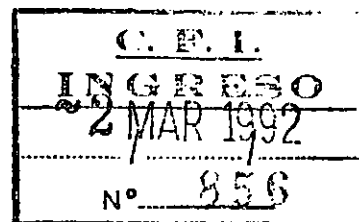


36041

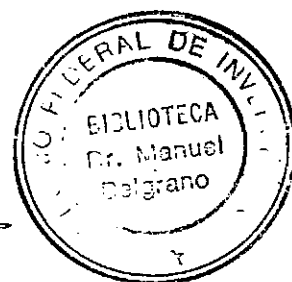
Buenos Aires, 2 de Marzo de 1.992

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 segundo informe parcial del proyecto "Eva-
luación del impacto sobre la salud de la población por la
descentralización del Instituto de Obra Social de la Provin-
cia de Entre Ríos " tal como fuera acordado oportunamente.

Sin mas, saludo a Ud. Atte.



Dr. Andrés C. Berduc

0/M 411
315
III

Rtte.: Dr. Andrés C. Berduc - Avda. Santa Fe 2958 - Piso 2
Dpto " E " - Capital Federal

36 041

CONSEJO FEDERA DE INVERSIONES (C.F.I)

PROYECTO:

" EVALUACION DEL IMPACTO SOBRE LA DE POBLACION POR LA
DESCENTRALIZACION DEL INSTITUTO DE OBRA SOCIAL
DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS"

- SEGUNDO INFOME DE PARCIAL -

- BUENOS AIRES, 2 DE MARZO DE 1.992 -

EXPERTO: DR ANDRES C. BERDUC.

INDICE
=====

	Pag.
1- OBJETIVO	1
2- METODOLOGIA	1
3-CONSIDERACIONES GENERALES	2
4-ACTIVIDADES DESARROLLADAS	3
5-FACTORES PROPULSORES Y RETARDATARIOS DE LA INVESTIFACION	3
6-GLOSARIO DE TERMINOS BASICOS	4
6.1-Necesidad en Salud	4
6.2-Demanda	4
6.3-Cobertura Universal	5
6.4-Accesibilidad	5
6.5-Equidad	5
6.6-Eficiencia	6
6.7-Tecnología adecuada	6
6.8-Utilización a pleno de los recursos existentes	6
6.9-Participación Comunitaria	6
6.10-Descentralización Institucional	7
7-UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD	7
7.1-Utilización de servicios de salud de beneficiarios de IOSPER	10
8-REALCION CON LA COMUNIDAD	15
9-CUADROS	

1- OBJETIVO:

=====

Para esta segunda etapa se habia propuesto el estudio de la utilización de los servicios del IOSPER, revisar y analizar la tendencia de los actores involucrados (Federación Médica, Asociación de Clínicas y Sanatorios, Colegio de Bioquímicos y IOSPER); necesidades de salud de la comunidad beneficiaria, participación de la misma e imagen del IOSPER.

2-METODOLOGIA.

=====

Revisar y analizar la tendencia de los actores involucrados (mercado prestador de servicios públicos, sanatoriales, médicos y su relación con el IOSPER).

Analizar la interacción de los actores involucrados.
Evolución.

Evolución de los actores involucrados en negociación.

Funcionamiento del mercado. Monitoreo del IOSPER.

Evaluación directa. Area de prestaciones, Políticas y
Programas. Control de Gestión.

Normas y procedimientos prestacionales.

Auditoría de calidad.

Auditoría previa, de proceso y de resultados.

Sistema de evaluación y control.

Programas de salud.

Area de personal.

Capacitación.

Sistema de evaluación.

Relación con la población beneficiaria

Participación.

Accesibilidad

Sistema de información-decisión.

3-CONSIDERACIONES GENERALES

=====

El presente informe se constituye en el Segundo
Informe Parcial del proyecto iniciado el 2 de

Septiembre de 1991, cumpliendo para ello con la etapa VI del Cronograma de Tareas.

Reconoce como antecedentes, el cúmulo de acciones desplegadas desde el inicio del proyecto.

4-ACTIVIDADES DESARROLLADAS =====

Asesoramiento en la formulación de encuesta de opinión para la población beneficiaria de IOSPER en el departamento de Paraná (a pedido de Presidencia).

Busqueda de información en IOSPER.

Evaluación del área de prestaciones en las ciudades de Gualeguay , Concepción del Uruguay y encuesta a beneficiarios en las ciudades precedentes y en los departamentos de Federación y La Paz.

