

**CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**  
**CFI**

**PROYECTO:** «Evaluación del impacto sobre la salud de la población, por la descentralización del Instituto de la Obra Social de la Provincia de Entre Ríos. (I.O.S.P.E.R.)»

**INFORME FINAL**

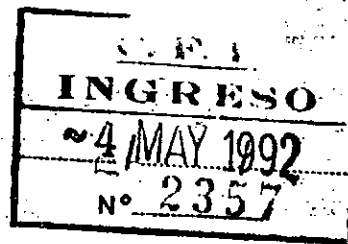
**EXPERTO:** Andrés Berduc Defilippe

O/W 411  
B13  
IV  
F.312  
1.3000  
N22

entregue p/ J. Leopoldo  
Juan  
20/5/92

Buenos Aires, 4 de Mayo de 1.992

Sr. Secretario General del  
Consejo Federal de Inversiones  
Ingeniero Juan José Ciacera  
S-----/-----D



Me dirijo a Ud. con el fin de hacerle llegar el informe final del proyecto "Evaluación del impacto sobre la salud de la población por la descentralización del Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos" tal como fuera acordado oportunamente.

Sin mas, saludo a Ud. Atte.

Dr. Andrés C. Berduc

Rtte.: Dr. Andres C. Berduc - Avda. Santa Fe 2958 - Piso 2º  
Dpro " E " - Capital Federal

# ANEXO IV

Nº de encuesta:.....  
 Apellido y nombre del encuestador.....  
 Localidad donde se aplica la encuesta.....  
 .....

## DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:

Edad:.....Sexo: M() F() Ocupación.....  
 Nombre:.....  
 Afiliado: titular () obligatorio ()  
 adherente () voluntario ()  
 Lugar de trabajo.....  
 Función.....

ARBOL DE BENEFICIARIOS (segun sexo, edad y parentesco)

## INFORMACION GENERAL SOBRE EL IOSPER

1) Recibe información general sobre el IOSPER?

SI ( ) NO ( ) NO SABE ( ) NO CONTESTA ( )

2) A travez de que medio se informa acerca de IOSPER

Radio ( ) Diarios ( ) TV ( ) Consulta al IOSPER ( )

Comentarios de otros ( ) Folletos ( ) No se entera ( )

No se informa ( )

3) (Si contesta que a travez de algun medio) La información recibida es:

SUFICIENTE ( ) INSUFICIENTE ( ) NO SABE ( ) NO CONTESTA ( )

4) Que tipo de información considera Ud. que necesita recibir?..

.....  
 .....  
 .....  
 .....

## SERVICIOS ASISTENCIALES

5) Utilizó Ud. o algun miembro de su familia y/o adherente, algun servicio asistencial del IOSPER durante 1991?

SI ( ) NO ( ) NO SABE ( ) NO CONTESTA ( )

(si contesta no pasar a la pregunta 9)

6) a) Quien/es se atendio/ron?

b) Donde se efectuó la atención?

7) Cuantas veces en el ultimo año?

8) Si contesto SI la pregunta 5 indique servicios utilizados y la opinion que lo merecieron:

	BUENO	REGULAR	MALO	NO SABE	NO CONTESTA
ANALISIS CLINICOS	.....	.....	.....	.....	.....
CONSULTORIO MEDICO	.....	.....	.....	.....	.....
INTERNACION	.....	.....	.....	.....	.....
ODONTOLOGIA	.....	.....	.....	.....	.....
RADIOLOGIA	.....	.....	.....	.....	.....
T.SICOLOGICOS	.....	.....	.....	.....	.....
T.SIQUIATRICOS	.....	.....	.....	.....	.....
OTROS (cual)	.....	.....	.....	.....	.....

9) Porque no utilizo los servicios del IOSPER?

NO NECESITO ( )

NECESITO Y NO PUDO ( )

CORTE DE SERVICIOS ( )

DISTANCIA ( )

PROBLEMAS ECONOMICOS ( )

OTROS (cuales) ( )

10) Como resolvió el problema?

HOSPITAL ( )

CLINICA PRIVADA ( )

NO LO RESOLVIDO ( )

CURANDERA ( )

OTROS(cuales) ( )

#### MEDICAMENTOS

11) Conoce los beneficios del Formulario Terapéutico Provincial?

SI ( ) NO ( ) NO SABE ( ) NO CONTESTA ( )

12) Consume comunmente medicamentos?

SI ( ) NO ( )

13) (Si contesta SI en la preguntata 12) Los medicamentos recetados por su médico, estan incluidos en el Formulario Terapéutico Provincial?

SIEMPRE ( ) ALGUNAS VECES ( ) NUNCA ( ) NO SABE ( ) NO CONTESTA ( )

#### ATENCION AL PUBLICO

14) Que opinion le merece la atención al público en IOSPER?

MUY BUENA ( ) BUENA ( ) REGULAR ( ) MALA ( ) NO SABE ( )

15) (Si contesta la pregunta 14) Donde?

INFORMACION GENERAL

16) Está adherido a algun servicio Médico pre-pago?

SI ( ) NO ( ) CUAL.....

17) Considera Ud. apropiada la relación entre los aportes que Ud. efectua y los servicios que lo brinda el IOSPER?

SI ( ) NO ( ) NO SABE ( ) NO CONTESTA ( )

18) Estaría Ud. dispuesto a aportar más a fin de que el IOSPER lo brinde mayores servicios?

SI ( ) NO ( ) NO SABE ( ) NO CONTESTA ( )

CONCEPCION DE SALUD ENFERMEDAD

19) Que es la salud para Ud.?

20) Que propuesta le haría Ud. al IOSPER?

## 1-CONSIDERACIONES GENERALES

=====

El presente informe se constituye en la entrega final del proyecto iniciado en fecha 2 de Septiembre de 1991, cumpliendo para ello con la etapa VIII del cronograma de Tareas respectivo.

Reconoce como antecedentes inmediatos los informes: Primer Informe Parcial, Segundo Informe Parcial e Informe complementario al Segundo Informe Parcial entregados oportunamente.

Dichos informes deberán considerarse, por lo tanto, parte integrante de éste.

### 1.1-Actividades desarrolladas en el marco del proyecto

-----

Las actividades desarrolladas se efectuaron a partir de: búsqueda de información primaria y secundaria, entrevistas directas, encuestas y observación directa.

### 1.2-Factores Propulsores y Retardatarios del proyecto

-----

Dentro de los factores que se pueden destacar como propulsores del proyecto están: Apoyo de las nuevas autoridades (Diciembre de 1991) del IOSPER, grupo de apoyo al proyecto C.F.I. conformado con personal administrativo y técnico con la finalidad de facilitar la tarea investigativa.

Como factores retardatarios se pueden mencionar: recambio de autoridades provinciales e institucionales (IOSPER), personal de vacaciones (Diciembre-Marzo), sistema de información fuertemente concentrado con distintas prioridades de demanda informática, nuevo convenio IOSPER-IPSER, convenio IOSPER-IPSER con nueva modalidad de facturación (Globalizado), dificultades en el suministro de información requerida para el proyecto por parte de las áreas, escasa información obtenida del mercado prestador de servicios públicos y privados.

## 2-GLOSARIO DE TERMINOS BASICOS

=====

### 2.1-Necesidad en Salud

Carencia en salud que necesita medidas preventivas y/o curativas en la población. Las mismas pueden ser percibidas correctamente por los individuos o confundidas subjetivamente con deseos y aspiraciones. Las necesidades confirmadas lo son por la medición científica del problema.

### 2.2-Demanda

La demanda de servicios no siempre corresponde a las necesidades reales; la demanda se mide por la tasa de utilización efectiva de los servicios. La demanda potencial corresponde a la diferencia entre las necesidades percibidas y las necesidades

confirmadas; la demanda expresada es la que se pide como atención o servicio.

### 2.3-Cobertura Universal

Significa asegurar el acceso a los servicios y cobertura de salud al 100% de la población, a sus reales necesidades de salud.

### 2.4-Accesibilidad

Referido a todas aquellas barreras o facilidades de tipo cultural, económicas, geográficas, sociales o de los servicios de salud que permiten o no el acceso de la población a la atención de la salud.

### 2.5-Equidad

Implica cobertura total y la puesta al alcance de cada sujeto y familia del tipo de servicio en salud que requiere de acuerdo a su momento evolutivo, recursos socioeconómicos y problemática de salud. Significa aplicar el enfoque de riesgo en las acciones, es decir atención prioritaria a los grupos de mayor necesidad asistencial.

### 2.6-Eficiencia

Relativo al costo y a los beneficios de programas para llegar a un mismo objetivo. La equidad y la eficiencia son dos de



los criterios fundamentales que un sistema de servicios de salud debe satisfacer.

#### 2.7-Tecnología adecuada

Se refiere al uso racional de la tecnología y a un costo social aceptable, no significando la renuncia a ella sino la utilización de acuerdo a las reales necesidades de la población, garantizando la equidad e igualdad de acceso.

#### 2.8-Utilización a pleno de los recursos existentes

El aprovechamiento de la red de servicios debe por lo tanto incorporar los recursos públicos, privados y de obras sociales, constituyendo de esta forma una red de prestadores referenciada.

#### 2.9-Participación comunitaria

Se debe entender no como la mera transferencia de responsabilidades, sino a la efectiva participación de grupos u organizaciones en el quehacer de su salud y desarrollo social. La participación así entendida supone una nueva "forma de actuar" en el sector salud y la generación de espacios para la comunidad, con carácter resolutivo en decisiones de salud.

#### 2.10-Descentralización Institucional

Implica la delegación del poder de decisión. Adquiere

carácter estratégico, transfiriendo la toma de decisiones y responsabilidades a los niveles operativos, los cuales se hallan en contacto directo con los problemas y son quienes deben disponer de medios para encararlos. Entendemos a la descentralización como un paso intermedio hacia la participación comunitaria.

### 3-OBJETIVO DEL PROYECTO =====

El objetivo del proyecto esta centrado en la realización de un diagnóstico de situación del Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos (en adelante IOSPER) y del modelo de atención médica vigente.

Dentro de los objetivos específicos desarrollados en el Anexo I del Plan de Trabajos (Contrato C.F.I.) se pueden destacar:

- Marco político-sanitario
- Recursos humanos
- Utilización de los servicios del IOSPER
- Relación con la comunidad
- Análisis del funcionamiento del IOSPER
- Conclusiones y recomendaciones

### 4-MARCO TEORICO =====

#### 4.1-Concepto de Salud

La concepción tradicional y fundamentalmente médica define a la salud en términos de enfermedad (biológica), siendo la misma objeto de su estudio. Parte de la hipótesis de que la enfermedad es un problema individual, independiente del contexto social e histórico. La ausencia de una conceptualización del término salud hace que la defina como la "ausencia de enfermedad". De esta manera se llega a la salud enfrentando a la enfermedad sin definir que es estar sano. Esta concepción biológica establece una forma de "ver", una forma de razonar y un modelo de práctica: para conocer hay que dividir hasta lo indivisible (teoría reduccionista), surge de esta manera un cuerpo humano dividido y subdividido en especialidades y subespecialidades, dando lugar a un modelo de atención centrado en la enfermedad y fundamentalmente en el "órgano enfermo".(1)

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene a incorporar nuevos elementos contextuales, al referirse a que la "La Salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad", de esta forma se incorpora el concepto de lo social y lo psíquico, ampliando la idea de determinación, pero dejando a la salud como expresión de deseo ya que con esta definición se haría poco probable encontrar alguna persona que llene estos atributos.

El cuestionamiento principal al paradigma biologista está

dado por la dificultad en generar un nuevo conocimiento que permita la comprensión de los principales problemas de salud y la insatisfactoria solución al mejoramiento de las condiciones de vida de la colectividad.

Enfermedades como la desnutrición, tuberculosis, del medio ambiente laboral, cardiovasculares, tumorales, stress, no pueden ser explicadas en forma individual ni alejadas de las condiciones de vida en un momento histórico determinado. De esta forma entendemos a la salud-enfermedad como proceso social por lo tanto colectivo, siendo su abordaje y resolución multisectorial y multidisciplinario.

La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar y transformar aquello que deba ser cambiado para crear condiciones para el desarrollo de la sociedad. De acuerdo a esto la salud no puede ser un hecho pasivo sino la incesante solución de los conflictos que plantea la existencia.

#### .4.2-Necesidades, Demanda y Oferta

Términos como necesidades y demanda muchas veces se usan indistintamente como sinónimos que expresan la problemática de una población determinada o como la manifestación de las mismas respectivamente.

Hoy sabemos que no todas las necesidades se manifiestan como demanda, que las necesidades no tienen el mismo grado de percepción, que existen distintos condicionantes de la demanda como son: la accesibilidad, la disponibilidad de recursos para afrontar el pago de prestaciones, la información, las pautas culturales, y aquellos ligados a la oferta de servicios. A esto agregamos que la demanda manifiesta como percepción de las necesidades, se encuentra asociada a la situación de clase social a la que pertenece.

Se puede inferir que a través de distintos mecanismos histórico-evolutivos fueron conformando un modelo prestador caracterizado por una oferta de servicios curativa con alto grado de especialización, carencia de programas de prevención y promoción de la salud, alta complejidad en centros urbanos, irracionalidad entre situación epidemiológica y oferta de servicios, servicios públicos, privados y de obras sociales con marcadas diferencias entre oferta y demanda. Las razones se pueden encontrar en: cambios tecnológicos de origen externo e interno, grupos de presión con distinta capacidad de negociación, mercado prestador con sobrepoblación médica, etc.(2)

Por esta razón cuando analizamos la demanda manifiesta, damos cuenta, de la expresión de parte de las necesidades que lograron vencer el sinnúmero de factores que condicionan la

demanda. En este sentido el término cobertura poblacional en salud puede prestarse a interpretaciones erróneas, teniendo en cuenta que normalmente se utiliza como: cúmulo de acciones de salud para cubrir las necesidades de una población determinada.

## 5-METODOLOGIA

=====

La propuesta teórico-metodológica está orientada hacia la visualización de tres aspectos : situación de salud de la población de IOSPER, evaluación institucional (IOSPER) y descripción y análisis del sistema de salud. La misma pretende reconstruir un modelo de evaluación operacional a partir de tres núcleos metodológicos: la epidemiología de servicios (situación de salud-enfermedad y su correlato con la oferta de servicios), el análisis institucional y el de la economía política en el mercado prestador de servicios.

El estudio se ha dividido en 2 etapas:

La primera -estudios diagnósticos- constituido por tres núcleos temáticos ; evaluación socioepidemiológica de la población, descripción y análisis del IOSPER y descripción y análisis del mercado prestador de servicios. El objetivo para esta primera etapa estaba centrado en la realización de un corte transversal de la realidad sanitaria provincial, en el IOSPER y en los actores involucrados:

Secretaría de Salud Pública (SSP) , Asociación de Clínicas y Sanatorios de Entre Ríos (ACLER), Federación Médica de Entre Ríos (FEMER) y el Colegio de Bioquímicos de Entre Ríos (COBER).

La segunda -estudio de la utilización de servicios del IOSPER y la relación de IOSPER con la comunidad beneficiaria- El objetivo para esta segunda etapa estaba centrado en revisar y analizar la tenencia de los actores involucrados (SSP, ACLER, FEMER y COBER), programas de salud, sistemas de evaluación, monitoreo, convenio IOSPER con grupos prestadores; necesidades sentidas de los beneficiarios, participación de los mismos e imagen del IOSPER.

#### 6-PLAN DE ACTIVIDADES =====

6.1-Actividades desarrolladas en la primera etapa.

-Búsqueda de información básica, entrevistas y observación directa.

6.2-Metas a alcanzar en la primera etapa.

6.2.1- Características generales de la provincia de E. Ríos y del sistema sanitario

Geopolítica.

Demografía.

Morbi-mortalidad.

Socioeconómica.

Red de servicios de salud.

Presupuesto.

6.2.2- Estructura de la medicina privado (médica, bioquímica y odontológica).

Organización, descripción y legislación.

Comunidad profesional, número, densidad, distribución.

Distribución por edad, sexo, especialidad. su evolución y distribución.

Mecanismos de capacitación.

Formas de inserción laboral.

6.2.3- Oferta de servicios públicos.

Nacional, provincial y municipal.

Cobertura poblacional.

Número de establecimientos según: tipo de atención y dependencia.

Número de camas y clasificación de las mismas.

Distribución geográfica y evolución histórica.

Indicadores de oferta, demanda y utilización.

Infraestructura edilicia y equipamiento (grado de obsolescencia).

Morbi-mortalidad.

Costos.



6.2.4- Sistemas pre-pago.

Cobertura, oferta, formas de contratación.

Recursos humanos materiales y financieros.

6.2.6- Oferta de servicios del IDSPER.

Políticas, plan para el corto, mediano y largo plazo.

Programas de salud.

Estructura organización y legislación,

Población beneficiaria según: sexo, edad, régimen de afiliaciones -Padrón de beneficiarios-

Régimen de capitación y de autónomos.

Cobertura prestacional por area geográfica. Consumo por grupos poblacionales.

Tipos de contratación pública y privada.

Indicadores de utilización.

Causas de egreso.

Número de partos y de cesáreas en establecimientos públicos y privados. Distribución geográfica.

Información de estructura del sistema de salud. Padrón de prestadores.

Farmacia: convenios, recursos humanos, indicadores de utilización,( ranking de medicamentos). Costos, coseguro, Relación consulta/medicamento.

Estructura y composición del gasto. Presupuesto. Gasto de bolsillo.

Sistemas de evaluación y control en el área de prestaciones. Normas de auditoría. Auditoría de calidad. Satisfacción del usuario.

Recursos humanos, organización, sistemas de evaluación, capacitación en IOSPER.

6.3- Actividades desarrolladas en la segunda etapa.

Busqueda de información, observación directa y encuestas a beneficiarios.

6.4- Metas a alcanzar en la segunda etapa.

Evaluación y seguimiento del convenio IPSE-IOSE

Tendencias

Evaluación de los actores involucrados en negociación.

Funcionamiento del mercado. Monitoreo del IOSPER.

Evaluación directa de las prestaciones. Programas. Control de gestión.

Indicadores de utilización y calidad.

Normas y procedimientos prestacionales. Normas de calidad.

Auditoría previa, de proceso y de resultados.

Relación con la población beneficiaria por parte del IOSPER, participación, información, accesibilidad.

Sistemas de información.

Nota: las metas alcanzadas se desarrollaran en cada área estudiada.

## 7--INFORMACION GENERAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS

=====

La provincia de Entre Ríos se encuentra en la región de la Mesopotamia, la que comparte con Corrientes y Misiones, conformando con éstas el " Litoral argentino ". Sus límites naturales son los ríos Paraná por el oeste y sur; el río Uruguay por el este; por el norte los ríos Mocoretá y Guayquiraró. (Grf.1)

Limita al norte con la provincia de Corrientes, al oeste con la provincia de Santa Fe, al sur con la provincia de Buenos Aires y al este con la República Oriental del Uruguay. La provincia representa una unidad política de 78.781 km cuadrados de superficie, lo que constituye el 2,6% de la superficie continental de la República Argentina.

Está dividida políticamente en 16 departamentos, siendo Islas del Ibicuy el de más reciente creación (1984). (Graf. 1)

Provincia con escasa industrialización, con predominio de actividades agropecuarias y de intermediación. Presenta internamente un predominio pecuario, especialmente vacuno, la avicultura ha adquirido un gran progreso.

En el aspecto agrícola, los cultivos de mayor importancia son los cereales, cítricos, forrajes, oleaginosos y arroz.

### 7.1- Población y tendencias demográficas.

En el siglo XIX fue la época del gran desarrollo demográfico de Entre ríos. Desde 1820 hasta 1895, hubo notables tasas de crecimiento, como consecuencia de una fuerte corriente inmigratoria que se expandió en todo el Litoral.

Las corrientes inmigratorias mas importantes estuvieron a cargo de italianos, españoles, franceses, austriacos, alemanes judíos y siriolibanenses. A pesar de la dispersión general aún hoy se pueden encontrar agrupamientos poblacionales con predominio ruso-alemanes (Diamante, Paraná y Nogoyá) o suizos y franceses (Colón y C. del Uruguay).

A pesar de los aportes inmigratorios, la provincia se ha caracterizado, por una crónica tendencia a expulsar población. En 1869 representaba el 8% de la población del país, en 1980 se ha reducido al 3% . En 1914 se retenía el 87% de los entrerrianos nacidos en su territorio, en 1983 no se alcanza a retener el 60%. En 1970-1980 se ha producido una significativa reacción con un crecimiento anual medio de 11%, 1980-1991 fue de un 12,4% mostrando una tendencia estable, si se tiene en cuenta que este censo demoró un año mas del previsto (cuadro).

De acuerdo con las cifras del censo 1991 la población total de la provincia es de 1.021.137 habitantes. El índice de

masculinidad es de 96,3 varones por cada 100 mujeres; y la densidad es de 13,0 hab./Km cuadrados. La población rural representaba en 1980 el 30,67% del total provincial, con un rango de 14,38% en el departamento Paraná y un 56,93% para el departamento de Federal. (Cuadro I)

Los departamentos de Paraná, Concordia, Gualeguaychú y C. del Uruguay, concentran el 58% del total de la población provincial.

#### 7.2- Socioeconómicas.

Los indicadores de la situación educacional de la población provincial según censo 1980 son: analfabetos absolutos 5,63%, analfabetos funcionales 26,3% índice de alfabetismo 68,07%, con un índice de incomparencia de 1,27%. La principal causa de abandono escolar es trabajo.

El total de viviendas en la provincia según censo 1991 es de 294.757. La relación de personas por vivienda es de 3,5; la comparación con 1980 era de 3,7 con un 10% de viviendas desocupadas.

En relación a la medición de la pobreza estructural según censo 1980, el total de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (N.B.I.) era del 27,9% a nivel provincial con un 23,7% para áreas urbanas y 37,6% en áreas rurales. Los datos desglosados arrojan

como resultado para el área urbana una media del 23,7% de hogares con N.B.I., con rangos que oscilan desde el 17,8% y 19,8% para los departamentos de Colón y Uruguay, hasta el 39,1% y 37,1% para los departamentos de Federal y Feliciano. Si a esto le sumamos la población con N.B.I. el 20,5% y 22,4% correspondían a los departamentos de Colón y Uruguay y el 44,1% y 44,8% para los departamentos de La Paz y Federal respectivamente. (Graf. 2)

### 7.3- Estado general de salud.

#### 7.3.1- Morbi-mortalidad.

Para analizar la demanda de servicios de salud es necesario conocer las condiciones de salud. En este sentido, la salud de una población se debería medir en relación al número de personas que viven una vida sana física, mental y social, pero la inexistencia de un sistema de información que capte estos datos nos obliga a utilizar mediciones indirectas a través de la mortalidad, morbilidad o por la expectativa de vida.

La mortalidad general de la provincia en el año 1980 era de 8,79% con un rango de 7,20% para La Paz y 10,77% en Diamante. Más información proporciona el análisis de la mortalidad por edades. El primer indicador en este sentido es el de la mortalidad infantil cuyos datos disponibles (1981, 1984, 1990) muestran una tendencia decreciente desde el 30,5% de muertes menores de 1 año

por cada 1000 nacimientos vivos para el año 1981 21,2%. en 1990.

