

# Actualización en Salud Pública

Universidad del Salvador

Estimación del gasto necesario  
para garantizar la cobertura  
médica del Plan Médico  
Obligatorio (PMO).

*Organización: Escuela de Salud Pública y Maestría en  
Gestión de Salud (Facultad de Medicina, Universidad  
del Salvador), PROSANITY CONSULTING e IPEGSA.*



**USAL**  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

*Ciencia a la mente y virtud al corazón*

# Introducción

El 4 de diciembre de 2024, se realizó en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador la 14.a presentación anual consecutiva sobre la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura médica del Plan Médico Obligatorio (PMO).

En esta jornada, la Facultad -formadora de recursos humanos para el sector- se pone a disposición como ámbito de análisis y discusión del Sistema de Salud.

Este documento se basa en el trabajo original del año 2010, que se actualiza anualmente y resulta de una investigación conjunta entre PROSANITY CONSULTING, IPEGSA y la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la USAL.





## Participantes:



### Directores:

Dr. Ernesto van der Kooy y Daniel Francisco Martínez.



### Coordinadores:

Dr. Alejandro Baldasarre y Dra. María del Carmen Bacqué.



### Expositores:

Carlos Funes (Presidente COSSPRA y OSEP-Mendoza), Rubén Torres (Presidente IPEGSA), Ernesto van der Kooy (Presidente Prosanity Consulting), y Rubén Roldán (Consultor Prosanity Consulting).



## Temas centrales de la jornada:

Composición y estructura del gasto al 31 de julio de 2024 y la capacidad de financiamiento de las Obras Sociales Nacionales (OSN). Además, se presentó un análisis preliminar sobre el impacto del PMO en las Obras Sociales Provinciales (OSP), en colaboración con COSSPRA.





## Intervenciones destacadas:



### DR. CARLOS FUNES (COSSPRA):

Las Obras Sociales Provinciales (OSP) enfrentan serias dificultades de financiamiento. A pesar de que no están obligadas, algunas ofrecen prestaciones que exceden las que están contempladas en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

Esta grave situación económica ha llevado a las OSP a colaborar entre sí para abordar problemáticas comunes, analizar modelos de prestaciones y beneficios que sean viables y a diseñar otras estrategias que consideran imprescindibles para poder hacer frente a la crisis.

Las OSP están evaluando diferentes proyectos relacionados con el PMO, con el objetivo de contar con un programa de beneficios claro y definido. Es importante disponer de un documento actualizado y objetivo que sirva como base para abordar conflictos y litigios legales relacionados con las prestaciones.

Las OSP, con los ingresos provenientes de los aportes y contribuciones, no tienen la capacidad financiera para cubrir el PMO sin el apoyo de los gobiernos provinciales, situación que no ocurría en años anteriores.

Actualmente, las OSP enfrentan una problemática similar a la de las Obras Sociales Nacionales (OSN), lo que ha generado una situación de paridad en cuanto a los desafíos financieros que enfrentan ambas.

El gasto mensual por beneficiario de las OSP oscila entre ARS 65 000 y ARS 100 000.



**DR. ERNESTO VAN DER KOOY (Prosanity Consulting):**

El análisis del PMO (Plan Médico Obligatorio) —objeto de la investigación que se realiza desde 2010)— en relación con las OSP es crucial para elaborar presupuestos. Este análisis, que comenzó con la información de algunas de las OSP, permite comparar costos por prestaciones o por familias de prestaciones. Además, facilita la creación de una canasta de prestaciones que, con los ingresos disponibles, permita ofrecer los servicios a los afiliados.

En los últimos años, la investigación ha enfrentado dificultades para valorizar las prestaciones debido a la alta inflación y a la pérdida de valores de referencia. Por esta razón, el equipo de investigación debe realizar correcciones entre la fecha de análisis (31 de julio de cada año) y el momento de la presentación, utilizando fórmulas polinómicas propias para ajustar los valores a la realidad del momento.

Dificultades globales del sector: los componentes de los Sistemas de Salud son el modelo de financiamiento, el modelo de gestión y el modelo de atención. Si se analiza solo el modelo de financiamiento, sin tener en cuenta los otros dos componentes, se incurre en un error.

Los Seguros de Salud Obligatorios no pueden ser financiados exclusivamente con aportes y contribuciones, ni en la actualidad ni en el futuro, si se pretende mantener un PMO como el actual. El PMO, que fue analizado en profundidad en 2003, necesita ser modificado. Esta modificación debería permitir una difusión amplia para que toda la población tenga acceso a él.