5-FACTORES PROPULSORES Y RETARDATARIOS DE LA INVESTIGACION. =====

Dentro de los factores que se pueden destacar como propulsores del proyecto estan:El apoyo de las nuevas autoridades del IOSPER, grupo de apoyo al proyeco CFI conformado con personal administrativo y técnico para facilitar la tarea investigativa.

Como factores retardatarios se pueden mencionar: recambio de autoridades provinciales e institucionales, personal de vacaciones, sistema de información fuertemente concentrado, con distintas prioridades y demandas informáticas, nuevo convenio IOSPER-IPSER con información de facturación suministrada por el IPSE, dificultades en el suministro de información requerida para el proyecto.

6-GLOSARIO DE TERMINOS BASICOS =====

6.1-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.

6.2-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.

6.3-Cobertura Universal

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

6.4-Accesibilidad

Referido a todas aquellas barreras de tipo cultural, económicas, geográficas, sociales que impiden y/o facilitan el acceso de la población a los servicios de salud.

6.5-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 accio-

nes, pero fundamentalmente atención prioritaria a los grupos de mayor necesidad asistencial.

6.6-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.

6.7-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 posibilidades de acceso.

6.8- 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.

6.9-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.

6.10-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.

7-UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD =====

La utilización de servicios de salud está íntimamente ligado al concepto de necesidades-oferta-demanda y condicionado por la accesibilidad, disponibilidad de

recursos, información de los consumidores, pautas culturales y a la oferta de servicios. Hoy sabemos que no todas las necesidades se transforman en demanda (marco teórico del primer informe parcial) siendo muchas veces la oferta quien termina condicionando el estado de necesidades, de esta forma la demanda manifiesta, expresa cierto tipo de necesidades de clase social y fundamentalmente la estructura de oferta imperante.

En general la estructura y composición de la oferta de servicios es el resultado de: cambios tecnológicos, grupos de presión con distinta capacidad de negociación y lobby político, condiciones de rentabilidad, formación universitaria y distintos procesos histórico evolutivos, determinantes éstos que conformaron una oferta de servicios caracterizada por: medicina curativa con un alto grado de especialización, alta complejidad concentrada en centros urbanos, irracionalidad entre situación epidemiológica y oferta de servicios, carencia de programas de prevención y promoción de la salud, servicios de salud pública y privados con marcada diferencia de oferta y demanda.

Esta pequeña introducción tiene por objetivo caracterizar el término "utilización de servicios" y discriminar de esta forma el concepto de necesidad de salud, demanda manifiesta y los indicadores de utilización como expresión de necesidades.

El mercado de atención médica en la República Argentina atraviesa seguramente una de sus mayores crisis, la misma obedece tanto a razones macroeconómicas en buena medida dependientes del gasto público, a razones de tipo sectorial y micro-económico, asociadas al modelo de financiamiento de la compra de servicios y a la estructura y composición de la oferta.

Mientras los costos de la salud crecen exponencialmente, los ingresos de la seguridad social resultan de un porcentaje fijo de la masa salarial, dándose de esta forma una brecha de desfinanciamiento motorizando la puja distributiva entre grupos proveedores de servicios, trayendo como consecuencia servicios asistenciales altamente inadecuados como así también prácticas inadecuadas (sobre-prestación y sobre-facturación), atentando contra la eficiencia y equidad del sistema y mediante la sobre-prestación

de prácticas de diagnóstico y tratamiento, en perjuicio de la salud de la población.

A las transformaciones operadas a través del tiempo en el sector salud se deben sumar los actuales cambios que impone la economía de mercado y el decreto de desregulación, generando nuevas condiciones de juego económicas, que hacen imprescindible cambios decisivos en la seguridad social hacia la eficiencia, eficacia y fundamentalmente hacia la equidad social.

7.1-Utilización de servicios de salud de beneficiarios de IOSPER (Cuadros I,II,III y IV)

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 donde 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. El predominio de los egresos fue de internaciones clínicas, recuperando de esta forma valores históricos (año 1989) a partir del mes de Septiembre de 1991. Prácticamente ocurrió lo mismo con las distintas prácticas. El aumento en las consultas no llegó a valores históricos entendiéndose que en muchos casos el "plus

médico" y en otros casos el coseguro siguen comportándose como una barrera al acceso del primer nivel de los sectores sociales de menores recursos. La tasa de consultas/beneficiario/año fueron de 2.8 para el año 1991 (4.1 en 1989), los análisis ambulatorios en el orden de 2.1 por beneficiario/año; el 49.3% de las internaciones fueron clínicas, un 30% quirúrgicas y el 20% restantes partos (dentro de quirúrgicas se encuentran las cesáreas).

