

**ESTIMACIÓN DE LA  
CAPITA MÉDICA DEL PAMI  
PARA LA CIUDAD DE BS. AS.**

Febrero 2003

## INDICE

<b>I- INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>II- ANTECEDENTES.....</b>	<b>5</b>
PERÍODO 1971-1976.....	5
PERÍODO 1977-1989.....	6
PERÍODO 1989-1990 .....	6
PERÍODO 1991-1999 .....	6
<b>III- CONTEXTO.....</b>	<b>9</b>
POBLACIÓN .....	9
COBERTURA .....	10
<b>IV- METODOLOGÍA DESARROLLADA.....</b>	<b>12</b>
EJERCICIO I: AJUSTE POR INFLACIÓN .....	12
EJERCICIO II: ESTIMACIÓN POR COSTOS .....	17
<b>V- RESULTADOS DE LAS ESTIMACIONES .....</b>	<b>25</b>
MODELO ESTIMACIÓN 1.....	25
MODELO ESTIMACIÓN 2.....	26
<b>VI- CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>27</b>

## I- INTRODUCCIÓN

En este trabajo se realiza una **estimación del valor de la cápita médica** del PAMI para la Ciudad de Buenos Aires, tomando una población de 250.000 beneficiarios. La cápita médica del PAMI se refiere al monto que el Instituto le paga a cada prestador por servicios médicos por afiliado por mes.

El primer punto que debe remarcarse es que los valores aquí presentados no pretenden ser una afirmación sobre cuál debería ser el valor de la cápita, sino que constituyen elementos para ayudar a redefinir el escenario actual y los efectos que la crisis socioeconómica genera sobre los costos de las prestaciones médicas que realiza el PAMI. El objetivo de este informe, entonces, es **brindar una herramienta** más a la discusión sobre cómo abordar la crisis en la que se encuentra el sector de la salud, teniendo en cuenta tanto las dificultades financieras que enfrenta el PAMI, como los recaudos que deberían tomarse en cuenta para que esta crisis no derive en perjuicio de la calidad o cantidad de prestaciones médicas hacia los beneficiarios de esta institución.

Los ejercicios de estimación que se realizan en el presente informe, se deben observar teniendo en cuenta que no se cuenta con toda la información detallada que permita tener una total precisión de:

- a) la estructura de los costos y su variación,
- b) las modificaciones de las tasas de uso y
- c) la influencia del proceso inflacionario y su impacto en cada uno de los componentes de la estructura de costos.

Sin embargo, es posible efectuar una aproximación analítica sobre cómo podría estimarse el valor de la cápita, contemplando en la misma una evaluación cualitativa de las principales modificaciones que se verificaron en el período de diciembre de 2001 a diciembre de 2002. Este ejercicio, si bien resulta en una cifra, no refleja necesariamente un valor sólido de referencia.

Esta dificultad de calcular con precisión el valor de la cápita de atención médica para la población que atiende el PAMI, se debe no sólo por la complejidad de conocer el costo real de cada prestación, sino la tasa de uso que satisface la demanda total de cada una de ellas; ambos componentes esenciales para determinar el valor de la cápita.

En cuanto al costo, la dificultad radica en que la complejidad de las prestaciones médicas, requieren de un estudio sumamente exhaustivo que permita conocer cada uno de los componentes del costo de las prestaciones que brinda el Instituto. A ello se debe sumar que la capacidad de negociación de las instituciones sanatoriales en la compra de insumos y en la determinación del precio es dispar en el mercado.

Por otro lado, en cuanto a la demanda de los servicios, que determina la tasa de uso, se dificulta encontrar una tasa que permita precisar el uso eficiente de las instalaciones, en relación a la capacidad de cada establecimiento, dado que las prestaciones actuales corresponden a un nivel de atención de situación en emergencia, quedando en varios casos relegadas las prestaciones programadas.

Asimismo, para calcular las tasas de uso se toman las actuales, que reflejan una situación de emergencia. (promedio de las distintas fuentes de prestadores de la Ciudad de Buenos Aires. No se calculan, sin embargo, las tasas de uso que permitirían satisfacer la demanda total, utilizando la máxima capacidad de los prestadores, ya que no es posible

calcular la demanda contenida para cada una de las prestaciones, y aunque se la pudiera calcular no sería real esperar que la misma sea satisfecha en un periodo de tiempo razonable.

En la sección siguiente, se presenta un breve detalle de los antecedentes de la Institución y la evolución de los componentes y modalidades de las prestaciones médicas de la misma. En la sección III, se indican los supuestos sobre los que se trabajó en este estudio. En la sección IV, se detalla la metodología aplicada para cada uno de los ejercicios realizados para estimar el valor de la cápita. En la siguiente sección se presentan los resultados de las estimaciones. Finalmente, en la sección VI se realizan las consideraciones finales.

## II- ANTECEDENTES

El 14 de mayo de 1971 se sancionó la ley 19032 (y su decreto reglamentario 1157), que dispuso la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), con el objeto de prestar por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen Nacional de Previsión y grupo familiar primario, servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud. Estos servicios se hicieron extensibles a las personas mayores de setenta años sin cobertura social, a imposibilitados y a aquellos que gozaban de pensiones graciables.

Hasta entonces, pese al aumento de la población añosa, las autoridades sanitarias no habían logrado implementar una política adecuada a los problemas de este sector de la población. El propósito del INSSJyP fue el de concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria, simultáneamente con la universalización del régimen de Obras sociales y la unificación en tres Cajas Previsionales de las trece existentes: Autónomos, Trabajadores del Estado y Trabajadores de la Industria, Comercio y Actividades Civiles.

Hasta ese momento los autónomos, los beneficiarios de pensiones no contributivas y muchos trabajadores que en su etapa activa tenían cobertura de su Obra Social, al llegar a la edad pasiva carecían de protección médica asistencial.

El INSSJyP surgió como monopólico y excluyente, con una fuerte centralización normativa, y una tendencia a la hipertrofia burocrática del nivel central y una insuficiente descentralización operativa. Padeció las distintas crisis estructurales que atravesó el país y que impactaron en el sector salud y la seguridad social. Sucesivas direcciones del Instituto asistieron atónitos a las crisis adoptando solo decisiones coyunturales.

### **PERÍODO 1971-1976**

#### **Contrato directo**

La primera propuesta impulsada por las autoridades del Instituto fue el establecimiento del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI).