En cuanto a la tasa de mortalidad por departamento vemos valores que oscilan para el año 1990 entre 32,5%. para el departamento de Federación y un 11,3%. para el departamento de Gualeguay. Confirmando que aquellos departamento con mayor tasa de mortalidad infantil estan asociados a mayores niveles de N.B.I., pero también se observa un crecimiento de dicha mortalidad en el departamento de Nogoyá, 21,6%. en 1981 y un 26,2%. en 1990. En el estudio se pudo detectar problemas de subregistro ya presentes en trabajos previos (3).

En la misma tabla al observar la mortalidad infantil precoz y tardía (se utilizó año 1989 por lugar de ocurrencia por carecer del dato de 1990 por lugar de residencia), se recaba la siguiente información: Feliciano, Federal, Federación, Gualeguaychú, La Paz tienen la tasa más alta de mortalidad infantil tardía para los años 1981-1984 confirmando por un lado lo antes mencionado y por otro el peso que tienen las muertes evitables en la mortalidad infantil, corroborado. En lo referente a las muertes tardías y precoces para el año 1989 por tratarse de muertes por lugar de ocurrencia, demuestra como muchas de ellas se dan en otros departamentos como el caso de Concordia que recibe derivaciones de los departamentos de Federación y Federal.

Un tercer indicador es la tasa de mortalidad de 1 a 4 años,

intimamente ligado a factores socioeconómicos, ya que las principales causas de muerte para este grupo son: Infecciones intestinales, respiratorias y parasitarias, todas ellas relacionadas con problemas nutricionales (desnutrición), con valores que van de un total provincial para el año 1984 de 0,89%. con diferencias de 3,1%. en Feliciano y de 0,3%. en Diamante. Es de destacar que el 30% de estas muertes se evitarían con un efectivo programa materno-infantil.

Para concluir del cuadro general provincial de morbilidad por todas las causas de egreso, en el segundo lugar se encuentran las enfermedades intestinales mal definidas, confirmando la existencia de patologías evitables y definiendo como prioritarias acciones de Atención Primaria de la Salud ya que el 80% de los problemas de salud se pueden resolver en un primer nivel de atención.

En relación a enfermedades como el S.I.D.A (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es de esperar que en los próximos cinco años, la mitad de las camas estén ocupadas con pacientes enfermos de esta patología, razón por la cual se hace imprescindible el desarrollo de políticas sanitarias de tipo preventivas y asistenciales con carácter prioritario.

7- MARCO POLITICO-SANITARIO  
=====



## 7.1-IOSPER

Creado por Ley 5.326 (Anexo I) como Instituto autárquico en relación con el poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Hacienda y Economía con el objeto de " planificar, reglamentar y administrar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de sus afiliados, como así también de otras contingencias sociales conexas ".

De esta forma el IOSPER es una entidad que a través del aporte trabajadores/Estado, financia la prestación de servicios de salud, en forma indirecta mediante la contratación de servicios de salud públicos, privados, de obras sociales y en forma directa, brindando servicios sociales y de apoyo a la atención de salud (prótesis, beneficios de excepción, medicamentos) a los beneficiarios ya sean obligatorios o aquellos que por regimenes especiales adhieren a la misma (voluntarios).

La cobertura prestacional es prácticamente total a todos los beneficiarios de la provincia, a su vez deriva a otras provincias a través de las obras sociales provinciales con quien mantiene convennios de reciprocidad, con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y con establecimientos de alta complejidad.

Se encuentran encuadrados como obligatorios todos aquellos "funcionarios, magistrados, empleados y agentes que se desempeñan en cualquiera de los Poderes del Estado Provincial y Municipalidades y sus reparticiones y Organismos Autárquicos o descentralizados"; también se encuentran incorporados los jubilados retirados y pensionados de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia.

La población total de beneficiarios a Julio de 1991 es de 229.815, siendo el 22,5% de la población total de Entre Ríos. El total de obligatorios es de 208.858 siendo la relación titular adherente 1,76; el total de afiliados voluntarios es de 19.901 siendo la relación titular/adherente de 1,76%, estos últimos a su vez se dividen en capitados y autónomos, representando el 8,6% de la población total del IOSPER (Cuadros 2 y 3).

Cuando estudiamos la distribución total de beneficiarios por departamento, Paraná concentra el 39,4% del total de beneficiarios, si le sumamos la población beneficiaria de Concordia y Gualaguay, representan el 57% de los beneficiarios de IOSPER.

Esta situación poblacional marca de alguna manera los lugares donde se concentra la mayor capacidad de negociación y de presión por parte de los prestadores ligado fundamentalmente

al peso absoluto y relativo en el ingreso que reciban los grupos prestadores por parte de IOSPER a nivel local (ej: Paraná).

Se ha podido observar en el transcurso del estudio, beneficiarios no dados de baja, distorsionando en grado variable las conclusiones sobre población, no pudiéndose establecer la magnitud de la misma.

El modelo de contratación con el sector privado se desarrolla a través de relaciones contractuales con las entidades gremiales. El pago se hacía hasta el mes de Agosto de 1991 por prestaciones y por Nomenclador Nacional, momento en que se firma (Septiembre de 1991) el acta (Anexo II) de acuerdo con el Instituto de Prestaciones de Salud de Entre Ríos (IPSER), entidad esta que agrupa a la ACLER, FEMER y COBER, en la misma se comprometen ambas partes a partir de Septiembre, a aplicar el sistema de módulos globalizados en internación, abrir un registro de prestadores de salud, mejorar los aranceles profesionales, establecer un sistema de regulación, control y seguimiento de las prestaciones asistenciales, racionalizando, categorizando y acreditando estructura, el recurso humano técnico y profesional, condiciones éstas que se dan con carácter de exclusividad a IOSPER. En la misma se pactaron mejores condiciones de pago y sobreprecio en los valores de distintas prácticas. Llama la atención la exclusión de los prestadores públicos en el convenio

firmado, teniendo en cuenta que se trata de un prestador natural y de alternativa ante situaciones de crisis.

La intencionalidad por parte de las autoridades, en el sentido de cambiar el modelo prestador, en muchos casos responsable de sobreprestación o de sobrefacturación (pago por prestaciones) transformándolo en prestaciones globales se presenta como un avance pero se deben tener en cuenta distintos aspectos: a) como primera consideración es el alto sobreprecio que paga la obra social (en todas las prácticas se triplicó el precio final) y la factibilidad y viabilidad en afrontar el pago de dicho modelo; b) en todos los casos el coseguro a los beneficiarios también se triplicó; c) que en la composición del globalizado se prevee el pago de contingencias (complicaciones) de las que debería hacerse cargo el sector privado, de lo contrario se está legalizando y financiando complicaciones que no deberían ocurrir en una patología determinada; d) si bien el centralizar el pago en el IPSER simplifica la tarea administrativa tanto para el IOSPER como al IPSER (fundamentalmente a IPSER), al IOSPER lo debilita en su capacidad de negociación, y en la delegación indirecta de un caudal muy importante de recursos al IPSER quien a su vez lo administra prácticamente como una cápita ya que las mismas entidades con posterioridad le pagan a los profesionales integrantes de las asociaciones profesionales por pago por prestación; e) la

exclusión del sector público del convenio y el no pago en condiciones de igualdad se transforma en un subsidio indirecto al sector privado ( 4); f) la ausencia de guías sugeridas de prácticas por patología determinará la ausencia de control y fundamentalmente de control de calidad, situación esta que también determinará sobreutilización en internaciones clínicas fundamentalmente en el interior de la provincia y subprestación en otros; g) en el sentido de eliminar el plus profesional en muchas prácticas se terminó pagando más de lo que se pagaba con dicho plus.

En el sentido de cerrar el sistema acreditando estructura y categorizando el recurso profesional y técnicos se considera como una actividad prioritaria la acreditación de servicios teniendo en cuenta que esta actividad no ha sido desarrollada técnicamente por IOSPER; en cuanto a la categorización profesional y técnica, en la actualidad lo único que se paga es la antigüedad profesional no siendo esta garantía de calidad, en este sentido la categorización debería ser por concurso y antecedentes y propiciar una carrera dentro de la seguridad social. Es para tener en cuenta que uno de los aspectos por el cual se intenta cerrar el sistema es el ingreso permanente de profesionales en el sistema generando un mercado con sobreoferta prestacional, en este sentido el número total de médicos incorporados al registro de prestadores supera los 1600 médicos

dando una relación beneficiario médico de 1 médico cada 140 beneficiarios aproximadamente (se calcula 1 médico cada 1000 habitantes).(5)

## 7.2- Características del Sector Salud

El sector salud viene pasando en los últimos años una de sus mayores crisis, fundamentalmente por razones macroeconómicas, pero también por razones propias del sector, las mismas se pueden encontrar en: disminución del gasto público, modelo de financiamiento, como así también deformaciones en la estructura y organización de los servicios, costos crecientes en la atención de la salud, envejecimiento de la población, información de la población, ingresos fijos en la seguridad social, mala administración de los recursos, falla del sector público en la regulación del sistema, agudizándose en este escenario la pugna distributiva de los recursos y las situaciones de inequidad social.

A esto le podemos sumar, prácticas inadecuadas llevadas a cabo por prestadores privados (sobrestimación y sobrefacturación), situación esta que denuncia la propia irracionalidad en la oferta y los caminos para sostener el financiamiento.

### 7.2.1-Estructura del sector salud de Entre Ríos

Cuando estudiamos la evolución de la capacidad instalada desde el año 1970-1980 surge que la mayoría de las camas disponibles en la provincia pertenecen al sector público, el mismo bajó en este período del 80,7% al 76,8% del total, siguiendo la tendencia ocurrida en nuestro país. Las obras sociales tienen escasa participación (4,0% en 1970, 3,0% en 1980). En cambio el sector privado aumentó sus camas de un 15,3% a un 19,5% en el mismo período.

El número total de camas públicas disminuyó en el período 1984-1990 de 4.946 a 4.165 siendo de un 15,7% la pérdida, cinco departamentos fueron los únicos que aumentaron (Nogoyá, I. del Ibicuy, Gualaguay, Feliciano y Colón), el resto disminuyó.

Las mayores reducciones de camas en el sector privado se dieron en los departamentos más desfavorecidos, como es de esperar en un sector regido por principios mercantiles.

En lo referente a cantidad de camas disponibles comparada por departamento hay una mayor proporción en los departamentos de Diamante, Federal, Villaguay y Tala debido a la presencia de hospitales Psiquiátricos, colonias de Rehabilitación y S. de Puigari (Diamante). Prácticamente 1/3 de las camas provinciales corresponden a salud mental.

Un aspecto que merece nuestra atención es la repartición de las camas hospitalarias para pacientes crónicos, el 90% pertenecen al sector público, el 8% al subsector obras sociales y el 2% al subsector privado. Esto coincide con los otros indicadores de rendimiento de camas dando cuenta que el sector público se dedica a toda aquella patología crónica de tipo social no rentable y el sector privado a la patología aguda y de alta complejidad rentable.

Por otro lado, al subsector público pertenecen el 83% de los establecimientos con mas de 50 camas, en cambio el subsector privado dirige más la internación en establecimientos de menores dimensiones.

Sobre un total de camas en el sector privado de aproximadamente de 1800, en una muestra de 1388 camas, el 60% de las mismas se encuentran dentro del código (Nomenclador Nacional) 430101 y 430102, reflejando una buena proporción de camas con buena hotelería.

La tecnología de mediana y alta complejidad se encuentra prácticamente en exclusividad en el sector privado (no se obtuvo información actualizada de tecnología).

En relación a los recursos humanos teniendo en cuenta el registro de prestadores de IOSPER para el año 1992 sobre un total



de 1595 (faltando información de médicos de cuarta categoría de Paraná y del Círculo Médico de C. del Uruguay), el 25,2% corresponde a médicos menores de 10 años de egresado, 38,8% de médicos entre 10 y 19 años de recibido y 32,5% a más de 20 de egresado. La mayor concentración de médicos esta en Paraná con 696 con un peso relativo de 44% del total de la masa médica. La relación médico/habitante para la provincia es de 1/660 hab., con un rango que va de 1/390 hab. para el departamento Paraná, de 1/2485 hab. para el departamento de Feliciano y 1/1578 para el departamento de Federal (para estos calculos no se ha considerado el personal que trabaje con exclusividad para el sector público).

El crecimiento médico experimentado en los últimos años da como resultado, un significativo aumento el el número total dando cuenta de la tendencia que se venía perfilando. Información referida al mercado médico (5) destaca, que mientras la población general crece a un promedio de 1,5% por año, la población profesional lo hace al 8% con consecuencias directas en la oferta y en la puja distributiva de los recursos. En este sentido es de esperar que al cerrarse los distintos sistemas de seguridad social como de pre-pagos, determine mayor incorporación de nuevos profesionales a puestos asalariados.

La acreditación, matriculación, habilitación y ética de los

profesionales esta a cargo de el Departamento de Control Profesional dependiente de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

#### 7.2.2- Sistema de Salud Pública

En relación a la estructura organizacional de la Secretaría de Estado de Salud Pública ( SSE ) no se pudo obtener información actualizada.

La SSE depende organicamete del Ministerio de Acción Social, a su vez de dicha Secretaría dependen la estructura administrativa, asistencial del sector público provincial.

Se puede decir que los distintos establecimientos que la componen (hospitales, centros de salud, etc.), conforman una unidad política y programática con objetivos en general comunes. Existe centralización en el proceso administrativo en donde los hospitales no manejan presupuesto propio, salvo la "caja chica" y el reembolso del arancelamiento (Ley de Arancelamiento) a obras sociales donde un porcentaje de lo facturado queda en el establecimiento y el resto pasa a la SSE.

El sector público atiende en general a la población de menores recursos, aunque en los últimos años ha incorporado gran parte de la población beneficiaria de la seguridad social debido

en general a la crisis económico-social, a los reiterados cortes de servicios del sector privado y a la generalización del plus profesional. Este aumento referido anteriormente no se vio reflejado en la proporción de facturación a obras sociales que dicho sector prestó, pero a través de estudios nacionales y de los indicadores de utilización en el sector público provincial durante los años 1988-1990 fueron aumentando progresivamente los egresos y el número de consultas, explicándose este fenómeno como transferencia de paciente atendidos en el sector privado al efector público. Corrobora esta hipótesis el hecho de que pese a la disminución de la oferta por parte del sector público, aumentó la demanda en lugares donde comparte la atención con el sector privado (Paraná, Gualaquaychú, C del Uruguay), manteniéndose invariable en aquellos donde el sector público es único prestador.

#### 7.2.3- Sistema de Salud Privada.

Se encuentra organizado de acuerdo a: grupos profesionales (Círculos Médicos, Colegio de bioquímicos, Colegio de Farmacacéuticos, etc,) y asociaciones de dueños de establecimientos privados (Asociación de Clínicas y Sanatorios).

Los círculos médicos -entidades de primer grado- se encuentran estructuradas a nivel departamental, a su vez los

círculos y asociaciones médicas conforman la Federación Médica - entidad gremial de segundo grado- en este sentido en los últimos tiempos se han visto fracturas en las negociaciones y en el liderazgo de la Federación Médica de Entre Ríos (Círculo Médico de Paraná, Círculo Médico de C. del Uruguay). A diferencia de farmacéuticos y bioquímicos que se encuentran organizados centralmente en un Colegio Único en el departamento Capital, cumpliendo funciones gremiales, de contralor profesional y como negociador con las obras sociales.

La FEMER concentra el poder negociador con las obras sociales, pero a través del tiempo los círculos médicos locales han ido diferenciando sus intereses provocando fracturas y estructuras prepagas (Paraná y C. del Uruguay), ligadas a: número de médicos, especialidades, tecnología y a diferencias socioepidemiológicas de la población demandante. En este sentido la incorporación al IPSE y el convenio con IOSPER viene a confirmar, la necesidad de la FEMER de volver a concentrar el poder médico a través de la administración del globalizado y del sobreprecio logrado en la consulta y prácticas ambulatorias.

La Asociación de Clínicas y Sanatorios (ACLER), agrupa el 100% de las clínicas y sanatorios privados, reuniendo todo el poder de negociación de camas privados y de su contratación con las obras sociales. Es de destacar que la mayoría de los dueños

de los establecimientos privados en Entre Ríos son médicos, aunque se están empezando a ver en algunos establecimientos, incorporación de capitales extra profesionales.

La ACLER desarrollo su propio pre-pago CON-SALUD con un importante oferta de servicios en todo el país, con un sistema que viene a complementar la cobertura de lo no cubierto por obras sociales. Este tipo de oferta perfila una estrategia en la ACLER de futura captación de beneficiarios de obras sociales ante la posible de desregulación sistema de obras sociales.

## 8- RECURSOS HUMANOS =====

### 8.1- Organización y capacitación de los recurso propios del ----- IOSPER. -----

La estructura orgánica con funciones se encuentra desarrollada en el Anexo III.

El área de Recursos Humanos se encuentra orgánicamente dependiendo de la Dirección de Administración como Jefatura de Departamento, cuyas funciones están dirigidas fundamentalmente al control del comportamiento del personal (ausentismo, horarios,) y a hacer cumplir al personal las leyes y decretos vigentes y a

atender todos los trámites institucionales del personal. No se ha observado ningún sistema de evaluación del personal, ni políticas en este sentido.

No se ha observado un proceso de capacitación institucional ligado a objetivos o metas institucionales ni una política en este sentido.

No existe una carrera dentro de la administración pública en Entre Ríos.

En cuanto al personal de planta del IOSPER, se obtuvo información de los departamentos del interior faltando información del departamento de Paraná, el número total de recursos humanos en el interior es de 261, considerandose que esta cifra suficiente en relación al número de beneficiarios como para satisfacer las necesidades de toda la institución. Se debe tener en cuenta que el exceso de personal se arrastra de tiempos en el que IOSPER tenía suscripto un convenio por el cual atendía a los jubilados nacionales (PAMI).

#### 8.2- Organización de grupos prestadores.

---

Contestadas precedentemente en los puntos 7.2.1 y 7.2.3.

### 8.3- Relación con los recursos del sistema sanitario provincial.

---

No se pudo observar relaciones de tipo programáticas ni formales. Sus relaciones se dan fundamentalmente a partir de pacientes de IOSPER internados en el sector público (esta pregunta fue efectuada en entrevista al Director de Prestaciones).

### 9- UTILIZACION DE LOS SEVICIOS DEL IOSPER

---

Evaluar la Atención Médica significa valorizar, juzgar los resultados finales en cantidad y calidad en relación con las metas que forman parte de un objetivo propuesto.

Esto implica el conocimiento previo de las necesidades de salud de la población a asistir y de las estrategias asistenciales para resolverlas. Dicho de otra manera, no solo definir las pautas sobre lo que se quiere obtener (modelo deseable) sin disponer de información del diagnóstico de situación (modelo observado) y de los cambios a operarse.

El procedimiento por el cual se evalúa la atención médica se denomina auditoría médica de calidad, entendiéndose entonces a la calidad, como el grado de conformidad con las normas fijadas con anterioridad (6), esto se refiere al cúmulo de normas científicas y de opinión general que se tenga sobre la que

constituye una buena atención de la salud.

La evaluación de la atención médica se puede dividir en cuatro métodos independientes: nivel de salud de la población beneficiaria, estructura, proceso y resultados de la atención médica.

Las variables tales como nivel de salud o atención de la salud expresadas en un nivel teórico, implican diferentes aspectos y dimensiones de gran complejidad. Son entonces los indicadores los encargados de unir las variables teóricas y " sus distintas dimensiones con la realidad empírica "(7).

Indicadores de salud se lo entiende como medidas cuantitativas o cualitativas, que describen un problema de salud (su frecuencia, su tendencia, su evolución) o las variables que se asocian al problema.(8)

#### 9.1- Indicadores.

##### 9.1.1- Indicadores de estructura

Es la relación que los recursos guardan entre si y respecto a la población.

Están incluidos en el mismo: planta física, recursos humanos y tecnología. La evaluación de la estructura está ligada



a las condiciones de eficiencia y eficacia institucional, siendo este tipo de evaluación importante para la seguridad social como condición para la acreditación de servicios ( la habilitación la da el sector público).

#### 9.1.1.1-Planta física

Los elementos tomados en cuenta para la evaluación de la estructura física son: diseño ( congruencia entre nivel institucional, organizacional y operativo), ubicación (distancia, medios de comunicación), nivel de atención, áreas y servicios destinados para tal fin, número de establecimientos públicos y privados, su distribución y sus niveles de complejidad, número de camas por 1000 beneficiarios, camas por sector y su distribución geográfica.

#### 9.1.1.2- Recursos humanos.

Se considera muy importante la evaluación de los recursos humanos en relación a las necesidades de la población, para esta hay que conocer el número de profesionales, su distribución, su evolución histórica y relacionarla con la población beneficiaria.

Es importante evaluar la idoneidad, calificación académica, para su categorización y los niveles de calidad en la prestación de servicios.

#### 9.1.1.3- Tecnología

El uso y la incorporación de tecnología irracional en la Argentina pone de manifiesto la importancia que adquiere la evaluación y planificación de la tecnología en relación a las necesidades; la tomografía axial computada, las ecografías, la resonancia nuclear son ejemplo cabal de lo referido anteriormente (se calcula 1 tomógrafo por millón de habitantes, en la actualidad en nuestro país superan los 300). Número de tomógrafos, ecógrafos, etc, su distribución geográfica.

#### 9.1.2-Indicadores de proceso y producción.

Los indicadores de proceso se vinculan fundamentalmente a la evaluación del acto médico, rendimiento de los recursos, nivel de normatización, accesibilidad..

En cuanto a la evaluación del proceso a través de indicadores, se describen los relacionados con la calidad de la atención médica. El propósito de generar un sistema metodológico mediante el cual - y en forma rápida y simple - se pueda obtener un conjunto de indicadores cuyo resultados señalen el nivel de calidad de atención para la salud, en pacientes internados.

Indicadores propuestos:

9.1.2.1-La Historia Clínica: el propósito es valorizar el registro como principal fuente de consulta de todo lo acontecido en el paciente. (9) Se describen tres indicadores cualitativos:

Se considera completa cuando: a) refleja claramente la causa y el estado del paciente al ingreso; b) el plan de estudios a que fue sometido y sus correspondientes resultados; c) el o los tratamientos efectuados; d) la evaluación del paciente y su estado al egreso (en caso de óbito, causa) y epicrisis.

Se considera incompleta o insuficiente cuando faltan datos que permitan evaluar los items apuntados.

Se considera no adecuada, cuando de su lectura no se pueden extraer conclusiones por: a) letra ilegible; b) cuando lo registrado no coincida con los estudios, o no se justifique la conducta asumida.

9.1.2.2-Los estudios de Diagnóstico:" se parte del principio de modificar aquellas prácticas que son nocivas, fomentar las benéficas y desentenderse de las indiferentes ".(10)

Los indicadores cualitativos propuestos son:

-Estudios adecuados: cuando fueron necesarios y oportunos para llegar al diagnóstico y tratamiento.

-No adecuados: cuando los estudios efectuados no eran necesarios o de utilidad para la patología en estudio; cuando se realizaron en el momento no oportuno; cuando no aportaron información que pudiera cambiar el tratamiento; cuando fueron excesivos.

-Insuficientes cuando no se llegó al diagnóstico, existiendo métodos para arribar a él.

#### 9.1.2.3- El tratamiento

-Adecuado: en cuanto a técnica, oportunidad y duración del mismo.