La normalización de los servicios privados, restablecieron los patrones históricos de consumo, mostrando en algunos casos aumentos, ligados a veces al desarrollo de infraestructura de servicios y de tecnología moderna y en otros al desarrollo de prácticas como la sobreprestación, sobre todo a partir de internaciones clínicas del interior de la provincia.

Para el año 1991 por cada 1000 beneficiarios se internaron 83, el 24% se internaron en el sector público. Es importante destacar que en muchos lugares el sector público es el único prestador, en departamentos como Federal, Feliciano, La Paz, Talamas del 50% de los egresos se efectúan en el Hospital Público. Estadísticas nacionales muestran que el 60% de los egresos que se producen en el sector público corresponde a pacientes de la seguridad social. El comentario viene a colación de que la modificación introducida en los precios relativos entre sector

público y privado traerá como consecuencia en aquellos lugares donde no existe infraestructura privada, el rápido desarrollo de la misma. Es de tener en cuenta el efecto moderador que ejerce el sector público en el sistema de salud, al no establecer condiciones de igualdad en el pago, termina siendo subsidiario indirecto del sector privado.

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 capta 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 de 17.3% (incluye farmacias privadas y del IOSPER), sumando el gasto sanatorial asciende al 24.8%; el restante (13%) se distribuye entre las otras profesiones, servicios de ambulancia, etc. (Cuadro IV).

Comparando el gasto de IOSPER con el informe del INOS del año 1987 (Instituto Nacional de Obras Sociales) actualmente ANSAL, 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), se destaca de las cifras precedentes las siguientes conclusiones: la importancia absoluta y relativa del grupo sanatorial en

la captación de los recursos y como grupo de presión en el mercado de salud provincial, es de suponer que el nuevo convenio (IOSPER-IPSER) aumente esta importancia relativa en el mercado, incrementando seguramente el número de médicos asalariados captados por este grupo. Cabe destacar la importancia del rubro medicamentos con un 24.8%, del 100% del gasto medicamentos el 30.2% lo capta la Asociación de Clínicas y Sanatorios, el 38.9% del consumo de medicamentos se efectúa en la farmacia de IOSPER, repatiéndose el resto entre el Col. Farmacético, farmacias privadas, Camara de Farmacias y farmacias sociales. Al estudio de medicamentos no se puede agregar mas comentarios por no haberse suministrado información de los mismos.

Es interesante destacar como en situaciones absolutamente parecidas como lo es el parto normal, muestran en toda la provincia distintos promedios de días de estada, distintos costos en internación que se repiten a través del tiempo mostrando verdaderos estilos de facturación y de captación de recursos por parte del sector privado; lo mismo ocurre con las internaciones clínicas, utilización de medicamentos, descartable, prácticas bioquímicas, etc. Cabe destacar que éstas actitudes no se deben a escuelas de pensamiento científico distintas ni a la variación local de las patologías ya que a través de los estudios epidemiológicos efectuados en la provincia no demuestran que esta

variación en morbi-mortalidad que si existe, se corresponda con una oferta de servicios distinta. Indicadores elevados como promedio de días de estadía en el sector público se da como consecuencia en general de la población asistida, aunque por eso no deja de marcar situaciones de ineficiencia.

En relación al seguimiento del convenio IOSPER-IPSER es de destacar que en se observa como ya se ha mencionado un incremento en general de todas las prácticas en internación y ambulatorias. Uno de los importantes objetivos que se persigue con la globalización de las prácticas, es la simplificación burocrática, pero por sobre el, es disminuir la sobreprestación y la sobrefacturación, el aumento a valores, históricos pone en duda el alcance de éste objetivo. En este informe no se incluye la información de facturación y balance económico financiero posterior a la firma del convenio, por no haber sido suministrada hasta fecha.

En cuanto a los sistemas de evaluación de prestaciones se ha podido observar los siguientes problemas:

- a) Sistemas de evaluación y control desarticulados entre si concentrados en los niveles centrales.

- b) Escasa información suministrada a quienes deben tomar decisiones prestaciones en sede central, esta situación se agrava en el interior, situación esta que en general provoca

decisiones desafortunadas y pérdida de recursos.

c) Ausencia de objetivos y metas en el área prestacional, no permitiendo de esta manera una planificación sistemática de las prestaciones a brindar y de un control de gestión de las mismas.

d) Ausencia de indicadores de calidad y de utilización.

e) Ausencia de normatización de patologías que permitan estandarizar las evaluaciones al menos en las diez primeras causas de egresos tanto clínico como quirúrgicos.

f) Desconocimiento por parte de auditoría del débito provocado por la intervención de dicha área y del resultado de dichas intervenciones a nivel provincial.

g) Ausencia de padrones de prestadores y beneficiarios que permitan entrecruzamientos, y los controles correspondientes.