Fue el modelo prestacional con que se iban a cumplir los objetivos fundacionales. El PAMI estableció una particular y novedosa forma de vinculación de la organización con los prestadores a través de la "contratación directa".

Se planificó un modelo prestacional estructurado en tres niveles de atención:

1. El primer nivel, organizado alrededor de un médico general, médico de cabecera.
2. El segundo nivel integrado por los servicios de interconsulta especializada solicitados por los médicos de cabecera, los servicios de internación programada o de urgencia.
3. El tercer nivel para la atención de las afecciones prolongadas y problemas médico sociales de cualquier tipo y las prácticas de diagnóstico o terapéuticas de alta complejidad.

#### **Capitación**

Este modelo generó una sobre-prestación que elevó considerablemente los egresos médicos. Por lo tanto se decidió probar con una nueva modalidad de contratación: capitación.

La modalidad de pago para los dos primeros niveles propuesta fue la de capitación mientras que para el tercer nivel se estableció por acto médico o prestación. Los promotores de este sistema sostenían que el mismo permitiría una mejor planificación de las finanzas del Instituto y evitaría las sobre-prestaciones médicas.

### **PERÍODO 1977-1989**

Este período fue caracterizado por administraciones estables, con políticas de planificación tendientes a consolidar al PAMI, con modificaciones en la forma de contratación, la implementación de sistemas de evaluación de calidad de la atención médica y amplio desarrollo de programas sociales. Sin embargo financieramente comienza el déficit y el endeudamiento, particularmente con el INOS, generalizándose el gasto de bolsillo del afiliado.

#### **Forma mixta: Capitación y pago por prestación**

Durante este período se consolidaron nuevas situaciones contractuales y modalidades de arancelamiento.

En la mayoría de las provincias la modalidad de atención según los tres niveles funcionaba de acuerdo al modelo establecido en un inicio.

Pero la contratación presentaba dos variantes:

- I. El INSSJyP contrataba directamente a los que brindaban el servicio y pagaba por capitación al primer y segundo nivel.
- II. El INSSJyP contrataba con federaciones médicas provinciales o con asociaciones de Obras Sociales por capitación y las federaciones médicas y asociaciones de Obras Sociales pagaban por acto médico o prestación. Esta forma se denominó “Contrato Global”, era un contrato indirecto y se pagaba por adelantado.

#### **Copago, aranceles diferenciales – sub-prestación**

Esta situación contradictoria dio lugar a conflictos de intereses entre la organización intermediaria que asumía el riesgo y los prestadores y finalmente acabó con el establecimiento de un co-seguro para “desalentar” la demanda o limitar una alegada “sobre-prestación”. En 1984 el 40 % de la población afiliada pagaba co-seguro.

### **PERÍODO 1989-1990**

#### **Contrato directo**

El sistema se centró en el pago por prestación modular en el 2° nivel de atención para esto se generó el Nomenclador propio (en un primer momento utilizó el Nomenclador Nacional) y se contrataba en forma directa con los prestadores.

### **PERÍODO 1991-1999**

Período caracterizado por la estabilidad económica a partir de la convertibilidad. Las distintas administraciones del PAMI comienzan a utilizar distintos enfoques tendientes a la racionalización de los recursos, y la descentralización. Sin embargo los egresos del PAMI se duplicaron y triplicaron y el déficit financiero se acentuó progresivamente.

Tanto las políticas sociales como las políticas de salud tendieron a proyectos o programas globales que entregaron progresivamente la responsabilidad, el control, la fiscalización y la regulación a manos de terceros del ámbito privado.

### Capitación - UPI-UGM

En cuanto a los modelos de prestación pueden diferenciarse el administrativo donde la regionalización implica solamente la descentralización de autoridad con la finalidad de aumentar la flexibilidad en los ajustes de los servicios de salud; y el organizacional por el cual se enfatizan los papeles funcionales entre los servicios y la asignación de recursos. En este sentido el principio de este modelo es que la atención de la salud debe ser ofrecida, al máximo nivel posible por el nivel más inferior del sistema.

Para algunos autores ésto sólo se cumple cuando existe un nivel central responsable de la normatización de los servicios y un nivel local de ejecución y control de los mismos. En este caso podríamos decir que la experiencia de las UPIs como sistemas locales de salud carecieron del control, fiscalización y garantía de calidad de servicios por parte del nivel central.

Luego de haber analizado las distintas formas de contratación en los períodos analizados resulta importante analizar como fue creciendo el INSSJP en cantidad de afiliados y cuál fue su situación económica – financiera a lo largo de esos años.

**Tabla 1: Evolución de algunas variables seleccionadas**

<b>Período</b>	<b>1972-1976</b>	<b>1977-1988</b>	<b>1989-1990</b>	<b>1991-1996</b>	<b>1997-2002</b>
Afiliados	S/D	3.576.000**	3.935.000	4.168.000	3.345.476
Ingreso (M) anual total	218	581**	1.122	2.537	2.393
Egreso anual total (M)	96	551**	1.204	2.661	2.630
Egreso med. anual prom (M)	S/D	563 **	890	2.212	1.819
- Med./af.	S/D	156 **	225	528	528
- Social/af.	S/D	9 **	11	42	96
Endeudamiento (M)	20	167	323 •	1.376 ‡	129

\*\* Período (1983-1988)

• Período (1989-1994)

‡ Período (1995-1996)

(M) = Miles de pesos

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INSSJyP

Entre los años 1977 y 1996 el número de afiliados se fue incrementando sostenidamente. El principal problema detectado a partir del año 2000 fue la duplicidad de beneficiarios y la falta de claridad en los padrones. Esto dio lugar a un exhaustivo proceso de limpieza de los mismos, con el fin de no capitar por un número de beneficiarios inexistentes, ni por pagar jubilación por personas ya fallecidas.

Si bien el número de beneficiarios cayó en un 20% en el último período, puede verse que los ingresos totales sólo cayeron un 5,6% y los egresos no llegaron a este porcentaje, disminuyendo solamente en un 1,1%. Esto hace presuponer que la gran estructura administrativa del organismo no logró reconvertirse como se pensaba en los años '90s, y el nivel de gasto administrativo total por afiliado siguió incrementándose.

