentos en Ambulatorio y Ortésis)		**$ 2.788,26**

CONCLUSIONES

Este trabajo corresponde a la décima 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.

Conocer los valores de las prestaciones que conforman el PMO es esencial. Si no se tiene referencia, ¿cómo puede una Obra Social estimar la posible carga financiera que tiene que afrontar, para brindar las prestaciones incluidas en el PMO, a las que está obligada? y ¿cómo puede compararlo con los ingresos que recibe?

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

Los Seguros Sociales Obligatorios, cuyos ingresos son un porcentaje de los salarios (aportes y contribuciones), se vienen deteriorando año a año en relación a la evolución del costo de las prestaciones y al aumento de la inflación.

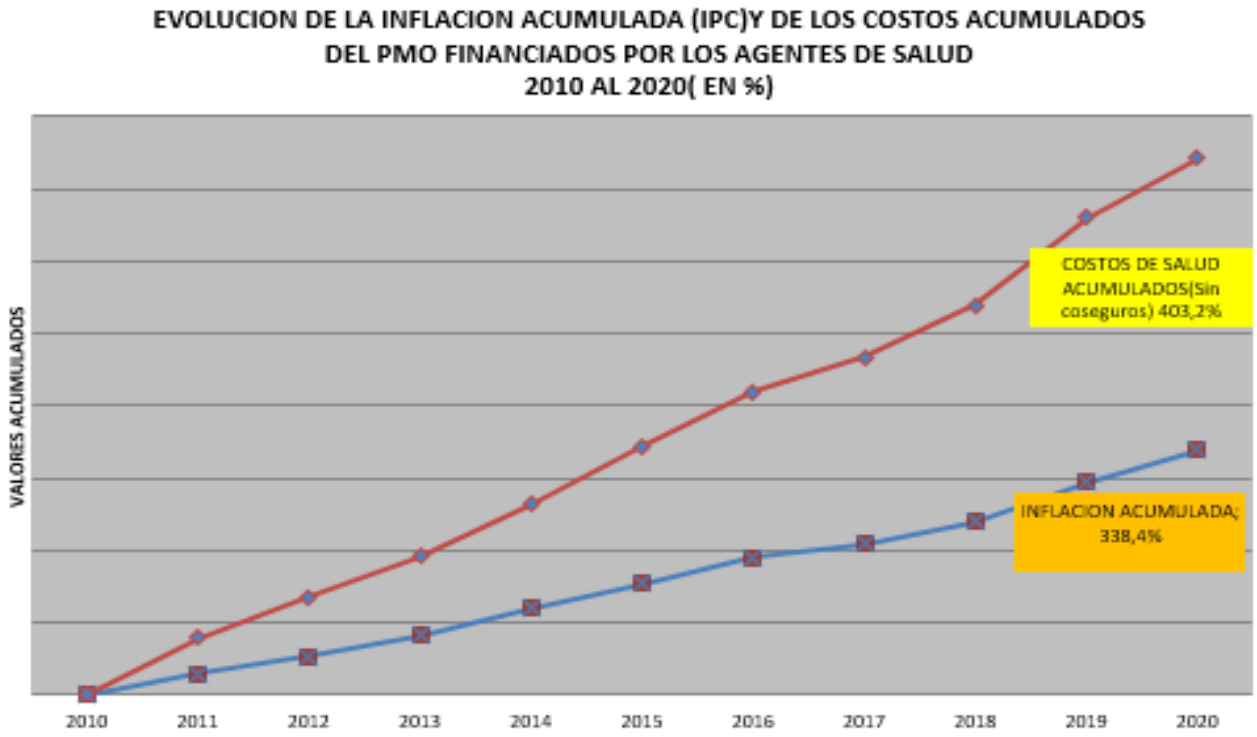
Este año, durante el período de pandemia la SSS, con fondos propios, les aseguró a las OOSS sostener las entradas por aportes y contribuciones en relación a lo ingresado en marzo 2020 (correspondiente al período febrero 2020) y además destinó un aporte importante a cuenta de prestaciones SUR. Sin embargo, a futuro, apenas se vuelvan a generar prestaciones por la demanda contenida, y se aclare la situación real de las empresas, la situación de las Obras Sociales estará aun peor que antes de esta pandemia.

