



PMO

PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO

ACTUALIZACIÓN JULIO DE 2019

DR. ERNESTO VAN DER KOOY
DR. HÉCTOR PEZZELLA
DR. ALDOLFO CARRIL
CDOR. RUBÉN RICARDO ROLDÁN
LIC. JUAN PEDRO LUZURIAGA

ESTIMACIÓN
DEL GASTO NECESARIO
PARA GARANTIZAR
LA COBERTURA

REALIZADO CON LA COLABORACIÓN DE

ACTUALIZACIÓN DE LA ESTIMACIÓN
DEL GASTO NECESARIO PARA GARANTIZAR
LA COBERTURA ASISTENCIAL CONTENIDA EN

EL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO)

JULIO DE 2019

Dr. Ernesto van der Kooy
Dr. Héctor Pezzella
Dr. Adolfo Carril
Cdor. Rubén Ricardo Roldán
Lic. Juan Pedro Luzuriaga

Programa médico obligatorio / Ernesto van der Kooy ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : ISALUD, 2019.

34 p. ; 23 x 16 cm.

ISBN 978-987-9413-72-2

1. Medicina. 2. prestación. 3. Servicio de Asistencia Social en Hospital . I. Kooy, Ernesto van der
CDD 610.7

Fecha de catalogación: 29/08/2019

Diseño y Producción: **61** | Mariela Taccone | info@grupouno.com.ar

Queda hecho el depósito que dispone la ley 11.723

Todos los derechos reservados

Impreso en la Argentina, 2019

Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro, sin el permiso previo de los editores.

UNIVERSIDAD ISALUD

Venezuela 931 - (1095)

C.A.B.A. | Argentina

Tel/Fax 011-5239-4000

www.isalud.edu.ar



AUTORES

Dr. Ernesto van der Kooy

Médico.

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.

Dr. Héctor Pezzella

Médico Cirujano Especialista (MAAC).

Especialista en Medicina del Trabajo.

Especialista en Salud Pública y Administración Hospitalaria.

Vicepresidente de Prosanity S.A. Consultora de Salud.

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

Trabajó como:

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

Director del Sanatorio Güemes (CABA).

Director Médico de ADOS-Salto (BA).

Gerente de Prestaciones Médicas del I.N.S.S.J.P.

Jefe de Departamento de Programación del I.N.S.S.J.P.

Gerente Médico de la Clínica La Sagrada Familia (C.A.B.A.)

Director Médico-Administrativo del Instituto Dupuytren (C.A.B.A.)

Gerente de Prestaciones Médicas de M.I.M. (Medicina Integral Metropolitana).

Dr. Adolfo Carril

Médico.

Especialista en Medicina de trabajo. Universidad de Buenos Aires.

Director 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.

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 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) 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.

Juan Pedro Luzuriaga

Lic. En Economía (UNLP)

Docente en Economía (UNAJ).

Ha sido Consultor del PNUD e INET.

Ha realizado diferentes publicaciones sobre políticas y gestión de la salud.

Actualmente es Coordinador de la Unidad de Análisis Económico en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Agradecimientos

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

A La Dra. Sandra Catena por sus registros y observaciones.

A Scienza Argentina por su significativo aporte en indicadores y consumos de poblaciones cubiertas.

A la Lic. Manuela Robba por sus aportes metodológicos y su tarea de análisis.

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

A Compañía de Servicios Farmacéuticos por su valioso aporte en el análisis de costos en medicamentos.

PRÓLOGO

Como es habitual desde hace ya varios años, la Universidad ISALUD y PROSANITY CONSULTING, en conjunto, realizan una investigación anual tendiente a conocer el valor de la canasta prestacional conocida como PMO, con especial aplicación en las Obras Sociales Sindicales, que la deben brindar en forma obligatoria y de las que surgen los indicadores utilizados.

Es también un objetivo de este trabajo determinar en qué medida están financieramente en condiciones de brindarla a sus afiliados.

El sector con cobertura de OSN y EMP tiene al Programa Médico Obligatorio (PMO) como la canasta de prestaciones obligatoria y adicionalmente, las restantes Obras Sociales y el Sector Público lo tienen como un punto de referencia. Como puntualizamos año a año, este estudio seguramente difiere en alguno de sus indicadores de aquellos que tienen, por ejemplo, algunas EMP, cuyos afiliados presentan hábitos distintos de consumo, sobre todo en ambulatorio. Es por ello que está dirigido fundamentalmente a las Obras Sociales Sindicales.

Y es por ello que, en este prólogo, donde se aborda la problemática de Salud del período existente desde la última actualización, hacemos un apartado específico para referirnos especialmente a los severos inconvenientes que están padeciendo las Obras Sociales Sindicales, y todo el sector prestador que les brinda servicios.

Este prólogo se escribe luego de haber terminado el análisis del PMO el 31 de julio. Ha pasado otro año pleno de desórdenes económicos, con altísima inflación y una gran devaluación de la moneda, a lo que se ha sumado los vaivenes de un cambio político en ciernes. Se ha agudizado la pérdida de la referencia de precios del mercado. Valorizar un PMO en esas circunstancias resulta una tarea ímproba.

Todo el Sistema Sanitario se encuentra en una crisis de gran magnitud, a lo que se suman los altísimos indicadores de pobreza e indigencia, que impactan como ningún otro elemento en el estado sanitario de la población.

Si bien estos datos pueden variar de año a año, en general se acepta que Argentina tiene un gasto en salud cercano al 10% del PBI, estimándose que alrededor del 65% de la población tiene cobertura formal, mientras que el 35% restante es atendida exclusivamente por el sector público, que es aquel que cubre a la población de nivel socioeconómico más bajo, expuesta a una mayor carga de enfermedades vinculadas a la pobreza.

Los resultados en los indicadores de Salud no condicen con la magnitud del gasto. Nuestro Sistema es fragmentado y segmentado. Existen fuertes inequidades en el mismo tanto en el acceso, 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.

El gasto directo realizado por la población (a través del gasto de bolsillo directo o pagos de seguros privados), cercano al 30% del gasto total en Salud, muestra un sistema de escasa progresividad. Estos valores se acrecentaron con el paso del tiempo.

Una de los objetivos del otrora Ministerio de Salud y hoy de la Secretaría de Salud de la Nación, siguiendo la línea rectora de la OMS, ha sido la 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.

Durante el año se ha continuado en la cobertura territorial con Redes Integradas de atención, conformadas por centros de atención primaria y Hospitales de referencia, se constituyeron equipos de medicina familiar y comunitaria, a los que se le han asignado poblaciones y referenciado a centros de atención primaria. Se establecieron prioridades en prevención y cuidados de pacientes con enfermedades crónicas. Se progresó en la cobertura de medicamentos esenciales, fortalecimiento de los sistemas informáticos y uso de la historia clínica electrónica, generación de una base de datos de los beneficiarios e identificación de los mismos.

En otro orden de cosas se continuaron realizando compras conjuntas para diferentes estamentos del Sector Público, con buenos resultados en términos de ahorro del sistema.

Nada se avanzó en la conformación de la indispensable Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitaria.

El Sistema de Seguro Social obligatorio (en sus diferentes fragmentos) cubre al 59% de la población, siendo las Obras Sociales Sindicales responsables de la cobertura de alrededor del 33% de la población de nuestro país. De ellos hay un 28% (casi cuatro millones) atendidos por las EMP por el sistema de opción de cambio. Junto a una transferencia de recursos al sistema privado de salud, esto ha significado una desfinanciación del Sistema residual de Obras Sociales porque se hizo a expensas de los aportes y contribuciones de mayor magnitud, dejando a los salarios más bajos cubiertos por la Obras Sociales. Además, las EMP no aportan al FSR, aquellos pagos directos recibidos de los afiliados desregulados por acceso a planes superadores.

Este ha sido uno de los problemas generados por la desregulación.

Por otra parte, las Obras Sociales en conjunto y por supuesto también las Sindicales padecen cada vez una mayor dificultad para cubrir las prestaciones puestas a disposición de la población. Dependen de un porcentaje de los aportes y contribuciones de los salarios, que han perdido valor en relación a la inflación existente. Inflación que por otra parte siempre se encuentra por debajo de los aumentos de costos en salud.

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

El aporte de un monotributista y del personal de casas particulares asciende a \$689 mensual, un valor de casi un 40% del costo de un PMO según esta actualización. Los monotributistas sociales \$ 344,5 o sea el 50% de los monotributistas.

Las Obras Sociales Sindicales tienen dentro de su padrón afiliados pasivos, algunas de ellas en importante cantidad y al mismo tiempo otros que al jubilarse pretenden quedarse en su obra social de origen, con la que tienen afinidad y les permite continuidad de tratamiento. El acceso al PAMI es opcional del Afiliado al igual que el acceso a las Obras Sociales inscriptas para recibirlos. La continuidad en la Obra Social de Origen es a todas luces, desde el punto de vista prestacional, beneficioso para el afiliado.

El grave problema estriba en que el PAMI, que recibe en promedio alrededor de \$ 3000 por afiliado y por mes, y transfiere a la Obra Social donde el afiliado decida permanecer \$ 1365 por mes, muy por debajo de lo recaudado por el Instituto por afiliado, y muy por debajo del costo de un PMO para una persona de la tercera edad.

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), hace que ambos renglones amplíen año a año su participación porcentual en el PMO. En el caso de los medicamentos de alto costo, la investigación asegura la próxima incorporación de algunos (como ha pasado actualmente con el Nusinersen) de altísimo costo en los próximos meses y años. Los amparos judiciales obligan a cubrir en muchos casos medicamentos de altísimo costo que no han demostrado su costo efectividad, y en muchos casos ni siquiera 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 asegurar el reintegro total del programa Integración (Discapacitados), por falta de fondos suficientes (a pesar de los adicionales provenientes del SUMA, de fondos de emergencia y asistencia, etc.) el SUR se encuentra desfinanciado, retrasado y con devoluciones parciales de los valores de mercado (a veces menores al 50%), lo que implica que las Obras Sociales Sindicales deben hacerse cargo casi integralmente de las prestaciones de Alto Costo(sobre todo medicamentos) que para algunas de ellas significa prácticamente su desfinanciamiento total.