El egreso médico anual promedio cayó casi proporcionalmente (17%), sin embargo el egreso anual médico por afiliado se mantuvo constante (\$528 por afiliado). Es importante remarcar que si bien éste dato puede parecer alentador, en el último año tanto el aumento en el índice de precios al consumidor y la pérdida de la paridad cambiaria fueron claves y negativos en el sector médico. El índice de precios al consumidor aumentó en promedio casi un 40%, sugiriendo amplias dificultades para mantener un nivel de gasto por afiliado que presuponga igual cantidad de servicios a igual calidad.

Es difícil de pensar en calidad y acceso a servicios de salud en un país que pasó en el año 2002 por una grave crisis económica. Los insumos médicos que en su amplia mayoría son importados, vieron triplicado y casi cuadruplicado su valor, mientras que como decíamos anteriormente el nivel de gasto por afiliado se mantuvo constante.

### III- CONTEXTO

En esta sección se explica el contexto subyacente en el presente trabajo, tanto en cuanto a población como a cobertura con la que se realizaron las estimaciones.

Los contratos capitados, a la manera de un seguro, consisten en que el administrador de prestaciones, a cambio de una prima, cubre los daños o provee las prestaciones provenientes de eventos predeterminados, ocurridos entre una población determinada.

La condición de equilibrio global de este modelo -como en cualquier seguro- es que el valor de la suma total de las primas individuales sea consistente con los riesgos asumidos, esto es, sea suficiente para solventar los gastos incurridos por la producción de los eventos predeterminados cubiertos. En este marco, la prima o valor de la cápita, correspondiente a cada individuo será igual al valor esperado promedio del gasto incurrido por la población cubierta, como condición de equilibrio del sistema.

El cálculo de cápita para la cobertura de prestaciones médico asistenciales debe entonces tomar en cuenta algunos supuestos básicos, a saber:

#### **POBLACIÓN**

Para el caso de la población, debe conocerse la cantidad de personas cubiertas, la manera en la que se distribuye geográficamente y su composición etaria.

La cantidad de personas puede tener incidencia en el cálculo económico, por cuanto a mayor cantidad de personas sanas, más se diluye el riesgo. O sea, hay más sanos que no gastan para compensar el gasto de los enfermos. En el caso de una cápita que no incluye riesgos catastróficos o sea la cobertura de enfermedades de baja incidencia y alto costo -como es el caso de la cápita PAMI- la importancia del tamaño de la población es menos crítica que cuando aquella cobertura sí está incluida.

La distribución geográfica tiene importancia por el dimensionamiento de la red prestacional y el mantenimiento de la estructura de gastos fijos. Cuando una población está concentrada, la red prestacional también lo está y los costos fijos de su mantenimiento se prorratan entre más cápitass.

La composición etaria, en el caso del sistema de salud, se relaciona directamente con la probabilidad de ocurrencia de los eventos predeterminados cubiertos. En otras palabras, se relaciona con el nivel de riesgo asumido, puesto que la población de más edad tiene una alta incidencia de episodios que requieren atención médica.

El perfil etareo de la población del PAMI se compone en más de un 70% por mayores de 60 años y la población por debajo de los 45 años representa apenas un 10%.

## **COBERTURA**

En cuanto a los eventos predeterminados cubiertos, los supuestos a considerar en el cálculo de la cápita son de dos tipos. Unos, vinculados propiamente a los contenidos del programa prestacional. Los otros, vinculados a la manera en la cual se provee ese programa prestacional, dentro de los cuales hay que considerar las exigencias para la red de prestadores y el modelo de administración de las prestaciones (o modelo médico asistencial).

La importancia de considerar los contenidos del programa prestacional son evidentes, puesto que dicho programa *son los eventos predeterminados cubiertos*. Lo que está fuera del programa, sea por exclusiones o por que pertenece a otro nivel o lo provee un tercero, está fuera del cálculo de la cápita.

No menos evidente resulta considerar las exigencias de la red de prestadores, puesto que incidirán directamente en el costo de la prestación correspondiente a los eventos cubiertos, por ejemplo influirá en los costos la existencia requisitos de acreditación para los prestadores, o si solamente se admiten establecimientos categorizados dentro determinado nivel de complejidad.

Influirá, asimismo, la exigencia de contar con un determinado número de establecimientos, o la de garantizar el acceso a la población dentro de una determinada isocrona igual para todos, puesto que ambos elementos operan -como en el caso de la población cubierta- requiriendo mayor capacidad instalada para igual población cubierta, lo que viene a incrementar los costos fijos del sistema en su conjunto. En el mismo sentido opera la previsión de un límite a la oferta de camas permitidas en cada establecimiento para la población cubierta y/o la exigencia de un techo en el porcentaje de ocupación de camas por parte de la población cubierta.

Resulta necesario considerar entre los elementos que concurren a formar el supuesto relativo a la cobertura, la modalidad de organización de la asistencia. Debe considerarse si el sistema es abierto, en donde los beneficiarios concurren al médico generalista o especialista que deseen, o bien si se trata de un sistema cerrado, en donde las disponibilidades están acotadas a una cartilla preestablecida. Debe asimismo considerarse si el tránsito de los pacientes entre los diferentes niveles de atención -y dentro de un mismo nivel- está ordenado bajo reglas explícitas y/o si es administrado de manera más o menos centralizada, o bien si los pacientes son derivados sin reglas predeterminadas, con libertad de derivación entre profesionales y establecimientos.

Para el caso del PAMI, todos estos supuestos se encuentran bastante bien establecidos pues se trata de un programa prestacional acotado a los niveles I, II y III, con un listado bastante exhaustivo de las prestaciones incluidas en la atención médica ambulatoria, análisis clínicos, diagnóstico por imágenes ambulatorio, al igual que los servicios cubiertos en internación y prácticas especializadas de nivel II y de alta complejidad diagnóstica y terapéutica. Se prevén de la misma manera las exclusiones correspondientes.

Por último, se prevén condiciones bastante estrictas en cuanto a la administración de las prestaciones, determinando que habrá un médico de cabecera que será la puerta de entrada al sistema y derivador entre los diferentes niveles de atención, con un criterio de cuidados progresivos. Se establecen asimismo los criterios de organización zonal, con sus respectivos coordinadores. Para el nivel de internación y para la alta complejidad, el pliego prevé

asimismo normas relativas a las modalidades de accesibilidad y ordenamiento de la demanda prestacional.

Sobre la base de estos supuestos se diseñó la metodología desarrollada en las páginas siguientes.

