

EL COSTO DEL PMO 2017: \$784,11 PER CAPITA

Isalud y Prosanity actualizaron por tercera vez el costo del Programa Médico Obligatorio (PMO), que registró un aumento del 28% respecto de 2016, sin considerar los aumentos de los coseguros. Al mismo tiempo, el ingreso promedio de las Obras Sociales aumentó solamente un 18,8 por ciento

Esta actualización de la Estimación del Gasto Necesario para Garantizar la Cobertura Asistencial contenida en el PMO es la séptima consecutiva desde 2010 y la tercera que realizan en conjunto Prosanity Consulting y la Universidad ISALUD. En cada presentación se trata de perfeccionar la matriz de elaboración y sobre la base de una metodología de determinación especificada, se ajustan año tras año los indicadores usados, se analizan las nuevas prácticas incorporadas al PMO, se determinan sus tasas de uso en el sector y se valorizan todos los renglones con precios promedio de mercado.

La canasta de prestaciones incluidas en el PMO está siendo evaluada por la Superintendencia de Seguros de Salud (SSSalud), para tratar de limitarla a prestaciones que cumplan con los criterios de medicina basada en la evidencia o de costo efectividad, y que las nuevas prestaciones a futuro cumplan con dichos requisitos.

El hecho de que las Legislaturas sigan aprobando leyes de cobertura obligatoria por patología, sin considerar ni siquiera su fuente de financiamiento, sigue distorsionando su composición. Sabemos que la medicina incorpora continuamente nuevas tecnologías y nuevos procedimientos y, al mismo tiempo, otros entran en desuso. Que existen indudables modificaciones epidemiológicas paulatinas de todo tipo: genéticas, medioambientales, nutricionales, conductuales. Que las enfermedades no transmisibles aumentan su prevalencia, fundamentalmente las crónicas y degenerativas.

Todo esto modifica en el tiempo las tasas de uso de los diferentes procedimientos. En el curso de estos años se han debido modificar algunos indicadores al observar que ha cambiado su frecuencia de aplicación en forma sustantiva. En esta actualiza-

ción, se han tenido en cuenta esos cambios, a partir de datos recibidos de tasas de uso en Agentes del Seguro de Salud. En particular y a partir de la base de datos que gentilmente nos brindara la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME,) se ha trabajado en la actualización de las prestaciones de laboratorio.

Hasta 2016 se analizó un rubro definido como medicamentos especiales, con tres subdivisiones. Las investigaciones realizadas sobre todas las prestaciones de medicamentos incluidos en el SUR (Sistema Único de Reintegros) para las diferentes formas del Seguro Social (trabajo a publicar a la brevedad), nos ha llevado a modificar este rubro limi-

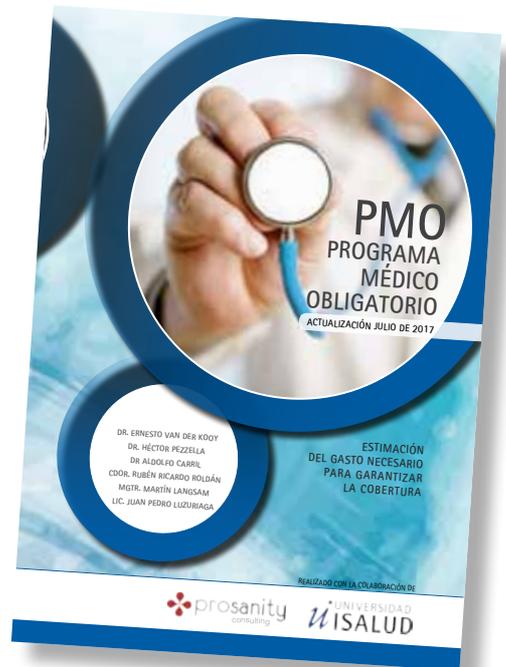
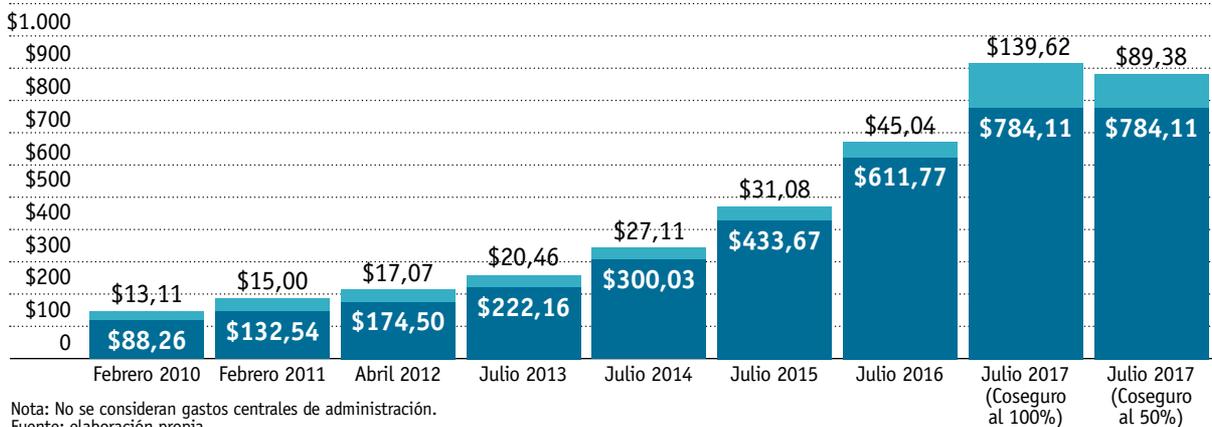


