

# INNOVACIÓN EN EL CÁLCULO DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS EN UNA OBRA SOCIAL UNIVERSITARIA

34° Congreso Nacional ADENAG  
Mar del Plata, 23 y 24 de mayo de 2018

José Luis Villarramos, Raúl Ernesto de Vega, Alicia Inés Zanfrillo  
[joseluisvillarramos@gmail.com](mailto:joseluisvillarramos@gmail.com), [devega@copetel.com.ar](mailto:devega@copetel.com.ar), [alicia@mdp.edu.ar](mailto:alicia@mdp.edu.ar)

## Resumen

Las nuevas tecnologías en los ámbitos prestacional y terapéutico implican un mayor costo de los productos farmacéuticos con un gran impacto en la gestión de prestaciones de las organizaciones financiadoras de salud y en los coseguros a cargo de los beneficiarios. Las exigencias frente a una población caracterizada por una mayor representación de los rangos etarios superiores presentan para las entidades financiadoras de salud un desafío para mantener el nivel de prestaciones a sus asociados junto con la sostenibilidad económica. Con escasa literatura científica sobre alternativas de cálculo, el objetivo del trabajo consiste en diseñar una metodología que respete la prescripción médica y los porcentajes de cobertura propios de la entidad, mayores que los establecidos por el Programa Médico Obligatorio -PMO-. Para cada acción farmacológica se agrupan los medicamentos de similares características disponibles en el mercado, a fin de obtener una base de cálculo para establecer el valor de cobertura. La propuesta se realiza para una obra social universitaria a partir del análisis de los perfiles de consumo de los afiliados. La implementación de esta herramienta permite mantener el nivel de cobertura y características de las prestaciones con un menor costo tanto para el afiliado como para la entidad.

**Palabras clave:** cobertura - medicamentos - obra social - salud

## Introducción

Desde fines del año 2007, el contexto socio-económico en general ha transitado cambios significativos, de los cuales la salud, no se ha mantenido ajena. Sin embargo, es a partir del año 2011 que dichos cambios han sido manifiestos y específicos, progresivos y estructurales para todo el ámbito sanitario, tanto privado como de la seguridad social. En esta última etapa, los incrementos de los componentes prestacionales han sido claramente superiores a los incrementos de los salarios, base de cálculo del aporte y contribución que generan los ingresos institucionales esenciales de las obras sociales para afrontar los servicios a brindar (Cetrángolo, 2014).

El mercado de la salud presenta en la actualidad las siguientes características (Franco-Giraldo, 2014):

- Incremento significativo en los costos prestacionales (costos de medicamentos como de prestaciones médicas) en relación con los ingresos, en parte porque los incrementos de los prestadores de

servicios de salud superan a los que corresponden a los sueldos de los trabajadores, y en parte por la incorporación de nuevas prácticas, el avance tecnológico no contemplado en el pasado y la judicialización de la salud que habilita en los tribunales aquellas prestaciones que anteriormente se encontraban excluidas.

- Aparición de nuevas prácticas médicas y tratamientos de elevado costo y uso relativamente frecuente.
- Cumplimiento de exigencias legales, en el marco de la ampliación de los derechos a la salud, que implica una mayor inversión (fertilidad asistida, enfermedad celíaca, tratamiento de obesidad, salud mental y discapacidad, ley de identidad de género, entre otros).
- A partir del aumento en la esperanza de vida y de la dinámica de las condiciones sociales comienzan a aparecer nuevas situaciones que las obras sociales deberán contemplar.
- La expectativa respecto al aumento de precios y al tipo de medicación - en las nuevas generaciones de fármacos- lleva a tomar medidas de resguardo en las finanzas de las obras sociales, ya que sus actuales resultados operativos son negativos y una posibilidad de mayores ingresos es solo posible en el mediano y largo plazo.