8-RELACION CON LA COMUNIDAD

=====

Con el objetivo de conocer la opinión de los beneficiarios de IDSPER se está llevando a cabo una encuesta en las ciudades de Paraná, Gualaguay, C. del Uruguay y en distintos puntos de la provincia ligados a aspectos socio-económicos, accesibilidad, servicios de salud, epidemiológicos. Los resultados de la misma hasta la fecha son parciales.

CUADRO Nº: I

POBLACION PROVINCIAL Y DE I.O.S.P.E.R. CONSULTAS POR
BENEFICIARIOS Nº DE EGRESOS POR 1000 BENEFICIARIOS
AÑO 1991

DPTO	POB. 1991	POB IOSPER	PORCENTAJE	CONSULTAS BEN/AÑO	EGRESOS POR 1000 BEN/AÑO
COLON	55,885	9,352	16.73	2.92	67.28
CONCORDIA	138,296	22,863	16.53	3.15	63.95
DIAMANTE	39,735	8,583	21.60	3.50	171.50
FEDERACION	48,796	8,877	18.19	3.15	77.39
FEDERAL	22,104	4,992	22.58	3.30	67.91
FELICIANO	12,426	3,163	25.45	1.46	94.21
GUALEGUAY	42,916	9,016	21.01	3.73	36.05
GUALEGUAYC	89,370	16,894	18.90	2.74	67.82
IS. DEL IBI	10,575	1,523	14.40		
LA PAZ	61,837	11,507	18.61	2.97	87.08
NOGOYA	37,194	7,444	20.01	2.98	97.66
PARANA	273,210	90,548	33.14	2.46	93.20
TALA	24,248	6,334	26.12	2.59	148.56
URUGUAY	90,244	11,824	13.10	3.51	68.00
VICTORIA	30,216	7,289	24.12	3.26	90.41
VILLAGUAY	44,085	7,978	18.10	3.03	63.80
DTOS. INEX	0	1,629			
TOTALES	1,021,137	229,816	22.51	2.82	83.08

FUENTES: ESTADISTICA DE POBLACION Y VIVIENDA
BOLETIN ESTADISTICO I.O.S.P.E.R. 1991

CUADRO N°: 11

**TOTAL DE CONSULTAS MEDICAS POR DEPARTAMENTO DE LA PCIA
DE ENTRE RIOS I.O.S.P.E.R. AÑOS 1989/90/91**

DPTO	CONS. MED. 1989	CONS. MED. 1990	CONS. MED. 1991
COLON	28,008	33,413	27,285
CONCORDIA	87,189	68,891	71,929
DIAMANTE	41,780	21,731	30,058
FEDERACION	33,695	27,383	27,957
FEDERAL	19,511	15,296	16,449
FELICIANO	6,974	5,261	4,631
GUALEGUAY	44,382	33,930	33,629
GUALEGUAYCHU	76,001	72,624	50,465
IS.DEL IBICU	0	0	0
LA PAZ	49,139	33,945	34,140
NOGOYA	36,720	27,115	22,213
PARANA	388,907	266,685	223,140
TALA	22,108	16,904	16,430
URUGUAY	54,088	43,646	41,487
VICTORIA	35,460	24,582	23,784
VILLAGUAY	27,643	23,136	24,140
TOTALES	951,603	714,542	647,735

FUENTE:BOLETIN ESTADISTICO I.O.S.P.E.R. 1991

CUADRO N°: III

**TOTAL DE EGRESOS POR DEPARTAMENTO DE LA PCIA. DE ENTRE
I.O.S.P.E.R. AÑOS 1989/90/91**

DPTO	EGRESOS 1989	EGRESOS 1990	EGRESOS 1991
COLON	702	667	629
CONCORDIA	2,229	1,687	1,462
DIAMANTE	1,984	1,429	1,472
FEDERACION	742	634	687
FEDERAL	342	264	339
FELICIANO	380	262	298
GUALEGUAY	825	494	325
GUALEGUAYCHU	1,643	1,285	1,249
IS.DEL IBICU	0	0	0
LA PAZ	1,345	1,112	1,002
NOGOYA	1,013	867	727
PARANA	11,008	9,256	8,439
TALA	480	508	491
URUGUAY	1,176	1,023	804
VICTORIA	946	713	659
VILLAGUAY	639	463	509
TOTALES	25,453	20,664	19,092

FUENTE:BOLETIN ESTADISTICO I.O.S.P.E.R. 1991

CUADRO Nº: IV

IMPORTE FACTURADOS POR PRESTADORES ASISTENCIALES DE I.O.S.P.E.R.
EXPRESADO EN PESOS.