Además, muchos medicamentos de Alto Costo incorporados al PMO no cuentan con cobertura SUR.

Va desapareciendo literalmente en forma progresiva el sistema de solidaridad interinstitucional.

A fin de año finaliza la enésima prórroga de la ley de Emergencia Sanitaria, cuyo fin implica la posible caída por deudas de la mayor parte del sistema privado prestador.

Como vemos nos encontramos en una seria encrucijada, y es necesario que los gobiernos, ejerciendo su poder de Rectoría y su capacidad de Gobernanza tomen medidas adecuadas y urgentes para encausar un modelo que se encuentra al borde del colapso.

Ruben Torres
Rector Universidad ISALUD

Ernesto van der Kooy
Director PROSANITY Consulting

INTRODUCCIÓN

Esta actualización de la Estimación del Gasto Necesario para Garantizar la Cobertura Asistencial contenida en el PMO, es la novena consecutiva y la quinta realizada en conjunto con la Universidad Isalud. El trabajo original fue realizado en el año 2010.

Como en las anteriores tratamos de mejorar la matriz sobre la que realizamos las estimaciones considerando las variaciones epidemiológicas, de modelos, tecnológicas etc. que van ocurriendo en el Sistema de Salud.

Analizamos los indicadores de uso de las prácticas en el sector y los diferentes precios de mercado.

Este corte ha sido realizado el 31 de julio de 2019, por lo que abarca exactamente un año desde la anterior actualización, realizada en 2018.

Si bien esperábamos una disminución de la inflación que hubiera permitido realizar valorizaciones más estables, ello no ha ocurrido, sino que por el contrario la inflación ha excedido lo previsto significativamente y en el caso de prestaciones de Salud muchas han excedido y en mucho la inflación general. Esa situación dificulta la búsqueda de precios de referencia en el mercado, que se modifican continuamente siguiendo los vaivenes inflacionarios y del valor del dólar. Los precios considerados en el relevamiento en cada renglón de la grilla, son promedios al 31 de julio y ya se han modificado al realizar esta presentación.

Como en años anteriores, para realizar esta actualización se acudió a la información provista por Cámaras Empresariales, Obras Sociales y entidades privadas, a las que agradecemos su franca y desinteresada información.

El Programa Médico Obligatorio (PMO) comprende un conjunto de prestaciones de Salud o canasta de prestaciones que deben ser cubiertas obligatoriamente por las Instituciones de la Seguridad Social, y también por los Seguros Privados a partir de la sanción de la Ley 26.682 de Empresas de Medicina Prepaga. El PMO es una referencia para la cobertura que brindan Obras Sociales Provinciales y Direcciones de Ayuda Social y para el sector público cuyo propósito es lograr Cobertura Universal en Salud (CUS) para las personas no formalmente cubiertas.

Si bien el Estado Nacional y los Estados Provinciales han continuado realizando acciones en esta dirección, el objetivo está aún lejos de ser alcanzado.

La canasta de prestaciones incluidas en el PMO sigue siendo evaluada por la SSS, con la finalidad de tratar de limitarla a prestaciones que cumplan con los criterios de medicina basada en la evidencia y/o de costo efectividad, y que las nuevas prestaciones a futuro cumplan con dichos requisitos. La tarea, aún no ha finalizado.

Las legislaturas siguen tratando proyectos de leyes de cobertura específica de patologías, sin considerar ni siquiera su fuente de financiamiento.

Sabemos que la medicina incorpora continuamente nuevas tecnologías, y nuevos procedimientos, y al mismo tiempo otros entran en desuso. Todo ello modifica en el tiempo las tasas de uso de los diferentes procedimientos. En el curso de estos años y en esta actualización, se han debido modificar algunos indicadores al observar que los indicadores de uso han cambiado en forma considerable.

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. La matriz elaborada por lo tanto si bien es aplicable a todo el país, los indicadores y valores de mercado corresponden a grandes poblaciones urbanas.

Se recabaron indicadores o tasas de usos para las prestaciones incorporadas al PMO en diferentes Obras Sociales Sindicales, en prestadores de ellas, en Cámaras de diagnóstico y tratamiento, en administradoras, mandatarias, etc.

Siguen existiendo, cuestión destacada en anteriores actualizaciones, dispersiones en algunos indicadores, a las que es difícil encontrar justificación, por tratarse de poblaciones de igual rango etario, misma ubicación geográfica y similar distribución por sexo. Quizás una explicación plausible surja del análisis de los modelos de atención que tienen cada una de ellas, y de la accesibilidad a los servicios.

Elementos específicamente considerados en esta actualización

Atentos a los cambios de algunos de los componentes del PMO, año a año realizamos actualizaciones de ellos, entendiendo que con el paso del tiempo se van produciendo modificaciones en el uso de los diferentes procedimientos de diagnóstico y tratamiento incorporados en la canasta, producto de modificaciones epidemiológicas, de incidencia y prevalencia de enfermedades, de incorporación de nuevas tecnologías y reemplazo de otras, de las nuevas guías de prácticas clínicas de diagnóstico y tratamiento basadas en la evidencia, de los protocolos institucionales actualizados, diferentes vías clínicas, algoritmos, etc.

En la actualización de julio de 2018 analizamos específicamente las prestaciones para discapacidad incluidas en el Sistema Único de Prestaciones para Personas con Discapacidad (SU), la diálisis crónica y la salud mental con sus diferentes modalidades de abordaje.

En esta actualización haremos un análisis del rubro Medicamentos, abordándolo en forma integral dentro del PMO, los Egresos en Instituciones de agudos con Internación, y el renglón de Prótesis, que ha modificado sustancialmente las tasas de uso desde el estudio inicial.

Todos estos elementos tienen un peso significativo en el costo del PMO y creemos necesarios actualizarlos en cuanto a sus indicadores y a sus diferentes aplicaciones.

Medicamentos

Los medicamentos participan en muchas de las prestaciones incorporadas en el PMO, ya sean de diagnóstico como de tratamiento. En nuestra grilla se encuentran analizados en dos renglones por separado, los medicamentos en ambulatorio y los medicamentos especiales.

Pretendemos en este pequeño apartado perfeccionar su análisis, observando su participación en otros renglones importantes de la canasta del PMO. Ellos son, los Programas Preventivos y los Egresos.

Existen además usos de medicamentos en Radiología, en Diagnóstico por Imágenes, en Estudios Especiales, etc., en diferentes proporciones. En este pequeño apartado no los tenemos en cuenta por las dificultades para su análisis, aunque por supuesto están incluidos en los precios de cada prestación considerada en el PMO.

- a) En los PROGRAMAS PREVENTIVOS, sobre todo en el rubro inmunizaciones, en los métodos anticonceptivos y en las leches medicamentosas. Las vacunas del Programa Nacional son medicamentos provistos por el Estado.

No impactan en el costo que asumen los Agentes de Salud, pero sí en el Costo del Programa Médico Obligatorio, haciendo abstracción del origen de los fondos.

Los montos que paga el Estado, son inferiores a aquellos que se listan en los vademécums de precios de referencia.

Para su análisis se han tomado los PVP, aún a sabiendas que las compras por parte del estado deberían ser significativamente inferiores en precio.

El Plan Anual de Vacunación Obligatoria ha incorporado nuevas vacunas año a año.

- b) El segundo elemento valorizado es el rubro MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO, que implica la cobertura al 40, 70 y 100%. Aquí se consideran, entre otros, los medicamentos por patologías crónicas (anticoagulantes, asma, artritis reumatoidea, patologías cardiovasculares, dislipidemias, epilepsias, etc.) con cobertura al 70% y los cubiertos al 100% cuyos rubros esenciales son los medicamentos para la diabetes y los medicamentos para discapacitados.

Los medicamentos al 100% tienen a veces canales de distribución diferentes a los restantes.

- c) En INTERNACIÓN se analizó el peso de los diferentes tipos de medicamentos en el costo de cada egreso.

- d) En MEDICAMENTOS ESPECIALES se dividió el análisis en dos tipos de medicamentos, los cubiertos por el SUR y aquellos que no están cubiertos por el SUR, sean oncológicos o crónicos no oncológicos.

Todos son considerados medicamentos de Alto Costo.

El objetivo de este apartado, es reflejar en que magnitud impactan los medicamentos en el Costo Total de un PMO, cualquiera sea su financiador, si el Estado, las Obras Sociales o el afiliado de su propio bolsillo.

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

Siendo que los valores a los que se pagan difieren aún en cada Agente de Salud y en cada Prestador, se utilizaron valores promedio de referencia y en algunos casos directamente el precio de venta al público.

PROGRAMAS PREVENTIVOS

La cápita mensual de los medicamentos incorporados en los Programas Preventivos es de \$ 75 a valor P.V.P.

AMBULATORIOS

En base a los datos recabados surgen las siguientes estimaciones al 31 de julio de 2019:

Datos	Unidad	Pesos	Porcentaje
Recetas/beneficiario padrón/año	3		
Recetas/beneficiario consumidor/mes	1,71		
Valor receta		\$ 1.134	
Cobertura promedio ponderada:			62%
CÁPITA ANUAL		\$ 2.108	
CÁPITA MENSUAL		\$ 283.50	
Paga la OBRA SOCIAL valorizado por P.V.P.		\$ 175,67	62%
Paga el afiliado de su bolsillo Valorizado por P.V.P.		\$ 107,83	38%

MEDICAMENTOS EN INTERNACIÓN

Representan entre el 23 y el 28% del costo de cada egreso de agudos, según los diferentes informes recabados en Establecimientos Asistenciales de diferentes complejidades. Vamos a considerar un 25% para este análisis.