## **IV- METODOLOGÍA DESARROLLADA**

En esta sección del informe se presentan dos ejercicios metodológicos que fueron utilizados para lograr una estimación lo más precisa posible de la cápita de asistencia médica del PAMI para la Ciudad de Buenos Aires. Los ejercicios que se realizan se basan en una evaluación cualitativa de las principales modificaciones de los costos que se verificaron en el período de diciembre 2001 a diciembre 2002.

El primer ejercicio consiste en aplicar el efecto de la inflación sobre los insumos utilizados para las prestaciones médicas, manteniendo constante la estructura de distribución de la cápita actual del PAMI. El segundo ejercicio se sustenta en un relevamiento minucioso de los costos de los insumos de las patologías prevalentes para la población de la tercera edad y los costos fijos de los prestadores que atienden a esta población. Asimismo, se relevaron las tasas de uso promedio utilizadas.

A continuación, se presenta un detalle de los pasos y supuestos con los que se fue elaborando el trabajo.

### ***EJERCICIO I: AJUSTE POR INFLACIÓN***

El objetivo de este ejercicio es identificar el efecto aislado del aumento de los precios en el valor de la cápita, por lo cual se mantiene constante la estructura de costos y las tasas de uso del momento previo a la devaluación (2001). De esta forma, se calculan los valores de las prestaciones actualizándolos por las variaciones de los precios. Para calcular las estimaciones de los efectos inflacionarios se aplican las correcciones de precio que mejor reflejan los principales componentes de la estructura de costos.

El punto de partida es el valor de la cápita médica de diciembre de 2001 de \$19,8, valor relevado como el monto más bajo otorgado por el PAMI por beneficiario por mes, según el pliego vigente. Para distribuir este valor, se aplica la desagregación utilizada por el PAMI en el pliego de licitación y la estructura porcentual promedio de diez fuentes, incluyendo prestadores y el mismo Instituto.

A partir de la información disponible en las instituciones públicas, del relevamiento realizado a distintos prestadores y de entrevistas con informantes calificados (incluyendo prestadores, empleados públicos y académicos), en primera instancia, se estima la estructura de costos previa a la devaluación, desagregando sus principales componentes según nivel de atención médica. Seguidamente, se evalúa la información disponible en el INDEC para seleccionar el mejor indicador que refleje la variación de precio para cada uno de los componentes seleccionados de la estructura de costos.

Posteriormente, se realiza un estudio de la estructura interna de los costos de las patologías prevalentes para esta franja etárea. Para esto se identificaron, para cada una de ellas, los insumos utilizados en la moneda en la que se valoran los mismos, determinando la proporción de insumos importados y de insumos nacionales.

A continuación se detalla la tabla utilizada para desagregar los insumos según el porcentaje de componente nacional y componente importado.

**Tabla 1: Desagregación componentes de los módulos prestacionales**

NOMBRE MODULO	COMPONENTE NACIONAL	COMPONENTE IMPORTADO
Laboratorio	85	15
Radiología	85	15
Internación	85	15
Cirugía Cardiovascular	80	20
Oftalmología compleja	85	15
Tomografía Axial Computada	85	15
Resonancia Magnética Nuclear	85	15
Terapia Radiante	80	20
Medicina Nuclear	85	15
Hemodinamia	75	25
Litotricia Renal	90	10
Neurocirugía	85	15
Angioplastia	75	25
Otras Prácticas	89	11
<b>Promedio</b>	<b>85</b>	<b>15</b>

Fuente: Elaboración propia en base a relevamientos de prestadores del PAMI

Dentro del rubro Otras Prácticas incluimos algunas prestaciones que son rutinarias (como anatomía patológica, potenciales evocados y mapeo cerebral) y otras que son excepcionales pero que tienen un alto impacto sobre los costos (como atención de quemados, utilización balón de contrapulsación, entre otros)

### Insumos nacionales

Los **insumos nacionales** se clasifican en cinco categorías de costos diferenciados: 1) personal, 2) medicamentos, 3) impuestos, 4) servicios públicos y 5) otros insumos y servicios. A cada categoría se le aplica el mejor indicador que refleje el cambio de los precios, utilizando como referencia los índices de precios del INDEC. La variación promedio ponderada entre diciembre de 2001 y diciembre de 2002 de los indicadores utilizados, que se describen en la Tabla 2 es del 21%.

En la estructura de costos que se detalla en la Tabla 2 se utiliza:

- Para estimar la variación en el gasto en personal, el coeficiente de variación salarial que publica INDEC ya que se considera que una aproximación cercana suponiendo que los cambios en el salario del personal se mueven como el nivel general de salarios de la economía. Esta información se encuentra disponible en: <http://www.indec.mecon.gov.ar/cvs/cvs.asp>

- Para la estimación de la variación de precios de los medicamentos, el indicador que tomamos como proxy representativa, es la variación en el precio de los Productos Medicinales y Accesorios Terapéuticos, que forma parte del Índice de Precios del Consumidor (IPC). Esta información, que también se encuentra en el INDEC, puede obtenerse en: [http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/10/ipc\\_02\\_03.pdf](http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/10/ipc_02_03.pdf)
- La estructura impositiva se mantiene constante ya que las tasas no han variado.
- Para la estimación de la variación de precios de los servicios Públicos, se toman como indicador los Servicios Básicos y Combustibles para la vivienda del IPC. Esta información, al igual que datos anteriores, está disponible en el INDEC, puede obtenerse en: [http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/10/ipc\\_02\\_03.pdf](http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/10/ipc_02_03.pdf)
- Para la estimación de el rubro Otros Insumos y servicios, se toma como indicador, la variación del Índice de Precios Mayoristas ya que se considera que refleja los cambios en los precios de los bienes que las clínicas y hospitales consumen esencialmente al por mayor. Esta información está disponible en: [http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/10/ipm\\_02\\_03.pdf](http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/10/ipm_02_03.pdf)