## PROPUESTA DE MODIFICACIÓN:

- a. El PMO podría basarse en el formato actual (un listado de prestaciones).
- b. Podrían incorporarse mecanismos de simplificación: eliminar prestaciones de alto costo individual (por ejemplo, medicamentos de alto precio) o de alto costo a lo largo del tiempo (como las prestaciones para discapacidad).
- c. Debería cambiarse el enfoque del PMO, transitando hacia un modelo basado en beneficios de prestaciones y servicios por líneas de cuidado o niveles, como se analizó en el proyecto PAISS con financiamiento del BID.

Aunque el PMO actual fue un avance en el sistema de salud, con el tiempo ha perdido legitimidad debido a la inclusión de prestaciones poco costo-efectivas y a prestaciones derivadas de leyes especiales, sin financiamiento específico.



### **CDOR. RUBÉN ROLDÁN (Prosanity Consulting):**

El estudio se referenció a grandes poblaciones urbanas menores de 65 años, sin costos de administración.

La estructura del PMO se ha modificado en el tiempo por el constante crecimiento de las prestaciones especiales (sobre todo medicamentos y discapacidad) y la caída abrupta de las prestaciones con internación desde el inicio del estudio.

### **Resultados de la investigación obtenidos hasta el 31 de julio de 2024 (fecha de corte anual):**

- El valor del PMO al 31 de julio de 2024 fue de ARS 42 069, sin coseguro, y alcanzó los ARS 46 877 con coseguro al 50 %. La mayor parte de este gasto se debe al consumo de medicamentos ambulatorios por parte de los afiliados.

- Si el valor del PMO al 31 de julio 2024, sin coseguros, se actualiza según una fórmula polinómica propia, sería de ARS 48 677.76 al 31 de octubre 2024.
- El 45 % del gasto total del PMO corresponde a medicamentos, de los cuales el 47 % son medicamentos especiales. El costo del PMO desde 2010 ha superado de modo amplio la inflación en el mismo período.
- De las 291 Obras Sociales Nacionales, solo el 24 % puede cubrir el PMO con sus aportes y contribuciones. Este porcentaje aumenta al 29 % si se incluye lo que proviene del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Esto significa que solo 3.5 millones de beneficiarios, de un total de casi 14.5 millones, tienen acceso al PMO.
- Los porcentajes de cobertura han disminuido año tras año. Sin embargo, se destacó que si se excluyeran del PMO los medicamentos especiales y el 50 % de las prestaciones por discapacidad (definidas por los costos educativos y de transporte), se podría financiar el resto de las prestaciones con los ingresos promedio, al menos por un tiempo determinado.



**DR. RUBÉN TORRES (IPEGSA):**

- Existen fuertes inequidades en el sistema de salud, y la acción realizada desde la Nación para integrar los subsectores es escasa.
- Los decretos publicados por el Poder Ejecutivo solo afectan al 14 % de la población, sin que existan medidas concretas dirigidas a todos los habitantes.
- En el universo de Obras Sociales Nacionales, el promedio de recaudación por aportes y contribuciones fue de ARS 32 816 en junio de 2024, lo que contrasta con el valor del PMO a esa fecha y muestra la imposibilidad de cobertura para la mayoría de las OSN.

- De los mecanismos de redistribución del sistema, se valora la modificación del SUMA, que permitía hasta ahora que las Obras Sociales con menos de 5000 beneficiarios accedieran sin justificación alguna a beneficios extraordinarios.
- El sistema de salud continúa desmoronándose (desde hace mucho tiempo) y el sector estatal no tomó acciones eficaces para integrar y perfeccionar el sistema. Además, el gasto público en salud ha disminuido, incluso más allá de lo ocurrido durante la pandemia.
- Se solicita la creación de foros de discusión entre todos los sectores y una definición clara sobre el rumbo de la política sanitaria. Existe contradicción entre el discurso sobre la importancia de la atención primaria como estrategia de abordaje y su escasa aplicación efectiva, que solo se observa en regiones muy limitadas. No se trata de una política de Estado en su conjunto.

•





# Síntesis

El problema del sistema de salud no solo radica en el financiamiento, sino también en el modelo de atención vigente, que presenta un alto nivel de segmentación.

La calidad de la atención primaria está comprometida, y resulta preocupante la falta de programas preventivos.

Es fundamental mejorar la capacitación del recurso humano que forma parte del sistema de salud.

Los ámbitos de formación tienen la responsabilidad de ofrecer una capacitación integral, que no solo aborde los procesos biológicos, sino también los aspectos humanos y éticos de la atención de la salud, con especial énfasis en los grupos vulnerables.