A un costo estimado de cápita por internación de agudos de \$453,71, el costo por medicamentos se ha estimado en \$ 113,42.

MEDICAMENTOS ESPECIALES

a) **MEDICAMENTOS CON COBERTURA SUR.**

b) **MEDICAMENTOS SIN COBERTURA SUR.**

1) **CRÓNICOS NO ONCOLÓGICOS.**

2) **ONCOLÓGICOS.**

Los medicamentos de Alto Costo con cobertura SUR fueron analizados en el estudio de investigación realizado sobre Gasto Catastrófico en alud, corroborando los indicadores allí obtenidos con los informes actuales recibidos.

Los Medicamentos de alto costo no cubiertos por el SUR e incluidos en el PMO, lo son para tratamientos Oncológicos y de otras enfermedades tales como algunas infecciones bacterianas, virales o fúngicas resistentes, antagonistas hormonales, anticonvulsivantes, enfermedades neurodegenerativas, inmunosupresores, etc.

Son como los del SUR medicamentos de alto costo y baja tasa de uso cuyo precio está determinado en gran medida por la inversión en investigación y desarrollo de laboratorios en general privados, cubiertos con las leyes de patentes que permiten a aquellas empresas que descubren y lanzan fármacos al mercado recuperar su inversión y aun obtener grandes beneficios, mientras no se libera la patente de su invento. Por lo general, ese período dura diez años. Luego de ese lapso la patente cae, otros laboratorios quedan autorizados a fabricar el medicamento utilizando esa fórmula, y en ese momento el precio de mercado se reduce notoriamente.

Con el modelo vigente es en general el mercado quien determina las prioridades de investigación.

Los resultados son una multiplicidad de medicamentos, muchos de muy alto costo, cuya eficiencia y costo efectividad en muchos casos es cuestionada.

A pesar de ello, son incluidos en el PMO, y si no es así, deben administrarse, en muchas ocasiones por imposición judicial.

La amplia mayoría de los MAC (estén o no en el SUR) son fármacos nuevos, altamente específicos y utilizados en condiciones clínicas complejas. La producción de medicamentos biotecnológicos es mucho más costosa que la de los fármacos de origen químico, porque requiere del uso de organismos vivos –en general bacterias genéticamente modificadas–.

El descubrimiento de nuevas moléculas (Biotecnológicas y/o génicas) y su incorporación al mercado implica una gran dificultad actual y futura de financiamiento.

DATOS RECABADOS PARA EL ESTUDIO.

Indicadores utilizados

Tratamientos: 0,0066 por cada beneficiario/año.
SUR: 0,0038 por cada beneficiario/año.
No SUR: 0,0028 por cada beneficiario/año

Valores obtenidos

Medicamentos Especiales: Cápita mensual: \$ 241,23 beneficiario y por mes.
Costo promedio del tratamiento: \$ 438600

SUR: Cápita mensual: \$ 190,6 beneficiario y por mes.
Recupero Sur para las Obras Sociales alrededor de un 58%.
Costo promedio del tratamiento: \$ 556300

No SUR: (Oncológicos + Crónicos no Oncológicos)
Cápita mensual: \$50,6 por beneficiario y por mes.
Costo promedio del tratamiento: \$ 193800.

GASTO MENSUAL EN DOLARES (dólar al 31 de julio 19 \$ 43,90 por unidad).

Teniendo en cuenta la alta volatilidad de los precios y las frecuentes devaluaciones, se hizo una conversión en dólares de los valores logrados al 31 de julio de 2019, con el dólar de ese momento.

Ello, al mismo tiempo, nos ha permitido hacer unas comparaciones con los valores en dólares hallados en el trabajo de Gasto Catastrófico en Salud.

Medicamentos en Programas preventivos: \$75 que representan 1,71 dólares por beneficiario/mes. 10,5% del gasto total de medicamentos del PMO.

Medicamentos Ambulatorios: \$ 283,5 que representan 6,46 Dólares por beneficiario/mes. 39,8% del gasto total en medicamentos en PMO.

Medicamentos en Internación: \$ 113,42 que representan 2,58 Dólares por beneficiario/mes. 15,9 % del gasto total en medicamentos del PMO.

Medicamentos Especiales: \$241,23 que representan 5,49 Dólares por beneficiario/mes, 33,8 % del gasto total en medicamentos del PMO, de los cuales:
SUR: \$ 190,6 que representan 4,34 Dólares por beneficiario/mes, 26,7% del gasto total en medicamentos del PMO.
No SUR: \$50,6 que representan 1,15 Dólares por beneficiario/mes 7,1 % del gasto total en medicamentos del PMO.

Los Medicamentos Especiales No Sur representan el 21% del gasto total de los Medicamentos Especiales, pero representan el 42% de los tratamientos, La incorporación al PMO de muchos Medicamentos Especiales no incorporados aún al SUR ha significado una modificación sustancial de los indicadores de uso que teníamos en el rubro.

El costo total de los medicamentos en el PMO, a partir de los renglones analizados, es de

dólares 16,24 por beneficiario/mes.

El valor del PMO al 31 de julio de 2019 con coseguros al 50% es de \$ 2002,78, correspondiente a dólares 45,6 por beneficiario y por mes.

Los medicamentos pesan según nuestro estudio y solamente con los renglones analizados (hay otros de menor cuantía tales como medicamentos en traslados, en estudios y tratamientos ambulatorios, en internación domiciliaria, etc.) el 36 % del valor del PMO.

Adicionalmente se comparó, usando similar metodología el peso de los medicamentos en el valor del PMO 2018.

En dicho análisis verificamos un costo en medicamentos de \$ 324,41 pesos por afiliado mes. Con un dólar a 27,58 al 31 de julio 2018, representa 11,76 dólares por beneficiario/mes.

Esos \$324,41 representaban el 26,6 % de costo total del PMO. De ese 26,6 %, los medicamentos de los programas preventivos representaban el 9,3%, los ambulatorios con diferentes tipos de cobertura (40,70 y 100 %) el 44,1%, los medicamentos en internación el 22,3%, y los medicamentos especiales el 24,3%.

Asociado a un incremento interanual en dólares del rubro medicamentos en su conjunto cercano al 38%, se verifica un incremento en la participación del rubro medicamentos del 26,6% en 2018 al 36% en 2019, o sea un 35% de aumento, con una participación proporcional cada día mayor de Medicamentos especiales que representan el 33,8% del gasto estimado en medicamentos del PMO, a expensas de una disminución de los otros renglones. El único que aumenta ligeramente es el rubro de Programas Preventivos, donde se han incorporado prestaciones al calendario, y el valor está atado a los vaivenes del dólar.

INTERNACIÓN

En ésta oportunidad, se realizó un detallado análisis del rubro Internación de Agudos En Establecimientos (Internación Clínica, Quirúrgica, Obstétrica, Especializada, UTI, UCO, UTIM, etc. con medicamentos.)

Es un rubro de alto peso en el costo del PMO, dado que comprende todas las internaciones en establecimientos de agudos mono o polivalentes. Algunas de ellas por su complejidad (ej. Cirugía Cardiovascular, C.V. Periférica, Marcapasos, etc.) aparecen listadas por separado en el PMO, pero el gasto de pensión en internación y su índice de utilización se encuentra incluida en este rubro, y solamente en el renglón correspondiente se valoriza lo específico o diferencial de la práctica.

Al igual que en el trabajo inicial se consideraron los indicadores por egreso y el costo promedio del mismo.

El egreso es una medida que consideramos adecuada como producto de la internación, porque el precio del mismo contiene todas las prestaciones facturadas por un establecimiento, se encuentren incluidas o no en módulos, por fuera de ellos, facturaciones por prestación, etc.

Durante todos estos años usamos una fórmula de valorización que consideraba Internación en Piso, clínica o quirúrgica, e internación en Unidades Especiales, con sus respectivos índices de utilización y precios de referencia.

En el actual análisis se incluyeron variables a partir de información a la que tuvimos

acceso provista por Obras Sociales y Administradoras, en todos los casos de Obras sociales Sindicales. De esa información han surgido tasas de internación, tipo de internación en un modelo de cuidados progresivos, promedios días de estada ponderados, costo del día cama de cada tipo, etc.

En primer lugar, se observa un incremento de la tasa de egresos por cada 100 beneficiarios y por año de 7,5 a 9,15.

Por otro lado, se advierte una disminución del promedio días de estada de 4,5 a 3,73 días por egreso.

En este estudio, la Internación fue considerada de la siguiente manera:

INTERNACIÓN PISO
Internación Clínica Adultos
Internación Clínica Pediátrica
Internación Quirúrgica (adultos y pediátrica)
Internación Obstétrica (partos y cesáreas)
INTERNACIÓN UNIDADES ESPECIALES
Internación en UTI
Internación en UTIN

Se advierte una modificación de las proporciones de camas de cuidados generales y de camas de unidades especiales respecto al trabajo inicial.

En la tabla adjunta se puede visualizar indicadores utilizados con ambas metodologías.

INDICADORES UTILIZADOS EN INTERNACIÓN

Concepto	Estr Relat por tipo de Interacción	% por subtipo	Promedio días de estadía	Estr Relat por tipo de Interacción	% por subtipo	Promedio días de estadía
Internación			4,50			3,73
Internación Piso	80%		3,60	86%		3,21
Internación Clínica Adultos		30%	1,08		35%	1,12
Internación Clínica Pediátrica					19%	0,61
Internación Quirúrgica (adultos y pediátrica)		70%	2,52		33%	1,06
Internación Obstétrica (partos y cesáreas)					13%	0,42
Internación Unidades Especiales				14%		0,52
Internación en UTI	20%		0,90		86%	0,45
Internación en Neo					14%	0,07
Tasa de Uso (egresos c/ 100 benef año)	7,5			9,15		

Los promedios de días de estada son solo una ponderación de cada tipo de egreso sobre un total, para valorizar el peso de su costo en el total del rubro.