-No Adecuado: a) en técnica; b) en oportunidad; c) en dosis/duración (pudiendo ser insuficiente o excesivo).

-Contraindicado: cuando produjo daño o hacía correr un riesgo innecesario al paciente, o cuando las condiciones del paciente no lo hacían recomendable.

9.1.2.4- Complicaciones: entendiéndose como tal toda patología que aparezca durante la internación, o como curso no habitual de la misma. las mismas se dividen en:

-Evitables: cuando se pudo haber prevenido.

-Inevitables: cuando las complicaciones fueron no previsibles.

9.1.2.5-Días de Estada: es la duración total de la permanencia de un paciente en internación, contabilizada la estada en los días que transcurrieron entre la admisión y el alta. Es un indicador fácil de establecer y relacionar con costos y sobreutilización de los mismos.

-Adecuado: según estándares del establecimiento o pautas por patología de consenso.

-Excesivos: cuando el paciente permaneció internado sin justificación clínica ni terapéutica.

-Insuficiente: cuando el paciente se fue de alta en condiciones no adecuadas de externación, por alta voluntaria o por alta injustificada.

9.1.2.6-Resultados: en cuanto a los resultados los dividimos en: a) deseados o buscados; b) no deseados o no buscados y este último recordamos los resultados de evitables y no evitables.

9.1.2.7-Satisfacción del Usuario: tiene como objetivo detectar cómo el paciente recibe las acciones médicas, paramédicas, administrativas a nivel institucional. Se clasifica la respuesta en: a) conforme; b) con críticas (cuando acepta en general, pero

efectúa algún comentario en particular con crítica); c) la no aceptación.

A estos indicadores se les asigna un valor de manera de evaluar la totalidad del peso y de cada uno de los parámetros (Cuadro 5). El valor surge de la aplicación de metodologías como la Delphi o grupos nominales.

9.1.2.8-Se considera como un indicador de calidad, el nivel de normatización institucional, no solo en los procedimientos cotidianos sino en el desarrollo de parámetros de procedimientos en el control de tratamiento médicos, procedimientos diagnósticos o estandarización de prácticas ante patologías de internación clínicas y quirúrgicas o ambulatorias, permitiendo de esta forma establecer criterios de calidad y no meramente el control de facturación. En este sentido es inexistente en el área de auditoría el desarrollo de la normatización.

Los indicadores de producción o de utilización se refieren a la medición de los bienes y servicios que recibe la población beneficiaria como producto final.

Indicadores de utilización de servicios.

9.1.2.9-Consulta por Beneficiario.

Se trata de un indicador sencillo de obtener, bajo costo y sensible a las modificaciones. Señala la utilización de

servicios ambulatorios en un lugar y en un tiempo determinado (día, mes, año). En este caso es recomendable que el denominador (población beneficiaria) se pueda discriminar según sexo y edad para poder definir con mayor precisión, grupos a los que va destinada las acciones de salud (padrón de beneficiarios). Tanto el número total (cifra absoluta) o la utilización de tasas como en este caso, son de alto valor para el seguimiento de tendencias en prestaciones asistenciales, sus desvíos y el nivel de cobertura poblacional. Los indicadores serán presentados como cifras absolutas y relativas: tasas, razones y proporciones.(11)

Indicadores propuestos:

- Número de consultas por lugar donde se desarrolla y por mes/año.
- Número de consultas según sexo y edad, lugar de residencia por mes/año.
- Número promedio de consultas por prestador.
- Número total de consultas por beneficiario mes/año.
- Número de recetas por consulta ambulatoria mes/año.
- Número de medicamentos y frecuencia por rubro y por lugar.

#### 9.1.2.10-Egresos.

Se entiende por egreso a la salida de un paciente de un servicio de internación (el alta puede ser transitoria o

definitiva o por defunción). Este a su vez puede ser clínico o quirúrgico. Se encuentra condicionado fundamentalmente por la infraestructura (indicadores de estructura). En cuanto a la utilidad, tiene características similares a consulta. En cuanto a las recomendaciones, la utilización de egresos por edad, sexo, lugar de residencia y de ocurrencia y la relación que guarda con los diagnósticos (morbilidad). Los datos serán presentados como cifras absolutas y relativas.

Indicadores propuestos:

- Número total de egresos clínicos y quirúrgicos según lugar de ocurrencia y/o de residencia.
- Número total de egresos clínicos y quirúrgicos según sexo y edad.
- Número total de partos y cesareas según lugar de ocurrencia y/o de residencia.
- Número de internaciones clínicas y quirúrgicas sobre población beneficiaria por mes/año.
- Causas de egreso clínico y quirúrgico.
- Egresos según diagnóstico, edad y sexo.
- Egresos según diagnóstico y mes de atención.
- Egresos según diagnóstico, lugar de ocurrencia y/o residencia por servicio.
- Promedio días de estada de las internaciones.
- Prácticas desarrolladas en internación de baja y alta



complejidad.

- Gasto total en internaciones clínicas y quirúrgicas mes/año.

- Promedio de gasto en internaciones clínicas y/o quirúrgicas por patología de egreso y por establecimiento.

#### 9.1.2.11-Prácticas de diagnóstico y tratamiento.

- Número total de prácticas ambulatorias y de internación según lugar de ocurrencia y/o de residencia, por mes/año

- Número tomografías, ecografías, resonancia magnética según diagnóstico de indicación y resultado por establecimiento.

- Medicamentos más utilizados en internación.

#### 9.1.3- Nivel de Salud e indicadores de resultados.

El nivel de salud e indicadores de resultados se toman en el mismo punto por considerar que para evaluar los resultados de las acciones de salud se debe tener previamente un diagnóstico de nivel de salud de la población a asistir. La evaluación de los resultados medirán el impacto que se tenga de dichas acciones en términos de morbi-mortalidad (enfermedad y Muerte) y la cobertura

que dichos programas alcancen. Los indicadores de resultado surgen del seguimiento de los indicadores de nivel de salud y del nivel de cobertura alcanzado (la cobertura se estudia a partir de indicadores de utilización y de muestreo de la población san/enferma). Las variables estudiadas fundamentalmente son demográficas y de morbi-mortalidad:

Tamaño poblacional

Composición según sexo y edad

Densidad

Estructura Distribución geográfica

Población  
=====

Natalidad

Dinámica  
-----

Crecimiento vegetativo

Mortalidad

Emigraciones

Crecimiento migratorio

Inmigraciones

Tasa general

Morbilidad  
-----

Tasa específica

Nivel de Salud  
=====

Tasa general

Mortalidad  
-----

Tasa específica

#### 9.2- Procedimientos de Auditoria -----

Los procedimientos de auditoria se informarán sobre la división conceptual de: estructura, proceso y resultados. La modalidad desarrollada en IOSPER como en general en las obras sociales, es el de la Auditoria Externa, con acreditación de servicios por contratar, fiscalización y supervisión de las prestaciones y el control de facturación. La auditoria en general se comportó como control de facturación quedando la calidad como subproducto y no como objeto principal.

Auditoria médica depende organicamente de Gerencia General, como departamento, con un Jefe de Departamento y 18 auditores, 8 para el departamento de Paraná y 10 distribuidos en el interior de la provincia.

Es de destacar que al momento de la firma del nuevo convenio (IOSPER-IPSER), auditoría como el resto de las áreas, desconocían el convenio y su posible operatoria. El nuevo convenio, redefine las modalidades de facturación y las estrategias de control, ya que a partir de ahora el problema se plantea a partir de la subprestación en prácticas globalizadas y la sobreutilización en internaciones clínicas.

El trabajo de auditoría se circunscribe fundamentalmente al control de prácticas ambulatorias y de internación en los establecimientos asistenciales públicos y privados.

En cuanto a la modalidad operativa, la auditoría se puede dividir en: previa, de proceso o concurrente y de resultados.

#### 9.2.1- Auditoría previa.

Consiste en el control de todas aquellas prácticas ambulatorias nombradas o no nombradas de mediana y alta complejidad o las que por sobrepasar lo previamente autorizado, necesitan de una nueva autorización. También implica la determinación de procedimientos previos para efectuar determinado tipo de prácticas. Este tipo de actividades se desarrollan dentro de la institución (IOSPER). En general en el tema de internaciones no hay ningún control previo ya que auditoría se entera cuando el paciente ya está internado.

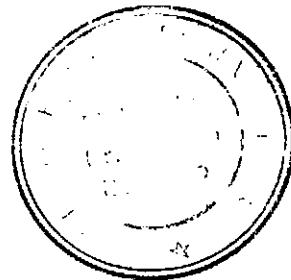
En relación con la evaluación de estructura no se ha observado ninguna actividad relacionada con la evaluación o normatización de la planta física, recursos humanos y tecnológicos.

#### 9.2.2- Auditoría concurrente.

Consiste en el control periódico de las internaciones (también llamada auditoría de terreno), en la misma el auditor rota durante un periodo determinado (2 meses para los auditores de Paraná) por alguno de los establecimientos asistenciales, detectando beneficiarios internados y corroborando que el o los códigos asignados coincidan con la patología de internación, a su vez autoriza o rechaza cambios que se pueden dar durante la internación, anotando los mismos en la historia clínica y efectuando una evolución diaria de los beneficiarios internados. En los lugares del interior donde hay auditor, se lleva este sistema, en departamentos como Gualeguaychú, Federación y Federal se efectúan los controles a través de visitas programadas.

Para la internación no se requiere autorización previa, razón esta que dificulta el control. En caso de prácticas o intervenciones que no se realicen en la provincia, IOSPER deriva a otras provincias o Capital Federal donde tienen convenios de reciprocidad, en este caso la autorización la da el departamento de auditoría de Paraná (en caso de ser un beneficio no

nomencado, la excepción la autoriza el Directorio).



El segundo control se efectúa una vez que han sido dados de alta los pacientes, las historias clínicas del mes son evaluadas por los auditores del IOSPER e IPSEER (auditoria conjunta).

La normatización existente se limita a procedimientos administrativos y de facturación no existiendo normas de calidad ni estandares de utilización de consumo ni de patologías o criterios médicos explícita. Se ha podido observar en C. del Uruguay evaluaciones de auditoría de proceso.

#### 9.2.3- Auditoria de resultados.

Corresponde a la evaluación de lo esperable en utilización de prácticas y al impacto de las acciones de salud. El único lugar donde se efectúa este tipo de evaluación es en C. del Uruguay a través de un sistema de información desarrollado por los propios auditores de la zona.

En cuanto al porcentaje de débito producto de la auditoría, es desconocido por parte del grupo de auditores.

#### 9.3- Factores que influyen en la utilización de servicios.

---

Los factores condicionantes de la utilización se encuentran

intimamente ligados a los conceptos de necesidades, oferta de servicios, demanda (desarrollados en el punto 4.2 del Marco Teórico) y todos aquellos asociados a aspectos sociales, económicos, culturales, epidemiológicos, geográficas y ambientales.

En relación a los aspectos epidemiológicos, variables como la edad, sexo, patología predominante en un área (ej: chagas), son determinantes del estado de necesidades objetivas, en este mismo sentido, la estructura de la población a atender determina la prevalencia de determinadas enfermedades como ocurre con pacientes añosos (PAMI), con patologías heredo-degenerativas como las tumorales.

Otro aspecto a tener en cuenta en la utilización de servicios es la accesibilidad y dentro de ella fundamentalmente la geográfica y la económica. La accesibilidad geográfica está determinada por la ubicación de la planta física de los servicios, medios de transporte, los horarios del beneficiario como de la atención de las unidades médicas. En cuanto a la accesibilidad económica, se encuentra ligada a la capacidad de pago por parte del beneficiario y a la de los servicios ("plus médico") o al cobro de bonos moderadores y coseguros por parte de la obra social (a partir del convenio IOSPER-IPSER se triplico el coseguro para todas las prácticas).

Un aspecto a tener en cuenta por parte de los servicios es la inducción a la demanda de determinadas prácticas que encuentran su explicación en un complejo histórico evolutivo

(desarrollados con anterioridad) de desarrollo de servicios y de tecnología, ejemplo de esto son los estudios de ecografías para embarazadas, procedimiento este que no tiene justificación en embarazos normales, sin embargo prácticamente no existe embarazo al cual no se le hayan hecho por lo menos 2 ecografías. Desde el punto de vista epidemiológico no se lo considera como un método recomendable en el primer trimestre del embarazo por problemas de hipoacusias, ni en embarazos normales, si se indica cuando se tiene alguna duda en embarazos patológicos o presuntamente patológicos. En este sentido se induce a la madre a pensar que a través de este procedimiento se evalúa correctamente su embarazo. Lo mismo ocurre con las tomografías donde la indicación fundamental se da en patología en cámaras cerradas como el cerebro donde la eficacia diagnóstica es elevada no así en torax y en abdomen. Esta situación oculta los caminos muchas veces utilizados por los servicios para encontrar estrategias de financiamiento de servicios. Esta situación se generaliza a nivel social donde se propicia la creencia de que la alta complejidad, es sinónimo de calidad. En este sentido la actitud institucional es guiarse por principios probadamente eficaces.

#### 9.4-Utilización de servicios de salud de beneficiarios de IOSPER.

---

En cuanto al total de prestaciones brindadas a los



afiliados de IOSPER para el año 1991, se puede visualizar un aumento de las mismas a partir de Agosto, Septiembre momento en que se firma el nuevo convenio IOSPER-IPSER, volviendo en general a valores históricos (1989), con una variación en el total provincial de 1465 egresos en Enero y de 2076 para Noviembre del mismo año, esta tendencia creciente se mantiene hasta la actualidad, en este sentido se calculaba como techo de egresos para el convenio 1500 internaciones, en este sentido se considera equivocado el cálculo ya que los egresos para el año 1989 se encontraban en estas cifras, esta situación se da por la demanda contenida hasta la fecha del convenio (este comentario no descarta la posibilidad que en el año 1989 los resultados de los egresos hayan estado influidos por sobreutilización ya presente en aquella época). El crecimiento que se está dando es fundamentalmente a partir de internaciones clínicas ya que las quirúrgicas se prestan poco a la sobreutilización y se encuentran en general globalizadas y en la utilización de adicionales.

En cuanto a consultas el aumento no llegó a valores históricos entendiéndose que en muchos casos el plus médico y en otros el coseguro actuaron como factores moderadores. Las tasas de consultas beneficiario /año fueron del 2.8 para el año 1991 (4.1 en 1989), considerandose una cifra dentro de los límites aceptables, los análisis ambulatorios estuvieron en el orden de

2.1; el 43,3% de las internaciones fueron clínicas, un 30% quirúrgicas y el 20% restantes partos (dentro de quirúrgicas se encuentra cesáreas), dentro de estas internaciones el 24% se efectuaron en el sector público.

Por cada 1000 consultas de beneficiarios se internaron 29,4 pacientes, si el cálculo se hace por cada 1000 beneficiarios fue de 86%.

La información de tipo cualitativa relacionada con diagnóstico de egreso o de patologías (información no capturada por el sistema de información).

Se destaca como medida eficaz y de eficiencia la utilización del Formulario Terapéutico Provincial (FTP), en relación a la utilización por parte de los prestadores es dudosa ya que en la pregunta formulada en la encuesta de opinión a beneficiarios de IOSPER en un 58% en el rubro si los medicamentos se encuentran incluidos en el FTP en Paraná el 58% contestó que algunas veces, mientras que en el interior el 80% correspondió a este rubro.

En cuanto a la utilización de medicamentos, no se contó con información suficiente para sacar conclusiones.

#### 9.4.1- Estructura del gasto prestacional

La estructura del gasto prestacional para el mes de Agosto de 1991 se distribuía de la siguiente forma: el mercado prestador de servicios públicos y privados con internación captaba el 36,2%, siendo el 31% para clínicas y sanatorios y el 5,1% para hospitales; el 23% les correspondió a los médicos por conceptos de honorarios; un 10% fue para bioquímicos; el gasto de farmacia sin contar la facturación de clínicas y sanatorios fue del 17% (incluye farmacias privadas y de IOSPER), sumando el gasto sanatorial, asciende al 24,8% el restante (13%) se distribuye entre la otras profesiones, servicios de ambulancia, etc.

Comparando el gasto de IOSPER con el informe INOS del año 1987 (Instituto Nacional de Obras Sociales) actualmente ANSSAL donde la mayor proporción la llevaba el rubro honorarios médicos con un 28%, el grupo sanatorial el 21,85%, honorarios bioquímicos el 8,44% y los fármacos el 19,78% (INOS 1987 FEMEBA), de las cifras precedentes se destacan las siguientes conclusiones: la importancia del grupo sanatorial en la captación de los recursos, en este sentido es posible que la disminución operada en el sector médico se deba a la disminución de consultas.

En cuanto al balance económico comparando Enero de 1991 y Enero de 1992 a valores constantes por el índice del consumidor de Enero/92, se destaca la importancia del convenio IOSPER-IPSER en el monto de egresos por servicios asistenciales, que se incrementa en un 113,98% , aumentando el total de egresos en un

82,09% , mientras que en el mismo periodo los ingresos se incrementaron solo en un 16,94% dando una balanza negativa mensual de aproximadamente de 6.380.869.000 australes. Teniendo en cuenta que esta cifra va en aumento ya que de Enero hasta esta parte se incrementaron las internaciones hace suponer que la brecha en el balance económico hará inviable la continuación de dicho convenio.

El gasto administrativo se encuentra en el orden del 13% aproximadamente en la actualidad cifra esta influenciada por el aumento del rubro gasto en prestaciones.

#### 10- RELACION CON LA COMUNIDAD =====

##### 10.1<sup>a</sup>- Imagen de la obra social entre los usuarios. -----

##### 10.1.1-Encuesta a beneficiarios del IOSPER.

##### 10.1.1.1- Objetivo: conocer la opinión de los beneficiarios del

IOSPER relacionada con:

-Información que reciben los beneficiarios de IOSPER y por qué medios la recibe; opinión y aportes.

- Opinión de los servicios médico-asistenciales públicos y privados.
- Condicionantes de accesibilidad a servicios asistenciales.
- Información, consumo, y utilización del Formulario Terapéutico Provincial.
- Atención al público que brinda IOSPER.
- Cobertura y factibilidad de futuros incrementos en los aportes.
- Concepto de salud.
- Propuestas: a través de las mismas integrar las opiniones de la comunidad y el instituto encargado de prestar los los servicios.

#### 10.1.1.2- Diseño de la encuesta.

Se aclara que para el diseño de la encuesta en una primera etapa las nuevas autoridades fijaron como objetivo conocer la opinion de los beneficiarios de IOSPER en Paraná, para lo cual se conformó un equipo de trabajo integrado por: equipo de apoyo al proyecto CFI, la Profesora Graciela Schiro y por pedido de presidencia mi incorporación (aclarado en Segundo Informe Parcial del CFI) con participación técnica en el confeccionamiento de la encuesta. La misma fue desarrollada por IOSPER en la Ciudad de

Paraná. Con la finalidad de complementar la información de esta encuesta y sumar información al proyecto al punto 4 del contrato aprobado precedentemente en el pedido de Asistencia Técnica al CFI, " Relación con la comunidad ", se decidió efectuar el mismo tipo de encuesta en el interior de la provincia (Concordia, Gualaguay, C. del Uruguay y Feliciano) a la que se le sumarían preguntas ligadas al concepto de Salud y a las propuestas de los beneficiarios para con su obra social, complementando los objetivos de obtener una muestra mas representativa de la provincia. En el informe Quinto de Avance se aclara que el hecho de incorporar Paraná se encontraba dentro de los objetivos del proyecto del CFI acerca de la participación e imagen de la obra social, desestimandose esta posibilidad por la encuesta desarrollada por IOSPER en Paraná.

El cuestionario se confeccionó con preguntas de tipo cualitativas, cerradas y abiertas.

-El Universo Elegido: los beneficiarios de IOSPER.

-La Unidad de Análisis: el beneficiario titular y sus adherentes.

-Variables: de la personas; sexo, edad, ocupación, titular/ adherente; lugar; información de IOSPER; utilización de servicios; opinión de servicios; cobertura; utilización

del FTP; aportes; accesibilidad; concepto de salud; propuestas.

-Número de Encuestados: se programaron 100 y se efectuaron 75 (Feliciano y Gualeguay se programaron 20 en cada lugar y se concretaron 4 y 7 respectivamente). Entre los 75 encuestados sumaban 148 adherentes.

-Lugar de la Encuesta: se desarrollaron en las ciudades de Concordia, C. del Uruguay, Gualeguay y Feliciano (corregir en Quinto Informe de Avance donde dice La Paz, Paraná y Federación). Se les efectuaron encuestas en los lugares de trabajo, Agencias de IOSPER y en establecimientos asistenciales donde comúnmente concurren.

#### 10.1.1.3-Determinación de la muestra.

Se puede definir como un muestreo de tipo no probabilístico, encuadrado en lo que se denomina técnicamente muestreo de cuota, teniendo como objetivo un estudio de tipo exploratorio de opiniones, no pudiendo por esto extraer generalizaciones, sino una "idea" de la situación.

Para la determinación de la muestra se tomaron en cuenta las siguientes premisas:

-Número total de afiliados

- Relación titular/adhernte
- Reparticiones de trabajo
- Distribución geográfica de afiliados
- Número de consultas diarias y egresos
- Población con Necesidades Básicas Insatisfechas(NBI).  
(Censo 1980).

#### 10.1.1.4- Conclusines de la Encuesta. (Anexo IV)

A la pregunta formulada si reciben o no información del IOSPER, el 46,7% de los encuestados no reciben información del IOSPER, a lo que se suma un 14,7% que reciben información insuficiente, el 38,7%, consideraron que la información era suficiente.

A la pregunta de: ¿ Qué tipo de información considera ud. que debería recibir?, se dejó abierta la respuesta. Las contestaciones estuvieron referidas a la frecuencia y al tipo de información; un 32% contestó que información de tipo general, un 21,3% contestó específica y el 17,3% contestó que mensual dando cuenta de que también requería de información.

En relación a la pregunta de utilización el 89,3% utilizó en el año 1991 algún tipo de servicio, un 5,3% no lo necesitó y el resto no pudo. De los que no pudieron, el 5,3% lo relacionó con el plus médico y odontológico.



A la pregunta de satisfacción de los servicios brindados por los establecimientos asistenciales, el 90% los consideró como bueno.

A la pregunta de medicamentos y si conocían el FTP el 73% contestaron que no lo conocían, ahora bien, a la pregunta de consumo de medicamentos el 68% contestó que si.

En la pregunta sobre los medicamentos que consumía se encontraban incluidos en el FTP el 80,9% contestó que algunas veces y el 11,8% que siempre.

La pregunta de cómo es la atención al público en IOSPER se la deja de lado por considerar que en muchos casos quienes desarrollaron la encuesta son empleados del IOSPER que viven en localidades pequeñas donde la población los conoce y hace poco probable una respuesta sincera.

En la pregunta sobre cobertura pre-paga el 90% contestó que no estaba afiliado a ningún sistema, pero un 10% dijo que si, esta situación pone de manifiesto una tendencia que se está manifestando como respuesta a cortes de servicios, plus médico, etc. En relación a si aportarían más para lograr mayores servicios, el 60% contestó que no, pero el 40% restante contestó que si.

A la pregunta de cuál es el concepto de salud que se tiene,

en un 93% no lo asociaron con la enfermedad, a esto se debe sumar las respuestas que se desarrollaron en la pregunta posterior, se asociaron a propuestas por parte de los beneficiarios, de tener servicios de tipo preventivos. Cabe destacar que el único grupo que define a la salud en términos de enfermedad es el grupo médico.