La fuerte suba en las ventas de fármacos en el mercado local obedece a diferentes razones (Vincent, Suárez y Franciosi, 2007) figurando entre las principales el incremento en la automedicación así como la recuperación económica que vivió el país luego de la crisis de principios de la década pasada. Federico Tobar (2004), consultor internacional en políticas de salud, enumeró otros motivos:

- en la última década se produjo un aumento en la prescripción de remedios, antes el promedio de prescripción por consulta era de 0,5, es decir una cada dos consultas, y hoy es de 1,8
- los fuertes incentivos a los médicos para que prescriban más y las campañas de marketing por parte de los laboratorios
- la innovación farmacéutica y el lanzamiento de nuevos productos a la venta
- un descenso en la tolerancia al dolor por parte de la población, lo que lleva a que se consuman más medicamentos
- el uso indiscriminado de medicamentos

A la prolongación de la expectativa de vida, se agregan algunas condiciones del contexto que inciden en el consumo de medicamentos como el perfil de consumo de fármacos en el país, donde cada argentino adquiere en promedio 16 cajas o envases por año (COFA, 2012). Otra circunstancia es el incremento de determinadas poblaciones con prevalencia de enfermedades crónicas o mayor intensidad en el consumo de prestaciones y fármacos como en aquellas ciudades reconocidas por un considerable porcentaje de personas mayores como Mar del Plata, bajo la denominación de “polo geronte” o “costa geriátrica” en similitud a Barcelona o Miami (Cogley, 2013). En el Partido de General Pueyrredon donde Mar del Plata es ciudad cabecera se mantienen los porcentajes de personas con más de 65 años: entre el 14,3% en el año 2010 y el 13,9% del año 2001 (INDEC, 2011; MGP, 2001). Para afrontar las mayores demandas de los usuarios de los servicios de salud donde los costos siguen incrementándose en mayor proporción que los ingresos, resulta necesario iniciar el camino en la búsqueda de herramientas, para mantener el mismo

nivel y características de las prestaciones, pero con un menor costo tanto para el afiliado como para la obra social. Uno de los elementos distorsionadores es la dispersión de valores para medicamentos de similares características. En este trabajo propone una metodología de cálculo de cobertura con información del año 2012 a fin de subsanar en parte tal situación en una obra social universitaria -OSU- de la provincia de Buenos Aires.

La OSU tiene una alta cobertura en medicamentos más allá de la prevista en el PMO (Tobar, 2004). Se ofrece según los planes -básico, enfermedades crónicas, materno infantil y medicamentos especiales- coberturas en el rango del 50% al 100%, que le han generado una situación de desequilibrio económico requiriendo la implementación de una herramienta para equilibrar la situación (Tabla 1).

Planes	s/PMO	s/Obra Social
Plan básico	40%	50% / 80%
Planes de enfermedades crónicas	70%	90%
Plan materno infantil	100%	100%
Medicamentos especiales	100%	100%

Tabla 1. Diferencia de cobertura entre el PMO y el de la OSU. 2012. Fuente: elaboración propia

## Metodología

La cobertura de medicamentos original de la OSU se calcula aplicando el porcentaje reconocido sobre el precio de venta al público de la medicación que se le dispensa al afiliado. En la dispensa del medicamento el usuario tiene libertad de elección sobre las marcas comerciales que se ofrecen según las drogas solicitadas. Esta situación genera en la mayoría de las transacciones un costo más elevado del coseguro para el beneficiario y en el importe a cargo de la OSU. La propuesta consiste en la elaboración de una alternativa de cálculo de la cobertura de medicamentos que no altere la prescripción médica, con una oferta de medicamentos de alta calidad y que no implique la disminución de los porcentajes de cobertura, para lo cual se deben agrupar los medicamentos por acción farmacológica, monodroga, presentación y dosis.

Esta metodología, básicamente relaciona medicamentos con características similares, que así reunidos, puedan generar un valor único que resulte de la aplicación de un promedio de todos los precios de venta al público de cada medicación de ese grupo, y así determinar la base de cálculo para aplicar el correspondiente porcentaje de cobertura, teniendo en cuenta que si un medicamento ofrece algún tipo de valor agregado traducido en un diferencial de precio frente a otros del grupo, genere un coseguro calculado entre su precio de venta y el valor promedio reconocido para su agrupamiento por su porcentaje correspondiente.