PRESTADOR	MAYO	JUNIO	JULIO
CIRCULOS MEDICOS (A1)	\$332,881.90	\$299,211.90	\$395,160.40
CARRERA MEDICA (A1)	\$81,981.40	\$57,575.50	\$75,833.10
ASOC. CLIN. Y SANAT	\$408,968.50	\$359,908.50	\$429,481.90
MED. ASOC. CLIN. Y SAN	\$135,031.00	\$108,159.40	\$144,381.50
HOSPITALES	\$79,090.00	\$84,122.30	\$104,003.30
COL FARMACEUTICOS (A2)	\$0.00	\$0.00	\$17,881.90
CAMARA E DE FCIAS. (A2)	\$30,893.60	\$36,852.80	\$42,124.40
FARMACIAS PRIVADAS(A2)	\$18,578.90	\$28,001.30	\$35,918.70
FARM. SOCIALES(A2)	\$28,727.90	\$28,181.80	\$29,453.10
FARM I.O.S.P.E.R.	\$340,853.50	\$237,248.40	\$303,140.10
COL. BIOQUIMICOS	\$169,954.40	\$150,987.50	\$194,381.50
ODONTOLOGOS	\$50,486.60	\$48,448.10	\$57,914.50
ASOC. KINESIOLOGOS	\$14,435.60	\$14,091.90	\$19,192.90
PODOLOGOS	\$6,093.10	\$6,025.40	\$11,948.60
COL. PSICOLOGOS	\$13,383.00	\$14,903.40	\$15,047.20
PSICOPEDAGOGOS	\$319.20	\$315.50	\$394.50
FONOAUDIOLOGOS	\$0.00	\$0.00	\$0.00
ENFERMEROS	\$1,060.50	\$1,537.70	\$1,272.00
COL. OBSTETRAS	\$2,277.10	\$1,732.00	\$1,793.60
MASAJISTAS	\$51.60	\$36.60	\$0.00
SERV. AMBULANCIAS	\$37,523.00	\$39,191.90	\$61,549.40
CNV. RECIPROCIDAD	\$53,433.00	\$136,936.10	\$86,407.20
REINTEGROS	\$12,486.00	\$8,166.80	\$18,058.10
TOTAL	\$1,796,519.80	\$1,668,632.90	\$2,045,137.90

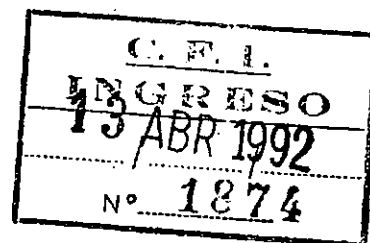
FUENTE: DIRECCION CONTABLE I.O.S.P.E.R.

IMPORTE FACTURADOS POR PRESTADORES ASISTENCIALES DE I.O.S.P.E.R.

PRESTADOR	AGOSTO	TOTAL	PROMEDIO
CIRCULOS MEDICOS (A1)	\$394,528.70	\$1,421,762.90	\$355,440.73
CARRERA MEDICA (A1)	\$73,969.80	\$269,159.80	\$67,289.95
ASOC. CLIN. Y SANAT	\$479,559.30	\$1,675,918.20	\$418,979.55
MED. ASOC. CLIN. Y SAN	\$153,116.30	\$540,688.20	\$135,172.05
HOSPITALES	\$104,459.20	\$381,674.80	\$95,418.70
COL FARMACEUTICOS (A2)	\$81,757.60	\$99,639.50	\$24,909.88
CAMARA E DE FCIAS. (A2)	\$27,398.40	\$137,269.20	\$34,317.30
FARMACIAS PRIVADAS(A2)	\$19,350.00	\$101,848.90	\$25,462.23
FARM. SOCIALES(A2)	\$28,057.70	\$111,420.60	\$27,855.15
FARM I.O.S.P.E.R.	\$197,196.80	\$1,078,466.80	\$269,616.70
COL. BIOQUIMICOS	\$209,510.90	\$724,834.30	\$181,208.58
ODONTOLOGOS	\$58,953.50	\$215,802.70	\$53,950.68
ASOC. KINESIOLOGOS	\$21,873.90	\$69,594.30	\$17,398.58
PODOLOGOS	\$10,997.00	\$35,064.10	\$8,766.03
COL. PSICOLOGOS	\$18,213.00	\$59,546.60	\$14,886.65
PSICOPEDAGOGOS	\$459.60	\$1,488.80	\$372.20
FONOAUDIOLOGOS	\$0.00	\$0.00	\$0.00
ENFERMEROS	\$2,389.00	\$6,259.20	\$1,564.80
COL. OBSTETRAS	\$2,520.30	\$8,323.00	\$2,080.75
MASAJISTAS	\$171.90	\$260.10	\$65.03
SERV. AMBULANCIAS	\$46,968.60	\$185,232.90	\$46,308.23
CNV. RECIPROCIDAD	\$94,283.30	\$371,059.60	\$92,764.90
REINTEGROS	\$12,360.90	\$51,071.80	\$12,767.95
TOTAL	\$2,036,095.70	\$7,546,386.30	\$1,886,596.58