Los valores obtenidos por egreso con el formato anterior son superiores a los obtenidos con el nuevo (se incrementa un 28% respecto al del año anterior) pero cuando se corrige con la frecuencia, la diferencia obtenida con la nueva fórmula polinómica difiere solo en un 2% de la anterior.

La consideramos más apropiada a los usos actuales.

PRÓTESIS, ÓRTESIS E IMPLANTES

Las prótesis quirúrgicas traumatológicas, de cirugía general, implantes cardíacos y vasculares, endoprótesis vasculares, dispositivos urológicos, implantes cerebrales, neuroestimuladores, LIO, etc., son componentes del gasto sanitario con tendencia creciente, vinculado al desarrollo tecnológico y a los cambios etarios.

Su uso ha variado y se diversificó en los últimos años.

A partir de la información que recibimos de diferentes Obras Sociales y empresas proveedoras, se analizó este rubro que manteníamos invariable desde el 2010 en relación a los indicadores.

En relación a los precios y respecto al 2018 se puede concluir que, si bien los precios relativos producto de la reacción ante la fuerte devaluación del año 2018 han variado sustancialmente, las variaciones de precios no reconocen una variable única.

Los Marcapasos, cardiodesfibriladores, prótesis vasculares y en general todos los insumos cardiovasculares están estrictamente dolarizados, con excepción de los stents coronarios que producto de la competencia y de su uso masivo, se cotizan en pesos y el aumento ha sido menor a los otros, en alrededor de un 50%. Los insumos de cirugía general, suturas, clips, instrumental, etc., han tenido un incremento variable de entre un 50 y un 70% desde julio de 2018.

Los indicadores que resultaron, a partir de los datos recibidos, se describen a continuación:

INDICADORES	
TIPOS	POR BENEFAÑO
Traumatológicas	0,00488
Cirugía	0,00353
Cardiovasculares	0,00085
Urológicas	0,00092
Neurológicas	0,00027
Otoamplifonos y Prótesis	0,00054
Otras	0,00044

No se observan modificaciones sustanciales en los otros renglones del rubro.

OTRAS CONSIDERACIONES

TRASPLANTES

Si bien varía según el tipo de trasplante de que se trate, en general el mecanismo SUR está cubriendo alrededor del 48 al 50% del valor de los trasplantes en el mercado. Cuando realizamos nuestro trabajo en 2017 de trasplantes (Gasto catastrófico en Salud) la cobertura ponderada por el Sur fue del 68% de los precios recabados en el mercado. Se nota claramente que un porcentaje no despreciable de esta prestación impacta en más en las Obras Sociales.

Los precios de mercado considerados han sido actualizados a fines de julio de 2019. Los datos oficiales (IPC), expresan que, para este período de 12 meses, que va desde julio del año 2018 hasta julio del año 2019, la inflación ha sido de 55% (según IPC del INDEC).

Debido a que muchos insumos son importados, la variación considerada del dólar ha sido: Dólar al 31 julio 18: \$27,3 por unidad. Dólar al 31 julio 19: \$43,9 por unidad. Incremento interanual: 61%.

Analizamos en este trabajo específicamente, a partir de cómo se fueron dando las variaciones de cada grupo de prestaciones. Tal como lo expresáramos en las versiones anteriores, la matriz elaborada y los indicadores usados permiten poner al día los precios de cada ítem modificando los valores finales del PMO y actualizándolos al momento deseado.

El resultado final 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 2019.

La Tabla N° 1 muestra la composición en porcentajes, según edad y sexo, de la población estudiada. Se ha incorporado al igual que en 2018, la distribución informada por la SSS para el 2016 sobre la base de 15.383.113 beneficiarios.

TABLA 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) era al 31 de julio 2018 de \$ 1105,96 y el correspondiente a esta actualización (31 de julio 2019) de \$1833,81 significando un incremento interanual del 65,8%.

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 2018 fue estimado en \$1271,82 con coseguros al 100% y de \$1221,37 simulando coseguros al 50%.

Los resultados obtenidos en esta actualización 2019 son \$2063,02 con coseguros al 100% y de \$ 2002,78 con coseguros al 50%. Esto ha significado un incremento en un año calendario (julio 2018/julio 2019) del 62% % con coseguros al 100% y del 64% % con coseguros al 50%.

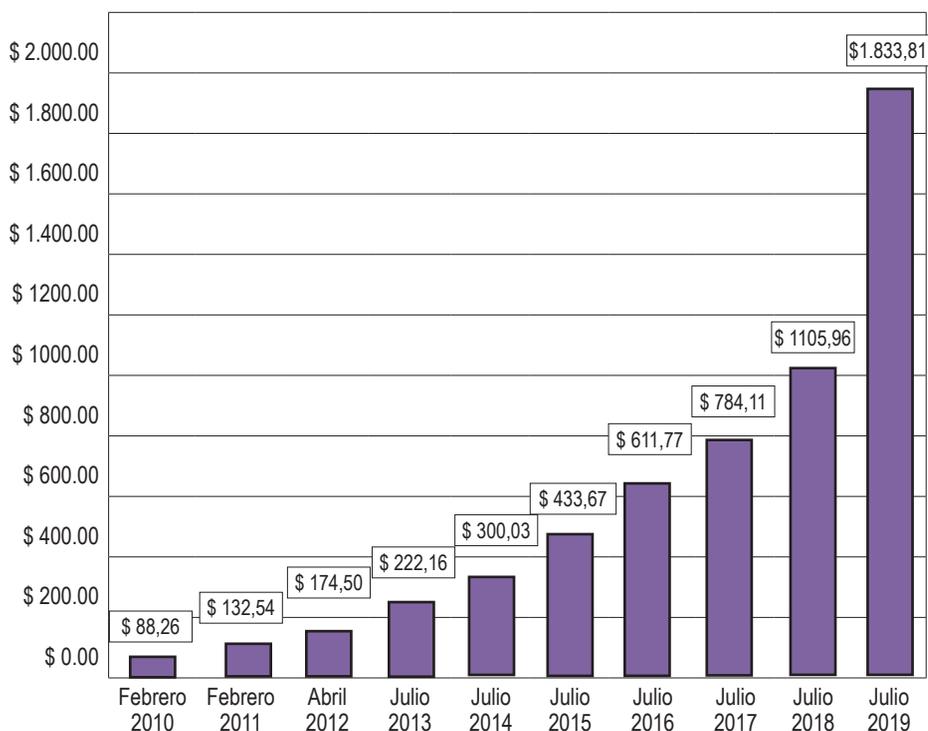
Los coseguros de un año al otro han sido incrementados en un 38% por lo que su peso relativo ha disminuido respecto al año anterior.

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 2019. Como puede observarse, el costo del PMO a financiar por los Agentes de Salud, ha seguido una tendencia creciente desde el 2010 au-

mentando 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 este período el incremento ha sido aún mayor llegando al 65,8%. Nuevamente en este período (julio 2018 a julio 2019) el costo del PMO supera la inflación determinada para igual período. (que está calculada según el INDEC en 55%) en casi 11 puntos porcentuales.

GRÁFICO 1
GASTO ESTIMADO DEL PMO
 Financiamiento por los agentes del Seguro Social Obligatorio
 Comparación de 2010 a 2019



Fuente: elaboración propia

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

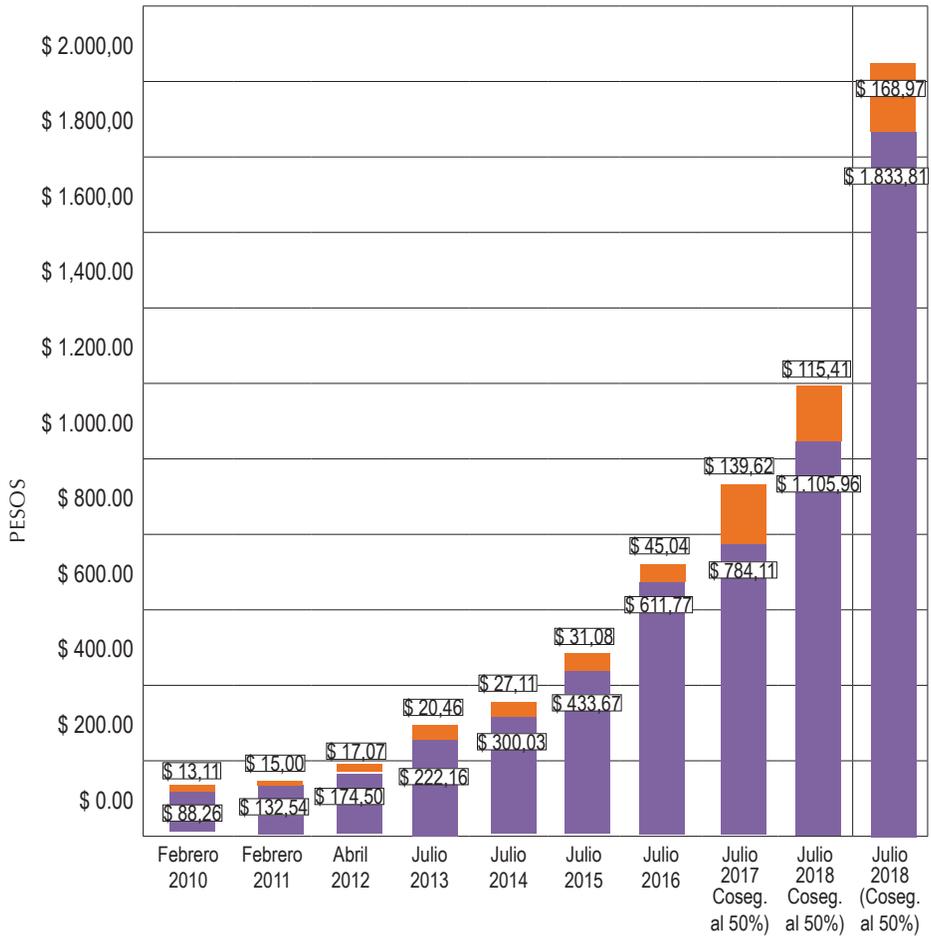
En este análisis del PMO finalizado a fines de julio del año 2019, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 229,21 por mes con coseguros del 100%, de los cuales \$ 107,73 corresponden a medicamentos ambulatorios (47% del total). Si consideramos los coseguros al 50% de lo máximo autorizado, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 168,97 de los cuales los medicamentos ambulatorios significan \$ 107,73 o sea un 64% del total.