En cuanto a la pregunta de propuestas, en general tuvieron mayor frecuencias aquellas ligadas a la eliminación del plus y fundamentalmente el odontológico, a la ampliación de los servicios, a la ampliación del FTP y muchas con características locales, control de prestaciones etc. La totalidad de las respuestas se desarrollaron al final de la encuesta.

#### 10.2-Participación comunitaria.

El concepto de participación comunitaria fue expresada en el punto 2.9, Glosario de Términos Básicos.

En relación a la participación comunitaria, se da en un primer nivel a partir de la participación de Directores Gremiales en la conducción del IOSPER y a través de ellos, los beneficiarios.

Se considera importante a través de las conclusiones de la encuesta la puesta en marcha de un canal mas fluido de

comunicación y de opinión de los beneficiarios, no solo en la información a prestarles, sino también en las necesidades sentidas de los mismos. Como parte del proceso de atención de la satisfacción del usuario como un indicador de calidad y como una herramienta de consenso del IOSPER para asumir transformaciones institucionales generales como las específicas en el área de prestaciones.

La participación de los beneficiarios a nivel local se puede lograr a partir de una estrategia ligada a la descentralización institucional.

## 11-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

=====

### 11.1- Alternativas de cambio institucional

Con la finalidad de abordar alternativas de cambio institucional se han considerado como prioritarias, tres núcleos temáticos a seguir:

Estrategias institucionales.

Sistema de Información

Area de prestaciones asistenciales

#### 11.1.1-Las estrategias institucionales

Como uno de los objetivos mas importantes a nivel institucional se destaca el de la eficiencia institucional y el de las estrategias para obtenerlo, en este sentido la palabra eficiencia no se debe confundir con la práctica efficientista, pero se debe tener en cuenta que el no ser eficiente en la situación actual en la que se encuentra la seguridad social, sin los recursos necesarios para garantizar un nivel minimo de prestaciones, significa tambien ser inequitativo.

En la actualidad, la realidad que impone un mercado altamente competitivo y en un marco nacional que se ha definido en el mediano y el corto plazo hacia la desregulación del sistema de salud, hacen prever la inminencia de cambios a operarse en el sistema de salud y especificamente en el de la seguridad social para lo cual es inminente la preparación de las instituciones en un marco desregulado.

El mercado prestador de servicios sanatoriales como el médico ha preparado su oferta, a partir de estructuras de financiamiento pre-pagas teniendo en cuenta la crisis económico-financiera existente en el sistema de seguridad social. Estas situaciones como la oferta de contratos globalizados que permitan prácticamente administrar los recursos de la seguridad social y

de el pago a prestadores por parte de las entidades prestadoras, no se dan por casualidad, sino en el marco de esta tentativa.

Se aclara que en general existen distintas formas de globalizar, el cuestionamiento principal de este convenio está dado en la forma de globalizar y el precio del mismo.

En cuanto a las posibles formas de contratación en la actualidad con los grupos prestadores se plantean: la posibilidad de volver al sistema anterior y replantear la globalización desde las necesidades del instituto; autorizar únicamente las internaciones de urgencia hasta determinar en negociación cual es la propuesta que adquiere mayor consenso.

Como estrategias institucionales se sugieren:

#### 11.1.1.1- Descentralización Institucional

Esta estrategia o modalidad operativa transfiere la toma de decisiones y responsabilidades a los administradores de los niveles operativos, los cuales se hallan en contacto directo con los problemas y son los que deben disponer de los medios para encararlos (descentralización operativa y centralización política normativa).

Ventajas de la descentralización:

- Aumenta la capacidad, oportunidad y precisión de la

decisión a nivel local

- Mejora el nivel de conocimiento de la problemática.
- Posibilita la programación local en forma integral, de acuerdo a las necesidades reales de la población.
- Permite la utilización total y racional de los recursos disponibles.
- Permite la real participación de la comunidad.
- Facilita el extensión de cobertura y la evaluación del impacto de las mismas
- Permite el desarrollo de un sistema de información por niveles.
- Disminuye la burocracia y aumenta la capacidad operativa en la medida que permite una mejor definición de los niveles de decisión.

#### 11.1.1.2- Planeamiento y control de gestión institucional

Se destaca como una actividad prioritaria la ejecución de planeamiento y control de gestión a nivel institucional.

Se sugiere la conformación en el área de Presidencia y Directorio de un área de Gabinete con un nivel técnico de excelencia, con la finalidad de asistir a los mismos en modos de contratación, modalidades de atención, epidemiología, monitoreo

y control de gestión de políticas y estrategias institucionales.

#### 11.1.2- Sistema de Información

Como objetivo fundamental del sistema está el que provea información en forma oportuna, completa y confiable acerca de la población beneficiaria y sus necesidades, del sistema de financiamiento y del sistema de prestación de servicios. Definiendo como niveles de información: la político-estratégica, táctica y operativa. En este sentido se prevee que cada nivel gerencial debe tener al alcance la información necesaria para tomar decisiones eficaces.

Implementación de los siguientes subistemas:

- Sub-Sistema consuno del beneficiario:
  - Autorizaciones de servicios
  - Padrón de beneficiarios
  - Estudios epidemiológicos
  - Estadísticas
  - Costos por prestación
- Sub-Sistema cuenta corriente de prestadores
  - Pago a prestadores de servicios
  - Padrón de prestadores de servicios
  - Control de facturación de prestaciones

- Sub-Sistema contable

- Proveedores
- Patrimonio
- Personal
- Financiero
- Costos operativos
- Presupuestario

- Sub-Sistema cuenta corriente de obligados

- Padrón de obligados
- Recaudaciones

11.1.3- Area de prestaciones asistenciales

- Se considera imprescindible la formulación y posterior ejecución de un programa médico-asistencial que explicita objetivos, metas a alcanzar y las estrategias asistenciales a desarrollar.

- Para el mismo se debe contar con un diagnóstico preciso de la situación de salud en la que se encuentra la población beneficiaria, como así también de la estructura de servicios, utilización e impacto de las mismas.

- Definición de prioridades asistenciales. Cabe destacar que la falta de definición de prioridades, en la situación actual dificulta la elección del criterio mediante el cual delimitar



prestaciones.

- Normatización de procedimientos médicos con criterios de calidad, guías de prácticas por patología con la finalidad de poder evaluar la composición de los módulos globalizados. Auditoría previa, de proceso y de resultados.

- Incorporar en el área de auditoría los criterios de evaluación de estructura, proceso y resultados. En relación a la estructura, definir los criterios de acreditación de servicios.

- Definición de indicadores de utilización de servicios y de calidad.

- Establecer un sistema de evaluación periódica de todas las prácticas asistenciales y fundamentalmente de control de gestión de las mismas. Integración de los procedimientos prestacionales de ejecución y de control con las distintas áreas.

- Sistema de información de prestaciones oportuna y confiable.

- Incorporación de módulos de alta complejidad.

#### 11.2- Relaciones interinstitucionales del IOSFER.

En cuanto a la relación con el sector público se considera

necesaria la integración fluida y formal con dicho sector, tomando en cuenta que se trata de un prestador natural del sistema, a su vez es el ofera de servicios preventivo asistenciales, que dicho sector es poco proclive a pácticas como la sobreutilización y a la sobreprestación, que ante situaciones de crisis, se convierte en el único prestador del sistema y a que históricamente se ha comportado como un verdadero moderador del sector privado

### 11.3- Líneas futuras de análisis e investigación.

Se entiende en este sentido como actividades prioritarias:

a) el estudio para la formulación y puesta en marcha de un programa de prestaciones asistenciales. El mismo debe contener los siguientes núcleos temáticos: análisis de la demanda de los beneficiarios de IOSPER en terminos epidemiológicos (morbi-mortalidad); evaluación de estructura, proceso y resultados; normatización de los procedimientos médicos (previos, de proceso y de resultados); normas de calidad de la atención en patologías prevalentes en internación; auditoría previa, de proceso y resultados; acreditación de servicios; modalidades de contratación; costos de las prestaciones; formación de precios; tasas de ganancia; sistemas de información por niveles; integración de sistemas de evaluación y control; control de calidad; satisfacción del usuario; programas de salud.

b) la transformación del IOSPER en el marco de la reforma del estado y la preparación de condiciones de eficiencia y eficacia institucional.

c) programa para la capacitación de los recursos humanos.

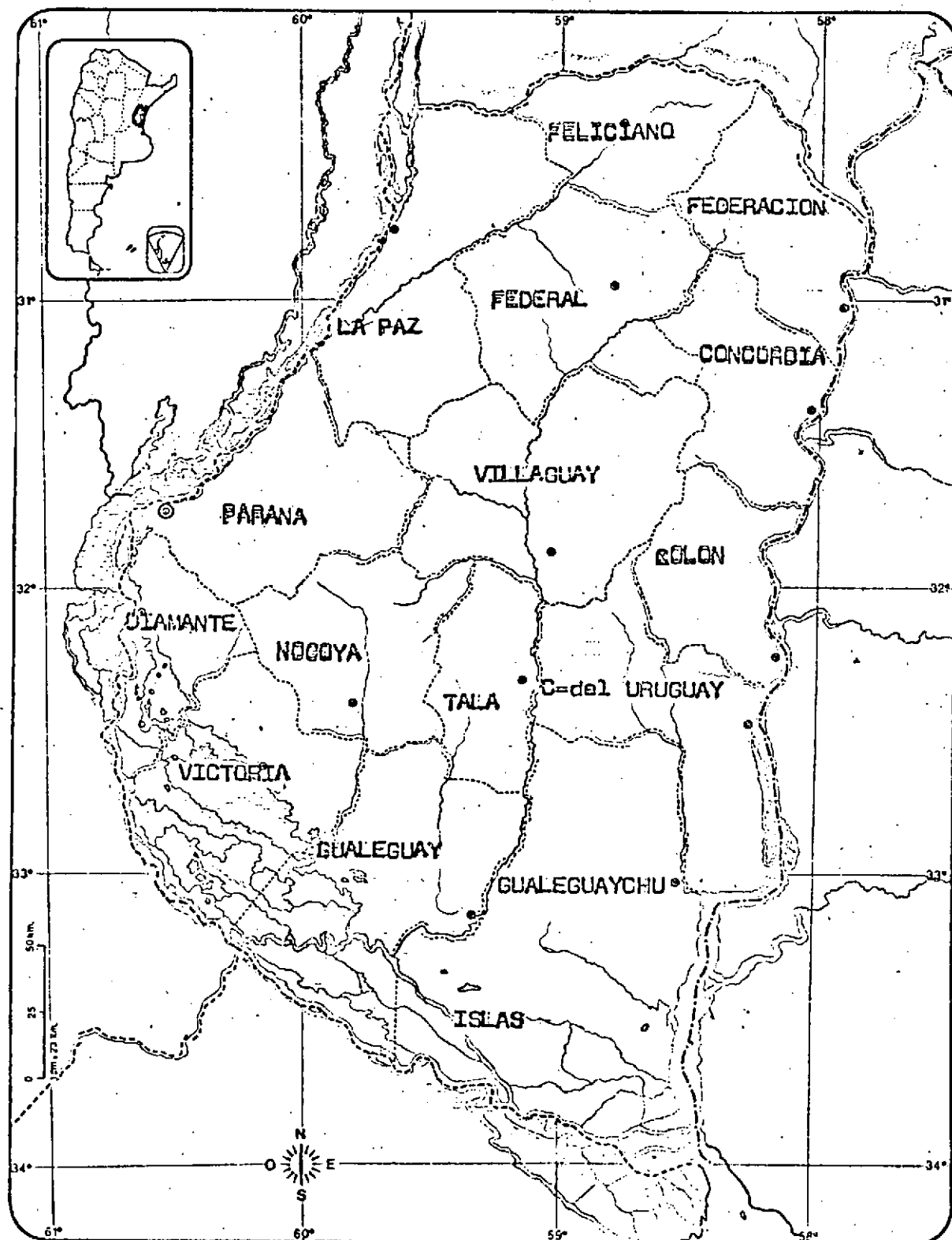
d) investigación del mercado prestador de servicios públicos y privados.

## BIBLIOGRAFIA

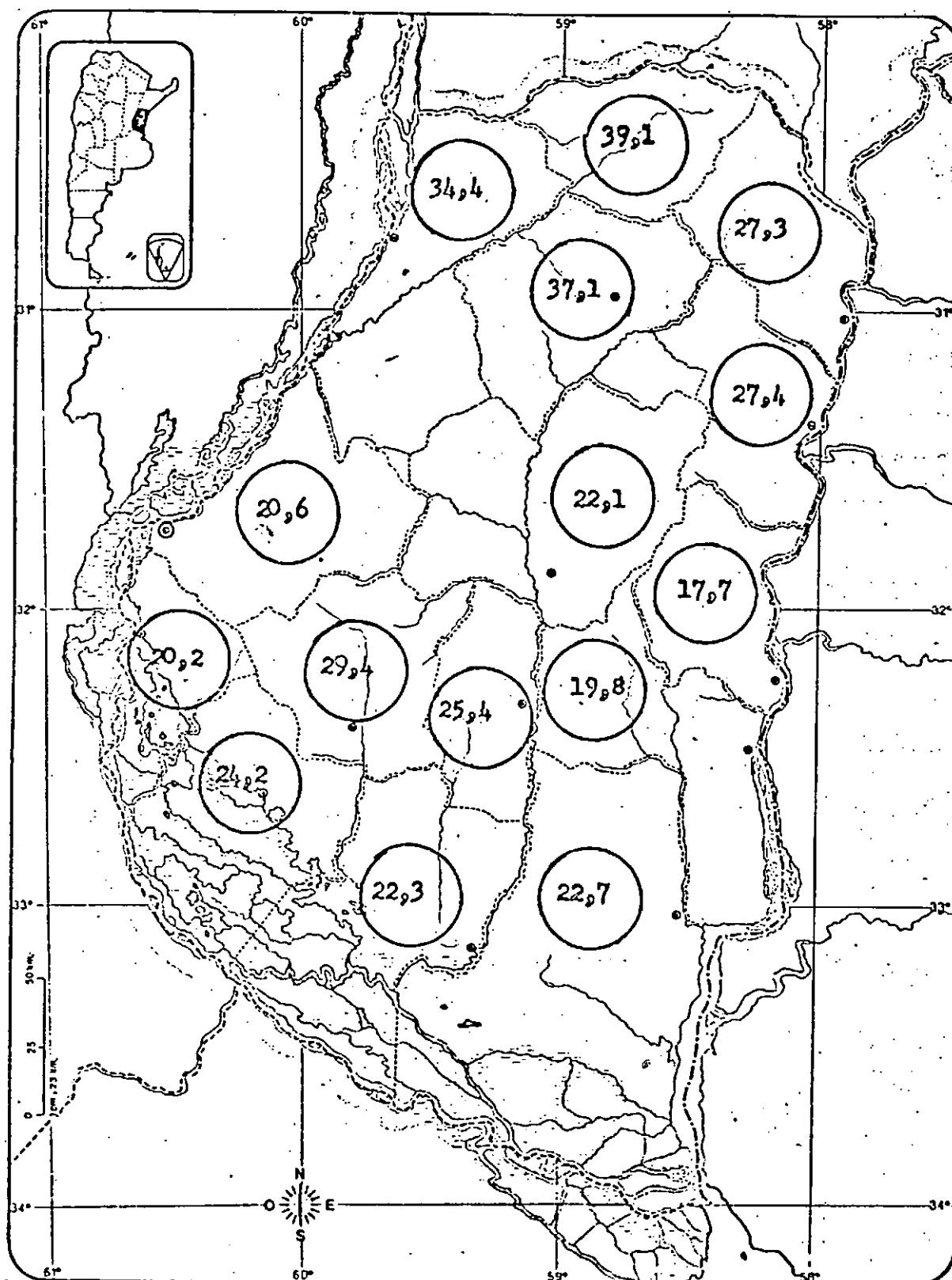
- 1] Laurel Asa C «Proceso Salud Enfermedad»  
Cuadernos Médicos Sociales  
Rosario 1978
- 2] Katz Jorge Muñoz Alberto «Organización del Sector  
Salud: Pujá Distributiva y Equidad»  
CEPAL 1988
- 3] Berduc Andrés y colaboradores «Diagnóstico de Salud de la  
Provincia de Entre Ríos».  
ESPUBA 1985
- 4] Marracino Camilo «El Modelo Prestacional Vigente»  
Medicina y Sociedad Vol. 9 Nº 4 1986
- 5] Velmartino Susana, Bloch Carlos, otros «Estructura y Dinámica  
Ocupacional del Médico Rosario 1978»  
C. Médico Sociales Nº 22 1982
- 6] Snee Virgil Traducción del artículo «The Medical Audit  
Hospital Vol.46 Nº 1 Enero 1965»
- 7] Asignación de recursos para la Salud. Ministerio de Salud  
Pública y Medio Ambiente.  
Buenos Aires 1981.
- 8] San Martín Hernán V.P. «Salud Comunitaria Teoría y Práctica»  
Madrid España 1984 Ed. Díaz de Santos.
- 9] Moreno Jorge, Rsemblat Enrique «Propuesta de Modelo de  
Evaluación de Proceso y Resultados, Indicadores Numéricos».  
Sociedad Argentina de Administración Hospitalaria  
Buenos Aires 1984
- 10] Taylor, Carl E. «Investigación sobre Sistemas de Salud».  
Foro Mundial de la Salud. Vol. 4 1983
- 11] Sonis Abraham y colaboradores. «Atención de la Salud».  
Estadísticas y Archivos Médicos.  
Buenos Aires 1976 Editorial Ateneo.

**GRAFICOS Y CUADROS**

PCIA. DE ENTRE RIOS - DIVISION POLITICA



HOGARES CON NBI (EN PORCENTAJE) SEGUN DEPARTAMENTO,  
AREA URBANA, PCIA. DE ENTRE RIOS, 1982.



Fuente: La Pobreza en la Argentina, INDEC, 1982.

**CUADRO 1**

***Comparación censo 1980-1991 km c. densidad de población.***

<b><u>Depar</u></b>	<b><u>Poblacion</u></b> <b>1980</b>	<b><u>Poblacion</u></b> <b>1991</b>	<b><u>Km cuad.</u></b>	<b><u>Densidad</u></b>	<b><u>Diferencia</u></b>
<b>TOTAL</b>	<b>908,291</b>	<b>1,021,119</b>	<b>78781</b>	<b>13.0</b>	<b>112,828</b>
Colon	48,658	55,865	3491	16.0	7207
Conco	123,190	138,296	3683	37.5	15106
Diana	36,952	39,735	2774	14.3	2783
Feder	41,351	48,796	3760	13.0	7445
Feder	21,115	22,104	5060	4.4	989
Felic	11,598	12,426	3143	4.0	828
G..ay	40,276	42,916	7178	6.0	2640
G..hu	91,658	89,370	11586	7.7	8287
Islas		10,575			
La Pa	58,058	61,837	6500	9.5	3779
Nogoy	36,651	37,194	4282	8.7	543
Paran	226,050	273,210	4974	54.9	47160
Tala	23,525	24,248	2663	9.1	723
C.del	77,828	90,244	5855	15.4	12416
Victo	28,231	30,218	6822	4.4	1987
Villa	43,150	44,085	7010	6.3	935

***Fuente: Censo de población 1980-1991***



**CUADRO 2**

**POBLACION TOTAL DE LA PROVINCIA Y DE IOSPER POR DEPARTAMENTO  
AÑO 1991**

POBLACION DPTO	TOTAL 1991	IOSPER	RELAC % BENEF/POBL
TOTALES	1021137	229816	22.50
COLON	55885	9352	16.73
CONCORDIA	138296	22863	16.53
DIAMANTE	39735	8583	21.60
FEDERACION	48976	8877	18.19
FEDERAL	22104	4992	22.58
FELICIANO	12426	3163	25.45
GUALEGUAY	42916	9016	21.00
GUALEGUAYCHU	89370	16894	18.90
ISLAS	10575	1523	14.43
LA PAZ	61837	11507	18.60
NOGOYA	37194	7444	20.01
PARANA	237210	90548	33.14
TALA	24248	6334	26.12
URUGUAY	90244	11824	13.10
VICTORIA	30216	7289	24.12
VILLAGUAY	44085	7978	18.09
DPTOS. INEXISTENTES		1629	

**Fuente: IOSPER**

**CUADRO 3**

**NUMERO TOTAL DE AFILIADOS DEL IOSPER SEGUN REGIMEN DE AFILIACION  
AL 3 DE OCTUBRE DE 1991**

	TITULAR % OBLIGATORIOS		ADHER	%	A/T	TOT
PCIALES	41688	33.5	82781	66.5	1.98	124469
MUNIC	11490	26.4	32017	73.6	2.78	43507
PASIV	21774	54.5	18124	45.5	0.83	39898
SUBTOT	74952	36.0	132922	64.0	1.77	207874
VOLUNTARIOS						
INDIV	3215	42.1	4413	57.8	1.37	7628
COLECT	265	32.2	557	67.8	2.10	822
AUTON	3129	33.8	6127	66.2	1.95	9256
DEPEN	409	31.9	872	68.1	2.13	1281
J.DE GNO	88	26.9	238	73.1	2.70	326
S/DETERM	87	15.1	489	84.9	5.62	576
SUBTOT	7193	36.1	12696	63.9	1.76	19889
TOTAL	82145		145618			
DERIV DE IOSPER	781		276			
TOTAL	82962		145894			228820

**FUENTE: IOSPER**

CUADRO Nº:4

BALANCE IOSPER, COMPARACION ENERO 1991, ENERO 1992

INDICE CONSUMIDOR ENERO/92 249,445.30

(RELACION PORCENTUAL)

	ENERO/91	ENERO/92	PORCENTAJE
INGRESOS			%
APORTES	\$27,641,334,429	\$31,423,208,600	13.68
COSEGURO	\$2,002,404,442	\$4,332,957,400	116.39
OTROS	\$2,310,521,640	\$1,611,451,200	-30.26
TOTAL	\$31,954,260,511	\$37,367,617,200	16.94
EGRESOS			
SERV.ASIST	\$16,726,158,492	\$35,790,690,000	113.98
SUELDOS	\$5,176,164,379	\$5,628,053,600	8.73
OTROS	\$2,123,738,549	\$2,329,743,300	9.70
TOTAL	\$24,026,061,420	\$43,748,486,900	82.09

FUENTE: DIRECCION CONTABLE  
PARANA, 25/02/92

# CUADRO Nº5

## METODOLOGIA DE EVALUACION DE CALIDAD MEDICA INDICADORES Y PESO RELATIVO.

CONCEPTO	DISCRIMINACION Y PUNTAJE			
HISTORIA CLINICA	COMPLETA 10	INCOMPLETA 5	AUSENTE -10	INADECUADA -15
ESTUDIOS DE DIAGNOST.	ADECUADO 15	INADECUADO -10		INSUFICIENTES -15
TRATA- MIENTO	ADECUADO		INADECUADO	CONTRAINDICADO
	EFFECTIVO 30	NO EFFECTIVO 15	-15	-30
RESULTADOS	DESEADOS	NO DESEADOS		
	15	NO EVITABLE 0	EVITABLE -15	
COMPLICA- CIONES	NINGUNA 10	NO EVITABLE 0	EVITABLE -15	
DIAS DE ESTADA	ADECUADOS  10	EXCESIVOS		INSUFICIENTES
		JUST. 0	INJUST. -10	-15
ACEPTACION	CONFORME 10	CON CRITICAS -5		INACEPTABLE -15

