

12057



Rosalía Canclini

- CAJA DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

JUJUY -

INFORME N° 2

"PROPOSICION Y ALTERNATIVAS"

- INFORME N° 2 -

"Proposición y Alternativas"

1. Introducción

El presente Informe N° 2, "Proposición y Alternativas", tiene como objeto presentar soluciones alternativas a los problemas legales y normativos, administrativos, financieros, técnicos, asistenciales, operativos, físicos y de equipamiento, observados en el Diagnóstico de la Caja del Seguro de Enfermedad y que fueron presentados por este Grupo a ese Consejo, en el Informe N° 1, "Diagnóstico y Relevamiento", con fecha 24 de octubre del año en curso.-

Los lineamientos generales de las soluciones alternativas que aquí se exponen han sido discutidos en primer lugar con miembros de ese Consejo y, posteriormente, presentados a consideración del Sr. Gobernador y a las autoridades del Ministerio de Bienestar Social, Señores Ministro y Sub-Secretario de Salud Pública, el día 22 de noviembre de 1972.-

De la reunión de referencia, se ha extractado el Anexo N° 1, que se acompaña al presente, y cuyo original quedó en poder de las autoridades provinciales de referencia.-

Las propuestas actuales y las que eventualmente procedieran del tratamiento antes citado quedarán finalmente supeditados a:

- Políticas y Programas futuros del Gobierno de la Provincia en la materia.-
- Factibilidad económica - financiera y previsión presupuestaria correspondientes.-

- Factibilidad en relación con la reorganización y adecuación de recursos materiales y humanos del Sector Salud- (Público-Privado).-
- Grados de aceptación entre los distintos implicados en el sistema (afiliados - prestadores).-
- Interés de la comunidad en integrarse al Sistema.-

2. Contenido de este Informe N° 2

El presente documento consta de 9 apartados, referentes a los distintos aspectos antes mencionados, ofreciéndose en cada uno de ellos la problemática general correspondiente y la presentación de soluciones alternativas, indicando aquellas que, a criterio del Grupo, pueden adaptarse mejor a las circunstancias.-

Los capítulos aquí contenidos, conforme al Plan de Trabajo oportunamente convenidos son:

- 2.1 El Sistema de Atención Médica Integral en el contexto de la Salud Pública y en la Seguridad Social.-
- 2.2 El Ente de Gestión.-
- 2.3 Campo de Aplicación.-
- 2.4 De las acciones y prestaciones.-
- 2.5 Forma de retribución y pago a los servicios prestadores.-
- 2.6 Relación del Sistema de Seguro de Atención Médica Integral con los Recursos Asistenciales.-
- 2.7 Programa de Evaluación y de Auditoría Profesional.-
- 2.8 Recursos financieros.-
- 2.9 Infraestructura.-

3. Etapas a seguir por el Grupo

Luego de la selección y aprobación de las alternativas, por parte de las autoridades provinciales, el Grupo procederá a implementar las resoluciones adoptadas, incluyendo la reforma de la Ley de la Caja del Seguro de Enfermedad, reglamentación de la misma; sistemas administrativos y sus respectivos manuales instructivos; normas de trabajo; programa de control, auditoría y evaluación de las prestaciones; estadística, programa de información y difusión y otros aspectos relacionados, conforme al Plan de Trabajo aprobado. Los programas correspondientes serán motivo de los informes 3, 4, 5 y 6.-

**2.1 EL SISTEMA DE ATENCION MEDICA INTEGRAL EN EL CONTEXTO
DE LA SALUD PÚBLICA Y EN LA SEGURIDAD SOCIAL**

2.1 - EL SISTEMA DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL EN EL CONTEXTO
DE LA SALUD PUBLICA Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL -

Del diagnóstico del Sistema de la Caja del Seguro de Enfermedad, se desprende que, al igual que en otros regímenes - similares en el país, las actividades asistenciales se desarrollan independientemente de políticas, pautas, Programas de Salud Pública de la Provincia, Igual situación se observa en el área de la Seguridad Social.-

En consecuencia las alternativas que se enuncian a continuación muestran algunas líneas operativas destinadas a integrar las áreas en cuestión.-

1. En el Area de la Salud Pública

El regimen asistencial en el contexto de la Salud Pública implica entre otros aspectos fundamentales la idea de - coordinar o de integrar los servicios con otros efectores de - Atención Médica.-

Para ello se efectuarán convenios con otras Instituciones, tales como el Ministerio de Bienestar Social, Obras - Sociales Nacionales, Sindicales y con las Obras Sociales Provinciales, tal como las que integran la Comisión Interregional de - Obras Sociales Provinciales.-

Los convenios contemplarán la coordinación en el uso de los recursos disponibles, y de la capacidad instalada, así como también Programas de Atención Médica, -- (preventiva, de recuperación y rehabilitación).--

Incluye asimismo la posibilidad de integración en la Zonificación Sanitaria Provincial o Regional.--

2. En el Area de la Seguridad Social

- Integración del Sistema de las Cajas de Previsión Social con la del Seguro Médico, con el propósito de utilizar-- los fondos inactivos o de reserva de la Caja de Previ--- sión, en inversiones para aumentar la capacidad instala-- da y otros recursos para la Atención Médica.--
- Unicidad administrativa de ambos regimenes, lo que impli-- ca, un único proceso de cotización, afiliación, creden-- dencial y otros aspectos relacionados, tales como utili-- zación conjunta de Delegaciones y otros recursos adminis-- trativos (computadoras, etc.).--

2.2 EL ENTE DE GESTION

2.2 Ente de Gestión

1. Organo de aplicación del Sistema

Al analizar el aspecto normativo del Sistema de la Caja del Seguro se estableció que se trata de un organismo descentralizado y autárquico del Estado Provincial. Este criterio debe mantenerse a fin de que el Ente (Instituto, de acuerdo a la terminología aceptada en la actualidad, en la legislación vigente) no encuentre Vallas que le traben la gestión específica. Es necesario destacar que la autarquía no implica una desvinculación del Poder Administrador, sino que, a fin de lograr una mejor operatividad, se desprende relativamente de los Sistemas Administrativos Centrales. La descentralización deberá ser no sólo funcional, sino también orgánica.

La descentralización no implica por supuesto desvinculación, la que debe mantenerse en todo momento a fin de que las políticas de Gobierno se cumplan en todos los Organismos que realizan fines públicos específicos.

Nuestro criterio se adecúa a los lineamientos generales de la materia por lo que se trata de una proposición y no de una alternativa.

2. Naturaleza Jurídica del Instituto

Como ya se mencionará deberá tratarse de un Instituto Autárquico. Este tendrá aptitud para autoadministrarse y cumplir los fines públicos específicos que se le asignen.-

Es conveniente aclarar que el término Autarquía junto con el de Autarcía traducen conceptos administrativos y no políticos, como los de Autonomía y Soberanía. Esta distinción cobra significación si observamos que el Ente Autárquico funciona de acuerdo a una norma (Ley) que le es impuesta, lo que no ocurre con el autónomo. Por tanto al imponérsele fines y mecanismos, es el Poder Administrador Central y/o el Poder Legislativo el que, en última instancia le marca la ruta a seguir y le resguarda mediante controles específicos. Es también importante destacar que el Instituto que se propone posea la Autarcía como característica de importancia ya que este término traduce la idea de autosuficiencia económica tan necesaria en esta materia.-

La noción de autarcía propuesta se relaciona con las proposiciones y alternativas de tipo financiero que más adelante se enumeran. (Apartado 2.8).-

3. Atributos del Instituto

Por tratarse de una persona jurídica descentralizada debe tener capacidad para actuar pública y privadamente en cumplimiento de los objetivos que le son propios y que se los diera el Poder Central, en tanto no exceda el marco de facultades consignadas en la norma-origen.