Gráfico 1: Evolución del gasto estimado del PMO 2010-2017 Apertura por origen de fondos



tándolo a un solo renglón definido como medicamentos de alto costo (MAC) para el tratamiento de las denominadas enfermedades raras, tratamientos oncológicos, HIV, hemofilia, etc. Estos MAC, en su mayoría están incluidos en el SUR, y sus indicadores de uso y el valor promedio fijado ha surgido del trabajo de investigación referido y han sido actualizados a julio 2017.

Como en anteriores actualizaciones, se han analizado las variaciones observadas entre cada edición realizada. Los precios de mercado considerados han sido actualizados a fines de julio de 2017. Los datos oficiales expresan que, en este período de 12 meses, que va desde julio de 2016 hasta julio de 2017, la inflación ha sido de 19,5%.

En este trabajo se analizó específicamente cómo se han dado las variaciones de cada grupo de prestaciones. Tal como se expresó 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 2017.

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), al 31 de julio de 2016 el costo per cápita mensual del PMO era de \$ 611,77 y al 31 de julio 2017 de \$ 784,11. Esto da un incremento interanual del 28%, sin considerar los gastos de administración.

Si a este cálculo se le suma lo financiado por el beneficiario de manera directa a la hora de recibir el servicio de salud, el costo per cápita del PMO al 31 de julio de 2017 fue estimado en \$ 923,73, con coseguros al 100% y de \$ 873,49 simulando coseguros al 50%. Este valor total comparado con el resultado obtenido en julio de 2016 de \$ 656,81 ha significado un incremento anual calendario (desde julio 2016 hasta julio 2017) del 41 % con coseguros al 100% y del 33% con coseguros al 50 por ciento.

¿Cuál ha sido la inflación oficial en estos 12 meses? Se la consideró en el

19,5%. Este índice ha sido elaborado sobre la información publicada por el INDEC, considerando desde agosto 2016 a mayo 2017 el Índice de Precios al Consumidor (IPC) para la CABA y los partidos que integran el GBA y para junio y julio 2017 el IPC representativo del total de los hogares del país.

Se ha mantenido una estructura similar de gráficos que la edición anterior para permitir un mejor co-tejo de la información y hacer más fácil la lectura comparativa. Sin embargo, las fuertes distorsiones en el análisis que ha generado un incremento muy importante en los coseguros, que hasta la edición anterior mantenían el mismo valor que en 2010, nos ha obligado a modificar el parámetro de comparación, tomando fundamentalmente el valor que deben financiar las Obras Sociales.

Los coseguros como mecanismos de regulación del sistema (herramienta prácticamente inexistente desde 2010, salvo en medicamentos ambulatorios), han sido actualizados sustancialmente, adquiriendo un peso importante en el valor del PMO, en relación con lo que se debe abonar de bolsillo. Se ha modificado también, pero en sentido

contrario, el copago por adquisición de medicamentos ambulatorios que el afiliado abona directamente en un porcentaje variable, según el tipo de remedio. La cobertura promedio ponderada se ha modificado al 61,5% de un 47,5%, debido a un incremento de cobertura de medicamentos al 70 y 100 por ciento.