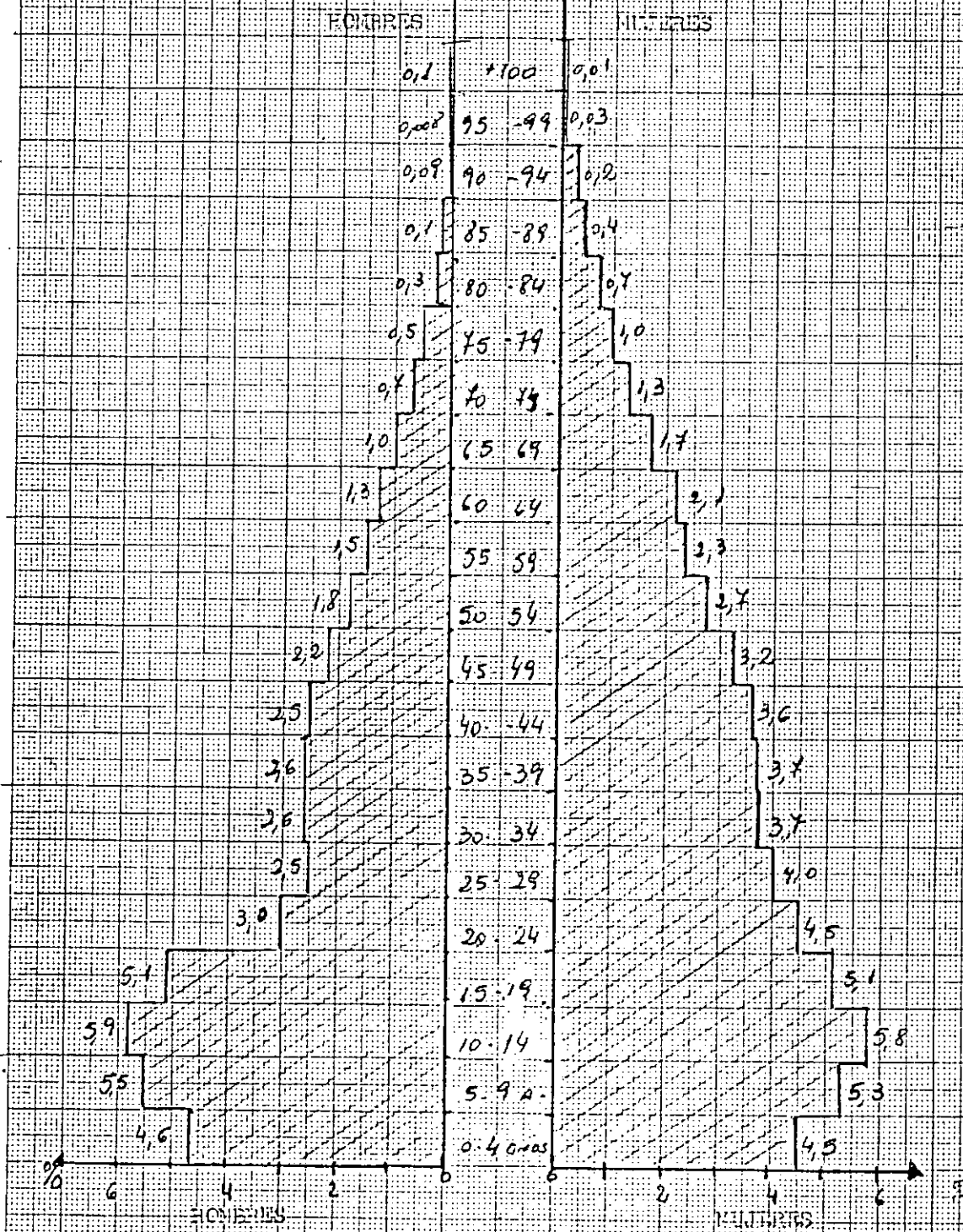
EVALUACION: 100 / 85      PUNTOS: BUENO  
84 / 56      PUNTOS: OBSERVABLE  
55 / -120      PUNTOS: INADECUADOS

AUTORES:      Jorge Raúl Moreno  
Enrique E. Rozemlat

PIRAMIDE POPULACIONAL DE AFILIADOS AL I.O.S.P.R.

REFERENCIAS

1% = 1 cm.



FUENTE: Dpto de afiliados al I.O.S.P.R. archivo maestro.

ANEXO I

"CREACION DEL I.O.S.P.E.R."

INCLUIDAS MODIFICACIONES LEYES NOS. 5480 /  
(DICIEMBRE/73), 5643 (DICIEMBRE/74), 5662 /  
DICIEMBRE/74) y 6634 (NOVIEMBRE/80).-

VISTO:

La autorización del GOBIERNO NACIONAL, concedida por // Decreto Nº 717/71, y la POLITICA NACIONAL Nº 45; en ejercicio de las facultades legislativas que le confiere el artículo 9º del ESTATUTO DE LA REVOLUCION ARGENTINA;

EL GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS  
SANCIONA Y PROMULGA CON FUERZA DE LEY:

CAPITULO I - CREACION - CAPACIDAD - OBJETO

ARTICULO 1º: Créase el INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS (I.O.S.P.E.R.), como persona jurídica autárquica. En sus relaciones con el Poder Ejecutivo actuará por intermedio del Ministerio de Hacienda y Economía a través del organismo que aquel establezca (Modificación de la Ley 5480). Tendrá su administración central y domicilio legal en la ciudad de Paraná, pudiendo establecer delegaciones y subdelegaciones donde lo estime conveniente de acuerdo a sus necesidades operativas.-

ARTICULO 2º: El Instituto tendrá por objeto: planificar, reglamentar y / administrar la promoción, prevención, protección, reparación y rehabilitación de la salud de sus afiliados; como también efectuar la cobertura de otras contingencias sociales conexas: instalar proveedurías, promover el turismo social, las actividades culturales y realizar cualquier otro tipo de prestaciones de carácter social, de conformidad con las disposiciones de la presente ley y reglamentaciones que se dicten/-

ARTICULO 3º: Declárase obligatoriamente comprendido en el presente régimen:

a) Los funcionarios, magistrados, empleados y agentes que desempeñen cargos en cualquiera de los Poderes del Estado Provincial y Municipalidades y sus reparticiones y Organismos Autárquicos o descentralizados;

b) Los jubilados retirados y pensionados de la Caja de Jubilaciones/ y Pensiones de la Provincia y los que en el futuro gozaran de tales beneficios del mencionado organismo.-

ARTICULO 4º: Como excepción a lo dispuesto en el artículo anterior establece que no serán considerados afiliados obligatorios:

a) Los agentes contratados y los transitorios, cualquiera fuere su denominación, mientras no hubieren cumplido la antigüedad mínima de SEIS (6) meses de servicio ininterrumpido;

b) Los que por la propia condición de agentes provinciales se encuentren forzosamente comprendidos en otro régimen nacional similar;

c) Los que se desempeñen en cargos electivos que manifiesten su voluntad de no ser afiliados, la cual deberá expresarse dentro de los noventa días de acceso a la función;

d) El personal de cualquier jerarquía que preste servicios en corporaciones municipales y goce de servicios de similar alcance a los otorgados por la presente ley a través de Obras Sociales o Instituto preexistentes que amparen a todo <sup>el</sup> personal cuando lo resuelva la mayoría de los afiliados reunidos en asambleas convocadas reglamentariamente.-

## CAPITULO II - DEL CAPITAL, RECURSOS Y GASTOS

ARTICULO 5º: El capital inicial del Instituto lo constituye el patrimonio de CAJA MUTUAL DEL PERSONAL DE LA ADMINISTRACION PUBLICA DE ENTRE RIOS (Decreto Ley 3187/57), a quien sucede.-

ARTICULO 6º: La actividad administrativa económica y financiera del Instituto estará ajustada a los recursos y gastos fijados en su presupuesto anual y los destinos específicos previstos en cada partida.-

ARTICULO 7º: Suprimido por Ley 5480.-

## CAPITULO III - DE LAS AUTORIDADES

ARTICULO 8º: La conducción del Instituto estará a cargo de un Presidente y un Directorio.-

ARTICULO 9º: El Presidente será designado por el Poder Ejecutivo; durará cuatro años en el cargo y tendrá las siguientes funciones:

- a) Convocar y presidir las reuniones / del Directorio participando con voz y voto y doble voto en caso de empate;
- b) Ejercer la representación legal del Instituto en sus relaciones con terceros y con los poderes públicos;
- c) Otorgar poderes y mandatos;
- d) Estar en juicio como actor, demandado y tercerista ejerciendo todos los actos que las leyes de fondo y procesales preveen y transigir judicial o extrajudicialmente;
- e) Comprar, vender, arrendar, construir o realizar cualquier otro acto de adquisición o disposición de bienes o derechos y aceptar donaciones y otras liberalidades, a cuyos efectos el Poder Ejecutivo dictará, adecuada a la modalidad operativa del / Instituto, las normas de procedimientos a que tales actos deberán ajustarse;
- f) Ejercer el poder disciplinario sobre el personal del Instituto, con facultades de aplicar todas aquellas sanciones que no impliquen su remoción de conformidad con lo que fije / la reglamentación;
- g) Redactar y someter a aprobación del Directorio el reglamento interno y el régimen orgánico-funcional del /



Instituto;

h) Adoptar todas las medidas de urgencia y actuar en todos los asuntos que siendo de competencia del Directorio no admitan dilación, sometiéndolos a su consideración en la sesión inmediata;

i) Acordar o denegar a los afiliados los beneficios que se establezcan como consecuencia de esta ley;

j) Confeccionar la memoria anual;

k) Ejercer la Administración del Instituto y ejecutar todos los actos que sean necesarios para la realización de sus fines;

l) Con aprobación expresa del Directorio, comprar, vender, hipotecar y realizar cualquier otro acto que verse sobre bienes inmuebles.-

La venta de bienes inmuebles que se efectúe para la vivienda de sus afiliados se realizará previo sorteo público entre quienes reúnan los requisitos que exija la reglamentación que al efecto deberá dictarse, dando intervención en todos los casos al Instituto Autárquico de Planeamiento y Vivienda.-

ARTICULO 102: El Presidente será reemplazado interinamente en caso de renuncia, acefalía o ausencia, por los Directores que representen al Poder Ejecutivo en la forma que se establezca en la reglamentación interna. En tal supuesto el designado tendrá derecho al voto en las reuniones del Directorio y a decidir en caso de empate.-

El Gerente General ejercerá la segunda autoridad administrativa del Instituto.-

ARTICULO 112: El Directorio del Instituto estará integrado por tres Directores designados por el Poder Ejecutivo y por tres Directores en representación de los afiliados a propuestas de las entidades representativas de los mismos en la forma que lo establezca la reglamentación.-

Los Directores durarán cuatro años en sus funciones, serán suplidos en la forma que establezca la reglamentación, y gozarán de remuneración.-

ARTICULO 122: Las facultades y obligaciones del Directorio serán:

a) Proyectar y elevar anualmente al Poder Ejecutivo el Presupuesto general de gastos y cálculo de recursos;

b) Aprobar y elevar anualmente al Poder Ejecutivo el Presupuesto General, Cuentas de Resultado, Memoria del Ejercicio, los que deberán ser publicados en el Boletín Oficial.-

c) Determinar la naturaleza, proporción extensión y forma de los beneficios que se otorguen en virtud de esta Ley;

d) Determinar las contribuciones de los beneficiarios en el costo de las prestaciones y los aportes personales y patronales a cargo del Estado Provincial y Municipalidades por sus respectivos afiliados, tanto activos como pasivos.-

e) Suprimido por Ley 5480;

f) Determinar las personas que podrán ser incorporadas voluntariamente a través del afiliado titular, mediante el pago de una cuota o aporte adicional;

g) Determinar las condiciones en que podrán continuar o reingresar al régimen de esta Ley, los que perdieren o hayan perdido su carácter de afiliados cualquiera fuere o haya sido / su naturaleza o categoría;

h) Determinar en cada caso, en base a las posibilidades económico-financieras y conforme a las conclusiones / que los estudios técnicos aconsejen, la incorporación en forma colectiva al Instituto con cobertura parcial, total, simple financiamiento o / reintegro de la prestación, de los siguientes grupos de personas:

1- Los trabajadores que se desempeñen en relación de dependencia en la actividad privada.

2- Los trabajadores dependientes del / Estado Nacional, sus empresas y reparticiones descentralizadas o autárquicas.

3- Los trabajadores que ejercitaren // por cuenta propia una actividad cualquiera fuere su naturaleza.

4- Los empresarios o empleados que /// ejercieren personalmente la dirección o conducción de una empresa o establecimiento.

5- Los indigentes calificados como tales por la Dirección de Promoción y Asistencia de la Comunidad, quién / deberá responder por el pago de los correspondientes aportes y contribuciones.-

i) Celebrar convenios con otros organismos similares que no persigan fines de lucro, tendientes al logro de una mejor atención tanto de sus afiliados como de los que estando comprendidos en cualquier otro régimen análogo se encuentran radicados en el territorio de la Provincia de ENTRE RIOS;

j) Realizar las contrataciones que resulten necesarias con las entidades médico-gremiales más representativas y demás prestadores de servicios en relación con los beneficios que otorgue la Institución;

k) Nombrar, promover y remover al personal del Instituto de conformidad con las normas sobre estabilidad contenidas en las Leyes que rigen para los Empleados Públicos de la Provincia y de acuerdo con las que rige la reglamentación;

l) Sancionar a los profesionales, afiliados y servicios adheridos, previo sumario y participación técnico-consultiva, en los dos últimos casos de la Auditoría de Salud del Instituto y de las Asociaciones gremiales representativas, de acuerdo con lo previsto en esta Ley y en lo que determine la reglamentación;

n) Considerar toda cuestión relacionada con el funcionamiento del servicio y promover iniciativas para su ordenamiento, adecuación y reformas;

o) Realizar y publicar estudios e investigaciones relativas a la materia;

p) Aprobar en forma definitiva las medidas adoptadas y reglamentaciones que dicte el Presidente en ejercicio de las facultades conferidas por los incisos g) y h) del artículo 9º de la presente Ley;

q) Reunirse con la periodicidad que determine la reglamentación y cada vez que lo convoque el Presidente;

r) Decidir todos los casos no previstos y adoptar las medidas oportunas o convenientes para el mejor éxito o desarrollo de las actividades del Instituto.-

Las decisiones que se adopten respecto a los aportes personales y patronales deberán someterse al Poder Ejecutivo para su aprobación definitiva.-

ARTICULO 13º: No podrán ser Presidente ni Directores:

a) Los fallidos o concursados mientras no fuesen rehabilitados, o los con proceso pendiente de quiebra, convocatoria o concurso;

b) Los condenados por causas criminales por delitos dolosos o los con proceso criminal pendiente por delitos de igual naturaleza;

c) Los inhabilitados según previsiones del régimen sobre agentes civiles de la Provincia;

d) Los miembros de los cuerpos Legislativos nacionales o provinciales y deliberantes de las Municipalidades;

e) Los que no sean ciudadanos argentinos;

f) Los que tuvieren intereses económicos comerciales incompatibles con la actividad del Instituto.-

El Presidente o los Directores que con posterioridad a su designación estuvieren comprendidos en algunas de estas inhabilidades, cesarán de pleno derecho en el cargo.-

ARTICULO 14º: Los Directores y el Presidente solamente podrán ser removidos por el Poder Ejecutivo cuando se produzcan las siguientes causas:

a) Cuando cometieren actos de mala administración o mal desempeño de sus funciones;

b) En caso de violación de secretos que deberán guardar sobre las actuaciones e informes del organismo, en interés propio o de terceros;

c) Ausencia reiterada o injustificada a las reuniones del Directorio.-

#### CAPITULO IV - DEL COMITE ASESOR -

ARTICULOS 15º, 16º y 17º: Suprimidos por la Ley 5480.-

#### CAPITULO V - DE LAS SANCIONES DISCIPLINARIAS

ARTICULO 18º: Las infracciones que se cometan harán pasible al responsable de la sanción de apercibimiento, suspensión o expulsión, de acuerdo con el régimen que al respecto se establezca por medio de reglamentación.

#### CAPITULO VI - DE LOS RECAUDOS Y NOTIFICACIONES

ARTICULO 19º: Para obtener la revocatoria o modificación de las decisiones del Presidente del Instituto deberán deducirse recursos de apelación ante el Directorio dentro de los quince (15) días de notificación de la respectiva resolución.-

La cuestión deberá resolverse dentro de los treinta (30) días de la interposición del recurso de la agregación de toda prueba, si se hubiera decretado y producido.-

ARTICULO 20º: Contra las resoluciones del Directorio del Instituto sólo/podrán interponerse los recursos de aclaratoria y reconsideración, ante el mismo y jerárquico ante el Poder Ejecutivo al sólo efecto del control de legalidad del acto.-

Contra la decisión del Poder Ejecutivo podrá deducirse el recurso contencioso administrativo.-

Los recursos se interpondrán en la forma, plazo y condiciones previstas en el Decreto Nº 3377/44.-

ARTICULO 21º: El recurso de revisión de conformidad con el régimen establecido en el Decreto Ley 3377/44 podrá ser interpuesto contra las decisiones de cualquiera de los órganos del Instituto.-

ARTICULO 22º: Las notificaciones y citaciones serán válidas cuando se efectúen en el expediente firmando el interesado al pie de la diligencia extendida por autoridad competente o cuando se realicen por cédula o telegrama colacionado.-

#### CAPITULO VII - DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 23º: Sin perjuicio de las incompatibilidades que establezcan las normas de la Administración Provincial, declárase totalmente incompatible con cualquier cargo o empleo del Instituto el tener relación de dependencia o estar vinculado con intereses económicos con prestadores de los servicios o con las instituciones que hayan formalizado convenios con el Instituto, como así con quien provea medicamentos o elementos de cualquier naturaleza.-

Cuando los Directores estuviesen incursos en incompatibilidad por acumulación de cargos como consecuencia de tales funciones y el cargo o prestación de que gozaren con anterioridad a esa designación dependiese de la jurisdicción provincial o municipal tendrán derecho a conservarlo //

mientras dure la gestión como Director sin derecho a remuneración alguna.  
na.-

ARTICULO 242: La Administración Provincial y las Municipalidades como / agentes de retención, deberán liquidar y depositar mensualmente los aportes y contribuciones personales y patronales que se fijen para los afiliados, en la cuenta que al respecto abrirá el Instituto en el BANCO DE ENTRE RIOS o en cualquier otro Banco oficial en los lugares en que no / existieren sucursales del mismo, dentro de los diez (10) días posteriores al pago de los sueldos al personal. Los aportes y contribuciones no ingresados en término, devengarán un interés compensatorio equivalente/ al que percibe el BANCO DE ENTRE RIOS por sus operaciones de descuentos el que se computará con capitalización anual.-

ARTICULO 252: La CONTADURIA GENERAL DE LA PROVINCIA retendrá de las sumas que por cualquier concepto correspondan a las Municipalidades los / importes por deudas atrasadas en concepto de aportes, contribuciones e/ intereses. A tal efecto la comunicación oficial del Instituto servirá / de orden suficiente para dicha retención debiendo depositarse las sumas que resulten en la cuenta del Instituto.-

ARTICULO 262: El Instituto organizará su propio sistema contable y de / contralor mediante normas debidamente ajustadas a su modalidad operativa, siendo de aplicación subsidiaria las disposiciones contenidas en la ley de Contabilidad de la Provincia.-

ARTICULO 272: El Instituto estará sometido al contralor del Tribunal de Cuentas.-

ARTICULO 282: El Instituto estará exceptuado de todo gravamen provincial y municipal a excepción respecto a los últimos de las tasas por servicios efectivamente prestados y contribución de mejoras.-

ARTICULO 292: El Instituto podrá ser intervenido por el Poder Ejecutivo cuando graves irregularidades administrativas técnicas o contables lo / justifiquen dando cuenta al Poder Legislativo. La intervención no podrá durar más de seis (6) meses de plazo dentro del cual se procederá a la/ designación de nuevas autoridades.-

ARTICULO 302: Suprimido por la Ley 5480.-

ARTICULO 312: Las reparticiones y organismos de la Administración Provincial y Municipalidades deberán suministrar los informes y datos técnicos y estadísticos que le fueren solicitados y en general prestar toda colaboración que se le requiera para el mayor cumplimiento de los fines del Instituto.-

#### CAPITULO VIII - DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTICULO 322: El personal que se encontrare prestando servicios en la / CAJA MUTUAL PARA EL PERSONAL DE LA ADMINISTRACION PUBLICA deberá incorporarse al Instituto en las condiciones establecidas para los empleados públicos de la Provincia.-

ARTICULO 332: Hasta tanto se dicten las reglamentaciones respectivas el Instituto continuará prestando los servicios; a la fecha de vigencia de

la presente se encontraban a cargo de la Caja Mutual para Empleados Públicos de la Provincia, quedando igualmente facultados para percibir los correspondientes aportes, cuotas y contribuciones.-

ARTICULO 34º: Dentro del plazo de seis meses el Poder Ejecutivo designará el Presidente e integrará el Directorio. Hasta tanto no lo haga, las funciones de ambos serán ejercidas por un Delegado del mismo.-

ARTICULO 35º: Deróguese toda disposición que se oponga a la presente ley

ARTICULO 36º: Los funcionarios selectivos que hubiesen accedido a su función durante el corriente año podrán ejercer la opción contemplada en / el punto c) del art. 2º dentro de los noventa días de la publicación de la presente. Los mismos siempre que no hubiesen hecho uso de ningún beneficio podrán solicitar el reintegro de los aportes efectuados. El aporte del Estado no será reintegrado.-

ARTICULO 37º: Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.-

FAVRE

# ANEXO II



Instituto de Obra Social  
de la Provincia de Entre Ríos

ACTA ACUERDO

Afrontar la crisis de la seguridad social es enmarcar la imaginación concordándola con la necesidad, enfrentar las variables económicas que podamos controlar y asumir la responsabilidad de crear para ahora y el futuro un instrumento idóneo para lograr la eficacia.

Es atacar el desfinanciamiento de los programas de coberturas, es coadyuvar a la racionalidad administrativa y funcional en las estructuras participantes del sistema y es a la vez poner accesible el mismo a la real capacidad adquisitiva del trabajador.

En esta inteligencia se agrega también el impacto tecnológico sobre / los sistemas de atención médica comprometiendo el costo de los servicios y / la Provincia de Entre Ríos no escapa a esa universalidad, pues no solo se da a nivel nacional sino que es un fenómeno unicompreensivo de los pueblos que / deberán potenciarse y aquí daremos un paso importante en este sendero.

Los firmantes de este Acta dejan atrás una operatoria obsoleta e inconducente e inscriben en este acto una decisión fundacional del nuevo concepto de salud pautado con un servicio como el del IOSPER.

Aquí es bueno expresar la decisión del IPSER en los compromisos asumidos en provecho del mejoramiento de los aranceles profesionales a través / de un sistema basado en la regulación, control y seguimiento de la prestación entre prestadores y prestatarios racionalizando, categorizando y acreditando la estructura y el recurso humano, técnico y profesional de Entre Ríos.