Las relaciones en el ámbito público y privado se justifican plenamente si nos adentráramos en la naturaleza de las prestaciones de Seguridad Social a que se tiende, ya que las mismas (en especial las médico asistenciales) se desenvuelven en los planos estatal, paraestatales, privado y mixto, siendo por ello indispensable abarcarlas mediante vínculos fácticos y jurídicos.

Se observa en la actualidad que existen algunas restricciones en materia de contrataciones con sectores a proteger que tornan a la Caja en un Organismo de estructura prácticamente cerrada. La posibilidad (a través de la Ley) de extender la cobertura a otros sectores no implica la necesaria y total libertad de ingreso de los grupos poblacionales, lo que debe ser analizado y resuelto de acuerdo a políticas, prioridades y posibilidades técnicas y económicas.

4. Funciones del Instituto

Los atributos que se proponen en el punto 3, tienden fundamentalmente al cumplimiento del sistema prioritariamente Médico-Asistencial, que se propone, y que más adelante se alternativiza.-

Por ello, se deberá tratar de abarcar los sectores actuales más los que ingresen (para ello conviene que el sistema sea relativamente abierto, lo que se regularía a través de reglamentación) con las mayores y mejores prestaciones posibles en las condiciones más ventajosas para el usuario. (Consúltese 2.3 "Campo de Aplicación" y 2.4 "De las Acciones y Prestaciones").-

5. Control del Instituto

El Organismo así concebido pierde la clásica relación jerárquica que caracteriza a los Organismos centralizados, la que es reemplazada por el llamado "control Administrativo", por ello es conveniente consignar en la norma creadora que quede bajo la "dependencia" del Ministerio de Salud Pública (el que dará las políticas que seguirá el Instituto). No existe así relación de dependencia, mas es necesario vigilar, a través de los órganos de cuidado, del patrimonio y las finanzas fiscales, así como por el Ministerio del Área que cuidará el cumplimiento técnico y político de los que el Poder Ejecutivo haya encarado.

6. Dominió del Instituto

De acuerdo a la distribución poblacional la sede deberá hallarse (como hasta ahora) en la Capital de la Provincia y tener delegaciones con personal propio en el interior.-

7. Autoridades del Instituto

La concepción moderna en la materia, aprobada por la Constitución Nacional y antecedentes legales de carácter general (Decreto Ley 693/60, Ley 18.610, etc.) y particular, indica la coadministración de los sistemas de Obras Sociales entre el Estado y los afiliados por lo que el Instituto deberá ser dirigido por un Directorio integrado por representantes de los afiliados y del Gobierno de la Provincia. En este sentido y sustentando la real representación de las partes, existen numerosas alternativas que creemos indispensables sean analizadas en terreno a fin de contemplar las particularidades del caso con las Autoridades.-

2.3 CAMPO DE APLICACION

2.3 . CAMPO DE APLICACION

En el diagnóstico se ha destacado la significación de la cobertura asistencial de la Caja con relación a la población de la provincia.

A pesar de estar limitado a los agentes de la Administración Pública Provincial y Municipal.-

. TENDENCIAS ACTUALES

Los seguros sociales inicialmente comenzaron por proteger a los económicamente débiles, posteriormente, se extendió la protección a todos los asalariados y, en estas últimas décadas, se tiende a proteger a toda la población activa.-

En el país, la Seguridad Social, especialmente, en el ámbito de la atención médica, y a partir de la creación del INOS ha promovido la formación de Obras Sociales para todos los activos (incluyendo personal de dirección, empresarios, etc.)-.

. ALTERNATIVAS PROPUESTAS

En vista de las tendencias antes expuestas, el grupo considera la actual coyuntura como la más propicia para expandir el campo de aplicación de la Caja, intentando alcanzar la mayor proporción de población activa que sea posible. No deseamos profundizar sobre el tema sólo apuntaremos algunas ventajas de indudable envergadura para la Provincia:

- Mejorar el nivel de salud de su población
- Aumentar la capacidad instalada
- Retener los aportes de su propia población en la Provincia
- Canalizar los aportes de los activos de altas remuneraciones a com-

//

pensar los de afiliados de bajos salarios.

- Movilizar importantes sumas de dinero
- Promover la creación de fuentes de trabajo.-

• ALTERNATIVAS SOBRE EL CAMPO DE APLICACION

Concretamente se proponen las siguientes alternativas con respecto a las personas a proteger con el nuevo sistema.-

• CAMPO DE APLICACION DEL SISTEMA

- 1) Agentes activos y pasivos de la Administración Pública Provincial y Municipal y sus respectivos grupos familiares (según lo determine la reglamentación).-
- 2) Otros sectores de la actividad pública o privada que no resulten económicamente perjudiciales para el Sistema, en el siguiente orden:

A) No protegidos por otros sistemas.

ENTIDADES PUBLICAS
Y/O PRIVADAS

- Directores de Empresas
- Comerciantes
- Industriales
- Independientes
- Comunidades Religiosas o Indígenas
- Otros

B) Protegidos por otros sistemas

PROTEGIDOS

- Personal de Dirección
- Sindicatos que no tengan organizadas sus Obras Sociales en el ámbito Provincial.
- Sindicatos con Obras Sociales organizadas pero servicios poco accesibles.
- Otros

///

///

Los del grupo 1) son los actuales afiliados obligatorios.-

Los del grupo 2) integrarían el sistema mediante un régimen de afiliación voluntaria.-

En caso de decisión a favor de la afiliación de algunos de estos -
últimos grupos sociales, en el Informe N° 5, se darán a conocer en detalle
los programas de expansión.-

2.4 DE LAS ACCIONES Y DE LAS PRESTACIONES

• Programas de Atención Médica

Del diagnóstico de la Obra Social surge que si bien el --
enunciado de las prestaciones, estaría destinado a acciones in--
tegrales de salud, se observa que hay un énfasis en las presta--
ciones de recuperación y algunas de rehabilitación, sin que --
las mismas por otra parte, alcancen los niveles de cobertura --
esperados; tal como puede comprobarse en el estudio sobre Ta--
sas de Utilización de Servicios.-

Tampoco existen Programas de Atención Médica, quedando li--
brado a la eventual demanda y oferta de las prestaciones.-

En consecuencia, se enuncia a continuación las distintas --
acciones, prestaciones y programas que deberán aborgarse en un --
sistema integral, como el que se propone.-

1. De las Acciones

A los efectos de cumplir con los distintos niveles de --
prevención, la Atención Médica además de resolver los proble--
mas de recuperación de la salud pondrá énfasis en la preven--
ción primaria, según prioridades y posibilidad de ejecución --
progresiva. En tal caso, las acciones a cumplirse deberán --
ser:

- Promoción
- Protección

- Recuperación
- Rehabilitación

completados, eventualmente, con investigación y docencia.-

2. De las Prestaciones

Con el objeto de servir a los objetivos enunciados, deberán ofrecerse prestaciones, en forma de bienes y servicios, - siempre en base a prioridades y factibilidad económica, financiera y técnicas. Se incluirán entre las prestaciones:

- Médicas
 - Odontológicas
 - Medicamentos
 - Internaciones
 - Diagnósticos
 - Radiología
 - Laboratorio
- Asistencia Social
- Enfermería - Kinesiología
- Prácticas Auxiliares
 - Inyectables
 - Nebulizaciones y otros
- Traslados de Enfermos
- Prótesis - Ortesis
- Cristales Correctores
- Otras a determinar

3. De los Programas de Atención Médica

Un avance en materia de salud a nivel de Obra Social, lo determina la necesidad de organizar las acciones y prestaciones de modo que sirvan a Programas de Atención Médica de manera que los esfuerzos económicos-financieros y técnicos se ejecuten en cumplimiento de objetivos y metas definidas, lo que permitirá evaluar la eficacia y eficiencia de las actividades, además de la racionalización del uso de los recursos.