Se ha hecho más equitativo el acceso a los medicamentos, pero el modelo se ha hecho más regresivo al incrementarse sustancialmente el gasto de bolsillo de los beneficiarios. En este análisis del PMO, finalizado a fines de julio del año 2017, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 139,62 por mes con cosegueros del 100%, de los cuales \$ 38,74 corresponden a medicamentos ambulatorios (28% del total). Si se consideran los cosegueros al 50% de lo máximo autorizado, cada beneficiario abona de bolsillo \$ 89,38; de los cuales los medicamentos ambulatorios significan \$ 38,74 o sea un 43% del total. Según los datos surgidos de esta actualización, el gasto de bolsillo representa a julio del año 2017 el 15% del costo total del PMO (considerando lo financiado por los Agentes de Salud y por el beneficiario de su bolsillo) al 100% y el 10% del PMO

Tabla 1: Estimación del gasto por tipo de prestación

Concepto	Cápita Mensual	Coseguro al 100%	Coseguro al 50%
Programas Preventivos	\$ 62,70	—	—
Prestaciones Ambulatorias	\$ 336,93	\$ 131,16	\$ 84,95
Prestaciones con Internación	\$ 210,35	—	—
Prestaciones Especiales	\$ 174,12	\$ 8,46	\$ 4,43
Total sin coseguro	\$ 784,11	\$ 139,62	\$ 89,38
Total 100% coseguro		\$ 923,73	
Total 50% coseguro			\$ 873,49

Fuente: elaboración propia

al considerar cosegueros al 50% de lo autorizado (Tabla 1).

Valor del PMO y recaudación de las OSN

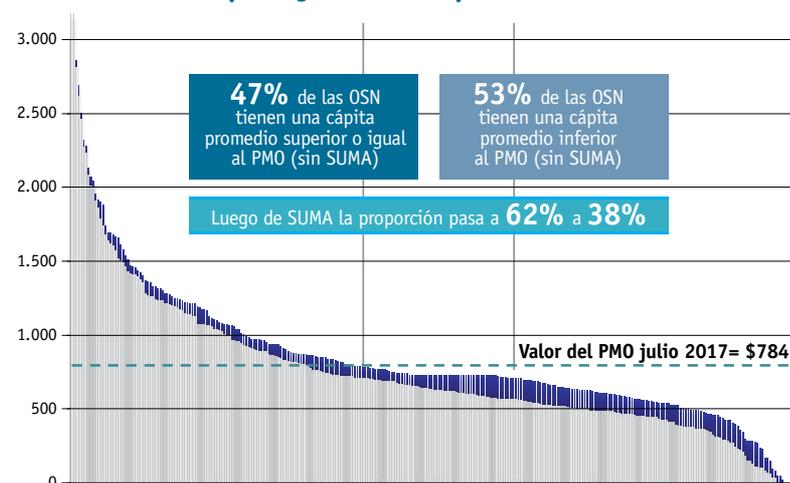
Teniendo en cuenta el valor de la cápita del PMO, actualizada para julio de 2017 en \$784, es posible hacer una comparación con el promedio de recaudación por beneficiario para el total de OSN. Dicho promedio, tomado en base a datos de la SSS para el mismo período, alcanza los \$808, es superior a nuestra estimación. Sin embargo, al desagregar dicha información por OSN se observa que solamente un 47% de dichas instituciones (127 OSN), superan el valor estimado en su recaudación per cápita, mientras que el 53% restante (144 OSN), no alcanza el valor del PMO. En térmi-

nos de beneficiarios, las OSN que superan con su cápita promedio el valor del PMO, representa sólo el 36% de ellos. Si a esta comparación se le agrega el Subsidio Único de Mitigación de Asimetrías (SUMA), que representa aproximadamente el 70% de los montos reasignados como subsidios y que actualizado a valores de julio de 2017 es de casi \$55 mensuales per cápita, el valor percibido es en promedio de \$862. Esto reconfigura los datos anteriores, dejando 62% (169 OSN) arriba del valor promedio de gasto estimado, lo cual representa el 39% de los beneficiarios totales (Gráfico 2).