El Gobierno del Pueblo de Entre Ríos no puede menos que recibir con beneplácito este esfuerzo común entre los prestadores de la Salud de Entre Ríos y el IOSPER en un paso trascendental en la seguridad social de la Provincia.

Entre el Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos, en adelante el IOSPER representado por su Presidente Sr. ARMANDO FERRARI con domicilio en Andres Pazos N° 243 y el INSTITUTO DE PRESTACIONES DE SALUD DE ENTRE RÍOS en adelante el IPSER (constituido por ACLER, FEMER y COBER) representado por los Doctores JORGE CARLOS ANDICSONO, DR. ALFREDO EDUARDO ANGAROL, DR. ANGEL GUILLERMO VINCHITORIO domiciliado en E. CARBO N° 245

----- acuerdan en celebrar el presente instrumento sujeto a la

///





Instituto de Obra Social  
de la Provincia de Entre Ríos

///

siguientes cláusulas:

PRIMERA: Déjase sin efecto a partir del 1° de Setiembre del cte. año toda contratación o acuerdo celebrado anteriormente entre el IOSPER y las Instituciones constituyentes del IPSE, en razón a la nueva operatoria del presente sistema.-

SEGUNDA: (Objeto) Créase a partir del 1° de Setiembre de 1991 el sistema de // prestaciones profesionales de atención médica a los afiliados del IOSPER con-// sistente en la aplicación de módulos de internación, Registro de Prestadores / de Servicios de Salud, jerarquización de los establecimientos y categorización de las prestaciones médicas, laboratorios Técnicos y profesionales de la salud.

TERCERA: Deberá entenderse que el Registro de Prestadores de Servicio de Salud consiste en un listado compuesto por aquellos que en forma individual y voluntaria adhieran a este sistema como registro indispensable y previo para pres-// tar servicios al IOSPER, declarando bajo juramento que únicamente percibirá // como pago por su prestación profesional lo fijado en este convenio, con la o-// bligación de abstenerse de requerir cualquier otro ingreso directo o indirecto cualquiera sea su denominación o naturaleza.-

CUARTA: Dentro de los treinta días de plazo, a partir de la fecha se tomarán / las adhesiones requeridas por la cláusula anterior, lo que no es óbice para // iniciar la vigencia del sistema con fecha 1° de Setiembre del cte. año. Conclu-// ido el plazo señalado la comisión de seguimiento recomendará las pautas que pue-// dan comprender para la incorporación de nuevos prestadores al Registro.-

QUINTA: El IPSE se compromete a asegurar los niveles de prestación aquí acordados en todo el ámbito de la Provincia quedando de tal manera establecido la exclusividad otorgada por el IOSPER.-

SEXTA: El IPSE deberá presentar las facturaciones habidas en el domicilio del IOSPER de la primer quincena del mes el día veinte del mismo mes y el de la / segunda quincena el día diez del mes siguiente. Correlativamente el IOSPER /// abonará el día veinticinco de cada mes el 50% del total facturado en la pri-// mera quincena, completando el pago de la misma a los treinta días. Con respec-// to a la facturación de la segunda quincena será abonada el día quince del mes siguiente en un 50% completándose el pago a los treinta días de su presenta-// ción.

SEPTIMA: En caso de falta de pago en los términos pactados en la cláusula an-// terior el IOSPER incurrirá en mora, generándose a partir de ella un interés que será igual al que cobre el BANCO DE ENTRE RÍOS por sus operaciones de descuento

///



*Instituto de Obra Social  
de la Provincia de Entre Ríos*

///

el que se computará con capitalización anual.

OCTAVA: A los efectos de las facturaciones que correspondan a cada práctica y en los distintos niveles de complejidad se establece un catálogo de prestaciones con valores acordados, el que se individualiza como ANEXO I, es parte integrante de este convenio dejándose establecido la competencia de la Comisión de Seguimiento para proponer cualquier modificación tanto para el servicio como para sus valores.

NOVENA: Déjase establecido la constitución de una Comisión de Seguimiento sistema, la que se conformará con seis miembros de la siguiente manera: tres IPSE, tres IOSPER siendo el objeto principal el de seguimiento y ajuste de todas las pautas establecidas en el presente Acuerdo-marco la acreditación, categorización respectivas de los establecimientos y/o profesionales. Asimismo tendrá competencia sobre las inconductas contractuales de los inscriptos en el Registro de Prestadores elevando dictamen con el consejo de las partes a aplicar, previa sustanciación de sumario con la debida defensa del imputado.-

Para estos efectos, esta Comisión deberá en el plazo de diez días de la firma proponer el Reglamento a aplicar y los procedimientos a seguir para cada caso.

DECIMA: Las Entidades firmantes se comprometen al respeto irrestricto del Tarifario Terapéutico Provincial.-

JURISDICCION: Se deja establecido la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la ciudad de Paraná cualquier divergencia entre las partes, renunciando a todo otro Fuero, incluso el Federal.-

No siendo para más, previa lectura y ratificación se firman tres ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de Paraná a los trece días del mes de agosto del año mil novecientos noventa y uno.-----

Refrendan con su firma el presente los doctores JOSE VALENZA por C.U.B.R. el Dr. EDUARDO CALARETTO por C.O.M.R.A.; el Sr. NORBERTO HUGO LARROCA por C.O.N.F.E.C.L.I.S.A. y el Dr. JORGE PEDRO BUSTI- Gobernador de la Provincia

917



Instituto de Obra Social  
de la Provincia de Entre Ríos

#### ANEXO I

1°).- Déjase establecido el valor de la consulta médica ambulatoria en / los siguientes parámetros:

a).- Para el profesional que acredite hasta diez años de antigüedad en / el ejercicio de su profesión el importe es de A 70.000 (AUSTRALES SETENTA MIL).-

b).- Para el profesional que acredite hasta veinte años de antigüedad // en el ejercicio de su profesión el importe es de A 80.000 (AUSTRALES OCHENTA MIL).-

c).- Para el profesional que acredite más de veinte años de antigüedad / en el ejercicio de su profesión el importe es de A. 90.000 (AUSTRALES NOVENTA MIL).-

2°).- Para las consultas domiciliarias se reconocerá un incremento del 30 % sobre cada uno de los importes preestablecidos en el apartado anterior.-

3°).- Para los honorarios de las siguientes prácticas: Electrocardiograma, Anatomía patológica, y Radiografía se fija un valor galeno de A 6.000 // (AUSTRALES SEIS MIL). Los gastos que involucren las prácticas detalladas mantendrán los valores actuales del Nomenclador Nacional y los que en el futuro la Comisión de Seguimiento al Sistema proponga a esos efectos.-

4°).- Toda otra práctica no específicamente detallada mantendrá los importes actuales y será materia de regulación por la Comisión de Seguimiento al / Sistema la que en treinta días expresará los valores que le correspondan.-

5°).- Déjase establecido la nominación de 4° categoría para aquellos profesionales médicos que no recibirán las órdenes de prestación del IOSPER, // siendo de modalidad el cobro al contado. Este servicio será reglamentado por FEMER mantendrá un coste mínimo y no tiene reintegro por el IOSPER pero si se le habilita la prescripción médica e internación cuando corresponda.-

6°).- Forma parte e integra al presente Anexo I el catálogo, denominado: Nomenclador de Aranceles Globales para prestaciones médicas, que se adjunta / y que firmado por las partes es integrativo del mismo. La Comisión de Seguimiento al Sistema adecuará la aplicación del mismo, acorde a las necesidades

///



*Instituto de Obra Social  
de la Provincia de Entre Ríos*

///

quedando desde ya aprobado un aumento del 30% sobre los valores que fija /// este Nomenclador para la unidad Farmacológica. Y referente a los códigos 11.04.01 PARTOS: 800 unidades Globalizadas y el Código 11.04.03 CESAREA: 1000 // unidades. En el código 07.06.12, 07.06.13 y 07.06.14 se reemplazará por Dos módulos que son el 07.06.17 VARICES UNILATERALES más TECNICA DE CIGORRAGA: /// 1.200 unidades Globalizadas y 480 unidades Farmacológicas, y el 07.06.18 VA-/ RICES BILATERALES más CIGORRAGA: 1500 unidades Globalizadas y 600 unidades far- macológicas.-

Los códigos modificados y referenciados en este apartado no sufren el incre- / mento del 30% de aumento de la unidad farmacológica pues ya han sido estimados en el valor preestablecido.-

7°).- Los honorarios médicos que correspondan a los de la 4° categoría / en su incidencia sobre toda internación, serán debitados en acuerdo a la mecá- nica que establezca para esos casos, la Comisión de Seguimiento del Sistema.-

8°).- Establézcase la unidad honorarios bioquímico en la suma de A6.300 (AUSTRALES SEIS MIL TRECIENTOS) ambulatorio no sufriendo modificaciones el va- los gastos de las prácticas bioquímicas a dicho nivel ambulatorio.-

9°).- Los débitos que se produzcan sobre las liquidaciones presentadas se realizarán en el 2° pago de la quincena donde se detectará la facturación observada retornará al IPSEER dentro de los treinta días de presentada para su cobro que será evaluada en Auditoría compartida.-

10°).- El presente acuerdo podrá ser rescindido sin expresión de causa / por cualquiera de las partes previo a comunicación fehaciente con no menos // de sesenta días de su resolución operativa no generando indemnización referi- das a este punto.-

PARANA, 21 de agosto del año 1991

ANEXO

III

**DESCRIPCION DE LA ESTRUCTURA ORGANICA Y RESUMEN DE FUNCIONES  
DEL INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROV. DE ENTRE RIOS**

El Directorio está integrado por tres directores políticos y tres directores gremiales.

Un Presidente designado por el poder ejecutivo.

Un Gerente general igualmente designado.

Las funciones y misiones de esta conducción están normadas en la Ley 5326 (mayo 1973) de creación del IOSPER incluidas las modificatorias por Leyes 5480 (dic. 1973) 5443 (dic. 1974) y 5662 (dic 1974).

**1] Dependen del Directorio:**

**1.1 Dirección Secretaría Privada de Directorio.**

Tarea: Trámites de los asuntos dependientes de Directorio.

**2] Dependen de Presidencia:**

**2.1 División Secretaría privada de Presidencia.**

Tarea: Trámites dependientes de Presidencia

**2.2 Departamento Asesoría Legal.**

Tarea: Asesorar a las autoridades del Instituto sobre el aspecto jurídico, dictaminar, intervenir en juicios con poder general en representación de IOSPER, redacción de contratos, archivo y clasificación de leyes, normas y antecedentes.

**2.3 Departamento Despacho.**

Tarea: Proyección y elaboración de resoluciones de Presidencia y Directorio, tramitación de expedientes en general, notificación de resoluciones a distintas áreas, recepción y distribución de la documentación que ingresa al Instituto, archivo de la documentación y preparación de la documentación para microfilm.

Para realizar estas tareas cuenta con:

División trámites  
División resoluciones  
División mesa de entrada  
División archivo

**3J Dependen del Gerencia General:**

**3.1 Secretaría de Gerencia General**

Tarea:Atiende trámites dependientes de Gerencia General.

**3.2 Departamento Auditoría Médica.**

Tarea:Supervisar, organizar y dirigir las tareas médicas, bioquímicas y administrativas de auditorías.

**3.3 Departamento Auditoría Administrativa Interna.**

Tarea:Auditoría de procedimientos y circuitos administrativos.

**3.4 Departamento Estadística.**

Tarea:Procesar, publicar y analizar la información estadística recogida de los distintos sectores del Instituto, brindar informes especiales para áreas de conducción, publicaciones de licitaciones, avisos, etc...

**3.5 Departamento Organización y Método.**

Tarea:No especificada en la estructura, aprobada para el Instituto.

**3.6 Area de Supervisión General.**

Tarea:Atender las supervisión general del funcionamiento de las prestaciones que se otorgan a los beneficiarios del IOSPER, coordinar sus acciones para el mejoramiento de la atención a aquellos que las requieran, asesorando y manteniendo informado a la presidencia.

Para realizar estas tareas cuenta con:

Inspección General  
Inspecciones zonales  
Cuerpo de inspectores  
Auxiliares administrativos

**3.7 Dirección de Prestaciones.**

Tarea:Participa, asesora a las autoridades del Instituto sobre los acuerdos con los distintos prestadores de los servicios asistenciales, controla y conduce el funcionamiento de los departamentos a su cargo.

*Para realizar estas tareas cuenta con:*

*3.7.1 División Secretaría*

*Tarea:Atiende los trámites dependientes de esta Dirección.*

*3.7.2 Departamento de Servicios Asistenciales.*

*Tarea:Control del funcionamiento de las dependencias habilitadas para la tramitación de los servicios que brinda el Instituto en Paraná.*

*Para realizar esta tarea cuenta con:*

*División convenios.*

*División agencia Paraná.*

*División servicios.*

*Sección Miniagencias.*

*Sección programa materno-infantil.*

*3.7.3 Departamento Odontología.*

*Tarea:Brinda servicios de prótesis a los afiliados del Instituto y audita las prestaciones odontológicas.*

*3.7.4. Departamento del Interior.*

*Tarea:Supervisar y coordinar el buen funcionamiento de las agencias del interior habilitadas para la tramitación de los servicios prestacionales que brinda el Instituto.*

*Para realizar esta tarea cuenta con:*

*División Zonas I y II*

*División Zonas III, IV y V*

*3.7.5 Departamento de afiliaciones.*

*Tarea:Atiende todo lo referente a la incorporación de los afiliados al Instituto, en cuanto a su ingreso, egreso, permanencia y seguro de sepelio.*

*Para realizar esta tarea cuenta con:*

*División afiliaciones.*

*División procesamiento.*

*3.7.6 Area Trámite por vía de excepción*

*Tarea:Evaluación técnica de dicho beneficio*

*3.7.7 Area Turismo*



3.7.8 Asistente Social.

Tarea: Atender y evaluar todo lo referente a situaciones sociales del afiliado.

3.8 Dirección contable.

Tarea: Elaborar los estados económico-financieros del Instituto y asesorar a las autoridades sobre el aspecto económico-financiero de la Institución y conducción y control de los departamentos a su cargo.

3.8.1 Secretaría de la Dirección Contable.

Tarea: Atiende los trámites dependientes de esta dirección.

3.8.2 Departamento contable.

Tarea: Llevar la contabilidad del Instituto.

Para realizar esta tarea cuenta con:

- División patrimonios.
- División rendición de agencias.
- División presupuesto.
- División contaduría.
- División aportes y descuentos.
- División créditos asistenciales.

3.8.3 Departamento Tesorería.

Tarea: Administra los fondos del Instituto.

Para realizar esta tarea cuenta con:

- División administración fondos y valores.
- División recaudaciones.

3.8.4 Departamento Control y Liquidaciones de servicios asistenciales

Tarea: Control y liquidación de facturación de servicios asistenciales y reintegros.

Para realizar esta tarea cuenta con:

- División farmacia.
- División reintegro.
- División nosocomios.
- División bioquímicos.
- División Círculos médicos.

3.8.5 Departamento Control y Liquidación de cuentas a pagar.

Tarea:Control y liquidación de haberes del personal y distintosd servicios.

Para realizar esta tarea cuenta con:

División control y liquidación.  
División sueldos y leyes sociales.

3.9 Dirección de Administración.

Tarea:Tramitación de expedientes, control y conducción de departamentos a su cargo.

Para realizar esta tarea cuenta con:

3.9.1 División Secretaría de Dirección de Administración.

Tarea:Atiende todos los trámites dependientes de esta dirección.

3.9.2 Departamento de recursos humanos.

Tarea:Controlar y hacer cumplir al personal las normas vigentes. Atender toda tramitación del personal.

Para realizar esta tarea cuenta con:

División control de asistencia.  
División personal.

3.9.3 Departamento de Servicios Generales.

Tarea:Recepciona, planifica, programa y controla todos los servicios de mantenimiento y apoyo de las necesidades de las distintas áreas del Instituto.

Para realizar esta tarea cuenta con:

División imprenta.  
División servicios.  
Sección automotores.

3.9.4 Departamento Suministros.

Tarea:Atiende todas las tramitaciones de las contrataciones de servicios, ventas, compras, almacenaje, distribución y cargos de bienes para abastecer al Instituto.

*Para realizar esta tarea cuenta con:*

*División contrataciones.  
División suministros.*

### *3.10 Dirección de Farmacia.*

*Tarea:Atiende y asesora a las autoridades sobre la adquisición de medicamentos, convenios con distintas obras sociales, dirige, organiza y administra los establecimientos de farmacias sociales.*

*Para realizar esta tarea cuenta con:*

#### *3.10.1 Secretaría Privada de la Dirección de Farmacias.*

*Tarea:Atiende los trámites a la Dirección.*

#### *3.10.2 Departamento Contable.*

*Tarea:Elaborar los balances generales y estado contable de la dirección. Administra los fondos de la farmacia.*

*Para realizar esta tarea cuenta con:*

*División contable.  
División cuentas corrientes.  
Sección pagos.*

#### *3.10.3 Departamento Comercialización.*

*Tareas:Atiende todos los trámites referentes a las compras y ventas de medicamentos, almacenaje y distribución para abastecer a las farmacias sociales.*

*Para realizar esta tarea cuenta con:*

*División compras.  
División depósitos.*

#### *3.10.4 Departamento Interior.*

*Tarea:Dirige administra y controla el funcionamiento administrativo de las farmacias sociales.*

*Para realizar esta tarea cuenta con:*

*División interior.*

# ANEXO IV

Encuesta de opinión  
realizada a  
usuarios del

**WOS.P.R.**

Efectuada en las  
ciudades de

**CONCORDIA**

**C. DEL VIRREY**

**GALEGOY**

**S.J. DE FELICIANO**

## DATOS SOBRE LA ENCUESTA

### Encuestadores

NO	NOMBRE	FICHAS	CANT
1	Martínez, María Liliana	1-44	44
2	Volpi, Jorge	45	1
3	Espini, Ema	46	1
4	Bedogni, Maria Claudia	17, 48, 53	3
5	Lezcano, Olga Patricia	49	1
6	Romano, María Haydee	50, 54	2
7	Marignani, Graciela	51, 52	2
8	Vallejos, Luis	55	1
9	Barreto, Lucrecia	56-64	9
10	Seri, Guillermina	65-71	7
11	Finis de Martínez, Susana	72-75	4