Esto implica además, la idea de integrar y coordinar programas de Atención Médica con los otros subsectores de salud, Pública, de Obras Sociales, etc., incluyendo el uso de la capacidad instalada y recursos humanos de dichos subsectores.-

En tal caso se desarrollarán Programas de Atención Materno-Infantil, Detección Precoz de Enfermedades Prevalentes y otros, siempre según prioridades y factibilidad económico-financiera y técnica.-

Al efecto del control, supervisión, evaluación y auditoría de estos programas, se prevén Programas de Estadística, de Control de Prestaciones y de Auditoría Profesional Compartida, que serán formulados en el Informe N° 5, por este Grupo Asesor, y a los cuales se hace referencia particular de este documento.-

4. Alternativas

En este momento no es posible ofrecer modelos alternativos de Atención Médica, en la medida que no están definidos-

los recursos financieros, ni la adecuación y utilización de la capacidad instalada de estos Instrumentos de Salud y --- otros aspectos relacionados.-

Sin embargo, como alternativa mínima será oportuno mantener las actuales prestaciones, facilitando el mayor y --- oportuno accionar a los mismos por parte de los afiliados.-

Los modelos alternativos serán ofrecidos en el Informe N° 5.-



2.5 FORMA DE RETRIBUCION Y PAGO A LOS SERVICIOS PRESTADORES

2.5 - FORMA DE RETRIBUCION Y PAGO A LOS SERVICIOS PRESTADORES -

Este Capítulo adquiere interés relevante en la medida que se están empleando en el país nuevas formas de remuneración y pago de los servicios prestadores, a los efectos de racionalizar el uso de los recursos humanos y financieros, buscando además modificar el enfoque con que se presta actualmente la atención médica, preferentemente recuperativa y procurando un sistema en el que los primeros niveles de prevención adquieran el desarrollo que corresponde.-

A continuación, se ofrecen distintos sistemas de remuneración de los Servicios, considerando las eventuales ventajas u objeciones a cada uno de ellos.-

1. Consideraciones Generales

La Ley Nº 19.710 crea la "Comisión Paritaria Nacional" para la concertación de convenios tarifarios, constituida con Delegados de las Entidades Prestatarias (C.G.T.) y de los prestadores (Confederación). La aplicación de dichas tarifas es obligatoria para los servicios de atención médica de las Obras Sociales comprendidas en el Sistema de la Ley Nº 18.910.-

Las Obras Sociales Provinciales al hallarse expresamente exceptuadas del régimen de la mencionada Ley --- pueden convenir sus propias tarifas con sus servicios prestadores.-

Las pautas generales para la concertación del -- valor de las prestaciones o nivel de remuneración en cual-- quier sistema de contratación pueden esquematizarse de la -

siguiente manera:

- 1) - Nivel de necesidades de Atención Médica de la población a proteger. Si el ámbito de aplicación de los servicios requiere urgentes medidas de atención médica (elevada morbi-mortalidad infantil y general, enfermedades prevalentes, etc.) la fijación de aranceles será función social de dicha necesidad.-
- 2) - Recursos materiales en los que se prestará dicha atención, si se procura utilizar la capacidad ociosa existente en la Provincia (Oficial o Privada) la fijación de tarifas tendrá en cuenta esta circunstancia.-
- 3) - Las posibilidades económicas de las Provincias y fundamentalmente el nivel salarial de los afiliados, bases sobre la cual se conforma la capacidad financiera de las Obras Sociales.-
- 4) - El aumento potencial de la demanda ya que, la financiación de la salud por las Obras Sociales da acceso a los servicios a sectores antes desprotegidos, representando esta circunstancia, nuevas fuentes de trabajo para los prestadores.-
- 5) - Asegurar una retribución justa de los prestadores y los trabajadores de la salud.-

2. Particularidades de cada Modalidad

2.1. Por Acto Médico o Prestación

Los honorarios que se abonan al profesional por cada prestación realizada están fijados por la tarifa o arancel convenido entre los cuerpos profesionales colegiados y las Obras Sociales.-

La Ley Nº 19.710 expresa que la contratación por prestaciones se configura respecto de aquellos casos en que las actividades de actuación médica se convengan en base a valores fijos por acto profesional.-

Estos valores debieran estar en función del tiempo que demanda, del costo hora-hombre (Profesional, técnico, trabajador), costos de los elementos empleados y, en su caso, del rédito del capital invertido.- Sin embargo, la fijación de estos valores monetarios en los actos o prestaciones médicas y demás servicios son producto de apreciaciones intuitivas no siempre equitativas con respecto a su real costo. Los sucesivos convenios han ido tratándose de corregir algunas de estas injustas valoraciones (sobre o sub valoradas).-

- Características del Sistema

- El paciente consulta libremente al médico.-
- Los aranceles se convienen con el Seguro.-
- El profesional cobra por prestación.-
- El Seguro paga al profesional o Colegio Profesional, el arancel estipulado.-
- El usuario paga una parte del arancel (ticket moderador)-
- En otras ocasiones, el Seguro reintegra gastos al afiliado, en base a aranceles estipulados.-

• Ventajas

- Se acerca más al esquema de la medicina privada, con asignación directa.-
- Tiene la ventaja de promover la competencia profesional.- Ello resulta beneficioso para la población atendida, ya que los facultativos deben esforzarse y superarse profesionalmente para mantener y aumentar su clientela.-

• Objeciones

- Es financieramente imprevisible. Posibilita abusos.-
- Se critica "su falta de sentido social".-
- El sistema no alienta la actitud y la práctica de controles de salud, prevención, etc.-
- La libertad de oferta-demanda no corresponde a programas de Atención Médica, y puede apartarse incluso de políticas de Salud Pública, Demográficas y otras.-
- No promueve la atención preventiva de la enfermedad.-

2.2. Modalidad - Remuneración Fija - Pago por Sueldo

• Características del Sistema

- Médico a sueldo pagado por el Estado o por el Seguro o ambos

• Remuneración

a) Con respecto al profesional:

- edad
- títulos
- tiempo de ejercicio de la profesión
- especialidad
- sitio de desempeño
- otros

Escalas de ascensos o jerarquías en el servicio de hospitales.-

b) Con respecto a la actividad profesional

- Tiempo empleado por paciente que permita una efectiva atención.-
- Lugar de la visita: domicilio, consultorio del médico, consultorio externo; (Hospital, Obra Social, Internados, etc.)
- Horario (nocturno-diurno)
- Distancia (urbano-rural)

• Ventajas

- Tiene la ventaja financiera de poder establecer presupuestos para el sistema. Son provisiones fijas que se hacen básicamente sobre el número de médicos.-

• Objeciones

- Señala los defectos de la vieja "función pública", - las influencias, el abandono del acto profesional, - la insuficiencia crónica de las remuneraciones.-