En el diseño de la alternativa de cálculo se sostienen los siguientes principios:

- Se aplicará en los planes de: (i) Cobertura de Plan básico: 50%/80% del valor promedio, (ii) Cobertura de Plan de Enfermedad Crónica PEC: 90% del valor promedio, (iii) Cobertura de Plan Materno infantil: Medicación al 100% del valor promedio.
- No se incluye a la Medicación Especial, o de A.C.B.I. (oncológica, HIV, esclerosis múltiple, hormonas de crecimiento, etc.) cuya cobertura

continuará siendo del 100% del valor de venta (sin coseguro a cargo del beneficiario).

Es necesario resaltar, que por la aplicación de esta propuesta y ante la posibilidad que el valor de cobertura de una agrupación resulte inferior a lo fijado por el PMO para una dispensa en particular, se debe establecer como límite inferior para la determinación del valor de cobertura a lo previsto por PMO (70% o 40% del P.V.P.).

La ecuación matemática: valor promedio por el porcentaje de cobertura de cada plan, nunca debe ser inferior al Precio Venta Público (PVP) por el porcentaje de cobertura fijado por PMO según el plan para cada dispensa. Las diferencias en el valor de remedios con idénticas virtudes curativas están a la vista al comparar los medicamentos ofrecidos en el mercado por los distintos laboratorios (Tabla 2).

<b>Principio activo</b>	<b>Acción Farmacológica</b>	<b>Diferencia precio</b>	<b>Cantidad de presentaciones</b>
Amoxicilina 500 mg	Antibiótico	104,5 %	12
Ibuprofeno 400 mg	Antiinflamatorio	157,3 %	36
Ácido Acetilsalicílico 500 mg	Analgésico y antipirético	145,8 %	4
Dipirona 500 mg	Analgésico y antipirético	198,5 %	14
Paracetamol 500 mg	Analgésico y antipirético	156,0 %	26

Tabla 2. Dispersión de precios del mercado de medicamentos en drogas básicas según ADELCO (Liga de acción al consumidor). 2012. Fuente: Manual ALFABETA

Las monodrogas más consumidas que tienen cobertura de planes crónicos – PEC (del 90%) presentan una dispersión de precios entre productos con la misma presentación y dosis de los Planes de Dislipemia e Hipertensión, a valores año 2012 (Tabla 3). El medicamento de mayor dispensa corresponde a aquellos de precio más elevado constituyendo un comportamiento esperable pues la diferencia de valor de coseguro no es significativa.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Dosis - Presentación</b>	<b>Unidades dispensadas</b>	<b>Precio de venta público</b>
LIPOCAMBI	10 mg Comp. x 30	21	108,79
VASTINA	10 mg Comp. x 30	0	105,78
AMPLIAR	10 mg Comp. x 30	143	154,57
LIPAREX	10 mg Comp. Rec. X 30	19	106,53
LIPIFEN	10 mg Comp. x 30	0	116,15
LIPITOR	10 mg Comp. x 30	37	158,43
ZARATOR	10 mg Comp. x 30	8	137,78
ATEROCLAR	10 mg Comp. Rec. X 30	1	116,59
LIPIBEC	10 mg Comp. Rec. X 30	2	149,49
TOTAL		231	

Tabla 3. Dispersión de precios PEC Dislipemia - Atorvastatin. 2012. Fuente: elaboración propia

## RESULTADOS

A fin de contribuir a la sostenibilidad de la entidad manteniendo los niveles de cobertura para sus afiliados se elaboró una alternativa de cálculo de medicamentos sin disminuir los porcentajes citados y manteniendo las mismas características así como la calidad de los productos dispensados con un menor costo, tanto para el afiliado como para la OSU (Tabla 4) (Tabla 5).