Buenos Aires, 13 de Abril 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 complementario del segundo informe parcial 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 en acta firmada el 30 de Marzo de 1.992 con termino de entrega de quince días con posterioridad a la firma.

Sin mas, saludo a Ud. Atte.

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of a long horizontal line with a large loop at the end and a smaller loop at the beginning.

Dr. Andrés C. Berduc

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

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES (C.F.I)

PROYECTO

" EVALUACION DEL IMPACTO SOBRE LA SALUD DE LA POBLACION
POR LA DESCENTRALIZACION DEL INSTITUTO DE OBRA SOCIAL
DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS

INFORME COMPLEMENTARIO
- SEGUNDO INFORME PARCIAL -

BUENOS AIRES, 13 DE ABRIL DE 1992

EXPERTO: DR ANDRES BERDUC

1- INTRODUCCION

=====

Evaluar la Atención Médica significa valorizar, juzgar los resultados finales en cantidad y calidad en relación con las metas que forman parte del 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) sino 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 (1), esto se refiere al cúmulo de normas científicas y de la opinión general que se tenga sobre lo 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"(2).

Indicadores de salud se los 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.(3)

2- INDICADORES

=====

2.1- 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).

2.1.1-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 y 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.

2.1.2-Recurso humanos.

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

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

2.1.3-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.

2.2-Indicadores de proceso y producción.

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

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

Indicadores propuestos:

2.2.1- La Historia Clínica: el propósito es valorizar el registro como principal fuente de consulta de todo lo acontecido con el paciente.(4) Se describen tres indicadores cualitativos:

Se considera completa cuando:a) refleja claramente

2.2.5- Días de Estadía: es la duración total de la permanencia de un paciente en internación, contabilizada la estadía en los días que transcurrieron entre la admisión y el alta. Es un índice

previamente.

-Evitables: cuando se pudo haber prevenido.
-Inevitables: cuando las complicaciones fueron no

Las complicaciones se dividen en:

2.2.4- Complicaciones: entendiéndose como tal toda patología que aparezca durante la internación, o como curso no habitual de la misma.

-Contraindicado: cuando produce daño o hacia correr un riesgo innecesario al paciente, o cuando las condiciones del paciente no lo hacen recomendable.
-No Adecuado: a) en técnica; b) en oportunidad; c) en dosis/duración (pudiendo ser insuficiente o excesivo).
-Adecuado: en cuanto a técnica, oportunidad y duración del mismo.

2.2.3- El tratamiento

-Insuficientes: cuando no se llega al diagnóstico, existiendo métodos para arribar a él.
-Excesivos.
-Información que pudiera cambiar el tratamiento; cuando fueron se realizaron en el momento no oportuno; cuando no aportaron eran necesarios o de utilidad para la patología en estudio; cuando No adecuados: cuando los estudios efectuados no oportunos para llegar al diagnóstico y tratamiento.
-Estudios adecuados: cuando fueron necesarios y

Los indicadores cualitativos propuestos son:
2.2.2-Los estudios de Diagnósticos: "se parte del principio de modificar aquellas prácticas que son nocivas, fomentar las beneficios y desentenderse de las indiferentes"(5)

conducta asumida.
registrado no coincide con estudios, o no se justifique la pueden extraer conclusiones por: a) letra ilegible; b) cuando lo Se considera no adecuada cuando de su lectura no se faltan datos que permitan evaluar los ítems apuntados.
Se considera incompleta o insuficiente cuando su estado al egreso (en caso de óbito, causa) y epícrisis. e) o los tratamientos efectuados; d) la evaluación del paciente y estudios a que fue sometido y sus correspondientes resultados; c) la causa y el estado del paciente al ingreso; b) el plan de

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 van destinadas

2.2.9-Consulta por beneficiario.