Según los datos surgidos de esta actualización, el gasto de bolsillo representa 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. Estos valores son menores a los del 2018.

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 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019.

GRÁFICO 2
GASTO ESTIMADO DEL PMO
 2010 a 2018
 Apertura por origen de fondos



 Gasto Financiado

 Gasto de bolsillo

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 2 se comparan los valores por grupos de prestaciones en julio 2018 y en julio de 2019 sin considerar coseguros, o sea teniendo en cuenta solamente lo que deben abonar los Agentes del Seguro Social Obligatorio.

TABLA 2
GRUPOS DE PRESTACIONES INCREMENTO DE VALOR SIN COSEGUROS

DESCRIPCIÓN	JULIO 2018	JULIO 2019	INCREMENTO EN PORCENTAJE
Programas Preventivos	\$ 88,22	\$ 150,84	74,9
Prestaciones Ambulatorias	\$ 447,52	\$ 683,72	52,8
Prestaciones con Internación	\$ 331,32	\$ 484,16	46,1
Prestaciones Especiales	\$ 260,91	\$ 515,09	97,4
Total Costo PMO	\$ 1.105,96	\$ 1.833,81	65,8

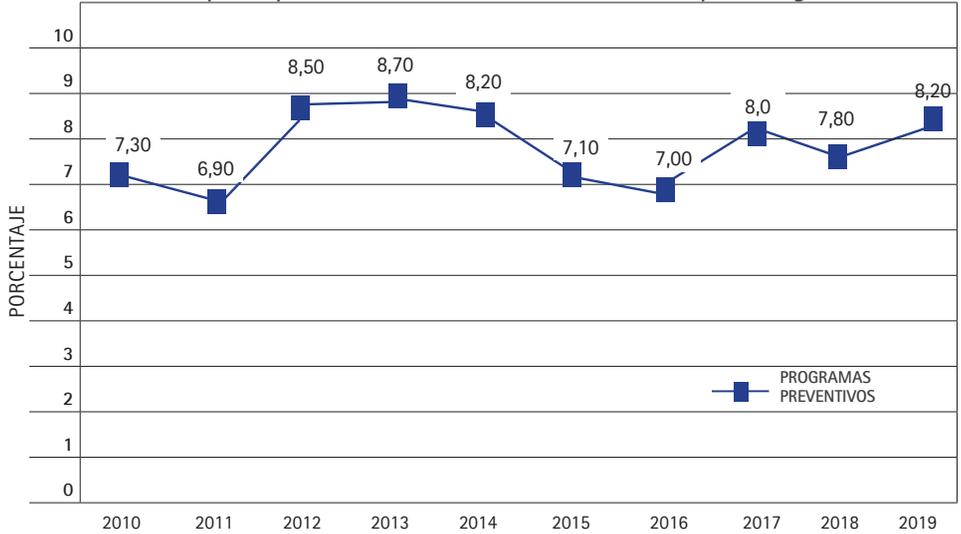
Fuente: elaboración propia

Se observa en la Tabla 2 que el mayor incremento se dió en las prestaciones especiales y en segundo lugar por los programas preventivos, todos ellos atados fundamentalmente a los precios de los medicamentos.

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 3
PROGRAMAS PREVENTIVOS

Evolución de la participación en el costo del PMO financiado por los agentes de salud

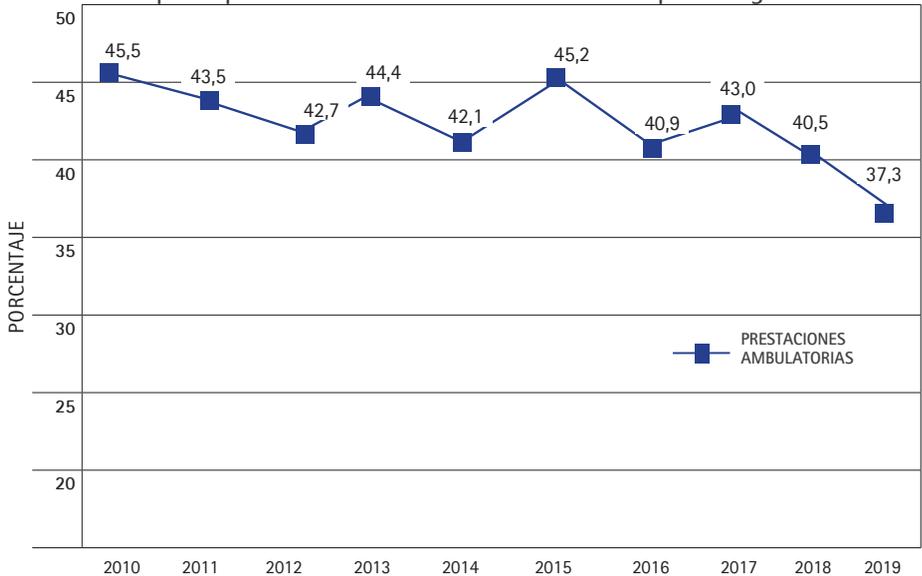


Fuente: elaboración propia

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

GRÁFICO 4
PRESTACIONES AMBULATORIAS

Evolución de la participación en el costo del PMO financiado por los agentes de salud

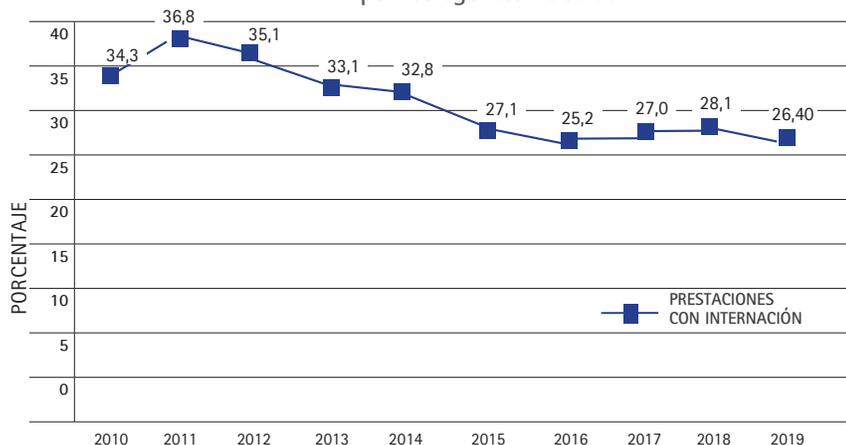


Fuente: elaboración propia

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 5 PRESTACIONES CON INTERNACIÓN

Evolución de la participación en el costo total del PMO financiado por los agentes de salud

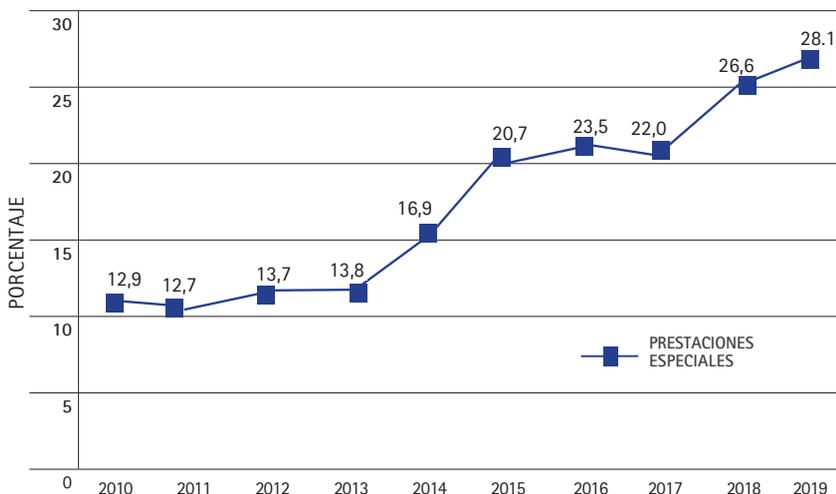


Fuente: elaboración propia

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 6 PRESTACIONES ESPECIALES

Prestaciones Especiales. Evolución de la participación en el costo del PMO financiado por los agentes de salud



Fuente: elaboración propia

Si observamos la evolución de la participación porcentual de los diferentes grupos de prácticas financiadas por los Agentes de Salud, según se clasificó desde un comienzo, se nota en esta actualización un incremento muy importante de las Prestaciones Especiales, sobre todos los otros grupos de prácticas. Su incremento interanual ha sido del 97,4% superando por más del 30% el incremento global del PMO.

En el rubro Prestaciones Especiales los renglones más significativos y en ese orden son a) los medicamentos especiales, b) la discapacidad, c) los traslados, urgencias y emergencias y visitas domiciliarias, d) la fertilización asistida, e) las prótesis.

Cuando analizamos cada renglon del PMO por separado y no reunidos en los cuatro grupos 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.

GASTO DEL PMO AJUSTADO POR RIESGO

Desde el año pasado adjuntamos esta tabla, que nos 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.

