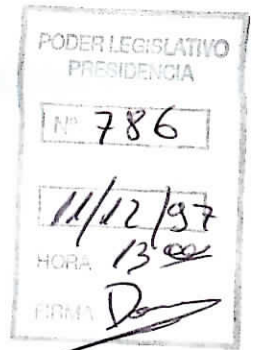


Sr. Presidente de la H. Cámara Legislativa
de la Provincia de Tierra del Fuego
Antártida e Islas del Atlántico Sur
Leg. Marcelo Romero



Ushuaia, 11 de diciembre de 1997.-

Con Copia a: Sr. Gobernador Dn. José Arturo Estabillo
Sr. Ministro de Salud Dr. Rubén O. Rafael
Sr. Ministro Coordinador Dn. Roque Martinelli



Atento al Dictamen de Comisiones Nro.: 5 y 2 sobre asunto Nro.: 084/97 (Proyecto de Ley creando el "Seguro Provincial de Salud") aconsejando su sanción fechado 27 de noviembre de 1997, hago presente las siguientes apreciaciones a fines de enriquecer el tratamiento del tema.

Actualmente la cobertura asistencial de la población está definida en tres grupos bien delimitados:

1. Los afiliados a la seguridad social
2. Los afiliados a sistemas de medicina prepaga
3. Los que no poseen ninguna de las dos coberturas anteriores (1 y 2).

Dentro de éste grupo se reconocen por lo menos tres subgrupos:

- 3.1.- Los que poseen capacidad de pago para afrontar los costos de un prepago y no lo han contratado por diversos motivos entre ellos:
 - a) no existe en el mercado una propuesta a medida de los usuarios (cuotas elevadas, escasa variedad de planes, planes no ajustados a las necesidades de cada individuo o grupo)
 - b) teniendo capacidad de aporte no han tomado la iniciativa de contratar una prepaga por omisión voluntaria o involuntaria;
- 3.2.- no poseen capacidad de pago o la misma está reñida con los principios de solidaridad social (aquellos individuos o grupos que para poder pagar una cuota tengan que privarse de satisfacer necesidades no suntuarias o limitar su desempeño social con el consiguiente deterioro en su calidad de vida)
- 3.3.- Individuos en tránsito sin cobertura asistencial o con cobertura no válida en Tierra del Fuego.

Hecho el agrupamiento, quedan por resolver las coberturas para los grupos 3.1 y 3.2, siendo muy diferente la forma de hacerlo.

Para los integrantes del grupo 3.1.a. (individuos y grupos con capacidad de aporte) es menester que los hospitales provinciales elaboren Sistemas prepagos con planes de afiliación (mediante sus Consejos de Administración, Ley 381) que contemplen todas las situaciones que surjan de un estudio de consultoría a tal efecto.

Un estudio orientado en tal sentido indicará dentro de la franja de población sin cobertura asistencial y con capacidad de aporte cada una de las características que permitirán elaborar a posteriori los planes adecuados.

Sobre éste particular cabe hacer una importante consideración: NO necesariamente la cobertura debe contemplar TODO o NADA, es decir que la cobertura no debe ser orientada a que el aportante sea cubierto en un 100 % de las prestaciones que necesite o bien no disponer de la misma.

Si la capacidad del aportante está en una escala que le permite afrontar un plan de baja complejidad, debe ser afiliado al mismo. La cobertura restante estará a cargo de la Subsecretaría de Acción Social de la Provincia. Ésta definición surgirá del estudio de consultoría y los planes resultantes de los datos obtenidos contemplarán adecuada y completamente la cobertura asistencial necesaria y suficiente para la población bajo éste regimen.

DR. LEANDRO LOJAGÓN
NARIZ, GARGANTA Y O.
M. P. 12879 - M. E. 5019

La observación anterior está fundada en que una persona puede tener capacidad de aporte para enfrentar un determinado nivel de complejidad asistencial, pero por encima de dicho nivel los individuos o grupos pasan a ser carenciados.

Éxisten diversos niveles o grados de carencia parcial. El carenciado absoluto o indigente, no tributará ningún aporte. Será necesario desde lo social definir el concepto adecuado de carencia absoluta a fines de no cometer equivocaciones en ningún sentido.

De éste modo la población agrupada anteriormente en el grupo tres sería objeto de la siguiente reagrupación:

- 3.1 Población que puede acceder a un plan de cobertura que contemple la totalidad de las necesidades de cobertura asistencial.
- 3.2 Población que puede acceder a un nivel parcial de cobertura con los aportes que puede realizar. Ésta franja será objeto de subagrupaciones de acuerdo con la capacidad de aporte, quedando a cargo de la Subsecretaría de Acción Social de la Provincia el resto de la cobertura asistencial.
- 3.3 Población con cobertura parcial por parte de la Seguridad Social o de prepagos y que apunte a un Sistema de Doble Cobertura a fines de tener un espectro completo sin tener que desembolsar más dineros que el de la cuota.
- 3.4 Población sin ningún tipo de recursos, cuya cobertura deberá estar en su totalidad a cargo de la Subsecretaría de Acción social de la Provincia.