Ventajas		Desventajas
Afiliado	OSU	OSU
Abona un monto de coseguro equivalente a un % del P.V.P. (para los planes de enfermedades crónicas - PEC del 10% del PVP)	Facilita la gestión de stock y los medicamentos a comprar se definen en función del consumo de los afiliados	El valor de cobertura se establece como un % del PVP del medicamento dispensado, resultando el valor de cobertura un monto superior al calculado con la alternativa propuesta
Se respeta el nombre comercial sugerido por el profesional prescriptor a un valor de coseguro poco significativo respecto de su precio.		La cobertura de la OSU es superior a la establecida por el PMO y por los demás financiadores de salud
La cobertura de la OSU es superior a la establecida por el PMO y a la establecida por los demás financiadoras de salud.		

Tabla 4. Ventajas y desventajas para el afiliado y la OSU según situación actual

Se deberá establecer un criterio de agrupamiento de los distintos medicamentos, ya que los sistemas de actualización de precios del mercado (*Alfabet* y *Kairos*) no los tienen unidos en sus bases de datos, y presentan algunos errores en la escritura, lo que no permitirá una agrupación automática de todos los medicamentos, sino que requerirá un trabajo previo de forma individual de los medicamentos que estarían en el mismo rango (igual acción farmacológica, igual monodroga, igual presentación, igual dosis).

Ventajas	
Afiliado	OSU
La medicación tiene un menor coseguro y en algunos casos sin coseguro si elige un medicamento cuyo PVP es inferior al valor promedio establecido como base de cálculo para la cobertura	El valor de cobertura, al calcularse sobre un valor promedio para cada agrupación, en la mayoría de los casos es inferior al de la situación anterior a la propuesta
La cobertura de la OSU continua siendo superior a la establecida por el PMO y a la por los demás financiadores de salud	El gasto mensual en cobertura de medicamentos disminuye respecto de la situación anterior a la propuesta
	El costo de ventas disminuye respecto de la situación anterior a la propuesta

Tabla 5. Ventajas y desventajas para el afiliado y la OSU según la alternativa propuesta

### IMPACTO ECONOMICO PARA EL BENEFICIARIO Y PARA LA INSTITUCION:

Para la OSU la implementación de la propuesta tiene un doble impacto, que puede medirse, por un lado, en un menor valor de cobertura y por otro, en un menor valor de costo. Si el afiliado elige un medicamento, dentro de los integrantes de la misma agrupación, de menor precio de venta para abonar un coseguro bajo o no abonar coseguro, dependiendo del valor promedio de esa agrupación, la OSU tendrá un menor valor de costo, ya que procederá a

costear un producto de precio de venta público menor. Cuando el afiliado lleva un medicamento, de un rango de precios alto, según el valor promedio de esa agrupación, abonaría un coseguro mayor, y el valor de cobertura de la OSU sería menor, ya que la base de cálculo sobre la que se aplicaría el porcentaje de cobertura sería un valor promedio de ese grupo de medicamentos y no su precio de venta.

En el caso del afiliado, el impacto económico se puede medir en el porcentaje que abona de coseguro sobre el precio de venta al público del medicamento. A continuación se presentan ejemplos de algunos medicamentos que integran la agrupación correspondiente a la acción farmacológica: hipertensión, monodroga Losartan, dosis 50 mg y presentación de 30 comprimidos (Tabla 6) (Tabla 7) (Tabla 8).

Nombre del medicamento	Presentación	Preciopúblico#	Valor de Costo	Unidades dispensadas*	Valor promedio
VASEXTEN 50	50 MG COMP.REC.X 30	138,12	93,92	5	140,13
LOSACOR	50 MG COMP.REC.X 30	169,90	115,53	161	140,13

Tabla 6. Consumo, precio, valor promedio y Costo - Período: 2 meses del año 2012. Fuente: elaboración propia.

Situación anterior a la propuesta: cobertura 90 % sobre PVP.