TABLA 3
AJUSTES AL PMO POR EDAD Y SEXO

EDAD	RELACION CON PMO	
	FEM	MASC
VALOR PMO GLOBAL a JULIO DE 2019		
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 se compara el valor del PMO, actualizada para julio de 2019 en \$1833,81 con la recaudación promedio de cada beneficiario del universo de OSN. Dicho promedio, de acuerdo a los datos de SSS sobre número de beneficiarios y AFIP respecto a recaudación, alcanza los \$1887,38 incluyendo los fondos del reintegro FSR, que se adicionan a la recaudación inicial. Es decir, la cápita promedio de la recaudación total de las OSN supera el costo del PMO, en julio de 2019.

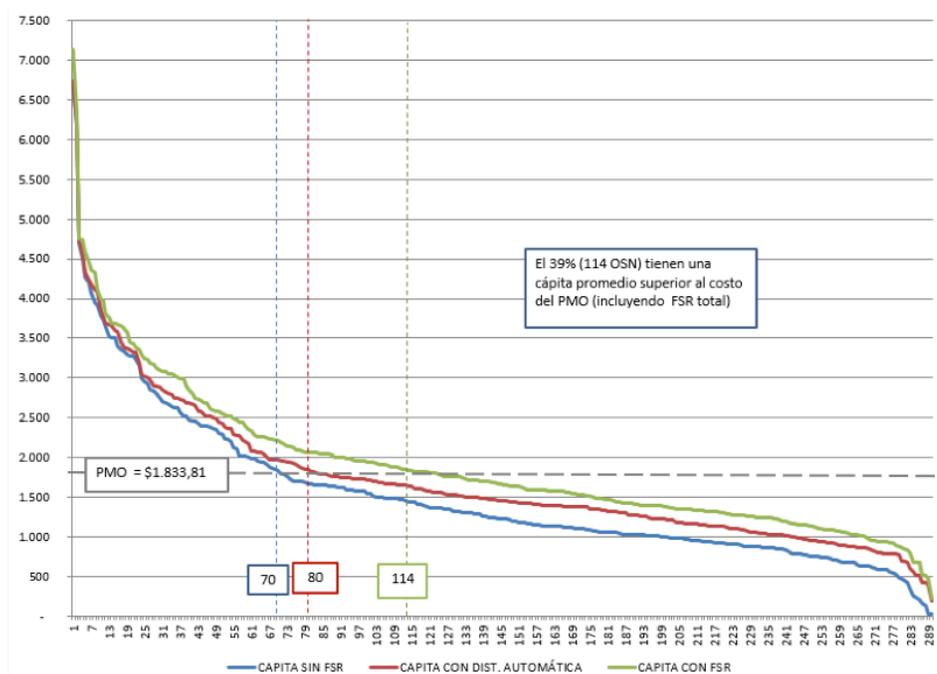
Se recuerda que la valorización del PMO no incluye el gasto de administración por lo que la cápita promedio de la recaudación total de las OSN apenas cubre los gastos prestacionales.

Sin embargo, al desagregar dicha información por OSN vemos que solamente un 39% de dichas instituciones (114 OSN) superan el valor estimado en su recaudación per cápita, mientras que el 61% restante (176 OSN) no alcanza el valor del PMO. En términos de beneficiarios, las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO representan solamente el 31% de los mismos, o sea las Obras Sociales que no alcanzan a cubrir el valor del PMO cubren al 69% de los beneficiarios del sistema.

En relación a 2018, vemos que había 49% de OSN que superaban el valor estimado para cubrir el PMO en su recaudación per cápita, y en esta actualización solamente el 39% y que en relación al número de beneficiarios las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO cubrían el 41% de los mismos, siendo en esta actualización solamente el 31% de los mismos.

Se observa año a año una disminución del numero de las Obras Sociales en condiciones de cubrir un PMO, y además las que no están en condiciones de cubrirlo abarcan al 69% de los beneficiarios del Sistema.

GRÁFICO 7



Fuente: elaboración propia en base a datos SSS y AFIP.

TABLA 4
COMPARACIÓN RECAUDACIÓN DE OSN POR BENEFICIARIO
CON EL VALOR DEL PMO

RANGOS S/ PESOS X COTIZANTE	% DEL TOTAL DISTRIBUIDO	TOTAL BENEFICIARIOS	% DE BENEFICIARIOS	CÁPITA PROMEDIO	CANT OBRAS SOCIALES DEL RANGO
Mayores a \$ 2200	5%	243.259	2%	\$4.883,91	10
Entre \$ 1450 y \$ 2200	23%	1.922.172	13%	\$ 3.098,63	44
Entre \$ 1106 y \$ 1450	19%	2.350.886	16%	\$ 2.046,27	60
Entre \$ 750 y \$ 1106	48%	8.856.367	60%	\$ 1.431,22	153
Menores a \$ 750	5%	1.365.660	9%	\$ 798,30	23
TOTALES	100%	14.738.244	100%	\$1.887,38	290

Fuente: elaboración propia en base a datos SSS y AFIP

ESTIMACIÓN DEL GASTO NECESARIO PARA GARANTIZAR COBERTURA DEL PMO

Actualización Julio 2019

CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA	TASA DE USO ANUAL	CTO UNIT EN \$ JULIO 2019	CAPITA MENSUAL \$	Alt 1: COSEGURO A/C BENEF \$	Alt 2: 50% COSEGURO A/C BENEF \$
PROGRAMAS PREVENTIVOS						
PLAN MATERNO INFANTIL						
EMBARAZO						
CONSULTA	CONSULTA	0,2500	\$ 450	\$ 9,38	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,3600	\$ 483	\$ 14,49	\$ -	\$ -
ECOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,1000	\$ 516	\$ 4,30	\$ -	\$ -
PSICOPROFILASIS	CONSULTA	0,1600	\$ 390	\$ 2,20	\$ -	\$ -
INMUNIZACION	GASTO	0,0200	\$ 2.950	\$ 4,92	\$ -	\$ -
INFANTIL					\$ -	\$ -
CONSULTA	CONSULTA	0,2100	\$ 450	\$ 7,88	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,0400	\$ 835	\$ 2,78	\$ -	\$ -
LECHE MEDICAM.	GASTO	0,0013	\$ 27.850	\$ 3,04	\$ -	\$ -
INMUNIZACIÓN	GASTO	0,0220	\$ 33.634	\$ 61,66	\$ -	\$ -
PROGRAMAS ONCOLOGICOS (PREVENCIÓN DE CA DE MAMA, UTERO, PRÓSTATA Y OTROS)						
CONSULTA	CONSULTA	0,2000	\$ 450	\$ 7,50	\$ -	\$ -
PAPANICOLAU	ESTUDIO	0,3000	\$ 325	\$ 8,13	\$ -	\$ -
COLPOSCOPIA	ESTUDIO	0,1000	\$ 260	\$ 2,17	\$ -	\$ -
LABORATORIO	DETERMINACION	0,0400	\$ 360	\$ 1,20	\$ -	\$ -
MAMOGRAFÍA	ESTUDIO	0,1000	\$ 545	\$ 4,54	\$ -	\$ -
OTROS	ESTUDIO	0,1000	\$ 330	\$ 2,75	\$ -	\$ -
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	CONSULTA	0,1000	\$ 365	\$ 3,04	\$ -	\$ -
PROGRAMA SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE						
CONSULTA	CONSULTA	0,0135	\$ 450	\$ 0,51	\$ -	\$ -
METODOS ANTICONCEPTIVOS	GASTO	0,0097	\$ 2.460	\$ 1,99	\$ -	\$ -
PROGRAMA DE SALUD MENTAL	CONSULTA	0,1500	\$ 430	\$ 5,38	\$ -	\$ -
SUBTOTAL PROGRAMAS PREVENTIVOS				\$ 150,84	\$ -	\$ -

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						
MÉDICO GENERALISTA, CLÍNICO Y/O PEDIATRA	CONSULTA	2,2000	\$ 450	\$ 82,50	\$ 22,73	\$ 11,37
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	CONSULTA	1,8100	\$ 3580	\$ 87,48	\$ 35,14	\$ 17,57
CONSULTAS EN SALUD MENTAL						
PSICOLOGÍA	CONSULTA	0,3100	\$ 430	\$ 11,11	\$ 3,20	\$ 1,60
PSIQUIATRÍA	CONSULTA	0,0700	\$ 910	\$ 5,31	\$ 0,72	\$ 0,36
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS	CONSULTA	0,0004	\$ 540	\$ 0,02	\$ 0,00	\$ 0,00
LABORATORIO						
PRÁCTICAS BIOQUÍMICAS HASTA 5 UB (NBU) (INCLUYE ACTO BIOQUÍMICO)	DETERMINACION	4,4800	\$ 130	\$ 48,53	\$ 4,85	\$ 2,43
PRÁCTICAS BIOQUÍMICAS DE MAS DE 5 UB (NBU), INCLUYE ACTO BIOQUÍMICO	DETERMINACION	0,5500	\$ 390	\$ 18,88	\$ 3,58	\$ 1,479
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES						
ECODIAGNÓSTICO						
ECOCARDIOGRAMAS	ESTUDIO	0,0270	\$ 650	\$ 1,46	\$ 0,18	\$ 0,09
ECODOPPLER	ESTUDIO	0,0510	\$ 3.050	\$ 12,96	\$ 0,66	\$ 0,33
ECOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,3000	\$ 516	\$ 12,90	\$ 1,95	\$ 0,98
RADIOLOGÍA (INCLUYE MEDICAMENTOS)						
RX CONTRASTADA	ESTUDIO	0,0570	\$ 1.805	\$ 8,57	\$ 0,74	\$ 0,37
RX SIMPLE	ESTUDIO	0,9100	\$ 356	\$ 27,00	\$ 5,92	\$ 2,96
MAMOGRAFÍAS	ESTUDIO	0,1120	\$ 545	\$ 5,09	\$ 0,73	\$ 0,36
OTRAS PRACTICAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN						
CÁMARA GAMMA (INCLUYE MATERIAL RADIACTIVO)	ESTUDIO	0,0400	\$ 3.275	\$ 10,92	\$ 1,29	\$ 0,65
TAC (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE TAC MULTISLICE, ANNGIOTOMOGRAFÍAS, TAC HELICIDAL, PET, ETC,	ESTUDIO	0,0512	\$ 4.610	\$ 19,67	\$ 1,66	\$ 0,83
RMN (CON O SIN CONTRASTE, INCLUYE MATERIAL DE CONTRASTE), INCLUYE ANGIORESONANCIAS, COLAGIRESONANCIAS, ETC.	ESTUDIO	0,0498	\$ 4140	\$ 17,18	\$ 1,61	\$ 0,81
DENSITOMETRÍA	ESTUDIO	0,0005	\$ 760	\$ 0,03	\$ 0,003	\$ 0,00