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

2.2.8- Se considera como un indicador de calidad, el nivel de normalización institucional no solo en los procedimientos de normalización sino en el desarrollo de parámetros de procedimientos diagnósticos, procedimientos de atención de patologías de internación, o estandarización de prácticas ante patologías, 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 normalización.

A estos indicadores se les asigna un valor de manera de evaluar la totalidad del peso y de cada uno de los parámetros (CUADRO 1). El valor surge de la aplicación de metodologías como Delphi o grupos nominales.

2.2.7-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.

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

-Adecuado: según estándares del establecimiento o pautas por patología de consenso.
-Excesivos: cuando el paciente permanece 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.

2.2.5-Relación de costos y resultados: cador fácil de establecer y relacionar con costos y resultados.

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 (6).

Indicadores propuestos:

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

2.2.10-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 infraestructura (indicadores de estructura: camas). En cuanto a la utilidad, tienen características similares a consultas. En cuanto a las recomendaciones, la utilización de egresos por edad, sexo, lugar y la relación que guardan con los diagnósticos (morbilidad). Los datos serán presentados como cifras absolutas y relativas.

Indicadores propuestos:

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

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

2.2.11-Prácticas de diagnóstico y tratamiento.

- Número total de prácticas ambulatorias y de internación según lugar, por mes/año.
- Número de tomografías, ecografías, resonancia magnética según diagnóstico de indicación y resultado por establecimientos.
- Medicamentos mas utilizados en internación

2.3 -Nivel de salud e indicadores de resultados.

El nivel de salud e indicadores de resultado 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 medirían 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 sana/enferma). Las variables estudiadas fundamentalmente son demográficas y de morbi-mortalidad:

Población =====	Tamaño poblacional	
	Composición según sexo y edad	
	Densidad	
Estructura -----	Distribución geográfica	
	Dinámica	

Nivel de Salud =====	Natalidad	
	Mortalidad	Crecimiento vegetativo
	Emigraciones	
	Inmigraciones	Crecimiento migratorio
	Morbilidad	

		Tasa general
		Tasas específicas

Mortalidad Tasa general
----- Tasas específicas

3-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 o 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 número aproximado de treinta auditores (no ha sido suministrada la información de recursos humanos del IOSPER), de los cuales el 50% se desempeñan en la sede central de IOSPER, el resto se distribuye en la cabecera de los departamentos, dependiendo estos últimos del departamento de auditoria de Paraná.

El 1 de septiembre de 1991 el IOSPER, firma con el IPSEER (Instituto de Prestaciones de Salud de Entre Ríos) integrado por: Asociación de Clínicas y Sanatorios, Federación Médica de Entre Ríos y el Colegio de Bioquímicos de Entre Ríos, la nueva operatoria prestacional, en la misma las partes se comprometieron a: el mejoramiento de los aranceles profesionales, reemplazar el nomenclador nacional por el nomenclador de aranceles globalizado, cerrar el sistema con carácter exclusivo para IOSPER. Con este nuevo sistema se abrió un nuevo registro de prestadores, con categorización profesional, acreditación de estructura y jerarquización de servicios.

En el nuevo sistema, a las internaciones se les da un valor global independientemente de los días que esté y de las prácticas que se le realicen (fundamentalmente quirúrgicas), sin facturar por separado (bioquímicas, médicas o de clínicas y sanatorios) las prácticas como en el anterior sistema, IPSEER a su vez recibe el valor globalizado distribuyendo entre sus integrantes la porción correspondiente. Lo interesante del sistema es que las asociaciones profesionales pagan a sus integrantes con el anterior sistema (pago por prestación), transformándose en una verdadera cápita administrada por los prestadores.

Es de destacar que al momento de la firma del nuevo convenio, auditoria como el resto de las áreas, desconocían el convenio y la operatoria de facturación. El cambio de sistema redefine la modalidad de facturación y las estrategias de control

ya que es previsible que el problema se plantee a partir de subprestación de prácticas en internaciones y de aumento en internaciones clínicas y no como en el anterior sistema donde se daba la sobreutilización de prácticas en internaciones.

El trabajo de auditoría médica se circunscribe fundamentalmente al control de prácticas ambulatorias y de internaciones 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.

3.1-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 una nueva autorización. Este tipo de actividades se desarrollan en el IOSPER.

En relación con la evaluación de estructura no se ha podido observar ningún tipo de actividad relacionada con evaluación o de normatización en relación con planta física, recursos humanos y tecnológicos.

3.2-Auditoría concurrente.