### Localidades donde se realizó la encuesta

Concordia: 44

C. del Uruguay: 20

Gualeguay: 7

S. Jose de Feliciano: 4

### Lugares donde se realizaron

Lugar de trabajo: 45

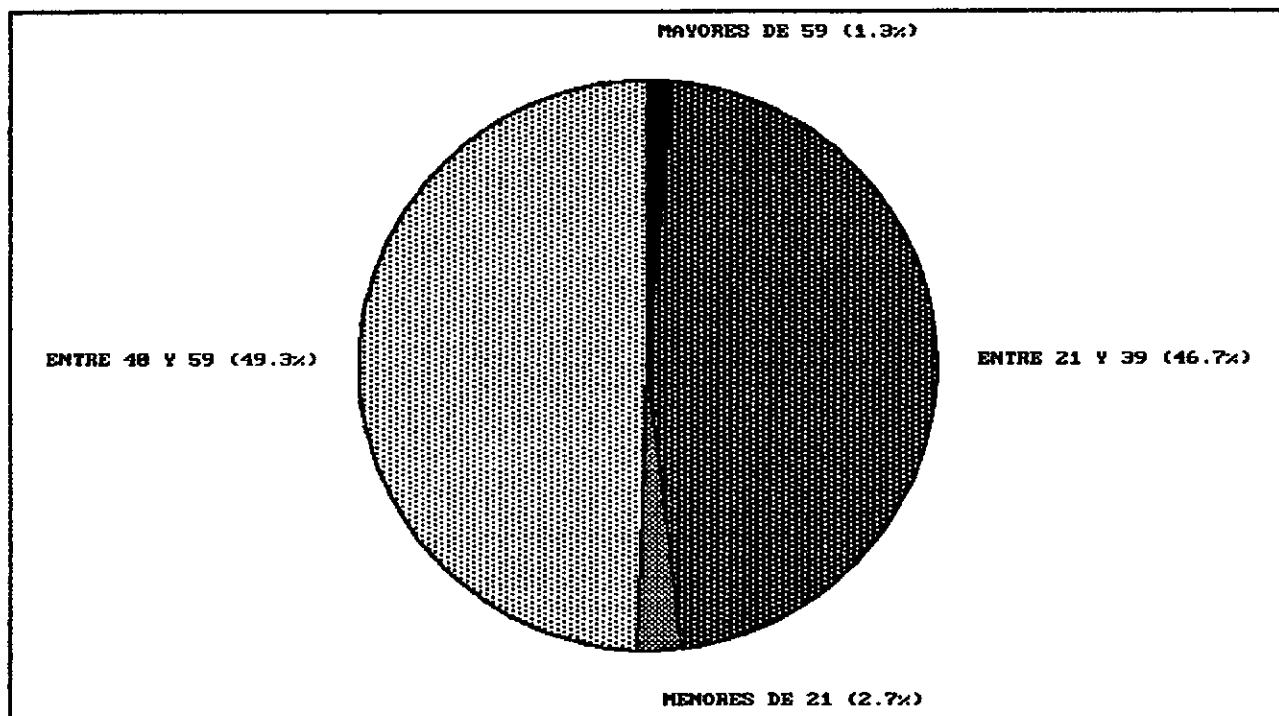
Agencias IOSPER: 28

Domicilio: 2

**DATOS SOBRE ENCUESTADOS**

*Total de encuestados: 75*

*Edad*



*Promedio de edad=39*

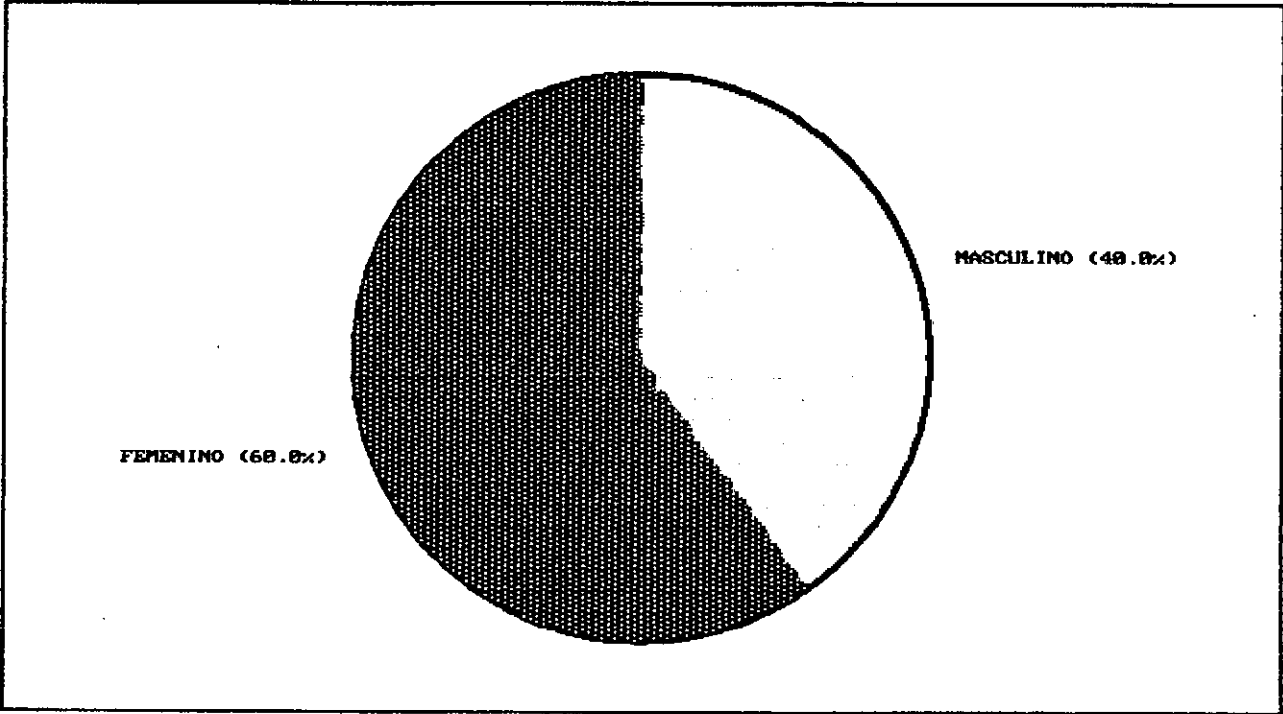
*Menores de 21=2*

*De 40 a 59=37*

*De 21 a 39=35*

*Mayores de 59=1*

Sexo



Femenino=45

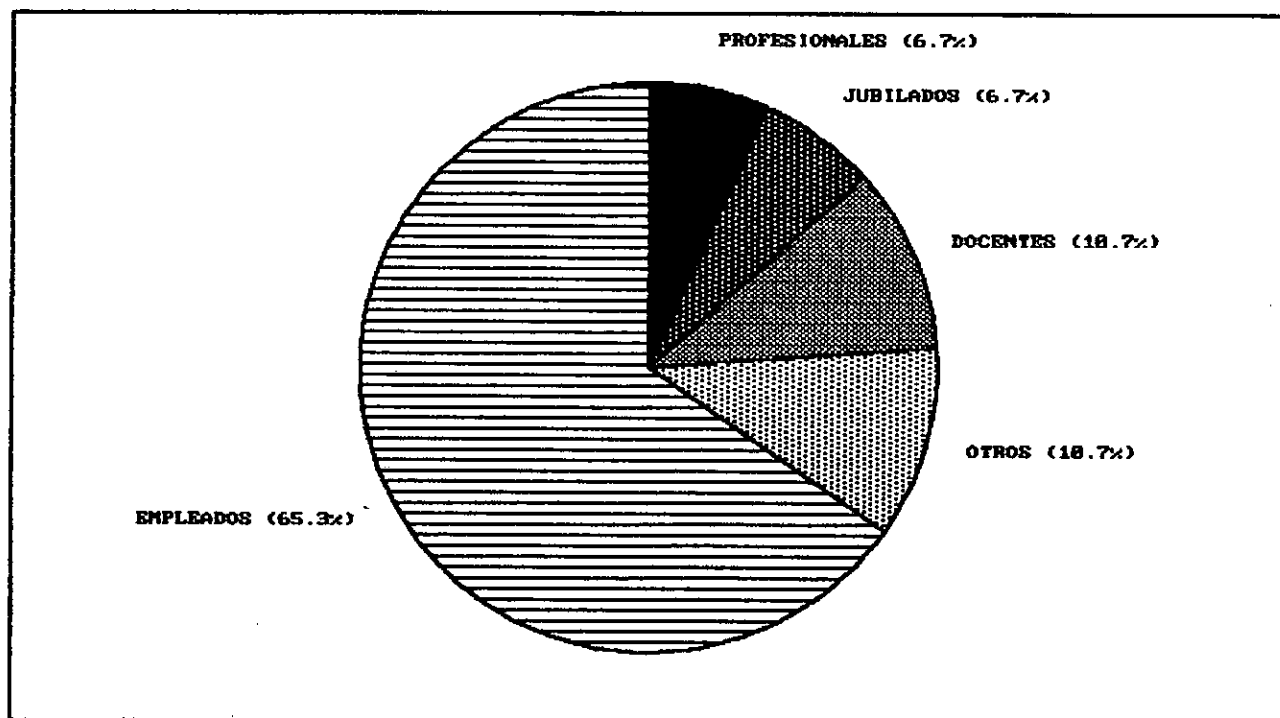
Masculino=30

Femenino=60%

Masculino=40%



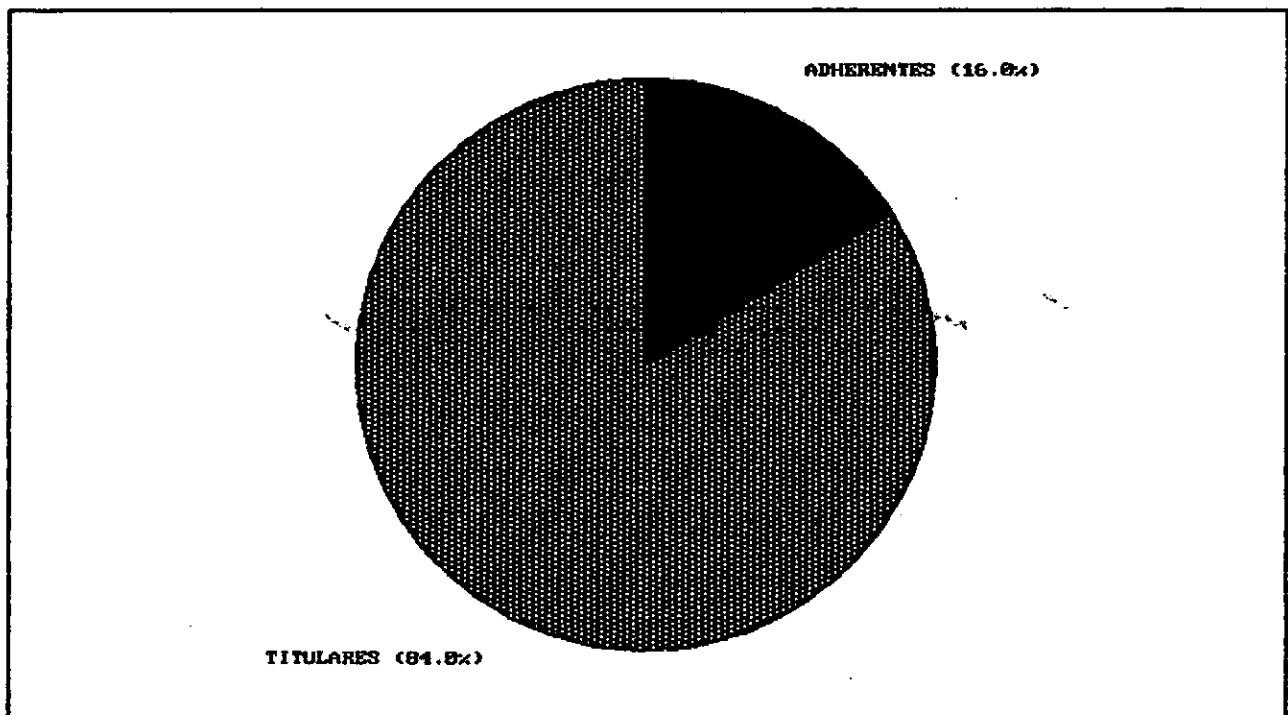
# Profesión



Empleados=49	65.2%
Profesionales=5	6.7%
Docentes=8	10.7%
Jubilados=5	6.7%
Otros=8	10.7%

## Afiliación

Total de beneficiarios=223

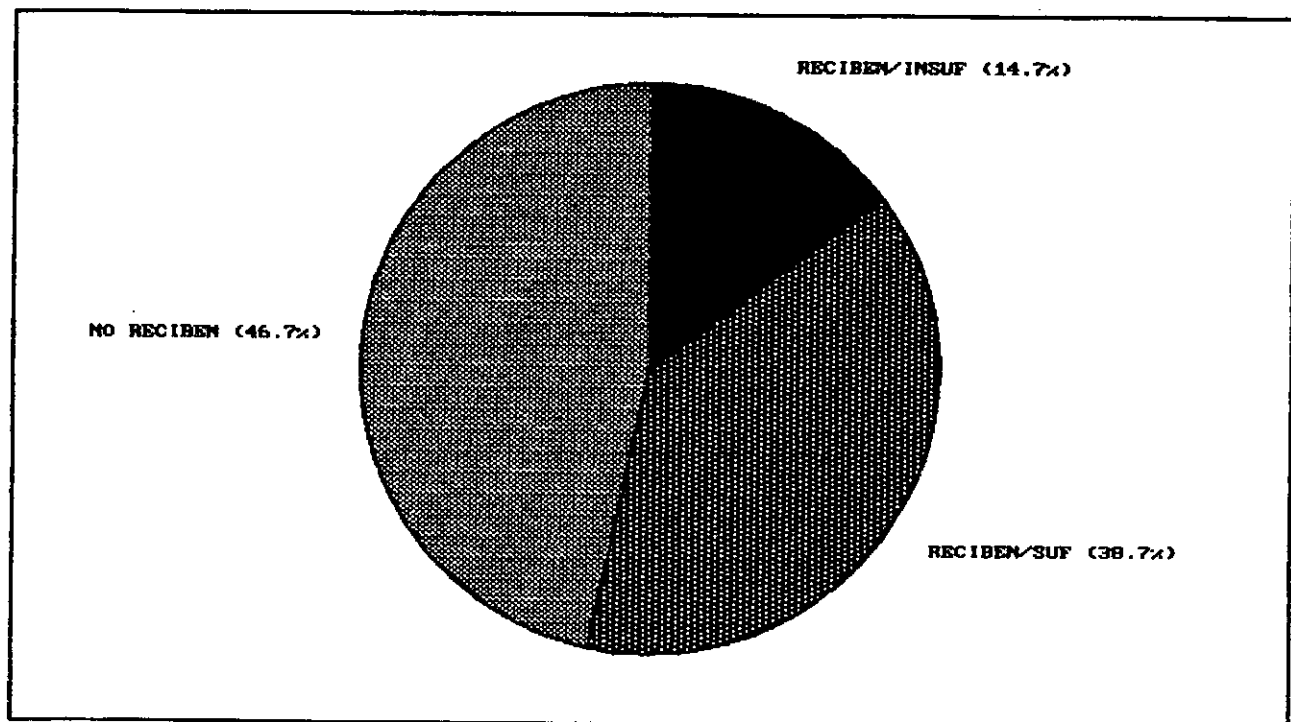


Titulares:63

Adherentes:12

Promedio de afiliados por titular=3

## Información



*Reciben suficiente:29*

*Reciben insuficiente:11*

*No reciben:35*

Ante la pregunta:

*¿Qué tipo de información considera ud. que debería recibir?*

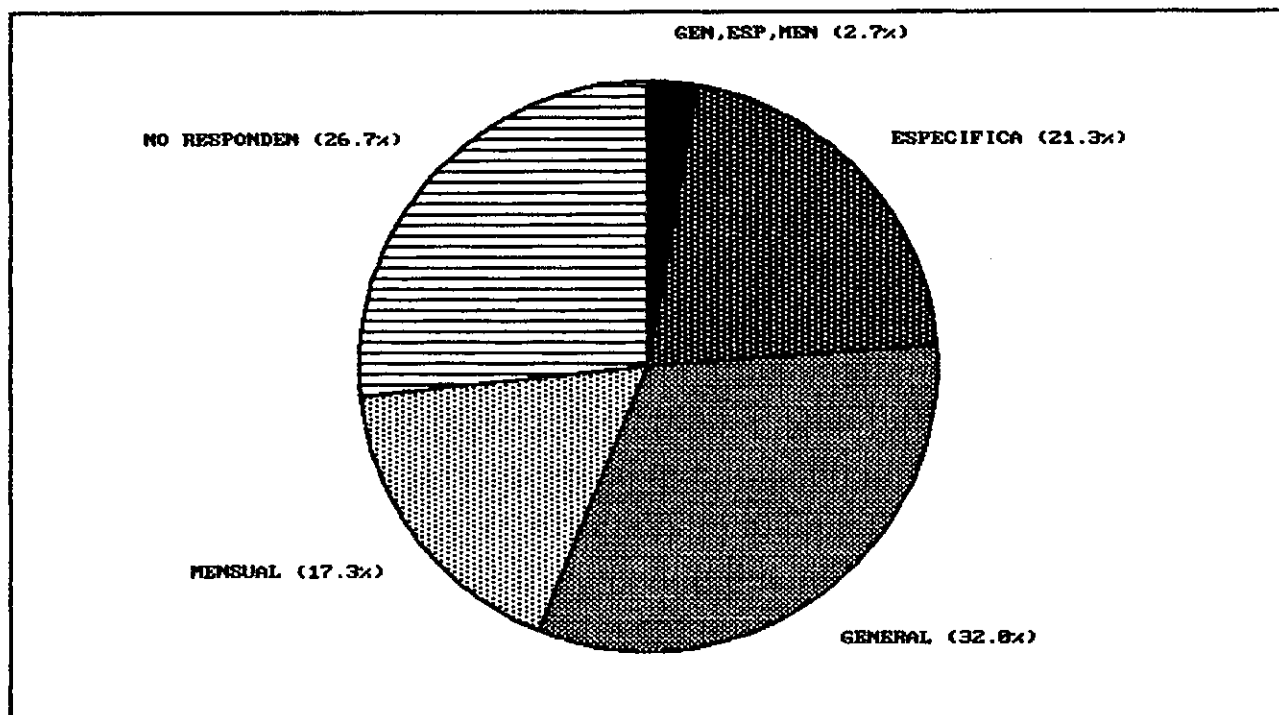
Responden: General, específica y mensual:2

Específica:16

General:24

Mensual:13

No responden:20



### Utilización del IOSPER

Lo utilizan: 67

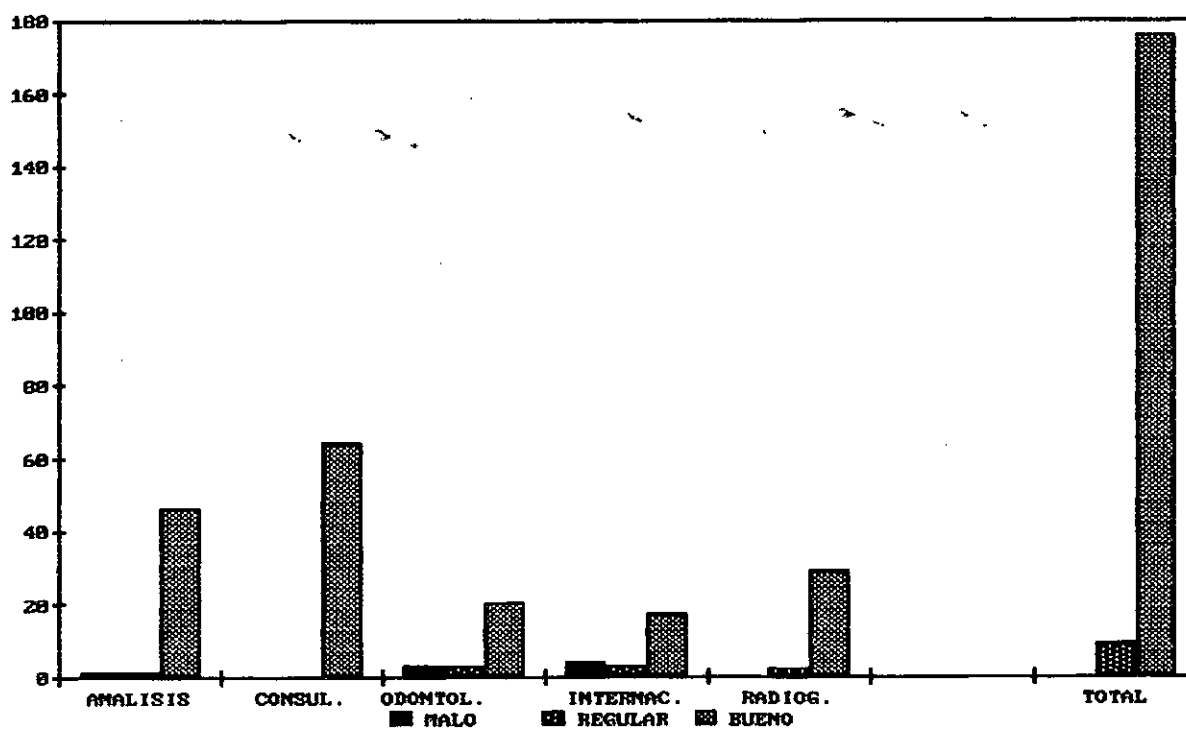
No lo utilizan: 8

De los que no la utilizaron 4 no la necesitaban y 4 no pudieron.

(4 es el 5.71% de 70)

Servicios	Opinan	Bueno	Regular	Malo
Análisis	48	46	1	1
Consultorios	64	64	0	0
Odontología	26	20	3	3
Internación	24	17	3	4
Radiografías	31	29	2	0
Total	193	176	9	8

Nota: Regular y malo en odontología por el plus, no por los profesionales.



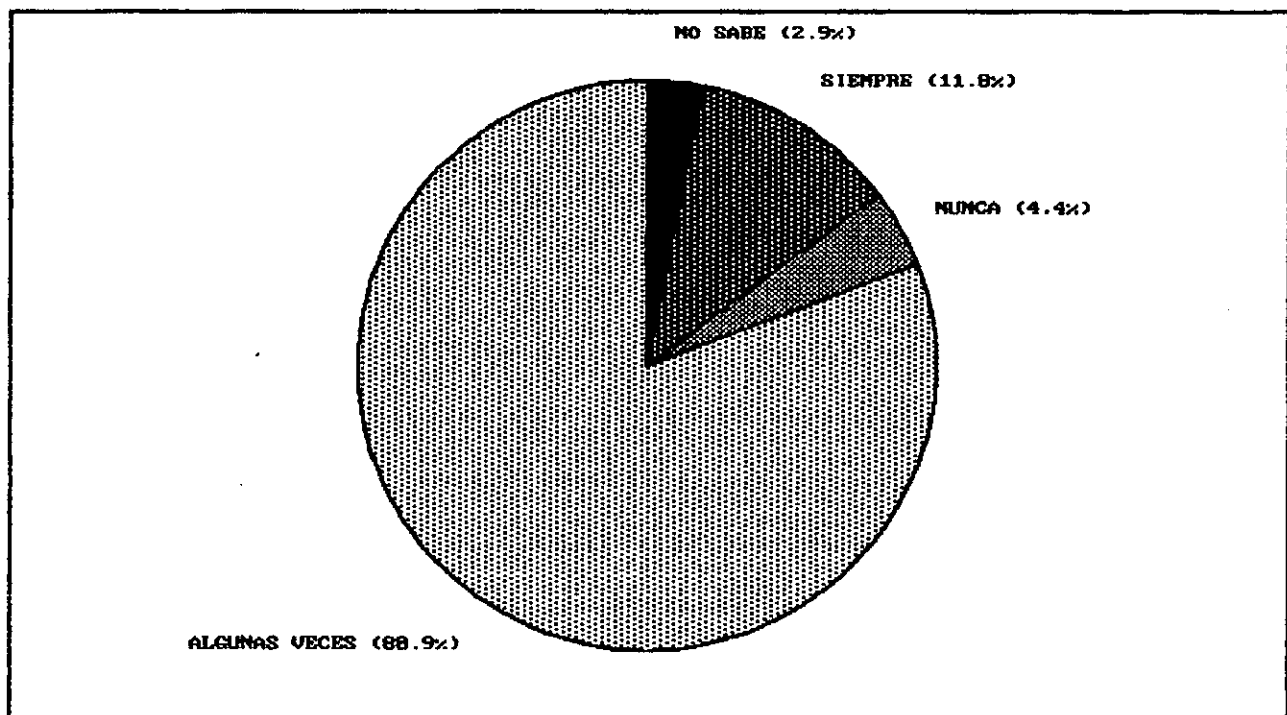
## Medicamentos

Conocen el FTP=20

No lo conocen=55

Consumen medicamentos habitualmente=51

Estos medicamentos están incluidos en el FTP:



Siempre:8

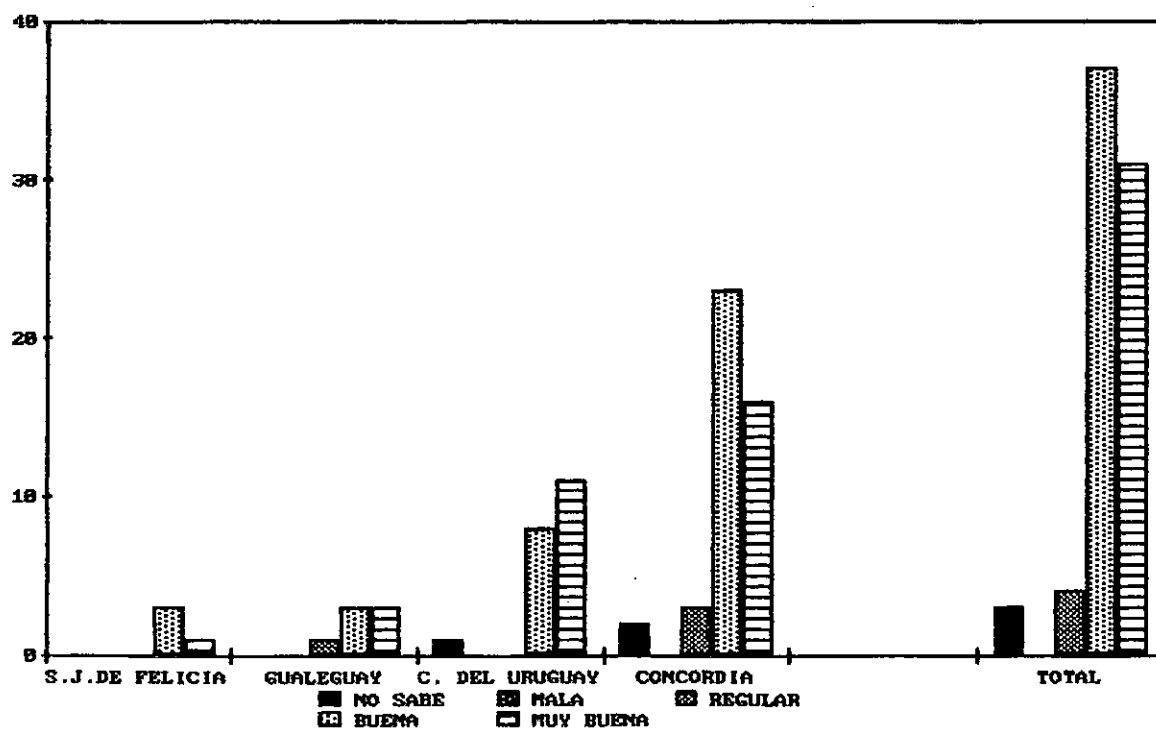
Algunas veces:55

Nunca:3

No sabe:2

# Atención al público

LOCALIDAD	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	NO SABE
CONCORDIA	16	23	3		2
C. DEL U.	11	8			1
GUALEGUAY	3	3	1		
S. J. DE FE.	1	3			
TOTAL	31	37	4		3



### Sistemas pre-pagos,, IOSPER

Esta adherido a un sistema pre-pago: Sí=7

No=68

Aporte en relación con prestación:

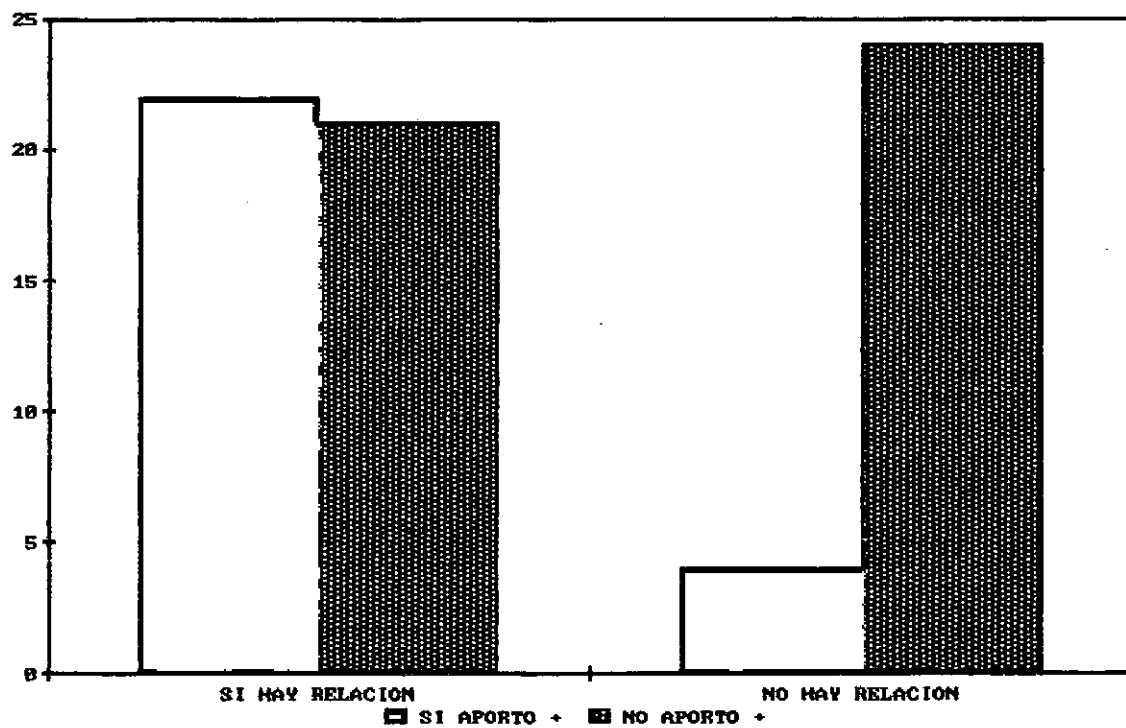
Los aportes están en relación con los servicios prestados por el IOSPER? Sí=45

No=29

Aportarían más?