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 \$
PRÁCTICAS EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS						
CARDIOLOGÍA	PRACTICAS	0,0560	\$ 1.105	\$ 5,16	\$ 1,09	\$ 0,54
GASTROENTEROLOGIA	PRACTICAS	0,0132	\$ 6.245	\$ 6,87	\$ 0,26	\$ 0,13
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRACTICAS	0,0120	\$ 690	\$ 0,69	\$ 0,23	\$ 0,12
NEUROLOGÍA	PRACTICAS	0,0158	\$ 2.135	\$ 2,81	\$ 0,31	\$ 0,15
ORL	PRACTICAS	0,0204	\$ 1.210	\$ 2,06	\$ 0,40	\$ 0,20
OFTALMOLOGIA (INCLUYE RFG Y ESTUDIOS)	PRACTICAS	0,0320	\$ 1.560	\$ 4,16	\$ 0,62	\$ 0,31
UROLOGÍA	PRACTICAS	0,0040	\$ 1.880	\$ 0,63	\$ 0,08	\$ 0,04
DERMATOLOGÍA	PRACTICAS	0,0100	\$ 645	\$ 0,54	\$ 0,19	\$ 0,10
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICION	PRACTICAS	0,0075	\$ 585	\$ 0,37	\$ 0,15	\$ 0,07
ANATOMÍA PATOLÓGICA	PRACTICAS	0,0146	\$ 870	\$ 1,06	\$ 0,28	\$ 0,14
HEMOTERAPIA	PRACTICAS	0,0250	\$ 3.120	\$ 6,50	\$ 0,49	\$ 0,24
GENÉTICA HUMANA	PRACTICAS	0,0020	\$ 3.870	\$ 0,65	\$ 0,04	\$ 0,02
ALERGIA	PRACTICAS	0,0130	\$ 750	\$ 0,81	\$ 0,25	\$ 0,13
QUIRURGICAS AMBULATORIAS	PRACTICAS	0,0175	\$ 6.600	\$ 9,63	\$ 0,34	\$ 0,17
OTRAS PRÁCTICAS	PRACTICAS	0,0500	\$ 685	\$ 2,85	\$ 0,97	\$ 0,49
BIOPSIAS GUIADAS	PRACTICAS	0,0015	\$ 6.340	\$ 0,81	\$ 0,03	\$ 0,01
ODONTOLOGÍA						
CONSULTAS	CONSULTA	1,0160	\$ 365	\$ 30,90	\$ 9,86	\$ 4,93
PRACTICAS	PRACTICAS	0,4064	\$ 1.025	\$ 34,71	\$ 5,25	\$ 2,26
MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO	RECETAS	2,4000	\$ 1.134	\$ 175,77	\$ 107,73	\$ 107,73
REHABILITACIÓN	PRACTICAS	0,9620	\$ 340	\$ 27,26	\$ 6,25	\$ 3,13
SUBTOTAL PRESTACIONES AMBULATORIAS				\$ 683,72	\$ 219,95	\$ 163,84

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						
<i>INTERNACIÓN DE AGUDOS EN ESTABLECIMIENTOS</i>						
INTERNACION, CLÍNICA, QUIRURGICA Y ESPECIALIZADA UCO, UTI, UCI, UTIM, NEUROCIROUGIA, C/ MEDICAMENTOS	EGRESOS	0,09150	\$ 59.503	\$ 453,71	\$ -	\$ -
<i>INTERVENCIÓN EN INTERNACIONES CARDIOVASCULARES</i>						
HEMODINAMIAS	PRACTICAS	0,00052	\$ 19.600	\$ 0,85	\$ -	\$ -
ANGIOPLASTIAS CENTRALES Y PERIFÉRICAS	PRACTICAS	0,00014	\$ 87.320	\$ 1,02	\$ -	\$ -
CIRUGÍAS DE CORAZÓN, PERICARDIO Y GRANDES VASOS	PRACTICAS	0,00020	\$ 181.460	\$ 3,01	\$ -	\$ -
CIRUGÍAS DE CORAZON Y GRANDES VASOS INFANTIL	PRACTICAS	0,00005	\$ 210.500	\$ 0,81	\$ -	\$ -
COLOCACIÓN DE MARCAPASOS	PRACTICAS	0,00031	\$ 40.500	\$ 1,05	\$ -	\$ -
VASCULAR PERIFERICA	PRACTICAS	0,00004	\$ 76.500	\$ 0,23	\$ -	\$ -
INTERNAC P/ TRATAMIENTO DE GRANDES QUEMADOS	EGRESOS	0,00001	\$ 154.450	\$ 0,19	\$ -	\$ -
INTERNAC SANATORIAL PARA CUIDADOS PALIATIVOS	EGRESOS	0,00004	\$ 252.580	\$ 0,84	\$ -	\$ -
<i>INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL</i>						
HOSPITAL DE DÍA						
EN CLÍNICAS	EGRESOS	0,00050	\$ 50.666	\$ 2,11	\$ -	\$ -
EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS	EGRESOS	0,00132	\$ 28.158	\$ 3,10	\$ -	\$ -
EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS	EGRESOS	0,00168	\$ 16.776	\$ 2,35	\$ -	\$ -
INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA						
EN CLÍNICAS	EGRESOS	0,00117	\$ 84.750	\$ 8,23	\$ -	\$ -
EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS	EGRESOS	0,00080	\$ 63.566	\$ 4,24	\$ -	\$ -
INTERNAC DOMICILIARIA (INCLUYE CUIDADOS PALIATIVOS DOMIC)	EGRESOS	0,00060	\$ 48.630	\$ 2,43	\$ -	\$ -
<i>SUBTOTAL PRESTACIONES CON INTERNACIÓN</i>				\$ 484,16	\$ -	\$ -

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						
<i>AMBULANCIAS, TRASLADOS, EMERGENCIAS</i>						
TRASLADOS SIN MÉDICO	TRASLADOS	0,09750	\$ 2.050	\$ 16,66	\$ -	\$ -
TRASLADO CON MÉDICO SIMPLE	TRASLADOS	0,03203	\$ 3.910	\$ 10,44	\$ -	\$ -
TRASLADO CON MÉDICO UTIM	TRASLADOS	0,02047	\$ 6.435	\$ 10,98	\$ -	\$ -
VISITAS A DOMICILIO (VERDE)	CONSULTAS	0,21300	\$ 1.540	\$ 27,34	\$ 8,26	\$ 4,13
URGENCIAS Y EMERGENCIAS (ROJO+AMARILLO)	TRASLADOS	0,03700	\$ 4.050	\$ 12,49	\$ -	\$ -
<i>PRÓTESIS, ÓRTESIS, IMPLANTES</i>						
PRÓTESIS TRAUMATOLÓGICAS	INSUMO	0,00488	\$ 30.165	\$ 12,27	\$ -	\$ -
VASCULARES	INSUMO	0,00085	\$ 98.200	\$ 6,96	\$ -	\$ -
NEUROLÓGICAS	INSUMO	0,00027	\$ 115.270	\$ 2,59	\$ -	\$ -
CIRUJÍA GENERAL	INSUMO	0,00353	\$ 15.180	\$ 4,47		
UROLÓGICAS	INSUMO	0,00092	\$ 22.230	\$ 1,70		
OTRAS	INSUMO	0,00044	\$ 73.860	\$ 2,71		
ÓRTESIS	INSUMO	0,00350	\$ 6.850	\$ 1,00	\$ 1,00	\$ 1,00
LENTE INTRAOCULARES	INSUMO	0,00006	\$ 2.540	\$ 0,01	\$ -	\$ -
MARCAPASOS Y CARDIODESFIBRILADORES	INSUMO	0,00006	\$ 73.200	\$ 0,35	\$ -	\$ -
IMPLANTE COCLEAR	INSUMO	0,00002	\$ 1.170.000	\$ 1,62	\$ -	\$ -
OTOAMPLIFONOS Y PROTESIS	INSUMO	0,00054	\$ 30.750	\$ 1,38	\$ -	\$ -
LITOTRIPSIA	PRACTICAS	0,00049	\$ 21.820	\$ 0,88	\$ -	\$ -
OPTICA	PRACTICAS	0,01090	\$ 1.900	\$ 1,73	\$ -	\$ -
DIALISIS CRONICA	PACIENTES	0,00033	\$ 58.500	\$ 1,61	\$ -	\$ -
<i>TERAPIA RADIANTE</i>						
ACELERADOR LINEAL CONVENCIONAL (en desuso)	PRACTICAS	0,00000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
TELECOBALTO (en desuso)	PRACTICAS	0,00000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
BRAQUITERAPIA	PRACTICAS	0,00011	\$ 65.000	\$ 0,59	\$ -	\$ -
RADIOTERAPIA TRIDIMENSIONAL	PRACTICAS	0,00105	\$ 95.000	\$ 8,31	\$ -	\$ -
RADIOTERAPIA IMRT	PRACTICAS	0,00045	\$ 215.000	\$ 8,06	\$ -	\$ -