Conclusiones

Como ya se puntualizó en ediciones anteriores, consideramos a la actualización periódica de los valores de las prestaciones que conforman el PMO como una herramienta sustancial para la toma de decisiones de los Agentes del Seguro de Salud. No existe aún una referencia oficial. Es un indicador 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. Los ingresos por Obra Social difieren sustancialmente entre ellas, según el sector del que se trate y a pesar de existir mecanismos de compensación, muchas de ellas no alcanzan el

Gráfico 2: Valor PMO vs cápitras OSN c/datos anuales 2016 (act. julio 2017)



Fuente: elaboración propia

piso mínimo para lograr cubrir las. Los valores totales del PMO obtenidos para julio 2017 han sido 41% más altos que los de un año atrás (considerando el máximo autorizado de los coseguros). Sin considerarlos, o sea tomando en cuenta solamente lo que financia el Agente de Salud, se ha incrementado un 28%, un poco por encima del 8% de la inflación oficial. El beneficiario aporta en promedio como gasto de bolsillo \$139,62 por mes con el máximo de coseguros autorizado. Ese gasto de bolsillo, correspondiente en su casi totalidad a prestaciones ambulatorias (consultas y prácticas), representa un 15% del costo total del PMO 2017, cuando representaba hasta la fecha solamente un 7% del mismo.

El aumento del gasto de bolsillo ha hecho más regresivo el sistema y aparece no solamente como un moderador, que es su finalidad, sino también como una fuente de financiamiento del mismo. Que en los últimos siete años los costos del PMO superen la inflación determinada, nos obliga a volver a recalcar lo que significan no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo, el incremento sostenido en los costos médicos.

Este incremento se origina en diversas causas, tales como la modificación de los perfiles epidemiológicos de la población, la mayor supervivencia de las personas y el aumento de la prevalencia de ciertas enfermedades crónicas. También aparece como muy determinante la incorporación continua de adelantos tecnológicos relacionados con las prestaciones diagnósticas y terapéuticas, más la variabilidad inexplicada de la práctica clínica (evidenciada en diferentes frecuencias de uso, y uso de diferentes técnicas y procedimientos aun en poblaciones similares en cuanto a sus perfiles epidemiológicos

cos y composición demográfica).

El alto costo de algunas de estas prestaciones, no siempre se refleja en igual magnitud en mejoras sustantivas del estado de salud de las poblaciones. No siempre se incorpora tecnología bajo criterios de evidencia científica y costo efectividad. Se aplican muchos productos de los que se desconoce, en gran medida, cuál es su contribución relativa en la mejora de la salud de la población, sea supervivencia o mejoría en la mortalidad, aumento de la calidad de vida y/o de la capacidad funcional. También hay que remarcar el

“Si se considera solamente el valor que debe financiar el Seguro Social Obligatorio (sin los coseguros que asume el beneficiario de su bolsillo en el momento de la prestación), al 31 de julio de 2016 el costo per cápita mensual del PMO era de \$ 611,77 y al 31 de julio 2017 de \$ 784,11. Esto da un incremento interanual del 28%, sin considerar los gastos de administración”

hecho que las nuevas tecnologías no siempre sustituyen la cobertura de las ya existentes, sino que por el contrario se suman.

En el caso del PMO, las nuevas tecnologías deben necesariamente someterse a una evaluación de base científica que examine su eficiencia y efectividad y que por lo tanto aseguren su contribución a la mejora de la salud de la población, en términos de cantidad y calidad de vida. La SSSalud está realizando acciones importantes en esta dirección con la evaluación de determinadas nuevas tecnologías en función de la eficacia, la accesibilidad, la cobertura y el precio.

Esta tarea que es indispensable, además debe realizarla fundamentalmente la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que hasta la fecha el proyecto de su creación no ha superado la etapa parlamentaria. Las aplicaciones esenciales de las agencias son la Medicina Basada en la Evidencia, y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS).

Están destinadas a proporcionar respuesta a preguntas que se plantean los diferentes actores que operan en el escenario sanitario a nivel de macro gestión, meso gestión y micro gestión. Sirve, por tanto, no sólo a los médicos asistenciales sino también a los funcionarios, aseguradores, administradores (públicos y privados) y a los ciudadanos. Además, de conseguirse una función vinculante, puede ayudar en la disminución de los costos generados por la alta litigiosidad del sistema.

Hay que marcar que se han realizado acciones relevantes desde la SSSalud en el Sector de las Obras Sociales, tales como un Observatorio de Precios, o el análisis pormenorizado de las prestaciones del PMO. Asoma como muy apropiado el emprendimiento basado en un sistema de compras centralizadas de medicamentos que mejore al poder de negociación para reducir precios. Surge como necesario recrear mecanismos de redistribución entre los mismos agentes de salud que mejore la solidaridad del sistema y que aseguren que todos los agentes del Seguro de Salud puedan acceder a cubrir un PMO en iguales condiciones. En este sentido sigue siendo viable una mayor participación en la redistribución interna de un sistema de ajuste por riesgos. Existe información disponible y matrices de análisis que permiten realizar las simulaciones correspondientes. 