

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

Abril 2004

INDICE

I- INTRODUCCIÓN.....	3
SUPUESTOS.....	4
POBLACIÓN.....	4
COBERTURA.....	4
II- METODOLOGÍA DE AJUSTE POR INFLACIÓN.....	6
III- MODELO ESTIMACIÓN DE AJUSTE POR INFLACIÓN.....	10

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. 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.

Es difícil calcular con precisión el valor de la cápita de atención médica para la población que atiende el PAMI, no sólo por la complejidad de conocer el costo real de cada prestación, sino la tasa de uso óptima 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 relegadas las prestaciones programadas.

Por este motivo, el ejercicio de estimación que se realiza en el presente informe, se debe 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 la modificación en cada uno de los componentes de la estructura de costos. Sin embargo, es posible efectuar una estimación, que permita tener una evaluación cualitativa de las principales modificaciones que se verificaron en el período de diciembre de 2001 a marzo de 2004.

Asimismo, se mantienen constantes en este ejercicio las tasas de uso, que reflejan una situación de emergencia.(promedio de las distintas fuentes de prestadores de la Capital Federal).

SUPUESTOS

En esta sección se explican los supuestos teóricos y prácticos subyacentes 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:

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 cápititas.

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.

Para la presente estimación, la cantidad de personas es de 250.000, todas concentradas en la Ciudad de Buenos Aires, y con un perfil etario en donde los mayores de 75 años representan alrededor del 30% de la población, y los mayores de 60 años más del 70%, con apenas un 10% de la población por debajo de los 45 años.

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 en el Anexo "A" del Pliego de Licitación (Resolución 586/02, 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.

En cuanto a las exigencias de la red, el pliego remite a las *Normas y criterios vinculados a la calidad prestacional y atención de la salud*, que son las normas de calidad establecidas por el PAMI, que son complementadas con los requisitos en el Anexo "E" del mencionado pliego.

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.

II- METODOLOGÍA DE AJUSTE POR INFLACIÓN

Esta metodología en esencia ajusta el valor de la cápita médica de diciembre de 2001 por la inflación acumulada a abril de 2004. Para esto se supone que se mantiene el escenario actual de estructura de costos y que no se modifican las tasas de uso. 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 a los principales componentes de la estructura de costos.

A partir de la información disponible y de entrevistas con informantes calificados (incluyendo prestadores, empleados públicos y académicos), en primera instancia, se estima la estructura de costos, desagregando sus principales componentes según nivel de atención médica. Seguidamente, se evalúa la información disponible de fuentes secundarias, 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 prestaciones, para determinar la proporción de insumos importados y de 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 precio del INDEC, cuya variación promedio ponderada es del 50% entre diciembre de 2001 y abril de 2004.

En la estructura de costos que se detalla a continuación se utiliza:

- Para estimar la variación en el gasto en personal, el coeficiente de variación salarial que publica INDEC del sector privado registrado 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.gov.ar/nuevaweb/cuadros/10/ipc_05_04.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.gov.ar/nuevaweb/cuadros/10/ipc_05_04.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.gov.ar/nuevaweb/cuadros/10/ipm_05_04.pdf

Tabla 1: Estructura de impacto en insumos nacionales

Rubro	Indicador de variación	Estructura Inicial	Estructura Final	Variación
Personal	<i>Coeficiente Variación Salarial</i>	60.0%	58,2%	44,7%
Medicamentos	<i>Variación Prod Medicinales y Accesorios terapéuticos del Índice de Precios al Consumidor (IPC)</i>	10.0%	10.01%	51,0%
Impuestos	<i>Mantiene constante las tasas</i>	9.0%	6,0%	0,0%
Servicios Públicos	<i>Servicios Básicos y Combust. para la vivienda del IPC</i>	5.0%	3,9%	18%
Otros Insumos y Serv.	<i>Se toma la variación de los Productos manufacturados del Índice de Precios Mayoristas</i>	16.0%	21,7%	103%
		100%	100%	149%

Fuente: Elaboración CIPPEC en base a datos del INDEC

Para el cálculo de los **insumos importados** se aplica un aumento del dólar de US\$ 1= \$ 2.85, tratando de mantener así un escenario conservador en los cálculos.

Para calcular la estructura interna de costos, se desagregaron los insumos, actualizando sus valores a los términos reales según los datos de marzo 2004, 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 primera 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.