Nombre del medicamento	Presentación	Preciopúblico	Valor de Costo	Cobertura OSU	Coseguro Afiliado
VASEXTEN 50	50 MG COMP.REC.X 30	138,12	93,92	124,31	13,81
LOSACOR	50 MG COMP.REC.X 30	169,90	115,53	152,91	16,99

Tabla 7. Determinación del Valor de cobertura (90% sobre PVP) y coseguro. 2012. Fuente: elaboración propia.

Situación una vez implementada la propuesta: cobertura 90% sobre valor promedio.

Nombre el medicamento	Presentación	Preciopúblico	Valor de Costo	Valor promedio	Cobertura OSU	Coseguro Afiliado
VASEXTEN 50	50 MG COMP.REC.X 30	138,12	93,92	140,13	126,12	12,00
LOSACOR	50 MG COMP.REC.X 30	169,90	115,53	140,13	126,12	43,78

Tabla 8. Determinación del Valor de cobertura (valor promedio) y coseguro. 2012. Fuente: elaboración propia.

Respecto al medicamento VASENTEX 50 en la situación anterior a la propuesta el afiliado abona \$ 13,81 de coseguro, la OSU tiene un valor de cobertura de \$ 124,31 y un valor de costo de \$ 93,92. Al implementarse la propuesta abonaría \$ 12,00 y la cobertura de la OSU sería \$ 126,12. En este caso el afiliado se beneficia abonando \$ 1,81 menos de coseguro, para la OSU tendrá un valor de cobertura mayor en ese mismo monto. En este ejemplo solo beneficia al afiliado.

Respecto al medicamento LOSACOR en la situación anterior a la propuesta el afiliado abona \$ 16,99 de coseguro, la OSU tiene un valor de cobertura de \$ 152,91 y un valor de costo de \$ 115,53. Al implementarse la propuesta abonaría \$ 43,78 y la cobertura de la OSU sería \$ 126,12 (Tabla 9).

Medicamento LOSACOR	P.V.P.	Cobertura	Coseguro	Costo
Antes de la propuesta	169,90	152,91	16,99	115,53
Con la propuesta	169,90	126,12	43,78	115,53

Tabla 9. Diferencia entre valores de cobertura. 2012. Fuente: elaboración propia.

En este caso el afiliado se perjudica abonando \$ 26,79 más de coseguro mientras que para la OSU tendrá una disminución de su valor de cobertura por el mismo monto. En este ejemplo solo se beneficia la OSU.

Para el caso de afiliados que se les dispensaba LOSACOR, en la situación anterior, la diferencia de ahorro de su coseguro era de solo \$ 3,18, si decidía cambiar por el VASENTEX 50. Una vez implementada la propuesta, ahora su coseguro por el LOSACOR sería de 43,78 pero es solo de \$ 12,00 por el VASENTEX, por lo que su ahorro de coseguro pasa a ser de \$ 31,78.

Si el afiliado opta por el cambio de medicación abonaría un menor coseguro y la OSU tendría un menor costo de ventas al costear un medicamento de menor precio. En este ejemplo se verían beneficiados tanto el afiliado como la OSU.

Si bien el objeto del presente trabajo consiste en diseñar alternativas de cobertura de medicamentos en relación de equidad entre el beneficiario y la Institución, es necesario resaltar la conducta de los afiliados posterior al cambio. La conducta esperable de los afiliados es optar por el cambio de medicación en el ejemplo citado.

## CONCLUSION

La OSU objeto de estudio, había observado señales de alarma respecto de defecto que producían los incrementos permanentes en los valores de los medicamentos y que también afectaban a los beneficiarios, y que de continuar con la conducta histórica, los efectos económicos y financieros provocarían consecuencias indeseadas en el funcionamiento de la misma. Eso fue lo que ha motivado el análisis llevado a cabo y como consecuencia de ello avanzar en el proyecto que se expone en este trabajo. Se ha cumplido el objetivo de diseñar una metodología de cálculo de cobertura de medicamentos según la acción farmacológica para una OSU. Señalando como resultado de la implementación de esta herramienta, el cumplimiento del propósito de mantener el mismo nivel y características de prestaciones con un menor costo tanto para el afiliado como para la OSU.