Es necesario tomar acciones de fondo, algunas ya referidas en el prólogo, para hacer viable al sector que es la columna vertebral del Sistema de Salud Argentino.

En el gráfico N° XIII se observa claramente la evolución de los costos de las prestaciones y de la inflación. (considerando únicamente el impacto de los costos sobre 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 2020, para una inflación acumulada del 338,4% se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 403,2%. Es una diferencia en 10 años del 64,8%, lo que han aumentado los gastos de Salud por encima de la inflación.

GRAFICO N° 13



Fuente: elaboración propia

Los valores totales del PMO obtenidos para julio 2020 han sido 39 % más altos que los de un año atrás (considerando el máximo autorizado de los coseguros). Sin considerar los coseguros, o sea tomando en cuenta solamente lo que financian los Agentes del Seguro de Salud, se ha incrementado en un 38,6 % o sea en alrededor de un 4,4 % por debajo de la inflación oficial.

El beneficiario aporta en promedio como gasto de bolsillo $ 329,89 por mes con el máximo de coseguros autorizado. Ese gasto de bolsillo, que corresponde sobre todo a prestaciones ambulatorias (y de ellas en forma muy importante a los medicamentos ambulatorios) representa entre un 10 y un 13% del costo total del PMO 2020, según a que valor se tomen los coseguros autorizados.

Si bien el gasto de Bolsillo de los Seguros Sociales Obligatorios es sustancialmente menor al gasto de bolsillo total del sistema de Salud Argentino (cercano al 30%), todo gasto de bolsillo es un signo de regresividad de los modelos. En el caso del Seguro

Social obligatorio entendemos que actúa como regulador y como una fuente de financiamiento del mismo.

Volver a referir los motivos de los aumentos de los costos en Salud como fenómeno universal pasaría a ser una redundancia.

Las condiciones de nuestro Sistema Sanitario y específicamente del Seguro Social Obligatorio, ya han sido analizadas en el Prólogo y tampoco requieren nuevos comentarios.

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

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

El año anterior se profundizó el análisis del costo en medicamentos de todo el PMO. Según nuestro análisis (2019), contribuyen como mínimo en un 36% del valor total del mismo.

En este año de investigación, los medicamentos han sufrido un porcentaje de incremento del 53%, una vez más se colocan por encima del incremento del propio PMO y de la inflación registrada por el INDEC, a pesar de la negociación de precios ocurrida entre diciembre 2019 y febrero 2020. Algunos medicamentos (la mayoría de alto costo) han superado sobradamente ese porcentaje global de incremento.

Según el análisis que hacemos en este trabajo para el 2020 el ingreso per cápita para las diferentes OSN por aportes y contribuciones se ha estimado en $ 2.008 por beneficiario/mes. Ello da como resultado que con estos aportes solo un 25,5% de las OOSS (21% de los beneficiarios) tienen la posibilidad de cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.

Si incluimos todos los ingresos adicionales provenientes del FSR (subsidios y reintegros este año el 49% de las OOSS sindicales (55% de beneficiarios) tienen los fondos suficientes para cubrir el costo de un PMO sin considerar gastos de administración.

Debemos remarcar que este ha sido un año atípico y que los ingresos especiales que ha volcado al sistema el FSR tienen un carácter excepcional por la situación socio económica de nuestro país. Ello explica, junto al menor aumento de los costos del PMO, el hecho que el porcentaje de OOSS capaces de cubrir el PMO supere las del 2019.

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 de 2020) financiado por los Agentes de Salud, a partir del valor obtenido a fin de julio 2020 en esta investigación. Se tomaron en cuenta el IPC de CABA y el valor del dólar oficial, utilizando una fórmula ponderada que se ha desarrollado a tal efecto.

Queremos resaltar, como se ha referido precedentemente, que existe una diferencia importante en los valores obtenidos para el período julio 2019/julio 2020, entre esta metodología de actualización de fórmula ponderada y la investigación que realizamos anualmente.

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

De ésta manera, se estima que para el 31 de octubre de 2020 el valor actualizado sería de $2.744,66 o sea, un incremento del 8 % respecto a los valores surgidos de este estudio.