Progresando en la comprensión de la temática quedaría agrupada la población total de la Provincia de la siguiente manera:

TABLA 1. Agrupación sugerida según cobertura

Nro. de Grupo	Cobertura	Porcentaje de cobertura
1	Seguridad Social	Variable según cada Obra social
2	Medicina Prepaga	Variable según el ente prestatario
3.1	Prepago Hospitalario con cobertura total	Completa a cargo del Hospital
3.2	Prepago Hospitalario con cobertura parcial	Parcial a cargo del Hospital quedando el resto a cargo de la S.Secretaría de Acción Social
3.3	Prepago Hospitalario Doble Cobertura	Cubre los porcentajes no atendidos por la Seguridad Social o la Prepaga privada.
3.4	S.Secretaría de Acción Social de la Provincia	Pacientes carenciados absolutos con cobertura completa a cargo de la S. Secretaría de Acción Social de la Provincia

Queda por definir el modo de acreditación de la población según los diferentes planes de cobertura mencionados.

De hecho quienes están en los grupos 1 y 2 poseen las acreditaciones correspondientes mediante credenciales a tal efecto.

De igual manera habrá que proceder con los integrantes de los grupos 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4. quienes poseerán una credencial única (excepto el grupo 3.3 que además deberá complementarla con la de la Obra Social o Prepaga correspondiente).

Con esto se apunta a universalizar la cobertura de atención sanitaria a TODA la población sin hacer distinción mediante credencial identificatoria de ningún grupo en particular. La habilitación mensual o periódica del carnet deberá acompañar a la credencial y estará a cargo de un ente administrativo a tal efecto el cual procederá al cobro de la cuota correspondiente o a la entrega de la habilitación sin cargo alguno para el grupo 3.4.

A fines de conocer la capacidad de aporte de los individuos o grupos, se recurrirá a información cruzada que la consultora deberá establecer (actividad económica independiente, DGI, Rentas)

Doitcono

El estudio de consultoría deberá aportar datos que permitan conocer cuál será la frecuencia de actualización de la capacidad de pago de la población de cada grupo.

Además el contrato de prestación de servicios deberá aclarar debidamente la obligatoriedad por parte del afiliado de notificar los cambios en el status de aportes que se sucedan en cualquier sentido.

Aceptados los postulados mencionados, se deberá registrar en una Base de Datos única toda la población incluída en los grupos 1 y 2 (de la Tabla 1). Por defecto, toda la población no incluída en dicha base de datos estará contemplada en otra.

Esto significa que quién no cuente con una cobertura tipo 1 o 2 deberá **necesaria y obligatoriamente** estar empadronada en la otra. Ésta no es una propuesta menor sino fundamental en el sentido que abarca a TODA la población y no hace distingo según capacidad de aporte.

Las Obras Sociales (preferentemente por fuerza de ley) deberán entregar padrones periódicamente a fines de actualizar ambas bases de datos (también puede técnicamente recurrirse a una base de datos única con una opción de campo que identifique a los grupos 1 y 2 y por defecto a los integrantes del grupo 3.

El ente administrativo de cada Hospital contará a su vez con los datos necesarios para identificar los individuos pertenecientes a subgrupos del grupo 3.

El ente prepago puede ser Hospitalario (modalidad sugerida inicialmente) o bien provincial (etapa ulterior). En una primera etapa, las atenciones de los pacientes correspondientes a un área programática que se lleven a cabo fuera del área programática serán compensados con prestaciones de idéntica índole. Dichas prestaciones serán autorizadas a pacientes en tránsito, dejando a elección de los habitantes de Tolhuin (u otros asentamientos en un futuro), la libertad de elegir el área prestacional.

La modalidad contractual de los pacientes en tránsito de una localidad a otra deberán ser establecidas a fines de favorecer un adecuado control de salud por parte de la Institución. La modalidad de prestación de cada Hospital (y sus correspondientes CPS) será atendida por cada Plan prepago.

El presente documento invita al diálogo e intercambio ejecutivo de ideas con la finalidad de lograr un proyecto superador que aplicado en la práctica tenga valor real, evitando así se desvirtúe debido a contemplar sólo aspectos parciales de lo que en verdad constituye un **Sistema más complejo**.

Saludo a Ud. con distinguida consideración.

[Firma manuscrita]

A Sec. Leg.

[Firma manuscrita]
L. 19/12/87