Se ha formulado una metodología de cálculo de cobertura respetando los actuales porcentajes de cobertura de la OSU, demostrando los hechos posteriores la viabilidad de su implementación, ya que básicamente aglutina o define paquetes de medicamentos con características similares, que así agrupados, generan un *valor único* que resulta de la aplicación de un *promedio* de todos los precios de venta al público de cada medicación de ese grupo, y así determinar la base de cálculo para aplicar el porcentaje de cobertura correspondiente a cada plan. Es necesario resaltar que esta herramienta es de aplicación para aquellos financiadores de salud que posean farmacias propias, y que centralicen en las mismas la dispensa de medicamentos ambulatorios en un alto porcentaje o en su totalidad.

Presentada la idea a las autoridades de la OSU – Consejo Directivo - como una propuesta de mejora y de perdurabilidad, mencionando expresamente que este

cambio ayuda a la sostenibilidad de la OSU y refuerza la continuidad de altas coberturas brindadas, aprobándose el inicio de su implementación. El valor anual de cobertura de medicamentos se reducirá considerablemente, tal como se ha expuesto, con la característica de no afectar la prestación y calidad del servicio y productos dispensados. Desde el punto de vista del análisis costo – beneficio: no existen dudas que los costos incurridos (horas de personal, mayores costos de honorarios, equipamiento, difusión y adecuación de los sistemas informáticos) serán irrelevantes frente al beneficio a obtener ya que el ahorro del valor de cobertura implementando esta herramienta es significativo.

## Referencias bibliográficas

- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 8(13), 145-183. Recuperado de [http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli\\_v8\\_n13\\_05.pdf](http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli_v8_n13_05.pdf)
- Confederación Farmacéutica Argentina (2012). *Una sociedad sobremedicada*. Buenos Aires: COFA. Recuperado de <http://www.cofybcf.org.ar/ver-mas-profesionales.asp?1132#>
- Cogley, R. U. (2013). *Mar del Plata ¿Polo geronte a principios del siglo XXI?* Recuperado de [http://www.observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografia socioeconomica/Geografiadeltransporte/01.pdf](http://www.observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografia%20socioeconomica/Geografiadeltransporte/01.pdf)
- Franco-Giraldo, Á. (2014). Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 98-107. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-386X2014000100011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2014000100011)
- García, J. A. (2014). *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso* (No. 204). Banco de la Republica de Colombia. Recuperado de [http://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/3072/La %20salud%20en%20Colombia.%20M%C3%A1s%20cobertura%20pero %20menos%20acceso.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/3072/La%20salud%20en%20Colombia.%20M%C3%A1s%20cobertura%20pero%20menos%20acceso.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011). *República de Argentina. Población*. Buenos Aires: INDEC. Recuperado de [https://www.indec.gob.ar/ftp/censos/2010/CuadrosDefinitivos/P2-D\\_6\\_357.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/censos/2010/CuadrosDefinitivos/P2-D_6_357.pdf)
- Municipalidad del Partido de General Pueyrredon(2001). *Censo 2001 - Población*. Mar del Plata: MPGP. Recuperado de <http://appsvr.mardelplata.gob.ar/ciem/Censo%202001/Censo%202001-Poblaci%C3%B3n.PDF>
- Tobar, F. (2004). *Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina*. Inter-American Development Bank. Recuperado de <https://publications.iadb.org/handle/11319/5261?locale-attribute=es&>
- Vincent, R., Suárez, C., & Franciosi, E. (2007). *Actores y agenda en el sistema de salud argentino. Sector farmacéutico*. In Seminar VII of the Seminar Series on Public Health, Centro de Estudios de Estado y Sociedad

(CEDES), 17. Recuperado de  
<http://www.cedes.org.ar/publicaciones/sspp/2007/sspp200707.pdf>