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						
PRETRANSPLANTE, TRANSPLANTE Y POST-TRANSPLANTE	PRACTICAS	0,00010	\$ 956.600	\$ 7,97	\$ -	\$ -
EMBOLIZACIONES	PRACTICAS	0,00012	\$ 152.700	\$ 1,49		\$ -
DISCAPACITADOS	TRATAMIENTO	0,00257	\$ 436.200	\$ 93,42		\$ -
MEDICACIONES ESPECIALES (INCLUYE ONCOLOGICOS, HIV, MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR EL SUR, ETC.)	TRATAMIENTO	0,00660	\$ 438.600	\$ 241,23	\$ -	\$ -
OBESIDAD	PRACTICAS	0,00009	\$ 155.350	\$ 1,17	\$ -	\$ -
FERTILIZACION	PRACTICAS	0,00540	\$ 79.300	\$ 35,69	\$ -	\$ -
SUBTOTAL PRESTACIONES ESPECIALES				\$ 515,09	\$ 9,26	\$ 5,13
TOTAL GASTO PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO				\$ 1.833,81	\$ 229,21	\$ 168,97
VALOR DEL PMO A JULIO 2018 CON COSEGURO AL 100%					\$ 2.63,02	
VALOR DEL PMO A JULIO 2018 CON COSEGURO AL 50% (sin modificación en coseguro de Medicamentos, Ambulatorio y Órtesis)					\$ 2.002,78	

CONCLUSIONES

Este trabajo corresponde a la novena 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 2010.0 sea que ya existen diez publicaciones.

La actualización periódica de los valores de las prestaciones que conforman el PMO es una herramienta sustancial para la toma de decisiones de los Agentes del Seguro de Salud, no existiendo al 2019 ninguna referencia oficial.

Es un indicador fiable que permite estimar la posible carga financiera que tendría que afrontar una Obra Social que tiene obligación legal de brindar las prestaciones médicas incluidas en el PMO, y cotejar si es factible brindarlo con los ingresos que recibe. Sabemos que los ingresos por Obra Social difieren sustancialmente entre ellas de acuerdo al sector de que se trate y que, a pesar de existir mecanismos de compensación, muchas de ellas no alcanzan el piso mínimo para lograr cubrir las.

Se reitera que en contextos de alta inflación que conllevan una pérdida del poder adquisitivo de los salarios, los ingresos que perciben las OSN (por aportes y contribuciones que son un porcentaje de los sueldos) no acompañan la evolución del costo de las prestaciones, que los superan año a año, y ni siquiera el aumento de la inflación.

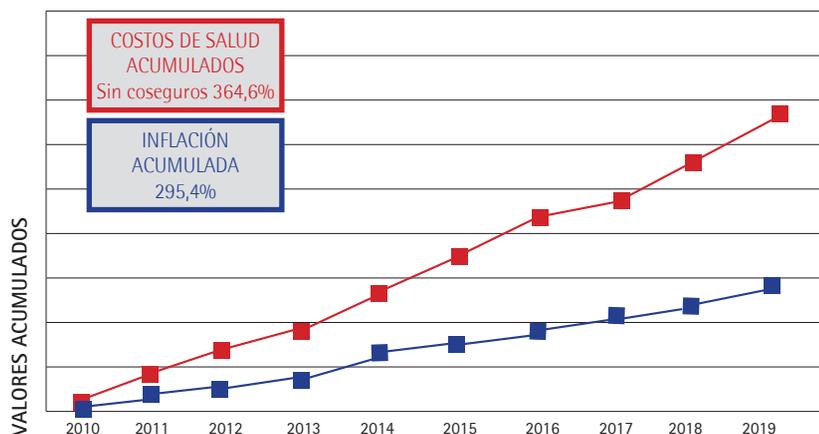
Los Agentes del Seguro de Salud se encuentran cada año con mayores dificultades para contar con los recursos necesarios para dar cobertura a un PMO obligatorio, y a pesar muchas veces de apelar a recursos sindicales para paliar el déficit, aun con ellos no llegan a cubrir los Costos de Salud.

Es por ello que volvimos a realizar el gráfico N°8 en el que tratamos de representar la evolución de los costos de las prestaciones y 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°8 desde el 2010 hasta el 2019, para una inflación acumulada del 295,4% se ha dado un aumento del PMO financiado por los Agentes de Salud del 364,6%.

Se muestra que los Costos de las prestaciones superaron en los diez años considerados en un 69% a la inflación acumulada.

GRÁFICO 8
EVOLUCIÓN DE LA INFLACIÓN ACUMULADA (IPC)
Y DE LOS COSTOS ACUMULADOS DEL PMO
 Financiados por los agentes de salud 2010 al 2019 (en %)



Fuente: elaboración propia

Los valores totales del PMO obtenidos para julio 2019 han sido 63% 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 65,8% o sea en alrededor de un 11 % por encima de la inflación oficial.

El beneficiario aporta en promedio como gasto de bolsillo \$ 229,21 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 un 9% del costo total del PMO 2019, menos que el 2018 (por una actualización de los coseguros por debajo del incremento global de los precios de las prestaciones).

Si bien el gasto de Bolsillo de los Seguros Sociales Obligatorios es sustancialmente menor al gasto de bolsillo total del sistema de Salud Argentino, un 9% de gasto de bolsillo es un signo de regresividad del modelo, pues actúa no solo como regulador, sino como una fuente de financiamiento del mismo.

Sin dudas el fenómeno de aumento de costos en salud es universal y sus causas son varias; la modificación de los perfiles epidemiológicos de la población, mayor supervivencia de las personas y aumento de la prevalencia de ciertas enfermedades crónicas, la incorporación continua de adelantos tecnológicos, la variabilidad inexplicada de la práctica clínica, etc.

La situación del Sistema Sanitario y específicamente del Seguro Social Obligatorio, ha sido analizado en el Prólogo y no requiere nuevos comentarios. Solo agregar que los mecanismos solidarios tendientes a mejorar la equidad dentro del Seguro Social Obligatorio, han perdido relevancia año a año, marcándose cada vez más las diferentes capacidades financieras existentes entre las diferentes Instituciones.

Un párrafo especial merece los rubros discapacidad y medicamentos.

Desde el 2015 se ha producido un incremento significativo en el número de beneficiarios del SU, incluidos en el mecanismo Integración del FSR. Este año mantuvimos los indicadores similares al 2018, por carecer de fuentes confiables de información interanual. Los precios de las prestaciones están fijadas por el Estado Nacional y se han incrementado desde julio 2018 por debajo de la inflación. Según la información que oportunamente brindara la S.S.S. casi el 50% del mecanismo Integración se destina a Educación y un 20% a transporte.

El rubro medicamentos es el que seguramente acapara el mayor interés este año.

En éste estudio se profundizó el análisis del costo en medicamentos de todo el PMO, o sea no solo los renglones específicos de la grilla, sino también y sobre todo los incluidos en las prestaciones con Internación.

De acuerdo a los datos recabados en diferentes Instituciones con Internación, cerca del 25% del valor promedio de un egreso, corresponde a medicamentos. Los descartables suman casi otro 5% promedio.

Existe un apartado especial en esta actualización que lo analiza en forma discriminada, pero se puede referir que, en un PMO, y sin tener en cuenta quien lo financia (el Estado Nacional, los Agentes del Seguro de Salud Obligatorio, o los afiliados de su bolsillo), los medicamentos pesan como mínimo en un 36% del valor total del mismo. Y no han sido analizados los incluidos en los métodos de diagnóstico, en traslados, en la cobertura domiciliaria, en métodos de tratamiento ambulatorio, etc.

De esos medicamentos el mayor incremento año a año se da en los medicamentos especiales, que hoy representan casi el 33,8% de los gastos en medicamentos del PMO, y un 13% del total del valor del PMO financiado por los Agentes del Seguro de Salud Obligatorio.

Este año ya se ha verificado un incremento de los medicamentos de alto costo no cubiertos en el SUR. Representan el 21% del total de los medicamentos especiales, pero ya el 42% del

total de tratamientos del rubro.

Entre algunas propuestas realizadas desde el mismo sector, se ha propuesto que las nuevas tecnologías de alto costo deberían ser cubiertas por el Estado, Nacional o Provincial, al menos durante los primeros dos o tres años a partir del momento de su aprobación en el país, y no ser incorporadas al PMO durante ese período.

Venimos refiriendo año a año la necesidad de un Seguro de Enfermedades de Alto costo o mecanismo similar, para cubrir estas cada vez mayores eventualidades. Las compras centralizadas, pueden ser un mecanismo eficiente, pero un suficiente para el abordaje de la problemática.

Según el análisis que hacemos en este trabajo para el 2019 el ingreso per cápita para las diferentes OSN incluyendo los fondos provenientes del FSR se estima en \$ 1.887,38.- El 61%, es decir 176 OSN tienen un ingreso (incluidos los fondos provenientes del FSR) por debajo del costo del PMO para los Agentes del Seguro de Salud (\$ 1.833,81.- por beneficiario y por mes).

Addenda

La alta inflación y la devaluación del peso acaecida entre la finalización de todos los relevamientos y esta publicación, nos ha movido a hacer una simple simulación con el fin de determinar razonablemente cuál sería el valor del PMO financiado por los Agentes de Salud, a fines de septiembre de 2019. Se tomaron en cuenta el IPC de CABA y el valor del dólar.

Se estima que de mantenerse las estimaciones actuales para el 30 de septiembre de 2019 el valor actualizado sería de \$2107 o sea, un incremento del 15% respecto a los valores surgidos de este estudio.