2.3. Pago por Cápita

• Características del Sistema

- Esta remuneración no es por paciente sino por persona inscrita o por familia.-
- El asegurado se inscribe en la lista del médico de su elección.-

La cuota fija mensual que se abona por afiliado (directo o indirecto) al prestador o equipo de prestadores puede ser determinada en función de:

- La naturaleza y composición de las prestaciones que se comprometen a brindar.-
- Las demandas medias de servicios que se establezca deba atender la entidad prestadora.-
- El número de beneficiarios.-
- El tiempo de dedicación a la atención del afiliado por parte del profesional.-

• Ventajas

- Tiene la ventaja financiera de permitir establecer presupuestos para el Sistema.-
- Mantiene la libre elección bilateral. El asegurado elige al médico y puede cambiarlo en tiempos determinados.-
- Evita el lucro.-
- El paciente consulta al médico general libremente y no tiene que pagar recargos por las consultas.-
- El médico no cobra por morbilidad. Su remuneración está relacionada con el número de asegurados inscritos en su lista.-
- Asegura una prestación igualitaria, sin relación con la capacidad económica del afiliado.-

- Da tranquilidad económica al médico, ya que la percepción de honorarios no oscila con la demanda.-
- El sistema posibilita al profesional fijar topos de trabajo en correlación con la actividad que pueda desplegar en otro sitio.-
- Permite el seguimiento del control médico del enfermo y de la prevención de enfermedades.-

• Objeciones

- El médico trata de no crearse trabajo. Esta forma no garantiza la calidad de sus cuidados, aunque estimula también la superación profesional.-
- Tiene el riesgo de aumentar el trabajo del médico y de facilitar consultas innecesarias por parte del afiliado -
- Propensión del médico general a reenviar al especialista mayor número de pacientes, para ahorrarse trabajo y ganarse la adhesión de la clientela por su complacencia.-
- Posibilidad de que el médico con dedicación parcial acepte al asegurado como cliente particular, con el consiguiente riesgo de coacción indirecta sobre el primero.-

2.4. Cartera Fija

• Características del Sistema

Consiste en la convención de servicios de atención médica mediante una suma determinada, mensual o anual.-

En tal caso se definen la naturaleza de las prestaciones correspondientes.-

La fijación del monto anual o mensual que se abona al prestador o grupo de prestadores se establece en función de las actividades de la atención médica que se convengan. En cuanto a las pautas a tener en cuenta al asignar valor a la prestación son similares a las enunciadas para el sistema de capitación.

• Ventajas y Objeciones

Son similares a los de capitación y remuneración fija.-

2.5. Pago por Programa de Atención Médica

• Características del Sistema

Consiste en retribuir las prestaciones en base a programas convenidos, con los servicios, lo que implica la idea de supervisión y evaluación de modo que los recursos y prestaciones se organizan en función de objetivos.-

Las provisiones que otorga el profesional, grupo o equipo de profesionales.-

Las remuneraciones pueden convenirse por etapas del programa cumplido, ya sea por beneficiario asistido, por grupo familiar o por población protegida, según el programa a su cargo.-

• Ventajas

Esta forma de retribución está basada en ciertos conceptos, cuyas ventajas son:

- a) Cualquiera sea el régimen de retribución de prestaciones, las mismas no siempre son eficientes y son de rendimiento limitado sino responden a un programa y quedan supeditadas solamente a la demanda, especialmente en los primeros niveles de prevención. Se pretende que en este sistema se racionalicen los recursos.-
- b) Las prestaciones que responden a un programa, permiten la evaluación del mismo.-
- c) Medicina en equipo de salud, incluyendo los de las Ciencias Sociales.-
- d) Medicina extramural y comunitaria, especialmente --

para sectores de población con menores posibilidades de demanda de atención médica, pero con mayores -- problemas de salud.--

Consiste en retribución al médico (preferentemente al grupo de salud) por programa. Es una variante de-
capitación pero selectiva para cierto tipo de población más-
vulnerable, por ejemplo materno-infantil; en este caso, pago
por embarazo, parto y puerperio controlado, incluyendo el --
del niño sano y/o enfermo.--

• Objeciones

Implica una programación técnico-administra-
tiva de variable complejidad, incluyendo los mecanis-
mos de retribución. Este punto merece un análisis
particular.--

2.6 RELACION DEL SISTEMA DE SEGURO DE ATENCION MEDICA

INTEGRAL CON LOS RECURSOS ASISTENCIALES

**2.6 RELACION DEL SISTEMA DE SEGURO DE ATENCION MEDICA
INTEGRAL CON LOS RECURSOS ASISTENCIALES**

2.6 - RELACION DEL SISTEMA DE SEGURO DE ATENCION
MEDICA INTEGRAL CON LOS RECURSOS ASISTENCIALES -

Del diagnóstico se comprueba que la totalidad de los recursos asistenciales son contratados por la Obra Social en el sector privado.-

Esta circunstancia determina, especialmente para la Farmacia algunas distorsiones.-

Estas se producen a distintos niveles, posibilidades por el ordenamiento administrativo, vigente (aplicación de una receta que está en poder del profesional, sin autorización previa por parte de la Obra Social. "Receta Verde").-

Además no existen mecanismos que permitan el control en la etapa de la entrega del medicamento al afiliado, por la Farmacia.-

1. De los Recursos Asistenciales

Relación con los Servicios Prestadores

Existen por lo menos dos modalidades típicas de relación entre los servicios prestadores y el ente de gestión:

1.1 Servicios propios del ente.-

1.2 Servicios contratados o convenidos.-

De ello se derivan formas mixtas.-

1.1 Servicios Propios del Ente

• Recursos Materiales

Las alternativas posibles en estos casos son variadas incluyendo la propiedad y utilización del Hospital, Far-

cia, Laboratorio, Consultorio Odontológico y Médico y otros.-

En el caso particular de la Caja del Seguro de Enfermedad, se plantea particularmente la Farmacia propia (o a través de los sindicatos) como un servicio para solucionar los problemas planteados en la introducción de este apartado. Las alternativas y factibilidad serán ofrecidas en el Informe N° 5.-

Con respecto al Hospital propio, esta alternativa no se considera ya que, en principio, se tratará de utilizar la capacidad instalada tanto del Sector Privado (como actualmente ocurre) como la del Sector Público y de otras Obras Sociales.-

• Recursos Humanos

Este aspecto será considerado especialmente en este mismo documento, en el apartado "Forma de Retribución y Pagos a los Servicios Prestadores", en la forma de "Remuneración Fija".-

1.2 Servicios Contratados. Convenio

En este aspecto, también hay distintas modalidades, ya sea contratando servicios privados de la Obra Social -- o bien Públicos. En este último caso se trata de convenios, destinados a utilizar la capacidad instalada, así como los recursos humanos correspondientes.-

Como una primera aproximación al problema, y en -- base al diagnóstico efectuado, se ofrece la alternativa de convenir con el Sector Público y con la Obra Social de Ferrovianos. El estado actual de definición, no permite con

siderar exhaustivamente el problema pero se agrega un -- estudio preliminar, referido a la capacidad excedente -- -capacidad ociosa- en los Hospitales Públicos, en espe-- cial el Pedro Soria, de la Capital.-

Luego de la toma de decisión de las autoridades - al respecto, se efectuará un estudio en profundidad del- Establecimiento, incluyendo las factibilidades de adecua- ción al Sistema de Seguro. Véase Anexo.-