Consiste en el control periódico de las internaciones (también llamada auditoría de terreno), en la misma el auditor rota durante un período 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 donde hay auditor se lleva este sistema, en departamentos como Gualaguaychú, 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 zonas del interior. En caso de prácticas o intervenciones que no se realizan en la provincia IOSPER deriva otras provincias o Capital Federal donde tiene convenios de reciprocidad, en este caso la autorización la da el departamento de auditoría de Paraná (en caso de ser un beneficio de excepción el Directorio).

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

La normatización existente se limita a procedimientos administrativos y de facturación no existiendo normas de calidad ni de estándares de utilización por patología o de criterios médicos.

3.3-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.

4-FACTORES QUE INFLUYEN EN LA UTILIZACION DE SERVICIOS

Los factores condicionantes de la utilización se encuentran íntimamente ligados a los conceptos de necesidades, oferta de servicios y todos aquellos asociados a aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales de la persona.

Términos como necesidades y demanda muchas veces se los toma indistintamente como sinónimos que expresan la problemática de salud de una población.

Hoy sabemos que no todas las necesidades se manifiestan como demanda, que las necesidades no tienen el mismo grado de percepción y que dicha percepción se encuentra fuertemente asociado a la situación de clase social a la que pertenece, a la información que posea y a sus pautas culturales.

Entendemos por necesidad en salud, a la carencia en salud que necesita medidas preventivas y/o curativas en la población. Demanda se la mide por la tasa de utilización efectiva de los servicios de salud.

A su vez la necesidad se encuentra condicionado por la capacidad de pago y por la estructura y composición poblacional, situaciones éstas que caracterizaran un tipo de demanda como ocurre en la atención de pacientes añosos (PAMI) en donde la patología predominante son las heredo degenerativas (patología tumoral, cardiovasculares).

Se puede inferir que a través de distintos procesos histórico-evolutivos fueron conformando un modelo prestador con: medicina curativa con alto grado de especialización, carencia de programas de prevención y promoción de la salud, alta complejidad concentrada en centros urbanos, oferta de servicios públicos para población de escasos recursos y atención de patología crónica en internación, servicios privados con cobertura a población fundamentalmente de la seguridad social y privado, con atención en

servicios de internación de patología aguda (rentable), ambos con marcadas diferencias entre oferta y demanda. En este sistema el usuario solo puede consumir los servicios que se le ofrecen, siendo irremediablemente la oferta la que condiciona la demanda, estén o no relacionados con las necesidades de salud (7).

Como último punto se encuentra la accesibilidad a servicios de salud y dentro de ella la geográfica y la económica. La accesibilidad geográfica está determinada por la ubicación de la planta física, medios de transporte, el horario del beneficiario como de atención de las unidades médicas. En cuanto a la accesibilidad económica se encuentra la capacidad de pago por parte del beneficiario y las barreras de los servicios ("plus médico") o el cobro de bonos moderadores y coseguros por parte de la obra social (es de destacar que con el nuevo convenio IOSPER-IPSER se triplico el coseguro para todas las prácticas).

5-BIBLIOGRAFIA

=====

- 1)-SLEE, Virgil : "Traducción del Artículo "THE MEDICAL AUDIT" Hospital progress. Vol46.Nº 1 Enero 1965."
- 2)-ASIGNACION DE RECURSOS PARA LA SALUD. Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, Bs As 1981.
- 3)-HERNAN SAN MARTIN V.P.: "Salud Comunitaria Teoria y Práctca. Madrid, España 1984.Ed Diaz de Santos.
- 4)-MORENO Jorge, ROZEMBLAT Enrique: "Propuesta de Modelo de Evaluación de Proceso y Resultados, Indicadores Numéricos. Sociedad Argentina de Administración Hospitalaria. Bs As 1984.
- 5)-TAYLOR Carl E.: " Investigación sobre sistemas de Salud". Foro Mundial de la Salud. Vol.4. 1983.
- 6)-ABRAAM Sonis y Col.: "Atención de la Salud". Estadísticas y Archivos Médicos. Bs As 1976. Ed Ateneo.
- 7)-KATZ J. MUÑOZ A.: Organización del sector Salud puja distributiva y equidad. Bs As 1986. CEPAL.

CUADRO Nº1

**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	
TRATAMIENTO	ADECUADO		INADECUADO	CONTRAINDICADO
	EFFECTIVO 30	NO EFFECTIVO 15	-15	-30
RESULTADOS	DESEADOS 15	NO DESEADOS		
		NO EVITABLE 0	EVITABLE -15	
COMPLICACIONES	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