**Tabla 2: Impacto de la variación de los precios relativos sobre el gasto en insumos nacionales**

Rubro	Indicador de variación	Dic 2001	Dic 2002	Variac.
Personal	<i>Coficiente Variación Salarial</i>	\$ 10.10	\$ 8.97	7.6%
Medicamentos	<i>Variación Prod Medicinales y Accesorios terapéuticos del Índice de Precios al Consumidor (IPC)</i>	\$ 1.68	\$ 1.53	10.2%
Impuestos	<i>Mantiene constante las tasas</i>	\$ 1.51	\$ 1.25	-
Servicios Públicos	<i>Servicios Básicos y Combust. para la vivienda del IPC</i>	\$ 0.84	\$ 0.79	13%
Otros Insumos y Serv.	<i>Se toma la variación de los Productos manufacturados del Índice de Precios Mayoristas</i>	\$ 2.69	\$ 4.29	93%
		<b>\$16,8</b>	<b>\$16,8</b>	

Fuente: Elaboración CIPPEC en base a datos del INDEC

En la Tabla 2 se detalla entonces la variación de los precios relativos sobre el gasto en insumos nacionales, contemplando el personal, los medicamentos, los impuestos, los servicios públicos y otros insumos y servicios. En promedio, la composición de insumos nacionales en el total de patologías prevalentes analizadas es del 85%. De este modo, tomando como base los \$19,8 del valor de la cápita a diciembre de 2001, se refleja el impacto sobre los \$16,8 correspondientes al monto de la cápita valorado a precios nacionales.

### Insumos Importados

Para el cálculo de los **insumos importados** se aplica un aumento del dólar de U\$S 1= \$ 3,3, tratando de mantener así un escenario conservador en los cálculos. Es de notar que varios de los informantes han realizado sus informes con un valor del dólar a \$3,6 y luego no lo

deflacionaron con la baja del precio. Asimismo, vale la pena remarcar que, teniendo en cuenta la disminución del valor del dólar en los últimos meses, si se contempla un valor de US\$ 1= \$3,1, el valor de la cápita –con la estructura de costos actual- se estima en \$0,50 menos.

Para calcular la estructura interna de costos, se desagregaron los insumos, actualizando sus valores a los términos reales que tenían a diciembre de 2002, aplicando la metodología arriba explicada para cada uno de ellos.

Como segundo paso, se corrigió la proporción de insumos nacionales (incrementando entre un 5% y un 10%) para contemplar tanto la posibilidad de sustitución de importaciones como los insumos indirectos nacionales que acarrea la importación de productos del exterior. Por ejemplo, si bien ciertos medicamentos son importados, el traslado y otros costos relacionados con su adquisición son en moneda nacional. Estas correcciones se efectúan a partir de una primer observación en el mercado de la reacción de los prestadores en cuanto a sustitución de productos. Sin embargo, es necesario realizar una investigación más precisa y con mayor detalle para calcular de manera certera el impacto de la sustitución de insumos importados.

Para sintetizar la metodología utilizada, se ejemplifica el cálculo de la **cápita de terapia radiante**.

**Tabla 3: Ejemplo incremento en la cápita de terapia radiante.**

<b>COSTO CAPITA DIC. 2001</b>	<b>\$ 0,360</b>
<b>Insumos Nacionales (80%)</b>	<b>\$ 0,288</b>
<b>Variación</b>	<b>\$ 0,061</b>
- Personal	\$ 0,013
- Medicamentos	\$ 0,003
- Impuestos	\$ -
- Servicios Públicos	\$ 0,002
- Otros Insumos y Serv.	\$ 0,043
<b>Insumos Nacionales a Dic 2002</b>	<b>\$ 0,349</b>
<b>Insumos Importados (20%)</b>	<b>\$ 0,072</b>
<b>Variación</b>	<b>\$ 0,166</b>
<b>Insumos Importados a Dic 2002</b>	<b>\$ 0,238</b>
<b>COSTO CAPITA DIC. 2002</b>	<b>\$ 0,586</b>

Fuente: Elaboración propia en base a relevamientos realizados y datos del INDEC

Esta estructura, se aplica a todos las prestaciones médicas, excepto los casos particulares que se detallan a continuación:

- Para el cálculo de **Médicos de Cabecera y de Especialistas**, si bien es un monto capitado, se contempla un aumento de \$130 en el nivel salarial del sector privado del mercado laboral, según el Decreto 2641/02, con un promedio de un médico de cabecera cada 700 beneficiarios, como parámetro que supone deberían recibir para no quedar con un nivel de ingresos inferior al del promedio de la economía.
- En el cálculo del incremento en **traslados** se explica por el aumento en combustibles - donde se contempla un 90% en base a datos de la Secretaría de Energía, que influyen en un 30% sobre el valor de la cápita- y en personal –que se refleja por un aumento del 7,6% del nivel salarial según INDEC que afecta a la cápita en un 30%-.
- Se estima un 5% de gastos administrativos

Cabe remarcar, que esta estimación asume que la metodología descrita se aplica a todas las prestaciones médicas. Sin embargo, hay determinados insumos, que aumentaron por encima del promedio, entre los que pueden destacarse los siguientes casos:

- Para el cálculo de placas e insumos (que afectan a radiología, tomografía axial computada y resonancia magnética) se estima un aumento de un 240% que influyen sobre el valor de la cápita en un 50%.
- En el caso de los insumos, repuestos y reactivos (que afectan el costo en medicina nuclear y radioterapia) se estima un incremento del 132% que influye en un 50% al valor de la capita.

## **EJERCICIO II: ESTIMACIÓN POR COSTOS**

La estimación por costos, consiste en realizar el ejercicio de cuantificar la cápita a través de un relevamiento de los costos actuales, desagregando para esto cada uno de los insumos necesarios para brindar las prestaciones médicas comprendidas en el pliego de licitación. Este enfoque se realiza a partir de una revisión minuciosa de los costos que deben asumir los prestadores institucionales para los tres niveles de atención previstos en el mencionado pliego.

Cabe remarcar que la primer dificultad que se presentó fue estimar las tasas de uso así como los costos actuales del módulo de internación (clínica y quirúrgica). La metodología que se utilizó para llegar a un valor representativo fue elaborada en base a las patologías prevalentes de la población analizada. Para ello se relevó información de distintas fuentes, dentro de las cuales podemos destacar las publicaciones estadísticas del PAMI, así como la provista por los prestadores que ganaron la última licitación.

Una vez determinadas cuáles son las prácticas más frecuentes, se hizo una apertura de cada uno de los insumos necesarios para la realización de esas intervenciones. Para la misma se analizaron un número significativo de prácticas, que evaluamos como una muestra representativa del universo, promediándose los insumos necesarios para cada una de ellas.