2.7 PROGRAMAS DE EVALUACION Y DE AUDITORIA PROFESIONAL

2.7 - PROGRAMA DE EVALUACION Y DE AUDITORIA PROFESIONAL -

Del diagnóstico efectuado, surge con claridad que si bien la Obra Social tiene algunos mecanismos de estadística y de control de las prestaciones, los mismos son insuficientes para las necesidades de la propia Institución. Como, además, se prevé que se aumentará la complejidad de las acciones e incluso en forma de Programa de Atención Médica, será necesario desarrollar una serie de Programas que asegure el control, la evaluación, y la auditoría profesional, tales como:

- Programa de Estadísticas y Registros.-
- Programa de Control de Prestaciones.-
- Programa de Auditoría Profesional (Médica) Compartida.-

Los programas de referencia que, serán incluidos en el Informe N° 5, tienen como propósitos particulares los que se enuncian a continuación.-

1. Programa de Estadísticas y Registros (P.E. y R.)

• Propósitos y Objetivos

El Programa de Estadísticas y de Registros (P.E. y R.)- está destinado a proporcionar información sobre los distintos procesos de la Obra Social y sus principales atributos, en relación con:

- Afiliados
- Prestaciones (Servicios)
 - Utilización
 - Costos
- Morbilidad
- Recursos Asistenciales
- Recursos Económicos Financieros

Los objetivos particulares son los siguientes:

- 1 - Brindar información sobre la composición del Universo-
Protegido, en relación con distribución étnica y sexo,
dependencia, modo de afiliación y otros aspectos rela-
cionados.-
- 2 - Conocer la entidad y calidad de las distintas prestacio-
nes asistenciales, oportunidad y lugar de su demanda.-
- 3 - Determinar el costo de los servicios, en función de --
utilización.-
- 4 - Establecer algunos standards de comportamiento, con el-
fin de sustentar criterios de Auditoría Profesional.--
- 5 - Registrar los distintos prestadores de servicios, en--
cantidad, especialidad y distribución geográfica, con-
el objeto de organizar los recursos y ofrecer a los --
afiliados la información y listados necesarios para --
la utilización de los servicios, proyectar la eventual
expansión de la cobertura, etc.-
- 6 - Registrar la morbilidad, a los efectos de planificar -
las acciones y programas de Atención Médica, y evaluar
su eficiencia.-

7 - Estudiar la situación económica financiera, con -- el objeto de controlar el presupuesto, y formular las proyecciones correspondientes, orientar el destino de los fondos, reajuste de ingresos, coseguros y otros aspectos relacionados.-

2. Programa de Control de Prestaciones

Este Programa está destinado a controlar y supervisar en la Obra Social y en terreno (Establecimientos, Domicilios de Afiliados, etc.) el cumplimiento de las prestaciones brindadas por los distintos prestadores.-

Al efecto se elaborarán Programas específicos de control para cada una de las prestaciones, según la decisión de llevar a cabo la gestión en forma manual o mecanizada (por computadora). Los Programas correspondientes serán presentados -- en el Informe N°5.-

3. Programa de Auditoría Médica Compartida (P.A.M.C.)

• Definición y Propósitos del Programa

El Programa de Auditoría Médica Compartida tiene por -- objeto desarrollar una actividad permanente y sistemática -- destinada a evaluar la calidad del trabajo médico y como consecuencia, mejorar la calidad de la Atención Médica. Como -- sub-producto, se espera una racionalización y una mejor utilización de los recursos disponibles para dicha Atención.-



La Auditoría Médica Compartida se integra con representación paritaria de médicos de las Instituciones vinculadas contractualmente (Obra Social - Entidades Agrupadas).-

• Estructura General del Programa

El Programa de Auditoría Médica Compartida se concibe, en este caso, como una serie de actividades desarrolladas, por lo menos en dos niveles:

- Nivel Central
- Nivel Local (Establecimientos)

Al efecto, se considera Nivel Central, la que se lleva a cabo en la SESS Institucional Central, y cuyas funciones, constitución y reglamentación de funcionamiento se presentan en el Anexo 2.-

En el Nivel Local, la Auditoría, se constituye habitualmente en el propio establecimiento de Atención Médica, es decir el Hospital y en este caso solo la integran, por lo general, los propios médicos asistenciales, sin perjuicio de complementar con médicos auditores del Nivel Central o los que este designe.-

• Desarrollo de la Auditoría Médica Compartida

Una vez integrada la Auditoría Médica Compartida, a Nivel Central, se procederá a implementar el Programa para lo cual deberá actuar en forma progresiva y fijando prioridades.-

Al efecto, en primer término pondrá en ejecución la Auditoría de las Internaciones y posteriormente la de Consulta Externa.-

1 - Auditoría de las Internaciones

Además de la adopción del Modelo Único de Historia Clínica para Internaciones, deberá establecer Normas de Atención Médica que serán permanentemente revisadas y actualizadas (por lo menos una vez al año).-

2 - Auditoría de la Consulta Externa

Una vez en ejecución la Auditoría de la Internación, se procederá a desarrollar la Auditoría de la Consulta Externa, adoptando el Modelo de Ficha Clínica y las Normas de Atención correspondientes.-

Con características similares se llevarán a cabo otros Programas de Auditoría Médica Profesional Compartida, es decir de -- Odontología, Análisis Biológicos y otros.-

• Alternativas

En el caso presente, no se presentan alternativas ya que no existe disyuntiva y es imprescindible, para el normal funcionamiento del sistema, la implantación de los Programas que nos ocupan. Lo único que queda por establecer, es la oportunidad y modalidad en que se ha de ejecutar los Programas.-

2.8 RECURSOS FINANCIEROS

• INTRODUCCION

Del diagnóstico, en los aspectos referentes a financiación, se infieren como hechos más significativos los siguientes:

- Exigüedad de la cuota-aporte, derivada de la aplicación del coeficiente a los sueldos mínimos.-
- Dificultades en el recupero con el consiguiente deterioro económico para la Caja.-
- Demora e incobrabilidad de aportes correspondientes a afiliados de Municipalidades y Comisiones Municipales.
- Carencia de aportes del sector pasivo.-

A efectos de corregir los desvíos económicos del actual sistema, producidos como consecuencia de las deficiencias antes expuestas, en el presente párrafo, se consideran algunas alternativas que, convenientemente seleccionadas, permitirán lograr un sistema financieramente equilibrado, asegurando, paralelamente, un buen nivel de Atención Médica.-

- ESBOZO GENERAL DE UN REGIMEN ECONOMICO -

Primeramente se realizará un esbozo de los diferentes regimenes económicos de la Seguridad Social, con el propósito - de informar sobre las modalidades tipo que, dichos regimenes, - suelen tomar a nivel internacional. Para ello, se ha dividido - el tema en los siguientes aspectos:

- Los Recursos
- Los Sistemas de Financiación
- Las Inversiones

• Los Recursos

1. Sus Fuentes

Los fondos para atender las prestaciones requeridas - por las personas protegidas en un régimen de Seguridad Social, tradicionalmente provienen de dos diferentes fuentes:

- Cotizaciones
- Impuestos

En general, en los casos en que el régimen no tiene - los alcances de un Seguro Nacional extensivo a la totali- dad de la población de un país, se aplica el sistema de co- tización con sus tres vertientes clásicas:

- Patrón
- Trabajador
- Estado

En este último caso el Estado puede contribuir al sig- terna en calidad de empleador, como subvencionador de pro- gras y/o como compensador en carácter de garante, en momen- tos de falencias financieras del régimen.-