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

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)

Tabla 2: Desagregación componentes de los módulos prestacionales

NOMBRE MODULO	COMPONENTE NACIONAL	COMPONENTE IMPORTADO
Internación	93	7
Laboratorio	85	15
Radiología	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
Otros prácticas	89	11
Promedio	87	13

Fuente: Elaboración propia en base a relevamientos realizados

Para sintetizar la metodología utilizada, se ejemplifica el caso de la **capita de laboratorio**:

COSTO CAPITA DIC. 2001						\$0,45
Insumos Nacionales: 85%					Total Variac. Nacionales	
Personal	Medicamentos	Impuestos	Serv. Púb	Otros Serv		
58,02%	10,01%	6,0%	3,9%	21,7%	49%	
Total insumos nacionales a marzo 2004					\$0,57	
Insumos Importados: 15%					Importados	
		Var. U\$S1=\$2.85			285%	
Total insumos importados a marzo 2004					0,192	
COSTO CAPITA Marzo 2004						\$0,76

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, se contempla un aumento reflejando el incremento salarial del mercado, estipulado por el costo total del aumento de \$224, según el Decreto 392/2003 del 10 de julio y el aumento no remunerativo de \$50 a partir del Decreto 1347/2003. Se calcula con un promedio de un médico de cabecera o especialista, cada 700 beneficiarios.

- Para el cálculo del aumento en traslados, se toma el incremento en combustibles del 92% en base a datos de la Secretaría de Energía que afectan al costo valor de la cápita en un 30%. de traslados, y el aumento del 44,7% de los salarios del sector privado que afectan en un 40% a la cápita.
- Se estima un 3,5% de gastos administrativos según el Acta Acuerdo firmada en Octubre de 2003

Como punto de partida se tomó el valor más bajo de la cápita de diciembre de 2001 de la Ciudad de Buenos Aires, de acuerdo al relevamiento realizado, que alcanzaba los \$19,80.

Cabe remarcar, que esta estimación asume que la estructura de aumento de todas las prestaciones médicas se aplica a la metodología descrita anteriormente. 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 140% que influye en un 50% al valor de la capita.

De este modo, el incremento de la capita en el escenario ajustado por inflación es de \$11,05, pasando de \$19,8 a \$30,85 (56% superior).

OBSERVACIONES

- ✓ Se ha considerado que la estructura de impuestos y tarifas se mantiene constante. Sin embargo, si se actualiza según estimaciones de la Secretaría de Energía y los Entes Reguladores, suponiendo un aumento del 25% para grandes consumidores, el valor de la cápita ascendería a \$31,14 (\$0,29 adicionales)
- ✓ El valor del dólar se calculó según los datos de marzo de 2004 en un valor de \$2,85. Si se estima un valor del dólar de \$3, el valor de la cápita ascendería a \$31,04 (\$0,19 adicionales)
- ✓ Finalmente, si se considera que el salario promedio de los prestadores de servicios de la salud es inferior al promedio del nivel general de salarios de la economía del sector privado registrado (monto tomado en el presente estudio), y se estima con un salario de \$500, la incidencia del aumento salarial es de un 50,78% (en lugar de 44,7%), alcanzando un valor de la cápita de \$31,31 (\$0,46 adicionales)

III- MODELO ESTIMACIÓN DE AJUSTE POR INFLACIÓN

PRESTACION	MONTO	
	Mar. 2004	Dic. 2001
I Nivel de Atención	4,25	2,95
Médico de cabecera	2,71	2,15
Laboratorio Ambulatorio	0,76	0,45
Radiología Ambulatoria	0,77	0,35
II Nivel de Atención	21,96	13,70
Egresos (clínicos/quirúrgicos)	17,19	10,80
Consultas Especialistas (inc. Fisioterapia y kinesio.)	1,79	1,23
Oftalmología compleja	0,14	0,08
Tomografía Axial Computada	0,74	0,34
Medicina Nuclear	0,25	0,15
Litotricia Renal	0,09	0,05
Laboratorio Alta Complejidad	0,59	0,35
Otras Prácticas	1,17	0,70
Alta Complejidad Diagnóstica y Terapéutica	2,54	1,42
Cirugía Cardiovascular	0,95	0,54
Resonancia Magnética Nuclear	0,17	0,08
Terapia Radiante	0,60	0,36
Hemodinamia	0,33	0,18
Neurocirugía	0,12	0,07
Angioplastia	0,37	0,20
Transporte	1,06	0,70
Transporte	1,06	0,70
Subtotal	29,81	18,77
Gtos Administrativos U.G.P.	1,04	1,03
TOTAL	30,85	19,80

Fuente: Elaboración propia en base a relevamientos e índices de precios del INDEC