Posteriormente se costearon cada uno de los insumos a valores de mercado de Diciembre de 2002, tomando distintas fuentes. De esta forma, se llegó al costo variable de cada una de las prácticas analizadas.

A fin de calcular los costos fijos de cada una de las prácticas analizadas, se consideraron los gastos fijos de una institución polivalente promedio de la Ciudad de Buenos Aires que brinda atención a los beneficiarios del Instituto, analizándose cada uno de los rubros que componen ese costo fijo, a saber:

- Personal y Honorarios: El gasto en personal afectado a cada uno de los sectores de una institución (Quirófano, Internación, UTI/UCO, Consultorios Externos y Otros Servicios) está tomado para el total de camas instaladas y de acuerdo a lo establecido en el Convenio Colectivo de Trabajo 122/75 . De allí se tomó la cantidad de personal necesario en cada uno de los sectores, el sueldo básico de cada categoría (ajustado a los existentes en el mercado laboral), los adicionales establecidos en el convenio (antigüedad, áreas cerradas, nocturno, etc.), así como otras obligaciones que del mismo surgen (por ej. lavado y planchado, guardería, provisión de ropa, colaciones, etc.). También se calcularon las contribuciones patronales de acuerdo a la legislación vigente (considerándose proporcionalmente las licencias especiales pagas, indemnizaciones por despido, etc.). Se calculó además el pago de honorarios de todo otro personal que se desempeña en las instituciones y que no se encuentra incluido en el Convenio Colectivo de Trabajo.
- Inmueble: Se calcularon las amortizaciones del terreno y edificio (en base a los metros cuadrados que cada área ocupa), así como de los bienes muebles afectados a cada área tales como camas, mesas de cirugía, etc.
- Mantenimiento y Servicios Generales: Dentro de estos gastos se consideraron los insumos y amortizaciones del equipamiento necesario para la realización de los trabajos del sector, así como los materiales e insumos de limpieza.

- Impuestos y Servicios Públicos: Se consideró la afectación mensual de los tributos nacionales y locales del establecimiento, así como el gasto en luz, gas, teléfono, etc.
- Alimentación: Se consideraron las amortizaciones de los útiles de cocina y los insumos necesarios para la ración diaria por paciente.
- Administración: Se contempló el gasto de insumos tales como sistema informático, papelería, insumos librería y computación, la amortización mensual de las maquinarias, muebles, equipos e instalaciones y los gastos de correo, viáticos, etc.

Finalmente se asignó proporcionalmente el porcentaje correspondiente a cada uno de los centros de costos de la instituciones, a saber: Quirófano, Internación, UTI/UCO y Otros Servicios y Consultorios Externos.

Para determinar las tasas de uso, se tomaron tanto las tasas de uso del PAMI como un promedio de clínicas y hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Este punto es crucial ya que, si bien las tasas de uso intentan reflejar el promedio del mercado de salud, es extremadamente difícil calcular el potencial real que sería posible atender en el mercado (demanda contenida). En el detalle que se presenta a continuación, las tasas de uso son promedios mensuales para estimar el valor de la cápita correspondiente.

## Supuestos e hipótesis de la estimación 2:

### A) PRIMER NIVEL

#### Consulta Médico de Cabecera:

Para calcular el costo unitario del Médico de Cabecera, si bien responde una modalidad de pago capitada, se tomó el costo a Diciembre 2001 y se calculó el impacto en el mismo del pago de \$130, como parámetro de aumento del nivel salarial del mercado laboral en el sector privado, establecidos por el Decreto 2641/02. Se considera un valor unitario por consulta de \$5.20.- Se han considerado un promedio de 5,5 consultas por beneficiario por año, arribándose a un costo per cápita por consulta de \$2.38.-

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$5,2	0,458	\$2,382

#### Laboratorio ambulatorio

Se partió de un costo unitario de las veinticinco determinaciones más realizadas en la población estudiada, arribándose a un costo promedio de dichas prácticas de \$ 90.0. - Se han considerado un promedio de 0.12 determinaciones por beneficiario por año, arribándose a un costo per cápita de \$0,90.-.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$90	0,01	\$0,900

**Radiología**

Se partió de un costo unitario de las prácticas más realizadas en la población estudiada, arribándose a un costo promedio de dichas prácticas de \$ 20.0. - Se han considerado un promedio de 0,6 exposiciones por año por beneficiario, arribándose a un costo per cápita de \$0,50. -.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$20	0,050	\$1,00

**Fisiokinesioterapia**

Se consideró un valor unitario por consulta de \$6.- Se han considerado un promedio de 0.16 sesiones por beneficiario por año, arribándose a un costo per cápita por consulta de \$0,148.-.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$6	0,0133	\$0,080

**COSTO TOTAL CAPITA 1° NIVEL \$4,362****B) SEGUNDO NIVEL****Consulta Médico Especialista:**

Para calcular el costo unitario del Médico de Cabecera, si bien responde una modalidad de pago capitada, se tomó el costo a Diciembre 2001 y se calculó el impacto en el mismo del pago de \$130, como parámetro de aumento del nivel salarial del mercado laboral en el sector privado, establecidos por el Decreto 2641/02. Se considera un valor unitario por consulta de \$6.20.- Se han considerado un promedio de 2,5 consultas anuales por beneficiario, arribándose a un costo per cápita por consulta de \$1,29.-.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$6.2	0,2083	\$1,291

**Radiología alta Complejidad**

Se partió de un costo unitario de las prácticas de radiología compleja más realizadas en la población estudiada (tales como colon por enema, radiología con sustancia contrastada, etc.), arribándose a un costo promedio de dichas prácticas de \$ 35.0.- Se han

considerado un promedio de 0.138 exposiciones por beneficiario por año, arribándose a un costo per cápita de \$0,4025.-.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$35	0,0115	\$0,4025

### **Internación Clínica**

Se consideraron 9.8 egresos cada 100 beneficiarios por año, con un promedio de estadía de 6 días. Se costearon detalladamente las 10 patologías prevalentes (tales como abdomen agudo, ACV Isquémico y Hemorrágico, Deshidratación, Neumonía, etc.), arribándose a costo promedio por egreso clínico de \$1.028.-, con un valor per cápita de \$8,395. –

<b>Costo Egreso Clínico (6 días)</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$1.028	0,0081667	\$8,395

### **Internación Quirúrgica**

Se consideraron 4.2 egresos quirúrgicos cada 100 beneficiarios por año, con un promedio de estadía de 5.5 días. Se costearon detalladamente las cirugías más realizadas (tales como Hernia, Prostectomía, Hemicolectomía, etc.), arribándose a un costo promedio por internación quirúrgica de \$2.084.- con un valor per cápita de \$7,293.-.