Sin embargo, específicamente en los regímenes de pre- taciones en especies, cuyo prototipo es el Seguro de Aten- ción Médica suele contarse con otros recursos derivados de:

- Las bonificaciones sobre precios o aran- celes fijos obtenidos a través de conve- nios con los prestadores de bienes o - servicios.-

- Contribuciones del usuario del servicio (coseguro).-
- La explotación, por cuenta propia o en coordinación con el Estado, de recursos materiales - por los que se canaliza la Atención Médica; -- exclusivamente de sus afiliados o abierta a -- otros grupos sociales (establecimientos asis-- tenciales para internados, consultorios exter-- nos para ambulatorios, laboratorios, farmacia, etc.).-

No obstante ser los enunciados los principales recur-- sos en un régimen de Seguridad Social como el que nos ocupa es de destacar que, pueden ofrecerse otras modalidades, que serán tratadas detalladamente al ofrecerse las alternativas para la Caja.-

2. Requisitos Mínimos del Sistema de Cotización

Un sistema de cotización está compuesto por las ba-- ses de cotización y la cuota o coeficiente. En su conjunto-- todo sistema debe procurar llenar entre otros los requisi-- tos de:

- Equidad en la distribución del gasto, acorde -- con el principio de solidaridad que sustenta la Seguridad Social.-
- Facilidad en el cálculo.-
- Adaptabilidad automática a la evolución moneta-- ria.-

3. Formas que adopta la cotización

Las formas más conocidas de cotización pueden resumirse en:

- Cuota fija individual o familiar independiente de los salarios.-
- Cuota fija para cada nivel de salarios, los que se agrupan en estratos por tramos de remuneración. Una variante muy frecuente de esta modalidad, es la determinación de escalas de bases de cotización en relación con la categoría profesional del trabajador sin tener en cuenta su salario real.-
- Coeficiente aplicado al salario.-

Cuando la base de cotización es el salario o remuneración percibida por el trabajador pueden presentarse las siguientes variantes:

- Que el coeficiente se aplique a salarios básicos o remuneración total.-
- Que se establezcan topos máximos de salarios sujetos a deducción.-

Por combinación de estas formas básicas pueden obtenerse los diferentes sistemas de cotización más conocidos.-

• Los Sistemas de Financiación

En aquellos regímenes de Atención Médica, en los que se observa cierta permanencia en las demandas de prestaciones, se utiliza el sistema financiero de reparto simple, que consiste en la distribución de los pagos de las prestaciones del año entre los cotizantes de ese mismo año.

Una variante del mismo es el sistema de reparto con prima escalonada que distribuye dichas cargas en un período superior a un año, (bienio, trienio, etc.). En este sistema después de transcurrido el período del primer escalón, generalmente, se hace necesario aumentar la cuota con motivo del aumento de los costos asistenciales. Sin embargo, muchas veces es preciso revisar la misma aún antes de fenecido dicho período. Las prestaciones médicas se hallan sometidas a un complejo conjunto de variables que interactúan provocando el aumento constantemente de sus costos.

Estos sistemas no acumulan reservas, ya que reciben aportes equivalentes a las prestaciones que otorgan. A pesar de ello se considera procedente, dentro de una depurada técnica actuarial, la formación de fondos de garantías para desviaciones extraordinarias.

• Las Inversiones

En un regimen de reparto, dado que no se constituyen reservas, según ya se ha manifestado, no se cuenta con capitales para invertir. Caso diferente es el de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones, que se reúnen fuertes reservas, sobre todo en los primeros años, las que pueden ser invertidas para asegurar estabilidad al sistema o para fines sociales que logren un mejor bienestar de la población protegida, tales como: edificios para sanatorios, viviendas para afiliados, hoteles, etc. Este tipo de inversiones, suelen denominarse prestaciones indirectas y representan una forma de integración en el área de la Seguridad Social.-

- REGIMEN ECONOMICO DE LA CAJA -

• **Recursos**

La base de cotización es el sueldo básico y la cuota es determinada por aplicación de un porcentaje sobre dicha base.

- 2½% a cargo del agente, Provincial o Municipal, jubilado, pensionado o trabajador adherido.-
- 2½% a cargo del Estado Provincial o Municipal -- para sus agentes o del empleador para sus trabajadores. Para jubilados y pensionados ni el Estado ni la Caja de Previsión realizan aporte -- alguno.-
- 50% del gasto que origina la utilización de los servicios.-

• **Sistema de Financiación**

Aún cuando legalmente no se establece el sistema de financiación que se adoptará, en la práctica se emplea un tipo -- de reparto anual, sin aplicación de técnicas actuariales.-

- ALTERNATIVAS PROPUESTAS CON RESPECTO
AL REGIMEN ECONOMICO -

• **Fuentes de Recursos**

Teniendo en cuenta lo ya expuesto sobre el tema, se proponen las siguientes alternativas, como fuentes de recursos de la Caja:

- **Trabajador:** La tendencia actual en las legislaciones nacionales es la disminución progresiva del aporte del trabajador y aún su supresión. A pesar de ello se mantiene el aporte procurando que sea mínimo.-
- **Patrono:** Es responsabilidad solidaria del empleador contribuir al financiamiento de los regímenes sociales con un aporte suficiente y adecuado a un buen nivel de prestaciones. En el caso particular de la Caja, corresponde al Estado efectuar el aporte patronal por los agentes en actividad y, al ente previsional, el aporte por las clases pasivas.-
- **Prestadores:** Los regímenes organizados de Atención Médica dan acceso a una medicina paga a importantes estratos de población que se asistían en servicios gratuitos del Estado o en la beneficencia privada. Esta circunstancia favorece económicamente

te a los prestadores del sector salud, quienes --
son los receptores de los fondos acumulados con --
ese fin. De allí que se pueda considerar la posi-
bilidad de obtener bonificaciones en los precios-
de bienes o servicios.-

Además el sistema puede ofrecer a los prestadores,
mediante una adecuada organización administrativa,
el pago de sus facturaciones en plazos mínimos pu-
diendo proponer a los mismos un descuento por ----
"pronto pago".-

- Usuario: El afiliado-usuario aumenta su aportación
al sistema participando en una parte del gasto; es-
ta contribución es conocida como cuota moderadora-
de utilización o coseguro.-

La tendencia actual es suprimir todo desembolso al
afiliado en el momento de requerir los servicios,-
sin embargo, se mantiene con el propósito de evitar
abusos y/o equilibrar el sistema de financiación.-

- Estado: El Estado destina una parte alicuota de --
las rentas generales para subvenir a la financia--
ción del sistema. Según se ha manifestado, para --
que esta contribución sea socialmente justa, en el
mismo debe encontrarse apartada una importante pro-
porción de la población expuesta al riesgo.-

Producido de actividades comerciales, industriales
o financieras: Con el fin de aumentar las posibili-

dados financieras del organismo de aplicación, puede adicionársele la explotación lucrativa de actividades comerciales, industriales o financieras.-

En nuestro país existen algunos casos particulares -- en que este tipo de actividad es desarrollada por -- Institutos de Seguridad Social; a título de ejemplo-- mencionaremos las más representativas de dichas acti-- vidades:

- Hotelería
- Seguros Generales (elementales y vida)
- Préstamos
- Explotaciones de Bosques
- Industria Papelera

En estos casos los Institutos realizan operaciones -- en competencia con la actividad privada. Internacio-- nalmente no se observa la utilización de este tipo -- de financiación. El Estado puede decidir tomar a su-- cargo, con exclusividad o en participación con la ag-- tividad privada, algunos aspectos de la producción y destinar utilidades a la Seguridad Social.-

Esta aptitud del Estado depende de la filosofía y po-- lítica con que se gobierne la cosa pública.-

Se discute la operatividad de esta forma de contribu-- ción ya que, cuando la Seguridad Social se expande-- cubriendo a la gran mayoría de la población, llega a absorber entre el 8% y el 12% de la renta nacional,- proporción ésta de tanta significación que difícil--

mente, pueda ser subvencionada con fondos de producciones corrientes por más lucrativas que estas sean.- En todo caso podría pensarse que las mismas eventualmente pueden utilizarse como fuentes de recursos compensatorios en momentos de desequilibrios económicos.