Sí=26

No=45





## Salud

Ante la pregunta: ¿Qué es la salud para usted?

Contestan:73

No contestan:2

Los conceptos más frecuentemente vertidos son:

Es primordial	27	37 %
Es fundamental	11	15 %
Estar bien	7	9.6%
Todo	6	8.2%
Indispensable	5	6.9%
Equilibrio	5	6.9%
Otros	12	16.4%
TOTAL	73	100 %

## Propuestas

Ante la pregunta:¿Qué propuestas le haría ud. al IOSPER?

Contestan:72

No contestan:3

Las propuestas siguientes han tenido la incidencia indicada:

Aumentar convenios y suprimir el plus:	32
Ampliar el FTP	26
Mayor información	15
Normalizar entrega de leche	9
Mejorar servicios	9
Turismo	8
Agilizar y ampliar reintegros	8
Mayor participación del afiliado en el IOSPER	8
Suprimir la burocracia, agilizar trámites	7
Normalizar entrega de medicamentos	7
Servicio de ambulancias las 24 hs.	4
Ampliar el PMI	4
Prevención	3

RESPUESTA A LA PREGUNTA:QUE ES PARA UD. LA SALUD.

\*\* LOCALIDAD DONDE SE TOMAROS ESTOS DATOS. CONCORDIA  
ESTAR BIEN FISICAMENTE

LA SALUD ES TODO, UNA PERSONA SANA TIENE GANAS DE TRABAJAR, VIVIR...  
"SALUD ES VIDA"

FUNDAMENTAL.

LO INDISPENSABLE PARA PODER CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES

EL ESTADO IDEAL

LO MAS IMPORTANTE

ES LO PRIMORDIAL.

ES LO FUNDAMENTAL PARA EL BIENESTAR DE LA FAMILIA Y SU DESENVOLVIMIENTO  
EN LA SOCIEDAD

ES UN EQUILIBRIO FISICO, PSIQUICO Y ESPIRITUAL

MANTENER UN EQUILIBRIO DE BIENESTAR INTERIOR Y EXTERIOR

ES LO IMPRESCINDIBLE, ES LA BASE DE TODO.

ES EL BIENESTAR Y EL EQUILIBRIO ARMONICO DEL CUERPO  
TODO.

ES ESTAR BIEN FISICAY ANIMICAMENTE.

LO FUNDAMENTAL.

ES LO PRINCIPAL

LO PRIMORDIAL.

ESTAR BIEN.

LO PRINCIPAL, LA BASE DE LA VIDA

ES TODO

RESPUESTA A LA PREGUNTA:QUE ES PARA UD. LA SALUD.

LO MAS IMPORTANTE

LO MAS IMPORTANTE

LO ESENCIAL DE LA PERSONA

TODO.

TODO.

NO TENER PROBLEMAS, ESTAR SANO.

LA SALUD ES VIDA, SI NO HAY SALUD NO HAY VIDA.

ES LA RAIZ DE LA VIDA.

ES IMPORTANTE, POR ESO SE DEBERIAN HACER CHEQUEOS CONSTANTES Y ENTABLAR UNA BUENA RELACION MEDICO-PACIENTE PACIENTE-MEDICO UTILIZANDO AL IOSPER COMO NEXO.

LA BASE FUNDAMENTAL DE TODO SER HUMANO, SI NO HAY SALUD NO HAY VIDA

LO PRINCIPAL PARA LA VIDA.

SENTIRSE BIEN TODO EL GRUPO FAMILIAR.

ES LO PRIMORDIAL

LO QUE DEBO MANTENER CONTROLADA PARA NO ENFERMAR O LLEGAR A OPERACIONES

ES EL MAS GRANDE DE LOS BIENES

LO PRIMORDIAL

LO FUNDAMENTAL, LO QUE ESTA EN PRIMER LUGAR.

ES LO PRIMORDIAL.

SENTIRME BIEN

LO PRINCIPAL PARA UNA PERSONA

ES LO PRINCIPAL PARA LA VIDA

RESPUESTA A LA PREGUNTA:QUE ES PARA UD. LA SALUD.

ESTAR PERFECTAMENTE BIEN, SENTIRSE BIEN.

LA SALUD ES VIDA

LO PRINCIPAL DE LA VIDA.

ES ESTAR SANO.

\*\* LOCALIDAD DONDE SE TOMARON ESTOS DATOS. C. DEL URUGUAY  
PRIMORDIAL

ES LO PRIMORDIAL

ES LO PRINCIPAL

LO PRINCIPAL

ES UN COMPLEJO SOCIOECONOMICO MUY DIFICIL DE RESOLVER

LO MAS IMPORTANTE QUE EXISTE EN LA VIDA

ES LO BASICO

ES LO MAS IMPORTANTE

TODO.

ES ALGO ESENCIAL

UN BIENESTAR TOTAL PSICOFISICO

ES LO MAS IMPORTANTE

ES LO MAS IMPORTANTE EN LA VIDA DE LAS PERSONAS

LO MAS IMPORTANTE

ALGO QUE NO DEBEMOS DEJAR DESPROTEGIDA.

ALGO INDISPENSABLE, NECESARIA, NO DEBE SER MANEJADA COMO UN NEGOCIO.

RESPUESTA A LA PREGUNTA:QUE ES PARA UD. LA SALUD.

LO FUNDAMENTAL

MUY IMPORTANTE.

\*\* LOCALIDAD DONDE SE TOMAROS ESTOS DATOS. GUALEGUAY  
EL EQUILIBRIO FISICO Y MENTAL

LO FUNDAMENTAL PARA VIVIR.

ES LO QUE TENEMOS QUE CUIDAR DESDE TODOS LOS AMBITOS DE LA VIDA  
COMENZANDO POR LA ESCUELA.

TENER TRABAJO.

LO ESENCIAL PARA ESTAR BIEN

GOZAR DE UN BIENESTAR GENERAL, SI UNO ESTA SANO NO LE FALTA NADA.

UNA PERSONA SANA PUEDE ANDAR, PUEDE MOVERSE, ES IMPORTANTE. UNA BUENA  
OBRA SOCIAL PERMITE ESTAR SANO, ATENDERSE.

\*\* LOCALIDAD DONDE SE TOMAROS ESTOS DATOS. S.J.DE FELICIAN  
LA SALUD ES LO PRINCIPAL PARA LA VIDA.

LO MAS IMPORTANTE PARA EL HOMBRE.PLENAS FACULTADES FISICAS Y MENTALES.  
LO QUE HAY QUE PRESERVAR Y ES RESPONSABILIDAD DE TODOS EN CONJUNTO.

LA SALUD ES LO MAS IMPORTANTE QUE UNO POSEE

SIN LA SALUD NO SE PUEDE VIVIR.

CONTESTACIONES AL PEDIDO DE PROPUESTAS AL IOSPER.

\*\* LOCALIDAD DONDE SE TOMARON ESTOS DATOS CONCORDIA  
QUE PROPORCIONE MAYOR INFORMACION

COLONIA DE VACACIONES EN LUGARES TURISTICOS: CORDOBA, MAR DEL PLATA, MENDOZA, SALTA, ETC. PUDIENDO EL TITULAR Y SUS ADHERENTES, PAGANDO CUOTAS MODERADAS, TENER ACCESO AL MISMO. EXCURSIONES A DISTINTOS PUNTOS DEL PAIS. CASAS DE HOSPEDAJES EN DISTI

AGILIZAR LAS DERIVACIONES A CUALQUIER PUNTO DEL PAIS/AMPLIAR EL FTP/FIRMAR CONVENIOS CON LOS ODONTOLOGOS, KINESIOLOGOS, PSICOPEDAGOGOS/ANEXAR CIRUGIA ESTETICA/PODER PEDIR DERIVACION POR MI CUENTA..

FIRMAR CONVENIOS CON LOS ODONTOLOGOS, KINESIOLOGOS, PSICOPEDAGOGOS.

QUE LOS HIJOS TENGAN CONTINUIDAD DE LA MUTUAL AUNQUE NO SEAN ESTUDIANTES/INFORMACION GENERAL MENSUAL/CONVENIOS CON ODONTOLOGOS Y KINESIOLOGOS/FIRMAR CONVENIOS CON EL DOCTOR VIGO FERREYRA(DENTISTA)/ANEXAR CIRUGIA ESTETICA/UNA EMPLEADA DEL IOSPER EN CA

FIRMAR CONVENIOS CON ODONTOLOGOS/AUMENTAR MONTO PARA REINTEGRO LENTES DE CONTACTO.

MEJORAR SERVICIOS DE ATENCION HACIA EL AFILIADO/AGILIZAR REINTEGROS/FIRMAR CONVENIOS CON TODOS LOS PROFESIONALES/INFORMACION MENSUAL/MANTENER CONVENIOS PARA SIEMPRE/AMPLIAR EL FTP/FARMACIAS:EXTENDER HORARIO DE ATENCION/REGULARIZAR ENTREGA DE MEDICAME

REALIZAR EL CONVENIO CON "TODOS" LOS PROFESIONALES. HACER CONVENIOS CON HOTELES EN LUGARES TURISTICOS. INCLUIR + MEDICAMENTOS AL FTP. HACER MENOR PORCENTAJE POR FAMILIARES A CARGO, POR ESE MOTIVO. QUE LOS

MAYOR CONTROL PRESTACIONAL EN EL CONSUMO DE LOS AFILIADOS

COMPLETAR LA COBERTURA, SOBRE TODO EN LA PARTE DE PROFILAXIS Y PREVENICION

AMPLIAR EL FTP/REGULARIZAR ENTREGA DE LECHE/AGILIDAD EN LOS TRAMITES Y RESPONSABILIDAD/MEJORES SERVICIOS/ANEXAR TURISMO ACCESIBLE.

QUE NO EXISTA DISCRIMINACION EN LA ATENCION DE LOS PRESTADORES/QUE LOS ARANCELES SEAN PROPORCIONALES A LOS INGRESOS/QUE LOS ODONTOLOGOS NO COBREN PLUS.

CONTESTACIONES AL PEDIDO DE PROPUESTAS AL IOSPER.

INFORMACION MENSUAL/LOS APORTES MAS ACORDES A LOS SUELDOS/AUDITORIAS EN  
MINIAGENCIAS/ANEXAR LA PARASCOPIA/FIRMAR CONVENIOS CON ODONTOLOGOS.

PLUS CON ODONTOLOGOS/MAYOR INFORMACION.

INFORMACION MENSUAL.

SERVICIO DE ODONTOLOGIA SIN PLUS/ANEXAR MICROCIROUGIA/TURISMO ACCESIBLE

MEJORAR ATENCION/AMPLIAR EL FTP/AMPLIAR EL PMI/REGULARIZAR ENTREGA DE  
MEDICAMENTOS/DESPEDIR A LOS %QUIS.

QUE NO SEAN CORRUPTOS PARA EL BIEN DE LOS AFILIADOS/BRINDAR LOS  
BENEFICIOS QUE PROMETEN/QUE NO HAYA %QUIS.

QUE LOS TRABAJADORES (PERSONAL DE LA MUTUAL) DIRIJAN EL FUNCIONAMIENTO  
DEL IOSPER, PORQUE NADIE MAS QUE ELLOS SABEN LAS NECESIDADES DE LOS  
AFILIADOS

BRINDAR MAS SERVICIOS/FIRMAR CONVENIO CON ODONTOLOGOS/REGULARIZAR  
ENTREGA DE MEDICAMENTOS EN FARMACIAS/AMPLIAR EL FTP/AUMENTAR MONTOS DE  
REINTEGROS

NO ADHERI A MI ESPOSO PORQUE ES UNA BARBARIDAD EL DESCUENTO/AMPLIAR EL  
FTP/QUE NO EXISTA TANTA BUROCRACIA/FIRMAR CONVENIOS CON ODONTOLOGOS

AMPLIAR EL FTP/QUE SE MANTENGA CONVENIOS CON LOS PROFESIONALES/QUE  
REALICEN AUDITORIAS EN LAS MINI AGENCIAS.

AMPLIACION DEL FTP/MODIFICAR MECANISMOS DE DERIVACIONES.

FIRMAR CONVENIOS CON ODONTOLOGOS Y KINESIOLOGOS/MAS COBERTURA EN EL  
PLAN MATERNO INFANTIL/QUE SE INCLUYA MICROCIROUGIA/ANEXAR  
TURISMO/INCLUIR VIDEO COLESISTECTOMIA LAPARASCOPICA/CIROUGIA  
GINECOLOGICA LAPARASCOPICA/PAP ANUAL GRATUITO/PROVISION DE LECHE

MEJORAR LA ATENCION AL PUBLICO.

AMPLIAR EL FTP/REGULARIZAR ENTREGA DE LECHE/FIRMAR CONVENIOS CON  
ODONTOLOGOS/INFORMACION GENERAL MENSUAL/FORMAR UN CENTRO DE SALUD

AMPLIAR EL FTP/CONVENIOS CON ODONTOLOGOS/AGILIDAD EN LOS  
TRAMITES/REGULARIZAR LA PROVISION DE LECHE/AMPLIAR BENEFICIOS DEL  
PMI/QUE SE AUTORIZA POR LO MENOS UN PAP AL A%O SIN CARGO/SERVICIOS DE  
AMBULANCIAS LAS 24 HS.

CONTESTACIONES AL PEDIDO DE PROPUESTAS AL IOSPER.

TENER MAS COBERTURA MEDICA FUERA DE LA PROVINCIA/CONVENIOS CON MAS FARMACIAS PARTICULARMENTE EN BUENOS AIRES Y BIEN DISTRIBUIDAS/RECONOCIMIENTO DE DESCARTABLES PARA INTERNADOS.

REAL PROPORCION DE APORTES-SERVICIOS.

ANEXAR TURISMO.

VIAJES Y TURISMO ACCESIBLE/FIRMAR CONVENIOS CON ODONTOLOGOS Y KINESIOLOGOS.

~~QUE SIGA EL CONVENIO CON LOS PRESTADORES/QUE SE ADHIERAN LOS KINESIOLOGOS~~  
Y ODONTOLOGOS.

NO TENER LIMITE EN LAS ORDENES DE CONSULTA. COMPLETAR LOS SERVICIOS CON FONOAUDIOLOGAS. REINTEGROS POR ORTOPEDIA. SOLUCIONAR PROBLEMAS DE PLUS CON ODONTOLOGOS. QUE EXISTA UN TOPE DE EDAD PARA DESCONTAR LAS INTERNACIONES EX: 50 AÑOS EN ADELANTE QUE NO

MANTENERNOS BIEN INFORMADOS.

AMPLIAR EL FTP/REGULARIZAR ENTREGA DE MEDICAMENTOS/AMPLIAR EL PMI/AGILIZAR REINTEGROS/LOGRAR UNA DESCENTRALIZACION/INFORMACION GENERAL.

AMPLIAR EL FTP/QUE TODAS LAS FARMACIAS TENGAN LA MISMA COBERTURA QUE LA DE IOSPER/REGULARIZAR LA PROVISION DE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA IOSPER/QUE LOS APORTES AL IOSPER SEAN FIJADOS EN BASE A ESCALAS PROPORCIONALES A INGRESOS

AMPLIAR EL FTP/CONVENIOS CON ODONTOLOGOS/AGILIDAD EN LOS TRAMITES/REGULARIZAR LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS/TURISMO ACCESIBLE Y POR CREDITO/QUE BAJEN EL PORCENTAJE DE COSEGURO.

AGILIZAR TRAMITES/INFORMACION MENSUAL/AGREGAR SERVICIOS/FIRMAR CONVENIOS CON HOMEOPATAS Y DIETOLOGOS/AMPLIAR EL FTP/REGULARIZAR ENTREGA DE MEDICAMENTOS/FIRMAR CONVENIOS CON ANESTESIOLOGOS/REALIZAR PRESTAMOS PERSONALES

AMPLIAR EL FTP/ANEXAR UN PAP Y UNA MAMOGRAFIA GRATIS POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO/REGULARIZAR DINERO PARA REINTEGROS/ATENDER MEJOR A LOS AFILIADOS.



CONTESTACIONES AL PEDIDO DE PROPUESTAS AL IOSPER.

AGILIZAR LOS REINGRESOS/REGULARIZAR LA PROVISION DE LECHE

MAS MINIAGENCIAS/MAYOR INFORMACION.

SERVICIO DE AMBULANCIAS LAS 24 HS./FIRMAR CONVENIOS CON ODONTOLOGOS,  
KINESIOLOGOS/AGILIZAR REINTEGROS/LOS MATERIALES USADOS POR LOS  
MECANICOS DENTALES SEAN DE PRIMERA.

AUDITORIAS EN MINIAGENCIAS/CONVENIOS CON ODONTOLOGOS/AMPLIACION DEL  
FTP/DERIVACIONES A CUALQUIER LUGAR DEL PAIS/REGULARIZAR LA PROVISION DE  
LECHE/AMPLIAR PMI/SERVICIO DE AMBULANCIAS LAS 24 HS./UNIFICACION DE  
APORTES.

AMPLIAR EL FTP/NO PAGAR COSEGUROS EN LAS PRESTACIONES/REGULARIZAR  
ENTREGA DE MEDICAMENTOS/CUBRIR REINTEGROS POR ARMAGON/INFORMACION  
GENERAL MENSUAL.

\*\* LOCALIDAD DONDE SE TOMARON ESTOS DATOS C. DEL URUGUAY  
CUMPLAN CON LOS PRESTADORES/ELIMINACION DEL PLUS.

AMPLIACION DEL FTP/SOLUCION AL PLUS MEDICO

MAYOR INFORMACION CON EL EMPLEADO PUBLICO

SOLUCION AL PLUS MEDICO

MEJORAR EN GENERAL LOS SERVICIOS.

QUE PRESTE MEJORES SERVICIOS/PROBLEMA DEL PLUS MEDICO/AMPLIAR EL FTP

SOLUCION AL PLUS MEDICO

ESTANDO CONFORME PEDIRIA QUE MEJOREN LOS SERVICIOS.

DARLE MAS SERVICIOS AL AFILIADO

LO QUE CUBRE ESTA BIEN

AMPLIAR EL FTP/SOLUCIONAR EL PROBLEMA DEL PLUS MEDICO

CONTESTACIONES AL PEDIDO DE PROPUESTAS AL IOSPER.

INFORMACION EN LAS ESCUELAS

QUE ELIMINEN EL PLUS/AMPLIEN EL FTP/LOS REINTEGROS.

QUE SE RECONOZCAN MAS MEDICAMENTOS.

LA ELIMINACION DEL PLUS MEDICO/POR LA PARTE DE MEDICAMENTOS UNA SOLUCION.

LA DEMORA DE PAGOS A LA PARTE MEDICA.

MAS FARMACIAS DE IOSPER.

SOLUCIONAR EL PLUS MEDICO.

\*\* LOCALIDAD DONDE SE TOMARON ESTOS DATOS GUALEGUAY  
QUE PODAMOS OPINAR Y NOS ESCUCHEN LOS PROBLEMAS/QUE SAQUEN EL PLUS.

QUE SE AGILICEN LOS TRAMITES QUE PASAN POR PARANA/ SAQUEN EL PLUS/QUE PARTICIPEMOS MAS EN LA OBRA SOCIAL.

AMPLIAR EL FTP/QUE SE OCUPEN DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES/QUE SE HAGAN BUENAS CAMPAÑAS DE VACUNACION.

MAYOR INFORMACION/AMBULANCIAS LAS 24 HS./SUPRIMIR BUROCRACIA/NORMALIZAR LA DISTRIBUCION DE LECHE.

MAYOR PARTICIPACION DEL AFILIADO/ELIMINAR EL PLUS/NORMALIZAR LA PROVISION DE LECHE.

QUE LOS AFILIADOS PUEDAN ACCEDER A LA SUPERVISION DEL MANEJO DE LOS FONDOS DE LA OBRA SOCIAL, A TRAVES DE REPRESENTANTES, POR EJEMPLO POR LOCALIDAD O POR GREMIO, COMISION AD HONOREM, RENOVABLE POR VOTACION CADA 6 MESES, QUE LOS MEDICOS ATIENDAN TODOS

CONTROL DEL USO POR PARTE DE LOS AFILIADOS PARA QUE ESTOS PUEDAN SEGUIR CONTANDO CON UN SERVICIO Y EL IOSPER NO SE FUNDA, HAY GENTE QUE PRESTA LA OBRA SOCIAL.ASI, LA MUTUAL SE FUNDE.

Página No. 6  
01/05/92

CONTESTACIONES AL PEDIDO DE PROPUESTAS AL IOSPER.

\*\* LOCALIDAD DONDE SE TOMARON ESTOS DATOS S.J.DE FELICIAN  
AMPLIAR FTP

FACILITAR A SAN JOSE DE FELICIANO UNA FARMACIA DEL IOSPER.

AMPLIAR FTP

QUE ACTUALMENTE COMO FUNCIONA ESTA BIEN.