<b>Costo Egreso Qx ( 5.5 días)</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$2084	0,0035	\$7,293

**COSTO TOTAL CAPITA 2° NIVEL \$ 17,382**

**C) TERCER NIVEL:****Cirugía Cardiovascular**

Se consideraron 13 Cirugía cada 10000 beneficiarios por año, con un costo promedio de \$9.972 por CCV, arribándose a un valor per cápita de \$1,080.-

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$9972	0,0001083	\$1,080

**TAC**

Se toma el promedio de todas las Tacs con y sin contraste, arribándose a un costo promedio de \$ 213.0.- Se han considerado un promedio de 270 exposiciones cada 10.000 beneficiarios por año, arribándose a un costo per cápita de \$0,479.-

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$213	0,00225	\$0,479

**Laboratorio Alta Complejidad**

Se partió de un costo unitario de las determinaciones de alta complejidad más realizadas en la población estudiada (tales como RIA, PSA, TSH, etc.), arribándose a un costo promedio de dichas prácticas de \$16, con una tasa de uso promedio de 0,37 procedimientos cada 10.000 beneficiarios.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$16	0,0308	0,483

**Resonancia Magnética Nuclear**

Se partió de un costo unitario de \$ 500. - Se han considerado un promedio de 23 exposiciones cada 10.000 beneficiarios por año, arribándose a un costo per cápita de \$0,095.-

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$500	0,000190	\$0,095

**Terapia Radiante**

Se partió de un costo unitario de \$ 1300. - Se han considerado un promedio de 40 exposiciones cada 10000 beneficiarios por año, arribándose a un costo per cápita de \$0,433.-.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$1300	0,000333	\$0,433

**Hemodinamia**

Se partió de un costo unitario de \$ 600. - Se han considerado un promedio de 40 exposiciones cada 10000 beneficiarios por año, arribándose a un costo per cápita de \$0,200.-.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$600	0,000333	\$0,200

**Angioplastia**

Se partió de un costo unitario de \$ 3.100.- Se han considerado un promedio de 13 estudios cada 10.000 beneficiarios por año, arribándose a un costo per cápita de \$0,336.-.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$3100	0,0001083	0,336

**Neurocirugía**

Se consideraron 3,5 cirugías cada 10.000 beneficiarios por año, con un costo promedio de \$9.883 por cirugía, arribándose a un valor per cápita de \$0,288.-

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$9.883	0,0000292	\$0,288

**Litotricia Renal**

Se consideraron 5 egresos cada 10.000 beneficiarios por año, con un costo promedio de \$1.800 por litotricia, arribándose a un valor per cápita de \$0,075.-

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápite</b>
\$1800	0,0000417	\$0,075

### **Oftalmología Compleja (Prácticas y Qx)**

Se promediaron tanto las prácticas como las intervenciones más comunes para los beneficiarios del PAMI, arribándose a costo promedio de prácticas de \$223 y \$650 para las intervenciones quirúrgicas, considerándose un promedio de 60 estudios cada 10.000 beneficiarios por año y 12 cirugías cada 10.000 beneficiarios por año.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápite</b>
\$223	0,0005	\$0.112
\$650	0,0001	\$0.065

### **Medicina Nuclear**

Se partió de un costo unitario de \$200. Se han considerado un promedio de 140 exposiciones cada 10.000 beneficiarios por año, arribándose a un costo per cápita de \$0,233.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápite</b>
\$200	0,001167	0,233

### **Ecodiagnóstico de Alta Complejidad (incluye Doppler)**

Se partió de un costo unitario de \$ 100. – Se han considerado un promedio de 49 estudios cada 10.000 beneficiarios por año, arribándose a un costo per cápita de \$ 0,041.

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápite</b>
\$100	0,000408	\$0,041

### **Procedimientos Artroscopicos**

Se partió de un costo unitario de \$500. – Se han considerado un promedio de 6 cirugías cada 10.000 beneficiarios por año, arribándose a un costo per cápita de \$ 0,025.-

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápite</b>
\$500	0,00005	\$0,025

**Procedimientos Neurológicos especiales**

Se partió de un costo unitario de \$140. – Se han considerado un promedio de 30 estudios cada 10.000 beneficiarios por año, arribándose a un costo per cápita de \$ 0,035.-

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$140	0,00025	\$0,035

**Cirugía Vascular Periférica**

Se partió de un costo unitario de \$3100. – Se han considerado un promedio de 8 cirugías cada 10.000 beneficiarios por año, arribándose a un costo per cápita de \$ 0,207.-

<b>Costo Unitario Práctica</b>	<b>Tasa de Uso (Promedio)</b>	<b>Costo Cápita</b>
\$3100	0,0000667	0,207

**COSTO TOTAL CAPITA 3° NIVEL \$ 4,384**

Al costo de cada uno de los niveles de atención debe sumársele un costo cápita de \$1,20 en concepto de transporte y emergencia y \$ 1,66 en concepto de gastos de administración de la U.G.P (5%).

**COSTO TOTAL CAPITA PAMI \$ 28,694**

**V- RESULTADOS DE LAS ESTIMACIONES****MODELO ESTIMACIÓN 1**

Médico de cabecera	2,34	2,15
Laboratorio Ambulatorio	0,69	0,45
Radiología Ambulatoria	0,54	0,35
<b>II Nivel de Atención</b>	<b>18,43</b>	<b>12,73</b>
Egresos (clínico / quirúrgicos)	16,05	10,80
Consultas Especialistas (inc. fisioterapia y kinesio.)	1,33	1,23
Otras Prácticas	1,04	0,70
<b>III Nivel de Atención</b>	<b>3,87</b>	<b>2,39</b>
Oftalmología compleja	0,12	0,08
Laboratorio Alta Complejidad	0,54	0,35
Cirugía Cardiovascular	0,88	0,54
Tomografía Axial Computada	0,51	0,34
Resonancia Magnética Nuclear	0,17	0,08
Medicina Nuclear	0,22	0,15
Terapia Radiante	0,58	0,36
Litotricia Renal	0,08	0,05
Hemodinamia	0,31	0,18
Neurocirugía	0,11	0,07
Angioplastia	0,35	0,20
<b>Transporte y Emergencias</b>	<b>0,90</b>	<b>0,70</b>
Transporte y Emergencias	0,90	0,70
<b>Subtotal</b>	<b>26,76</b>	<b>18,77</b>
Gtos Administrativos U.G.P.	1,34	1,03
<b>TOTAL</b>	<b>28,10</b>	<b>19,80</b>