Organismo Nacional: Por Ley 18.610 se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales que administra un fondo de redistribución destinado a incrementar o mejorar la capacidad instalada destinada a prestaciones de salud. El INOS dispone de resortes operativos que le permiten brindar este tipo de ayuda económica también a Obras Sociales Provinciales.-

• Otras Fuentes

Instituto de Previsión Social: Los regímenes de prestaciones económica por vejez y muerte constituyen reservas que según ya se ha manifestado pueden ser invertidas en beneficio de los aportantes mediante la aplicación de las mismas a fines sociales. De allí, que parte de dichos fondos de reserva puedan ser utilizados en la Administración, implementación y equipamiento de recursos asistenciales.-

Incorporación de Sectores Económicamente Fuertes: La expansión del sistema puede realizarse en etapas progresivas procurando incorporar, primeramente, aquellos sectores que tengan altos ingresos.-

La aportación que de ellos se reciba permitirá compensar los bajos salarios de otros sectores protegidos.-

Farmacia Frenig: Es una de las modalidades factibles para la obtención de recursos en salud; actúa reduciendo, parcialmente, el costo, en la medida que -- bonifica al afiliado en un porcentaje que oscila entre el 18% y el 22%, según los casos, sobre el precio de venta al público.-

Otro aspecto de este mismo asunto es que, la farmacia puede preparar fórmulas magistrales, a un costo menor, en relación con los mismos preparados en otras oficinas o con especialidades medicinales de estructura y aplicación equivalente. Sin embargo, -- debe considerarse que la magnitud de esta modalidad de prescripción es muy limitada en la práctica, ya que, representa aproximadamente el 1% del total de las indicaciones médicas.-

Sobre este tema siempre que las autoridades lo crean conveniente se ofrecerá, en el Informe N° 5, un documento en el que se explicitarán todos los aspectos relacionados con la instalación de la farmacia-mutual, incluyendo:

- Legislación
- Organización

- Personal
- Equipamiento: local, instalaciones,
etc.-
- Capital, financiación
- Stock, abastecimiento
- Control
- Otros

Así como la consideración sobre ventajas y objecio--
nes de esta forma de servicio propio.-

• Cotización

Se sugiere continuar con la actual forma de cotización, pero variando la base y el porcentaje de aplicación de la siguiente manera:

- Base de Cotización: El total de las remuneraciones percibidas por el trabajador con excepción -- del salario familiar.-
- Porcentaje que resulta por aplicación de la alternativa seleccionada. (Ver parágrafo de cuota de "equilibrio").-

• Préstamos por Coseguro

Dado los perjuicios ocasionados a la Caja por el -- sistema administrativo de prestaciones por coseguro, detallados ampliamente en el diagnóstico, y considerando la posibilidad de disminuir notablemente la participación del afiliado en el gasto, se aconseja la supresión del mismo, por lo menos, por el -- medio administrativo de "cesión de haberes".-

En los casos particulares de afiliados económicamente muy incapacitados se puede montar un programa muy limitado y que permita acceder a los mismos a la utilización del servicio ante necesidades de Atención Médica.-

• Cuota-Coeficiente que Equilibra el Sistema

Las alternativas que se presentan a continuación han sido seleccionadas entre las que a criterio del Grupo Asesor, pueden considerarse variables, en relación con el diagnóstico efectuado.-

Una vez que las Autoridades escojan el sistema que se aplicará, se calculará nuevamente la cuota o coeficiente que corresponda a las variables que compongan el nuevo régimen.-

El porcentaje que se aplica a las remuneraciones de los afiliados al sistema determina la cuota o prima individual con que cada uno de ellos contribuye al mismo.

El valor de dicho porcentaje está en función de numerosas variables dependientes, pero en el edículo se incluyen solamente las más significativas, a saber:

- Las Demandas
- Los Costos
- Los Cosseguros

La modificación de una de ellas implica la transformación de la magnitud de las otras. En este trabajo no analizaremos el proceso de concatenación de las mismas, sino que, nos remitiremos a considerar las resultantes de la aplicación de algunas pautas políticas.-

Veamos por ejemplo, si lo que se desea es mejorar el nivel de la Atención Médica de la población protegida, habrá que tratar de encontrar mecanismos de inducción de la demanda-

que aseguren que el universo de usuarios es coincidente con el de necesidades de dicha Atención.-

Supuesto que, las variables no incluidas hasta el momento en este estudio, tales como, una buena organización administrativa, recursos materiales y humanos suficientes, etc. -- hayan alcanzado un nivel óptimo y estable, un cambio en la variable coseguro o en la variable costos lograría el efecto buscado por la pauta política: aumento de la demanda.-

En las hipótesis que, seguidamente se desarrollarán, se ha supuesto una permanencia de los costos unitarios -- actuales, aunque no se desecha la idea de obtener alguna disminución considerable en los mismos, si al fijar los niveles de remuneración se tienen en cuenta las pautas señaladas en 2.5

A continuación (Cuadro 1) se explicitan las hipótesis elegidas en el coseguro las que estimativamente producirían las demandas que se indican en el Cuadro 2.-

En los Cuadros mencionados también se han indicado los coseguros y demandas actuales con el propósito que sirvan de puntos de referencia.-

- CUADRO 1 -

- HIPOTESIS DE DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO ENTRE LA OBRA SOCIAL
Y EL USUARIO

SERVICIOS	ACTUAL		I		II		III		IV	
	Obra %	Usuario %								
Médicos	50	50	70	30	80	20	100	--	100	--
Farmacias	50	50	50	50	50	50	50	50	100	--
Sanatorios	50	50	90	10	100	--	100	--	100	--
Laboratorios	50	50	70	30	80	20	100	--	100	--
Odontología	50	50	70	30	80	20	100	--	100	--
Otros	50	50	70	30	80	20	100	--	100	--
• Coseguro Medio	50%		33%		23%		15%		0%	

- CUADRO 2 -

- ESTIMACION DE LOS PERFILES DE ATENCION MEDICA DADAS LAS HIPOTESIS DEL CUADRO 1 -

SERVICIOS	ACTUAL	I	II	III	IV
Médicos	2,1	3,0	3,5	4,0	4,5
Farmacias	3,1	2,7	3,3	3,5	4,0
Sanatorios	60,8 o/oo	80,0 o/oo	80,0 o/oo	90,0 o/oo	110,0 o/oo
Laboratorios	0,4	0,6	0,7	0,8	1,0
Odontología	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3

Supuesto que:

- 1) Se mantengan los actuales costos unitarios de los servicios.-
- 2) Se aplique el coeficiente a determinar sobre la remuneración total.-
- 3) Se correspondan el sueldo medio actual (\$ 653,52) con los costos --- medios también actuales.-

- Se han calculado los costos por afiliado-año, para cada una de las hipótesis combinando coseguros y demandas con los siguientes resultados:

- CUADRO 3 -

- COSTO POR AFILIADO-AÑO PARA LA OBRA SOCIAL SEGUN PERFILES DE ATENCION MEDICA

COSEGURO DEMANDA	ACTUAL	I	II	III	IV
Actual	<u>131,86</u>	167,70	180,37	195,24	241,74
I	145,36	<u>181,42</u>	207,56	226,00	266,50
II	163,32	211,76	<u>229,08</u>	249,91	299,41
III	187,98	245,17	266,00	<u>292,13</u>	344,63
IV	225,54	295,70	321,30	353,49	<u>413,49</u>

En el Cuadro 4, que a continuación se transcribe, se indican las cuotas, afiliado y grupo familiar, por mes y los porcentajes de cotización. Para este cálculo se han seleccionado solamente las combinaciones que se estiman que con mayor probabilidad se darán. La premisa, estadísticamente demostrada, es que al disminuir el coseguro se debe esperar un aumento de la demanda.-

- CUADRO 4 -

CUOTA-MES POR AFILIADO Y GRUPO FAMILIAR Y COEFICIENTES DE APORTE

Alternativas	Cuota por Afiliado-Mes	Número de Cargas por Afiliado Directo	Cuota-Mes - por Grupo - Familiar	Ingreso Medio Mensual(x)	% Aporte
Demanda y Costos Actuales	10,99	2,4	26,38	653,52	4,0
I - I	15,12	2,4	36,29	653,52	5,6
II - II	19,09	2,4	45,82	653,52	7,0
III - III	24,34	2,4	58,42	653,52	8,9
IV - IV	34,46	2,4	82,70	653,52	12,7

(x) A agosto/72.-

Según puede observarse, el coeficiente está en relación con el coseguro, pero no es proporcional al mismo, toda vez que un cambio de éste provoca una modificación de la demanda.-

En los cálculos precedentes no se ha considerado otros recursos que - los provenientes de aportes, siempre que se estime conveniente que los otros recursos se incorporen al sistema con destino a:

- Formación del fondo de garantía
- Programas de Atención Médica

Después que las autoridades tomen una decisión sobre el sistema que se adoptará, se calculará la cuota de equilibrio.-

2.9 INFRASTRUCTURA

2.9 - Infraestructura

A los efectos de implementar la reestructuración y funcionamiento de la Caja del Seguro de Enfermedad, se deberán resolver los siguientes problemas:

1 - Local

Adecuado a necesidades actuales y expansión futura, que se explicitará en el correspondiente informe -- (Informe N° 5).-

2.- Equipamiento

- . Muebles
 - . Máquinas
 - . Utiles
 - . Uniformes y otros
- (Informe N° 5)

3 - Personal

- Reserva de cargos en el Presupuesto para servir a las funciones del nuevo organigrama.-
 - Estructuración de un Regimen Especial para los empleados, integrando una política de personal directivo, técnico, administrativo y de maestranza que prevea:
 - Selección y promoción, por concurso
 - Capacitación
 - Retribuciones especiales
- y otros aspectos relacionados.-
(Informe N° 5)

ANEXO 1

REUNION CON SEÑOR GOBERNADOR

22 - 11 - 72

- ASISTIERON:

Sr. Gobernador, Ing^o Manuel Pérez
Sr. Mtro. de B. Social, Ctdor. Omar José Blanco
Sr. SubSec. de Salud Pública, Dr. Antonio R. Alvarado
Actuaria Rosalía Canclini - Experto C.F.I.
Dr. Eduardo Acebal - Experto C.F.I.

- OBJETO DE LA REUNION:

Imponer al señor Gobernador y Autoridades de Salud Pública acerca de:

- Conclusiones fundamentales surgidas del diagnóstico de la Caja del Seguro de Enfermedad.
- Proposición de alternativas de mayor significación y prioridad en la decisión para la reestructuración de la Caja del Seguro de Enfermedad.

- DESARROLLO DE LA REUNION:

Se trataron los siguientes asuntos:

1 Coordinación con el Ministerio de Bienestar Social (Salud Pública)

- 1.1 Necesidad de programación de la Atención Médica de los afiliados de la Caja y acordes a los programas de Salud Pública de la Provincia.
- 1.2 Conveniencia de la utilización de la Capacidad Instalada del Sector Público (Hospitales, etc.) y del Sector Obra Social.
- 1.3 Necesidad de coordinar programas con el Ministerio de Bienestar Social (Sector Salud) y establecer nexos técnicos con éste.

2 Utilización de Servicios

Estado actual de utilización de los Servicios Oficiales y de la Caja, por parte de los afiliados. Se señalaron las distorsiones, en particular el uso de la receta.

3 Evolución Económico Financiera de la Caja del Seguro de Enfermedad

Análisis de los ingresos y egresos de la Caja, indicándose los factores principales del desequilibrio / económico-financiero.

Se consideraron las obligaciones directas de la Caja con sus prestadores (50 % del Gasto).

- alquilar (transitorio)
- edificar el propio.

4 Recupero de Coseguro

Complementariamente se destacó la significación económico-financiera negativa que ha implicado para la Caja, el vigente sistema de préstamo para coseguro - (50% del gasto) que, según circunstancias analizadas no se recuperó en la magnitud debida - (Aproximadamente el 50% de lo esperado).

5 Otras causas del desequilibrio económico-financiero

Se señaló que entre los principales motivos de desequilibrio se deben considerar:

- 1º La limitación de la base de cotización a los sueldos básicos (No incluyendo bonificaciones, que alcanzan aproximadamente el 70% de los mismos).
- 2º La falta de aporte patronal de Jubilados y Pensionados.
- 3º Desajuste entre sueldos y aranceles y costo de // las prestaciones.
- 4º Morosidad e incobrabilidad de algún aporte. (Municipios, etc.).
- 5º Falta de recupero de coseguro. (Señalado en el punto 4).

6 Receta Médica - Distorsiones

Se destacó la distorsión en la distribución de recursos por el uso de la receta médica.

7 Régimen económico futuro de la Caja

Se conversó acerca de alternativas del futuro régimen económico de la Caja:

- Reajuste de los aportes del Afiliado y del Estado.
- Incorporación de actividades lucrativas, todo como seguros, incluidos Accidentes del Trabajo. Farmacia propia.
- Otros.

8 Racionalización de la Receta

Se planteó:

- a) Farmacia Propia (Obra Social).
- b) Farmacia Gramial (Sindical).
- c) Rotulación de Medicamentos.

9 Edificio

Necesidad inmediata de un nuevo local:

- alquiler transitoriamente.
- edificar el propio.

10 Presupuesta

Se planteó la necesidad de efectuar las reservas presupuestarias correspondientes:

- Aportes.
- Cargos.
- Edificio.
- Otros.

11 - Responsables de la puesta en marcha del programa

11.1 Un técnico en administración y economía, para los programas correspondientes.

11.2 Un licenciado en Salud Pública, para los programas de atención médica y coordinación técnica con el Ministerio de // Bienestar Social. (Sector Salud).

12 Política de Personal

Si bien este punto importante no quedó suficientemente explicado por el grupo, se sugiere la necesidad de concebir una política de personal que involucre:

- Selección y promoción por concursos y antecedentes
- Capacitación
- Estatuto especial de retribuciones

13 Presupuesto para equipamiento

Contemplar reservas especiales para equipos, muebles, útiles, uniformes y otros.