Fuente: Estimación realizada en base a información de la distribución de la cápita de diversos prestadores y ajustado por inflación en base a datos INDEC

**MODELO ESTIMACIÓN 2**

	Costo Total	Tasa Uso	Cápita
<b>PRIMER NIVEL</b>			
Consulta Médico Cabecera	5,2	0,4580000	2,382
Laboratorio	90	0,0100000	0,900
RX	20	0,0500000	1,000
Fisiokinesiología	6	0,0133333	0,080
<b>TOTAL 1° NIVEL</b>			<b>4,362</b>
<b>SEGUNDO NIVEL</b>			
Consulta Médico Especialista	6,2	0,2083000	1,291
RX Alta Complejidad	35	0,0115000	0,4025
Internación Clínica	1.028	0,0081667	8,395
Internación Quirúrgica	2.084	0,0035000	7,293
<b>TOTAL 2° NIVEL</b>			<b>17,381</b>
<b>TERCER NIVEL</b>			
Medicina Nuclear	200	0,0011667	0,233
Lab. Alta Complejidad	16	0,0424600	0,679
Terapia Radiante	1.300	0,0003333	0,433
TAC	213	0,0022500	0,479
RMN	500	0,0001900	0,095
Ecodiagnóstico de Alta Complejidad	100	0,0004100	0,041
Oftalmología	223	0,0005000	0,112
Cirugía Oftalmológica	650	0,0001000	0,065
Hemodinamia	600	0,0003333	0,200
Angioplastia	3.100	0,0001083	0,336
Cirugía Vascul Periférica	3.100	0,0000667	0,207
Cirugía Cardio Vascul	9.972	0,0001083	1,080
Neurocirugía	9.883	0,0000292	0,288
Litotricia	1.800	0,0000417	0,075
Proc. Artrocópicos	500	0,0000500	0,025
Proc. Neurológicos Especiales	140	0,0002500	0,035
<b>TOTAL 3° NIVEL</b>			<b>4,384</b>
Transporte y Emergencias			1,200
Subtotal			27,327
Gtos Administrativos U.G.P.			1,366
<b>TOTAL</b>			<b>28,693</b>

Fuente: Estimación realizada en base a información de costos de diversos prestadores y costos fijos tomando el tamaño de una clínica promedio de la Ciudad de Buenos Aires.

## VI- CONSIDERACIONES FINALES

En primer lugar queremos volver a destacar que la información contenida en este informe constituye un ejercicio acerca de la estimación del valor de la cápita médica del PAMI para la Ciudad de Buenos Aires y no una cuantificación exacta del mismo. Esto deberá ser tomado en cuenta a la hora de analizar los resultados presentados. La lectura de este trabajo, entonces, debe centrarse en la perspectiva, evaluación y análisis de las metodologías utilizadas en los ejercicios, que permiten llegar a estimaciones como valores aproximados y muy representativos de carácter confiables y precisos.

En segundo lugar hay que considerar que para hacer un cálculo más exacto sería necesario hacer un relevamiento exhaustivo en todas las instituciones prestadoras de servicios médicos al PAMI, y suponer que la información está disponible y es de fácil transmisión. Esta situación excede a las posibilidades de este trabajo. Dado que la realidad de las instituciones sanatoriales es sumamente diversa, en lo que respecta a costos fijos y variables se trabajó con una muestra de tres sanatorios que brindan casi exclusivamente atención a los beneficiarios del PAMI. Luego se tomaron los costos fijos de una clínica tamaño promedio de la Ciudad de Buenos Aires, para promediar los valores de compra de los insumos médicos analizados.

En el trabajo se han desarrollado dos escenarios en los cuales se llega a estimar en cada uno de los ejercicios valores de la cápita muy similares, con leves diferencias. Estas diferencias surgen de la metodología de cuantificación que está asociada al uso de índices de precios promedio que contienen distinta proporción de insumos nacionales e importados, y simultáneamente se verifican variaciones inflacionarias heterogéneas.

Respecto a las Tasas de Uso es necesario remarcar que se utilizaron las tasas actuales, que no necesariamente reflejan las reales. Ello podría evidenciarse si comparamos la cantidad de internaciones programadas versus las internaciones efectivamente realizadas en un año testigo como podría ser 1998 y realizar el mismo ejercicio con lo ocurrido en el año 2002. Si el valor de 2002 es menor al obtenido en 1998 podríamos llegar a deducir que existe una demanda contenida.

Para ver mejor la hipótesis de demanda contenida que se sostiene, se presenta un ejercicio futuro que podría realizarse.

<b><u>Internaciones programadas 98 = A</u></b> <b>Cápitales 1998</b>	<b><u>Internaciones programadas 00 = B</u></b> <b>Cápitales 2000</b>
---	---

Si A es mayor que B sería una señal de demanda contenida.

Un punto central de la existencia de demanda contenida, no es sólo la crisis actual o la falta de atención médica necesaria. Si se analiza desde un punto de vista del valor de la cápita futuro, esa demanda contenida del año 2002 seguramente tendrá un impacto que no ha sido considerado en el valor de la cápita al que se ha arribado y que tendría un efecto sumamente considerable que si bien no podemos estimar no podemos dejar de destacar.

En este trabajo hemos tomado solamente los valores de los costos. Obviamente para una evaluación que considere factores de la realidad se debería incluir la rentabilidad y algunas otras variables ajenas a este ejercicio. Entre ellas podemos mencionar simplemente la

incidencia de la tasa de interés en términos reales vigente en el mercado que afecta en forma muy sensible los márgenes de rentabilidad de los prestadores.

Si bien los valores obtenidos para la cápita médica del PAMI reflejan una estimación, creemos que el valor obtenido y la metodología utilizada ayudarán a fomentar el debate que implique mayor acceso y mejor calidad de los servicios de salud recibidos por los beneficiarios del PAMI.